

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

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

مجری طرح

سراج‌الدین گری

همکاران طرح

دکتر محمد حاجی آقاجانی

دکتر علی‌رضا اولیایی منش

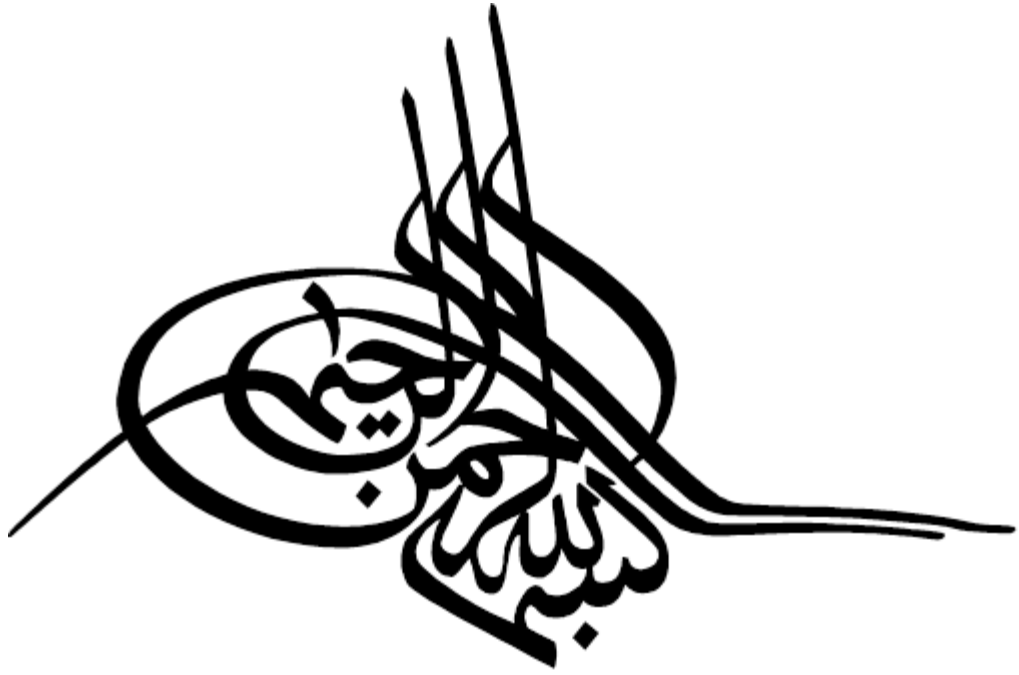
سعید معنوی

مانی یوسف‌وند

راضیه روناسیان

حسینیه شفاهی

موسسه ملی تحقیقات سلامت



فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۱۱
۱,۱ کیفیت و پرداخت مبتنی بر عملکرد	۱۱
۱,۲ واژه‌شناسی پرداخت مبتنی بر عملکرد	۱۲
۱,۳ تاریخچه پرداخت مبتنی بر عملکرد	۱۳
۱,۴ پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران	۱۳
۱,۵ اهداف طرح پژوهشی	۱۴
۱,۵,۱ اهداف اصلی طرح	۱۴
۱,۵,۲ اهداف فرعی طرح	۱۴
۱,۵,۲,۱ اهداف کیفی	۱۴
۱,۵,۲,۲ اهداف کمی	۱۴
۱,۵,۳ اهداف کاربردی طرح	۱۵
۱,۶ فرضیات یا سؤالات طرح پژوهشی	۱۵
تعاریف عبارت و اختصارات در این سند	۱۵
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده ادبیات موضوع	۱۷
۲. مقدمه	۱۷
۲,۱ انگیزاننده‌ها	۱۷
۲,۲ نظریه‌های رفتارشناسی و پرداخت مبتنی بر عملکرد	۱۷
۲,۳ تأثیر بودجه دولتی بر انگیزش	۱۹
۲,۴ تعیین نوع تأمین مالی مبتنی بر عملکرد	۱۹
۲,۵ پرداخت عملکردی چگونه باید طراحی شود؟	۲۰
۲,۶ پرداخت عملکردی در کجا و با چه هدفی استفاده شده است؟	۲۱
۲,۷ شواهدی از اثرات پرداخت عملکردی از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸	۲۴
۲,۸ آیا پرداخت عملکردی مؤثر است؟	۳۵
۲,۹ آیا شواهد موجود با وضعیت کشورهای با درآمد متوسط و کم همخوانی دارند؟	۳۶

- ۳۷..... آیا پرداخت عملکردی منجر به اثرات ناخواسته می‌گردد؟
- ۴۱..... پیامدهای اخلاقی از پرداخت عملکردی چیست؟
- ۴۲..... آیا پرداخت عملکردی ارزشمند است؟
- ۴۲..... آیا پرداخت عملکردی پایدار است؟
- ۴۲..... چه وقت پرداخت عملکردی بایستی استفاده شود؟
- ۴۳..... ارزیابی پرداخت عملکردی.....
- ۴۳..... مقایسه کشورهای با درآمد بالا با کشورهای با درآمد کم و متوسط.....
- ۴۳..... بررسی متون.....
- ۴۳..... مطالعات خارج از کشور.....
- ۴۶..... مطالعات داخل کشور.....
- ۴۶..... الف- مطالعات در حوزه نظام سلامت.....
- ۴۸..... ب- مطالعات در حوزه غیر نظام سلامت.....
- ۵۰..... جمع‌بندی نتایج مطالعات در حوزه پرداخت عملکردی.....
- ۵۱..... فصل سوم - روش پژوهشوم: مواد و روش‌ها.....
- ۵۱..... ۳. مقدمه.....
- ۵۱..... ۳,۱ نوع مطالعه.....
- ۵۱..... الف-۱,۱ سؤالات مرور انتقادی.....
- ۵۲..... الف-۱,۲ روش مطالعه مروری.....
- ۵۳..... الف-۲ اهداف شماره دو تا چهار بخش کیفی: دستور گذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه پرداخت عملکردی در ایران.....
- ۵۳..... الف-۲,۱ اهداف این بخش از مطالعه.....
- ۵۳..... الف-۲,۲ نوع مطالعه.....
- ۵۴..... الف-۲,۳ جامعه پژوهش.....
- ۵۵..... الف-۲,۴ روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه.....
- ۵۶..... الف-۲,۵ ابزار پژوهش.....
- ۵۶..... الف-۲,۶ روش گردآوری داده‌ها.....
- ۵۷..... الف-۲,۷ نحوه تحلیل.....
- ۵۸..... الف-۲,۷,۱ مدل مثلث سیاست‌گذاری.....

۵۹	الف-۲،۲،۲ مدل جریان‌های چندگانه (۱۹۹۵).....
۶۰	الف-۳،۳،۳ مدل ترکیبی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴).....
۶۲	الف-۳ ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران
۶۴	الف-۴ صحت و استحکام داده‌های کیفی
۶۶	الف-۵ ملاحظات اخلاقی
۶۶	ب- بخش کمی مطالعه.....
۶۶	ب-۱ دریافتی کارکنان پزشک و غیرپزشک
۶۶	ب-۱-۱ نوع مطالعه
۶۶	ب-۱-۲ جامعه‌ی پژوهش
۶۶	ب-۱-۳ روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه
۶۶	ب-۱-۴ ابزار پژوهش
۶۷	ب-۱-۵ روش گردآوری داده‌ها
۶۷	ب-۱-۶ نحوه تحلیل
۶۷	ب-۱-۷ ملاحظات اخلاقی
۶۷	ب-۲ رضایتمندی کارکنان غیرپزشک
۶۷	ب-۲-۱ نوع مطالعه
۶۸	ب-۲-۲ جامعه‌ی پژوهش
۶۸	ب-۲-۳ روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه
۶۸	ب-۲-۴ ابزار پژوهش
۶۸	ب-۲-۵ روش گردآوری داده‌ها
۶۸	ب-۲-۶ نحوه تحلیل
۶۸	ب-۲-۷ ملاحظات اخلاقی
۷۰	فصل چهارم - یافته‌های پژوهش‌های مطالعه
۷۰	۱. مقدمه
۷۰	الف- یافته‌های بخش کیفی مطالعه
۷۰	الف-۱ هدف شماره یک بخش کیفی: مرور انتقادی بر ادبیات موضوع
۷۱	الف-۱،۱ اهداف کشورها از به‌کارگیری برنامه‌های پرداخت عملکردی

- الف-۲ اهداف شماره دو و سه: شناخت نحوه دستور گذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی ۷۹
- الف-۲,۱ دستور گذاری پرداخت مبتنی بر عملکرد در اسناد بالادستی ایران ۷۹
- الف-۲,۲ دستور گذاری پرداخت مبتنی بر عملکرد بر اساس مصاحبه‌ها ۹۴
- دستورالعمل اجرائی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور ۹۵
- نظام پرداخت مبتنی بر عملکردی ۱۱۳
- خلاصه دستور گذاری برنامه پرداخت عملکردی ۱۴۹
- ب- تدوین برنامه: تدوین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد «نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» (نجات) ۱۵۰
- ب-۱ تغییرات جریان برنامه: نحوه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نجات ۱۵۰
- ب-۲ جریان برنامه دار کرد برنامه ۱۵۱
- ب-۲-۱ تدوین سند اولیه برنامه نجات ۱۵۱
- ب-۲-۲ تصویب قوانین تقویت‌کننده برنامه‌های پرداخت عملکردی در کشور ۱۵۲
- ب-۲-۳ تلاش برای جا انداختن برنامه در میان ذی‌نفعان احتمالی ۱۵۲
- ب-۳ جریان فرایند: پایلوت برنامه نجات ۱۵۴
- ب-۴ بررسی برخی مسائل زمینه‌ای در طول تدوین برنامه نجات ۱۵۴
- ب-۴-۱ قوانین مرتبط ۱۵۴
- ب-۴-۲ تولید برنامه نجات ۱۵۵
- ب-۴-۳ کارشناسان تدوین‌کننده برنامه نجات ۱۵۵
- ب-۴-۴ تأثیرات معاون درمان وقت بر تدوین نجات ۱۵۶
- ج- تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۵۶
- ج-۱ تغییرات جریان سیاست: تغییر دولت ۱۵۶
- ج-۱-۱ تشکیل گروه سیاستی دوم ۱۵۷
- ج-۲ پنجره فرصت دوم، تلاقی جریان‌های پنج‌گانه به دلیل اجرای طرح تحول سلامت ۱۵۷
- ج-۳ جریان برنامه: تغییر برنامه و تدوین مدل ترکیبی نهایی (IR-PFP) ۱۵۸
- ج-۳-۱ ترکیب دو برنامه نجات و مدل بیمارستان امام حسین (ع) ۱۵۹
- ج-۳-۲ چه چیزی بر تعیین رویکرد برنامه ترکیبی اثر گذاشت؟ ۱۵۹
- ج-۳-۳ مقایسه دو برنامه نجات و مدل بیمارستان امام حسین (ع) ۱۶۰
- ج-۴ جریان برنامه دار کردن برنامه ترکیبی IR-PFP ۱۶۰

ج-۴-۱	علل عدم اجرای برنامه نجات	۱۶۰
ج-۵	تغییر جریان فرآیند: پیلوت برنامه ترکیبی IR-PFP	۱۶۱
ب-	مقدمه	۲۰۲
ب-۱	بخش کارانه و اضافه‌کار پرسنل غیرپزشک، قبل و بعد	۲۰۲
ب-۱،۱	پرداخت اضافه‌کار و کارانه قبل از اجرای برنامه	۲۰۲
ب-۲	بخش دریافتی پرسنل پزشک، قبل و بعد از اجرای برنامه	۲۴۷
ب-۲-۱	دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت- قبل از اجرای برنامه	۲۴۷
ب-۲-۲	دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت - بعد از اجرای برنامه	۲۴۹
ج-	رضایتمندی از درآمد	۲۵۱
ج-۱	تدوین ابزار مطالعه	۲۵۱
ج-۱-۱	تعیین معیار مقایسه برای میزان آگاهی افراد موردپژوهش	۲۵۹
ج-۲	پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان	۲۶۲
ج-۲-۱	رضایتمندی کارکنان از میزان درآمد قبل و بعد از اعمال برنامه	۲۶۴
ج-۲-۲	مقایسه رضایتمندی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و کار	۲۶۵
ج-۲-۳	رضایتمندی از درآمد و میزان آگاهی افراد	۲۶۹
	فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات	۲۷۱
	خلاصه یافته‌ها	۲۷۱
	بحث و نتیجه‌گیری	۲۷۱
	محدودیت‌های پژوهش	۲۸۱
	قوت‌های پژوهش	۲۸۲
	نتیجه‌گیری	۲۸۲
	پیشنهادات به مسئولان نظام سلامت کشور	۲۸۳
	پیشنهادات برای پژوهش‌های بیشتر	۲۸۳
	منابع	۲۸۵

خلاصه اجرایی طرح

مطالعه حاضر با کمک داده‌های کیفی (بررسی مستندات علمی و عملیاتی و مصاحبه با افراد در سطوح مختلف) و داده‌های کمی (دریافتی کارکنان پزشک و غیرپزشک 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؟ به‌طور 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 استخدام‌های قراردادی و غیر دائم، کاهش پرداختی‌های 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 به‌نظام حقوق و دستمزد در حوزه سلامت، طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها باهدف افزایش انگیزش کارکنان در بیمارستان‌های 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 انعطاف‌پذیری، 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. بااین‌حال با گذر زمان این نکات مثبت رنگ‌باخته و برنامه صرفاً ابزاری برای پرداخت به کارکنان گردید.

نتایج مطالعه، مسائلی مانند عدم شفافیت در تعیین نحوه پرداختی به افراد؛ اجرای متفاوت در بیمارستان‌ها و در نتیجه عدم همسانی نظام اطلاعات بیمارستان‌ها و عدم ایجاد اطلاعات پرداخت روا در سطح محلی و ملی؛ اجرای ناکامل برنامه و عدم به‌روزرسانی آن؛ ضعف برنامه در تقویت کار تیمی و تشویق افراد باسابقه برای فعالیت در بخش‌هایی با فشار کاری 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 می‌دهد.

البته برخی ابعاد این برنامه نیز اثرات دوسویه داشته‌اند. ایجادکننده برابری بیشتر؛ جدا بودن منابع تأمین اضافه‌کار و کارانه؛ امکان پرداخت اضافه‌کار تشویقی؛ قابلیت انتقال منابع مالی توسط مدیران و تعیین دریافتی کل کارکنان به‌صورت متمرکز و توسط تعداد کمی از مسئولین از جمله مواردی هستند که با تغییر نوع نگاه اثر مثبت یا منفی برنامه را نشان می‌دهند.

جهش دوم: تغییر «نظام نوین و حقوق و دستمزد» به «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و حقوق و دستمزد»: باوجود وضعیت فوق‌الذکر و با توسعه نظام سلامت و بیمارستان‌های کشور، برنامه نظام نوین عملاً عملکرد خود را از دست داده و تمایل برای تغییر آن در میان مدیران بالادستی و پایین‌دستی افزایش یافت. علت این تغییرات مجموعه قوانین و مقررات بالادستی و نواقص نظام پرداخت پیشین بوده‌اند. مفاد مربوط به نحوه حصول درآمد و هزینه آن‌ها در «قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی» به‌عنوان یک نقطه عطف در امور داخل وزارت، باعث فعالیت‌های متعددی در راستای رفع نواقص نظام نوین شده است؛ از آن جمله می‌توان 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 آماده‌سازی نظام سلامت برای اصلاحات، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد طراحی شده برای ایران را در بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی اجرایی کرد. بررسی اهداف تدوین این برنامه نشان می‌دهد که مبنای طراحی این برنامه، رفع مسائل و مشکلات موجود در بیمارستان‌های 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 پیچیده‌تر می‌گردد.

بررسی نحوه دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران نشان می‌دهد که دو مقوله در اجرا شدن این برنامه در کشور نقش اساسی داشته‌اند. اول قوانین بالادستی (قانون فوق‌الذکر و قوانین پنج‌ساله توسعه کشور) حمایت‌کننده و دوم افراد یا گروه‌های آگاه و علاقه‌مند به اجرای برنامه (یک گروه در سطح مدیران ارشد وزارت و یک گروه در سطح کارشناسان معاونت وزارت).

نظام پرداخت اصلی به ارائه‌کنندگان 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 کارانه‌ای کرده است؛ ولی باید توجه داشت که کیفیت مراقبت در این مکانیسم مورد توجه قرار نمی‌گیرد. یکی از مراحل برای خروج از وابستگی به نظام پرداخت کارانه‌ای این است که نظام آموزش دانشگاهی کشور برای تأمین نیروی انسانی متخصص باز مهندسی گردد.

شرایط سیاسی کشور، تغییر کامل و ناگهانی برخی برنامه‌ها مانند پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران را ضروری می‌سازد، این کار باعث ایجاد فشار کاری و سیاسی زیادی به اجراکنندگان سطوح بالا و پایین می‌شود و لذا مسئولان ناچار به پذیرش اجرای برنامه‌ها به صورت نسبتاً کامل هستند.

معطوف کردن طراحی یک برنامه بر اساس اطلاعات گرفته‌شده از برنامه‌های موجود باعث می‌شود 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 هرگونه الگوبرداری از یک برنامه، مزایا و معایب آن شناسایی گردد. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران از برخی بخش‌های برنامه اعتباربخشی بیمارستانی کشور الگوبرداری مناسبی انجام نداد.

تعهد مدیران محیطی و میانی در سطح دانشگاه و بیمارستان برای اجرای بسیاری از برنامه‌ها 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 بارکاری زیاد با افزایش دریافتی کم، کاهش بارکاری و کاهش منافع مالی).

توانایی نظام سلامت/بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه بر اساس افراد کلیدی اجراکننده برنامه سنجیده شود. به نظر می‌رسد برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران تا حد زیادی به توان مدیریتی سرپرستانی وابسته است که آموزش‌های کافی را نداشته‌اند. پرستاران باتجربه بالینی بایستی امور مدیریت منابع انسانی را انجام می‌دادند. به‌منظور 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 سیاست‌گذاران حوزه سلامت توجه داشته باشند که چه در مرحله اجرا و چه در مرحله سنجش «کیفیت مراقبت» در بیمارستان‌های ایران جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است.

اگر انتظار می‌رود که برنامه‌ای تفاوتی را ایجاد نمی‌کند، مکانیسمی برای آن طراحی شود که به‌سادگی منطق ایجاد تفاوت را نشان دهد. در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران به دلیل پیچیدگی برنامه، مسئولان نتوانستند به‌خوبی اثرات برنامه را به نمایش گذارند که پذیرش آن را برای کارکنان دشوار می‌ساخت.

در هنگام برآوردهای مالی و تعیین جریان منابع مالی مربوط به یک برنامه، اثرات سایر برنامه‌هایی که به‌صورت 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.

باوجوداینکه 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 به‌خوبی 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 اجراکنندگان، 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 تنش مهم‌ترین این عوامل هستند.

کشور و سیاست‌گذاران به‌طورجدی از مکانیزه نبودن نظام اطلاعات حوزه سلامت در سختی هستند. زیرساخت‌های مناسبی ایجادشده‌اند ولی بهره‌برداری از آن‌ها به‌کندی میسر می‌گردد.

در هنگام اجرای برنامه 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 به‌طور مستمر به‌روزرسانی 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.

مخاطبان طرح

مدیران و سیاست‌گذاران سلامت (مانند ستاد وزارت بهداشت): بخشی از این گزارش به این گروه کمک می‌کند تا ابزارهای لازم برای تدوین و اجرای سیاست پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور را به‌روشنی درک کنند و در برنامه‌های بعدی از آن‌ها استفاده کنند. برای این منظور پیشنهادهایی در خلاصه اجرایی ارائه شده است.

مدیران بیمارستان و دانشگاه: به‌واسطه بخشی از این طرح این گروه از افراد می‌توانند به درک روشنی از موانع و مشکلات تدوین و اجرای برنامه در سطح وزارت و دانشگاه را درک کنند. به‌علاوه پیشنهادهایی برای استفاده کارآتر از برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ارائه شده است.

ارائه‌دهندگان خدمت (پزشک، پرستار، ماما و ...): این گروه از افراد به‌عنوان افرادی که تحت تأثیر اجرای برنامه قرار گرفته‌اند، می‌توانند درک بهتری از نحوه تأثیرگذاری برنامه بر میزان درآمد خود کسب کنند و اینکه چگونه می‌توانند میزان کارایی و درآمد خود را بهینه سازند.

برنامه برای کاربری نتایج

- انتشار مقاله در مجله‌های علمی - پژوهشی داخلی
- انتشار مقاله در مجله‌های علمی - پژوهشی خارجی
- ارائه در کنفرانس‌ها و سمینارهای داخلی
- ارائه در کنفرانس‌ها و سمینارهای خارجی
- ارسال خلاصه یا گزارش کامل طرح یا مقاله حاصل از آن برای استفاده‌کنندگان بالقوه آن
- قرار دادن متن کامل گزارش یا خلاصه‌ای از آن در وبسایت به‌منظور دسترسی استفاده‌کنندگان بالقوه به آن

پیام اصلی حاصل از طرح پژوهشی

نتایج بخش کیفی نشان می‌دهند که معایب برنامه «نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها» باعث ایجاد تغییر در نظام پرداخت کارکنان بیمارستان‌های دانشگاهی-دولتی کشور هم در سطح خرد و هم در سطح کلان گردید. لذا تصویب قوانین حامی پرداخت مبتنی بر عملکرد، نوآوری‌های 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.

در مسیر اجرای یک سیاست پرداخت مبتنی بر عملکرد، تشکیل دو گروه سیاستی که با ایجاد یک‌نهاد جدید در داخل وزارت خانه و اجرای طرح تحول سلامت همراه بوده‌اند، اثرگذار اصلی بوده‌اند. 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 روبه‌رو شد و حمایت‌های قوانین بالادستی و دو گروه سیاستی فوق پیشران برنامه بود.

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 بستگی به ظرفیت‌های اجرایی بیمارستان و تعهد مدیران داخلی آن دارد؛ به‌علاوه به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بزرگ‌ترین عامل تهدیدکننده اهداف و اثرات برنامه است.

یافته‌های بخش کمی در مورد میزان دریافتی کارکنان نیز در بسیاری از ابعاد مؤید یافته‌های بخش کیفی بود. این بخش از مطالعه نشان داد که اجرای برنامه باعث ایجاد تعداد تفاوت‌های معنادار بیشتری بین دریافتی افراد بر اساس ویژگی‌های آن‌ها شده است که می‌تواند برای دستیابی به عدالت بیشتر در نظام پرداخت بیمارستانی بسیار مؤثر باشد. به‌علاوه داده‌کاوی داده‌های بعد از اجرای برنامه نیز نشان داد که برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد توانایی کم کردن مستقیم اثر رابطه استخدامی و سابقه را دارد و نمره عملکرد کیفیت فرد و واحد/بخش نیز در کنار سایر متغیرها نقشی مؤثر در تعیین دریافتی افراد دارند.

رضایت افراد قبل از اجرا به‌طور معناداری بیشتر از بعد از اجرای برنامه است. بررسی همبستگی بین رضایت از درآمد و آگاهی از ابعاد برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نشان داد که با افزایش آگاهی میزان رضایت افراد از درآمد بیشتر می‌گردد.

به‌طور کلی در اجرای این سیاست در ایران قوانین بالادستی، گروه‌های سیاستی و ایجاد نهاد سازمانی بالاترین تأثیر را داشته‌اند و فشارهای سیاسی و تضاد منافع بر اجرای برنامه‌های 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 برنامه‌ها است. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران به‌طور نسبی خوب طراحی و اجرا شده است ولی توانایی مدیران داخلی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه، برای بهره‌گیری از مزایایی آن کم است.

فصل اول – مقدمه

در این فصل، به منظور ایجاد دیدگاهی جامع ولی مختصر از کل طرح مطالعاتی، 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. در این فاصله با بیان کلیات پرداخت مبتنی بر عملکرد به سمت واژه‌شناسی و تاریخچه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح جهان خواهیم رفت و سپس به بررسی بسیار مختصر این مسئله در ایران و هدف مطالعه می‌پردازیم. اهداف، سؤالات و فرضیات مطالعه نیز در گام بعد به صورت جزئی بیان شده‌اند.

۱,۱ کیفیت و پرداخت مبتنی بر عملکرد

بعد از بیانیه^۱ IMO (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 مراقبت سلامت همچون آفتی بر جان نظام سلامت بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط نیز افتاده است. 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 به مصرف‌کنندگان آسیب می‌رسانند برای مثال ارائه خدمات غیرضروری به بیمار (۳). تلاش‌های زیادی از جمله تغییر در فرهنگ و اخلاق گزارش خطا، کامپیوتری کردن خدمات، غیره برای کاهش خطاهای پزشکی و افزایش کیفیت خدمات صورت پذیرفته است (۱, ۲)؛ اما با وجود این، پژوهش‌ها درباره کیفیت خدمات مراقبت سلامت شواهدی ارائه نموده است که نشان می‌دهد هنوز نواقصی گسترده، حتی در کشورهای با منابع فراوان برای ارائه مراقبت سلامت، وجود دارد (۴). البته برای کنترل رفتار افراد انواع روش‌ها همچون غربالگری^۲، اجتماعی کردن^۳، تهدیدهای پایان قرارداد توصیه شده است (۵)، پیشنهاد تئوری‌های اقتصادی برای این مسئله، ایجاد تغییر در رفتار افراد به واسطه‌ی به‌کارگیری انگیزاننده‌ای خاص مانند انگیزاننده‌های مالی می‌باشد (۶, ۷) و پاداش‌های مالی یکی از مهم‌ترین این انگیزاننده‌ها هستند (۵). لذا به‌کارگیری ساختارهای متفاوت پرداخت مانند پرداخت بر اساس واحد خدمت^۴ (به عنوان نوعی از پرداخت مبتنی بر نتایج^۵)، سرانه^۶، گروه‌های تشخیصی وابسته^۷ و مبتنی بر عملکرد از جمله حرکت‌های کشورهای مختلف برای بهبود کیفیت خدمات بوده است (۴, ۹).

^۱ Institute of Medicine (IOM) Report

^۲ Screening

^۳ Socialization

^۴ Fee-For-Service - FFS

^۵ Results-Based Financing (RBF)

^۶ Capitation

^۷ Diagnosed Related Groups (DRGs)

ویژگی مشترک ضروری برای ساختارهای پرداخت این است که مکانیسم انگیزانندگی آنها به گونه‌ای باشد تا از به‌کارگیری کمتر از حد استاندارد و از به‌کارگیری بیشتر از حد استاندارد خدمات و کالاها در هنگام نیاز جلوگیری نمایند و درعین حال کیفیت خدمات را نیز بهبود دهند.

تلاش برای پرداخت (پاداش دادن) به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بر اساس کیفیت عملکرد آنان ازجمله استراتژی‌هایی است که برای تحریک 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 می‌شود (۱۰). به‌طور معمول، کلمه «عملکرد»^۱ مفهوم گسترده‌ای دارد که سنجه‌های کارایی را نیز در خود گنجانده است، اما عملکرد در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد حداقل بر سنجه‌های اثربخشی بالینی همراه با همه ابعاد کیفیتی دیگر تمرکز دارد (۴).

به‌کارگیری انگیزاننده‌هایی با ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظام سلامت گسترده می‌باشد. برای مثال در ایالات متحده این نوع از ساختار پرداخت به‌وسیله‌ی نیمی از همه سازمان‌های حافظ سلامت^۲ بکار گرفته می‌شوند و در قراردادهای پزشکان سیار، بیمارستان‌ها و پرستاران منزل دیده می‌شود (۱۱) و یا در انگلستان^۳ تقریباً ۲۵ درصد از درآمد پزشکان خانواده با این روش پرداخت می‌گردد (۱۲). پرداخت مبتنی بر عملکرد یکی از ابزارهای اولیه در حمایت از اصلاحات ارائه مراقبت سلامت می‌باشد (۴)؛ اما موفقیت چنین نوآوری‌هایی به دو عامل توانایی تعیین و انجام تغییرات موردنیاز و انعطاف‌پذیری ترکیب نوآوری در وضعیتی که آنها اعمال خواهند شد وابسته است (۱۳).

۱،۲ واژه‌شناسی پرداخت مبتنی بر عملکرد

با توجه به گستردگی مطالب مربوط به پرداخت مبتنی بر عملکرد، لازم است در مورد برخی از اصطلاحات رایج برای این موضوع شفاف‌سازی صورت پذیرد. در مطالعات سه عبارت «تأمین مالی مبتنی بر عملکرد»^۴، «پرداخت مبتنی بر عملکرد»^۵ و «پرداخت برای عملکرد»^۶ به یک معنا بکار برده شده‌اند (۱۴). در مطالعه موسگروو^۷ (۲۰۱۱) نیز بحث شده است که می‌توان نتایج^۸ را با عملکرد^۹ یکسان در نظر گرفت (۸) لذا ممکن است ما در مطالعات مختلف علاوه بر عبارات فوق با عباراتی همچون «پرداخت مبتنی بر نتایج»^{۱۰} و «کمک‌های مبتنی بر برونده»^۱ یا مشتقات این

^۱ Performance

^۲ HMOs

^۳ UK

^۴ Performance-Based Financing

^۵ Performance-Based Payment

^۶ Payment for Performance

^۷ Musgrove

^۸ Results

^۹ Performance

^{۱۰} Results-Based Payment

اصطلاح (۱۵) برخورد نماییم که همگی با تغییرات ناچیز پیرو یک هدف هستند و آن ایجاد انگیزه برای انجام کارهای خواسته شده و عدم انجام کارهای ناخواسته می‌باشد. در این سند نیز در کنار سایر عبارات عمدتاً از عبارت پرداخت مبتنی بر عملکرد و پرداخت عملکردی استفاده شده است.

۱,۳ تاریخچه پرداخت مبتنی بر عملکرد

در کشورهای با درآمد کم و متوسط، بسیاری از دولت‌ها از عملکرد پایین نظام مدیریتی و ارائه‌کنندگان خدمات خودآگاهی داشته و درصد آزمون 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 است. عبارتی که برای نشان دادن این گونه فعالیت‌ها بکار می‌رود، برای اولین بار توسط بانک جهانی تحت عنوان «پرداخت مبتنی بر نتایج» معرفی گردید. معنای این عبارت برای نظام سلامت این گونه تعریف شده است: پرداختی مالی یا انتقالی غیر پولی در سطح ملی یا سطوح پایین‌تر دولت، مدیران، ارائه‌کنندگان، پرداخت‌کنندگان یا مصرف‌کنندگان خدمات سلامت در ازای نتایج از پیش تعیین شده 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).

برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد برنامه‌ای آگاهانه می‌باشد که ساختارهای انگیزاننده را به منظور انگیزش تولیدکنندگان سلامت به سمت موضوعاتی که طالب آن می‌باشد، 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). این سیاست‌ها اعتبار ظاهری قوی‌ای از خود نشان داده‌اند (۱۰).

۱,۴ 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^۲ و اصلاحات نظام سلامت (۱۸)، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نهایی طراحی شده برای ایران (IR-PFP)^۳ 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؛ سهم 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

^۱ Output-Based Aid

^۲ 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».

^۳ Iranan Pay for Performance Model

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^۱. با توجه به این اهداف، مبنای طراحی این برنامه، رفع مسائل و مشکلات موجود در بیمارستان‌های کشور بوده است.

این سیاست پیرو اهداف از پیش تعیین شده و ابلاغ شده توسط وزیر محترم صورت گرفته است. ارزیابی و بررسی این سیاست می‌تواند در امر نمایش عملکردهای دولت و بهبود نواقص در امر طراحی و اجرای آن می‌تواند بسیار مفید واقع گردد. لذا طرح حاضر در نظر دارد تا با بررسی نحوه دستور گذاری، تدوین و اجرای برنامه گامی در راستای ارزیابی آن بردارد.

۱,۵ اهداف طرح پژوهشی

۱,۵,۱ اهداف اصلی طرح

- ۱-۱ تحلیل سیاست‌گذاری تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد
- ۱-۲ تعیین تأثیر اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی ایران

۱,۵,۲ اهداف فرعی طرح

۱,۵,۲,۱ اهداف کیفی

هدف شماره یک بخش کیفی: شناخت و تعریف مواردی که باعث پیاده‌سازی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورهای دنیا شده‌اند.

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

۱,۵,۲,۲ اهداف کمی

تعیین تأثیر اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بر ایجاد تعادل در دریافتی کارکنان پزشک شاغل در بیمارستان‌ها

۱,۱ مقایسه قبل و بعد کل دریافتی پزشکان بر اساس تخصص

۱,۲ مقایسه قبل و بعد رتبه تخصص‌های پزشکی بر اساس مقایسه با میانگین

۲,۱ مقایسه قبل و بعد فاصله از میانگین دریافتی کارکنان غیرپزشک بالینی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

۲,۲ مقایسه قبل و بعد رتبه میانگین کارکنان غیرپزشک بالینی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

۳,۱ مقایسه قبل و بعد فاصله از میانگین دریافتی کارکنان غیرپزشک پشتیبانی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

۳,۲ مقایسه قبل و بعد رتبه میانگین کارکنان غیرپزشک پشتیبانی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

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

۱,۵,۳ 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 می‌باشد، 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 در جهت تسهیل اجرای آن برای سطوح بالادستی، میانی و پایین‌دستی بردارد، چراکه شناخت مسئله اولین گام برای برطرف نمودن آن است.

۱,۶ فرضیات یا سؤالات طرح پژوهشی

۱. مشکل/مشکلاتی که باعث تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران شده‌اند کدام‌اند؟
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. تأثیر اجرای نظام پرداخت بر ایجاد برابری پرداختی بین ارائه‌کنندگان (کارکنان پزشک، کارکنان غیرپزشک و بخش بیمارستانی) چگونه بوده است؟

تعاریف عبارت و اختصارات در این سند

مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد (PFP): 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 از سال ۱۳۸۷، طراحی و اجرا نموده بود. این مدل صرفاً در این بیمارستان اجرا شده است.

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.

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

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

فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

۲. مقدمه

هدف این فصل از پایان‌نامه معرفی ادبیات موضوع در حوزه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح دنیا است. بر این مبنا پایان‌نامه با مباحث مشوق‌ها و انگیزاننده‌ها شروع شده و در ادامه به تفصیل به مباحث پرداخت مبتنی بر عملکرد، تاریخچه و تعیین انواع آن پرداخته شده است. در مرحله بعد نحوه تشخیص انواع پرداخت مبتنی بر عملکرد خواهد متعدد در انواع کشورها برای انواع برنامه‌ها ارائه شده است. در انتها نیز پس از بیان انواع رفتارهای ناخواسته و پیامدهای اخلاقی آن در برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد، به بررسی ادبیات موضوع در سطح دنیا و ایران پرداخته شده است. با توجه به گستردگی مطالب، ادبیات موضوع در ایران در دو گروه حوزه سلامت و غیر سلامت مورد بررسی قرار گرفته است.

۲,۱ انگیزاننده‌ها

مشوق هر عاملی (مالی و یا غیرمالی) را گویند که برای یک دوره زمانی و یا تعداد خاصی از یک فعالیت انگیزه فراهم می‌کند به منظور ترجیح یک انتخاب در مقایسه با یک جایگزین دیگر. منابع داخلی انگیزاننده برای پزشکان احتمال بهبود سلامت بیماران در نتیجه یک دوره از فعالیت و انجام دادن درست یک کار است. منبع دیگر انگیزاننده عبارت است از هنجارهای گروه‌های اجتماعی و همکار که در آن یک انتخاب خاص توسط دیگران به عنوان چیزی که انجام آن درست است در نظر گرفته می‌شود و به طور خاصی قابل تحسین است و یا که بر اساس آن هنجارها شکست در انجام یک فعالیتی به یک روش خاص محکوم می‌شود.

مشوق‌های مالی منابع بیرونی انگیزاننده‌ها هستند و زمانی وجود دارند که یک فرد پولی را دریافت نماید مشروط به انجام فعالیتی در یک روش خاص. در حالی که انگیزاننده‌های مشابه وجود دارند (نوعی از انتقال منابع مالی^۱، هدیه و یا قرعه‌کشی)، تمرکز ما به مشوق‌های مالی است که باعث ایجاد تغییرات در مقدار یا روش انتقال پول به یک پزشک/ارائه‌کننده خدمات می‌شود. با توجه به وجود مسائل متعدد در نام‌گذاری و تعاریف موجود درباره این مسئله، حوزه بهداشت و درمان انواع مختلفی از مشوق‌های مالی را مورد استفاده قرار می‌دهد؛ از جمله:

- حقوق و دستمزد و یا پرداخت دوره‌ای (پرداخت برای کار در یک دوره زمانی مشخص)؛
- هزینه برای سرویس (پرداخت برای هر یک از خدمات، بخشی از خدمت یا ویزیت پزشک)؛
- سرانه (پرداخت برای مراقبت از یک بیمار و یا یک جمعیت خاص)؛
- و پرداخت و پاداش (پرداخت برای فراهم کردن سطح از پیش تعیین شده و یا تغییر در رفتار و یا کیفیت مراقبت خاص) (۱۹).

۲,۲ نظریه‌های رفتارشناسی و پرداخت مبتنی بر عملکرد

^۱ Transfers of Resource

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-کرافما 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 بهداشتی و درمان دانش کامل ندارند، بنابراین آن‌ها به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان کارگزار خود در ارائه اطلاعات و خدمات مایل هستند. 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 بر اساس عملکرد این است که انگیزاننده‌های مالی صریح ارائه‌شده است حتی زمانی که تقاضای بیمار برای مراقبت‌های بهداشتی بدون در نظر گرفتن کیفیت بوده است. تلاش متخصصان در فراهم کردن کیفیت بالا پاداش داده‌شده است، صرف‌نظر از اینکه بیماران آن را تشخیص دهند. 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 انگیزاننده‌های مالی و سیستم‌های پرداخت مراقبت‌های سلامت احتمالاً تأثیر مهمی بر رفتار حرفه‌ای داشته باشند، این نفوذ انحصاری نمی‌باشد. در دیدگاه اقتصادی، متخصصان به‌عنوان حداکثر کنندگان تابع مطلوبیت خود (به‌عنوان مثال رفاهشان) دیده می‌شوند. عوامل مهمی در تابع مطلوبیت آن‌ها دخالت دارند، علاوه بر درآمد، وضعیت حرفه‌ای و اجتماعی (تصویر از خود)، نوع دوستی (انجام آنچه باعث شود آن‌ها به‌عنوان بهترین نزد بیماران شناخته شوند)، فشار تلاش‌ها برای تغییر رفتار و عدم اطمینان در مورد مزیای تغییر رفتار. علاوه بر این، 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 شده‌اند (انگیزه درونی). در واقع، مردم هستیم که آیا برخی از خدمات باارزش، اما دشوار برای مشاهده در کیفیت (مانند همدلی و یا گوش دادن در مواجهه بالینی)، اگر پزشکان فقط به‌واسطه پول/درآمد برانگیخته شوند، فراهم خواهند شد یا خیر. متخصصین سلامت هم انگیزاننده‌های پولی و هم غیر پولی را دارا هستند که همه 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 سوی دیگر، جایی که در آن دستمزد کارکنان بهداشتی و درمان کم است، در شرایط مطلق، انگیزاننده‌ها ممکن است کانال مهمی در بهبود انگیزه از طریق افزایش سطح درآمد آنان باشند (۲۰).

۲,۳ 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 بالینی محلی تکیه می‌زنند. با این حال 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).

۲,۴ تعیین نوع تأمین مالی مبتنی بر عملکرد

پرداخت مبتنی بر عملکرد را می‌تواند این‌گونه تعریف نمود: انتقال پول و یا کالاهای مادی مشروط بر عهده گرفتن یک عمل قابل‌اندازه‌گیری و یا دستیابی به یک هدف از پیش تعیین‌شده عملکردی (۱۵). درحالی‌که این یک مفهوم ساده است، اما شامل طیف گسترده‌ای از اقدامات است که می‌توانند با توجه به هر سطحی متفاوت است. به‌طور کلی چندین عامل در تعریف و تعیین انواع پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد تأثیرگذار هستند.

هدف انگیزش

این سطوح می‌توانند 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 باشند.

نتایج مورد انتظار

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

شاخص اندازه‌گیری نتایج

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.

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.

نوع و شدت انگیزاننده

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

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 مهم‌ترین موارد این سطح هستند.

اجزای پشتیبانی طرح‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد

همانند افزایش فراهمی منابع، آموزش، منابع ذخیره، پشتیبانی فنی یا آموزشی؛ نظارت و بازخورد، دیگر استراتژی‌های بهبود کیفیت، افزایش حقوق، ساخت و ساز تسهیلات جدید، بهبودی در برنامه ریزی و مدیریت یا سیستم‌های اطلاعات؛ تغییرات حاکمیتی (به عنوان مثال عدم تمرکز)، تعیین اولویت‌ها و سهمیه بندی (به عنوان مثال تدوین لیست داروهای ضروری و یا خدمات تحت پوشش بیمه) و درگیر کردن ذینفعان (۲۳، ۲۴).

۲,۵ پرداخت عملکردی چگونه باید طراحی شود؟

طرح‌های PFP نیازمند طراحی بسیار دقیق با توجه به موارد ذیل می‌باشد: زمانی که آن‌ها استفاده می‌شوند، سطح که مدنظر اهداف قرار می‌گیرند، انتخاب هدف‌ها و شاخص‌ها، نوع و شدت انگیزه‌ها، نسبت‌های مالی که بر اساس نتایج پرداخت می‌شوند و اجزای فرعی طرح (۲۳). اکسام و فرتیم (۲۰۰۹) مراحل پیشنهادی در طراحی یک برنامه PFP، با اقتباس از ایچلر^۱ (۲۰۰۶) و نورث استار^۲ (۲۰۰۵)، عبارت می‌دانند از:

شناسایی ذینفعانی که در برنامه درگیر خواهند شد.

مشخص کردن مشکلات نظام سلامت به منظور تعیین علل و اهداف.

تصمیم بگیرید که آیا مشکل یک اولویت است.

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.

طراحی بسته مداخله‌ای، برای مثال برای طراحی PFP عبارت است از:

الف. چه کسی مشوق‌ها را دریافت خواهد کرد

ب. شرایط دریافت مشوق چیست (اهداف)

ج. عملکرد چگونه اندازه گیری می‌شود (شاخص)

د. نوع و شدت این انگیزه‌ها، آیا تأمین مالی دیگری مورد نیاز است و چگونه آن پرداخت خواهد شد

ه. بودجه

^۱ Eichler

^۲ NorthStar

۱. بررسی امکان‌سنجی طرح، شامل هزینه، پیامدهای سیاسی، در دسترس بودن کارکنان و تجهیزات، کفایت اطلاعات برای اندازه‌گیری عملکرد، آمادگی و ظرفیت برای مدیریت فرایند و پشتیبانی فنی مناسب.
۲. اطمینان حاصل شود که حمایت سیاسی و نهادی برای طرح PFP وجود دارد.
۳. توسعه مشخصات خدمات دقیق، از جمله جریان روش‌های عملیاتی پول برای مدیریت طرح و ترتیبات قراردادی.
۴. اطمینان از وجود ظرفیت برای مدیریت طرح PFP.
۵. آماده کردن یک طرح برای نظارت بر این برنامه، از جمله اثرات ناخواسته احتمالی، ارزیابی برنامه با استفاده از یک طرح دقیق برای نشان دادن عدم قطعیت‌های مهم (۲۳).

۲,۶ پرداخت عملکردی در کجا و با چه هدفی استفاده شده است؟

مشوق‌های مالی در مراقبت‌های سلامت به احتمال زیاد دارای دو هدف افزایش کیفیت و بهره‌وری مراقبت باشند (۲۵)؛ در بعضی موارد قدرت انگیزاننده ممکن است بر اثربخشی تمرکز نماید (۱۹). در حال حاضر تأمین مالی بر اساس عملکرد به عنوان یک استراتژی برای بهبود عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سازمان‌ها و دولت توجهات زیادی را سمت خود جلب نموده است (۲۶). در ادامه به برخی از استفاده‌کنندگان مختلف و اهداف مختلف پرداخت عملکردی اشاره شده است.

پرداخت عملکردی در کشورهای با سطح درآمد متفاوت

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

هدف پرداخت مبتنی بر عملکرد معرفی انگیزاننده‌ها به واسطه مرتبط نمودن پرداخت‌ها (در سطح فردی یا سازمانی) به فعالیت‌های موردنظر و/یا شاخص‌های نتایج می‌باشد. به علاوه ممکن است منابع را نیز (با تأمین بودجه تکمیلی) افزایش دهد و یا ممکن است یک مکانیسم جایگزین برای هدایت منابع مالی موجود باشد (جایگزین کردن بودجه‌های موجود) (۲۰).

در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)^۱ 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)^۲، به‌طور کلی اهداف گسترده‌تری دارد، شامل:

- برای افزایش کارایی تخصیصی خدمات سلامت (با تشویق ارائه خدمات با اولویت بالا و مقرون به صرفه)؛
- برای افزایش کارایی فنی (با استفاده بهتر از منابع موجود مانند کارکنان بهداشت و درمان)؛

^۱ the Organisation for Economic Co-operation and Development

^۲ lower middle income countries

- برای افزایش برابری در نتایج (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 قرارداد. 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 به‌غیراز 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. مبرهن است که برای سطوح مختلفی از انگیزاننده‌ها، کارهای متفاوتی بایستی انجام دهیم: انگیزاننده‌های تدوین‌شده در سطح افراد احتمالاً به‌طور مستقیم‌تری محرک 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).

پرداخت عملکردی برای مراجعه‌کنندگان

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 مورد نیاز است. باین‌حال، 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 روش جدیدی نمی‌باشد - این روش شکلی از پرداخت به مصرف‌کننده^۱ است و هنوز در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط به‌عنوان یکی از اشکال اصلی تأمین مالی سلامت باقی‌مانده است (۲۰).

پرداخت عملکردی در سازمان‌های بین‌المللی

پرداخت عملکردی ارائه‌شده توسط اتحاد جهانی واکسیناسیون و ایمن‌سازی (GAVI)^۲، صندوق جهانی، بانک جهانی، وزارت توسعه بین‌الملل بریتانیا (DFID)^۳، دفتر توسعه بین‌الملل ایالات متحده (USAID)^۴ و دیگر سازمان‌های کمک‌کننده بکار گرفته شده است. این برنامه توسط کمپین جهانی برای سلامت، اهداف توسعه هزاره

^۱ user fees

^۲ A Global Vaccine Alliance

^۳ Department for International Development

^۴ United States Agency for International Development

(MDGs^۱) 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).

پرداخت عملکردی در اهداف هزاره

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 که «شواهد نشان می‌دهد که مشوق‌های مالی کوچک هدف‌دار... به‌طور معناداری برای تغییر رفتار و دستیابی به نتایج مناسب هستند» (۲۳).

پرداخت عملکردی در هند

جنانی سوراکشا یوجانی (JSY)^۲ مداخله ایمنی مادر محوری است که برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و به‌عنوان جزئی از مأموریت ملی سلامت روستایی^۳ 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^۴) داوطلبان افتخاری 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.

ASHA جبران خدمت مبتنی بر عملکرد را 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 توالی خانگی و دیگر مداخلات ارائه مراقبت‌های بهداشتی بکار می‌گیرد. طرح JSY دولت شامل یک بسته سیاستی که پرداخت عملکردی به آشا یک جزء کوچکی از آن را تشکیل می‌دهد (۳۰).

پرداخت عملکردی در هائیتی

هدف از ارزیابی پرداخت عملکردی در سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO)^۵ در هائیتی بررسی مؤثر بودن پرداخت پول برای نتایج و همچنین بررسی بسیاری از جزئیات ساختاری بوده است که می‌تواند برای آگاه‌سازی دیگران مورداستفاده قرار گیرد تا در پیاده‌سازی مشوق‌های مبتنی بر عملکرد بکار گیرند (۳۱).

پرداخت عملکردی در خدمات سلامت ملی بریتانیا

علاقه قابل توجهی به اثر انگیزاننده‌های 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 شود (۳۲). به‌عنوان مثال، در خدمات سلامت ملی بریتانیا، سازمان چارچوب کیفیت و نتایج برای

^۱ The Millennium Development Goals

^۲ Janani Suraksha Yojana (JSY)

^۳ National Rural Health Mission

^۴ Accredited Social Health Activist

^۵ Non-Governmental Organization

مراقبت‌های اولیه (NICE ۲۰۰۴) 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 کاهش یافته و یا دسترسی بهبودیافته به مراقبت باشد (۳۲).

پرداخت عملکردی برای انواع متخصصان سلامت

مطالعات متعدد از به‌کارگیری انگیزاننده‌های مالی در میان پزشکان مراقبت‌های اولیه، پزشکان اطفال، پزشکان متخصص و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت (پرستاری در منزل، مراکز سلامت روان، داروخانه‌ها و غیره) 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 مسئولین حوزه سلامت بوده است (۱۹).

۲،۷ شواهدی از اثرات پرداخت عملکردی از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸

الف: پرداخت عملکردی تدوین شده برای دریافت‌کنندگان مراقبت‌های سلامت

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به‌کارگیری پرداخت عملکردی نتایج در ذیل آورده شده است.

انتقال وجه نقد مشروط

یک مرور نظام‌مند به بررسی اثرات انتقال وجه نقد مشروط (CCTs)^۱ بر موفقیت مداخلات سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMIC) پرداخته است. برنامه CCTs پولی را به خانواده‌ها مشروط بر انجام یک رفتار یا عمل خاص ارائه می‌دهد، مانند حضور در جلساتی که باهدف مراقبت پیشگیرانه تنظیم شده‌اند. به‌طور کلی، کارآزمایی‌های تصادفی در امریکای لاتین نشان می‌دهند که برنامه‌های CCT در افزایش استفاده از خدمات پیشگیرانه در میان کودکان و زنان و گاهی اوقات در بهبود سلامت مؤثر هستند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که افزایش مشاهده شده

^۱ Conditional Cash Transfers

(تفاوت خطر) در نسبت کودکان معاینه شده در مراکز سلامت در بازه ۱۱ درصد تا ۳۳ درصد قرار داشت (در میان مطالعات و سنجه‌های برون‌داد). به نظر می‌رسد که تأثیر برنامه‌ها متفاوت بوده است، به گونه‌ای که در میان جمعیت محروم مزایای بیشتر داشته است. تأثیر بر پوشش ایمن‌سازی کمتر بود و به نظر می‌رسد کوچک‌تر از (صفر تا ۷ درصد) باشد. یافته‌های مثبت در مورد تأثیر بر گزارش مادران از سلامت بچه‌هایشان (گزارش بیماری، اسهال یا بیماری تنفسی) گزارش شده است. درحالی‌که تأثیر بر برون‌دادهای سلامت عینی اندازه‌گیری (کم‌خونی یا هموگلوبین مقادیر) غیرقابل تفکیک شده بود.

تنها یک مطالعه در مالاوی اثر مقادیر مختلف (از ۱ به ۳ دلار آمریکا) را مورد بررسی قرار داده بود. اثر کلی در نسبت افرادی که برای نتایج آزمون HIV خود بازگشته بودند، نزدیک دو برابر بود (۷۲ درصد از افرادی که انگیزاننده‌ها دریافت کرده‌اند در مقایسه با ۳۹ درصد در میان افراد بدون انگیزه). در این مطالعه ارتباط مثبت بین اندازه انگیزاننده و اثر پیداشده بود: ۹ درصد افزایش مطلق به ازای هر دلار اضافی.

با هزینه‌ای بالغ بر بین ۶۰ تا ۵۶۰ دلار آمریکا به ازای هر خانواده، جریان پول موردنیاز برای برنامه‌های CCT ممکن است قابل توجه باشد و بودجه انتقالی واقعی فقط ۲۸-۴ درصد کل بودجه یک برنامه CCT محسوب می‌شود. هزینه-اثر بخشی برنامه‌های CCT در مقایسه با مداخلات عرضه محور کلاسیک (بهبود کمیت و کیفیت زیرساخت‌ها و خدمات) مورد بررسی قرار نگرفته، چراکه اکثر برنامه CCT که تاکنون اجرا شده‌اند در محیط‌هایی با زیرساخت‌های (سلامت) نسبتاً مناسب به اجرا درآمده‌اند. اثرات ناخوشایند 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 یارانه بودند (۲۴، ۳۴).

انگیزاننده‌های اقتصادی

یک مرور نظام‌مند از انگیزاننده‌های اقتصادی (از جمله کاهش قیمت کالاها و خدمات، قرعه‌کشی، انگیزه‌های نقدی و هدیه) به بررسی و گزارش ۳۹ کار آزمایشی تصادفی و هشت کار آزمایشی شبه تصادفی پرداخته بود. به‌طور کلی، رفتارهای پیشگیرانه در ۷۳ درصد از موارد افزایش یافته است. تمام مطالعات مرتبط با مراقبت پیشگیرانه ساده با استفاده از یک برون داد گسسته و به‌آسانی قابل اندازه‌گیری استفاده کرده بودند.

مطالعات مراقبت پیشگیرانه پیچیده از اقدامات فیزیکی و همچنین در برخی نمونه‌ها از خود گزارش استفاده کرده‌اند. برای رفتارهای ساده، مطالعات با گزارش یافته‌های مثبت در بازه ۴۰ درصد (برای قرعه‌کشی و هدیه) تا ۱۰۰ درصد (برای پول نقد و مجازات) بوده است. برای رفتارهای پیچیده، بازه یافته‌های مثبت بین ۵۰ درصد (برای پول نقد و خدمات رایگان) تا ۱۰۰ درصد (هدیه) بوده است. انگیزاننده 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 حفظ شده بود. تغییرات رفتاری به‌طور کلی پس از گذشت مدت کوتاهی پایدار نیستند. 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، به سطح اولیه خود بازگشته بودند. به‌طور کلی نتایج مطالعه بیان می‌کنند که انگیزه‌های نقدی به اندازه‌ای که انتظار می‌رفت تأثیرگذار بوده‌اند: پول نقد بیشتر، انگیزه بیشتر. کوپن، راحت‌تر و انعطاف‌پذیر، نسبت به هدایا ترجیح داده شده‌اند. هر دو مطالعه‌ای که انگیزه 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 و دو تا از نتایج مثبت نیز به‌طور بالقوه با نتایج قرعه‌کشی و یا اجزای مداخله دیگر مخدوش شده بود.

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 مربوط به آنفلوانزا جلوگیری شده 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 انگیزاننده‌های اقتصادی در ازای اثرات آن‌ها در نسبت موربیدیتی و مورتالیتی جمعیت در طول زمان، نداشته است (۶، ۲۴).

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 مبتلابه مشکلات رفتاری، قرعه‌کشی برای کوپن اسباب‌بازی، غذا و یا بلیت اتوبوس به ارزش ۱۰ دلار پیشنهاد شده بود) تا به ۳۷ درصد (برای پذیرش جلسات آموزش پیشگیری توسط عمدتاً مهاجران مبتلابه سل، ترکیبی از پول نقد، بلیت و کوپن به ارزش ۵ تا ۱۰ دلار در هر ملاقات ارائه شده بود) 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. (مقدار P از ۰/۰۵ به‌عنوان یک برش برای تعیین اهمیت آماری استفاده شده بود).

هیچ شواهدی از هزینه اثربخشی ارائه نشده بود، اما پژوهشگران مطالعات اذعان داشته‌اند که «مشوق‌های مالی به احتمال زیاد هزینه اثربخش هستند، اگر مزایای درمان قابل توجهی نه فقط برای بیمار بلکه برای جامعه نیز داشته باشند. در اصطلاح اقتصادی، اگر ایکسترنالیتی مثبت برای درمان وجود داشته باشد. درمان یا جلوگیری از سل یک مثال از این‌گونه موارد است. اگر بیماران به‌شدت با درمان سل مخالفت کنند، نه تنها منجر به درمان‌گران تر برای بیمار می‌گردد، امکان توسعه گونه‌های مقاوم به داروی بیماری و سرایت به سایر افراد دیگر نیز افزایش می‌یابد» (۲۴،

(۳۵).

مثال پرداخت عملکردی برای مراجعه‌کننده: تشخیص و درمان بیماری سل

در بررسی ارزیابی پرداخت عملکردی در برنامه‌های کنترل سل (TB)، 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 حمل‌ونقل
 - کوپن برای کالاهای مادی
 - بسته‌های از محصولات بهداشتی شخصی
- برای ارائه‌دهندگان فردی انگیزاننده‌ها شامل موارد ذیل بوده‌اند:

- پرداخت مستقیم
- بسته‌های مواد غذایی
- کوپن
- انواع اجناس
- داروهای رایگان به ارائه‌دهندگان خصوصی

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

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^۱ DOTS (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).

ارزیابی سهم پرداخت عملکردی در این بهبودی تأییدشده امکان‌پذیر نیست. در پونای هندوستان، یک طرح پرداخت به ارائه‌دهنده خصوصی برای ارجاع مظنونین به مراکز میکروسکوپی و پس‌از آن به درمانگران با روش درمان مستقیم مشاهده‌ای، بهبودهایی را در نرخ تشخیص و درمان نشان داده است. این یافته‌ها را باید بر اساس ویژگی‌های بسیار متفاوت عوامل مرتبط با پرداخت عملکردی تفسیر نمود.

ارزیابی محدود استفاده از پرداخت عملکردی 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 خواسته‌شده برای کسب آگاهی در جهت طراحی یک طرح پرداخت عملکردی را برجسته می‌سازد.

^۱ Directly Observed Treatment, Short Course

طراحی و کنترل مشوق دقیق برای به حداقل رساندن اثرات ناخواسته نیز مورد نیاز است. اثرات ناخواسته پرداخت عملکردی برای بیماران شامل دخالت در فعالیت‌هایی است که آن‌ها مستحق منافع نگه دارد مانند اجتناب از مصرف داروها برای تداوم دریافت پرداخت‌های ماهانه، تحت فشار قرار دادن ارائه‌دهندگان برای انتقال آن‌ها به یک حوزه با منافع، فروش مواد غذایی برای خرید الکل، ایجاد بیماران کاذب برای گرفتن غذا برای بیماران غیر TB، تضعیف روحیه کارکنان بهداشتی تا احساس کنند که انگیزاننده ارائه شده برای آن‌ها ناعادلانه است و سرقت مواد غذایی و پول توسط کارکنان بهداشتی (۲۳، ۳۶).

ب: پرداخت عملکردی تدوین شده برای ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت

پرداخت عملکردی تدوین شده برای پزشکان دارای مطب فردی

پترسون و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه نظام‌مند خود نه کار آزمایشی تصادفی شده، چهار مطالعه قبل و بعد و چهار مطالعه مقطعی وارد نموده بودند. پنج مطالعه از میان شش مطالعه اثرات جزئی یا مثبت انگیزاننده برای پزشکان فردی را گزارش نموده بودند. نه مطالعه استفاده از انگیزاننده‌های مالی برای گروه‌های ارائه‌دهنده را ارزیابی کرده بودند. از این تعداد، در هفت مطالعه اثر جزئی یا مثبت انگیزاننده‌های مالی در مورد سنجه‌های کیفیت گزارش شده بود. میزان بسیاری از تأثیرها کوچک بوده‌اند. در دو مطالعه، بهبودی در سنجه کیفیت مراقبت از لحاظ آماری معنی‌دار 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 انگیزاننده کیفیت (تفاوت = ۴ درصد، $P = ۰,۰۲$) مشاهده شده بود. بهبودی در نرخ غربالگری ماموگرافی و آزمایش هموگلوبین A_{1c} از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. در دو کار آزمایشی تصادفی شده نیز انگیزاننده در سطح گروه برای خدمات سلامت پیشگیرانه بی‌تأثیر بوده‌اند.

دو مطالعه مشوق‌های مالی ارائه شده در سطح سیستم پرداخت را مورد بررسی قرار داده بودند. یکی اثربخشی انگیزاننده برای بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران سالمند با شرایط ناتوان‌کننده، حاد و مزمن را ارزیابی کرده بود. این برنامه انگیزاننده‌هایی برای پذیرش بیماران به‌شدت وابسته، انگیزاننده‌هایی برای دستیابی به اهداف وضعیت سلامت و یک انگیزاننده برای ترخیص بیماران مناسب از لحاظ بالینی را شامل می‌شد. پرستاران سایت‌های مداخله نسبت به پرستاران سایت‌های شاهد، به‌طور معناداری تعداد بیماران به‌شدت بیمار بیشتری را بستری نموده بوده‌اند. مطالعه (منفی) انگیزاننده‌ها در سطح سیستم پرداخت برای قرارداد مبتنی بر عملکرد در مورد سوءمصرف مواد بود. یکی از یافته‌های بالقوه مهم، یک اثر ناخواسته یعنی انتخاب معکوس بود. در این مطالعه کاهش معنی‌داری در احتمال درمان گروه بیماران با وخامت بیماری بالاتر، توسط ارائه‌دهندگان دارای انگیزاننده‌های مالی برای دستیابی به اقدامات باکیفیت از پیش تعیین شده، 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 معجزه‌آسایی 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).

پرداخت عملکردی تدوین شده برای پزشکان مراقبت‌های اولیه

تاون و همکاران در مرور نظام‌مند خود انگیزاننده‌های اقتصادی مورد استفاده در بهبود ارائه خدمات پیشگیرانه را مورد بررسی قرار داده‌اند. آن‌ها شش کارآزمایی‌های تصادفی از انگیزاننده‌هایی که هدف آن‌ها پزشکان مراقبت‌های اولیه برای مراقبت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر (ثبت‌نام‌شده در مدیکید) در ایالات متحده آمریکا بودند را وارد مطالعه خود نموده‌اند. کارآزمایی گزارش کرده بود: مشخص نبود که مشوق‌های مالی به پزشک پرداخت‌شده بود یا به عملکرد. اگر پرداخت به عملکرد انجام شده، چگونه عملکرد انگیزاننده‌های مالی به فرد پزشکان منتقل شده است. تنها یکی از هشت نتیجه، افزایش انگیزاننده‌های 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 مزایا و استفاده‌کنندگان از پرداخت FFS افزایش یافته تقسیم شده بودند. یک مطالعه نشان داده بود که بیشتر افزایش در نرخ ایمن‌سازی اندازه‌گیری شده به دلیل انگیزاننده‌های مالی نتیجه ثبت‌اسناد و مدارک بهتر بود، نه نتیجه ارائه واکسن بیشتر پزشکان.

مطالعات متعدد تأثیر بازخورد رسمی عملکرد پزشکان بدون انگیزاننده‌های مالی را مورد بررسی قرار داده‌اند. مثلاً، در یک مطالعه، بررسی بلندمدت 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 برانگیخته به‌طور متوسط ۸۲ دلار افزایش یافته بود. این مقدار انگیزاننده منجر به افزایش نرخ ۷ درصدی ایمن‌سازی شده بود که بیانگر هزینه ۳ دلار به ازای هر ایمن‌سازی آنفلوآنزای اضافی می‌باشد. واکسیناسیون آنفلوآنزا باعث صرفه‌جویی 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، صرفه‌جویی در هزینه‌ها را نیز به دنبال داشته است (۲۴، ۳۹).

پرداخت عملکردی تدوین شده 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 شده، 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، $P = ۰,۰۰۳$) بوده است. پژوهشگران مطالعه سری‌های زمانی متقاطع بیان کرده‌اند، هیچ مدرکی برای اثبات تغییر معنادار روند خطی کلی برای ایمنی‌سازی

دوران کودکی به عنوان یک نتیجه از معرفی پرداخت هدف، وجود ندارد (۴۰، ۴۱). یک بررسی نظام‌مند دیگر درباره اثرات انگیزاننده‌های مالی در تجویز، صرفاً شواهد بسیار کم کیفیتی از اثرات ایجاد صندوق و یا بودجه دارویی در انگلستان، آلمان و ایرلند یافته است (۴۲). یک مرور مقالات دیگر درباره تأثیر پرداخت برای عملکرد در نابرابری‌های نژادی در ایالات متحده آمریکا هیچ مطالعه‌ای را پیدا نکرده است (۴۳). در نهایت، یک بررسی نظام‌مند باهدف بررسی اثرات هر نوع حمایت مالی در ازای محدودیت در موقعیت عملکرد بیان نموده است که تنها شواهد باکیفیت بسیار پایین از امریکای شمالی یافت شده است و پیشنهاد می‌کند که قرارداد حجمی^۱ (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 تدوین شده برای سازمان‌ها

در مرور نظام‌مند اثرات قراردادهای رسمی بین ارائه‌دهندگان دولتی و غیردولتی در دسترسی به/ و استفاده از خدمات سلامت در LMIC یک کار آزمایشی تصادفی شده، یک تجزیه و تحلیل سری‌های زمانی قطع شده و یک مطالعه قبل و بعد کنترل دار را یافته‌اند. 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. سه مطالعه، شواهدی در مورد اینکه آیا این رویکرد مؤثرتر از یک سرمایه‌گذاری مشابه در بخش دولتی هست یا نه ارائه نداده‌اند 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 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 شده بود و یک عملکرد ضعیف منجر به اتخاذ برخی تحریم‌ها و عدم تجدید قرارداد می‌شد. اهداف عملکرد سلامت مادر و کودک تعیین شده بود. به جز این مطالعه، به نظر می‌رسد هیچ‌یک از سه طرح قرارداد دیگر، از پرداخت مبتنی بر عملکرد هدفمند برای سازمان‌ها استفاده نکرده‌اند. اگرچه برخی از اثرات مثبت برای پیمانکاری گزارش شده‌اند، اما هیچ‌یک از این اثرات را نمی‌توان به‌طور مستقیم به پرداخت عملکردی نسبت داد (۲۴، ۴۵، ۴۶).

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

هدف از ارزیابی پرداخت عملکردی در سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) در هائیتی بررسی مؤثر بودن پرداخت پول برای نتایج و همچنین بررسی بسیاری از جزئیات ساختاری بوده است که می‌تواند برای آگاه‌سازی دیگران

^۱ Return-of-Service Programs

مورد استفاده قرار گیرد تا در پیاده‌سازی مشوق‌های مبتنی بر عملکرد بکار گیرند (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 عملکردی و همچنین مصاحبه‌ها به دست آمده‌اند.

اگرچه 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. چگونگی کارکرد مناسب ابزار ارزیابی نیز به روشنی مشخص نشده است.

تغییراتی چند در شاخص‌های مورد ارزیابی ایجاد شده بود. زمان انتظار خط‌زده شده بود چراکه به‌عنوان یک شاخص ضعیف برای ارزیابی کیفیت به حساب 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 برون‌دای 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 به صورت 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 تأیید عملکرد، پروژه به سمت تأیید شاخص‌هایی که به صورت 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 بسته‌بندی 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 به صورت تصادفی انتخاب از یک لیست از هفت‌تایی پیش رفت. بازخورد از NGO نشان می‌دهد که سوئیچ از پیمایش جامعه‌محور توسط شرکت خارجی به سمت خود گزارش دهی با ممیزی تصادفی، نه تنها باعث کاهش هزینه‌ها شده است، بلکه تشویق سازمان‌های مردم‌نهاد را برای تقویت سیستم‌های اطلاعاتی خود تشویق نموده است.

نتایج این ارزیابی به‌سختی 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 هم‌افزایی 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)

د.۱ مثال: پرداخت عملکردی برای مادران و کارکنان بهداشت جامعه در کشور هند

جانی سوراکشا یوجانی (JSY)^۱ مداخله‌ای ایمن مادر محوری است که برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و به‌عنوان جزئی از مأموریت ملی سلامت روستایی^۲ 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.

ASHA جبران خدمت مبتنی بر عملکرد را 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 بکار می‌گیرد. طرح دولت (JSY) شامل یک بسته سیاستی که پرداخت عملکردی یک جزء کوچکی از آن را تشکیل می‌دهد (۳۰).

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 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 باوجود 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. چهل‌وسه 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 به‌موقع پاداش (۱۵ درصد) و این احساس که یک ASHA را همه می‌شناختند.

^۱ Janani Suraksha Yojana

^۲ National Rural Health Mission

بزرگ‌ترین انگیزاننده‌های مرتبط با خدمات موسسه‌ای گزارش شده توسط افراد ذینفع (مادران) پول دریافتی از JSY (۵۶ درصد از پاسخ‌دهندگان)، دسترسی بهتر به خدمات موسسه‌ای در منطقه (۴۴ درصد) و پشتیبانی ارائه شده توسط ASHA (۲۲ درصد) بود. ASHA نقش محدودی در تسهیل و تنظیم حمل‌ونقل بیماران ایفا می‌کرد. به طور متوسط، ذینفع برای رسیدن به محل ارائه خدمت ۲۸۰ روپیه (۶,۹۲ دلار آمریکا) برای حمل‌ونقل صرف می‌کرد. نه نفر از ۱۰ ذینفع پول برای هزینه‌های حمل‌ونقل خود پرداخت کرده بودند و نسبت ناچیزی از آن بعداً جبران شده بود. هشتاد و هشت درصد از ذینفعان مورد مصاحبه دریافت کمک‌های 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 موسسه‌های ارائه خدمت بوده‌اند، 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). داده‌های کمی و کیفی جمع‌آوری شده برای این ارزیابی نشان می‌دهد که کمک‌های نقدی برای مادران احتمالاً نقش مهمی در ایجاد انگیزه در ارائه خدمات توسط نهادها بازی می‌کنند، 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 می‌دهد 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 می‌دهد 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 اطلاعات تنها اطلاعات محدودی را در مورد محدودیت‌ها و عواقب ناخواسته بالقوه پرداخت عملکردی فراهم می‌کند؛ که عبارت‌اند از:

- مسائل مربوط به جابجایی مقدار قابل توجهی از پول برای اولین بار توسط ماماها-پرستارهای کمکی
- مسائل مربوط به تأخیر در پرداخت
- مسائل مربوط به مشکلات بالقوه پارتی بازی^۱ (۲۳).

ه: پرداخت عملکردی تدوین شده در سطح بین‌المللی

ه-۱ مثال: پرداخت عملکردی در سطح بین‌المللی

معاهده بین‌دولتی‌های GAVI^۲ (معاهده بین دولت‌های جهان برای واکسن و ایمن‌سازی) از برنامه‌های ایمن‌سازی کشورها در قالب بودجه ایمن‌سازی خدمات پشتیبانی (ISS^۳) حمایت‌هایی را فراهم می‌کند. بودجه مستمر ISS که پیرو یک دوره سرمایه‌گذاری است بر یک سرس شرایط عملکرد بهبودیافته و داده پوشش باکیفیت بالا استوار است. GAVI یک سیستم ارزیابی بودجه خود را در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۵ راه‌اندازی نمود و در دسامبر ۲۰۰۷ منتشر کرد.

^۱ nepotism

^۲ Global Alliance for Vaccines and Immunization

^۳ Immunization Services Support

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 (DTP^۳) بود. ارزیابان استفاده از یک مدل رگرسیونی برای ۵۲ کشور که بودجه ISS را در بین سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۰۵ 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.

رابطه‌ای بین بودجه ISS و افزایش پوشش ایمن‌سازی مشاهده شد. هزینه نهایی مصونیت یک کودک حدود ۲۳ دلار آمریکا 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. به علاوه 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 قرار گرفته 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 منعکس‌کننده سطح عمومی هماهنگی در سیستم سلامت می‌باشد.

برای بررسی میزان انگیزانندگی پرداخت عملکردی در تغییرات واقع شده، آمار و اطلاعات کمی در دسترس بود. تنها عاملی که به تأیید تأمین مالی پاداشی به طور قابل توجهی مربوط بود نرخ رشد جمعیت بود و فقط این شاخص به همراه میزان پایه پوشش DTP^۱ با پرداخت وجوه پاداش مرتبط بوده‌اند. به طور مشابه، در مورد میزان پاداش تأثیرگذار بر عملکرد آمار و اطلاعات کمی در دسترس برای ارزیابی موجود بوده است. مشخص گردید که اندازه پاداش نسبت به هزینه‌های پیشین ISS در ایمن‌سازی هر کودک یا نسبت به مخارج سلامت دولت به عملکرد مربوط نبوده است. هیچ همبستگی بین پاداش و عدالت جغرافیایی یا ثبات پوششی وجود نداشت. پاداش دریافت داشته اثر کمی بر عملکرد داشته است، اگرچه داده‌ها برای ارزیابی این مسئله نیز محدود بوده است. کشورهای کم‌درآمد تحت فشار (LICUS)^۲ احتمال کمتری برای دریافت پاداش داشتند. پاداش مبتنی بر تعداد کودکان واکسینه شده پیش‌بینی شده قبل از شروع برنامه در سال اول، به طور بالقوه کشورها به 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 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

^۱ Diphtheria-Tetanus-Pertussis

^۲ low and middle income countries

در میان جمعیت محروم ایجاد نکرده باشد. شواهدی از اثرات منفی برای نرخ سرخک پوشش که به‌عنوان شاخص عملکرد مقایسه‌ای برای دیگر واکنش‌ها مورداستفاده قرار گرفته است، وجود ندارد. جداسازی کامل اثر پرداخت عملکردی از اثر افزایش بودجه برای پوشش ایمن‌سازی ممکن نیست. به‌عبارت‌دیگر، مشخص نیست که مبلغ مشابهی از بودجه فراهم‌شده 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).

۲،۸ آیا پرداخت عملکردی مؤثر است؟

سازمان جهانی بهداشت ۶ حیطه را برای کیفیت مراقبت‌های سلامت معرفی نموده است. این سازمان بیان می‌کند، برای اینکه مراقبت‌های سلامت «باکیفیت بالا» قلمداد شوند لازم است تا:

- مؤثر باشد: مبتنی بر شواهد باشد و برای افراد و جوامع نیازمند منجر به بهبود سلامت گردد.
 - کارآمد باشد: به‌گونه‌ای ارائه گردد که حداکثر استفاده از منابع و اجتناب از اتلاف منابع صورت گیرد؛
 - در دسترس باشد: از لحاظ زمان و جغرافیایی مناسب باشد و در یک مجموعه تسهیلاتی که در آن مهارت‌ها و منابع متناسب نیازهای پزشکی جامعه است ارائه گردد؛
 - قابل قبول و بیمار محور باشد: به‌گونه‌ای ارائه گردد که ترجیحات و خواسته‌های فردی کاربران خدمات و فرهنگ جوامع آن‌ها را مدنظر داشته باشد؛
 - عادلانه باشد: ارائه مراقبت‌های سلامت به دلیل ویژگی‌های شخصی افراد مانند جنسیت، نژاد، قومیت، موقعیت جغرافیایی و یا وضعیت اجتماعی و اقتصادی باکیفیت متفاوت صورت نگیرد.
 - و ایمن باشد، به‌گونه‌ای ارائه گردد که خطرات و آسیب به کاربران خدمات را به حداقل برساند (۴۸).
- 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 CCT رایگان بودند، به اثبات رسیده است. این نشان می‌دهد که انگیزاننده‌های به‌درستی طراحی‌شده ممکن است موانع دسترسی را نشان دهند. اجرای این برنامه‌ها در یک حیطه‌هایی که در آن خدمات رایگان نیست، 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. باوجود موفقیت برنامه CCT، چند سؤال در مورد امکان‌سنجی آن در محیط‌ها/کشورهایی با درآمد پایین‌تر باقی می‌ماند. درواقع، آن‌ها دارای مکانیزم‌های نسبت پیچیده‌ای برای هدف قرار دادن یک مورد خاص هستند و نیازمند آمادگی‌هایی اولیه برای ارائه انگیزاننده‌ها 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 برنامه‌های پیچیده‌تر شود، سیستم‌های مؤثر برای شناسایی و انجام پرداخت‌ها برای خانواده‌های کم‌درآمد نیز 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 انگیزاننده‌های مالی به‌عنوان یک عنصر مهم استراتژی‌های تغییر عملکرد حرفه‌ای در نظر گرفته شده‌اند، مطالعات به‌خوبی 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 به‌احتمال 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 به‌ندرت 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).

۲,۹ آیا شواهد موجود با وضعیت کشورهای با درآمد متوسط و کم همخوانی دارند؟

ممکن است پیش‌بینی شود که پرداخت عملکردی به‌طور بالقوه در LMIC نسبت به کشورهای با درآمد بالا مؤثرتر است، به‌ویژه برای بیماران و کارکنان سلامت و بهداشت جامعه، چراکه انگیزاننده‌های مالی کوچک ممکن است نسبت بیشتری از درآمد آن‌ها را تشکیل دهد و ممکن است انگیزاننده‌های رقابت مالی کمتری وجود داشته باشد به‌علاوه، اگرچه اثرات طرح‌های پرداخت عملکردی 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 LMIC وجود دارد. این عدم قطعیت‌ها عبارت‌اند از چالش در قراردادهای به‌اندازه کافی متمایزکننده 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 قراردادها 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 قراردادها یا ترتیبات مذاکره را دشوارتر می‌سازد. امکان‌سنجی نظارت کافی ارائه خدمات در مناطق دورافتاده نیز یک مسئله اجرایی کلیدی است.

همچنین تعدادی سؤال با توجه به مطلوبیت بلندمدت بودن پرداخت عملکردی و خصوصاً در روش قراردادی، به‌عنوان یک گزینه در LMIC وجود دارد. توضیح اینکه درحالی که 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 بلندمدت 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 بلندمدت حفظ می‌نمایند و یا اینکه آیا اثرات ناخواسته، از جمله بازی‌ها/سوءاستفاده‌های پیچیده، در بلندمدت روی می‌دهند یا خیر. درنهایت، تمرکز بر روش قرارداد ممکن است خیرین را تشویق نماید تا استان‌های/کشورهای آسیب‌پذیر را کنار بگذارند، در نتیجه نقش مهم آن‌ها در ایجاد ظرفیت‌های نهادی^۱ در وزارت بهداشت به‌عنوان یک متولی یا یک سازمان ارائه خدمات، نادیده گرفته می‌شود (۲۴).

۲,۱۰ آیا پرداخت عملکردی منجر به اثرات ناخواسته می‌گردد؟

این خطر وجود دارد که اثرات ناخواسته^۲ پیش‌بینی نشده ممکن است در همه انواع انگیزاننده‌های مالی روی دهند. اثرات ناخواسته که شناسایی شده‌اند عبارت‌اند از (۲۴):

در روش CCT برخی از مادران به‌منظور حفظ واجد شرایط بودن کودک خود را در حالت سوءتغذیه نگه‌داشته؛ 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 به‌اشتباه فکر می‌کردند که داشتن حداقل یک کودک دچار سوءتغذیه برای ادامه عضویت در برنامه لازم بوده است (۳۴).

الف - تحریف

تعریف تحریف^۳ مدنظر در این سند: انگیزاننده‌های مالی ممکن است منجر به چشم‌پوشی از دیگر وظایف مهم ارائه‌کنندگان شود (۲۴).

ب - بازی

انگیزاننده‌های مالی می‌توانند منجر به بازی/سوءاستفاده^۱ شود (تغییر در گزارش به‌جای تغییرات در فعالیت موردنظر) (۲۴).

^۱ institutional capacity

^۲ Unintended behaviors

^۳ Distortions

ج- فساد

منظور از فساد^۲ این است که انگیزاننده‌های مالی به درستی مدیریت نشوند، ممکن است به سرقت رفته و یا مورد سوءاستفاده قرار گیرند (۲۴).

د- چینش انتخابی

استفاده از انگیزیش مالی باهدف افزایش برون ده بیماران در بخش بیماران سرپایی و یا به‌طورکلی، استفاده از پرداخت برای هر خدمت، احتمالاً به افزایش تعداد ویزیت بیماران منجر شود اما ممکن است مطابق با اصول مراقبت باکیفیت بالا نباشد. به‌طور مشابه، انگیزاننده‌های مالی به ازای هر بیمار (پرداخت سرانه) یک مقدار ثابت به ازای هر بیمار می‌پردازد و این نوع پرداخت مشوق‌هایی را برای به حداقل رساندن هزینه فراهم می‌کند و تنها به درمان بیماران کمتر پیچیده و تحریک‌کننده منابع مالی می‌پردازد (بنابراین خامه‌گیری نامیده می‌شود) و بار دیگر ممکن است با بهبود کیفیت مراقبت سازگار نباشد (۱۹).

انگیزاننده‌های 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 بیماران مریض، جمعیت محروم‌تر یا بیماران با بیماری شدیدتر (چینش انتخابی^۳). 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 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. چندین راه برای ممانعت از این رفتار وجود دارد:

- برنامه‌هایی که نمره کیفیت را بر اساس سلامت یا وضعیت اجتماعی و اقتصادی طبقه‌بندی می‌کنند، ممکن است انگیزه چینش انتخابی بیماران را در سازمان‌های بهداشتی - درمانی کاهش دهند.
- برنامه‌هایی که تنظیم ریسک انجام می‌دهند، نیز می‌توانند 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).

ه- گسترش شکاف منابع بین 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

^۱ Gaming

^۲ Corruption

^۳ Cherry-picking

عملکردی که منابع موجود را به‌طور ناعادلانه سطح‌بندی می‌کنند، ممکن است را برای حصول اهدافی به سازمان‌ها پاداش دهند که دسترسی به این اهداف در میان جمعیت محروم بسیار کمتر امکان‌پذیر می‌باشد. این مشکل می‌تواند با طرح RBF ای کاهش یابد که

- بهبودی در دستیابی به اهداف را در کنار حصول کامل اهداف پاداش دهند؛
- طرح‌های RBF ای که به‌طور خاص جمعیت محروم را مدنظر خود قرار داده‌اند (۲۴).

و- وابستگی به انگیزه‌های مالی

در مورد «وابستگی به انگیزاننده‌های مالی»^۱ باید گفت که با تکیه بر انگیزاننده‌ها، ممکن است وابستگی به آن‌ها قوت گیرد. اگر رفتارهای ارائه‌دهنده باوجود دریافت انگیزاننده‌ها نهادینه نشوند، ممکن است رفتارهای مدنظر، زمانی که انگیزاننده‌ها پایان یابند یا انگیزاننده‌های جدیدی معرفی شوند، محو گردند (۲۴).

ز- تضعیف روحیه

انگیزاننده‌های مالی می‌تواند منجر به احساس بی‌عدالتی و تضعیف روحیه^۲ گردند. به‌عنوان مثال، زمانی این اتفاق می‌افتد که حرفه‌های تازه به راه افتاده و جدید، نسبت به حرفه‌های باسابقه‌تر انگیزاننده بیشتری دریافت می‌کنند؛ یا اگر کارکنان فکر کنند که در پرداختی‌ها پارتی وجود دارد (۲۴).

ح- دیوان‌سالاری

طرح‌های پرداخت عملکردی ممکن است هزینه‌های اداری (دیوانسالاری)^۳ نظارت بر عملکرد و مدیریت پرداخت انگیزاننده‌های مالی قابل توجهی داشته باشند (۲۴).

ط- رنگ باختن انگیزش درونی کارکنان

علاوه بر این، ممکن است بین انگیزش درونی و انگیزه‌های مالی خارجی تنش وجود داشته باشد (۱۹). استدلال شده است جایی که در آن انگیزش درونی بالا (مانند آنچه در میان متخصصان سلامت دیده می‌شود) وجود دارد، به مشوق‌های مالی با قدرت بالا، نیاز کمتری وجود دارد (۴۹). برخی از پژوهشگران نیز مدعی‌اند که مشوق‌های 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^۴ از این فرضیه نشأت می‌گیرد که: به‌طور کلی پذیرفته شده است که کارکنان حرفه‌ای با ارضای انجام درست کارهای خود برانگیخته می‌شوند (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 اندازه‌گیری آن‌ها دشوار است (مانند همدلی و یا گوش دادن در برخورد پزشکی) به‌طور کامل فراهم گردد. افراد حرفه‌ای و دیگر همکاران هر دو انگیزه غیر پولی و پولی را دارند که همه آن‌ها تلاش و یا رفتار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. ممکن است انگیزاننده‌های مالی انگیزه‌های درونی افراد حرفه‌ای یا بیماران را کم‌رنگ سازند (۲۴).

^۱ Dependency on financial incentives

^۲ Demoralization

^۳ Bureaucracy

^۴ Dilution of professionals' intrinsic motivation

۲,۱۱ پیامدهای اخلاقی از پرداخت عملکردی چیست؟

الف- ضرر نرساندن (عدم وجود هیچ‌گونه آسیب)

به‌منظور کاهش احتمال آسیب، طرح‌های پرداخت عملکردی بایستی به‌گونه‌ای طراحی شوند تا اثرات ناخوشایند به حداقل برسند و اثرات بالقوه ناخواسته بایستی تحت کنترل قرار گیرند. طرح‌های RBF، برخورداری از منافع عمومی که به‌عنوان یک انگیزاننده برای القاء رفتار خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند را تهدید می‌کنند، برای مثال فرزندان بایستی توسط پدر و مادر [نه شخص دیگری] واکسینه شوند، همچنین ممکن است مجازات‌های مالی برای مردمی که در حال حاضر در معرض خطر بالای محرومیت اقتصادی هستند، ایجاد کنند. حتی به‌سادگی، برای مردم نیازمند به رفت و بازگشت بیشتر برای دریافت مزایا هزینه‌های اضافی تحمیل می‌کنند. انگیزاننده 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 ویژه‌ی 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، انگیزاننده‌های مالی برای دریافت‌کنندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است عدالت را نیز بهبود بخشند. در شرایطی که همه‌چیز برابر در نظر گرفته شود، انتظار می‌رود انگیزاننده‌های مالی تأثیر بیشتری در میان جمعیت کم‌درآمد داشته باشند. از سویی دیگر، انگیزاننده‌های مالی ممکن است عواقب منفی داشته باشند و ممکن است بر دیگر جنبه‌های رفتار تأثیر گذارند. موفقیت برنامه‌های CCT برای بهبود تغذیه و سلامت در میان کودکان ذینفع در کاهش بار بیماری نیز سهیم می‌باشد. با این حال، نسبتی از خانوارهای واجد شرایط، مانند گروه‌های محروم جامعه، در این برنامه‌ها جای نمی‌گیرند (۳۴).

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

انگیزاننده‌های 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 فرصت چینی انتخابی و ممانعت از شکاف بیشتر در منابع توزیع‌شده بین سازمان‌های غنی و فقیر است. هنگامی که راه‌های متعددی برای پرداختن به نابرابری‌ها وجود دارد، برنامه‌های تشویق عملکردی که کاهش نابرابری را ترویج یا به شناسایی گروه‌های محروم نیازمند برنامه‌های متناسب کمک می‌کنند، به احتمال زیاد برای کاهش نابرابری همراه بهبود کلی کیفیت مناسب‌ترند (۲۴).

ج- خودمختاری

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

۲،۱۲ 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 کمتری نیز در دسترس است. در واقع، زمانی که اثرات مداخله در دسترس نباشد، مطالعات هزینه اثربخشی ارزش کمی دارند. همچنین اطلاعات محدودی در مورد هزینه‌های اداری طرح‌های پرداخت عملکردی وجود دارد (۲۴).

۲،۱۳ آیا پرداخت عملکردی پایدار است؟

در هنگام ارزیابی برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد، زمان ارزیابی نکته مهم دیگر این مسئله است. انگیزاننده‌های مالی ممکن است برای اهداف رفتاری ساده و مشخص و به‌خوبی تعریف‌شده در کوتاه‌مدت مؤثر باشند، اما این امر لزوماً در درازمدت پایدار نیست (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،۱۴ چه وقت پرداخت عملکردی بایستی استفاده شود؟

در مراقبت‌های سلامت، نویسندگان برای کاهش تأثیرات یک‌سویه‌ی انگیزاننده‌ها، طرح‌های پرداخت تلفیقی FFS و یا سرانه در کنار یک عنصر از پرداخت مبتنی بر عملکرد را توصیه می‌کنند (۵۱).

برای اینکه پرداخت عملکردی مقرون‌به‌صرفه باشد، آن باید 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 قبول و یا دریافت مداخله کمک خواهد کرد و مشخص خواهد کرد که آیا انگیزاننده‌های مالی مفید خواهند بود یا خیر. انگیزاننده در نظر گرفته‌شده برای تغییر موقت در رفتار ممکن است نسبت به یک انگیزاننده 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. انگیزاننده‌ها 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 به‌صورت دائمی‌تری 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 کارآمدتر از جاهای دیگر باشند.

اگر آن‌ها به اندازه کافی بزرگ هستند، مشوق‌های مالی تدوین شده برای افراد، ارائه‌دهندگان، یا گروه‌های کوچک می‌توانند در کوتاه‌مدت رفتارهای گسسته را تحریک کنند. اگر آن‌ها هماهنگ با یکدیگر و هم‌راستا با انگیزاننده‌های در سطح سیستم باشند ممکن است مزایای چنین انگیزاننده‌هایی را بیشتر کنند، هرچند که چه ادعای چنین هم‌افزایی بالقوه‌ای هنوز نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. هنگامی که انگیزاننده‌های تدوین شده برای ارائه‌دهنده در حال فعالیت هستند، آن‌ها ممکن است تغییر رفتار پایدار ایجاد نکنند. لذا این خطر وجود دارد که آن‌ها با مجموعه‌ای جدید از مشوق‌های تدوین شده برای یک مشکل جدید دیگر جایگزین شوند.

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 پراکنده‌ای دارد. سرمایه‌گذاری در تغییرات سیستم که در عمل حامی بهبود طولانی‌مدت هستند، ممکن است نسبت به تکیه زدن صرف بر انگیزاننده‌ها، انتخابی بهتری باشد (۲۴).

۲،۱۵ ارزیابی پرداخت عملکردی

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 آسان‌تر برای حصول وجود داشته باشند (معمولاً حوزه‌هایی هستند قبلاً خدمات بهتری ارائه کرده‌اند) لذا نابرابری در تدارک خدمات را افزایش می‌دهند. به علاوه گستره‌ای که در آن مزایای منتسب به پرداخت مبتنی بر عملکرد در LMICs به وجود شرایطی خاص منسوب شده‌اند (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، فی‌نفسه ممکن است متمایز کردن تأثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد از تأثیر افزایش منابع و دیگر ویژگی‌های جانبی امکان‌پذیر نباشد (۲۰).

۲،۱۶ مقایسه کشورهای با درآمد بالا با کشورهای با درآمد کم و متوسط

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 معرفی 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 خودبین سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۹، تحت عنوان «اثر بلندمدت پرداخت مبتنی بر عملکرد وزارت سلامت بر نتایج بیمار» با استفاده از داده‌های حاصل از مدی کیر دو گروه از بیمارستان‌ها ۱- مورد: بیمارستان‌های شرکت‌کننده در^۱ HQID 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 انفارکتوس قلبی حاد، نارسایی احتقانی قلب^۲، پنومونی^۳ یا بیمارانی که تحت عمل بای پس عروق قلب^۴ 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 گرفته‌شده 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 به‌طور واضح برانگیزاننده مرتبط هستند (انفارکتوس میوکارد^۵ و پوستر بای پس سرخرگ کرونری^۶) و شرایطی که نتایج به‌طور واضح برانگیزاننده 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 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 گرفته‌شده و هم برای ابعاد کیفیتی که برای آن‌ها پاداش در نظر گرفته نشده را موردبررسی 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 قابل توجه در مراقبت شوند، شکست‌خورده‌اند (۲).

^۱ Hospital Quality Incentive Demonstration

^۲ congestive heart failure

^۳ pneumonia

^۴ CABG

^۵ acute myocardial infarction

^۶ CABG

وارام و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود تحت عنوان «مراقبت باکیفیت 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. به علاوه 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 پرداخت مبتنی بر عملکرد ناصحیح به برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد اخلاق محور برای جبران خدمت پزشکان و مراقبت باکیفیت 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 به کارگیری 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^۱ 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 به واسطه 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 انگیزاننده‌ها 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 کوتاه مدت، این برنامه بهبود کیفیت در دو بیماری مزمن را تسریع نموده است. در اهدافی که به دست آمده‌اند، بهبودی در کیفیت مراقبت بیماران فوق‌الذکر آهسته شده است، کیفیت مراقبت‌هایی که به انگیزاننده‌ها مرتبط نشده‌اند کاهش یافته است. استمرار مراقبت بعد از معرفی برنامه کاهش یافته است (۵۳).

^۱ Interrupted time-series analysis

وینا و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ی پیمایشی پژوهشگر کور^۱ از طریق تلفن تحت عنوان "ارتباط بین عوامل سازمانی و عملکرد در میان بیمارستان‌های با برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد"^۲ 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 فرهنگ سازمانی جمع‌آوری شده بود. یافته‌ها نشان داد که ۱۰ بیمارستان برتر عملکردی روش‌های بالینی برای مراقبت از AMI^۳، HF^۳، PN^۴، THR/TKR^۵ استفاده می‌کردند. گروه‌هایی چند رشته‌ای 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 تعداد منابع انسانی برای پروژه‌های بهبود عملکرد بودند، فرهنگ سازمانی حامی نظام‌اند کردن مراقبت را داشتند، دوستدار تغییر بودند و برای آزمودن 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 فرهنگ سازمانی 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 باهدف ارزیابی تأثیر طرح کیسی کاری بر وضعیت شاخص‌های عملکردی و میزان رضایت‌مندی از آن به‌صورت مقطعی - مشاهده‌ای از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ در 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 پژوهشگر ساخته 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 $3/06 \pm 1/34$ 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

^۱ An investigator-blinded

^۲ Acute Myocardial Infarction

^۳ Heart Failure

^۴ Pneumonia

^۵ Hip and Knee Replacement

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).

رئییسی و همکاران (۱۳۸۸) مطالعه‌ای تحت عنوان «پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران» باهدف 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 به منظور 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 ارائه شده 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 $۱۳/۷۷ \pm ۲۸/۱۵$ و $۱۴/۶۸ \pm ۲۹/۳۳$ 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 ارائه شده 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 ریز خدمات کارکنان بیمارستان، باعث بهبود ارائه خدمات توسط کارکنان و در نتیجه افزایش میزان رضایتمندی بیماران شده باشد (۵۷).

حدادعبدل‌آبادی 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 به‌موقع 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 تجدیدنظری با استفاده از نظرات خود پرستاران داشته باشند (۵۸).

ب- مطالعات در حوزه غیر نظام سلامت

محتشمی و طیبی (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان «مدلی جهت محاسبه میزان پرداخت‌های انگیزشی به کارکنان با استفاده از تصمیم‌گیری‌های چند معیاره» 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 چند معیاره به ارائه یک متدولوژی جهت رویارویی با این مسئله پرداخته است. شایان‌ذکر 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^۱ 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 باهدف 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

^۱ TOPSIS

بیشتری برای کارکنان ایجاد می‌کند چراکه در کشور ما به دلیل روحیه و فرهنگ فرد محورانه 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 خواهند 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 (بالتر 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 به‌عبارت‌دیگر 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 غیر مدیریتی 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 درعین‌حال 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 باهدف 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 جمع‌بندی نتایج مطالعات در حوزه پرداخت عملکردی

با توجه به گستردگی و تنوع برنامه‌های پرداخت عملکردی در سطح دنیا، مطالعات این حوزه نیز به‌خوبی 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 به‌مرور 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 نامیدکننده 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، شکست‌خورده‌اند. سایر مطالعات مرور نظام‌مندی که توانسته‌اند به‌گونه‌ای این تفاوت‌ها را نشان دهند نیز به لحاظ عدم ارائه داده‌های پیوست زیر سؤال هستند (۶۳).

لذا با توجه به شرایط موجود با احتمال زیاد می‌توان گفت که اثربخشی پرداخت‌های عملکردی با تمام مزایا و معایب منتصب بدان به‌خوبی 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 بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی خود به اجرا گذارده است. این مسئله در زمانی روی داده است که مطالعات موثق در مورد اثربخشی برنامه‌های پرداخت عملکردی وجود نداشته است. لذا بررسی دستور گذاری تدوین و در مرحله بعد اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌تواند برای نشان دادن این سؤال مورد نظر قرار گیرد.

فصل سوم – روش پژوهش

۳. مقدمه

در فصل سوم مطالعه، به بیان کامل روش مطالعه پرداخته شده است. با توجه به نوع مطالعه کل مطالعه در دو بخش کمی و کیفی انجام شده است و تقسیم‌بندی این بخش نیز بر همین اساس می‌باشد. ابتدا بخش کیفی مطالعه به تفصیل بیان می‌گردد که خود شامل اهداف، سؤالات، جامعه و نمونه پژوهش، ابزارهای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و بررسی صحت آن‌ها، ملاحظات اخلاقی و محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. در مرحله بعد بخش کمی مطالعه با در نظر گرفتن موارد فوق بیان شده‌اند. در انتها نیز جدول تغییرهای برای پژوهش حاضر بیان شده است.

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

۳،۱ نوع مطالعه

این پژوهش از نوع ترکیبی^۱ 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 و رای استفاده مستقل از هر یک از آن‌ها دست‌یافته و در عین حال منطق پارادایمی هر دو روش را نیز در نظر بگیرد (۶۴).

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

الف- بخش کیفی مطالعه

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

۱،۱ مرور جامع بر اجرا/اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱،۲ مصاحبه برای شناخت اجرا/اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

الف-۱ هدف شماره یک بخش کیفی

شناخت و تعریف مواردی که باعث پیاده‌سازی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورهای دنیا شده‌اند. برای رسیدن به این هدف از یک مرور انتقادی بر مطالعات حوزه برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد استفاده شده است.

الف-۱،۱ سؤالات مرور انتقادی

در این مرحله از پژوهش به سؤالات زیر پاسخ داد می‌شود:

^۱ Mixed Methods approach

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؟
۴. ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای کارکنان پزشک و غیرپزشک چگونه است؟

الف-۱،۲ روش مطالعه مروری

اهداف و شاخص‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سایر کشورها به منظور پاسخ به سه سؤال اول، مرور مطالعات انجام شد که باهدف بررسی تجربیات سایر کشورها در زمینه اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بود. با توجه به سؤالات مدنظر این بخش از مطالعه، روش مرور انتقادی^۱ برای دستیابی به این اهداف موردبررسی 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. به علاوه به منظور 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 اهداف 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 بهره گرفته 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 موردبررسی قرار گرفت. مقالات استخراج شده بررسی و یافته‌های تکمیلی استخراج گردید.

در مرحله سوم مقالات ارجاع داده به سند اصلی موردبررسی قرار گرفت. در این مرحله عنوان تمام مطالعات موردبررسی قرار گرفت و عناوین مرتبط انتخاب شد و متن کامل آن‌ها مورد بازخوانی قرار گرفت. معیارهای ورود مطالعه در این مرحله، زبان انگلیسی و دسترسی به سند کامل مطالعه بوده است.

یافته‌ها در یک چک‌لیست 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.

^۱ Critical Review

الف-۲ 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.

الف-۲.۱ اهداف این بخش از مطالعه

این مرحله باهدف 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 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 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 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 پزشک، کارکنان غیرپزشک و بخش بیمارستانی)) از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو، مزو و میکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه

الف-۲.۲ نوع مطالعه

این بخش از مطالعه از نوع مطالعه کیفی بود 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 قبال 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 (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

دسته‌بندی 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. به‌منظور ارزیابی کیفی اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران علاوه بر روش مصاحبه از یک چک‌لیست ارائه‌شده در مطالعه مک‌فین و اسپین نیز بکار گرفته شده است. این چک‌لیست حاوی ۱۲ نکته کلیدی در طراحی و اجرای برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد. هدف اولیه این چک‌لیست کاهش اتلافات مالی، وقت و کار در طراحی و اجرای برنامه‌های عملکردی است و توسط دولت مرکزی امریکا بکار گرفته شده است (۶۷).

الف- ۲,۳- جامعه پژوهش

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

در قسمت مصاحبه شامل کارکنان اجراکننده برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح مایکرو (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.

الف- ۲،۴ 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 می‌باشد. نمونه کارکنان اجرایی بر اساس سمت و وظیفه آنان انتخاب شد.

انتخاب نمونه 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.

انتخاب نمونه در سطوح دانشگاه

روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف می‌باشد. در میان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با توجه به نظرات مجریان برنامه، چند دانشگاه و بیمارستان فعال (پیگیر، خلاق، ارائه‌کننده نظرات، انتقادات و پیشنهادها، 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 گسترگی داده‌ها تعیین شد و تا حد اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد.

انتخاب نمونه 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^۱ 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.

الف-۲،۵ ابزار پژوهش

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

ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند بود. مصاحبه نیمه ساختار یافته 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 پیش فرض برای سؤالات وجود ندارد و موانع از پیش تعیین شده 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 هدف‌دار کاربرد پیدا می‌کند (۶۹).

در ابتدا بر اساس سؤالات اولیه طراحی شده، چند مصاحبه عمیق با مسئولین اجرایی و تدوین‌کنندگان برنامه انجام گرفت تا فهم بهتری از موضوع پیدا شود و نیز مواردی که حین مصاحبه نیمه ساختار یافته 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 می‌باشد. هدف از مطالعه عمیق درک تجارب واقعی افراد می‌باشد. در این روش جمع‌آوری داده، مصاحبه‌گر باید بداند که داستان‌ها و روایات مصاحبه‌شوندگان مهم‌ترین موضوع مورد توجه می‌باشد (۷۰).

الف-۲،۶ روش گردآوری داده‌ها

با معرفی نامه 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. سپس از آن‌ها در مورد ضبط مکالماتشان

^۱ - Snowball

توسط ضبط صوت اجازه گرفته شد و مصاحبه آغاز شد. مدت‌زمان مصاحبه کمتر از یک ساعت اعلام شد، اما آن کاملاً به شرایط مصاحبه‌شونده بستگی داشت.

الف- ۲,۷ نحوه تحلیل

اسناد و نامه‌ها در صورت لزوم 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 استقرائی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA^{۱۰} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها به واحدهای معنایی^۱، خلاصه واحدهای معنایی^۲، کد، زیر طبقات، طبقات و درون‌مایه^۳ تقسیم شد. خلاصه کردن واحدهای معنایی برای کم کردن متن واحدهای معنایی با حفظ جوهره اصلی^۴ آن انجام شد و بر همین اساس کدبندی می‌شوند. بعد از فرایند کدبندی، کدها دسته‌بندی و معانی اصلی^۵ به‌دست‌آمده از آن‌ها تحت عنوان درون‌مایه اصلی تفسیر شد (۶۶). به‌منظور کدبندی از مدل‌های سیاست‌گذاری متعدد بر اساس نیاز استفاده شده است.

یک مرور نظام‌مند در این حوزه مدل‌های سیاست‌گذاری گزارش کرده است که چندین مطالعه با رویکردهای متفاوت روش‌شناختی برای تحلیل سیاست وجود دارند. سه رویکرد معمول در این حوزه عبارت‌اند از رویکرد تئوری محور^۶، رویکرد چارچوب محور^۷ و رویکرد طراحی مطالعه محور^۸ (۷۱).

رویکرد تئوری محور: دی (۱۹۹۵) این رویکرد را این‌گونه معرفی می‌کند: رویکردی است برای توضیح و پیش‌بینی جامع، نظام‌مند، منسجم و تعمیم‌پذیر از تعاملات میان اجزای خاص یک سیاست که می‌تواند نشان‌دهنده واقعیت باشد؛ اما ضمنی بودن آن باعث شده است تا انتقاداتی بر آن وارد باشد: در افزایش آگاهی از وضعیت سلامت مردم و کاهش بی‌عدالتی کمک‌کننده نبوده است؛ مانند مدل جریان چندگانه کینگدان (۱۹۹۵)^۹، تئوری گروه و تئوری اجرای چندگانه^{۱۰} (۷۲).

رویکرد طراحی مطالعه: با توجه به اینکه تصمیم‌گیری‌های سیاستی به مدت‌زمان بیشتری برای فرآیند و ارزیابی دینامیک دارند (۷۳) لذا مقوله طراحی مطالعه اهمیت اساسی در مطالعه سیاست‌ها دارد. رویکردهای طراحی مطالعه

۱ - Meaning units

۲ - Condensed meaning units

۳ - Themes

۴ - Core

۵ - Underlying meaning

۶ theory approach

۷ framework approach

۸ study design approach

۹ Kingdon Multiple Stream Theory

۱۰ Multiple Implementation theory

به منظور بررسی روش استفاده شده در مطالعه سیاست بکار گرفته می شوند. به طور کلی مطالعات بیان کرده اند که تعداد مطالعاتی که با این رویکرد در کشورهای LMICs، بسیار نادر است (۷۱).
 رویکرد چارچوب محور: نیاز به توجه ویژه به چگونگی ایجاد سیاستها باعث شد تا تئوری های چارچوب محور ایجاد گردند. این رویکرد باهدف افزایش دانش عمومی برای درک علت و معلولی ایجاد سیاستها و چگونگی ترکیب قسمت های مختلف آنها برای تدوین و اجرا بنیاد نهاده شده است؛ مانند مثلث سیاست گذاری (۷۱).

الف- ۲,۷,۱ مدل مثلث سیاست گذاری

از آنجایی که نگاه چارچوبی به مقوله تحلیل سیاست گذاری می تواند یک ساختاری منطقی برای سازمان دهی اسناد سیاست گذاری در گروه ها و طبقه های متعدد ایجاد کند (۷۱) در این مطالعه ابتدا از تئوری های چارچوبی برای تحلیل کل سیاست گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد استفاده شده است.
 به دلیل سادگی به کارگیری مدل و ایجاد دیدگاهی نظام مند در مورد سیاست (۷۳) مدل تحلیل مثلث سیاست گذاری به عنوان یکی از سه مدل معمول در تحلیل سیاست خصوصاً در حوزه سلامت بکار گرفته شده است (۷۱, ۷۴) و به طور موفق در حوزه سلامت ایران نیز برای بررسی سیاست های جمعیتی (۷۵)، عفونت های بیمارستانی (۷۶) و تجمع بیمه های 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 دسته بندی مستندات و نتایج تحلیل ها بکار گرفته شده است.

این مدل بر چهار عامل بازیگران، محتوا، زمینه و فرایند تمرکز دارد. بازیگران در قلب مدل جای دارند و اشاره به افراد، سازمان ها و یا دولت و اثرات آنها بر سیاست دارد. زمینه به موارد اساسی و نظام مندی مانند سیاسی اقتصادی و اجتماعی در سطح ملی و بین المللی اشاره دارد. محتوا به جزئیات و زیرمجموعه های برنامه اشاره دارد و فرآیند نیز به روش های شروع، تدوین، مذاکرات، تعاملات، اعمال و ارزیابی اشاره دارد (۷۸).
 به منظور بررسی وضعیت هر یک از عوامل تأثیرگذار در سیاست گذاری، از مدل ها و تئوری های پیشنهاد شده توسط تدوین کننده مدل بهره گرفته شده است (۷۸).

عوامل مرتبط با بازیگران

شامل تمام افراد، سازمان ها و حتی دولت است که هر یک به گونه ای (در سطح محلی یا ملی) بر تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه تأثیر گذاشته اند (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 فرض ها، ارزش ها و موارد مورد تغییر پرداخته شده است (۷۸).

عوامل مرتبط به زمینه

در این مطالعه به منظور بررسی زمینه از مدل ارائه شده توسط لیشر (۱۹۷۹)^۱ بهره گرفته شده است. در دسته‌بندی عوامل زمینه‌ای لیشر چهار عامل بر فرآیند سیاست‌گذاری مؤثر هستند:

۱- عوامل وضعیتی^۲: معمولاً نسبتاً گذرا و ناپایداری که بر سیاست مدنظر اثرگذار هستند؛ مانند حوادث و اتفاقات ناگهانی (جنگ، ناپایداری سیاسی و یا تغییر در رهبری). این وضعیت‌ها را «رویداد ایجادکننده تمرکز ۳» نیز می‌نامند.

۲- عوامل ساختاری: عواملی شامل وضعیت‌های 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 گروه‌ها و احزاب جامعه مانند زبان، سواد، مذهب، جنسیت، مشارکت یا فساد را شامل می‌شود.

۴- عوامل محیطی: عوامل خارج از مرزهای نظام سیاسی مانند شرکت‌ها، تعهدات و حوادث، مشارکت‌های بین‌المللی 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 جریان‌های چندگانه کینداون استفاده شده است.

۲- نحوه تدوین (فرموله کردن) سیاست: به بیان نحوه جمع‌بندی برنامه و تدوین آن، افراد درگیر در برنامه و سایر عوامل مؤثر در تدوین می‌پردازد.

۳- اعمال برنامه: نحوه و پیش‌نیازهای اعمال برنامه و مشکلات مرتبط بدان در زمان اجرا می‌پردازد.

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

الف- ۲,۷,۳ مدل جریان‌های چندگانه (۱۹۹۵)

یکی از سؤالات اساسی در تجزیه و تحلیل سیاست‌ها این است که در کجا مسائل سیاست‌گذاری عمومی خود را نمایان می‌سازند؟ ما دوست داریم تا بدانیم که چگونه برخی سیاست‌ها ایجاد می‌شوند و چطور برخی از آن‌ها مورد توجه تصمیم‌گیرندگان قرار می‌گیرند در حالی که برخی دیگر به هیچ‌وجه نمی‌توانند خود را بروز دهند. به عبارت دیگر ما می‌خواهیم بدانیم که چرا برخی از برنامه‌ها در دستور کار^۴ مباحث سیاستی قرار می‌گیرند. در اینجا دستور گذاری به معنای یک سری مباحث سیاستی عمومی است که می‌توانند در میان طیفی از مباحث قانونی، توجهات جمعی را به خود جلب کرده‌اند (۷۹).

مدل جریان چندگانه از جمله رویکردهای چارچوب محور است و به دنبال توصیف علت و معلولی‌های موجود بین عناصر یک سیاست است. در طول یک دهه گذشته این مدل جزو سه مدل بسیار معمول در تجزیه و تحلیل‌های

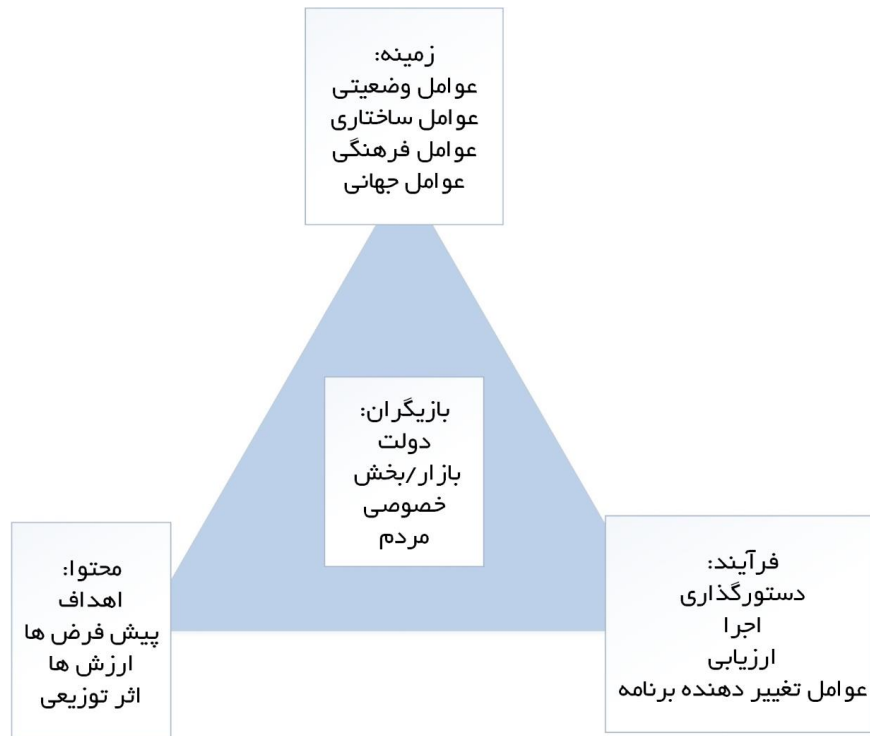
^۱ Leichter

^۲ Situational factors

^۳ focusing events

^۴ Agenda

سیاست گذاری سلامت بوده است. اجرای برنامه باماکو در کشورهای آفریقایی^۱ و سلامت روان در هند، نحوه دستور گذاری برنامه مادران ایمن در ویتنام از جمله مطالعات انجام شده با این مدل بوده است (۷۱). در ایران نیز مطالعاتی با استفاده از این مدل به تحلیل 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 یا به عبارت تدوین کننده آن مجموعه از جریان ها شامل مشکل، سیاست و سیاسی است (۸۳). این تئوری به ما اجازه می دهد تا بتوانیم تعاملات متعدد بین جریان های 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.



نحوه به کارگیری مدل های مختلف در مرحله تجزیه و تحلیل داده های کیفی

الف- ۲,۷,۳ مدل ترکیبی هاولت و همکاران (۲۰۱۴)

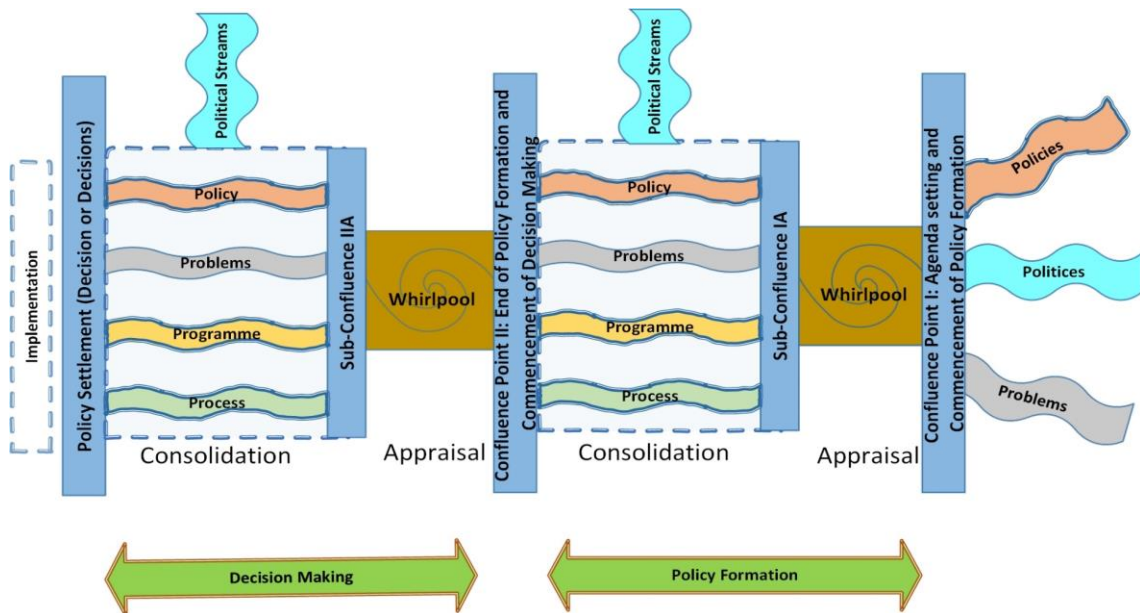
بررسی های جدید در حوزه تئوری های تحلیل سیاست گذاری انتقاداتی را به تئوری جریان های چندگانه کینگدان (۱۹۹۵) وارد می کنند. آن ها بیان می کنند که تئوری جریان های سه گانه کینگدان «پنجره فرصت» را به عنوان یک

^۱ Bamako Initiative Health Policy

استعاره ایستا معرفی کرده است. چراکه این مدل بیان نمی‌کند که پنجره فرصت چگونه باعث ترکیب سه جریان با یکدیگر می‌شود (۸۵).

بنا به ادعان (Cohen et al. ۱۹۷۲; March & Olsen ۱۹۷۹) که مدل کینگدان از آن الهام گرفته شده است، در مرحله دستور گذاری یک جریان دیگری با نام «فرصت‌های انتخاب^۱» نیز وجود داشته است. بر اساس این جریان انرژی‌های جمع شده/گروهی در نقاط خاص زمانی و مورد انتظار مورداستفاده قرار می‌گیرند و تصمیم خاصی را به‌پیش می‌رانند. فرض وجود این جریان چهارم، نگاه پویاتر به «پنجره فرصت» را قوی‌تر می‌کند.

لذا برخی مطالعات به دنبال ترکیب مدل‌های متعدد باهدف پویاتر کردن مدل‌های تحلیلی سیاست بوده‌اند (۸۵). با این هدف هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) مدلی ترکیبی از مدل جریان‌های چندگانه (۱۹۹۵) و مراحل سیاست‌گذاری لاسول (۱۹۵۶) ارائه داده‌اند.



مدل ترکیبی پیشنهادی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴)

به‌طورکلی مدل از سه قسمت ذیل تشکیل شده است:

دستور گذاری برنامه

این مرحله همانند مدل جریان‌های چندگانه کینگدان است.

محل تلاقی اول: دستور گذاری برنامه

این همگرایی اول جریان‌ها (تلاقی A)، به معنای شروع تدوین سیاست است. در این مرحله جریان‌ها به گردابی تبدیل می‌شود که عمدتاً آشفته و پنهان از نظر عمومی هستند. این گرداب نشان‌دهنده کنکاش سیاست‌گذاران برای

^۱ choice opportunities

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 در مورد «مسئله» معتبر باقی می‌ماند 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 جریان‌های دیگر نیز می‌شود. لذا در اینجا، دو جریان جدید (جریان برنامه دار کردن و جریان فرآیند) به سه جریان دستور گذاری اولیه (مسئله، برنامه PFP، سیاست‌ها) ملحق می‌گردند.

الف- اولین جریان، جریان برنامه دار کردن است. طراحی شده برای کالیبراسیون ابزارهای برنامه جدید و ادغام آن‌ها با موارد موجود است.

ب- دومین جریان، جریان فرآیند است. این جریان برای بررسی گزینه‌ها، تقویت تصمیمات معتبر و غیره طراحی شده است؛ که برنامه زمانی آینده برای بررسی‌های بیشتر و استقرار مباحثات عمومی تحریک‌کننده جریان را ایجاد می‌کند.

محل تلاقی دوم و مرحله تصمیم‌گیری

بنا به مدل 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.

بنا به مدل نیز این مرحله از ارزیابی (گرداب دوم) با زیر تقاطع دوم به پایان می‌رسد که منجر به مرحله تثبیت نهایی می‌شود، جایی که جریان غالب و تمام جریان‌های دیگر برای حرکت به سمت حل و فصل سیاست (تصمیم‌گیری یا تصمیم‌گیری) نهایی انسجام می‌یابند (۸۵).

به نظر می‌رسد که در فرآیند دستور گذاری برنامه PFP دو رویداد وجود دارد:

دستور گذاری اجرای برنامه‌ای برای رفع نواقص نظام پرداخت سابق

این مرحله باعث دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور شده است، اما منجر به اجرای برنامه نشده است.

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.

الف-۳ ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

با توجه به ویژگی خاص این بخش از مطالعه روش‌های دیگر برای این قسمت بکار گرفته شده است. این بخش از مطالعه در دو سطح ملی و استانی با بهره‌گیری از مستندات (دستورالعمل‌ها، مصوبات و نامه‌ها) و نظرات خبرگان انجام شد.

تحلیل اسناد به‌عنوان یک روش کیفی مطالعه، روشی نظام‌مند برای بررسی و ارزیابی اسناد الکترونیک و کاغذی است. این روش می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای استخراج معانی، درک و توسعه دانش ضمنی به کمک پژوهشگر آید. اسنادی مانند فرم‌های کاربردی، پیشنهادات برنامه‌ها، یادداشت‌برداری از جلسات، داده‌های مطالعات و گزارشات و

بسیاری از اسناد دیگر می‌توانند برای این منظور بکار گرفته شوند؛ اما مسئله‌ای که وجود دارد ممکن است این روش مواردی مانند اثرات فرهنگی^۱ و تفاسیر شخصی (داده‌های ضمنی) را شامل نشود (۸۶). از آنجایی که به کارگیری‌های موفق از روش تحلیل اسناد برای مسائل فنی (تعیین نیاز مهندسان به اطلاعات و استفاده از اطلاعات) برای تهیه نرم‌افزار وجود داشته است (۸۷). لذا با توجه به شرایط موجود و نبود افرادی که بتوانند به‌طور کامل چارچوب منظم برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران را توصیف نمایند، برای استخراج چارچوب مدل پرداخت جدید از این روش بهره گرفته شود. اسناد بکار گرفته‌شده در این مطالعه در جدول آورده شده است.

اسناد بکار گرفته‌شده برای استخراج چارچوب فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

دسته‌بندی اسناد	عناوین سند	تعداد
یک	دستورالعمل پرداخت عملکردی کارکنان	۱
	پیوست‌های دستورالعمل پرداخت عملکرد کارکنان	۵
	گزارش برگ ^۲ گزارش شده توسط وزارت	۱
	راهنماهای اجرای برنامه برای مسئولین HIS بیمارستانی	۱
	راهنمای مسئله یابی برنامه اجراشده در بیمارستان	۱
	اسناد و گزارشات مربوط به پایلوت برنامه نجات در مازندران	۲
دو	یادداشت‌برداری در جلسات بررسی مسائل و مشکلات PFP	۲ جلسه کشوری با حضور اجراکنندگان برنامه در سطح دانشگاه
		۶ جلسه داخل وزارت با حضور تدوین‌کنندگان برنامه
		۱ جلسه با مسئولان بیمارستان امام حسین (ع)
		۳۴
	نامه‌های ابلاغ شده مرتبط با موضوع	۳۴
	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 (۸۶)، اما در این مطالعه به‌منظور روشن شدن برخی از مسائل، پیش‌نویس‌ها و 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 گرفته‌شده است) نیز مدنظر قرار گرفت.

یکی از رویکردهای بکار گرفته‌شده برای تحلیل متن و اسناد روش هرمنیوتیک^۱ است (۸۸). به‌منظور انجام مطالعه و مدیریت داده‌ها از چرخه هرمنیوتیک بهره گرفته شد (۸۹). اجزای این چرخه و امور انجام‌شده برای هر قسمت در جدول آورده نشان داده شده است.

^۱ cultural artifacts

^۲ Fact Sheet

چرخه هرمنوتیک و امور انجام شده در هر مرحله از چرخه

امور انجام شده	مراحل چرخه هرمنوتیک
بررسی و خلاصه‌سازی اسناد مربوط به برنامه، قبل از اجرای برنامه تعیین اجزای مدل پیشنهادی توسط پژوهشگر و استاد راهنما	ایجاد ارتباط با پدیده بر اساس درک‌ها و مستندات گذشته
پنل متخصصین اول: بحث و تبادل نظر در مورد اجزا، دریافت پیشنهادات و ارائه چارچوب اولیه	مذاکرات متعدد برای تفسیرهای جدید
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 یادداشت‌برداری‌های جلسات کشور و تدوین کنندگان برای اصلاحات برنامه	یافتن درک‌ها و مطالب نوظهور و اضافه کردن آن‌ها به موارد موجود
پنل متخصصین دوم: بحث و تبادل نظر در مورد اجزا و ارائه چارچوب نهایی	ایجاد غنای بیشتر برای مطالب

ممکن است اسناد تنها داده موردنیاز برای مطالعاتی باشند که الگوی تفسیری هرمنیوتیک را بکار می‌گیرند (۸۶)؛ اما توصیه شده است تا با به‌کارگیری سایر روش‌ها در کنار این روش، برخی نواقص روش تحلیل اسناد و سوگیری‌های فردی پوشانده شود (۸۶). لذا برای این منظور بررسی سؤالات متداول ثبت شده در سایت آموزشی وزارت و یادداشت‌برداری‌های 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 یک سال در تدوین و حداقل یک سال تجربه در اجرای برنامه بوده است. با در نظر گرفتن این مهم و با توجه به اهمیت تجارب و آشنایی افراد حاضر در جلسات پنل (۹۰)، 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 سیاست‌گذاری 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.

الف-۴ صحت و استحکام داده‌های کیفی

صحت^۲ و استحکام^۱ داده‌ها: گوبا و لینکلن چهار معیار مقبولیت^۲، قابلیت انتقال^۳، قابلیت اطمینان^۴ و قابلیت تأیید^۵ را برای صحت و استحکام داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند که در این پژوهش از این معیارها جهت ارزشیابی صحت و استحکام داده‌ها استفاده شد (۹۱).

^۱ Hermeneutic

^۲ -Trustworthiness

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 (۹۲).

در این مطالعه برای تأیید اعتبار و مقبولیت داده‌ها از روش درگیر شدن طولانی‌مدت^۶ با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه تحلیل داده‌ها، تلفیق در منابع اطلاعاتی، به‌کارگیری 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 (۹۲). 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 خوانندگان فراهم کرد.

قابلیت اطمینان که به معنای پایداری و پایایی داده‌ها در طول زمان و شرایط مشابه است، از طریق تکرار گام‌به‌گام و حسابرسی صورت می‌گیرد (۹۲). در این مطالعه داده‌ها و مدارک توسط به‌طور مداوم با تدوین‌کنندگان 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 به‌راحتی 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 (۹۲).

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

۱- Rigor

۲- Credibility

۳- Transferability

۴- Dependability

۵- Conformability

۶- Prolonged engagement

الف- ۵ ملاحظات اخلاقی

۱. دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه جهت ارائه به پاسخگویان به منظور جمع آوری 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. بی طرفی پژوهشگر در انجام مصاحبه ها
۵. رعایت صداقت و امانت علمی و عملی در هنگام جمع آوری و تحلیل داده ها.
۶. ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز مربوطه پس از انجام پژوهش.

ب- بخش کمی مطالعه

ب-۱ دریافتی کارکنان پزشک و غیرپزشک

ب-۱-۱ نوع مطالعه

در این بخش با کمک بررسی گذشته نگر داده های قبل و بعد از مداخله (اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد)، به بررسی تغییرات پرداختی به ارائه کنندگان نظام سلامت در حال فعالیت در سطح بیمارستان پرداخته شد.

ب-۱-۲ جامعه ی پژوهش

کلیه ارائه کنندگان خدمات سلامت در سطح بیمارستان، شامل کارکنان پزشک و کارکنان غیرپزشک (پشتیبان و درمانی) می باشد.

ب-۱-۳ روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه

با توجه به مصاحبه های اولیه، داده های مورد نیاز برای حدود ۳۰ بیمارستان قبل از اجرای طرح وجود دارد. از این میان داده های ۱۸ بیمارستان قابل احصا و قابل استفاده بود. کارکنان این بیمارستان به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ارائه کنندگان به سه طبقه پزشکان، غیرپزشکان پشتیبانی و غیرپزشکان درمانی تسهیم می گردند. در میان ۶ گروه اصلی پزشکی ۲۳ تخصص، در میان غیرپزشکان پشتیبانی و درمانی نیز کارکنان در ۸ سطح خدمت (بر اساس دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد) و ۸ سمت کاری در هر گروه انتخاب شدند.

داده های ماهیانه سه نوع ارائه کننده خدمت یک سال قبل و یک سال بعد از شروع پرداخت بر اساس برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد از وزارت خانه/دانشگاه/بیمارستان پس از کسب مجوزهای لازم اخذ خواهد شد. معیار انتخاب وجود واحدهای پشتیبان در همه بیمارستان های مختلف و مستقل بودن آنها به عنوان یک واحد می باشد همچنین معیار سطح بندی نیز دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک وزارت خانه می باشد.

ب-۱-۴ ابزار پژوهش

با توجه به اینکه حجم داده‌های اولیه زیاد بود، بنا به نوع آزمون و قدرت نرم‌افزارهای تحلیل داده موجود، ابزارهای جمع‌آوری و تحلیلی داده‌ها شامل مجموعه نرم‌افزارهای آفیس (خصوصاً اکسل) و برنامه‌های آماری مانند SPSS بود.

ب-۱-۵ روش گردآوری داده‌ها

پس از ارائه طرح پژوهشی و اخذ مجوزهای لازم از مراکز مربوطه (وزارت خانه و دانشگاه‌ها) داده‌ها از نرم‌افزارها و اسناد موجود استخراج شد. همواره با مسئول پشتیبانی نرم‌افزار و مسئولین اجرایی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌منظور افزایش کیفیت داده‌ها مشورت و تبادل نظر صورت گرفت.

ب-۱-۶ نحوه تحلیل

داده‌های مربوط به میزان درآمد کارکنان پزشک و غیرپزشک و درآمد هر بخش درمانی یک سال قبل و یک سال بعد از مداخله (زمان اولین پرداخت بر اساس مدل جدید) به‌صورت ماهیانه جمع‌آوری شد. توصیف داده‌ها بر اساس تخصص بخش و کارکنان و ویژگی‌های سازمانی (مانند نوع و تخصص بیمارستان) صورت پذیرفت. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، در هر سه گروه آزمون‌های آماری تی تست، آنووا و رگرسیون خطی بکار گرفته شده است.

ب-۱-۷ ملاحظات اخلاقی

۱. دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه جهت ارائه به پاسخگویان به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات.
۲. حفظ احترام و رعایت حقوق هریک از افراد جامعه مورد مطالعه.
۳. رازداری و آزادی شرکت‌کنندگان 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.

ب-۲ رضایتمندی کارکنان غیرپزشک

ب-۲-۱ نوع مطالعه

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

ب-۲-۲ جامعه‌ی پژوهش

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

ب-۲-۳ روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه

با توجه به پایلوت پرسشنامه در یکی از استان‌های کشور پس از تعیین پایایی و روایی پرسشنامه، تعداد نمونه واقعی بر اساس داده‌های حاصل با فرمول

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

مشخص شد. در این مرحله مفروضات عبارت‌اند از: سطح خطای نوع اول $\alpha=0,05$ ، توان مطالعه $\beta=0,1$ ، حداقل مقدار اختلاف موردنظر ($d=\dots$). 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.

ب-۲-۴ ابزار پژوهش

در این مرحله ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته است که مراحل و نحوه تدوین آن در قسمت یافته‌ها به تفصیل بیان شده است.

ب-۱-۵ روش گردآوری داده‌ها

پس از تدوین پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار نمایندگان در سطح استان‌ها قرار گرفت. تعداد پرسشنامه در هر دانشگاه به نسبت کارکنان در بین بیمارستان‌ها توزیع گردید. در داخل هر بیمارستان نیز پرسشنامه‌ها به نسبت بین کارکنان بالینی و پشتیبان توزیع گردید. نمونه‌های در دسترس برای تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. این افراد مسئولین بخش‌های بالینی و پشتیبانی بوده‌اند.

ب-۱-۶ نحوه تحلیل

توصیف داده‌ها بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان و ویژگی‌های سازمانی آن‌ها (مانند نوع و تخصص بیمارستان) صورت پذیرفت. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، در هر سه گروه آزمون‌های آماری تی تست، آنووا و رگرسیون خطی بکار گرفته شده است.

ب-۱-۷ ملاحظات اخلاقی

۱. دریافت معرفی‌نامه 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 شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن.
۴. رعایت صداقت و امانت علمی در هنگام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها.

بررسی سیاست‌گذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن

۶. ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز مربوطه پس از انجام پژوهش.

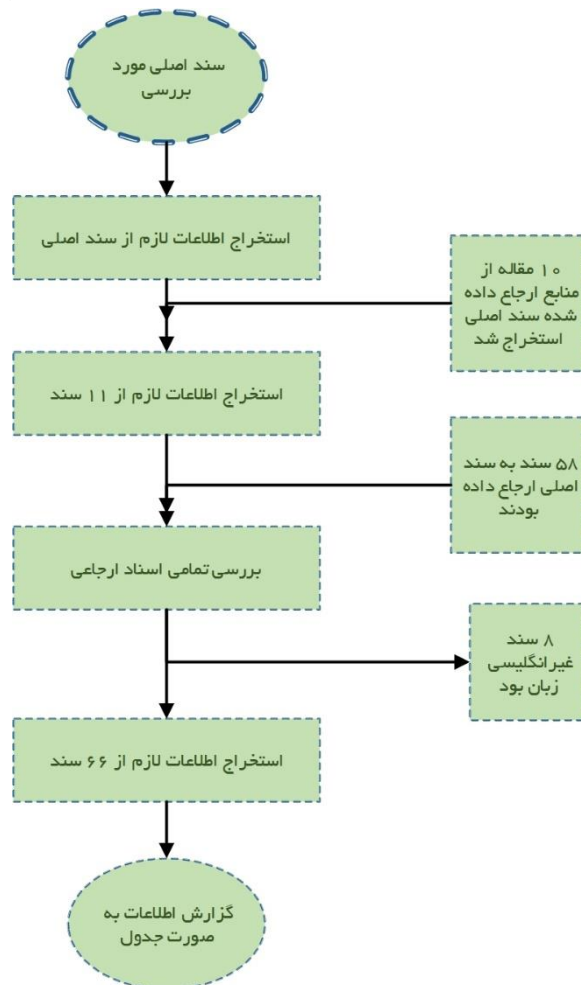
فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

۱. مقدمه

در این فصل به گزارش یافته‌های مطالعه پرداخته شده است. یافته‌ها در دو بخش اصلی الف- کیفی و ب- کمی طبقه‌بندی شده‌اند. هم بخش کیفی و هم بخش کمی بر اساس اهداف مطالعه تقسیم‌بندی شده‌اند.

الف- یافته‌های بخش کیفی مطالعه

الف-۱ هدف شماره یک بخش کیفی: مرور انتقادی بر ادبیات موضوع



فلوجارت اسناد وارده به مطالعه مرور انتقادی

الف-۱,۱ اهداف کشورها از به‌کارگیری برنامه‌های پرداخت عملکردی

به‌منظور توصیف اهداف کشورها از به‌کارگیری برنامه جداول زیر با بررسی این اهداف در محیط غیر بیمارستانی و محیط بیمارستان تدوین شده‌اند.

الف-۱,۱ برنامه‌های پرداخت عملکردی در محیط غیر بیمارستان

برنامه‌های پرداخت عملکردی در محیط غیر بیمارستانی

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۳۴, ۲۴)	امریکای لاتین	- حضور در جلساتی که باهدف مراقبت پیشگیرانه تنظیم شده‌اند. - استفاده از خدمات پیشگیرانه در میان کودکان و زنان و گاهی اوقات در بهبود سلامت - گزارش مادران از سلامت بچه‌هایشان (گزارش بیماری، اسهال یا بیماری تنفسی) - برگشت برای دریافت نتایج آزمون HIV خود	برنامه انتقال وجه نقد مشروط (CCTs)
(۲۴, ۶)	مختلف	- تشویق رفتارهای پیشگیرانه - مشارکت و تبعیت از اهداف مدنظر، برای پیشگیری ساده یا پیچیده - کاهش وزن حفظ شده - کاهش قیمت کالاها و خدمات، قرعه‌کشی، انگیزه‌های نقدی، هدیه، کوپن و مجازات پاداش داده می‌شد.	-
(۳۵, ۲۴)	مختلف	- پذیرش جلسات درمانی در درمانگاه توسط والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری - برای پذیرش جلسات آموزش پیشگیری توسط عمدتاً مهاجران مبتلا به سل - پول، پول نقد، یا کوپن پرداخت می‌شد	-
(۳۶, ۲۳)	مختلف (شامل: بنگلادش، هندوستان)	تشخیص، ارجاع و درمان سل برای بیماران: پرداخت مستقیم، بازگشت سپرده، مواد غذایی (غذاهای گرم، جیره خشک، کوپن)، یارانه حمل‌ونقل، کوپن برای کالاهای مادی، بسته‌های از محصولات بهداشتی شخصی برای ارائه‌دهندگان فردی: پرداخت مستقیم، بسته‌های مواد غذایی، کوپن، انواع اجناس و داروهای رایگان	-
(۳۷)	مختلف	بهبودی در سنجه کیفیت مراقبت، نرخ غربالگری سرطان گردن رحم، در نرخ غربالگری ماموگرافی و آزمایش هموگلوبین A _{1c} . بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران سالمند، پذیرش بیماران به شدت وابسته، ترخیص بیماران مناسب از لحاظ بالینی، بستری بیماران، احتمال درمان گروه بیماران با وخامت بیماری بالاتر، دستیابی به اقدامات باکیفیت از پیش تعیین شده،	انگیزاننده‌های مالی برای پزشکان و پرستاران

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۳۹)	ایالات متحده آمریکا	- مراقبت‌های اولیه برای مراقبت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر (ثبت‌نام‌شده در مدیکید) - تأمین ایمن‌سازی - ارجاعات غربالگری ماموگرافی	انگیزاننده‌های مالی
(۴۱, ۴۰)	مختلف	- میزان ایمن‌سازی بسته مراقبت‌های اولیه در دوران کودکی	پرداخت مالی برای هدف از پیش تعیین‌شده مراقبت
(۴۲)	انگلستان (QOF)، (۲۰۰۴)، آلمان و ایرلند	- تجویز دارو	انگیزاننده‌های مالی
(۴۴)	امریکای شمالی	- ایجاد محدودیت در وضعیت عملکرد	انگیزاننده‌های مالی
(۴۵)	مختلف	- قرارداد برون‌سپاری خدمات به ارائه‌دهندگان غیردولتی برای افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت - سلامت مادر و کودک	انگیزاننده‌های مالی
(۳۱)	هائیتی	- پوشش ایمن‌سازی و ارائه خدمت با حضور مستقیم ارائه‌کنندگان - نتایج دوران بارداری و مراقبت پس از زایمان - زمان انتظار - معاینه کودکان - شاخص‌های مدیریت - شاخص‌های برون‌داده‌ی اضافی فنی	پرداخت پول برای نتایج و همچنین بررسی بسیاری از جزئیات ساختاری
(۳۰)	هند	- ترویج انواع خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌طور کلی - 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 - تعداد خدمات در سطح مؤسسات در بخش دولتی - دسترسی بهتر به خدمات موسسه‌ای در منطقه و پشتیبانی	جبران مالی خدمت مبتنی بر عملکرد

نام برنامه	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	کشور	منبع
توزیع بودجه بین کشورها	هدف ارزیابی تجارب طرح بودجه ایمن‌سازی خدمات پشتیبانی (ISS) ^۱ ، 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 (DTP ^۳)	۵۲ کشور دریافت‌کننده بودجه از معاهده بین دولت‌های GAVI ^۲ (معاهده بین دولت‌های جهان برای واکسن و ایمن‌سازی)	(۴۷)
پرداخت مبتنی بر عملکرد	بهبود کیفیت خدمات، ایجاد احساس عدالت بیشتر، افزایش کارایی سازمانی و فردی و بهبود ابقای کارکنان	امریکا	(۶۷)
پرداخت مبتنی بر عملکرد	<ul style="list-style-type: none"> - حل مسائل مربوط به ارائه خدمت - پوشش واکسیناسیون - بهبود ارائه خدمات مستمر در خدمات سلامت اولیه، بهبود کیفیت، دسترسی و نتایج مراقبت - بهبود کیفیت ارائه خدمات بستری در بیمارستان - بهبود خدمات بالینی در حوزه دارو 	استرالیا	(۹۴, ۹۳)
پرداخت بن‌های عملکردی (پرداخت تکمیلی در کنار سایر انواع پرداخت‌ها) (PHC QBS)	<ul style="list-style-type: none"> - استحکام اعمال برنامه پزشکان خانواده و تحریک آن‌ها برای پیشگیری - کاهش بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن و کاهش میزان بستری در بیمارستان - بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن در مراقبت‌های اولیه سلامت - تحریک پزشکان خانواده برای افزایش گستره ارائه خدمات 	استونی	(۹۵)

^۱ Immunization Services Support

^۲ Global Alliance for Vaccines and Immunization

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۹۶)	فرانسه	<ul style="list-style-type: none"> - بهبود رفتار انفرادی پزشکان خانواده - بهبود شاخص‌هایی خاص در پزشکان عمومی و متخصص 	قراردادهایی برای بهبود فعالیت‌های انفرادی « (CAPI) ^۱ برنامه جبران خدمات برای اهداف سلامت عمومی (ROSP) ^۲ (۲۰۰۹)
(۹۷)	فلوریدا- امریکا	برنامه‌ای برای بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های افراد با بیماری‌های مزمن	برنامه‌های مدیریت بیماری (DMP) (۲۰۰۲)

^۱ Contracts for Improved Individual Practice (CAPI)

^۲ Payment for Public Health Objectives (ROSP)

الف-۱،۱،۲ برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد اجرا شده در بیمارستان‌ها

جدول زیر برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف را به همراه اهداف و برخی ویژگی‌های دیگر آن‌ها را نشان می‌دهد.

برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۹۸)	جمهوری کره	<p>- متولی: بیمه سلامت ملی^۲ 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^۳ با دیدگاه نگاه کلان به سلامت مردم کشور</p> <p>- تحریک‌کننده: بررسی کفایت^۴ مراقبت‌های سلامت- سال ۲۰۰۰</p> <p>- خرید متناسب بر اساس برنامه‌های ایجاد ارزش برای پول و کیفیت خدمات</p>	پرداخت انگیزاننده برای ارزش ^۱ (۲۰۰۷)
(۹۹)	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>	
(۹۶)	لوسامبورگ	<p>- جوایزی (۲ درصد از بودجه کلی بیمارستان) به بیمارستان‌ها بابت تلاش برای بهبود کیفیت تعیین شده از سمت اتحادیه صندوق‌های بیماری^۵ اعطا می‌گردد.</p>	
(۹۶)، (۱۰۰)	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
(۹۶)	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 (۲۰۰۲)

^۱ Value Incentive Program (VIP)

^۲ the National Health Insurance (NHI)

^۳ value for money

^۴ adequacy

^۵ Union of Sickness Funds

برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۹۶)	امریکا: مری لند	استراتژی اساسی آن ارتقای به‌کارگیری از سنج‌های فرآیندی مبتنی بر شواهد بود. به‌علاوه ایالت مری لند به دنبال منظم‌سازی تمام پرداخت‌کنندگان ایالت بود. شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: مسائل قابل‌پیشگیری بالقوه	Maryland Hospital Acquired Complication (MHAC) Programme (۲۰۱۰)
(۹۶) (۱۰۱)	امریکا: ملی	استراتژی اساسی آن ایجاد رقابت به‌واسطه انتشار اطلاعات مربوط به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها بود شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: 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) (۲۰۰۴)
(۱۰۲)	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)	-
(۱۰۳) (۱۰۴)	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 ^۱	ROSP
(۱۰۵)	هلند	- یکپارچه‌سازی خدمات و سیستم (برای مثال در ارائه خدمات به بیماران مزمن)	-
(۹۶)	پرتغال	- مراقبت‌های پیشگیرانه؛ مدیریت بیماری‌های مزمن؛ اثربخشی و رضایت بیمار	-
(۹۶) (۱۰۶)	اسپانیا	- مراقبت‌های پیشگیرانه؛ مدیریت بیماری‌های مزمن؛ اثربخشی	-

^۱ Efficiency

برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۹۶) (۱۰۷)	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)
(۹۶) (۱۰۳)	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، ارتقاء 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) (۱۰۸)	انگلستان	نتایج مربوط به مرگ‌ومیر بیماران	Advancing Quality program (۲۰۰۸)
(۹۶) (۱۰۹)	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
(۱۱۰)	آلمان، انگلستان، رواندا	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 (افغانستان)	-
(۱۱۱)	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)	-

برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

منبع	کشور	اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد	نام برنامه
(۱۱۲)	تایلند و سایر کشورها	پرداخت مبتنی بر عملکرد به عنوان 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.	-
(۱۱۳)	عمدتاً در کشورهای OECD	ارائه خدمات و تصمیم‌گیری‌ها مبتنی بر شواهد	-
(۱۱۴)	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 به واسطه 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 باکیفیت بالا را با هزینه کمتری در اختیار بیماران مدیکیر می‌گذارند.	Hospital Value-Based Purchasing Program (HVBP)
(۱۱۵)	امریکا	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 ^۱	
(۱۱۶)	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.	Physician Value-Based Payment Modifier Program

^۱ 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)

الف- ۲ اهداف شماره دو و سه: شناخت نحوه دستور گذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی
به‌منظور شناخت نحوه دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران بررسی مستندات و مصاحبه انجام‌شده است. یافته‌های این اهداف در دو گروه آنالیز اسناد و مصاحبه‌ها گزارش شده است.

الف- ۲,۱ دستور گذاری پرداخت مبتنی بر عملکرد در اسناد بالادستی ایران

الف- ۲,۱,۱ فعالیت‌های قانونی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - از ابتدا تا سال ۱۳۸۴
سهیم نمودن کارکنان در سود حاصل از ارائه خدمات سازمان به‌منظور افزایش انگیزه خدمتی، ایده مدیریتی جدید و منحصر به نظام سلامت نیست و تجربه‌های طولانی در اغلب صنایع و سازمان‌ها در دنیا وجود دارد. در سال ۱۳۷۰ مصوبه‌ای در هیئت دولت تصویب شد که به‌موجب آن به وزارت بهداشت و درمان اجازه داده شد که به‌منظور افزایش انگیزه پرسنلی، بخشی از درآمدهای اختصاصی خود را به کارکنان پرداخت نماید که به‌موجب آن طرح کارانه در بیمارستان‌های کشور شکل گرفت. در سال ۱۳۷۴ نیز به‌موجب قانون بیمه همگانی و قانون بودجه سال ۱۳۷۴ کشور (بند ب، تبصره ۱۰) واحدهای بهداشتی درمانی مجاز به هزینه نمودن درآمدهای اختصاصی در امور جاری شدند و با انتقال ردیف‌های بودجه‌ای بیمارستان‌ها به بیمه‌ها برای اجرای بیمه همگانی، بیمارستان‌ها موظف به اداره امور جاری به‌صورت خودگردانی شدند که درنهایت به تدوین آیین‌نامه «نظام نوین اداره بیمارستان‌ها» انجامید که تا سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های کشور اجرا می‌شده است. این آیین‌نامه عملاً محدود به‌نوعی نظام پرداخت کارانه در بیمارستان‌ها شد. در بخش بهداشت کشور باوجود آنکه ممنوعیت قانونی وجود نداشت ولی همواره به علت مقاومت و اعتقاد برخی صاحب‌نظران، نظام پرداخت کارانه در آن اجرا نشد تا بالاخره در سال ۱۳۸۴ به علت اجرای بیمه روستایی بر مبنای پزشک خانواده، عملاً پرداخت کارانه با دستورالعمل مستقل (دستورالعمل بیمه روستایی) در بخش بهداشت کشور عملیاتی شد.

در کنار این دو طرح از سال ۱۳۸۲، در قالب اصلاح ساختار بیمارستان‌های کشور، مدیریت عملکردی به‌صورت پایلوت در برخی بیمارستان‌های کشور به اجرا گذاشته شد که بخشی از آن مربوط به نظام پرداخت عملکردی (کارمزدی) است.

الف- ۲,۱,۲ فعالیت‌های مجلس شورای اسلامی ایران: قانون مدیریت خدمات کشوری - سال ۱۳۸۶
«امروز انتخاب چارچوب‌های جدید مدیریتی به‌گونه‌ای که تسهیل‌کننده سیاست‌ها و اقدامات توسعه‌ای باشند برای همه کشورها به‌ویژه کشورهای درحال توسعه نه‌فقط یک هدف بلکه یک ضرورت است. در ایران و قبل از تصویب این قانون، دیوان‌سالاری و نظام اداری که بیش از چهل سال از عمر آن می‌گذشت دیگر نمی‌توانست اهداف توسعه‌ای را تحقق بخشد، حتی برای عینیت‌بخشی به اهداف قانون اساسی، برنامه‌های پنج‌ساله یا سند چشم‌انداز بیست‌ساله بنیه کافی نداشت؛ بنابراین باید نظام اداری جدید طراحی می‌شد که بر اساس آن در تمام ارکان نظام اداری دگرگونی به وجود آید که این تحول خود را با عنوان «قانون مدیریت خدمات کشوری» متجلی کرد. در فرآیند

این تحول تغییر وسیع نقش دولت و توجه به اصلاحات نظام اداری و تلاش برای تصحیح قوانین و مقررات به عنوان یک هدف اساسی دنبال شده است. این سیاست تنظیمی و به نوعی باز تنظیمی و در برخی فصول باز توزیعی در ۱۵ فصل، ۱۲۸ ماده و ۱۰۶ تبصره در پاسخ به مسائل و مشکلات نظام اداری کشور در تاریخ ۱۳۸۶/۷/۸ در هفتمین دوره مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده است.»

یکی از مسائل نظام اداری کشور فقدان نظام هماهنگ پرداخت به کارکنان دولت بود که ایجاد نظام‌های پرداخت متفاوت در دستگاه‌های مختلف را در پی داشت. لذا باعث شد که برخی مشکلات از جمله نبود نظام کارآمد ارزیابی عملکرد، استفاده نادرست از سازوکار پاداش و تنبیه و نظام نامناسب حقوق و دستمزد توسط کارکنان دولت و رسانه‌ها عنوان شوند و توجه سیاست‌مداران و دولت‌مردان را به خود جلب نماید.

بررسی مبانی نظری این سیاست نشان داده است که این لایحه نظریه‌های مدیریت دولتی نوین^۱ و الگوی دولت خوب^۲ را پیش روی خود قرار داده است. در مدیریت دولتی نوین به ارتباط مناسب بین مردم و دولت تأکید می‌شود و در الگوی دولت خوب مواردی مثل پرداخت مبتنی بر عملکرد، دخالت کارکنان در تصمیم‌گیری، توجه و تأکید بر نتیجه کار به جای فرآیند کار، کاهش قیمت تمام‌شده، به کارگیری قواعد بخش خصوصی در اداره امور عمومی، عدالت و انصاف، مسئولیت‌پذیری و شفافیت مورد تأکید است. این موارد باعث شدند تا تعامل دولت و مردم، شایسته‌سالاری و انصاف عدالت اجتماعی و پاسخ‌گویی جزء ارزش‌های اصلی این قانون باشد. در انتها اجرای بالا به پایین این برنامه مدنظر دولت قرار گرفت (۱۱۷).

با این توصیفات درحالی که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پیگیر مسائل مربوط به نظام‌نامه نوین اداره بیمارستان‌ها، اصلاح ساختار بیمارستان‌ها و مدیریت عملکردی بود، در سطح کلان کشور نیز مجلس به دنبال راهکاری برای برون‌رفت از معضلات مربوط به مدیریت نظام اداری خود بوده است و در بسیاری از ابعاد با همدیگر همپوشانی داشته‌اند و یکدیگر را تقویت می‌نمودند. شاید این عامل باعث شده باشد که امور در حال انجام در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قوت بیشتری پیدا کنند و تغییرات را تشویق نمایند.

الف- ۲،۱،۳ اصلاح نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد در قوانین ۵ ساله چهارم و پنجم

مطابق برنامه‌های ۵ ساله کشور، ردپای پرداخت مبتنی بر نتیجه/عملکرد به افراد در حداقل از ابتدای برنامه چهارم توسعه به چشم می‌خورد. در ذیل مثال‌های از این قوانین آورده شده است.

فصل دوازدهم با موضوع نوسازی دولت و ارتقای اثربخشی حاکمیت، ماده ۱۴۳ بند «ج» قانون برنامه چهارم توسعه بیان می‌کند: به منظور اصلاح، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دستگاه‌های اجرایی مذکور در ماده (۱۶۰) این قانون موظفانند اقدامات ذیل را به عمل آورند: پیش‌بینی ضوابط و دستورالعمل‌های پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه‌گرایی و بهره‌وری به جای وقت‌مزدی. همچنین در ماده ۱۴۴ فصل ۱۲ قانون برنامه چهارم توسعه بیان شده است که کلیه دستگاه‌های اجرایی موظفانند به منظور افزایش کارایی و بهره‌وری و استقرار نظام کنترل نتیجه و محصول، به جای کنترل مراحل انجام کار و اعطای اختیارات لازم به مدیران برای اداره واحدهای

^۱ New Public Management

^۲ Good Governance

تحت سرپرستی خود به صورت مستقل و هدفمند نمودن تخصیص منابع، بر اساس دستورالعمل مشترک سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و وزارت امور اقتصادی و دارایی، قیمت تمام‌شده آن دسته از فعالیت‌ها و خدماتی که قابلیت تعیین قیمت تمام‌شده را دارند (از قبیل واحدهای آموزشی، پژوهشی و بهداشتی، درمانی، خدماتی و اداری)، بر اساس کمیّت و کیفیت محل جغرافیایی مشخص و پس از تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یا استان و با اعطای اختیارات لازم به مدیران ذی‌ربط اجرا نمایند. به دستگاه‌هایی که بر اساس ضوابط این ماده خدمات خود را ارائه می‌نمایند، اجازه داده شده است، حسب نیاز نسبت به جابه‌جایی فصول و برنامه‌های اعتبارات هزینه اقدام و مابه‌التفاوت هزینه‌های قبلی فعالیت با قیمت تمام‌شده را صرف ارتقای کیفی خدمات، تجهیز سازمان و پرداخت پاداش به کارکنان و مدیران واحدهای ذی‌ربط نمایند.

در ادامه این فصل از قانون در یکی از تبصره‌های ماده ۱۵۰ به دستگاه‌های اجرایی اجازه داده شده است تا هفتاد درصد (۷۰٪) اعتباراتی که از محل اصلاح ساختار و کاهش نیروی انسانی به میزانی که در قانون بودجه سالانه منظور می‌گردد، صرفه‌جویی می‌نمایند را به‌عنوان فوق‌العاده کارایی غیرمستمر به کارکنانی که خدمات برجسته انجام می‌دهند، پرداخت نمایند.

اما در قانون پنج‌ساله پنجم، قانون صراحتاً اصلاح نظام پرداخت را بیان نموده است. طبق ماده ۳۸، بند «ز» قانون برنامه پنجم توسعه: «سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد».

الف- ۲،۱،۴ نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران - سال ۱۳۹۰

یکی از سیاست‌های عنوان‌شده در نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران: «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» 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^۱ و روش ترکیبی^۲ در سطح دوم و سوم ارائه خدمت
 - ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات
 - توجه ویژه به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری.
- همچنین در بخش نتایج کارگروه 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، تعرفه‌گذاری 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.
- 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 در 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

^۱ Diagnosis-related Group (DRG)

^۲ Case Mix

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 که تا بتواند بدان وسیله بین سطوح مختلف شغلی تعادل و عدالت ایجاد نماید (۱۱۸).

با تأکیدی که بر بکارگیری ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد در قوانین کشوری صورت گرفته است، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در طی نیم دهه گذشته تلاش‌های زیادی در اجرایی کردن آن نموده است و بالاخره در سال ۹۴ اولین مرحله پرداخت بر اساس مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد طراحی شده برای ایران صورت گرفت. پژوهش حاضر در نظر دارد تا به بررسی مسائل موجود در نظام نوین پرداخت (نظام سابق پرداخت)، نحوه دستور گذاری، تهیه، تدوین و شکل‌گیری برنامه، کسب مشروعیت، اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و پس‌از آن به بررسی اثرات این نوع از ساختار پرداختی در ارائه خدمت بپردازد.

الف- ۲,۱,۵ خلاصه فعالیت‌های قانونی در اسناد بالادستی مرتبط با نظام پرداخت بیمارستانی ایران

بنا به اسناد بالادستی فعالیت‌ها در راستای دستیابی به این روش مدیریتی از حدود دو دهه پیش (دهه ۱۳۷۰) شروع شده است. این فعالیت‌ها بیشتر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیگیری شده‌اند. در سال ۱۳۷۰ مصوبه‌ای در هیئت دولت تصویب شد که در آن به وزارت بهداشت و درمان اجازه داده شد که به‌منظور افزایش انگیزه پرسنلی، بخشی از درآمدهای اختصاصی خود را به کارکنان پرداخت نماید که به‌موجب آن طرح کارانه در بیمارستان‌های کشور شکل گرفت. در نیمه دهه ۱۳۷۰ به‌موجب قانون بیمه همگانی و قانون بودجه سال ۱۳۷۴ کشور (بند ب، تبصره ۱۰)، درآمدهای اختصاصی واحدهای بهداشتی درمانی در امور جاری صرف شدند و گام‌های اولیه برای خودگردانی بیمارستان‌ها برداشته شد و درنهایت به تدوین آیین‌نامه «نظام نوین اداره بیمارستان‌ها» انجامید و حدود دو ۱۵ سال در بیمارستان‌های کشور اجرایی شد.

اولین جرقه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در برنامه‌های ۵ ساله کشور در فصل دوازدهم، ماده ۱۴۳ بند «ج» قانون برنامه چهارم توسعه زده شده است و «پیش‌بینی ضوابط و دستورالعمل‌های پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه گرایی و بهره‌وری به‌جای وقت‌مزدی» را به‌منظور اصلاح، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دستگاه‌های اجرایی الزامی می‌داند؛ اما قانون پنج‌ساله پنجم، صراحتاً اصلاح نظام پرداخت را بیان نموده است. طبق ماده ۳۸، بند «ز»: «سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب، نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد».

به‌طور هم‌زمان، در سطح کل کشور و مجلس قانون‌گذار، نظام اداری جدید «قانون مدیریت خدمات کشوری» باهدف دگرگونی در تمام ارکان نظام اداری طراحی گردید. این سیاست در ۱۵ فصل، ۱۲۸ ماده و ۱۰۶ تبصره در تاریخ

۱۳۸۶/۷/۸ در هفتمین دوره مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. در این سیاست، ارتباط مناسب بین مردم و دولت تأکید می‌شود و در الگوی دولت خوب مواردی مثل 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 و شفافیت مورد تأکید بوده است (۱۱۷).

پرداخت مبتنی بر عملکرد از نظر «نقشه تحول نظام سلامت ایران» ابزاری مهم برای ایجاد دسترسی همگانی و توسعه پایدار در جامعه معرفی شده است. در این نقشه، 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. منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین سطوح مختلف شغلی نیز از دیگر ابعاد مورد تأکید نقشه بوده است که تا بتواند بدان وسیله بین سطوح مختلف شغلی تعادل و عدالت ایجاد نماید (۱۱۸).

الف- ۲,۱,۶ قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
فایل انتشار نیافته (طرح کارمزدی- آبان ۸۸)	طرح‌های فی فور سرویس، پرکیس و... در بیمارستان‌های کشور حتی قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، سابقه اجرا دارد.	قبل از انقلاب
لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزش وزارت بهداشتی و بهزیستی (بهره‌گیری از پزشکان و دندان‌پزشکان و متخصصین پیراپزشکی در غیر ساعات اداری)، مصوب ۱۳۵۸,۱۰,۱۲	ماده ۱- به‌منظور توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزش پزشکی در سطح کشور اعم از روستاها و شهرها و تأمین کادر موردنیاز 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. ماده ۵- تعرفه خدمات درمانی را شورای فنی بهداشت، درمان و آموزش وزارت بهداشتی و بهزیستی با مشورت، شوراهای فنی بهداشت و درمان و آموزش پزشکی استان‌ها تعیین خواهد نمود و تا تشکیل شورای مذکور تعرفه‌های سازمان تأمین خدمات درمانی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی ملاک عمل خواهد بود. ماده ۶- شورای فنی بهداشت، درمان و آموزش وزارت بهداشتی و بهزیستی مرکب از ۵ نفر خواهد بود که از طرف وزیر بهداشتی و بهزیستی از بین صاحبان حرف پزشکی شاغل و صاحب‌نظران وزارتخانه انتخاب خواهد شد؛ تبصره- شورای فنی بهداشت، درمان و آموزش استان‌ها مرکب از ۵ نفر به پیشنهاد مدیرعامل استان از طرف وزیر بهداشتی و بهزیستی از بین کارمندان شاغل انتخاب خواهد شد که مشاور شورای فنی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت بهداشتی و بهزیستی خواهند بود؛ ماده ۷- درآمدهای حاصله از محل اجرای این قانون در حساب‌های خزانه‌داری کل متمرکز خواهد شد؛ ماده ۸- حق الزحمه کار اضافی	۱۳۵۸

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
	<p>کلیه افراد مندرج در ماده ۱ و کسانی که در پیشبرد کارهای بهداشتی درمانی، آموزشی با افراد فوق همکاری می‌کنند طبق ضوابطی که شورای فنی بهداشت درمان و آموزش وزارت بهداشتی و بهزیستی مرکز با نظر مشورتی شوراهای فنی بهداشتی، بهزیستی استان‌ها با توجه به درجه نیاز، محل کار، نوع فعالیت (از نظر کمی و کیفی)، شرایط کار، مصالح استان‌ها تعیین خواهد نمود پرداخت خواهد شد؛ تبصره- مزایا کار اضافی تنها شامل کسانی می‌شود که در حرفه خویش صرفاً در خدمت وزارت بهداشتی و بهزیستی بوده و هیچ‌گونه کار انتفاعی خصوصی در امور پزشکی نداشته باشند؛ ماده ۹- کسر اعتبار ناشی از اجرای این لایحه قانونی با احتساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشتی و بهزیستی از محل دریافت تعرفه‌های خدمات درمانی توسط سازمان برنامه‌بودجه تأمین خواهد شد؛ ماده ۱۰- اجرای این لایحه قانونی مانع از اجرای لایحه قانونی فوق‌العاده محرومیت از مطب پزشکی که به‌طور تمام‌وقت در نقاط موردنیاز خدمت می‌نمایند و در جلسه مورخ ۵۸،۸،۱۲ به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است نخواهد بود، کسانی که از لایحه قانونی فوق‌الذکر استفاده می‌نمایند حق استفاده از مزایای این لایحه قانونی را نخواهند داشت.</p>	
<p>قانون استفاده از درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. روز سه‌شنبه هفتم مردادماه یک هزار و سیصد و شصت‌وپنج مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۵،۵،۹ به تأیید شورای نگهبان رسیده است؛ اکبر هاشمی</p>	<p>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.</p>	۱۳۶۵
<p>قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب؛ قانون فوق مشتمل بر چهار ماده و چهار تبصره در جلسه علنی روز یکشنبه بیست و دوم آذرماه یک هزار و سیصد و شصت‌وشش مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۶،۹،۲۶ به تأیید شورای نگهبان رسیده است؛ رئیس مجلس شورای اسلامی- اکبر هاشمی</p>	<p>ماده ۱- اجازه داده می‌شود به دارندگان مدرک دکتری در رشته‌های گروه پزشکی (پزشکی، دندانپزشکی، دامپزشکی، داروسازی، علوم آزمایشگاهی) و پیراپزشکی و بهداشتی که به‌طور رسمی برابر مقررات مربوط در وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌های دولتی و شرکت‌ها و سازمان‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است و نهادهای انقلاب اسلامی شاغل می‌باشند و مستقلاً توان اشتغال در خارج از محیط اداری را دارند در صورتی که به‌طور تمام‌وقت در رشته‌های بهداشتی، درمانی، کشاورزی و یا محیط‌زیست 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</p>	۱۳۶۶

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
	<p>خدمت باشند (در قبال انجام وظایف و مأموریت‌های محوله در غیر ساعات اداری) با تشخیص بالاترین مقام اجرایی دستگاه مبلغی حداکثر معادل حقوق و فوق‌العاده شغل یا مزایای شغل دریافتی، به‌عنوان حق محرومیت از مطب پرداخت شود؛ تبصره ۱- مضمولین این ماده منحصراً در صورتی که بیش از ۶۰ ساعت در خارج از ساعات اداری به انجام وظایف محوله مشغول شوند، معادل کار اضافی مزاد بر ۶۰ ساعت مذکور، طبق مقررات مربوط از فوق‌العاده اضافه‌کار ساعتی استفاده خواهند نمود؛ تبصره ۲- شاغلین مشاغل مذکور در این ماده مشمول قانون معافیت از مالیات و جوهی که تحت هر عنوان به‌استثنای حقوق و فوق‌العاده شغل به پزشکان، دندان‌پزشکان دکترهای داروساز و دامپزشکان پرداخت می‌شود، مصوب ۱۳۶۲/۸/۲۲ مجلس شورای اسلامی نیز می‌باشند؛ ماده ۲- دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی مجازند که از خدمت تمام‌وقت (شبانه‌روزی کامل) اعضاء هیئت‌علمی دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت، داروسازی و شاغلین رشته‌های پیراپزشکی استفاده کنند و در ازای آن، مبالغی به‌عنوان حق محرومیت از مطب، داروخانه، آزمایشگاه یا انواع دیگر درآمدهای خارج از دانشگاهی بپردازند. و جوهی که تحت این عنوان پرداخت می‌گردد. برای اعضاء هیئت‌علمی ماهانه بین شصت هزار تا دویست هزار ریال و برای پرستاران و سایر شاغلین رشته‌های پیراپزشکی ماهانه بین پانزده هزار ریال تا پنجاه هزار ریال خواهد بود؛ تبصره ۱- ضوابط پرداخت‌ها و نحوه انجام خدمت تمام‌وقت (شبانه‌روزی کامل) موضوع این ماده طبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که ظرف سه ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید؛ تبصره ۲- مضمولین این ماده مجاز نمی‌باشند در خارج از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، خدمات پزشکی و پیراپزشکی تخصصی خود را ارائه نمایند؛ ماده ۳- استفاده توأم هر یک از مضمولین این قانون از حق محرومیت از مطب موضوع مواد ۱ و ۲ این قانون ممنوع می‌باشد؛ ماده ۴- از تاریخ اجرای این قانون، قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب به دامپزشکان وزارت کشاورزی مصوب ۱۳۶۳/۸/۲۹ و لایحه قانونی راجع به استفاده از خدمات تمام‌وقت استادان دانشکده‌های پزشکی و دندانپزشکی و شاغلان رشته‌های وابسته مصوب ۱۳۵۹/۰۴/۲۵ شورای انقلاب اسلامی ایران و سایر قوانین و مقررات مربوط به پرداخت حق محرومیت از مطب ملغی است.</p>	
مستند به بند (و) ماده ۷ قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات	مستند به بند (و) ماده ۷ قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی (مصوب جلسات ۱۸۱ و ۱۸۳ مورخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۳	۱۳۶۷

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
<p>آموزش عالی و پژوهشی (مصوب جلسات ۱۸۱ و ۱۸۳ مورخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی)،</p>	<p>شورای عالی انقلاب فرهنگی، «تصویب نحوه وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن» از اختیارات هیئت‌امناى دانشگاه‌های علوم پزشکی است. ماده ۷- وظایف و اختیارات هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی؛ الف- تصویب آیین‌نامه داخلی؛ ب- تصویب سازمان اداری مؤسسه بر اساس ضوابطی که به پیشنهاد وزارتخانه‌های مربوط با هماهنگی؛ ب- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی خواهد رسید؛ ج- بررسی و تصویب بودجه مؤسسه که از طرف رئیس 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؛ ح- کوشش برای جلب کمک‌های بخش خصوصی و عواید محلی اعم از نقدی، تجهیزاتی، ساختمانی با رعایت ضوابط مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی؛ ط- تصویب آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه مربوط قابل اجرا می‌باشد؛ ی- پیشنهاد میزان فوق‌العاده اعضای هیئت‌علمی و غیر هیئت‌علمی (کارشناسان و تکنیسین‌ها) که حسب مورد پس از تأیید وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا می‌باشد؛ ک- تعیین نحوه اداره واحدهای تولیدی، خدماتی، کارگاهی و بهداشت و درمانی مؤسسه در چهارچوب ضوابطی که به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید؛ ل- تعیین میزان پرداخت حق‌التحقیق، حق‌التدریس، حق‌الترجمه، حق‌التألیف و نظایر آن؛ م- بررسی گزارش مؤسسه که از طرف رئیس مؤسسه ارائه می‌شود؛ ن- تصویب مقررات استخدامی اعضای هیئت‌علمی مؤسسه که به‌منظور هماهنگی پس از تأیید وزارتخانه مربوط قابل اجرا خواهد بود</p>	
<p>تشکیل هیئت‌های امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی مصوب جلسات ۱۸۱ و ۱۸۳ مورخ ۹، ۱۳۶۷، ۱۲، ۲۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی شماره: ۳۸۶دش- تاریخ: ۶۸، ۱، ۲۹</p>	<p>ماده ۱- هر یک از وزارتخانه‌های فرهنگ و آموزش عالی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و مؤسسات پژوهشی وابسته به خود که در این قانون "مؤسسه" نامیده می‌شود هیئت‌امنایی با ترکیب ذیل تشکیل خواهند داد؛ الف - وزیر؛ ب- رئیس مؤسسه؛ ج- ۴ تا ۶ تن از شخصیت‌های علمی و فرهنگی و یا اجتماعی محلی و کشوری که نقش مؤثری در توسعه و پیشرفت مؤسسه مربوط داشته باشند؛ د- وزیر و یا نماینده وزیر برنامه‌بودجه؛ ماده ۳- ریاست هیئت امناء مؤسسه برحسب مورد به عهده وزیر فرهنگ و آموزش عالی یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود؛ ماده ۴- دبیر هیئت امناء رئیس مؤسسه مربوط خواهد بود؛ ماده ۷- وظایف و اختیارات هیئت امناء: الف- تصویب آیین‌نامه</p>	<p>۱۳۶۷</p>

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
	داخلی؛ ج- بررسی و تصویب بودجه مؤسسه که از طرف رئیس 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 هیئت علمی و غیر هیئت علمی (کارشناسان و تکنیسین‌ها) که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه‌های فرهنگ و آموزش عالی و یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا می‌باشد؛ ل- تعیین میزان پرداخت حق‌التحقیق، حق‌التدریس، حق‌الترجمه، حق‌التألیف و نظایر آن؛ ن- تصویب مقررات استخدامی اعضای هیئت علمی مؤسسه که به منظور هماهنگی پس از تأیید وزارتخانه مربوط قابل اجرا خواهد بود؛ ماده ۹- امور مالی و معاملاتی مؤسسات جز در مورد ذی‌حسابی موضوع ماده ۳۱ قانون محاسبات عمومی، مشمول سایر مقررات قانون مزبور و آیین‌نامه معاملات دولتی و سایر قوانین مربوط به مؤسسات دولتی نخواهد بود؛ ماده ۱۰- رسیدگی به حساب‌های سالانه مؤسسه بر اساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که برحسب مورد به وسیله وزارتین فرهنگ و آموزش عالی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تأیید وزارت امور اقتصادی و دارایی می‌رسد.	
مستند به تصویب‌نامه شماره ۱۵۵۸۷۲/ت‌هـ مورخ ۱۳۷۰/۱/۲۱ هیئت محترم وزیران	در سال ۱۳۷۰ مصوبه‌ای در هیئت دولت تصویب شد که به موجب آن به وزارت بهداشت و درمان اجازه داده شد که به منظور افزایش انگیزه پرسنلی، بخشی از درآمدهای اختصاصی خود را به کارکنان پرداخت نماید که به موجب آن، طرح کارانه در بیمارستان‌های کشور شکل گرفت. مستند به تصویب‌نامه شماره ۱۵۵۸۷۲/ت‌هـ 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 به عنوان حق‌الزحمه کارانه به آنان پرداخت نمایند. درصد حق کارانه و نحوه پرداخت آن بر اساس دستورالعملی که با هماهنگی سازمان امور اداری و استخدامی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌گردد و به تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌رسد، تعیین خواهد شد». مجوز لازم برای ابلاغ کارانه به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعطا گردیده است.	۱۳۷۰
قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور؛ روز سه‌شنبه سوم آبان ماه یک	ماده ۵- به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی سازمان بیمه خدمات	۱۳۷۳

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
هزار و سیصد و هفتاد و سه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۳، ۸، ۱۱ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.	درمانی که پس از این سازمان نامیده می‌شود تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد. تبصره ۱- سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی مستقل است.	
فایل (طرح کارمزدی- آبان ۸۸)	در سال ۱۳۷۴ نیز به موجب «قانون بیمه همگانی» واحدهای بهداشتی درمانی مجاز به هزینه نمودن درآمدهای اختصاصی در امور جاری شدند و با انتقال ردیف‌های بودجه‌ای بیمارستان‌ها به بیمه‌ها برای اجرای بیمه همگانی، بیمارستان‌ها موظف به اداره امور جاری به صورت خودگردانی شدند که در نهایت به تدوین آیین‌نامه «نظام نوین اداره بیمارستان‌ها» انجامید که تا سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های کشور اجرا می‌شده است. این آیین‌نامه عملاً محدود به نوعی «نظام پرداخت کارانه» در بیمارستان‌ها شد.	۱۳۷۴
بند ب، تبصره ۱۰ قانون بودجه ۱۳۷۴	- مبلغ هفت میلیارد (۷۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال از ردیف ۱۲۹۰۵۰ مستقیماً به حساب هیئت امانت واریز می‌گردد تا صرف راه‌اندازی و تجهیز و پرداخت‌های بیمارستان‌های همکار برای درمان بیماران از جمله پیوند کلیه، جراحی چشم و بیماران سرطان خون شود. - دانشکده‌ها، بیمارستان‌ها و مؤسساتی که از امکانات هیئت امانت استفاده می‌کنند موظف‌اند ضوابط مفاد آیین‌نامه‌ای را که به پیشنهاد هیئت امانت و تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌رسد اجرا نمایند. - دو نفر از اعضای کمیسیون‌های بهداشتی و بهزیستی و برنامه‌بودجه مجلس شورای اسلامی به انتخاب مجلس، بر نحوه هزینه نمودن ردیف مربوط به هیئت امانت نظارت خواهد داشت.	۱۳۷۴
تعمیم شمول مصوبات هیئت‌امانای دانشگاه‌ها، مصوب سیصد و چهل و هشتمین جلسه مورخ ۱۵، ۱، ۷۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی	بنا به پیشنهاد وزیر فرهنگ و آموزش عالی، شورای عالی موافقت کرد اعضای هیئت‌علمی شاغل در حوزه ستادی وزارت فرهنگ و آموزش عالی می‌توانند از مزایایی که اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها از مصوبات هیئت‌های امانت برخوردار می‌شوند استفاده کنند و مقرر شد که این مصوبه در حق اعضای هیئت‌علمی شاغل در حوزه ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیرخانه شورای عالی نیز اجرا شود.	۱۳۷۴
بند ب، تبصره ۱۰ قانون بودجه ۱۳۷۴	معادل درآمدهای اکتسابی هر یک از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، از محل درآمدهای اختصاصی از جمله درآمد حاصل از ارائه خدمات درمانی موضوع قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب آبان ماه سال ۱۳۷۳ و به استناد قانون استفاده از درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۵/۵/۷ مجلس شورای اسلامی در برنامه‌های ۳۰۳۰۲، ۳۰۳۰۳، ۳۰۳۰۴ ذیل دانشگاه‌ها و دانشکده‌های مذکور مندرج در این قانون در اختیار دستگاه‌های مذکور قرار می‌گیرد تا در چارچوب اختیارات قانون تشکیل هیئت‌امانای	۱۳۷۴

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
	دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی مصوب ۱۳۶۷، ۱۲، ۹ و ۱۳۶۷، ۱۲، ۲۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی، بین واحدهای ذی‌ربط توزیع و به‌صرف هزینه‌های جاری بیمارستان‌ها و تعمیر و نگهداری خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی برسد.	
فایل (طرح کارمزدی- آبان ۸۸)	در کنار این دو طرح (نظام نوین اداره بیمارستان‌ها و دستورالعمل بیمه روستایی) از سال ۱۳۸۲، در قالب اصلاح ساختار بیمارستان‌های کشور، مدیریت عملکردی به‌صورت پایلوت در برخی بیمارستان‌های کشور به اجرا گذاشته شد که بخشی از آن مربوط به نظام پرداخت عملکردی (کارمزدی) است.	۱۳۸۲
فایل (طرح کارمزدی- آبان ۸۸)	در بخش بهداشت کشور باوجود آنکه ممنوعیت قانونی وجود نداشت ولی همواره به علت مقاومت و اعتقاد برخی صاحب‌نظران، نظام پرداخت کارانه در آن اجرا نشد تا بالاخره در سال ۱۳۸۴ به علت اجرای بیمه روستایی بر مبنای پزشک خانواده، عملاً پرداخت کارانه با دستورالعمل مستقل (دستورالعمل بیمه روستایی) در بخش بهداشت کشور عملیاتی شد.	۱۳۸۴
قانون مدیریت خدمات کشوری	مجلس شورای اسلامی نیز در تلاش بر طراحی لایحه مدیریت خدمات کشوری مبتنی بر نظام پرداخت کارمزدی بوده‌اند که در سال ۱۳۸۶ تصویب شده است.	۱۳۸۶
قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری، ماده واحد، مصوبه مجلس در تاریخ ۱۳۸۶/۶/۴	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) 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، با هماهنگی 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 هیئت‌وزیران برسد. تبصره ۱- کارانه ارائه‌دهندگان خدمات فوق بر اساس تعرفه‌های مزبور خواهد بود.	۱۳۸۶
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، به‌طوری‌که مبنای پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌های خدمات به‌صورت کمی و کیفی بر اساس فهرست‌های ارزیابی خدمات می‌باشد.	۱۳۸۸

قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستان در ایران پس از انقلاب

منبع	موضوع	تاریخ
	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.	
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 باهدف 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. تصره ۴- وزارت [وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی] موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازوکارهای پرداخت تشویقی را باهدف افزایش انگیزه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.	۱۳۹۳

الف- ۱,۷, ۲ نامه‌های رسمی وارده و صادره در ارتباط با نظام پرداخت نوین و عملکردی (قبل از اجرا)

نامه‌های بایگانی‌شده مرتبط با دستورالعمل نظام نوین در جدول زیر 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 تولیدشده 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 هم‌طرازی: به تعیین قوانین و مقررات مربوط به پزشکان و سایر کارکنان بالینی که در ستاد در حال فعالیت می‌کنند پرداخته است.

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

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 ایپرومتری	-	-
سهم پرداختی	محاسبه و پرداخت حق کارانه پزشکان مقیم در واحد بخش مراقبت‌های ویژه ICU	۱/۴۵۴۵۰/س	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 موسوم 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 (استرالیایی) مثبت	۶/۱۹۸۶/س	۸۱/۹/۱۳
عمومی	قوانین و مقررات مربوط به ترمیم حقوق پزشکان به ریاست محترم ریاست جمهوری وقت	-	۸۱/۱۱/۱۴
سهم پرداختی	افراد شاغل در مراکز آموزشی درمانی که دارای مدرک تخصصی غیر از دکترای پزشکی	-	-
سهم پرداختی	زایمان‌های طبیعی که توسط ماما و با مسئولیت مشترک ماما و پزشک متخصص	۹۰۱۰۹۲۰۶	۸۷/۳/۱۸
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/ه 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.	۱۵۱۹۴/س	۸۱/۲/۱۱
افراد تعیین نشده	پرداخت کارانه به رزیدنت‌ها که به‌عنوان کمک جراح در اعمال جراحی	۲۳۵۵/س	۸۰/۳/۲۱

خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره در موضوع دستورالعمل نظام نوین

موضوع	خلاصه نامه	شماره نامه	تاریخ
	بزرگ حضور دارند		
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،	۱۳۸/۵۲۴/س	۸۱/۱۰/۱
افراد تعیین نشده	پرداخت حق کارانه به پزشکان و کارکنان شاغل در آزمایشگاه‌های رفرانس	-	-
افراد تعیین نشده	نیروهای هیئت‌علمی و غیر هیئت‌علمی شاغل در آزمایشگاه‌های رفرانس 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	۲۰۷۱۰۴/ح/ن	۸۶/۶/۱۴
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	۸۱/۱۲/۱۴
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	۱۰۱۹۰۹/س	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	۸۱/۹/۲۳
هم‌طرزی	در خصوص دارندگان گروه‌های PHD در رشته‌های قارچ‌شناسی، میکروبی‌شناسی، انگل‌شناسی، ویروس‌شناسی و سایر رشته‌های PHD مرتبط به علوم آزمایشگاهی برای محاسبه کارانه هم‌طرزی	عطف به نامه شماره ۱۰/۴۱۱۳۱۸۲/پ	۸۷/۱۰/۲۹
هم‌طرزی	مبنای محاسبه و تعیین حق کارانه هم‌طرزی پزشکان شاغل در حوزه ستادی میانگین حق کارانه تمامی پزشکان هم رشته و هم‌تراز شاغل در بیمارستان‌های مجری طرح نظام نوین	۱/۱۵۱۶۶۵ ب	۸۸/۶/۲
عمومی	تعریف اعضای هیئت‌علمی تمام‌وقت، سهم هر یک از متخصصان از درآمد بیمارستان	-	۸۱/۲/۱
عمومی	آخرین اصلاحیه طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها را به پیوست جهت استحضار و دستور اجرا از تاریخ ۷۸/۱۰/۱	۱۳۲۵۱	۷۸/۱۰/۱۲

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

الف-۲,۲ دستور گذاری پرداخت مبتنی بر عملکرد بر اساس مصاحبه‌ها

بنا بر جمع‌بندی مصاحبه‌ها، مشخص گردید که اصلی‌ترین عامل دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران، نواقص موجود در نظام پرداخت سابق یا نظام نوین بوده است. با در نظر گرفتن حجم بالای یافته‌های این بخش و به‌منظور گزارش منظم‌تر آن‌ها، چارچوب گزارش این بخش به شرح ذیل ارائه شده است. به‌طور کلی این بخش از دو قسمت تشکیل شده است.

بررسی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور: لازم به ذکر است که به‌منظور رعایت اهداف مدنظر مطالعه، ابتدا یافته‌های مربوط به ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین اشاره شده است، اما با توجه به اینکه بیان سایر ابعاد برنامه نیز در شناخت بیشتر این برنامه کمک‌کننده بوده است، لذا نحوه دستور گذاری و تدوین برنامه، محاسبات فنی برنامه و اجرای برنامه نیز در ادامه این قسمت گزارش شده است.

بررسی بخش دستور گذاری و تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران: در این قسمت به بررسی یافته‌های مرتبط با دستور گذاری نظام پرداخت عملکردی پرداخته شده است. در این قسمت تمام یافته‌ها تا قبل از اجرایی شدن برنامه گزارش شده است.

بررسی تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی کشور: در این بخش به تحلیل وضعیت تغییرات نظام پرداخت بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی ایران پس از انقلاب پرداخته شده است. نوع تغییرات و علل احتمالی آن‌ها با استفاده از نتایج مصاحبه‌ها و بررسی اسناد گزارش شده است.

دستورالعمل اجرائی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور

الف-۲,۲,۱ بررسی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور

الف-۲,۲,۱,۱ ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین

به‌طور کلی می‌توان ارزشیابی‌های کیفی مصاحبه‌شوندگان در مورد نظام نوین را در سه دسته بزرگ مثبت، منفی و اثرات دوسویه جای داد که در ادامه توضیح داده شده است.

قبل از هر چیز باید به شدت تأکید کرد که برنامه نظام نوین طراحی شده در زمان خودش برنامه‌ای مناسب و خوب برای سیستم ایران بوده است. «اگر همان دستورالعمل به صورت کامل اجرا می‌شد یکی از دستورالعمل‌های 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.

ابعاد مثبت

سادگی برنامه

- سادگی در پیاده‌سازی «به هر کی توضیح می‌دادید راحت‌تر این مسئله را می‌فهمید شفاف‌تر بود و اجرای آن راحت‌تر بود» (کد ۱۱)
- سادگی در درک برنامه،
- نیاز به زیرساخت خاصی نداشت،
- با اطلاعات ساده در دسترس راه می‌افتاد،
- در سطح دانشگاه کنترل کردن اسناد راحت بود.
- یافتن مشکل در زمانی که پرداخت مشکل داشت راحت بود.

۲- نسبت به نظام حقوق و دستمزد مزیت‌هایی داشت

برنامه نظام نوین نیز 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- نسبتاً انعطاف‌پذیر بود

یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد امکان انعطاف‌پذیری برنامه به موضوع در نظر گرفتن مناطق محروم در برنامه اشاره کرده است.

«در چارچوب دستورالعمل و تبصره‌ها و آنجهایی که اجازه داده بود این درصدها [توزیع کارانه] را در مناطق محروم یا مناطق برخوردار و کمتر برخوردار می‌توانستند تنظیم بکنند» (کد ۴)

۴- در ایجاد انگیزه موفق بود

کلیت برنامه نظام نوین در زمان خودش تحولاتی را در حوزه جلب بیمار در بیمارستان دولتی و ایجاد انگیزه شده است «قطعاً در جلب بیماران در بیمارستان‌های 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- منبع جداگانه برای اضافه‌کار

از آنجایی که پرداختی برای اضافه‌کاری عمدتاً دارای منبع جداگانه‌ای غیر از درآمدهای بیمارستان داشت، این می‌توانست در پرداخت به‌روزتر ماهیانه کارکنان کمک‌کننده 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 باز توزیع از نظر پرستاران

از نظر یک گروه از پرستاران مهم‌ترین عوامل در مناسب بودن نظام باز توزیع، 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 آن‌هاست. طبیعتاً این موارد در نظام نوین بسیار بیشتر بود.

«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 این قدر که مثلاً میزان اضافه‌کارش این قدر می‌شد و می‌شد که رویش حساب بکنیم» (کد ۱۶).

پرداختی ماهیانه مشخص بود و فاصله زمانی پرداخت کم برای کارکنان بسیار اهمیت دارد. چراکه می‌توانستند برای زندگی شخصی خود برنامه‌ای هزینه-درآمد داشته باشند.

ایجاد برابری در پرداخت را خود مدیران و ارزیابان کارکنان بیشتر می‌کردند. یکی از سرپرستاران بیان می‌کند که «معمولاً به همه کادر درمان در یک حد نمره می‌دادند ... و اختلاف دریافتی بین کارکنان زیاد نبود» (کد ۱۵).

ابعاد منفی

در حوزه ابعاد منفی برنامه نظام نوین مصاحبه‌شوندگان به ۱۴ موضوع ذیل اشاره کرده‌اند. هر یک از این ابعاد توضیح داده شده است.

۱. عدم شفافیت در تعیین نحوه پرداختی به افراد
۲. اجرای متفاوت در بیمارستان‌ها
۳. عدم همسانی HIS ها
۴. عدم ایجاد اطلاعات پرداخت روا در سطح محلی و ملی
۵. اجرای ناکامل برنامه
۶. زمینه‌های فرهنگی و سازمانی
۷. عدم به‌روزرسانی
۸. ضعف برنامه در تقویت کار تیمی
۹. عدم ثبت داده‌ها و نحوه نمره دهی
۱۰. افراد با سابقه در بخش‌هایی با فشار کاری کمتر
۱۱. کارانه برای کارکنان، تفاوتی با حقوق مستمر نداشت
۱۲. درخواست نیرو زیاد بود

۱۳. تمایل کارکنان بالینی برای کار در ستاد

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

«سیستم‌های اداری و مالی مان، به‌رحال در آن قدرت داشتند، درآمدهای بالایی برای خودشان از محل کارانه ایجاد می‌کردند، مثل بخش مالی و حسابداری. آن‌هایی که قدرت کمتری داشتند درآمدهای خیلی کمتری برای آن‌ها ایجاد می‌شد. 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 آن 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 می‌شد» (کد ۱۹)

۲- اجرای متفاوت در بیمارستان‌ها

بنا به استقلال قانونی که دانشگاه‌های علوم پزشکی و به‌تبع آن بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور در اداره خوددارند، در طول سال‌های اجرای برنامه نظام نوین، تغییرات زیادی در دستورالعمل اولیه ایجاد شد. «دانشگاه‌ها در هیئت‌امانی 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 و ولی نیازها هرکدام به سبک متفاوت؛ در حقیقت متوجه می‌شویم که توی کشور به‌صورت متفاوتی این دستورالعمل دارد بکار گرفته می‌شود» (کد ۲۲) به‌گونه‌ای که بعد از مدتی هیچ دو بیمارستانی یافت نمی‌شد که به‌طور مشابه پرداختی داشته باشند. شدت این مسئله به حدی بود، تشابه کاری بین دو بیمارستان حتی در داخل یک دانشگاه نیز به‌ندرت یافت می‌شد. «تنوع تبصره‌ها و آیین‌نامه‌هایی که برای هر بخشی صادر شده بود زیاد بود. شما در بیمارستان‌های مختلف روش‌های اجرای مختلفی را پیدا بکنید. 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- عدم همسانی HIS ها

تفاوت‌هایی که در نحوه اجرایی کردن دستورالعمل نظام نوین بین بیمارستان‌ها وجود داشت، منجر شده بود تا سیستم‌های HIS آن‌ها نیز به همان ترتیب تغییر کند. 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. درحالی‌که یک قرارداد واحد وجود داشت با دانشگاه و این بیاید در بیست تا بیمارستان یک نرم‌افزار را نصب بکنند... ولی بیست تا ورژن مختلف عملاً وجود داشت» (کد ۲۳).

به‌عبارت‌دیگر در قسمت داده‌های بیمارستانی، نظام نوین هیچ محرکی برای بهبود سیستم اطلاعات بیمارستانی نداشت. «در آن زمان [توانایی تمرکز و تأکید 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 داده‌ای و کامپیوتر محور در سطح کشور است. از آنجایی‌که داده‌های مورد استفاده برای پرداخت در یک مجموعه جمع‌آوری و تحلیل نمی‌شد، مشخص نبود که به‌طور متوسط هر یک از گروه‌های کارکنان چقدر دریافتی دارند. «حقیقتاً بیمارستان‌های ما تو زمینه‌ی پرداخت‌های کارکنانی کاملاً بلایند [کور] عمل کرده‌اند و هیچ آگاهی که چه اتفاقی در بیمارستان می‌افتد؛ نه برای مدیران محلی و نه برای مدیران ملی همچنان چیزی نبود» (کد ۲۲)

این نبود امکانات کنترل بودجه بیمارستان باعث ناکارآمدی در بخش مالی بیمارستان شده بود. «من خودم در تهران به یک بیمارستان رفتم بازدید، داشبورت نداشتند، در یک بازه زمانی سه‌ماهه، پانصد میلیون بیشتر توزیع کرده بودند» (کد ۱۳)

به‌طور کلی در سطح کلان نیز 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 کارکنان داشتی، شاید در بیمارستان‌های بزرگ کسی نمی‌دانست چند نفر کارکنان داشتند» (کد ۱۳). در نتیجه در سطح بیمارستان، دانشگاه و وزارت نبود داشبورد مدیریتی برای کارکنان و جریان پولی مرتبط بدان به‌شدت احساس می‌شد.

به‌طور کلی در نظام نوین، داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز در سطح دانشگاه بسیار با دشواری گردآوری می‌شد. لذا می‌توان بیان کرد که داده‌های سطح دانشگاهی و کشوری در آن زمان روایی مناسبی نداشته است. این روند حتی در سطح وزارت خانه نیز وجود دارد، وزارت خانه 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؟ به علت نبود سیستم واحد و جزیره‌ای عمل کردن، بالطبع این امکاناتی وجود نداشت» (کد ۲۳)

عدم امکان گزارش‌گیری واحد و اقدام جزیره‌ای، دشواری گزارش‌گیری مالی و عدم شفافیت بار مالی نظام نوین از نقاط واقعی ضعف برنامه بود.

۵- اجرای ناکامل برنامه

شاید برنامه ساختارهایی هرچند ساده برای ایجاد انگیزه در نظر گرفته بود ولی همین ساختارهای ساده نیز به‌خوبی بکار گرفته نشده بودند.

۶- زمینه‌های فرهنگی و سازمانی

درآمد کم بیمارستان، ضعف مدیران بیمارستانی، شلوغی بیش از حد امور بیمارستان‌ها و عدم اعتراض کارکنان به برابری در کارانه از جمله ویژگی‌های زمان اجرای برنامه نظام نوین بوده است.

با وجود اینکه نظام نوین ابزارهای ساده، مناسب و قابل گسترشی را به بیمارستان‌ها و مدیران آن‌ها ارائه کرده بود، با این حال مدیران بیمارستان‌ها تمایلی به اجرای برنامه و گسترش آن نداشتند. 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. یه دیدگاهشان هم بیمارستان این قدر شلوغ و کار زیاد و مشکلات زیادی داره که ما دیگه نیایم بچکونیمش سر این قضیه ... درواقع اگر می‌خواستند از این ابزار به‌درستی استفاده کنند می‌توانستند این کار را انجام دهند، متأسفانه... راحت‌تر بودند وقتی به همه یک مبلغی را پرداخت کنند» (کد ۲۱).

به‌علاوه در زمان اجرای برنامه نظام نوین به هر دلیل درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها کم بود و همان مبلغ کم کارانه‌ها نیز از محل سایر منابع پرداخت می‌شد. «عمدتاً که کارانه‌ها را که می‌آمدند پرداخت می‌کردند از سایر منابع پرداخت می‌شد» (کد ۱۸).

فرهنگ ارجحیت برابری بر عدالت محور بر نظام پرداخت نیز این‌گونه عنوان شده است «در روش قبلی به‌خصوص در قسمت کارانه اشکالی که وجود داشت همه یکی می‌گرفتند، متأسفانه هنوز همین ذهنیت وجود دارد که دوست دارند همه یکی بگیرن» (کد ۷)

۷- عدم به‌روزرسانی

با توجه به اظهارات مصاحبه‌شوندگان نظام نوین در طول دهه اول اجرا به‌خوبی به برطرف نمودن بسیاری از مسائل بیمارستان‌ها کمک نموده است، اما به تدریج که تعرفه‌های خدمات بیمارستانی افزایش می‌یابد، کارانه پزشکان در طول این سال‌ها بالا می‌رود و درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی نسبت به میزان مبلغی که تحت عنوان کارانه بین کارکنان توزیع می‌کنند کم می‌شود ولی برنامه نظام نوین به‌روز نمی‌شود.

«با توجه که از سال ۷۸ هیچ‌گونه تغییری پیدا نکرده بود و عمدتاً همه خدمات تغییر کرده بود بالأخص در خدمات پاراکلینیک، ... بیمارستان‌ها توسعه پیدا می‌کردند، خب طبیعتاً چون بخشنامه بازنگری نشده بود، مشکل ایجاد می‌شد» (کد ۱۸)

لذا بیمارستان‌ها به تکاپو می‌افتند تا خود تغییراتی در آن ایجاد کنند تا مسائل روز را با آن برطرف سازند، «مشکل از آنجا شروع شد که در حقیقت روزبه‌روز که دریافتی‌های پزشک‌ها افزایش پیدا می‌کرد و اون یک‌چیز ثابتی بود و بیمارستان‌ها شرایط و حال‌وروز خوبی نداشتند» (کد ۲۱).

اما از آنجایی که این تغییرات نظام‌مند نبود و فقط مسائل محلی را در نظر می‌گرفتند و گاه با مشکلات قانونی بالادستی مواجه می‌شد، عمده این تغییرات پیشرفت قابل‌مشاهده‌ای را در بیمارستان و در سطح دانشگاه ایجاد نمی‌کردند. خصوصاً در سال‌های آخر برنامه عمده افراد آگاه و باتجربه برنامه را عملاً بی‌اثر و خالی از مزیت می‌دانستند و اظهارات خود را به‌طور علنی اعلام می‌نمودند.

۸- ضعف برنامه در تقویت کار تیمی

«در گذشته، امتیازها در یک‌بخشی ضریب کیفی عملکرد اصلاً مفهومی نداشت شما می‌آمدید و فقط ضریب کیفی عملکرد فرد را داشتید» (کد ۲۰). به‌عبارت‌دیگر 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 یکجا منظور می‌شد، کل کارانه ... به‌صورت 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 در درآمد بیمارستان هستند. این دو عامل مهم را به‌صورت بسیار ضعیف در نظر گرفته بود. «قبلاً این درآمد [بخش] بین کلیه بخش‌ها تقسیم می‌شد» (کد ۲۴)

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

۹- عدم ثبت داده‌ها و نحوه نمره دهی

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 «باوجود این مثلاً حتی می‌توانست یک فردی ۱۵ روز در بیمارستان نباشد و اگر می‌خواستن! خیلی راحت کارانه‌اش را می‌گرفت» (کد ۴) 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 به‌صورت بسته و کاملاً تعریف‌شده در نظر گرفته شده بود و بیمارستان‌ها می‌توانستند از آن‌ها بهره بگیرند؛ اما اگر در نظر نمی‌گرفتند هیچ‌کس نمی‌توانست ثابت کند که معیارهای قانونی در تعیین دریافتی افراد لحاظ شده یا نشده‌اند.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح دانشگاه بیان می‌کند که اصلی‌ترین عامل عوامل در ایجاد چنین نقضی 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 نمی گرفتند ما چیزی را متوجه نمی شدیم چون ما کنترل کردن این بحث موظفی و غیرموظفی نداشتیم» (کد ۴)

۱۰- افراد با سابقه در بخش هایی با فشار کاری کمتر

در مورد باز توزیع نسبتاً برابر کارانه بین پرستاران بیان شده است که «پرسنلی که در بخش چشم کار می کرد حتی اگر مریضشان خیلی کم بود با بخشی که بی نهایت شلوغ بود یا بخش مراقبت های ویژه تخت که اکسترا داشتند، دریافتی آن ها تفاوتی نمی کرد و یکی از مشکلات دستورالعمل این بود که حجم فعالیت و سختی کار دیده نشده بود» (کد ۲۰).

به همین دلیل تمایل زیادی برای رفتن به بخش های با فشار کاری کمتر در بین پرستاران 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. به خاطر همین بود که تمام کارکنان سعی داشتند در بخش های خلوت تر و در بخش های 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 بخش های آرام و افراد کم سابقه و طرحی در بخش های با فشار کاری بالا مثل اورژانس فعالیت داشتند.

مترون بیمارستان در این خصوص بیان می کند که «درواقع 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 سبک تر 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).

۱۱- کارانه برای کارکنان، تفاوتی با حقوق مستمر نداشت

با توجه به نحوه اجرایی نظام نوین، به منظور اجرای راحت تر 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 بیمارستان ها مبلغ پرداخت شده توسط به گونه ای 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).

۱۲- درخواست نیرو زیاد بود

«قبلاً همه این طمع را داشتند که نیرو بیاورند» (کد ۷).

۱۳- 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).

۱۴- سایر معایب در دهه دوم اجرای برنامه

باعث ایجاد انگیزه نمی‌شد، عدم تمایل برای جذب بیمار در بخش‌ها و ارجاع بیمار به سایر بیمارستان‌ها و خصوصی، تمایل برای کاهش حجم خدمات و عدم تمایل برای ثبت خدمات از جمله معایب منتج از برنامه در دهه دوم اجرا بوده است.

در نظام نوین تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین افراد وجود نداشت و یک بی‌انگیزی و بی‌تفاوتی خاصی در کارکنان بیمارستان نسبت به بسیاری از موضوعات از جمله رضایت‌مندی بیماران، کنترل درآمد بیمارستان، شیفت بیماران به بخش خصوصی وجود داشت و جایی هم دیده نمی‌شد، بیماران به خاطر کاهش حجم خدمات به بیمارستان‌های خالی و بخش خصوصی و به بیمارستانی به‌غیراز 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 اثربخشی 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).

اثرات دوسویه برنامه

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

۱. ایجادکننده برابری بیشتر
 ۲. جدا بودن منابع تأمین اضافه‌کار و کارانه
 ۳. اضافه‌کار تشویقی
 ۴. قابلیت انتقال منابع مالی توسط مدیران
 ۵. تعیین دریافتی کل کارکنان به‌صورت متمرکز و توسط تعداد کمی از مسئولین
- در ادامه هر یک از این ابعاد توضیح داده شده است.

۱- ایجادکننده برابری بیشتر

به بیان یکی از مسئولین اجرایی برنامه نظام پرداختی 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. به‌عبارت‌دیگر 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 دریافتی‌ها حداکثر و حداقل در نظام قبلی خیلی به هم نزدیک بود» (کد ۲۱)

جمع‌بندی موارد فوق نشان می‌دهد که به‌طورکلی «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 دریافت‌های افراد مختلف هم زیاد باهم تفاوتی نداشت یک‌جورهایی 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.

۲- جدا بودن منابع تأمین اضافه کار و کارانه

جدا بودن منبع تأمین اضافه کار و کارانه به بیمارستان در راضی نگه داشتن کارکنان کمک شایانی می کرد. بیمارستان در فاصله زمانی معینی یکی از آن‌ها را پرداخت می کرد. اولاً وقتی این دو از هم جدا هستند مبلغ کمتری می شوند و بیمارستان در تأمین آن مشکل کمتری دارد، ثانیاً در فاصله‌های زمانی متعدد از یکی از منابع (دانشگاه، درآمد اختصاصی، ...) مبلغی وارد بیمارستان می شد و بیمارستان تحت عنوان کارانه یا اضافه کار آن را پرداخت می کرد؛ اما در برنامه عملکردی این دو باهم هستند و مبلغ آن بالاست و عمده آن نیز از محل درآمدهای اختصاصی تأمین می شود. «مثلاً می بینی سه ماه باهم کارانه می دادند و دیگر اضافه کاری نمی دادند ولی چند ماه دیگر مثلاً دو ماه کارانه می دادند. کاملاً جدا بودند» (کد ۱۲)

مسئله‌ای در این خصوص پیش آمده این است که این امر باعث شده تا میزان کارانه (بدون اضافه کار) به طور کلی بسیار ناچیز باشد و عملاً اثر انگیزانندگی برای اهداف تعیین شده را نداشته باشد.

۳- اضافه کار تشویقی

در راستای ایجاد برابری بین کارکنان، حتی کارکنان بالینی و اداری، مسئله‌ای تحت عنوان «اضافه کار تشویقی» ایجاد شده بود.

در مکانیسم نظام نوین، البته که کارکنان بالینی می بایست کارانه مضاعف می گرفتند، ولی برای جبران این مسئله در میان کارکنان ستادی پرداخت‌های اضافه کار تشویقی پرداخت می شد؛ که با توجه به محیط کاری آن زمان این ساعات اضافه کار عملاً ساعات اضافه کار واقعی نبودند و صرفاً مکانیسمی بود دست مدیریت بیمارستان برای بالا بردن دریافتی کارکنان ستادی.

«در دستورالعمل نظام نوین یکی کارانه‌ای که این کارکنان می گرفتند بعد یک اضافه کار تشویقی معمولاً در قسمت‌های اداری و مالی به کارکنان پرداخت می شد، کمتر به کارکنان بالینی اضافه کار تشویقی پرداخت می شد، اون اضافه کار تشویقی یک چیز واقعی نبود» (کد ۱۱).

«قبلاً در نظام نوین، معمولاً همه بخش‌های پشتیبان یا اداری یا حسابداری یا ... معمولاً اضافه کار نداشتند و صد یا صدویست ساعت تشویقی به این‌ها می دادند» (کد ۱۲)

با توجه به تفاوت‌های بین بیمارستانی، در مورد اضافه کار تشویقی نیز نحوه اجرا بین بیمارستان‌ها بسیار متفاوت بود. در برخی از بیمارستان‌ها اضافه کار فقط به نیروهای ستادی داده می شد و در برخی اضافه کار تشویقی بر اساس سابقه بین افراد تفکیک می شد.

«همان موقع مطرح بود که بعضی افراد در سیستم می ایستند کاری هم انجام نمی دهند ولی خب مبلغ اضافه کار را دریافت می کردند» (عبدالمالکی)

«قبل از طرح، اضافه کاری متفاوت بود نیرویی که تازه وارد سیستم می شد با نیرویی که چندین سال سابقه کاری داشت مبلغ اضافه کار متفاوت بود» (عبدالمالکی)

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 کرد کارانه‌ها بازتر بود «مزیت‌هایی هم برای مدیران داشت. تقریباً دستشان بازتر 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 پارتی‌بازی بیشتر را برای افراد نزدیک‌تر به مدیران سطح بالا به وجود می‌آورد و مکانیسم روشنی برای امکان کنترل این مسئله وجود نداشت.

۵- تعیین دریافتی کل کارکنان به صورت متمرکز و توسط تعداد کمی از مسئولین

نمره رضایت به کارکنان در برخی بیمارستان‌ها داده می‌شد. این نمره توسط مدیر بیمارستان یا نماینده آن صورت می‌گرفت. 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.

«یک مشکلی که این برنامه داشت این بود که تعداد افرادی که می‌آمدند این کار را می‌کردند یکی دو نفر بیشتر درگیر این مسئله نبوده‌اند معمولاً مدیر، مترون» (کد ۲۱)

قدرت مدیر یا مدیران بالادستی بیمارستان در تعیین نمره رضایت بالا بود. «مدیر اگر می‌توانست صفر به شما بدهد و یا می‌توانست سه امتیاز» (کد ۱۵)

الف- ۲،۲،۱،۲ علل عدم پایداری در موفقیت‌های اولیه برنامه نظام نوین

۱- برآورده نشدن برخی پیش‌نیازها

پیش‌نیازهای اجرای موفق برنامه نظام نوین عملکرد مناسب نظام بیمه‌ای کشور برای تأمین مالی و پوشش حداکثری جمعیت کشور بوده است. به دلیل عدم حصول این دو مورد، خللی اساسی در اجرایی شدن کامل برنامه نظام نوین ایجاد گردید.

«یکی از پیش‌نیازهای موفقیت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها این بود که شما در مملکت همه افراد بیمه شده باشند و مشکلی در زمینه تأمین منابع مالی نداشته باشید» (کد ۲۰).

۲- اجرای ناقص برنامه

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 پوسته‌ای که اجرا شد اون پوسته بود که محاسبه درصدی از حجم خدمات ارائه شده و پرداختش به کارکنان و به پزشکان ارائه خدمات بود» (کد ۲۰)

۳- مکانیزم پرداخت FFS بدون کنترل

مکانیزم پرداخت FFS بدون کنترل و بدون راهنماهای بالینی را سومین عامل تضعیف کننده برنامه نظام نوین معرفی کرده‌اند؛ که خود باعث ارائه خدمات غیراستاندارد (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- تضعیف مکانیسم‌های نظارتی

چهارمین عامل در تضعیف اجرای 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 قوی پیش‌بینی شده بود و اون اهرم‌های نظارتی در اختیار هیئت نظارت بر طرح نظام نوین بیمارستان‌ها واگذار شده بود.» (کد ۲۰).

۵- سیاست دوری از تنش در سطح دانشگاه

به جز سطح بیمارستان که در اجرای برنامه همواره سمت‌وسوی سادگی و بدون تنش بدون اجرا در نظر می‌گرفت، حتی سطح دانشگاه نیز از ابزارهای برنامه برای ایجاد انگیزش در سطح بیمارستان استفاده نمی‌کرد. «یک درصدی از درآمد اختصاصی بیمارستان که دستورالعمل گفته بود ۱۸ تا ۲۲ درصد بین کارکنان توزیع می‌شد، معمولاً دانشگاه‌ها ۲۰ درصد وسط را در نظر می‌گرفتند درحالی که دانشگاه هوشمند می‌توانست بیاید بر اساس کارکرد یک بیمارستان، درصد آن‌ها را بالا پایین کند» (کد ۴).

مجموعه این عوامل باعث شده بود تا «فقط در ذهن پزشکان و کارکنان ارائه‌دهنده خدمات در بیمارستان‌ها انسان‌ها از نظام نوین فقط یک پرداخت کارانه در آخر هرماه بود» (کد ۲۰).

الف- ۱، ۲، ۳ طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور (محتوا، دستور گذاری و تدوین، اجرا)

در این بخش به گزارش محتوا، نحوه دستور گذاری و تدوین برنامه و اجرای برنامه پرداخته شده است.

الف- ۱، ۲، ۳، ۱ محتوا

منظور از محتوای برنامه نظام نوین در اینجا گزارش اهداف، محاسبات فنی و پیش‌فرض‌ها این برنامه است.

۱- هدف برنامه نظام نوین

اهداف برنامه نظام نوین پرداخت:

- تسهیم بخشی از درآمد بیمارستان به کارکنان به منظور ایجاد انگیزش در آن‌ها بوده است.

- ایجاد ابزارهای مدیریتی برای کنترل عملکرد و مدیریت بهتر کارکنان
- ارائه تعداد خدمات بیشتر در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی

۲- محاسبه فنی کارانه کارکنان

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

• ساختار نظارتی و اجرایی

این ساختار در سه سطح مرتب‌شده 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

• کل میزان پرداختی به کارکنان غیرپزشک

بر اساس دستورالعمل ابلاغی ۲۰ درصد کارکرد حق‌العلاج و حق‌العامل به‌اضافه معادل ۲/۵ درصد کل کارکرد واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه - رادیولوژی - سی‌تی‌اسکن - فیزیوتراپی - رادیوگرافی - داروخانه و سایر خدمات مشابه واحدهای پاراکلینیکی) از محل درآمدهای سهم بیمارستان بین کارکنان غیرپزشک به‌صورت 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.

• کارانه مضاعف برای کادر بالینی غیرپزشک

طبق دستورالعمل ضرب 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 کادر درمانی توزیع می‌شد؛ یعنی به کارکنان درمانی پرداخت مضاعف صورت می‌گرفت. برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان این موضوع را به‌گونه‌ای دیگر بیان می‌کردند. آن‌ها 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.

• نحوه محاسبه میزان کارانه پزشکان

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

• ضوابط مربوط به پرداخت ماهانه پزشکان شاغل در طرح

۱. تمام وقت هیئت علمی که حداقل ۵۴ ساعت در هفته فعالیت دارند: حقوق و مزایا + حق محرومیت از مطب + حق کارانه + حق آنکال
 ۲. پزشکان تمام وقت هیئت علمی 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 هیئت علمی که به صورت نیمه وقت در بیمارستان مجری طرح فعالیت نمایند: یک دوم 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 + فوق العاده 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 هیئت علمی شاغل در طرح: حقوق و مزایا + کارانه پس از کسر حقوق و مزایا موضوع ماده یک و دو پزشک جدیدالاستخدام هم‌تراز 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 اضافه کار به پزشکان شاغل در طرح مجوزی ندارد. مگر آنکه انجام اضافه کار مربوط به وظایف محوله غیر از ارائه خدمات پزشکی باشد.
- بنا به اظهارات صاحب‌شوندگان میزان دریافتی پزشکان برابر بود با سهم پزشکان از کل خدمات تولیدشده 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 تمام وقت و غیر تمام وقت بودن پزشک بود.
- «در بین پزشکان... اگر پزشک، متخصص تمام وقت بود یک درصد سهم بری ثابت برای آن تعریف می‌شد اگر پزشک غیر تمام وقت بود یک درصد سهم بری ثابت برایش تعریف می‌شد، دیگه پلکانی نبود. به قول معروف خروجی‌اش را بر اساس درصد ثابت می‌گرفت» (کد ۱۱).

شاخص ارزیابی پزشکان ضعیف بود «در خصوص پزشکان هم نمره دهی می‌دادند ... در واقع از اصطلاحات معیار ارزیابی خوب، متوسط، بد استفاده می‌کردند شاخصی تعیین نشده بود» (کد ۱۱).

۲,۱ ویژگی‌های تأثیرگذار بر میزان کارانه

نوع استخدام: یک مشکل اساسی که در نظام پرداخت نوین وجود داشت این بود 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.

برخی مصاحبه‌شوندگان نیز بیان می‌کنند 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 در درآمدزایی بیمارستان به‌عنوان یک بنگاه اقتصادی، از نگرهبان دم در تا پزشک متخصص یک تیم هستند، همه به یک نوعی درگیر هستند» (کد ۹)

به‌علاوه نوع استخدام بر میزان دریافتی اضافه‌کاری نیز تأثیرگذار بوده است. «[افراد طرحی و غیر طرحی] این‌ها اختلاف داشتند باهم، ... با اینکه هر دوتای آن‌ها ممکن بود سابقه کاری یکسانی داشته باشند، ولی مثلاً مبلغ اضافه‌کاری می‌شد یک میلیون تومان و مبلغ اضافه‌کاری دیگری می‌شد مثلاً می‌شد چهارصد هزار تومان» (کد ۱۲).

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان که پرستار با سابقه‌ای است بیان می‌کند «در سیستم قدیم اگر کسی که رسمی بود و ده سال سابقه کار داشت اگر به ازای هر ساعت اضافه‌کار ساعتی ده هزار تومان می‌گرفت آن کسی که طرحی بود و یا شرکتی بود به ازای هر ساعتی می‌گرفت پنج هزار تومان» (کد ۱۴). لذا ارزش اضافه‌کاری برای هر ساعت اضافه‌کار بین افراد با نوع استخدام متفاوت، متفاوت بود.

این مسائل باعث شده بود تا فرهنگ‌سازمانی سلسله‌مراتبی و سابقه محور در بیمارستان‌ها حاکم شود. افراد تازه‌وارد و طرحی با فشار کاری زیادی مواجه می‌شدند و در ضمن دریافتی مناسبی نیز نداشتند. مدیر بیمارستان در این مورد بیان می‌کند که «یک پرستار رسمی یک شهروند درجه یک بود و یک پرستار طرحی شهروند درجه سه بود خوب 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 می‌یافتند: اول در انتخاب بخش محل فعالیت عمدتاً به سمت بخش‌های با فشار کاری کم می‌رفتند دوم میزان دریافتی اضافه‌کار و کارانه آن‌ها نیز به‌شدت بالاتر از افراد دیگر بود. اگرچه در دستورالعمل سابقه افراد به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر دریافتی فرد ذکر نشده است ولی این مقوله وارد شده و باعث تفاوت‌های زیاد در دریافتی افراد شده است.

نمره مدیر بالادستی: نمره رضایت مدیر نقش به‌سزایی 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 شیوه‌نامه طراحی کرده بودند که نمره رضایت را نظام‌مند نمایند. آیت‌های متعددی را در رضایت‌مندی وارد کرده بودند که فرد برای بالا بردن نمره رضایت تلاش کند، اما این تلاش‌ها هیچ‌وقت بین بیمارستان‌ها به اشتراک گذاشته نشده‌اند.

۳. پیش‌فرض‌های برنامه نظام نوین

۱-۳ بر اساس فی فور سرویس: نظام نوین بر پایه FFS قرار دارند؛ لذا مزایا و معایب آن را نیز به همراه خواهند داشت. برخی مزایا و معایب نظام پرداخت FFS عبارت‌اند از تقاضای القایی، توانایی پرداخت بیمار را در نظر ندارد.

مصاحبه‌شوندگان برخی از معایب نظام نوین و پرداخت FFS را این‌گونه توضیح داده‌اند: «نظام پرداخت فی فور سرویس فی ذات 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 را ارائه کنید پولش را می‌گیرد و اینجا آن خدمات القایی و غیرضروری و 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 فی فور سرویس ایران «ووجدان ارائه‌کنندگان» است. در نظام پرداخت فی فور سرویس ایران «مگر کسی یک انسان خیلی، خیلی، خیلی باوجدانی باشد که تحت تحریکات مادی اقدام به کارهای خاصی نکند وگرنه راه برای همه چی باز است» (کد ۹).

۲-۳ دستورالعمل ساده و روشی: 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 آن را به‌راحتی متوجه می‌شدند، از افراد مالی تا بالینی.

ساده بودن نظام نوین در واقع دو رو داشت. یک روی خوب و یک روی ضعف. 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 محسوس 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 به‌طور کامل برطرف نشده است. به‌عبارت‌دیگر نظام عملکردی برای تعیین سهم افراد در ارائه خدمات یک‌قدم روبه‌جلو بوده است.

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 هیئت عالی نظارت در دانشگاه تشکیل می‌شد با حضور رئیس دانشگاه، معاونین درمان، معاونین آموزشی و معاون توسعه» (کد ۱۱).

۳-۴ مبلغ کم کارانه نسبت به حقوق دریافتی: برخی از نواقصی که به برنامه نسبت داده می‌شد عمدتاً مرتبط به حوزه پیگیری شاخص‌های ساده و مبهم بوده است.

به نظر می‌رسد بزرگ‌ترین هدف طراحان نظام نوین صرفاً توزیع ملغی پول در میان کارکنان بیمارستان و جلب توجه آن‌ها به سمت بیمارستان بوده است. چراکه عملاً برنامه طراحی شده توانی بیشتر از این را نداشته است. در زمان اجرای نظام نوین عمده کارکنان بیمارستان‌ها استخدام رسمی یا پیمانی بودند و کل مبلغی را که نظام نوین توزیع می‌کرد، مبلغ کمی بوده، لذا این توزیع پول قدرت مناسبی برای اعمال قدرت مدیران و انگیزش کارکنان نداشت. لذا بیمارستان‌ها نمی‌توانستند با این مبلغ ناچیز کارهای اثربخشی برای کمیت و کیفیت ارائه خدمت ارائه دهند. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید «کارانه و اضافه‌کاری من تقریباً یک پنجم تا دو پنجم کل دریافتی من بودند در اوایل دهه ۸۰. در نتیجه خیلی اهمیت آن چنانی نداشت» (کد ۱۳).

انتظار نمی‌رود با این مبلغ کم، بتوان گروه زیادی از کارکنان را صرفاً با مشوق‌های مالی با خود همراه ساخت. مزیتی که این جنبه از نظام نوین داشت این است که «بیمارستان‌ها توانشان برای پرداخت، با توجه به منابعی که در اختیار داشتند، توانشان برای پرداخت کارانه قبلی بهتر بود» (کد ۱۸). لذا فشار مالی زیادی به بیمارستان وارد نمی‌کرد.

الف- ۲،۲،۱،۳،۲ دستور گذاری و تدوین برنامه نظام پرداخت نوین

۱- زمان تدوین

شروع تدوین برنامه در زمان دولت ششم توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۳ بود و از سال ۷۴ با جدیت بیشتری پیگیری شد. تدوین اولیه، پایلوت و آماده‌سازی آن چهار سال طول کشید و اصلاحیه نهایی آن در سال ۱۳۸۷ ابلاغ گردید. کارشناس تدوین‌کننده برنامه آقای یونسین بودند.

۲- دلایل دستور گذاری

به‌طور خلاصه علل ایجاد برنامه نظام نوین را این‌گونه بیان شد:

مسائل مربوط به لیست انتظار، بهره‌وری کم تسهیلات و تجهیزات موجود، نبود انگیزه در کارکنان پزشک و غیرپزشک 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.

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

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان مسئله عدم توسعه بیمارستان‌ها را دلیلی برای ایجاد تغییر در نظام پرداخت عنوان می‌کند. وی بیان می‌کند که «سال‌های سال بود که در بیمارستان‌ها هیچ‌گونه کار توسعه‌ای انجام نمی‌شد، کار عمرانی انجام نمی‌شد، درآمدهای بیمارستان در واقع بر اساس تعرفه‌های موجود زیاد کفایت هزینه‌های جاری بیمارستان را نمی‌کرد و مشکل بیمارستان‌ها زیاد بود» (کد ۲۱).

الف-۳،۳،۱،۲ 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 می‌کردند» (کد ۱۱).

در مورد علت این که تمام بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی به‌راحتی برنامه را پذیرش و اجرا کرده‌اند یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که:

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 خوب یک کارانه‌ای به کارکنان تعلق می‌گیرد که بسیار موردتوجه بود و استقبال خیلی خوبی داشت» (کد ۲۱).

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

نظام پرداخت مبتنی بر عملکردی

الف-۲،۲،۲ دستور گذاری و تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

به‌منظور رسیدن به این هدف تحلیل سیاست‌گذاری تا مرحله قبل از اجرای برنامه در قالب مدل مثلث سیاست‌گذاری ارائه شده است. در مرحله بعد ساختار فنی برنامه طراحی شده برای پرسنل پزشک و غیرپزشک ارائه شده است.

الف-۲،۲،۱ زمینه

سؤالی که در این قسمت به دنبال پاسخ به آن هستیم، این است که برنامه در چه زمینه و شرایط محیطی‌ای تدوین شده است. شاید به‌منظور توصیف وضعیت عمومی کشور در زمان اجرای برنامه، اشاره به نقل‌قول یکی از صاحب‌شوندگان، باسابقه علمی و اجرایی و مشارکت‌کننده در چندین مداخله بزرگ کشوری (کد ۱۳)، بسیار مؤثر باشد. وی نگرانی خود از وضعیت اجرای مداخلات در کشور را این‌گونه بیان می‌کند که «این‌جوری جاافتاده در ایران ... ما استاد انجام دادن و اجرای برنامه‌های خوب به بدترین نحو هستیم؛ یعنی ... کاری می‌کنیم که دیگر هیچ‌کس آن را اجرا نکند». لذا لازم است تا زمینه و محیطی که در آن برنامه به اجرا درآمده است به‌خوبی مدنظر قرار گیرد. در ادامه زمینه اجرایی برنامه در چهار گروه (جهانی، ساختاری، وضعیتی و فرهنگی) آورده شده است.

۱- زمینه جهانی

حدود یک دهه گذشته در زمان شروع برنامه، اگرچه آگاهی از پرداخت عملکردی در سطح مدیران اجرایی و وزارتی ایران کم بود، به‌عبارت‌دیگر، 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 شروع‌کنندگان 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 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).

۲- زمینه ساختاری

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

۱-۲ 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 FFS 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 دستور گذاری 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 یکجایی ما 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 کنی» (کد ۲۵). لذا افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها به شدت توسط سیاست‌گذاران احساس شده بود.

در کنار این مسئله، در برخی از استان‌های کشور، تفاوت‌های مربوط به توسعه‌یافتگی منجر شده است که تفاوت‌های اساسی از نظر کیفیت کارکنان بیمارستان‌ها و تسهیلات بیمارستانی وجود داشته باشد. «استان ... آن قدر کارمند اونجا نرفته و کارکنان ندارند، کارکنان از جاهای دیگر میان شیفتهای بیمارستان را پر می‌کنند» (کد ۸۳). این مسئله باعث ایجاد مشکلات زیادی در اجرای هرگونه برنامه کشوری تدوین شده بود.

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 بسیار با یکدیگر متفاوت بودند. نظام پرداخت به کارکنان بیمارستان حقوق و کارانه بود. دستورالعمل نظام نوین که معیار محاسبه کارانه کارکنان بود با مسائل متعددی روبه‌رو شده بود و برخی از مصاحبه‌شوندگان به دنبال ارتقای این برنامه بودند. «فک می‌کنم نظام نوین قبلی را می‌توانستیم توسعه بدهیم» (کد ۴) و فکر می‌کردند نیاز نیست تا نظام پرداخت به کارکنان به صورت جدی مورد تجدیدنظر قرار گیرد. درحالی‌که «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 می‌نمود.

در سطح بیمارستان‌ها، به‌طور کلی 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 بیمه‌ای از طرف سازمان‌های بیمه‌ای به صورت مبهم و کلی اعمال می‌شده و نظام‌مندی تعرفه‌های خدمات مورد مناقشه جدی بوده است.

وضعیت موجود برنامه‌های HIS بیمارستان‌ها در قبل از اجرای برنامه به‌هیچ‌وجه 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 برآش احساس نیاز نشده است» (کد ۱۳). تشکیل دفتر ارزیابی فناوری سلامت در معاونت سلامت سابق و تغییر نام معاونت سلامت به معاونت درمان وزن 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 تمام‌شده بودند و می‌توانستند کارهای اقتصادی خود را در سایر معاونت‌ها به نمایش بگذارند. ترکیب این دو زمینه، باعث همراه شدن سایر معاونت‌ها با معاونت درمان برای ورود به بحث‌های اقتصادی بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که «چون این بحث‌ها بود و ما هم رو قیمت تمام‌شده کار می‌کردیم از نظر سیستم هم این کار [تدوین نظام نوین] وجاهت داشت که به دست ما بیاید» (کد ۱۷) همه این عوامل در کنار این مسئله که به‌طور سنتی امور مربوط با منابع مالی در معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت پیگیری می‌شد و معاونت‌ها حق دخالت در امور یکدیگر را نداشتند؛ اما با این حال اولین حرکت‌های 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 عملکردی عملاً شروع شد. در این معاونت تیم جدیدی با استخدام کارکنان جدید شکل گرفت تا به‌طور تخصصی در مورد 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.

۲-۲ زمینه‌های ساختاری در هنگام دستور گذاری برنامه (اواخر ۱۳۹۲ تا اواسط ۱۳۹۳)

مجموعه‌ای عوامل ساختاری در بدنه دولت و سلسله اقدامات بعد از آن در هنگام دستور گذاری برنامه روی داده است. تغییر دولت منجر به تغییر اولویت توجه دولت به نظام سلامت شد، تغییر وزیر وقت منجر به اجرای بسته‌های طرح تحول سلامت و تزریق منابع مالی زیاد در نظام سلامت ایران شد.

به‌طور کلی طرح تحول با ایجاد تغییرات وضعیتی و ساختاری باعث شد تا مسئولیت توزیع حجم زیادی از منابع مالی بر عهده معاونت درمان بیافتد. به‌عبارت‌دیگر طرح تحول هم منابع مالی کلانی را به معاونت درمان آورد و هم کتاب را ویرایش کرد. این دو مسئله باعث افزایش قدرت و عملکرد معاونت درمان وزارت شد. لذا رقابت برای این منابع بیشتر شد. این درحالی‌که بود که تا قبل از آن «معاونت درمان ... یک معاونت ... این گوشه‌کنارها بود ... و معاونت توسعه واقعاً حرف اول و آخر بود» (کد ۱۳). این مسئله شاید بزرگ‌ترین عامل مخالفت با اجرای برنامه توسط معاونت درمان بود.

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

همان طور که اشاره شد پیرو اهداف طرح تحول سلامت، به روزرسانی کتاب ارزش نسبی در دستور کار قرار گرفته بود، پیش بینی می شد که این به روزرسانی منابع مالی زیادی را به بیمارستان ها تزریق نماید. به روزرسانی کتاب ارزش نسبی یکی از عوامل ساختاری اساسی بود که تأثیر مستقیم بر زمان اجرای برنامه داشته است. این موارد سلسله تغییراتی بوده اند که در حین دستور گذاری برنامه روی داده اند.

۳-۲ زمینه های ساختاری بعد از اجرا (از اواسط ۱۳۹۳ به بعد)

در زمان اجرا نیز مجموعه ای عوامل ساختاری در محیط اجرا وجود داشتند. آگاهی کم از کلیت برنامه عملکردی، تحریک بیمارستان ها برای ارتقای HIS، فشار کاری زیاد در بیمارستان ها و مجموعه تحولات برای جذب پرستار از این جمله اند که در ادامه توضیح داده شده اند.

- در زمان اجرای برنامه سطح آگاهی عموم مدیران و اجراکنندگان در مورد موضوع پرداخت عملکردی در حوزه نظام سلامت محدود بوده است. «الآن جو اینجوریه! به ما می گویند، اصلاً نمیدونن [پرداخت عملکردی] چیه؟ رفتن یک مدل صنعتی را برداشتن آوردند میخوان تو وزارت بهداشت اجرا کنند؛ ... این ها مال ایران خودرو هست، این ها میخوان همین ها را در بیمارستان ها پیاده کنند» (کد ۱۷)
- 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.
- از آنجایی که خود برنامه عملکردی به پای طرح تحول در گردونه اجرا قرار گرفته بود، با برنامه های متعدد طرح تحول همراه بوده است. ترکیب این مداخلات که عمده فشار کاری آن ها نیز بر دوش بیمارستان ها بوده است، فشار زیادی به کارکنان بیمارستانی وارد نمود. برخی از مصاحبه شونده گان 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)
- یکی از ابعادی که در پی طرح تحول روی داده است، افزایش نیاز به نیروی انسانی پرستار در بیمارستان ها بوده است. بنا به بیان مصاحبه شونده گان، با توجه به طرح های که از طریق آن ها نیروی انسانی بیمارستان خصوصاً پرستاران تأمین می شود، کیفیت نیروی انسانی در بیمارستان های کشور احتمالاً رو به افول است. مصاحبه شونده پرستار (کد ۱۴) بیان می کند چندین طرح در سال های اخیر اجرایی شده است: عدم جذب پرستاران کارشناسی ارشد در سال های اخیر، کاهش استخدام و کاهش قراردادی های تبصره ۳، ایجاد امکان تمدید طرح برای پرستاران طرحی، تمدید طرح پیام آوری (طرح پرستاران سرباز)، قانون پیش سرباز، به کارگیری دانشجویان پرستاری در بیمارستان به عنوان پرستار و طرح آموزشی جدید برای خروج پرستاران از محیط دانشگاهی و آموزش آن ها فقط در بیمارستان. ترکیب این عوامل با یکدیگر باعث شده است تا «تعداد نیروهای جدیدی که وارد بیمارستان می شوند خیلی زیاد بشود و نیروی باثبات کمتر داشته باشد» (کد ۱۶). «کار را که زیاد کرده اند نیرو را هم زیاد کرده اند ولی نیرو را در غالب استخدامی زیاد نکرده اند» (کد ۱۴)

- به عبارت دیگر بیان می‌شود که «با طرح‌هایی طرح کمک پرستار، کمک بهیار، وزارت بهداشت آن قدری که در رده‌های پایین‌تر به پرستاری تأکید می‌کند در رده‌های بالا تأکید نمی‌کند». این مسئله باعث شده تا در بخش‌ها (خصوصاً مناطق محروم) کیفیت نیروی کار پایین بیاید. «در بخش ما، سه تا سرباز داریم، دو تا تمديد طرح داریم، یک نفر هم پیش سرباز داریم. خب! این نیرو وقتی که می‌آید حداقل چهار ماه، پنج ماه طول می‌کشد اصلاً تا حساب کار بیاید دستش، جالبه تازه میافته تو دور، بعد نیروی بعدی می‌آید داخل کار» (کد ۱۴)

۳- زمینه فرهنگی

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

۱-۳ در سطح کلان

در زمان اجرای برنامه، به‌طور کلی دانشگاه‌های کشور به‌صورت متمرکزتری توسط وزارت مدیریت می‌شدند. به عبارت دیگر فرهنگ‌سازمانی مخالفت با دستورالعمل‌های ملی وزارت توسط روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کمی تقلیل یافته بود. به گفته مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت و وزرای دوره‌های قبل نحوه مدیریت مشارکتی‌تری داشته‌اند.

«اختیار و قدرت روسای دانشگاه در دوره‌های مختلف هم متفاوت هست، [در دوره‌های قبل] مثل این دوره [۱۳۹۵] خیلی نبود که ما دستورالعمل ملی صادر بکنیم، یعنی در برخی از دوره‌های وزرا ... اصلاً کلاً دستورالعمل ستادی دادن را مرسوم نمی‌دیدند، یعنی [روسای دانشگاه‌ها] بر نمی‌تافتند. مگر اینکه وزیر خودش می‌خواست یک کار خیلی خاصی انجام دهد» (کد ۱۷). تغییر در نحوه مدیریت دانشگاه‌های کشور یکی از موارد تسهیل‌کننده برنامه عملکردی بود. برخی ابعاد در حوزه فرهنگ‌سازمانی در سطح ستاد وزارت عنوان شده است، یکی از تدوین‌کنندگان برنامه (کد ۱۷) در مورد اجرای برنامه جدید در سطح وزارت خانه بیان می‌کند «این یک واقعیت عملکردی است! حسادت شدید [از نوع منفی] دارند نسبت به یکدیگر [واحد‌های سازمانی]» که منجر به کارشکنی‌های مضر برای یکدیگر می‌شوند. برای توصیف وضعیت فرهنگ‌سازمانی موجود و تأثیر آن در اجرای برنامه وی در ادامه بیان می‌کند، در ابتدای ارائه برنامه در سطح وزارت و شروع مخالفت «بعید میدانم هیچ‌کس در معاونت ...، یک ساعت به مبانی فعلی پرداخت مبتنی بر عملکرد توجه کرده باشد» (کد ۱۷)، چراکه «معاونت ... تا الآن این دستورالعمل را به رسمیت نشناخته در هیچ جلسه‌ای رسماً از این دستورالعمل حمایت نکرده. بهترین جمله‌ای که گفتن این است که ما فعلاً در مقابل چنین دستورالعملی سکوت می‌کنیم» (کد ۱۷) ولی همواره در حال کارشکنی بوده است و این رفتار را نشانه‌ای از حب و بغض آن معاونت می‌داند.

البته از نظر برخی مدیران کلان، برنامه بالغ برنامه‌ای است که اختلاف و مقاومت کمتری را در سطح جامعه ایجاد کند. برای مثال نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت در مورد بلوغ برنامه این گونه 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 ... الآن 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 کند. نماینده نظام پزشکی در مورد جو موجود در وزارت برای اجرای برنامه های جدید را این گونه 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 مصاحبه شونده گان بیان شده است. به نظر می رسد به علت عدم ثبات مدیریت کلان و خرد در سطح وزارت، کارشناسان و مدیران سعی می کنند تا در اسرع وقت طرح 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 مصاحبه شونده گان بیان می کند «ما متخصص بد اجرا کردن تجربه های خوب دنیا هستیم» (کد ۱۳). در مورد پرداخت عملکردی نیز یکی از مصاحبه شونده گان بیان می کند که «دوستان باز طبق معمول احساس بومی سازی به آن 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 نتوانسته تا حالا اونو اجرایی کند، یک جووری دارد سنگ اندازی می کند» و به واسطه تحریک پرستاران، خصوصاً در اوایل اجرای برنامه، مخالف خود را بیان نموده است.

۲-۳ در سطح میان دست

از نظر یکی از مصاحبه شونده گان (کد ۱۳) رفتارهای متفاوت دانشگاه ها در اجرای برنامه به طور مستقیمی به نحوه مدیریت مدیران این سازمان ها و فرهنگ سازمانی غالب دانشگاه دارد. فرهنگ سازمانی برخی از دانشگاه های بزرگ کشور این گونه 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 می کنیم از سیاست گذار و اجراکننده کلان، بعضی از دانشگاه های علوم پزشکی مان در شهر ... خودشان مدعی این هستند که جدای از ستاد وزارت خانه هستند، خودشان سیاست گذار هستند، خودشان به صورت مستقل اجراکننده هستند، از صفر تا صد خودشان هستند» (کد ۲۳). البته این مسئله فقط در زمینه برنامه عملکردی وجود نداشته و بنا به شهادت مصاحبه شونده گان (کد ۲۳) سابقاً در اجرای دیگر برنامه های کشوری (نرم افزار حسابداری واحد برای دانشگاه های علوم پزشکی کل کشور به نام سیستم حسابداری نظام نوین روزآمد) نیز این رفتار از طرف دانشگاه ها دیده شده است.

۳-۳ در سطح خرد

سازمانی که برنامه در حال اجرا شدن در آن است یک ساختار دولتی با کارمندی با ویژگی های کارمندان دولتی است. مصاحبه شونده (کد ۴) بیان می کند که «یک تفاوت های خیلی عمیقی از نظر فرهنگ سازمانی بین نهادهای دولتی و خصوصی وجود دارد. ببینید بیمارستان های ما یک سازمان دولتی هستند، ذاتش! خیلی از چیزهایی که شما می خواهید پیاده کنید به مشکل می خورد و پرداخت مبتنی بر عملکرد هم مشکل پیدا کرد».

علاوه بر فرهنگ‌سازمانی که مثال‌های آن در بالا ذکر شد به‌منظور بیان تأثیر فرهنگ مردم و کارکنان در اجرای برنامه مصاحبه‌شونده (کد ۸) بیان می‌کند که «قطعاً هر الگویی که در ژاپن جواب بدهد در ایران جواب نمی‌دهد چون سبک زندگی، سبک دید آن‌ها و روش کار آن‌ها متفاوت است، 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.

- عدم وجود فرهنگ احترام به عملکرد به‌جای سابقه: «در بیمارستان‌هایی که من کار کرده‌ام همیشه می‌گویند که باسابقه‌ترین آدم بشود سرپرستار، باسابقه‌ترین آدم بشود شیفت صبح، باسابقه‌ترین آدم نمی‌دانم امتیاز به‌هرحال بالا، هنوز عادت نکردیم که باید به عملکرد آدم‌ها 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 به‌هرحال با مشکل مواجه هست» (کد ۲۹)
- 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 می‌کنیم» (کد ۲۹)

۴-زمینه وضعیتی

انتخابات نظام پرستاری: هم‌زمان شدن اجرای برنامه با انتخابات نظام پرستاری نیز چالش‌هایی را برای اجراکنندگان به وجود آورد. حتی این برنامه (دفاع از آن یا رد آن) در شعارهای انتخاباتی نامزدهای نظام پرستاری قرار گرفت. مصاحبه‌شونده که مسئول اجرایی برنامه در دانشگاه بود بیان می‌کند «یکی از مشکلات دیگر که طرح داشت هم‌زمانی برگزاری دوره انتخابات نظام پرستاری بود که خب خود این قضیه یک مقدار بعضی‌ها می‌خواستن بهره‌برداری از این موضوع بکنند» (کد ۲۱) که در ادامه مصاحبه‌شونده در سطح وزارت نیز از اثرات آن می‌گوید «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: زمان‌بندی مربوط به اجرای کتاب و اجرای عملکردی به گونه شد که عملاً حجم زیادی از کارهای مربوط به اسناد و مدارک پزشکی دوباره کار شود و حجم کاری کارکنان بیمارستان بسیار بیشتر شود.

الف-۲,۲,۲,۲ محتوای برنامه عملکردی

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

الف- اهداف تدوین برنامه عملکردی

در این بخش به توصیف اهداف مستند و غیر مستند برنامه از نظر مصاحبه شونده‌گان پرداخته شده است. به منظور شفافیت بیشتر اهداف از نظر سه گروه تدوین کنندگان و اجرا کنندگان از یکدیگر جدا شده است. در شکل زیر خلاصه یافته‌های مرتبط با اهداف برنامه از دیدگاه‌های مختلف به نمایش گذاشته شده است و در ادامه هر یک از آن‌ها توضیح داده شده است.

اهداف: تدوین کنندگان

۱. ایجاد تغییر و نه ایجاد اصلاحات در نظام پرداخت بیمارستانی
۲. ارتقای برنامه پرداخت سابق در ۵ حوزه
۳. کمک به خودگردانی مالی بیمارستان و بخش های آن
۴. کنترل توزیع منابع مالی وارده به بیمارستان: اثرات کتاب ارزش نسبی
۵. ایجاد اختلاف بین پرداختی ها و ایجاد انگیزه برای کار بیشتر
۶. بهبود کیفیت منابع انسانی پرستار در بیمارستان های دولتی دانشگاهی
۷. ایجاد ابزار مدیریتی برای مدیران سازمانی
۸. اجرا در بیمارستان های دولتی دانشگاهی
۹. تقویت قدرت انگیزانندگی منابع مالی در حال توزیع
۱۰. بهره گیری از تفویض اختیار در بیمارستان ها

اهداف: اجرا کنندگان دانشگاه

- الف- در راستای اجرای طرح ت...
- ب- برای جذب پزشکان در بخش...
- ج- رضایتمندی بیشتر پرسنل...
- د- کاهش تقاضای نیروی کاذب...
- ه- افزایش کیفیت خدمات و ر...
- و- استقبال از بخش های سخ...

اهداف: مدیران مالی

- الف- مدیریت هزینه بیمارستان به واسطه تعیین سقف برای پزشکان
- ب- کاهش هزینه های پرسنلی و صرفه جویی مالی.

اهداف: کارکنان

براساس حجم کار و نوع کارکرد به افراد پول داده می شود

توصیف اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد از دیدگاه‌های مختلف

الف-۱ اهداف برنامه عملکردی از نظر تدوین کنندگان

به طور کلی از نظر مصاحبه‌شوندگان 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. ارتقای برنامه پرداخت سابق در ۵ حوزه
۳. کمک به خودگردانی مالی بیمارستان و بخش‌های آن
۴. کنترل توزیع منابع مالی وارده به بیمارستان: اثرات کتاب ارزش نسبی
۵. ایجاد اختلاف بین پرداختی‌ها و ایجاد انگیزه برای کار بیشتر
۶. بهبود کیفیت منابع انسانی پرستار در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی
۷. ایجاد ابزار مدیریتی برای مدیران سازمانی
۸. اجرا در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی
۹. تقویت قدرت انگیزانندگی منابع مالی در حال توزیع
۱۰. بهره‌گیری از تفویض اختیار در بیمارستان‌ها

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

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

قبل از هر چیز باید بیان کرد که هدف برنامه ایجاد اصلاحات در نظام پرداخت نبوده است و به طور کلی این برنامه به دنبال توزیع مناسب درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور بود. «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، دستورالعمل باز توزیع درآمدهای اختصاصی بیمارستان هستند» (کد ۸۳).

به عبارت دیگر 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) می‌نامند تا اصلاحات. «این اصلاحات و ارسال و ابلاغ این دستورالعمل را جزء اصلاحات اساسی نظام سلامت نمی‌دانیم؛ اصلاحات ویرایشی هستند، در حقیقت نظام پرداخت را کلاً تغییر ندادیم؛ توی این نظام سلامت کیفیت تزریق می‌کنی؛ شاخص مند بودن تزریق می‌کنی» (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) می‌دانستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد شروع برنامه می‌گوید: «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 می‌شد گفت تدوین اولیه‌اش 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 ۸۳).

اما در عین حال بیان می‌کنند که «به هیچ وجه در مورد اینکه دستورالعمل مفید بوده و اگر کامل عملیاتی می‌شد می‌تونست حوزه مدیریت بیمارستانی ما را دچار تحول بکند شک ندارم» (کد ۲۲).

الف-۱-۲ ارتقای برنامه پرداخت سابق در ۵ حوزه

به بیان یکی از مصاحبه‌شوندگان «پرداخت عملکردی [یک نوع نسخه پیشرفته تره، درواقع برای پرداخت کردن به کارکنان و پزشکان» (کد ۴). به‌طور 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 «تجات» تدوین گردید. ه- حوزه پنجم بعد کیفیت بود که به‌طور خاص از دستور اجرایی بیرون کشیده شده بود.

الف-۱-۳ کمک به خودگردانی مالی بیمارستان و بخش‌های آن

هدف اولیه از طراحی مدل، خودگردان کردن آن‌ها تا حد امکان بوده است. «اولین ذهنیتی که داشتیم این بود که پامون رو می‌باریم روی پامون، بیمارستان‌ها مون مثل فرفره به لحاظ اقتصادی می‌چرخد» (کد ۱۷). البته 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 بیفتد (گزارش‌های مالی سلامت). از آنجایی که عمده خریدار خدمات بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور بیمه‌های پایه هستند، لذا بیمه‌ها در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها ناتوان شدند و پرداخت‌ها به شدت به تعویق افتاد. برنامه پرداخت عملکردی باعث تشدید قانون خودگردانی بیمارستان‌ها شده است و حتی خودگردانی بیمارستان را تا سطح خودگردانی بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی 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 بشوند در بحث درآمد و هزینه بخش‌ها.» (کد ۱۱)

الف-۱-۴ کنترل توزیع منابع مالی وارده به بیمارستان: اثرات کتاب ارزش نسبی

با توجه به اینکه در راستای طرح تحول کتاب ارزش نسبی خدمات به‌روزرسانی شده بود و این به‌روزرسانی باعث ورود منابع مالی فراوانی در بیمارستان‌ها می‌شد و توزیع آن با دستورالعمل نظام نوین بی‌عدالتی زیادی را به همراه داشت، یکی از مهم‌ترین اهداف تدوین برنامه کنترل باز توزیع 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)

الف-۱-۵ ایجاد اختلاف بین پرداختی‌ها و ایجاد انگیزه برای کار بیشتر

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

به عبارت دیگر یکی اهداف ابتدایی برنامه عبارت بودند از: ایجاد انگیزه در پزشکان، عدالت در پرداخت کارکنان و پزشکان، افزایش مسئولیت‌پذیری، بهبود شاخص‌های حوزه آموزش و پژوهش و حوزه‌های اداری مالی، هدفمند کردن پرداختی‌ها برای کارکنان و ایجاد ابزاری برای مدیران برای بهره‌گیری در این حوزه‌ها.

«عمدتاً برای این که انگیزه‌ای بده به کارکنان برای کار کردن بیشتر بر پزشکان، عدالت در پرداخت را بهش نزدیک تر کنه؛ هم پرداختی‌های مرتبط با کارکنان و هم پرداختی‌های مرتبط با پزشکان و هم همچنین مسئولیت‌پذیری افراد را بیشتر کنه؛ به دلیل اینکه بخش‌های را به‌عنوان صندوق‌های جدا دیده شد؛ و شاخص‌هایی را که تو حوزه آموزش و پژوهش و همچنین تو حوزه اداری مالی تدوین شده بود عملیاتی بکنه؛ در حقیقت افراد برای دریافتی شون که کارانه است شاخص داشته باشند و مدیران بتوانند این کار رو انجام بدهند» (کد ۲۲)

الف-۱-۶ بهبود کیفیت منابع انسانی پرستار در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی

نارضایتی ایجاد شده به خاطر مکانیسم پرداخت کارانه که عمدتاً 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. لذا بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی از لحاظ نیروی انسانی خصوصاً پرستار بسیار در ضعف بودند.

الف-۱-۷ ایجاد ابزار مدیریتی برای مدیران بیمارستان

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

الف-۱-۸ اجرا در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی

از جمله اهداف برنامه این بوده است که فقط در بین بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور اجرا می‌شود، اما برخی مصاحبه‌شوندگان این هدف را یکی از نقاط ضعف برنامه معرفی کرده‌اند. «یه ضعفش هم این است، 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 انتقال پزشکان از بخش دولتی به سایر بخش‌ها شود. البته باید اذعان 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.

الف-۱-۹ تقویت قدرت انگیزانندگی منابع مالی در حال توزیع

نقدی که می‌توان به نظام نوین وارد کرد این است که با عدم یکپارچگی در توزیع حجم خاصی از منابع قدرت انگیزانندگی منابع مالی را بسیار تضعیف نموده بود. برنامه پرداخت عملکردی سعی کرده است با یکپارچه‌سازی منابع این مسئله را تا حدودی برطرف نماید. «یک دلیل عمده که ما خواستیم اضافه 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).

الف-۱-۱۰ بهره‌گیری از تفویض اختیار در بیمارستان‌ها

به‌طور کلی ذات برنامه به گونه است که به دنبال تفویض اختیار و انتقال برخی اختیارات به سطح بخش است؛ اما باید توجه داشت که قطعاً این مسئله نیازمند زمان، ایجاد مهارت در افراد بخش، فرهنگ‌سازی و آموزش است.

الف-۲ اهداف برنامه عملکردی از نظر سطوح اجرایی پس از اجرای برنامه

الف-۲-۱ اهداف عنوان‌شده توسط سایر افراد درگیر در سطح وزارت

شفاف‌سازی، ایجاد بانک اطلاعاتی بهتری، پول زیرمیزی کاهش پیدا بکند، حداقل اطلاعات دریافتی و پرداختی مشخص شود، اینکه واقعاً در بعضی از بیمارستان‌ها به گروه پرستاری اجحاف می‌شد، مشخص شود.

الف-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- در راستای اجرای طرح تحول بود: «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 به‌واسطه 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 به‌صورت بسیار شدیدی با اجرای برنامه ترکیب شده است.

ب- برای جذب 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).

الف-۲-۳ اهداف برنامه از نظر مسئولان مالی بیمارستان‌ها

اهداف برنامه به شرح ذیل بوده است:

الف- مدیریت هزینه بیمارستان به واسطه تعیین سقف برای پزشکان
 ب- کاهش هزینه‌های پرسنلی و صرفه‌جویی 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)

الف-۲-۴ اهداف برنامه از نظر کارکنان بالینی بیمارستان

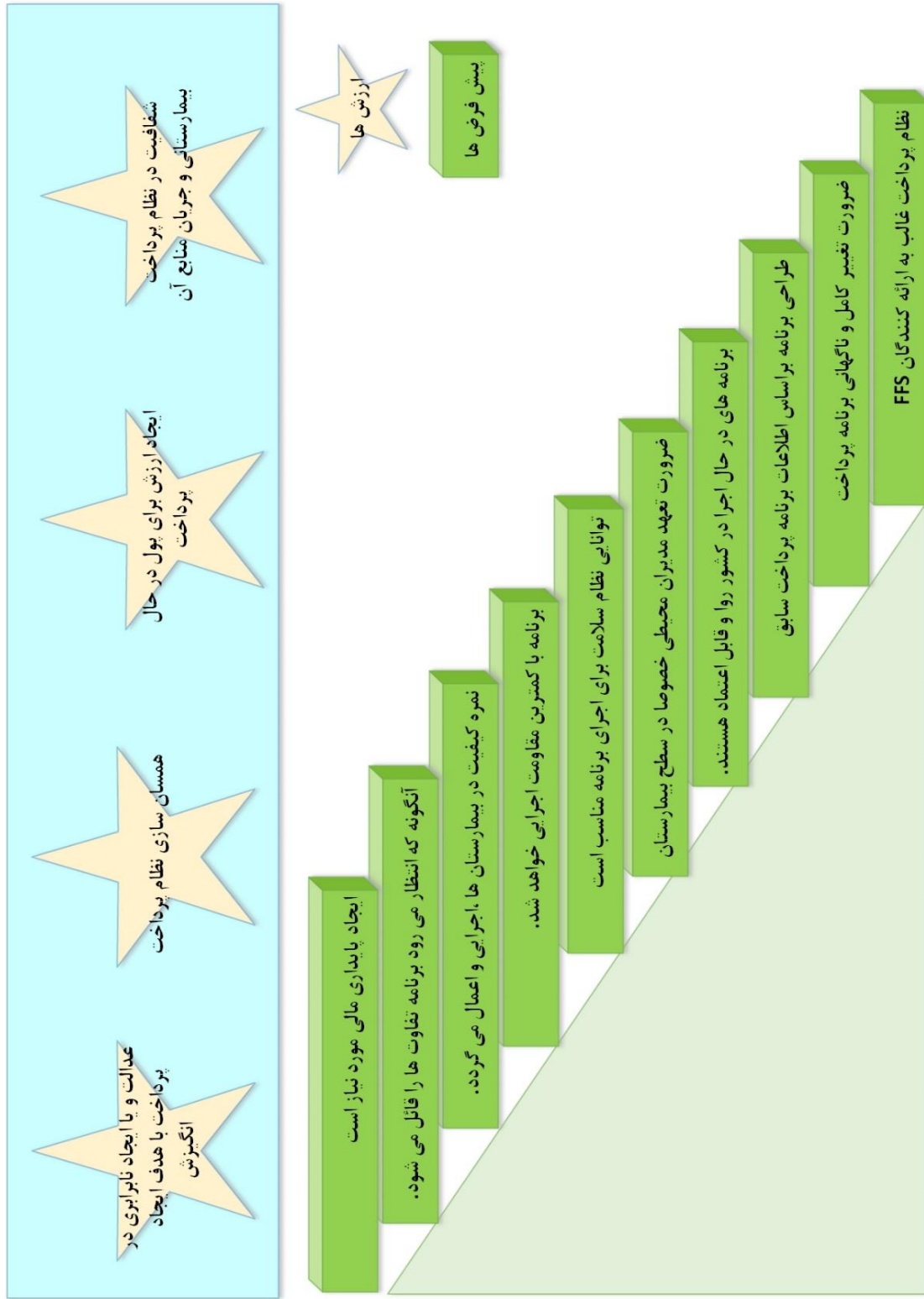
هدف درک شده از برنامه در سطح بیمارستان توسط مترون این‌گونه بیان شده است: «می‌خواهیم مطابق با عملکرد کارکنان، پرداخت هم به همان نسبت صورت بگیرد» (کد ۲۴). در انتها درک یک پرستار (کد ۱۵) از اهداف برنامه نیز این‌گونه بیان شده است: «تعریف من از این برنامه این هست که هر چه قدر بیشتر کارکنیم بیشتر به پول می‌دهند،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

ب- پیش‌فرض‌های برنامه عملکردی

بنا به اظهارات متولیان و اجراکنندگان برنامه، ۱۰ پیش‌فرض ذیل برای اجرای موفق برنامه وجود داشته است. در ادامه هر یک از این پیش‌فرض‌ها موردبررسی و مذاقه قرار گرفته است.

۱. نظام پرداخت غالب به ارائه‌کنندگان FFS است.
۲. تغییر کامل و ناگهانی برنامه پرداخت در بیمارستان‌ها ضروری است.
۳. طراحی برنامه بر اساس اطلاعات گرفته‌شده از برنامه پرداخت سابق است.
۴. برنامه‌های در حال اجرا در کشور روا و قابل‌اعتماد 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 سطح مختلف اجرایی خواهد شد.
۸. نمره کیفیت در بیمارستان‌ها، اجرایی و اعمال می‌گردد.
۹. آن‌گونه که انتظار می‌رود، برنامه تفاوت‌ها را قائل می‌شود.
۱۰. ایجاد پایداری مالی موردنیاز است.

در شکل زیر پیش‌فرض‌ها و ارزش‌هایی که بر اساس آن‌ها نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران پایه‌ریزی شده است، آورده شده‌اند. در ادامه هر یک از این ابعاد توضیح داده شده‌اند.



پیش فرض‌ها و ارزش‌های برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

ب-۱ نظام پرداخت غالب به ارائه‌کنندگان

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

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

پیش‌فرض این بود که حتماً نظام نوین به‌صورت آنی تغییر یابد. باوجوداینکه 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). به‌عبارت‌دیگر شاید بیان شود که چرا برای اجرای این برنامه به‌صورت صفر و یک اقدام شده است. چرا سیاست‌گذاران برنامه اقدام تدریجی و پله‌پله را برای تغییر برنامه انجام ندادند؟ برای مثال ابتدا HIS ها را استانداردسازی می‌کردند و بعد سایر اقدامات لازم را انجام دادند و به‌تدریج برنامه را در کشور اجرا می‌کردند. به‌عبارت‌دیگر چرا سیاست‌گذاران برنامه نظام نوین موجود را ارتقا ندادند تا به‌تدریج به سطح دلخواه برسد؟ لذا با توجه به اینکه بیان شده است برنامه جدید به‌نوعی ارتقا یافته و ویرایش پیشرفته‌تر 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 به‌تدریج» (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)

پاسخی که به این مسئله داده می‌شود این است که در کشور چنین تجربه و فرهنگ‌سازمانی «تغییر تدریجی روبه‌جلوی منسجم» وجود ندارد. کشور تجاری در این زمینه دارد، برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که سال‌هاست که «در برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها، بخش فناوری اطلاعات بیمارستان خیلی روش تأکید شده بود» (کد ۴) ولی قدم‌های 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 پیش‌نیازهای 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-۳ طراحی برنامه بر اساس اطلاعات گرفته‌شده 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 سهم افراد و سهم بخش بر اساس آن‌ها تعیین گردید. «خیلی مشکلات اصلی این طرح ناشی از این است که روی اطلاعات گذشته پایه‌ریزی شده و این یکی از مشکلات این طرح هست. همان‌طور که HIS آماده نبود» (کد ۴).

این روند باعث انتقال نا عدالتی‌های 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.

این پیش‌فرض اتکا به داده‌های گذشته، درست نبود بود، «در نتیجه در خروجی پرداخت مبتنی بر عملکرد، دوباره کارکنان مالی و اداری، کارکنان مدیران ارشد ... خروجی‌شان 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 بیش‌ازحد برخی مدیران ارشد در برنامه جدید را این‌گونه توصیف می‌کند: «در این راستا همکاران وزارت بهداشت آمدن 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). همه این‌ها در حالی بوده است که اطلاعات استفاده‌شده نیز از نظام اطلاعاتی استخراج شده بود که روایی داده‌های آن زیر سؤال بود، چراکه از HIS های مختلف با ویژگی‌های مختلف اخذ شده بود.

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-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 گرفته‌شده در برنامه نهایی ترکیبی از برنامه در حال اجرای «اعتباربخشی بیمارستان» گرفته‌شده است. درحالی که 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 کاغذبازی و این‌گونه موارد هم اهمیت می‌دهد» (کد ۱۷).

برنامه دوم در حال اجرا در 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 به‌جز 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 در دریافتی بین افراد بوده است و ناآگاهی افراد از برنامه، باعث می‌شد تا این تفاوت‌ها به برنامه نسبت داده شوند. در صورتی که اصل این تفاوت به خاطر کتاب ارزش نسبی و پرداخت فی فور سوریس بوده است. لذا به دلیل مسئله‌دار بودن پیش‌فرض‌ها، خود برنامه زیر سؤال 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 پیش فرض 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 صورتی که بایستی توسط کتاب ارزش نسبی یا موارد مشابه آن برطرف می‌گشت.

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

تدوین کنندگان 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 وزارت 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^۱ بازی می‌کنند... یا ساعت‌هایش را دست‌کاری می‌کنند یا در واقع رجیستریشن را عوض می‌کنند و هدفشان در واقع این هست که... و هم اینکه آن‌هایی که می‌خواهند بالاترین دریافت را داشته باشند، بگیرند. کماکان ما می‌بینیم که به راحتی می‌توانند دورش بزنند» (کد ۲۵).

به علاوه یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که «روسای 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 به عنوان عامل موفقیت اجرای برنامه این‌گونه بیان می‌کند «یکی از عوامل خیلی مؤثر در موفقیت این بود که افرادی را که متولی این کار بودند مثل هیئت روساهای دانشگاه‌ها، مدیران، روسای بیمارستان‌ها اونجا‌هایی که خودشان رو واقعاً درگیر این قضیه می‌کردند، بهتر کار را پیش می‌بردند تا اون جا‌هایی که مدیر و رئیس اصلاً سر در نمی‌آوردن چون کار رو سپرده بودن به افراد زیردست خودشان» (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 (تغییر نظام نوین)،
- ب- وقت‌گیر 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)
- ج- «یک مقدارش این که نظام ما کاملاً سلیقه‌ای بوده و این‌ها می‌خواهند که تغییر جدی نکنند چون به هر حال رانت‌هایی که وجود دارد، پارتی‌بازی‌ها، دوستانی که در سیستم دارند» (کد ۲۵)،

^۱ Control Knob

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، به‌شدت بر تعهد مدیران اثرگذار بوده است. در زمان اجرای نظام نوین بسیاری از مدیران بالادستی بیمارستان‌ها دریافته‌های بسیار مناسب‌تری 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 دشواری‌ها اجرایی نمایند. به‌عبارت‌دیگر این افراد کار فراوان و دشواری زیادی را باید متحمل می‌شدند ولی دریافته‌های آن‌ها تغییر متمایزی نخواهد داشت (چراکه قبلاً به‌اندازه 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 این افراد صرفاً به دلیل حجم کاری بالاتر از اجرای برنامه شانه خالی کنند یا کاری کنند که نارضایتی پیش آید.

تضاد منافع و نگرانی از سهم خود در میان اجراکنندگان برنامه ضعف بزرگی 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 به‌عنوان هیئت اجرایی بیمارستان می‌خواهند 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- 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 برنامه‌ی پیچیده و پیش‌رویی بود. در صورتی که بعد از اجرای برنامه یکی از تدوین‌کنندگان بیان می‌کند که «شاید ما توانایی نظام سلامت برای این اصطلاحات را اُوراستیمیت کردیم» (کد ۲۲). در تأیید این نقل‌قول یکی از مسئولین اجرایی در سطح دانشگاه بیان می‌کند «شاید احساس دوستان این بود که شاید برنامه خیلی سریع می‌آید و اجرا بشه» (کد ۲۱) در صورتی که چنین اتفاقی نیفتاد. 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 پیچیده برای بیمارستان‌های کشور است. لذا این پیش‌فرض که با ارائه اختیار قانونی به کارکنان، آن‌ها می‌توانند همه کارها را به‌خوبی بر عهده 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 خودشان را خیلی کم درگیر می‌کنند، ممکنه ده درصد بخوان علاقه‌مند باشند خودشان رو درگیر قضیه بکنند و حوصله بکنند» (کد ۲۱). از طرف دیگر پیش‌فرض برنامه بر این

بوده است که بیمارستان‌ها می‌توانند اطلاعات مورد نیاز برای محاسبات عملکردی را به راحتی از اچ‌آی‌اس‌های بیمارستانی احصا کنند؛ اما این مسئله یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در هنگام اجرای برنامه در سطح بیمارستان و دانشگاه بوده است.

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

با توجه به اینکه برخی اقدامات برای جلوگیری از مقاومت‌ها صورت گرفته بود (برای مثال هیچ‌کس از میزان 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. ولی به علل متفاوتی در سطوح مختلف مقاومت‌های زیادی به وجود آمد. مقاومت مدیران و روسای 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 با سابقه بود: اونا یکسری حقوقی را برای خودشان در سیستم کارانه قدیم در نظر گرفته بودند، فقط به صرف اینکه سابقه کار داشتند و بدون زحمت به منابعی پولی می‌رسیدند» (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 پر درآمد جلوی این کار گارد گرفتند: چراکه میخواستیم درآمدها باید به صورت پلکانی توزیع شود، افراد کار کنند، هم سقف درآمدی داشته باشند، هم توزیع به سمت کم‌درآمدها باشد» (کد ۲۲).

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

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

در مورد اعمال نمره کیفیت، مسئول بیمارستانی اجرای برنامه (کد ۱۲) بیان می‌کند که «نمره‌ها را واقعیت این هست که هنوز تأثیری نمی‌دهند، هر بخشی یک ملاک می‌گذارد تک‌توک پیدا می‌شود که اعمال کنند، ولی به نظر من باید، اگر مجبور باشیم حتماً یک ملاک‌های سفت و سخت برای نمره باید بگذارم و تعیین کنیم و طبق آن‌ها مسئولین بخش‌ها چک‌لیست پر کنند و گرنه الان سلیقه‌ای 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 در 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 ارائه‌ای که در مورد کیفیت در فرهنگستان علوم پزشکی داشتیم ...

نماینده مجلس ... به من گفت که اگر این کار را بکنید [کیفیت را وارد برنامه کنید] کل نظام سلامت کشور را به هم می‌ریزید... البته به شوخی استفاده کردند، ولی واقعیتش همین بود» (کد ۱۷).

در ادامه مصاحبه‌شونده‌ای که از طراحان و اجراکنندگان 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. بی‌توجهی مسئولان و پرداخت‌کنندگان علی‌الخصوص بیمه‌ها،

۲. فاصله بین اهداف و تعریف مسئولان و نهادهای مختلف در خصوص کیفیت عملکرد و طبعاً شاخص‌های موردعلاقه آن‌ها در سنجش‌های کیفی،

۳. انعطاف‌ناپذیری و بی‌توجهی 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-۹ آن‌گونه که انتظار می‌رود، برنامه تفاوت‌ها را قائل می‌شود.

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

برای این مسئله دو علت می‌توان بیان کرد، نخست، برنامه نهایی 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، به‌جای بررسی دقیق و حل آن، به تغییر اهرم‌های کنترلی برنامه مبادرت می‌ورزیدند.

ب-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 نیفتاد. سازمان‌های بیمه با اجرای طرح تحول با هزینه‌های سنگینی مواجه شدند که برای آن‌ها قابل‌تحمل نبود. خود بیمارستان زمانی که نظام نوین را اجرایی می‌کردند هم‌حجم 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 عبارت‌اند 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.

ج- ارزش‌های برنامه عملکردی

به‌طور کلی برای برنامه می‌توان سه ارزش اساسی متصور بود.

- ۱- عدالت و یا ایجاد نابرابری در پرداخت باهدف ایجاد انگیزش
- ۲- ایجاد ارزش برای پول در حال پرداخت
- ۳- شفافیت در نظام پرداخت بیمارستانی و جریان منابع آن
- ۴- نگرانی تدوین‌کنندگان در مورد نحوه هزینه کرد 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.
- ۵- 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 گستردگی لازم است.

در مورد انعطاف‌پذیری برنامه یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۸) بیان می‌کند که «اگرچه در بخش‌نامه تفاوت‌هایی دیده‌شده، ولی آن تفاوت‌هایی هم که دیده‌شده، کفاف آن تفاوت‌های بین بیمارستان‌ها و استان‌ها را نمی‌دهد». لذا توصیه می‌کنند که «باید متناسب با نیاز منطقه‌شان دانشگاه‌ها بتوانند بعضی از اصلاحات را و تغییرات را بدهند». لذا باوجود تمام اهرم‌های قابل‌تغییر در برنامه، هنوز دانشگاه‌ها خواستار انعطاف‌پذیری بیشتر در برنامه هستند. این در حالی است که مدیران سطوح وزارتی خواستار محدود کردن و یکسان‌سازی بیشتر برنامه هستند.

شاید بتوان با تعدیل رویکرد «بالا به پایین» و تمرکز شدید این برنامه در سطح وزارت راهکارهای بهتری برای اجرای مناسب و تعقیب اهداف مدنظر به دست آورد. البته برای این تمرکززدایی، برخی از توانایی‌ها در سطح افراد اجراکننده وجود داشته باشد تا با ترکیب با یک مدیریت قوی و قانون‌گذاری در سطح کلان این مسئله روی دهد.

د- اثر توزیعی برنامه عملکردی

اثر توزیعی برنامه در سه سطح (کلان، میان دست و خرد) و در فرمول فنی برنامه قابل‌بررسی 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.

د-۱ در سطح کلان: وزارت

متولی برنامه نباید معاونت درمان باشد: قبل از هر چیز باید عنوان کرد که برنامه عملکردی توزیع حجم قابل‌توجهی منابع مالی را در نظام سلامت ایران بر عهده 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 ... می‌شد گفت

یک پنجم بودجه نظام سلامت را جابجا می‌کند» (کد ۱۳)، لذا اولین ایده‌ای 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 معاونت‌های وزارت گردید. به‌طور سنتی همه امور مالی مربوط به بیمارستان‌ها بر عهده معاونت توسعه و پشتیبانی دانشگاه و وزارت است. لذا یکی از مخالفان اجرای برنامه توسط معاونت درمان، معاونت توسعه و پشتیبانی 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 تدوین‌کنندگان 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 به‌کل برنامه عملکردی آگاهی لازم را داشت، این است که «من خودم گزارش‌های آن نود درصد و صد در صد را باهم مقایسه می‌کردم، واقعاً هیچ‌وقت جایی ندیدم صد و ده درصد باز توزیع شود».

د-۲ در سطح میان دست: دانشگاه

اثری که برنامه در توزیع درآمد بیمارستان‌ها دارد در سطح دانشگاه قابل توجه است. نحوه این اثر در فرایند دادوستدهای 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 رفت‌و 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، در حالی که در برنامه عملکردی این سهم تنها از درآمدهای حاصل از جزء حرفه‌ای خدمات قابل برداشت بود. این به معنای کاهش حدود ۵۰ درصدی سهم دانشگاه از درآمدهای بیمارستان است.

این تنها بخش از جریان پولی بین بیمارستان و دانشگاه است که تحت تأثیر برنامه قرار گرفته است. در صورتی که اگر سایر سهم‌های 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 برمی‌داشت از پول دارو و ... با این دستورالعمل تقریباً این درآمد خیلی کمتر می‌شد» (کد ۱۳).

به‌طور کلی برنامه علاوه بر اینکه سهم دانشگاه 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 تصمیم‌گیرنده 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 ارزش 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 تصمیم‌گیرنده در مورد نحوه توزیع پول در سطح بیمارستان می‌تواند بالقوه مقاومت زیادی برای عدم اجرای برنامه

می تواند ایجاد کند. احتمالاً یکی از عواملی که روسای برخی دانشگاه‌ها را برای تعویق در اجرای برنامه نزد وزیر کشاند، این مسئله بوده است.

د-۳ در سطح خرد: بیمارستان و کارکنان

در مورد اثرات توزیعی برنامه مصاحبه‌شوندگان به چند نگرانی اصلی اشاره کرده‌اند.

- امکان توزیع بیش از حد قابل پرداخت (عدم همخوانی هزینه درآمد): با در نظر گرفتن سهم قابل پرداخت به کارکنان از کل جزء حرفه‌ای‌های تولیدشده، برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقدند «یکسری منابع مازادی، من احساس می‌کنم که توزیع شد که می‌توانست کمتر باشد» (کد ۱۸) و علت این مسئله را برداشت‌های متفاوت از برنامه و عدم ارتباط منطقی بین درآمد و هزینه بیمارستان عنوان کرده‌اند. البته بنا به اظهارات تدوین‌کنندگان و دستورالعمل‌ها، منابع موردنیاز به صورت منطقی دیده شده است ولی به‌طور کلی این اختلاف در اظهارات وجود دارد که بررسی‌های مفصل‌تر در این حوزه در هر یک از بیمارستان‌ها ضروری است.

باید توجه داشت که این مسئله عمدتاً توسط معاونت توسعه وزارت بیان می‌شد و حتی بعد از گذشت مدتی از اجرای مدل عملکردی، این مسئله منجر به تغییر در درصد قابل توزیع از درآمد مبنای بیمارستان شد.

- افزایش ناگهانی پرداختی‌ها به کارکنان: نگرانی دوم 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 دستمان 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 در مورد پزشکان نیز بکار گرفته شده است، اما مسئول بیمارستان اجرای برنامه (کد ۱۲) در مورد واکنش پزشکان به پرداخت عملکردی بیان کرده است که «پزشکان هیچ‌گونه واکنشی برای طرح پرداخت نشان نمی‌دهند و اصلاً وارد گودش 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 به منظور تمرکززدایی، ایجاد رقابت و ایجاد احساس مالکیت 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 صاحب‌نظر 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 کار خیلی توجیهی ندارد» (کد ۱۹)

علاوه بر این نگرانی‌ها، برخی مسائل در مورد نحوه اعمال و اثرات احتمالی آن بر افراد و سیستم توسط مصاحبه‌شوندگان ارائه شده است که در ادامه به آن‌ها اشاره شده است.

- از جمله اهداف این برنامه توزیع منابع مالی بیشتر بین کادر درمان خصوصاً پرستاران است، این در حالی 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 بیفتد» (کد ۱۳)، در این مورد مصاحبه‌شونده ادامه می‌دهد. «شما به این تیمی که اختلاف دریافتی [بالایی با کادر درمان 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 به عنوان نمونه موفق به سایر دانشگاه‌ها معرفی شد) این گونه است: در این برنامه توجه بیشتری به کارکنان درمانی شده است ولی تصمیم‌گیری در مورد 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 پرداختی هاشون 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 در واقع 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 در میان خود کادر درمان، کمرنگ شدن اثر سابقه در تعیین میزان دریافتی در برنامه عملکردی، یکی از علل مقاومت توسط افراد با سابقه بود و «به خاطر اعتراضی که پرستارهای با سابقه ولی صاحب نفوذ کرده‌اند» (کد ۲۵) در برنامه تغییراتی به وجود آمد. از این مسئله مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۵) به عنوان «تبعات اجتماعی طرح» نام می‌برند. مترون بیمارستان (کد ۲۴) اضافه می‌کند «اکثر افرادی که مخالفت می‌کنند این افرادی بودند که اضافه کار داشتند ولی کار خاصی در سیستم نداشتند و تفاوت بین پرداخت اضافه کار افراد با سابقه و کم سابقه بود که باعث شده بود افراد با سابقه به این قضیه معترض باشند». توجه افراد با سابقه برای دریافت بیشتر از افراد کم سابقه این بود که زمانی که آن‌ها تازه وارد کار شدند، می‌بایستی بیشتر دریافت

می کردند ولی نکرده‌اند؛ لذا الآن بایستی حق‌الزحمه سال‌های اولیه شروع بکار خود در بیمارستان را بگیرند. مصاحبه‌شونده (کد ۱۳) از زبان یک پرستار باسابقه می‌گوید که «الآن که نوبت من شده که یک میلیون بگیریم، من با کسی که ۵۰ هزار تومان باید بگیرد مثل هم شویم؟! ... من برای این یک میلیون تومان قبلاً کار کردم، قبلاً مثلاً حق من ۵۰۰ تو من بوده که بگیرم ولی من ۵۰ تومان گرفتم». این روند میراثی بود که از نحوه تعبیه نظام نوین برجای مانده بود، یعنی اینکه «تصمیمات امروز ما مشکلات آینده ما را می‌سازند».

د-۴ ساختار فنی برنامه

از جمله نوآوری‌های بکار گرفته‌شده در تدوین برنامه ادغام اضافه‌کار و کارانه 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 به‌منظور افزایش قدرت ایجاد انگیزانندگی آن‌ها بوده است، ولی باید توجه کرد که این مسئله باعث شده است تا بیمارستان در هرماه 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 «الآن در بیمارستان ما، پرداختی‌هایی بوده که مثلاً منشی بخش دریافتیش بیشتر از سرپرستار بوده چرا؟ چون توی بخش اضافه‌کار بیشتری داشت» (کد ۱۶) به‌علاوه 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 خصوصاً در میان کادر ستادی شود.

به‌طور کلی به نظر می‌رسد وزن‌های داده‌شده به مسئولین بخش‌ها (که بایستی همواره در شیفت صبح حاضر باشند و تمام بروکراسی اداری بخش بر عهده وی است) در مقایسه با وزنی که ساعات اضافه‌کار در تعیین دریافتی فرد دارد، کمتر است. باوجوداینکه از اهداف برنامه بوده است که تمایل افراد را برای پر کردن شیفت‌های اضافه ترغیب نماید، ولی در مجموع این برنامه احتمالاً افراد را برای عدم بر عهده گرفتن مسئولیت خاص در بخش و گرفتن شیفت‌های در گردش تشویق نماید. «الآن در بیمارستانمان هیچ‌کس 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 کم‌اهمیت 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 بیش‌ازحد ذهن کارکنان بالینی در پول دشواری‌هایی شخصی و سیستمی به همراه خواهد داشت.

الف-۲,۲,۲,۳ بازیگران

به‌طور کلی کل برنامه پرداخت عملکردی در ایران را می‌توان در دو سطح مورد بحث قرارداد. در سطح کلی ضرورت یا عدم ضرورت طراحی برنامه مورد بحث است و در سطح خرد جزئیات طراحی برنامه مورد بحث است. در مورد کلیت برنامه و اینکه بایستی اجرا شود هیچ نهادی مخالف رسمی اجرا و تدوین برنامه‌ی مبتنی بر عملکرد نبود؛ اما در مورد 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 مشارکت‌کنندگان در تدوین برنامه را می‌توان در دو گروه بزرگ جای داد.

مشارکت‌کنندگان حوزه ستادی وزارت: منظور تمام معاونت‌هایی داخل وزارت است که هرکدام به‌نوعی 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.

مشارکت‌کنندگان خارج از حوزه ستادی وزارت: این مشارکت‌کنندگان 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.

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

اگرچه تدوین‌کنندگان 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 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 همچنین 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 تدوین‌کنندگان 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 تدوین‌کنندگان 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 مشارکت گیری 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 یک‌سویه 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 تدوین‌کنندگان می‌تواند به دو دلیل باشد: اول اینکه به دلیل پیچیدگی مدل طراحی شده، پیشنهادات سایر مشارکت‌کنندگان، 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 تدوین‌کنندگان به پیشنهادات سایر مشارکت‌کنندگان 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 دشتند» (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 گرفته‌شده 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 مشارکت‌کننده در تدوین جزئیات برنامه (کد ۲۱) در جلسات متعدد از نظرت افراد مختلف درگیر در امور بیمارستان نیز بهره‌گرفته‌شده 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).

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 به‌جای این همه پول که دادیم باید رضایتمندی ایجاد می‌کردیم، ولی ... نشد. دلیل این بود که ... حداقل آنکه بنده به‌عنوان کارشناس دنبالش بوده‌ام اعمال نشد» (کد ۹)

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

مسئله‌ای 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».

مثال‌هایی از نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان و کدبندی آن‌ها

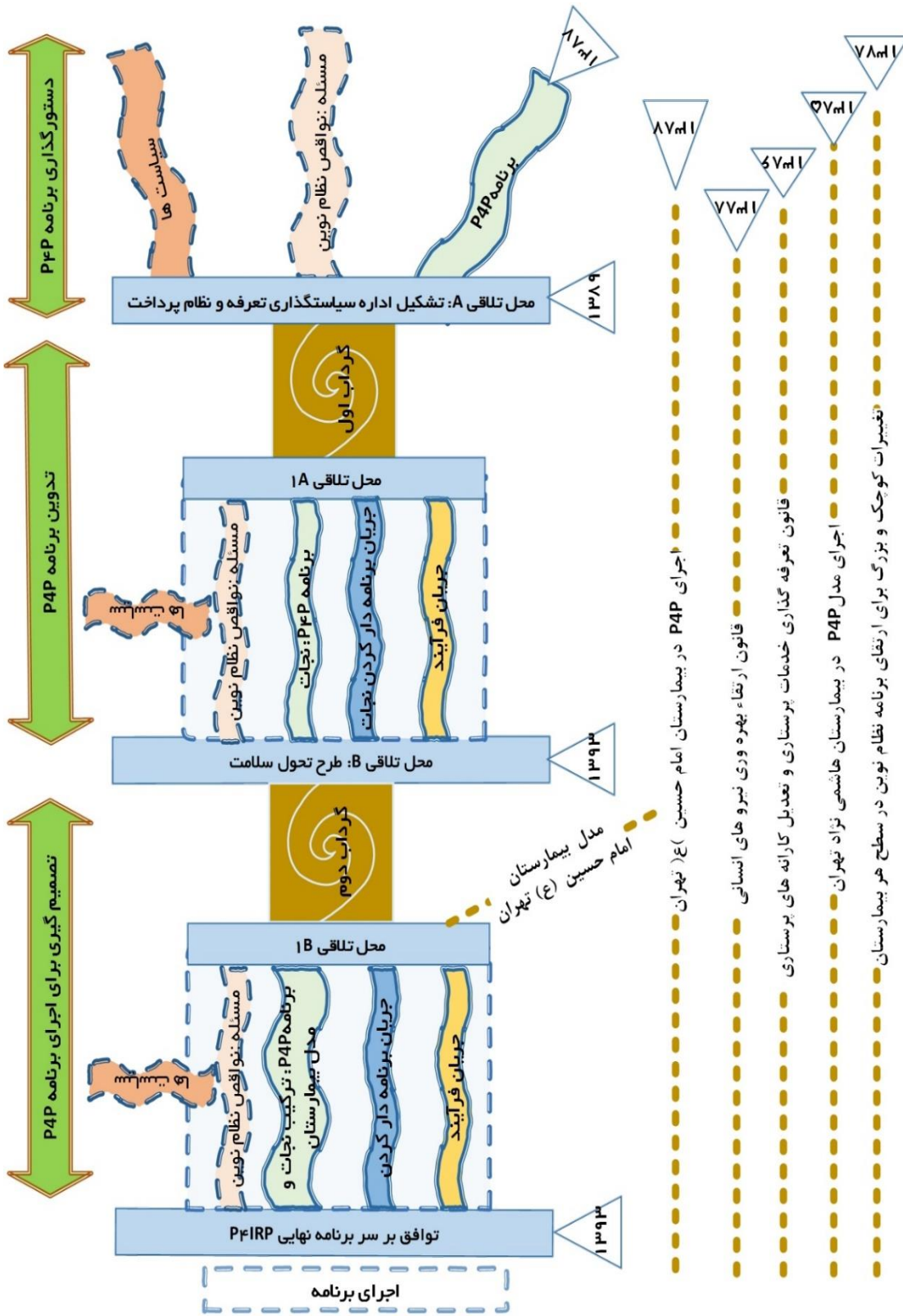
تم	نقل قول
بازیگران	«اعتقاددارم که نه همه عوامل در تدوین این دستورالعمل حضور نداشتند. مثلاً معاون توسعه کم بودند، معاونت توسعه وزارت و همچنین دانشگاه‌ها کمتر بودند» (کد ۱۸)
بازیگران	«یکی از ضعف‌های اصلی این برنامه شاید همین بوده، ببینید پزشکان سیاست‌گذار وزارت خانه بیشتر مشارکت داشتند تا انجمن تخصصی پزشکان تا پزشکان داخل فیلد و همین‌طور پرستاران و گروه‌های درواقع کلینیکی، پشتیبانی، درواقع بیشتر در سیستم ستادی طراحی شده بود تا صف» (کد ۲۵)

الف-۲,۲,۲,۴ فرآیند سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه

به‌منظور تحلیل و گزارش وضعیت فرآیند دستور گذاری 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- دستور گذاری، ب- تدوین (فرموله) کردن، ج- تصمیم‌گیری برای اجرا پایه‌ریزی شده است.

با توجه به توضیحاتی که در فصل سوم پایان‌نامه ارائه 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 دستور گذاری، 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 تصمیم‌نهایی برای اجرای یک برنامه گرفته می‌شود.

(۸۵)



نحوه دستور گذاری، تدوین و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بر اساس مدل هاوانت و همکاران (۲۰۱۴)

الف- دستور گذاری پرداخت مبتنی بر عملکرد

این قسمت از تحلیل سیاست بنا به مدل پیشنهادی هاوالت و همکاران دقیقاً با مدل جریان‌های چندگانه کینگدان یکسان است. لذا در این قسمت به معرفی سه جریان برنامه، سیاست و مسئله پرداخته‌شده و پنجره فرصت ایجادشده نیز مشخص می‌گردد.

الف-۱ جریان مسئله: نواقص و معایب مربوط به برنامه موجود (نظام نوین)

همان‌طور در قسمت نظام نوین اشاره شد، بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان آگاه، عمده افراد درگیر برنامه نظام نوین در سطح کلان به این نتیجه رسیده بودند که برنامه موجود 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 کارکرده بود؛ حداقل دو دهه کارکرده 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 حضورداشته‌اند، 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. 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 تحلیل این سیاست باید اذعان نمود که مسئله اساسی «نواقص نظام نوین» بوده است (قسمت دستور گذاری در شکل فوق)

الف-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 آیین نامه داخلی؛ ج- بررسی و تصویب بودجه مؤسسه که از طرف رئیس مؤسسه پیشنهاد می شود؛ 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 خزانه دار برای مؤسسه ط- تصویب آیین نامه های مالی و معاملاتی که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه مربوط قابل اجرا می باشد؛ ی- پیشنهاد میزان فوق العاده های اعضای هیئت علمی و غیر هیئت علمی (کارشناسان و تکنیسین ها) که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه های فرهنگ و آموزش عالی و یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا می باشد، ...» (قسمت دستور گذاری در شکل).

الف-۳ جریان برنامه ها

مسائل و قانون فوق باعث شده بود تا بخش های مختلف نظام سلامت ایران (بیمارستان ها، گروه های تخصصی مانند جامعه پرستاری) تلاش های متعددی را برای برطرف کردن مسائل و اجرای قانون انجام دهند. این تلاش ها منجر به تصویب قوانین جدید، اجرای برنامه های پرداخت عملکردی در سطح بیمارستان، تلاش برای بهبود تدریجی وضعیت نظام نوین در هر بیمارستان شده بود. نکته قابل ذکر این است که هر یک از این برنامه ها به صورت جداگانه در حال اجرا بودند و هیچ یک از این ها مجال اجرای کامل در کشور را پیدا نکرده بودند. در ادامه به توضیح هر یک از این موارد می پردازیم.

الف-۳-۱ تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان هاشمی نژاد تهران

با توجه به بررسی های انجام شده توسط پژوهشگران، بیمارستان هاشمی نژاد تهران یکی از پیشگامان اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای کارکنان بیمارستانی بوده است. شروع این برنامه ها تقریباً از نیمه دهه ۸۰ بوده است. در این مطالعه حاضر، صرفاً به یک مقاله منتشر شده که به بررسی رضایت مندی کارکنان از این برنامه پرداخته است (۱۱۹) استناد می گردد. امکان مصاحبه کامل با مسئولین این بیمارستان به وجود نیامد.

الف-۳-۲ تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع) تهران

طرح های در حد بیمارستان، به صورت خودجوش برای عملکردی کردن پرداخت ها برای کارکنان دیگر بیمارستان ها نیز اجرا شده بود. یکی از معاونین وزارت بیان می کند که «قبلاً هم... به صورت خودجوش در امام حسین (ع)، برنامه هایی انجام شده بود، بنابراین به این نتیجه رسیدند که یک مدل ارتباط دادن مستقیم نظام پرداخت به کارایی- اثربخشی می تواند حتماً اثرگذار باشد بر روی بهره وری سیستم» (کد ۲۵).

لذا ارائه گزارش هایی از موفقیت مدل بیمارستانی پرداخت عملکردی باعث شده بود تا تصمیم گیرندگان اولیه به قابلیت اجرایی و اثربخشی برنامه بهتر اعتماد کنند. وی در ادامه بیان می کند که «ما یک دلیل شش ساله 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.

الف-۳-۱-۲ علت طراحی مدل جدید پرداخت

علت حرکت بیمارستان امام حسین (ع) به سمت تدوین برنامه عملکردی:

الف- 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 مهم شده 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)

الف-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، اضافه‌کار 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 به‌رحال مثمر ثمر تر باشد»، (کد ۲۹).

الف-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 به‌نظام جدید منتقل می‌شود.

ب- کارانه و اضافه‌کار 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 به‌خوبی اندازه‌گیری می‌شد و به‌طور دقیق در دریافتی کارکنان اعمال می‌شد.

د- شیفت موظف و غیرموظف وجود داشت.

ج- «یک خطری که وجود داشت در افزایش درآمد، بحث کیفیت خدمات بود دیگه نه 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 مورداندازه‌گیری قرار می‌گرفت.

ه- ارائه بازخوردهای مستقیم به بخش‌ها و افراد «ما در پایان به آن‌ها می‌گفتیم که شما در کدام شاخص‌ها امتیاز نیاوردید» (کد ۴۹).

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 ۴۹).

الف-۳-۳ تعرفه 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 کلان کشوری نیز منجر به ارائه برخی برنامه‌ها مانند تعرفه 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 آن هم قانونی را به مجلس بردیم، آن زمان مسئول نظام پرستاری بودم، تحت عنوان تعرفه 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.

الف-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.

الف-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 می‌توانستند به‌طور جدی در تعیین شاخص‌های ارزیابی و نمره رضایت مدیر از کارکنان کار کنند 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 وجود داشت این بود که این برنامه‌ها هیچ‌گاه به‌صورت یکپارچه و منسجم جمع‌آوری نشدند.

الف-۳-۶ تلاش برای افزایش منابع ورودی به بیمارستان‌ها (اولین به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی)

بررسی مستندات و تاریخچه مربوط به کتاب ارزش نسبی در ایران نشان می‌دهد که مهم‌ترین تلاش مسئولان حوزه تأمین منابع مالی برای پرداخت به کارکنان، افزایش منابع مالی ورودی به بیمارستان از طریق به‌روز کردن این کتاب بوده است. اولین بار این اقدام در سال ۱۳۸۴ روی داد که با شکست مواجه شد.

الف-۴ پنجره فرصت اول (محل تلاقی A)

با توجه به اینکه برنامه عملکردی یک برنامه داخل وزارت خانه‌ای است، لذا عمده تغییرات و تعاملاتی که منجر به دستور گذاری این برنامه شده است، به کارشناسان دائمی مرتبط با برنامه در داخل وزارت، خصوصاً معاونت درمان در زمان دولت دهم وابسته بوده است.

«طراحی شو 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 که من مدیر گروه اقتصاد سلامت بودم، 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^۱ (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.

خلاصه دستور گذاری برنامه پرداخت عملکردی

در مورد جریان‌های تأثیرگذار بر دستور گذاری 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. اقدامات این گروه سیاستی منجر به انسجام اقدامات در راستای PFP و قوت گرفتن آن‌ها شده است که در نهایت منجر به شروع تدوین «دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» یا «نجات» شد.

^۱ Community Group

باید خاطر نشان کرد که این پنجره فرصت تنها باعث دستور گذاری 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.

ب- 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. این مرحله پس از دستور گذاری اولیه برنامه و با ایجاد گرداب اول به شروع می شود. بنا به ادعای تدوین کنندگان مدل، این گرداب نشان دهنده کنکاش سیاست گذاران برای انجام یک سری ارزیابی های استراتژیک اولیه است تا اماواگرهای برنامه و چگونگی ادامه آن و همچنین مسائلی مانند اینکه آیا فرضیه های اولیه آن ها در مورد «مسئله» معتبر باقی می ماند یا خیر را از نظر بگذرانند (۸۵).

در این مرحله سه جریان اولیه حضور دارند و دو جریان جدید به آن ها ملحق می شوند. با این توضیح که جریان های سیاست و مسئله مثل قبل ادامه دارند، اما جریان برنامه از حالت عامل «برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد» به «برنامه مبتنی بر عملکرد نجات» تغییر وضعیت می دهد. به عبارت دیگر در این مرحله سیاست گذاران برنامه را به صورت اختصاصی تعریف کرده و می شناسند.

در ادامه به تغییرات ایجاد شده در جریان برنامه و تشکیل دو جریان برنامه دار کردن برنامه و جریان فرآیند آورده شده است.

ب-۱ تغییرات جریان برنامه: نحوه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نجات

اولین تلاش ها 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 سیاست گذاری تعرفه و نظام پرداخت منتقل شد. در واقع شروع طرح نظام پرداخت عملکردی باهدف 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 می شده است)، ولی وی کار را شروع کرده و چندین بار ارائه نموده بود. ولی در سطوح دانشگاه و وزارت خانه مورد قبول واقع نشد. بعد از مدتی به دلیل تغییرات ایجاد شده در ساختارهای داخلی وزارت و تشکیل معاونت درمان (همان طور که پیش تر ذکر شد)، طرح اولیه نظام 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 مصاحبه شوندگان آگاه که از شروع کنندگان اصلی برنامه است، اولین تلاش ها و تجربه های خود را این گونه بیان می کند: «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 می کردیم 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 لیتریجر را ببینند و دنیا چه کرده برای رسیدن به مدل‌های پی‌فور پی 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.

ب-۲ جریان برنامه دار کرد برنامه

جریان برنامه دار کردن به معنای ایجاد طرح‌هایی برای کالیبراسیون ابزارهای برنامه جدید و ادغام آن‌ها با موارد موجود است (رفرنس). 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.

ب-۳-۱ تدوین سند اولیه برنامه نجات

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.

مجموع این مطالعات مشترک در 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).

ب-۲-۲ تصویب قوانین تقویت‌کننده برنامه‌های پرداخت عملکردی در کشور

به علاوه 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 باهدف 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 باهدف افزایش انگیزه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.

ب-۲-۳ تلاش برای جا انداختن برنامه در میان ذی‌نفعان احتمالی

به منظور 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 در فرهنگستان علوم پزشکی: کارشناس ارائه‌کننده بیان می‌کند «... همه بزرگان کشور هم بودند، همین آقای دکتر ... که الان 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)
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور: کارشناسان برای اجرایی کردن پرداخت عملکردی و تزریق کیفیت در نظام سلامت ایران، ارائه‌هایی 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 سازمان مدیریت هم یک پرزنتیشن داشتم که جا انداختم به همین دلیل هم در آیین‌نامه اومد و اون‌ها هم خوب فهمیدند.» (کد ۱۷)
- 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 در مورد پرداخت مبتنی بر کیفیت صحبت کردم» (کد ۱۷)

- کمیسیون بهداشت درمان مجلس: «یک جلسه هم به دعوت دکتر ... به کمیسیون بهداشت درمان مجلس پریزنت کردم» (کد ۱۷) هرچند مصاحبه‌شونده می‌گوید که عمده افراد داخل جلسه نتوانستند درک درستی از آنچه ارائه شده بود کسب کنند، اما بیان می‌کند که برخی از وزرای سابق بهداشت به بحث ارائه شده علاقه‌مند شده بودند. «ولی دکتر ... به این بحث علاقه‌مند شدن» (کد ۱۷).

- ارائه به مدیران بالادستی داخل وزارت: با توجه به تغییرات مداوم مسئولان بالادستی برنامه، کارشناسان معاونت در زمان‌های مختلف ارائه‌های مختلف بنا به رشته تخصصی تصمیم‌گیرنده ارائه می‌دادند تا بتوانند مطلب را به خوبی 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 پریزنتیشن دارم براشون کیوالتی اندیکاتور در زمینه رشته خودشان 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 همیشه پرداخت برای کیفیت» (کد ۱۷).

این گروه از کارشناسان که تقریباً اولین افراد در کشور در معرفی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد به صورت 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 به واسطه 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 «یکجایی هم پریزنت 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 ایجادشده در ابتدای اجرا در نزد پزشکان، به علت عملکرد نادرست بعدی، از نظر آنان از بین رفته است.

سازمان‌های بیمه: از نظر مصاحبه‌شوندگان در حوزه بیمه، برنامه به‌صورتی ارائه شده 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 گرفته شده است. ایجاد

اثربخشی برای منابع مالی در حال مصرف نیز از دیگر عوامل بود. «یکی از دلایل 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 زیرکی و تلاش متعدد تدوین‌کنندگان برنامه برای کسب مشروعیت و پذیرش برنامه بوده است.

ب-۳ جریان فرایند: پایلوت برنامه نجات

جریان فرایند در مراحل سیاست‌گذاری به‌منظور بررسی گزینه‌ها و تقویت تصمیمات معتبر به راه انداخته می‌شود (رفرنس). در مورد برنامه نجات، ابتدا قرار بود که تا در سه استان کشور (مازندران، اصفهان و بندرعباس) پایلوت شود؛ اما به دلایلی که مستندات برای آن‌ها یافت نشد، پایلوت فقط به استان مازندران محدود شد. دو بیمارستان در مرکز استان (شهرستان ساری) و یک بیمارستان در یکی دیگر از شهرستان‌های استان (قائم‌شهر) برای پایلوت برنامه انتخاب شدند. پایلوت برنامه در حدود دو سال در سه بیمارستان به اجرا درآمد.

تدوین‌کنندگان برنامه نجات و سایر اجراکنندگان برنامه در سطح دانشگاه و بیمارستان انتقاداتی بر پایلوت برنامه داشتند. به قول یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت «اون پایلوتی که در استان مازندران انجام شد جامع نبود همه این‌ها [مسائل پیش‌آمده در اجرا] را در آن ندیده بودند» (کد ۱۳). یکی از نکاتی که می‌بایست در پایلوت برنامه اجرایی می‌شد این است که برنامه در قطب‌های مختلف کشور و در میان بیمارستان‌های خیلی بزرگ و خیلی کوچک کشور پایلوت می‌شد. این نگرانی را یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت این‌گونه بیان می‌کند «طبیعتاً چون در یک جای محدود پایلوت شده بود که شبیه بیمارستان‌های بزرگ کشور نبودند، باعث می‌شد که وقتی در بیمارستان بزرگ اجرای شود، تبعات خیلی متفاوتی ایجاد نماید.» (کد ۲۵).

این که برخی از صاحب‌نظران کیفیت پایلوت مازندران را به‌خوبی توصیف نمی‌کنند، شاید به دلیل تیم کارشناسی باشد. چراکه این تیم در کنار پیگیری کارهای پایلوت برنامه نجات و درگیر سایر امور معاونت درمان نیز هستند و شاید نمی‌توانستند تمام وقت خود را صرف برنامه نمایند. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که «خودشان نظارت کامل نداشتند، [مسئولین بیمارستان‌های پایلوت مازندران] همین‌الآن بخشنامه را با تفسیر خودشان دارند اجرا می‌کنند.» (کد ۱۸)

ب-۴ بررسی برخی مسائل زمینه‌ای در طول تدوین برنامه نجات

در این قسمت به برخی عوامل زمینه‌ای و ساختاری موجود در مرحله تدوین برنامه اشاره شده است.

ب-۴-۱ قوانین مرتبط

فعالیت‌های کارشناسان معاونت درمان، در کنار الزامات قانونی، در طول حدود ۵ سال منجر به تدوین برنامه نجات و پایلوت آن در مازندران شده بود. باید اضافه کرد که بعد از تصویب قانون ارتقاء بهره‌وری نیروهای انسانی و روی کار آمدن مباحث مربوط به تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، خود این عوامل در توجیه اقدام برای تدوین برنامه عملکردی نجات مورد استفاده متولیان برنامه قرار گرفته است. معاونت مراقبت‌های پرستاری نیز با این امید که برنامه عملکردی می‌تواند به اجرایی شدن دو قانون فوق کمک نماید با معاونت درمان همکاری‌های نزدیکی داشته است.

ب-۴-۲ تولید 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 در 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.

ب-۴-۳ کارشناسان تدوین‌کننده برنامه نجات

از جمله مواردی که مدنظر مصاحبه‌شوندگان بوده است تیم کارشناسی تدوین و اجراکننده بوده است. جوان بودن، به‌روز بودن از لحاظ دانش مربوط و درعین حال کم‌تجربگی در این حوزه جدید را از ویژگی‌های آن‌ها معرفی می‌کردند. البته بیان می‌شد که در صورت استفاده از کارشناسان بین‌المللی کار می‌توانست قوام بیشتری داشته باشد. تیم کارشناسی «طبیعتاً می‌توانست کامل‌تر باشد. مخصوصاً اگر از سازمان بین‌المللی کمک می‌گرفت، ولی خب یک تیم جوان و با دانش روز ولی خب کم‌تجربه بودند برای این کار» (کد ۲۵). در مورد تجربه کارشناسان باید بیان کرد که افرادی که در تغییرات قبلی نظام پرداخت درگیر بوده‌اند به‌طور کامل از وزارت رفته بوده‌اند، بنابراین کل کشور از نوعی فقر کارشناس با تجربه در این حوزه رنج می‌برد.

اما از نظر کسی که حدود ۱۳ سال سابقه کاری در بیمارستان، دانشگاه و وزارت بهداشت داشته است افراد تدوین‌کننده برنامه نجات، نسبت به سایر کارشناسان در حوزه وزارت افراد با تجربه‌تر و کارآمدی برای این کار بوده‌اند. دارای تجربه محیطی بوده‌اند و مشکلات محیط را می‌شناختند. «تیم از لحاظ نظام‌یافتگی خیلی تیم نظام‌یافته‌ای بود از لحاظ تجربه کاری برخلاف سایر فرآیندهایی که در وزارت خانه عمدتاً اجرا می‌شود و مبتنی بر افرادی که فاقد تجربه محیطی هستند، وضعیت بهتری داشتند» (کد ۲۳)

به‌علاوه با توجه به حجم منابع مالی که قرار بود برنامه جایجا کند یکی از تدوین‌کنندگان برنامه بیان می‌کند «در نتیجه خیلی اهمیتش بیشتر از این بود که یک تیم پنج‌نفره کارشناسی این کار را انجام دهند. تیم کارشناسی برای مرحله پایلوت خیلی خوب بود ولی مرحله اجرای برنامه ترکیبی باید تیم سازی می‌شد.» (کد ۱۳). در کنار اینکه این تیم درگیر تدوین و پایلوت برنامه بودند سایر فعالیت‌های آن‌ها نیز ادامه داشته است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که «در این حوزه کارشناسی کرده بودند ولی چون حجم کار زیاد بود و چون این‌ها در سه-چهار جبهه هم‌زمان کار می‌کردند، روی تدوین کتاب و پرداخت و دستورالعمل‌ها کار می‌کردند.» (کد ۸). به‌عبارت‌دیگر کارشناسانی که در حوزه تدوین و اجرای برنامه عملکردی فعالیت می‌کردند، عمدتاً در سایر امور معاونت درمان نیز

درگیر بودند. از جمله بازنگری کتاب ارزش نسبی که در طول سه سال اول طرح تحول انرژی زیادی را از کارشناسان این حوزه گرفته بود.

ب- ۴-۴ تأثیرات معاون درمان وقت بر تدوین نجات

از جمله علل تقویت شاخص‌های آموزشی و پژوهشی در پرداخت عملکردی، سابقه آموزشی پژوهشی معاون وقت درمان بود. ایشان با هدف بازنگری برنامه نظام نوین اقدامات اساسی انجام داده بودند. معاونت درمان وقت، با هدف بازبینی نظام نوین کار را تحریک نموده بود. بازبینی عمدتاً با هدف افزودن حوزه‌های آموزش و پژوهش به نظام نوین و عادلانه نمودن صورت گرفته بود.

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)

این طرح بزرگی که امروز به اجرا درآمده است از ایده‌های کوچکی شروع شده بود. «ایشان تعریف خام اولیه از پرداخت عملکردی داشت. یک فرایندی درست بکنیم که کارکنان زود می‌آیند، دیر می‌روند، نوع لباس پوشیدنشان هم در دریافتی مؤثر باشد. از این جهت زیاد به عملکرد نگاه می‌کرد ... بالاخره ایشان می‌گفت این چیزها بهش توجه نشده شاخص نداریم واقعاً همین بود» (کد ۱۷).

ج- تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

بخش تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه در مدل هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) بعد از تلاقی جریان‌های پنج‌گانه (مسئله، سیاست، برنامه نجات، برنامه دار کردن برنامه نجات و جریان فرایند) شروع می‌گردد. در این مرحله از مدل به جز جریان مسئله، چهار جریان دیگر دستخوش تغییراتی می‌شوند؛ که در ادامه هر یک از آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفته است.

ج-۱ تغییرات جریان سیاست: تغییر دولت

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 پایلوت 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 پایلوت 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 باروی کار آمدن دولت جدید گروه سیاستی جدید (گروه سیاستی دوم) در سطح افراد عالی وزارت تشکیل شد و دوم با تغییر دولت 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 ۴).

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-۲ پنجره فرصت دوم، تلاقی جریان‌های پنج‌گانه به دلیل اجرای طرح تحول سلامت

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 «یک چیزی برای طرح تحول تعریف کردن» (کد ۲۲). لذا پس از انتقال دولت و روی کار آمدن بحث طرح تحول، برنامه پرداخت عملکردی نیز فرصت ارائه پیدا کرد. «با شروع دولت جدید و بحث جدید نظام طرح تحول سلامت و چه کارهایی در حوزه‌های مختلف می‌خواهم انجام بدهیم، 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 صد در صد، نظام پرداخت هم تغییر کند، دنبال انگیزش‌های مالی بودند» (کد ۸۳).
- 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 به واسطه 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 سهم شدن در طرح تحول سلامت: «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 به عنوان 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 در اجرای طرح تحول سلامت تأثیر داشتند.» (کد ۲۳)

ج-۳ 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، 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. بنا به مدل نیز این مرحله از ارزیابی (گرداب دوم) با زیر تقاطع دوم به پایان می‌رسد که منجر به مرحله تثبیت نهایی می‌شود، جایی که جریان غالب و تمام جریان‌های دیگر برای حرکت به سمت حل‌وفصل سیاست (تصمیم‌گیری یا تصمیم‌گیری) نهایی انسجام می‌یابند (۸۵).

ج-۳-۱ 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، یه کار گروهی تشکیل شده بود، اومدیم هر دوتای 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 اجراشده در بیمارستان امام حسین (ع) رویکردی مالی به عملکرد داشت برای مثال درآمد حاصل شده در بخش یک، درحالی‌که برنامه نجات رویکرد تولید کار 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، قاعداً موافقان و مخالفان خاص خود را داشتند. تصمیم بر آن بود که در این ترکیب، دو برنامه با دو رویکرد متفاوت باهم ترکیب شوند.

ج-۳-۲ چه چیزی بر تعیین رویکرد برنامه ترکیبی اثر گذاشت؟

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 «سر/اختلاف سلیقه هامون هم خیلی جدی 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.

اما 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.

الف- معاون درمان وقت تجربه مستقیم برنامه بیمارستان امام حسین (ع) را داشته است لذا آگاهی وی از این برنامه بسیار بیشتر بوده است.

ب- دبیر جلسات و اداره جلسات بر عهده این گروه بوده است، لذا تعیین زمان و افراد مدعو بر عهده آن‌ها بوده است. لذا می‌توان متصور بود که عمده وزن برنامه ترکیبی به سمت برنامه بیمارستان امام حسین (ع) باشد؛ در نتیجه رویکرد اصلی برنامه ترکیبی رویکرد مالی به خود گرفت و سایر ابعاد مانند شاخص‌های بررسی کیفیت و کمیت تولیدات خدمات بیمارستان‌ها از برنامه نجات گرفته شد. در خصوص میزان تغییرات برنامه نجات یکی از تدوین‌کنندگان برنامه می‌گوید «دستورالعمل نجات رو اگر مقایسه کنیم با پرداخت عملکردی فعلی، حدود ۲۵ درصدی تفاوت می‌بینید» (کد ۱۷).

احتمالاً اثرات این فشارهای غیررسمی بوده است که برخی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کنند که «بینید این یک ایده‌ای بود که یکی از مدیران وزارت بهداشت، در یکجایی اعمال کرده بودند و می‌گفتند که تجربه

موفقی هست، مدلی نبود که بگوییم بر اساس یک کار علمی درآمده، بر اساس تجربه در یکی از بیمارستان‌ها اتفاق افتاد» (کد ۱۹)

ج-۳-۳ مقایسه دو برنامه نجات و مدل بیمارستان امام حسین (ع)

تعیین مسئول بخشی که مسئول عملکرد بخش است، تفویض مدیریت نیروی انسانی به مسئول بخش، ثابت ماندن سهم بخش‌ها از درآمد بخش حتی در صورت تغییر در تعداد نیروی انسانی مفاهیم مشترک بین برنامه نجات و برنامه پرداخت عملکردی بیمارستان امام حسین (ع) بود.

رویکرد برنامه نجات این بود که نباید با مدل‌هایی که عملکرد را به صورت مالی می‌سنجند در بخش سلامت وارد شد، چراکه کارایی کمی مدنظر مدل بوده است. لذا مدل نجات با سه شاخص ضریب اشغال تخت و فاصله گردش تخت و متوسط اقامت، عملکرد بخش‌ها را می‌سنجید و بعد یک ضریبی برای سختی مراقبت در هر بخش تعیین می‌شد. در صورتی که مدل طراحی شده در بیمارستان امام حسین (ع) رویکرد مالی برای تعیین سطح عملکرد بخش‌ها وجود داشته است. به عبارت دیگر میزان تولید منابع مالی توسط بخش به عنوان عملکرد بخش شناخته می‌شد. این اختلاف در رویکردها باعث شد تا برخی از ابعاد برنامه نجات در حین چانه‌زنی‌ها و جلسات حذف گردد. برای مثال شاخص‌های ارزیابی عملکرد اعضای هیئت علمی را در مدل نهایی کلاً حذف کردند.

ج-۴ جریان برنامه دار کردن برنامه ترکیبی IR-PFP

در ابتدا به دلیل تضاد منافع زیاد، حجم منابع مالی متأثر از برنامه و بحث بر سر متولی آن، اجرایی شدن برنامه زیر سؤال بود. شاید بتوان گفت که دو عامل باعث شدند تا این برنامه ترکیبی نهایی شود و در دستور اجرا قرار گیرد. نخست تعهد وزیر و هیئت همراه (گروه سیاستی دوم) برای اجرایی شدن برنامه و دوم رویکرد مشارکتی اتخاذ شده برای ترکیب دو برنامه.

علت انتخاب رویکرد مشارکتی در تعیین مدل نهایی نظر شورای معاونین وزارت در مورد 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 در مورد برنامه اخذ گردد.

اما یکی از تدوین کنندگان 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؟ در واقع روی چیزی که می‌خواستند اجرا کنند نظرخواهی کردند» (کد ۱۳). نحوه و زمان مشارکت‌گیری برای برنامه نهایی ترکیبی به گونه‌ای بود که امکان تغییر زیاد و برگرداندن برنامه وجود نداشت. در یک معذوریت زمانی و اجرایی توافق هشت دانشگاه برای اجرا گرفته و به اطلاع وزیر رسانده شد.

ج-۴-۱ علل عدم اجرای برنامه نجات

به چند دلیل برنامه نجات به اجرای نهایی نرسید،

الف- تصمیم‌گیرندگان نهایی تعاریف خود را در مورد پرداخت عملکردی داشتند به عبارت دیگر مدل نجات با تعریف تصمیم‌گیرندگان نهایی در مورد پرداخت عملکردی هم‌خوانی نداشت، لذا به جای 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 بار کاری زیاد برای بیمارستان‌ها بودند.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند که «مدلی که اول طراحی شد فارغ از این در واقع حساسیت‌ها بود یعنی این که یک مدل کاملاً تئوری مبتنی بر مبانی نظری بود. منظورم مدلی که در مازندران انجام شد» (کد ۲۵).

ج-۵ 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 مایکرو به خوبی تشخیص می‌دادند که برنامه به خوبی پایلوت و تدوین نشده است. یکی از تدوین‌کنندگان برنامه به‌طور مستقیم بیان می‌کند که «... این طرحی که آمد اجرا شد اون طرحی که در مازندران بود نبود. این چیزی که الان دارد اجرا می‌شود هیچ‌وقت 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 تجربه‌شده 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 کامنت‌هایی 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 نقض‌هایی 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 در مورد مدل نهایی برنامه اتخاذ شد این بود که برنامه نهایی از تلفیق برنامه‌های ارائه‌شده (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، به عنوان 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 مورد بررسی 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.

به طور کلی زمانی که اجرای برنامه با مشکلاتی مواجه شد و تغییرات متعدد در طول سال اول اجرا به وجود آمد، افراد در سطح پایین این عوامل را ناشی از پایلوت نشدن برنامه می‌دانستند. یکی از مسئولین اجرایی برنامه در سطح بیمارستان (کد ۱۲) پایلوت نشدن برنامه 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، یک 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 به صورت 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).

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 اگر وارد شده 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).

الف-۲,۲,۵ 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.

الف-۲,۲,۵,۱ چهارچوب برنامه اجرا شده برای 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 پایین‌دستی 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 باتجربه کاری بیش از ده سال در مدیریت مالی بیمارستان، دانشگاه و وزارت در مورد چارچوب برنامه این‌گونه 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). برنامه IR-PFP کارکنان بیمارستانی غیرپزشک دارای ۴ جزء الف- پیش‌نیازها، ب- پرداخت عملکردی بخش، ج- پرداخت عملکردی فرد و د- زمان پرداخت است.

الف- پیش‌نیازها

الف-۱- تعریف برنامه

بنا به دستورالعمل (۱۳۹۳) (۱۲۰) 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».

الف-۲- دسته‌بندی بخش‌های بیمارستان

بخش‌های بیمارستان بر اساس نوع فعالیت و ایجاد درآمد در دو طبقه قرار گرفته‌اند:

طبقه ۱- بخش‌های تشخیصی و درمانی^۱: 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؛ در گروه یک، بخش‌های درمانگاه و بخش سرپایی اعتیاد 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^۱: 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.

الف-۳ تفاهم‌نامه با مدیران بخش‌ها

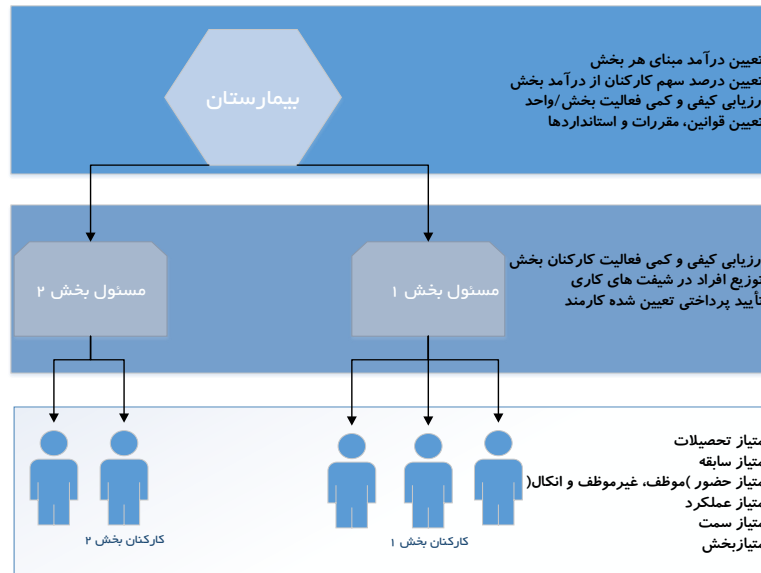
اجرای برنامه منوط به عقد تفاهم‌نامه‌ای بین رئیس بیمارستان (طرف اول) و مدیران بخش‌ها (طرف دوم)، برای یک سال است. این تفاهم‌نامه به هدف تعیین اختیارات مسئولان ارشد بیمارستان و مسئولان هر بخش تدوین شده است. در این تفاهم‌نامه طرف اول متعهد به موارد ذیل می‌گردد: محاسبه و اعلام میزان درآمد مبنا (DBI^۲) و درآمد قابل توزیع بخش (DDI^۳) 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 خط‌مشی 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، سطح سازمانی الف).

طرف دوم متعهد به موارد ذیل می‌گردد: مدیریت مناسب بخش بنا به 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 واگذاری مسئولیت به کارکنان بخش؛ ارزشیابی عملکرد کارکنان به صورت فصلی؛ آموزش و پاسخگویی به کارکنان در مورد نحوه پرداخت عملکردی (وظایف اصلی سطح سازمانی ب).

^۱ Logistic Department

^۲ Department Base Income

^۳ Department Distributable Income



وظایف و اختیارات سه سطح مهم در بیمارستان بر اساس مدل IR-PFP

ب- پرداخت عملکردی هر بخش

منظور از پرداخت عملکردی هر بخش، محاسبه درآمد ماهیانه قابل توزیع هر بخش (۱۲۱)^۱ است. خلاصه نحوه محاسبه به تفکیک بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبان و جزئیات محاسبات در ادامه آورده شده است.

ب-۱ 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 ثبت‌شده در پرونده بیماران (جزء فنی و حرفه‌ای فعالیت‌های درمانی، تشخیصی و توان‌بخشی، هتلینگ و فروش دارو و لوازم پزشکی) در مدت‌زمان معین است. به دلیل عدم درآمدزایی بخش‌های پشتیبان، «درآمد ناخالص بیمارستان» به عنوان پایه درآمدی این بخش‌ها قرار می‌گیرد. درآمد ناخالص بیمارستان مجموع درآمدهای ثبت‌شده در پرونده کل بیماران بیمارستان در مدت‌زمان معین است.

درآمد مبنا: بعد از محاسبه درآمد ناخالص، «درآمد مبنای» هر بخش (DBI)^۲ محاسبه می‌گردد. درآمد مبنای بخش تشخیصی-درمانی شامل کلیه درآمدهای ثبت‌شده در پرونده بیماران به جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه‌ای بخش است.

۱ Distridtuable Department Income

۲ Department Basic Income

به منظور تعیین «درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان (LDsBI)^۱»، درآمد مبنای بیمارستان ضربدر «سه‌م بخش‌های پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان (LDsP)^۲» می‌گردد. درآمد مبنای بیمارستان شامل کلیه درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران به جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه‌ای بیمارستان است. LDsP حاصل نسبت مجموع میانگین اضافه کار (SOA^۳) و کارانه (SARA^۴) کارکنان بخش‌های پشتیبان به میانگین ماهیانه یک سال درآمد مبنای بیمارستان (HBIA)^۵ در ماه‌های گذشته است (فرمول ۱). این سه‌م هنگام عقد تفاهم‌نامه محاسبه می‌گردد و تا یک سال تغییر نمی‌کند.

$$\text{LDsP} = \frac{\sum(\text{SOA} + \text{SARA})}{\text{HBIA}} \times 100$$

فرمول ۱

LDsP: سه‌م بخش‌های پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان؛ SOA: میانگین اضافه کار کارکنان بخش‌های پشتیبان؛ SARA: میانگین کارانه کارکنان بخش‌های پشتیبان و HBIA: میانگین درآمد مبنای بیمارستان. پس از محاسبه درآمد مبنای دو نوع بخش تشخیصی-درمانی و پشتیبان، درآمد قابل توزیع هر یک از بخش‌ها محاسبه می‌گردد.

ب-۲ 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^۶) و نمره کیفیت عملکرد بخش (DQI^۷) صورت می‌گیرد (فرمول ۲).

$$\text{DDI} = \text{DP} \times \text{DBI} \times \text{DQI}$$

فرمول ۲

DDI: درآمد قابل توزیع ماهیانه بخش؛ DP: سه‌م کارکنان از درآمد بخش؛ DBI: درآمد مبنای بخش در هرماه؛ 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^۸) و نمره کیفیت عملکرد بخش (DQI) و مشابه فرمول ۲ صورت می‌گیرد.

۱ Logistic Departments Basic Income (LDsBI)

۲ Logistic Departments Percentage (LDsP)

۳ Staff Overtime Average

۴ Staff Adjusted Reward Average

۵ Hospital Basic Income Average (HBIA)

۶ Department Percentage

۷ Department Quality Index (DQI)

۸ Logistic Department Percentage (LDP)

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 یک سال درآمد مبنای بخش (DBIA)^۱ 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 یک سال درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان (LDsBIA)^۲ در ماه‌های گذشته است (فرمول ۱).

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 یک‌بار، 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.

درآمد قابل توزیع هر بخش بر اساس امتیاز هر یک از کارکنان بخش بین آن‌ها توزیع می‌گردد. 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 می‌گردد. دریافت عملکردی فرد از یک بخش، مضرری از ارزش ریالی امتیازبخش و تعداد امتیاز فرد در همان بخش است.

ج- پرداخت عملکردی فرد، محاسبه امتیاز فرد

برای تعیین پرداخت عملکردی، محاسبه امتیاز هر فرد در هر بخش لازم است که مجموعه‌ای از امتیازات به شرح جدول زیر است (عوامل اصلی، سطح سازمانی ج).

عوامل مؤثر بر محاسبه امتیاز فرد در هر بخش بیمارستان

کارمند	بخش	نوع حضور	امتیاز ساعات حضور	امتیاز سابقه	ضریب کیفی	امتیاز تحصیلات	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						

^۱ Department Basic Income Average (DBIA)

^۲ Logistic Departments Basic Income Average (LDsBIA)

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 می‌گردد.

امتیاز سابقه خدمت (b): به ازای هر سال، حداکثر ۲ درصد، به امتیاز موظف و غیرموظف افراد اضافه می‌گردد. 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 یکبار، 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 ۱۱۰-۰ است.

امتیاز تحصیلات (d): تحصیلات در ۸ گروه طبقه‌بندی 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.

ب- بخش‌های پشتیبان: کارکنان این بخش‌ها بر اساس نوع فعالیت در ۱۲ گروه دسته‌بندی شده‌اند. سمت رئیس/مدیرعامل بیمارستان بیشترین و نیروهای خدماتی کمترین امتیاز را دارند.

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.

خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

دوره محاسبه #	بخش پشتیبانی	دوره محاسبه #	بخش تشخیصی-درمانی	
هرماه	محاسبه درآمد ناخالص بیمارستان	هرماه	محاسبه درآمد ناخالص بخش	برداشت عملکردی بخش
هرماه	- درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بیمارستان	هرماه	- درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بخش	
هرماه	= درآمد مبنای بیمارستان	هرماه	= درآمد مبنای بخش	
هرسال	× سهم بخش‌های پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان		###	
هرسال	= درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان		###	

خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

دوره محاسبه #	بخش پشتیبانی	دوره محاسبه #	بخش تشخیصی-درمانی	
هرسال	× سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان	هرسال	× سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش	
سه ماه	× ضریب کیفی بخش	سه ماه	× نمره کیفیت بخش	
هرماه	= درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش	هرماه	= درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش	
هرماه	÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش	هرماه	÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش	
هرماه	= ارزش هر امتیاز	هرماه	= ارزش هر امتیاز	پرداخت عملکردی
هرماه	× امتیاز فرد	هرماه	× امتیاز هر فرد	
هرماه	= دریافتی عملکردی فرد	هرماه	= دریافتی عملکردی فرد	
هرماه		هرماه		

* جدول در هر بخش به صورت عمودی و علامت‌های \times ، \div و $=$ به زبان ریاضی خوانده شوند.

در طول دوره محاسبه، موارد محاسبه شده ثابت می‌مانند.

به منظور تطبیق پذیر کردن روند دو نوع بخش در داخل جدول، خالی گذاشته شده است.

د- تعیین زمان پرداخت عملکردی

«دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها ... می‌بایست به گونه‌ای برنامه‌ریزی نمایند که کلیه پرداخت‌های عملکردی موضوع این دستورالعمل‌ها [پرداخت مبتنی بر عملکرد] در اسرع وقت و حداکثر بافاصله زمانی دوماهه به پزشکان و کارکنان غیرپزشک پرداخت گردد.^۱»

الف- ۲،۲،۵،۲ برنامه اجرا شده برای کارکنان بیمارستانی پزشک

الف- کارکرد انواع پزشکان بیمارستانی (عمومی، متخصص، تمام وقت، غیر تمام وقت، دستیاران) به منظور بررسی شفاف‌تر 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 مجموعه‌ای از موارد ذیل است:

- مجموع جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده توسط هر پزشک: ملاک اصلی محاسبه جزء حرفه‌ای، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیئت محترم وزیران است.
- ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از تعرفه ویزیت در درمانگاه و کلینیک ویژه غیرمستقل موسسه با احتساب درآمد حاصل از برنامه ارتقا کیفیت خدمات ویزیت در طرح تحول نظام سلامت.

^۱ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نامه شماره ۱۵۲۵/۱۰۰، مورخه ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

- 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 حرفه‌ای خارج می‌باشند).
- درآمد حاصل از ۳۰ درصد تعرفه هتلینگ انواع بخش‌های ICU شامل ICU بزرگ سالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (از شمول محاسبات جزء حرفه‌ای 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 حرفه‌ای خدمات ارائه‌شده، 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 هیئت‌مدیره‌ای به انتخاب پزشکان شاغل در آن و با حضور ناظر دانشگاه، اداره می‌شود و تأمین کلیه هزینه‌های مربوط به اداره کلینیک از جمله کلیه هزینه‌های نیروهای انسانی غیرپزشک، کارانه پزشکان و سایر هزینه‌های 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 هزینه‌های 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 چارچوب‌های تعیین‌شده در این دستورالعمل، صورت می‌گیرد.
- پرداختی اختصاصی به پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی (پزشک تمام‌وقت): به استناد تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیئت محترم وزیران، پزشکان درمانی و اعضای هیئت‌علمی 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 نمی‌نماید، بیماران را از مطب شخصی خود به بیمارستان‌های تابعه موسسه ارجاع دهد، ۱۰۰ درصد کارکرد پزشک از محل جزء حرفه‌ای 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 خلاصه‌ای منظم در این مورد تهیه و بارگذاری شده است. در این آدرس:

<http://PFP.behdasht.gov.ir/page/امستندات>

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 ذیل محاسبه می‌گردد. این جدول جایگزین دستورالعمل پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده است.

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	۱۰۰-۰	۸۰٪	۴۵٪
۲	۲۰۰-۱۰۰	۶۰٪	۴۰٪
۳	۳۰۰-۲۰۰	۵۰٪	۳۵٪
۴	۴۰۰-۳۰۰	۴۰٪	۳۰٪
۵	۴۰۰ به بالا	۳۵٪	۳۰٪

نحوه محاسبه سهم پزشک عمومی

ردیف	ستون اول	ستون دوم	ستون سوم
	مبلغ کارکرد پزشک بر اساس جزء حرفه‌ای (میلیون ریال)	سهم پزشک عمومی تمام وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای	سهم پزشک عمومی غیر تمام وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای
۱	۵۰-۰	۸۰٪	۶۵٪
۲	۱۰۰-۵۰	۶۰٪	۵۵٪
۳	۱۵۰-۱۰۰	۵۰٪	۴۵٪
۴	۲۰۰-۱۵۰	۴۰٪	۳۵٪
۵	۲۰۰ به بالا	۳۵٪	۳۰٪

ب- سهم پزشکان از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای در جداول فوق در مناطق کمتر توسعه یافته یا دارای شرایط خاص با تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا ۱۰ درصد قابل افزایش است.

ج- سقف کل دریافتی خالص ماهیانه کارانه پزشکان نباید از مبلغ شش صد میلیون ریال تجاوز نماید. در مناطق کمتر توسعه یافته 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 می باشد.

الف-۳ هدف شماره چهار بخش کیفی: اجرا و ابلاغ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

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 مقاومت‌های اجرای برنامه است. در این بخش از پایان نامه، به گزارش رویدادهای مرحله ابلاغ و اجرای برنامه پرداخته شده است. بدین منظور اطلاعات در چند قسمت تسهیل کننده‌های اجرای برنامه، اجرای ناکامل برنامه، مخیر شدن دانشگاه‌ها برای اجرای برنامه، مشکلات اجرای برنامه، انواع مقاومت‌ها و مدیریت تنش‌ها و چالش‌های برنامه پرداخته شده است.

الف-۳،۱ تسهیل کننده‌های اجرای برنامه (کسب مشروعیت)

ابلاغ دستورالعمل توسط وزیر

بعد از چکش کاری‌های کارشناسی و مدیریتی در سطح وزارت، برنامه «به سمت اجرا رفت با دستور مستقیم آقای وزیر» (کد ۱۳)

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 جمله‌اند. «یک گروهی را این اواخر یعنی قبل از اینکه کار ابلاغ شود، آقای وزیر انتخاب کردند، به عنوان کمیته راهبردی پرداخت در بیمارستان یا پرداخت کارانه بیمارستان، این کمیته هم تشکیل شده از رؤسای دانشگاه‌ها، اختصاصی بود برای اینکه چند تا از رؤسای دانشگاه‌ها بودند و چند تا از مدیران وزارت خانه عضو کمیته بودند؛ این 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).

درواقع برای کسب مشروعیت و تسهیل اجرای برنامه، برنامه نهایی ترکیبی تدوین شده برای روسای هشت دانشگاه بزرگ کشور ارائه شد و نظرات آن‌ها در مورد برنامه اخذ شد و تغییراتی نیز بر اساس نظرات آن‌ها در برنامه اعمال گردید.

بررسی مستمر وضعیت برنامه توسط وزیر و مدیران بالادستی

وزیر و معاونان وی در راستای طرح تحول و این برنامه، همراه دو جلسه برای پیگیری برنامه‌ها برگزار می کردند.

ارائه انواع آموزش‌ها

به‌طور کلی دو نوع آموزش مدنظر کارشناسان وزارت بوده است.

الف- آموزش مجازی: که به دو صورت ویدئوکنفرانس 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

الف-۳,۲ اجرای ناکامل برنامه در دو سطح

در اجرای برنامه دو مرحله عدم اجرای کامل وجود داشت:

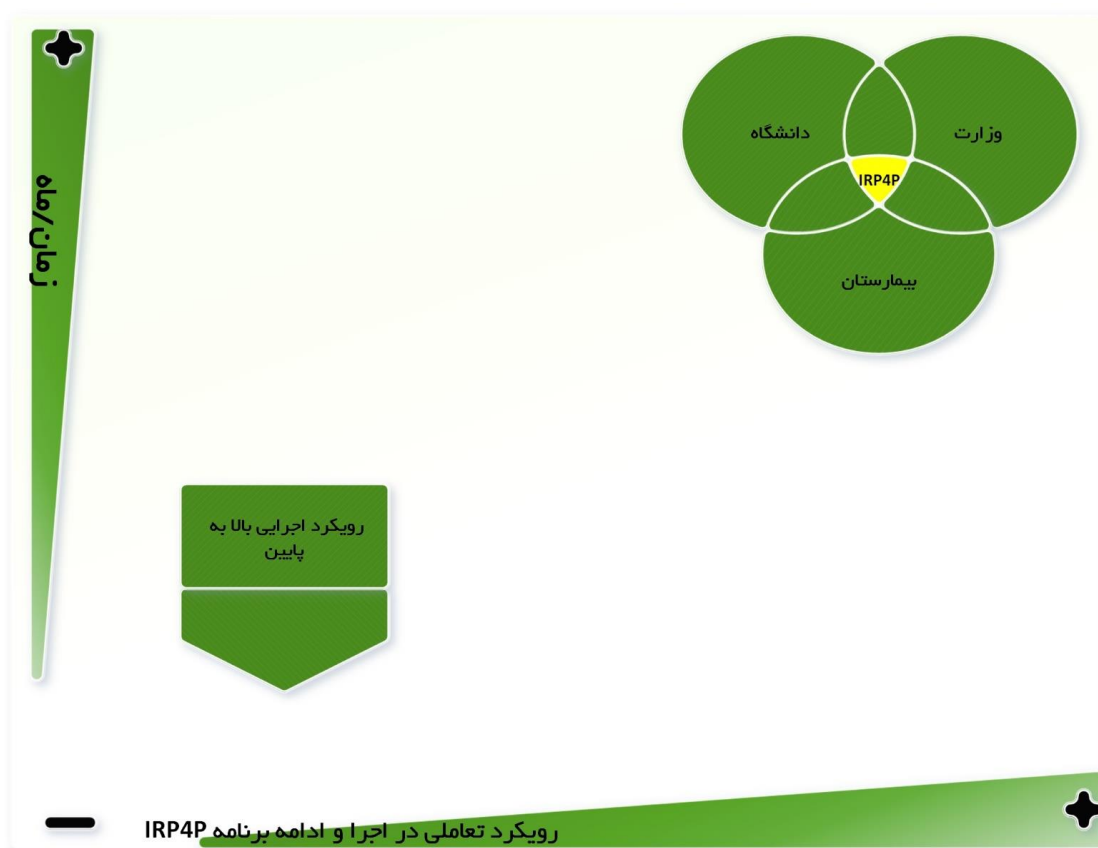
الف- برنامه در کل کشور اجرایی نشد، به عبارت دیگر دانشگاه‌ها مخیر به اجرای برنامه تا یک مدت‌زمان خاص شدند.
ب- در دانشگاه‌هایی که برنامه اجرا شد، کل برنامه تدوین شده اولیه اجرایی نشد. «اعتقاد اینه که حتی در جاهایی که دستورالعمل داره کامل اجرایی می‌شود، باز اون دستورالعمل ... اولیه نیست، مثلاً ما سراغ شاخص‌های کیفیت هیچ‌کدام نرفتیم» (کد ۲۲)

الف-۳,۳ مخیر شدن دانشگاه‌ها برای اجرا

در مورد رفتار وزارت برای اجرای برنامه، مصاحبه‌شونده‌ای که در زمان اجرا رئیس دانشگاه بوده بیان می‌کند که «ابتدا که سیاست‌های خیلی تندوتیزی که همه باید آن را دقیقاً اجرا کنیم، رصد می‌کردن که کی اجرا کرد کی اجرا نکرد. بعد از یک مدتی که کمی آسیب‌ها پررنگ‌تر شد فاز دوم گفتمان در وزارت شکل گرفت در این فاز دوم بیشتر شنیدن صدای محیط و برای رفع آن اقدام کردن بود. در فاز سوم بعد از اینکه مشکلات خیلی جدی‌تر، قوی‌تر و متواتر مطرح شد یک عقب‌نشینی 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 در مورد بودوبودش، نبود، ولی بعداً خیلی نرم شد» (کد ۲۸)

پس از گذشت چند ماه از اجرای برنامه، مقاومت‌ها در مقابل برنامه به حدی بود که چندین دانشگاه بزرگ کشور از وزیر وقت درخواست تعلیق برنامه یا رد آن را کرده‌اند. «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 خودشان هر کاری دوست دارند بکنند» (کد ۲۲).

مصاحبه‌شوندگان این درخواست دانشگاه‌ها در اجرا یا عدم اجرا را کار قانونی دانسته‌اند چرا که «دانشگاه‌ها از نظر قانون واحدهای مستقلی هستند حتی می‌توانند هیئت‌امانیان قوانین و آیین‌نامه مستقل خودشان را داشته باشند» (کد ۱۸) در مورد پذیرش اختیاری شدن دانشگاه‌ها توسط وزیر وقت نیز یکی از مصاحبه‌شونده (کد ۹) بیان می‌کند که «هرکسی دیگری بود همین تصمیم را می‌گرفت چاره‌ای دیگر نبود». با توجه به مشکلاتی که در اجرای یکسان پیش‌آمده بود، سیاست‌گذاران ناگزیر از اختیاری کردن برنامه بودند.



تغییرات رویکرد اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در میان سیاست گذاران

الف-۳,۳,۱ علل درخواست دانشگاه‌ها برای اجرای اختیاری برنامه

به‌طور کلی دو عامل برای پیش آمدن این مسئله وجود داشته است: نخست اینکه سطح توسعه‌یافتگی 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 مدت‌زمان مخیر بودن آن‌ها محدود بود و دانشگاه‌ها بایستی 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 به برخی دانشگاه‌ها بیان می‌کردند که «آقا من از ... [کارشناسان وزارتی] بیشتر می‌فهمم، چرا فلانی آنجا نشسته و برای من تصمیم گرفته». یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان آن را به بعد فرهنگ‌سازمانی سازمان و مسئولان آن‌ها ربط می‌دهد: «دانشگاه‌های بزرگ، این هم به نظر من جنبه فرهنگی، خوب به خاطر اینکه خودشان را متمایز بدانند، احساس می‌کنم همین هست. یا می‌خواستند بگویند که ما متمایز هستیم، ما خودمان استقلال داریم.» (کد ۲۳).

الف-۳,۳,۲ اثرات احتمالی اجرای اختیاری برنامه

مخیر کردن دانشگاه‌ها برای اجرای عملکردی 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 آشفتگی برسیم. «مثلاً یک‌تکه از این پرداخت مبتنی بر عملکرد ابلاغ شده از سمت وزارت خانه برداشته بودند، یک‌تکه از آن نظام پرداخت قبلی برداشته بودند، یک چیزهایی را خودشان قاتی کرده بودند. اصلاً یک‌چیزی شده بود» (کد ۹).

به‌طور 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 به‌طور 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 به‌طور 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 به‌صورت غیرمتمرکز انجام شده است، احتمالاً در میان این گروه هیچ یکپارچگی (به‌جز الزامات قانونی در سقف گذاری پرداخت‌های پزشکان) مشاهده نخواهد شد.

البته با این وجود در مورد دانشگاه‌هایی که ادعای عدم اجرایی کردن پرداخت عملکردی را دارند یکی از مصاحبه‌شوندگان با تجربه وزارتی و دانشگاهی بیان می‌کند که «در خیلی از دانشگاه‌ها می‌گویند که ما همین الآن هم داریم نظام نوین را اجرا می‌کنیم، ولی تجربه عینی من دال بر این هست که نظام نوین سوئیچ شده به پرداخت عملکردی، لااقل در گروه پزشکان الآن دارند به‌صورت کامل آیین‌نامه پرداخت عملکردی را اجرا می‌کنند، ... عملاً

می‌گویند که ما نظام نوین را اجرا می‌کنیم ولی پوسته آن را نگه داشته‌اند، روحش رفته عوض شده و رفته به سمت عملکردی» (کد ۲۳)

الف-۳,۴ نقش آموزش و آگاهی‌رسانی در اجرای برنامه

از نظر اجراکنندگان آموزش و آگاهی‌رسانی 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 فواید برنامه قبل از اجرا صورت نگرفته بود؛ خیلی از افرادی که برنامه به نفعشان بود شروع کردند به مخالفت کردن بدون اینکه بدون چه اتفاقی داره برایشون میافته؛ یعنی رفتن تو صف اون افراد صاحب قدرت و ذی‌نفوذی که اقلیت هم بودند! به اشتباه» (کد ۲۳)

آموزش آشنایی 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 ارائه شده به محیط یکی از مسئولان دانشگاهی اجرای برنامه (کد ۴) می‌گوید «نمی‌شد همه کارکنان بیمارستان را وزارت خانه آموزش بدهد، یک عده‌ای را که جزو ارشدهای آن سیستم هستند و نهایتاً دستورالعمل باید زیر نظر این‌ها اجرا شود چندین بار این‌ها را وزارت خانه احضار کرده، هیئت 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 رودرو 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 ارائه شده به مسئولین در سطح بیمارستان به خوبی 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 نمی‌کرد و تلاش‌ها منتقل نمی‌شد.

به عبارت دیگر گستردگی زیاد کشور و تعداد کم کارشناسان مسئول اجرای برنامه در سطح وزارت ایجاب می‌کرد تا آموزش‌ها به صورت آشنایی به سطوح پایین‌تر منتقل می‌شد که ظاهراً این کار به درستی انجام نشده است. «حداقل کارکنان و دست‌اندرکاران حداقل باید می‌دانستند که چه اتفاقی دارد می‌افتد، مدیران میانی باید می‌دانستند که دارد چه اتفاقی دارد می‌افتد» (کد ۹). لذا باعث کم آگاه ماندن سطح بدنه از برنامه و اجراهای سلیقه‌ای آن شده است.

تعداد کم نیروی انسانی متخصص در سطح وزارت خانه، زمانی تشدید می‌یافت که این تعداد کم کارشناسان علاوه بر کار برنامه عملکردی در دیگر کارهای معاونت درمان درگیری شدید داشتند. «کلاً هفت، هشت نفر بود کارکنان معاونت درمان که این کارها [کل کارهای معاونت درمان] را انجام می‌دادند، به بالطبع نمی‌توانند کل کشور را کاور کنند» (کد ۲۳)

آموزش آشنایی فوق‌الذکر 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 می‌کنند: «در اوایل خیلی مشکلات داشتیم؛ به طبع ارتباط نداشتین با مسئولین وزارت گاهاً به مشکل برمی‌خوردیم، اوایل طرح هم پیچیده بود و هم شاید مثلاً به نظر من آموزش‌های توجیهی اولیه خیلی کافی نبود» (کد ۱۲).

الف-۳،۵ نقش دانشگاه‌های بزرگ در اجرای برنامه

یکی از علل عدم اجرای برنامه توسط دانشگاه‌های خارج از استان تهران، عدم اجرای برنامه توسط سه دانشگاه‌های شهر تهران است. «خیلی تأثیر داشت این قضیه، یعنی نحوه اجرای این برنامه در دانشگاه‌های بزرگ بالطبع تأثیر داشت در سایر دانشگاه‌ها و من خودم این را به‌عین دیدم، مدیران مختلف مالی باهم مذاکره کردند که اگر شما در دانشگاه ... اجرا کنید ما هم اجرا می‌کنیم» (کد ۲۳). وی در ادامه انتشار نحوه تأثیر گروه‌های همکار در بیم دانشگاه‌ها در اجرای برنامه را این گونه بیان می‌کند: «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)

الف-۳،۶ مشکلات اجرای برنامه

الف-۳،۶،۱ اجرای برنامه پایلوت برنامه بود!

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به پایلوت نشدن برنامه اعتراض داشته‌اند و صدا البته اجراکنندگان نیز دلایل توجیهی خود را برای این امر داشته‌اند. «[اولین اجرا] بالاخره پایلوت اولیه بود هرچند پایلوت کشوری بود و این خودش نقصی بود در دوره اجرای آن قضیه، معمولاً پایلوت دیگر کشوری که انجام نمی‌دهند. هرچند ادعا بر این بود که در چند تا از بیمارستان قبل از این پایلوت شده است، پایلوت خوبی نبود» (کد ۲۳).

الف-۳،۶،۲ اجرای گذشته‌نگر برنامه

یکی از مواردی که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره داشته‌اند، موکول اجرای برنامه به تاریخ پیش از 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، متغیر هست» (کد ۱۳)

الف-۳،۶،۳ درهم تنیدگی مشکلات

مشکلات اجرایی که دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها در ابتدای اجرای برنامه داشتند: آموزش، مقاومت کارکنان، کمبود نیروی انسانی در نرم‌افزار و پیاده‌سازی، نیروی آشنایی وجود نداشت، بخش‌نامه یک‌باره ابلاغ شده بود، چون در کل کشور بود فرصت آموزش ایجاد نمی‌شد، تعویق بیمه‌ها در پرداخت

امکان کم ارائه آموزش به افراد اجراکننده در سطح دانشگاه و بیمارستان خود باعث ایجاد مقاومت‌هایی از جنس «مقاومت در برابر تغییر و افزایش حجم کاری» شده بود. «یکی از دلایل مقاومت عمده‌اش هم همین بود که نیروی متخصصی وجود نداشت و نبود، نیروی متخصصی که هم بتواند با نرم‌افزار کار بکند و هم بتواند بخش‌نامه را

تجزیه و تحلیل کنه و هم بتواند افراد و گروه‌های مختلف را در بیمارستان‌ها متقاعد بکند، ... متقاعد کردن مطابق با آیین‌نامه کار سختی بود، به خاطر 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 نرم‌افزارهای بیمارستان و دانشگاه پیاده می‌کردند و هم کارکنان را توجیه می‌نمودند. این در حالی 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.

الف-۳,۶,۴ سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی

در مورد اجرای برنامه یکی از مسائل اصلی مربوط به HIS بیمارستان‌ها بود:

الف- زیرساخت‌های نرم‌افزاری توانایی بالایی نداشت و باید ارتقا پیدا می‌کرد.

ب- ارتباط HIS های بیمارستان با سامانه قاصدک مشکل بود،

ج- توانایی تمرکز و تأکید بر اطلاعاتی که از اچ آی اس می‌آمد بیرون خیلی پایین بود،

د- تنوع و تغییرات HIS های بیمارستان‌ها خیلی زیاد بود،

ه- خروجی HIS های بیمارستان‌های مختلف با یکدیگر متفاوت بود.

الف-۳,۶,۵ هم‌زمانی با سایر برنامه‌های کشور

با توجه به نظام پرداخت FFS 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 روزرسانی شده تطبیق پیدا کنند. خصوصاً که در این ویرایش جدید پیچیدگی‌های 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 تشویق‌های بسته‌های 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)

الف-۳,۶,۶ تمرکز در اجرا و آموزش

«اشکال دیگه این بود که تأکید خیلی زیاد بر تمرکز در وزارت بهداشت درمان بود، وزارت بهداشت درمان می‌آمد و مستقیم به خود بیمارستان‌ها تا ستادهای دانشگاه‌ها هم دور می‌زد» (کد ۲۱). البته توجیه اجراکنندگان برای این رویکرد، ترس از دست‌کاری شدن برنامه در ستادهای دانشگاهی بود. «می‌گفتن ستادها میان و دخالت میکنند و حق و حقوق بیمارستان را به شکل کافی و لازم نمی‌دهند» (کد ۲۱). البته این مسئله در سایر برنامه‌های وزارت بهداشت نیز دیده شده است. مثل تخصیص مستقیم بودجه پرونده‌های تصادفات برای بیمارستان‌ها. لذا به‌طور کلی شاید نتوان این رفتار معاونت درمان را اشکال کار دانست.

الف-۳,۶,۷- تعجیل در اجرای برنامه

یکی از علل اجرای سریع برنامه افزایش درآمد بیمارستان‌ها به‌واسطه افزایش تعرفه‌های 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 می‌آمد. «شاید اگر همان سیستم قبلی بود با پولی که الآن در کتاب اضافه شده، الآن این‌ها [دریافتی تیم مدیریتی بیمارستان] بیشتر هم می‌شدند؛ یعنی خوبیش اینه که ما [با اجرای برنامه عملکردی] نداشتیم این‌ها بیشتر از قبل بگیرند» (کد ۸۳) 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 می‌آمد. حتی یک از دلایلی که باعث شد بدون زیرساخت‌هایی که گفتیم و اونکه سریع اجرا می‌شد و برگشت به عقب بود یک دلیلش همین بود» (کد ۸۳).

به‌عبارت‌دیگر نتیجه اعمال کتاب افزایش درآمد بیمارستان بود که اگر بر اساس برنامه نظام نوین توزیع می‌گردید، تعداد زیادی از افراد مبالغ بسیار زیادی دریافت می‌کردند. لذا مدیران برنامه اجرای آن را ولو به‌صورت گذشته‌نگر بسیار ضروری می‌دانستند. 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 می‌شد و پرداختی‌ها را پایین می‌آورد، قطعاً مخالفت با آن بسیار بیشتر می‌شد.

الف-۳,۶,۸- نمود بیشتر مخالفان نسبت به موافقان

اگرچه 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] یکی‌شان اومد حضور وزیر صحبت می‌کرد ... می‌گفت آقا این برنامه افتضاح است» (کد ۲۴) «تعداد محدودی مخالف بودند ولی خب بیشتر از اونایی که موافق بودند شلوغ کاری می‌کردند» (کد ۲۴)

الف-۳,۶,۹- تغییرات مداوم برنامه و سلب اعتماد

دو مسئله اساسی باعث شده تا اعتماد به برنامه تا حدودی در طول اجرای برنامه کاهش یابد. الف- مطالعه و پایلوت نشدن برنامه ب- تغییرات مداوم برنامه بعد از اجرا «این رفت و آمدها بدون مطالعه سیستم را از خودش نامطمئن کرد و اعتماد را برد» (کد ۸) برای مثال «یک‌بار پلکانی گذاشتیم بعد برداشتیم و باز گذاشتیم، سقف گذاشتیم»، (کد ۸). تمام تغییرات ایجادشده در برنامه در طول سال‌های اجرایی به دلیل نقص برنامه نبوده‌اند. برخی از این تغییرات به علت‌های 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 ذی‌نفع تنزیل می‌دهد. این تغییرات برای افراد سطح اجرایی (پرستاران و کارکنان) به معنای عدم طراحی درست برنامه تفسیر شده‌اند. «اگر پایلوت کرده‌اند پس چرا هرساله مجبور هستند که تغییراتی را در آن انجام دهند، یعنی مشخص می‌شود که کار علمی درست و حسابی روی آن انجام نشده است که هرچند وقت یک‌بار مجبور هستند که ایرادات آن را برطرف کنند» (کد ۱۶).

الف-۳,۶,۱۰ هم یاری کم سایر معاونت‌ها در ادامه اجرای برنامه

با تمام اقداماتی که مخالفان حوزه وزارت انجام داده بودند، باین حال برنامه توسط معاونت درمان اجرایی شد و به اسم آن تمام 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).

الف-۳,۶,۱۱ پاسخگویی ضعیف 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 به عنوان مسئول یا رابط پرداخت دانشگاه همه چیز را جواب بدهد و خودش هم عضو اون کارگروه نیست.» (کد ۷)

الف-۳,۶,۱۲ ظرفیت متفاوت کارشناسی در سطح دانشگاه‌ها

بعد از اجرا، ظرفیت تیم دانشگاهی در نحوه اجرای برنامه بسیار متفاوت بوده است. با توجه به ظرفیت این تیم 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 دستمان در برود، اگر به یک نفری که درآمده 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 رئیس‌ان دانشگاه‌های دیگر باهم دیگر تماس‌های مکرر داشتیم در آن فاز، می‌دیدیم خیلی‌ها ایشان مجبور شدند که دوباره در فاز انقباضی بروند البته با آسیب‌هایی که ایجاد کرده‌اند» (کد ۲۸). لذا بین دانشگاه‌ها تفاوت وجود داشت و هرکدام بنا به ظرفیت کارکنان دانشگاه‌ها مثلاً نحوه برخورد متفاوت و نحوه اجرای متفاوت و در نتیجه تأثیر متفاوت در کارکنان داشته‌اند.

الف-۳,۶,۱۳ ظرفیت محدود مسئولین بخش‌ها در پذیرش و اجرای برنامه

طبق برنامه تفویض اختیار مناسبی به مسئولان 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 که بتوانیم عدم متمرکز در اختیارات، ... خیلی عملی نیست با شرایطی که دارد» (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.

الف-۳,۷- علل مقاومت و مخالفت

الف-۳,۷,۱- در سطح وزارت

تضاد و مخالفت در سطح وزارت از ایجاد مشکل در سایر سطوح مهم‌تر و پراهمیت‌تر 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 می‌دانستند که آن‌ها هم می‌بایستی دخیل می‌بودند در این کار بزرگ و همین باعث ایجاد اون مقاومت شده بود» (کد ۲۳).

شاید این تضاد بین معاونت‌ها 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، لایه‌های قدرت بیشتر کنار می‌آمدند، بالطبع اجرا و پیاده‌سازی‌اش در دانشگاه‌ها خیلی روان‌تر بود» (کد ۲۳). این مخالفت‌ها با برنامه با علل متعدد و نمود متفاوتی نشان داده می‌شد.

الف-۳,۷,۱,۱- توزیع بیش از حد منابع مالی

یکی از اشکالاتی که معاونت توسعه بر برنامه مرتبط می‌دانست، 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 نشانه‌ای برای این مسئله (توزیع بیش از حد منابع) می‌دانستند و بیان می‌کردند که علت تعویق در پرداخت بیمه‌ها نیز همین پرداخت مازاد برنامه است، در صورتی در حال حاضر می‌بینیم که هیچ ارتباطی به این مسئله نداشته است. مسئول اجرایی برنامه در سطح دانشگاه، باتجربه ۱۳ ساله در مدیریت مالی در سطوح وزارت، دانشگاه و بیمارستان بیان می‌کند که «از اون طرف فاصله بین پرداخت‌ها به خاطر تأمین توسط سازمان بیمه‌گر هم ایجاد شده بود. بعد همان را هم بهانه می‌کردند می‌گفتند یکی از دلایل این هست؛ درحالی که هیچ ارتباطی نداشت و در عمل هم واقعاً همین طوری بود؛ یعنی بعد از اینکه آن مشکلات اولیه و عدم هماهنگی بین معاونت‌های ستادی وزارت خانه رفع شد عملاً دیدیم تفاوتی در توزیع منابع مالی ایجاد نشد. آن نظریه‌ای 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 این طوری نبود، بیشتر بحث این بود که تغییر بزرگی صورت گرفته و می‌خواستند مقاومت کنند» (کد ۲۳). شاید علت این رفتار این بوده است که این برنامه وارث مشکلات برنامه قبلی بود. قبل از برنامه سیاست‌مداران با داده‌های با روایی کمتر کار می‌کردند، ولی بعد از برنامه با داده‌های رواتری کار می‌کنند. از این تفاوت‌ها، 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 بعضی‌ها 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، می‌خواستند در مقابل این

تغییری که یک تغییر بزرگ هست مقاومت کنند، شاید هم رقابت‌های بین گروهی بود، رقابت‌های بین گروهی در ستاد وزارت خانه بود».

الف-۳،۷،۱،۲ ایجاد شفافیت در اطلاعات مالی بیمارستان‌های کشور

یکی از عوامل مخالفت در برنامه، معاونت توسعه و پشتیبانی بود. بنا به نظر مصاحبه‌شوندگان بزرگ‌ترین دلیلی که در این حوزه مقاومت‌هایی قوی برای عدم اجرا به وجود آمده این بود که ایجاد اطلاعات شفاف باعث کاهش اختیارات این معاونت در منابع مالی بیمارستان می‌شد و این معاونت در هر دلیل خواهان کاهش این اختیارات نبود.

الف-۳،۷،۱،۳ عدم وجود دیدگاه استفاده از پول برای ایجاد انگیزه در سطح معاونت توسعه

وزارت

یکی از تدوین‌کنندگان برنامه در مورد علت مقاومت معاونت توسعه در مقابل اجرای برنامه را در دیدگاه‌های متفاوت دو طرف (معاونت‌های درمان و توسعه) در مورد منابع مالی می‌داند. «فکر می‌کنند کارشان این است که فقط باید پول توزیع کنند، یعنی از لحاظ مالی فقط توزیع پول رو می‌فهمه ... مخالفتشان همین هست می‌گن اصلاً به شما چه این چیزها رو ورود می‌کنید؟ یه پولیه بدید مدیران مالی بلدن چجوری توزیع کنند. مدیر باید پول توزیع کند؛ ... خیلی بر روی مسائل مشوق مالی که رفتارسازی کنند خیلی به این چیزها اعتقاد ندارند، یه پولیه قبلاً توزیع می‌شده الانم توزیع می‌کنند. دستورالعمل ساده بنویسید یک صفحه‌ای زیاد هم نباشه؛ بدین توزیع می‌کنند» (کد ۱۷) ولی دیدگاه معاونت درمان در مورد منابع مالی این‌گونه توصیف شده است «اصلاً پولی که روی رفتار تأثیر ندارد چرا باید توزیع شود هدف از توزیع پول چی هست؟» (کد ۱۷)

الف-۳،۷،۱،۴ عدم انتشار مناسب شواهد و مستندات پیش از اجرا

علی‌رغم اینکه تدوین‌کنندگان تولید سندی با جزئیات را گزارش نموده‌اند اما یکی از نقطه‌ضعف‌های اجرایی برنامه انتشار محدود شواهد و قراین گردآوری شده برای برنامه بوده است. یکی از مسئولان وزارتی بیان می‌کند «من ندیدم که یک بک‌گراند علمی این داستان داشته باشد یا مدلی باشه که درجایی نتایج علمی آن منتشر شده باشد» (کد ۱۹). این مسئله می‌تواند ناشی از سیاست‌های عمدی یا غیرعمدی متولیان برای کاهش نظرات مخالف تا زمان اجرایی کردن برنامه باشد، ولی ظاهراً این مسئله باعث ایجاد مخالف‌های شدید در سطح وزارت، دانشگاه و بیمارستان شده است، به‌گونه‌ای 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.

الف-۳،۷،۲ در سطح دانشگاه و مدیران بیمارستانی

الف-۳،۷،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).

بالین وجود گفته‌های یکی از مسئولان اجرایی برنامه نشان می‌دهد مقاومت‌ها و مباحثات بین معاونت‌های وزارت به‌گونه‌ای 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).

الف-۲،۲،۲-۳ 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 این‌گونه بیان می‌کند «کل سوابق گذشته کنار گذاشته بشود، سوابقی که تقریباً سوابق تجربه‌های مختلف مدیریتی پشت سرش بود بایستی همه این‌ها کنار می‌رفت، یک‌روند، یک‌رویه و یک فرایند جدید بایستی اجرا می‌شد بالطبع کار سختی بود» (کد ۲۳). این تأثیر اجرایی برنامه، منجر شده تا مدیران مقاومت‌هایی را در مقابل اجرای برنامه داشته باشند.

الف-۳،۲،۳-۳ 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 این کار مسائل بوروکراتیک 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.

الف-۳،۳-۳ در سطح کارکنان بیمارستان

الف-۱-۳،۳،۳-۳ حجم و فشار کاری برای کارکنان اداری

حجم کاری بالا، عدم به‌روز نبودن HIS ها و ضرورت ورود حجم زیادی از اطلاعات در یک بازه زمانی کم منجر شده بود تا اشتباهات پرداختی در اوایل اجرای برنامه وجود داشته باشد مسئول دانشگاهی اجرای برنامه می‌گوید «من خودم به‌شخصه یک هفته از صبح تا ساعت‌های ۱ یا ۲ شب در یکی از بیمارستان‌های ... با بچه‌هایی که فکر می‌کردم اونجا می‌توانند کار بکنند ... آمدیم اچ‌آی‌اس 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 پشتیبانی‌کننده سیستم به خاطر خیلی از فرمول‌ها شب نمی‌خوابید» (کد ۴).

الف-۲،۳،۲-۳ آموزش ناکافی و کم آگاهی

«آموزش ناکافی، به‌اندازه کافی آموزش داده نشد و جا نیفتاد ولی شروع کردن» (کد ۳) و عمده مقاومت‌ها در سطح بیمارستان ناشی از کم آگاهی و آموزش ناکافی بوده است. چراکه «خیلی‌ها به خاطر اخبار رسانه‌های اجتماعی و اون دیتاهایی که به‌صورت غلط از این‌ور اون‌ور شنیدند تجمع کرده بودند» (کد ۱۳). در مورد 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 اجرائش 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 بخشی از این مخالفت‌ها را به جان خرید چراکه «افراد بیمارستان را نمی‌شود دونه دونه توجیه کرد واقعاً نمی‌شود» (کد ۴).

الف-۳,۷,۳,۳ عدم همخوانی تصورات افراد از تأثیرات برنامه با آنچه روی داد

عدم آگاهی‌رسانی 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 تعرفه‌ها دو سه برابر شده خب همه اومه بودن در ذهن خودشان گفته بودند که من قبلاً یک میلیون می‌گرفتم الان هم تعرفه من سه برابر می‌خواهد 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! این جورری در ذهنشان بود» (کد ۱۳) لذا «همه در توهم این هستند که کی می‌خواهد پرداخت‌ها دو سه برابر شود» (کد ۱۳). با این وضعیت اگر برنامه اجرا شود و دریافتی فرد آن گونه که در تصور دارند نباشد، واکنش آن‌ها می‌تواند نارضایتی باشد.

الف-۳,۷,۳,۴ پرداخت علی‌الحساب در ابتدای اجرای برنامه

دو عامل باعث شد تا بیمارستان‌ها مجبور بودند تا به صورت علی‌الحساب بخشی از دریافتی‌های کارکنان و پزشکان را واریز کنند.

الف- فاصله زمانی بین تاریخ ابلاغ برنامه و تاریخ اجرای برنامه (از اول مهرماه همان سال)،

ب- آمادگی برای اجرای برنامه نیز حدود دو تا سه ماه وقت نیاز داشت.

لذا عملاً بیمارستان‌ها مجبور بودند پرداختی‌ها را حداقل شش ماه به تعویق بیندازند. به‌منظور جلوگیری از برخی مخالفت‌ها برای عدم پرداخت به صورت علی‌الحساب صورت گرفت، خود این مسئله نیز به پیچیدگی‌های برنامه و درک آن افزوده بود و باعث ایجاد مقاومت‌هایی در سطح بیمارستان‌ها بوده است.

الف-۳,۷,۳,۵ تضاد منافع برای افراد با سابقه

به هر دلیل افراد با سابقه و ذی‌نفوذ در بیمارستان‌ها، دریافتی بالاتری نسبت به دیگران داشتند، در هنگام اجرای برنامه این دریافتی 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 اعتقادی نداشته‌اند و وضعیت را درست می‌دانستند. «شاید یکسری از افراد سالیان سال ناعادلانه می‌گرفتند الان نمی‌خواهند از این ناعادلانه بودن که برای خودشان حق شده کوتاه بیایند» (کد ۱۳).

الف-۳,۷,۳,۶- زمان اولین پرداخت برنامه در بیمارستان

در برخی از بیمارستان‌ها اجرای برنامه در فروردین‌ماه بوده، لذا کل عملکرد بیمارستان و در نتیجه پرداختی‌ها کم شده است، لذا باز برنامه با مخالفانی مواجه شده است.

الف-۳,۷,۳,۷- عدم شفافیت در توضیحات ارائه‌شده به مسئولین اجرایی

شکایت افراد از «عدم شفافیت در محاسبات و داده‌هایی که در نرم‌افزار وارد می‌شود وجود دارد.» (کد ۲۶) عمدتاً به پیچیدگی برنامه ارتباط دارد. در این خصوص تدوین‌کنندگان و اجراکنندگان به سائیتی که برای آموزش طراحی شده بود اشاره کرده‌اند. در این سایت تمام آموزش‌های لازم، مشکلات احتمالی و سؤالات متداول قرار داده شده بود.

الف-۳,۷,۳,۸- اثر مسئولین بخش‌ها

یکی از عوامل مهم در موفقیت اجرایی این برنامه را ویژگی‌های شخصی و عملکردی مسئولین بخش‌ها دانسته‌اند. «چیز خیلی مهم این است 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 الآن در طرح جدید هست هم به شدت بی‌علاقه هستند، هم اینکه بعضی هاشون به اون شکلی که لازمه خودشان را درگیر نمی‌کنند» (کد ۲۱).

الف-۳-۸- انواع مقاومت و مخالفت

الف-۳,۸,۱- علل مقاومت‌ها

جنس مقاومت‌ها در طول زمان و در سطوح مختلف متفاوت بوده است. بنا به نظر مصاحبه‌شوندگان مقاومت‌های ابتدایی برنامه بیشتر به دلیل مقاومت در برابر تغییر و افزایش حجم کاری بوده است «اوایل به خاطر سختی اجرایی، تغییر فرآیند و فشاری که بود این مقاومت وجود داشت نمی‌خواستند این تغییرات را انجام بدهند» (کد ۲۳) ولی جنس مقاومت‌ها بعد از گذشت چند ماه پس از پرداخت بیشتر به دلیل تضاد منافع و میزان دریافتی بوده است. برای اجراکنندگانی که برای آن‌ها اهداف جمعی بر اهداف فردی اولویت داشتند، مقاومت‌های اولیه به تدریج شکسته شد چراکه به تدریج از مزایای برنامه مطلع شدند «ولی الآن احساس می‌کنم... خیلی‌ها، موافق برنامه هستند. بیشتر به خاطر ابزارهای مدیریتی هستند که ایجاد کرده، به خاطر آن یک دست کردن پرداخت‌ها، به خاطر آن حذف فاصله‌ها، به خاطر منظم کردن گروه‌ها و خیلی مزایای دیگری که در اجرای برنامه هست الآن به نظرم خیلی رضایت بیشتر هست» (کد ۲۳).

الف-۳,۸,۲- انواع مقاومت

با توجه به اظهارات مصاحبه‌شوندگان می‌توان دو نوع مقاومت علنی و پنهان را می‌توان متصور بود. مقاومت‌های علنی مانند تجمع‌ها و اعتراضات افراد در جلسات یا در بیمارستان‌ها «خیلی جاها می‌گن بیمارستان‌های ما در حال ورشکست شدن هستند» (کد ۱۳).

مقاومت‌های پنهان در سطوح مختلف نیز گزارش شده‌اند. خراب کردن تجهیزات بیمارستانی در سطح بیمارستان‌ها «طرف انتظار دارد ۳۰۰ تومان کارانه بگیرد نگرفته، پرت! میزنه به دستگاه ام آر آی، ام آر آی را خراب می‌کند» (کد ۱۳) و ارائه اطلاعات یا راهنمایی‌های تخصصی در سطح وزارت «خیلی جاها راهنمایی برعکس می‌دهند» (کد ۱۳)، نمونه‌هایی هستند که بیان شده‌اند.

الف-۳,۹-۹ مدیریت تنش‌ها و چالش‌های اجرای برنامه

به‌طور کلی متولیان برنامه اذعان دارند که «این مداخله باید زمان براش گذاشته می‌شد، برای اجراش، شاید باید آماده‌تر بودیم، آموزش‌ها را بیشتر می‌کردیم، ولی این کارا 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
- فرصت زمانی
- تعلیق اجرای برنامه در برخی بیمارستان‌ها

الف-۳,۹,۱-۱ اختصاص بودجه اختصاصی برای رفع مسائل زیرساختی

به‌منظور ارتقای HIS بیمارستان‌ها حتی بودجه‌های اختصاصی برای بیمارستان‌ها در نظر گرفته شد. یکی از مسئولین دانشگاه ماجرای بیمارستان (کد ۳۱) در مورد این مسئله بیان می‌کند که «از آنجایی که HIS بیمارستان‌های استان توانایی اجرای برنامه را نداشته‌اند، دانشگاه آن را متوقف کرد. بعد که وزیر بوده اختصاصی به دانشگاه برای این مسئله اختصاص دادند، ما HIS را به‌روز کردیم و کار در دانشگاه شروع شد».

الف-۳,۹,۲-۲ کمی تغییر در برنامه

در مقابل برخی مقاومت‌های در سطح وزارت، برخی تغییرات در برنامه داده شد. برای مثال معاونت توسعه بیان می‌کرد که برنامه بیش میزان منابع قابل توزیع، منابع را توزیع می‌نماید. باوجود تمام توضیحات، تدوین‌کنندگان در فرمول فنی برنامه، ۱۰ درصد از منابع قابل توزیع را کاهش دادند.

الف-۳,۹,۳-۳ بهره‌گیری از نیروهای متخصص محیطی برای آموزش به محیط

از جمله راهکارهایی که برای کمبود نیروی انسانی کارشناس در سطح وزارت انجام داده شد این بود که افرادی که در سطح دانشگاه‌ها در برنامه متخصص شدند به‌عنوان کارشناس و آموزش‌دهنده به سایر دانشگاه‌ها ارسال شدند. «پرسنلی که در دانشگاه ما آموزش دیده بودند به‌عنوان مربی در دانشگاه‌های دیگر از آن‌ها استفاده می‌کردند» (کد ۲۳).

الف-۳,۹,۴ آموزش و آگاهی‌رسانی 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، ممکن بود افراد اوایل مقاومت می‌کردند و وقتی برای آن‌ها توضیح داده بودیم، قانع شده بودند و عادت کرده بودند و حتی بعد از اینکه دوباره برگشتیم به نظام نوین خیلی از گروه‌های غیرپزشکی اعتراض می‌کردند که ما عادت کرده‌ایم، پرداخت عملکردی خیلی بهتر از نظام نوین هست انشاء الله که دوباره برگردد و اجرا شود» (کد ۲۳). این نقل قول تأثیر آموزش و اطلاع‌رسانی را به‌نوعی بیان کرده است.

الف-۳,۹,۵ 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 این 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 غیرپزشکی، به شدت آمده بود پایین».

آموزش به کارکنان بیمارستان به هر ترتیبی که بود ارائه نشد یا مناسب نبود، شاید در آن برهه که این کار بایستی انجام می‌شد، ولی نشد، اجراکنندگان توانسته باشند کمی زمان ذخیره کنند و پیش بیافتند، ولی بالاخره لزوم آموزش کارکنان آن‌ها را متوقف ساخت و مجبور شدند تا یک‌فاصله زمانی را برای درک شدن برنامه توسط کارکنان ایجاد کنند. شاهد این مدعا این است که آموزش به کارکنان به‌عنوان دومین راهکار توصیه‌شده برای ادامه اجرای برنامه بوده است. «خیلی از جاهایی که توانستند فائق بشوند بر مشکلات این بود که خیلی در بعد آموزش و درگیر کردن افراد مختلف وارد شدند» (کد ۲۱)

الف-۳,۹,۶ تعلیق اجرای برنامه در برخی بیمارستان‌ها

با توجه 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 پیش‌آمده 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).

الف-۴ هدف شماره پنج بخش کیفی: ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

الف-۴,۱ اثرات دسته‌بندی بیمارستان به دو طبقه بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی

پیش‌نیاز اول اجرای برنامه IR-PFP تقسیم‌بندی بخش‌های بیمارستان به دو طبقه تشخیصی-درمانی و پشتیبانی است. خود بخش‌های تشخیصی-درمانی به ۸ گروه با امتیاز متفاوت دسته‌بندی شده‌اند. اثرات این عمل به شرح ذیل بیان شده است:

۱- 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 باسابقه 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 (کد 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 باسابقه بیشتر 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 (۱۲۰).

۱- بنا به ماهیت فعالیت‌های دو نوع بخش، نحوه امتیازدهی برنامه به ساعات حضور کارکنان به گونه‌ای 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 (کد 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».

الف-۴,۲ اثرات عقد تفاهم‌نامه 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. همه این‌ها به معنای ایجاد عدم تمرکز در اداره بیمارستان است و در حال حاضر «حساسیت نسبت به عوامل هزینه‌زا [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 ایدئال به سطح فرد رسیده است» (کد ۴).

الف-۳،۴ 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 اضافه کاری بیمارستان است. این عمل می‌تواند از دو جهت مهم باشد:

۱- **پیش‌بینی پذیر کردن تأمین منابع مالی:** ۱۰ درصد مبلغ جزء حرفه‌ای مشکوک‌الوصول (به عللی مانند عدم ثبت خدمات ارائه‌شده) از کل درآمد قابل باز توزیع 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 عملکردی برای بیمارستان را افزایش دهد.

۲- **تعیین سقف پرداخت به کارکنان:** بنا به دستورالعمل، اگر مجموع پرداخت عملکردی کارکنان از مجموع سقف تعیین شده 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.

الف-۴،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 اثرات مثبتی داشته باشد.

۱- 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.

۲- 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.

۳- کسر کسورات بیمه از درآمد ناخالص بخش و فرد می‌تواند هم باعث تشویق مثبت بهتر خدمات در پرونده و HIS^۱ 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 ایجادشده و هم اینکه پرستار کاملاً به درآمد بخش آگاه است و پیگیری می‌کنند» (کد ۳) و (کد ۵) می‌گوید که این برنامه «شدیداً» بر درآمدهای بیمارستانی به واسطه ثبت خدمات و کاهش کسورات تأثیر گذاشته است.

۴- 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 کد ۷ می‌گوید «الآن اگر بخواهید نیرویی را ببرید داخل یک‌بخشی، خیلی مقاومت می‌کنند، یعنی اینکه نیرو نیار، از دریافتی ما کم می‌شود» که به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت کنونی نیروی انسانی کشور اثر مثبت و ارزنده‌ای

^۱ Hospital Information System

است. البته مسئول دانشگاهی برنامه (کد 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.

الف-۴,۵ اثرات نحوه محاسبه درآمد قابل توزیع بخش

۱- 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 مبنا» را اعمال می‌کند و بدین طریق حداکثر مبلغی را 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.

۲- 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 مبنای 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.

الف-۴,۶ اثرات تعیین امتیاز و پرداخت عملکردی فرد

۱- بیشترین اثرات در 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 تأثیری بر عملکرد حرفه‌ای فرد ندارند (مانند نوع استخدام، برون‌سپاری شدن بخش محل فعالیت) بر میزان دریافتی افراد تأثیری ناچیزی دارند. مسئول دانشگاهی و مدیر بیمارستان (کد 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 هستیم]. به‌عبارت‌دیگر با افرادی با کار مشابه و نوع استخدام متفاوت، رفتارهای متفاوتی صورت می‌پذیرفته است و این برنامه سعی در کاهش این رفتار داشته است.

الف-۴,۷ اثرات کلی اجرای 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 «قاصدک» در حال تجمیع در سطح وزارت است.

۲- منبع 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 در مورد 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 این کار 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 در مورد لوازم مصرفی نیز همین‌طور. در واقع تأثیراتی که در بیمارستان‌ها گذاشته می‌توان قابل توجه دانست» (کد ۲۳).

الف-۴,۸ انتقادات اصلی بر برنامه

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 وقت‌گیر 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 این را [IR-PFP] پیاده کرد»، مسئول کد ۲ نیز می‌گوید «پرداخت مبتنی بر عملکرد پیچیده است و وقت زیادی را از مدیریت می‌گیرد».

در برخی موارد پیچیدگی برنامه به کمک آمده تا درک افراد از کل آن کامل نباشد و برنامه با وجود اینکه سیاست‌های انقباضی در توزیع منابع مالی دارد، به اجرا درآید. «ما در نظام قدیم و نوین چقدر به پزشک‌ها پول می‌دادیم؟ ... میانگین گرفتیم دیگه ۶۰، ۵۹. الان شما چقدر به پزشک‌ها میانگین می‌دهید ۵۰ تا. این به نفع سیستم هست، اون‌ها الان تازه متوجه شدند اولش متوجه نبودند که چه اتفاقی دارد می‌افتد، ... این‌ها مخالف شدید بودند بعد از اینکه نظام کار دستشان اومد» (کد ۶). به نظر طبیعی است که اگر برنامه با چنین روشی اجرا شود به‌زودی صلب اعتماد خواهد شد.

۲- گذشته‌نگر بودن داده‌های ورودی: بنا به فرمول‌های فنی برنامه به‌منظور تعیین سهم بخش‌ها و برخی امتیازات افراد از کارکرد و دریافتی‌های گذشته فرد استفاده شده است.

۳- تعیین سقف برای پرداخت: یکی از اصلی‌ترین ایرادات به برنامه در نظر گرفتن سقف برای پرداخت در خود برنامه است. به نظر مصاحبه‌شوندگان این مکانیسم نباید در خود برنامه تعبیه می‌شد و با مکانیسم‌های دیگری مانند

سیستم مالیات کنترل شود. «ما سیستم مکانیسم درآمدی را نباید در خود اونها ببینیم و هی تغییرش دهیم باید با جنبه‌های دیگر مثل مالیات و چیزهای دیگر این‌ها را کنترل کنیم با دستورالعمل‌های دیگر» (کد ۸).

الف- ۴,۹ مشکلات پیش روی برنامه

اگرچه ممکن است برنامه با مسائل متعدد مرتبط با افراد و سازمان‌ها روبه‌رو شود ولی در اینجا فقط به برخی مسائل بیان‌شده در سطح سازمان‌ها و نهادهای درگیر اشاره شده است.

۱- مشکل ثبت کسورات بیمه: کارشناس کد ۱ می‌گوید: «نرم‌افزارهای کسورات بیمه‌های مختلف باهم متفاوت است، در ضمن سرفصل کسورات را اعلام می‌کنند که به تفکیک [فرد] نیست» این عدم شناسایی فرد به فرد عامل کسورات بیمه‌ای باعث توقف فعالیت‌های برخی بیمارستان‌ها برای اعمال کسورات به تفکیک بخش و فرد شده است و کسورات به صورت سرجمع و برابر برای همه اعمال می‌گردد. لذا اعتراض افراد را در پی داشته و «[فرد] می‌گه من که کسورات ایجاد نکردم، برو دنبال کسی که کسورات ایجاد می‌کنه 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^۱، 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 به طور مکرر توسط مصاحبه‌شوندگان بیان شده است که بهتر است انگیزاننده‌های مالی به صورت تدریجی بالا روند. برخی علل نیز این گونه 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.

به منظور 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.

^۱ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بیمه‌های سلامت، نامه به شماره ۴۲۰/۹۶/۱۰۸۷، مورخه ۹۶/۵/۱۶

الف- ۴,۱۰ وضعیت کلی چارچوب برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک در یک نگاه

اجزای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بر اساس چک‌لیست ارائه‌شده توسط مک‌فین و اسپین (۲۰۰۶) به شرح جدول زیر می‌باشد. این چک‌لیست حاوی ۱۲ نکته کلیدی در طراحی و اجرای برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد. هدف اولیه طراحی این چک‌لیست تعیین معیارهای کاهش‌دهنده اتلافات مالی، وقت و کار در طراحی و اجرای برنامه‌های عملکردی است و توسط دولت مرکزی امریکا بکار گرفته شده است (۶۷).

تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱- آیا سازمان‌ها آماده پرداخت بر اساس عملکرد هستند؟	
نامشخص	☆ فرهنگ‌سازمانی از پرداخت مبتنی بر عملکرد پشتیبانی می‌کند.
نامشخص	☆ مدیریت متعهد به تغییر فرهنگ است
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 زمان‌بندی اجرای برنامه چگونه است؟	
بله	☆ تمام برنامه به صورت یکجا اجرا می‌گردد.
-	☆ برنامه مرحله‌به‌مرحله اجرا می‌گردد.
۵- به چه چیزی پاداش داده می‌شود؟ (منظور از عملکرد چیست؟)	
بله	☆ محصولات سازمانی، تیمی و انفرادی
میان‌مدت	☆ اهداف کوتاه‌مدت و یا بلندمدت
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؟	
-	☆ بن‌های نقدی و یک‌بار در سال
بله	☆ افزودن به حقوق پایه
-	☆ ترکیبی مانند رسیدن عملکرد به حد آستانه
۷- به ازای عملکرد چقدر پرداخت می‌گردد؟	

تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱- آیا سازمان‌ها آماده پرداخت بر اساس عملکرد هستند؟	
☆ کمتر از ۵ درصد	
☆ حدود ۳۰ درصد	بله - حدود ۲۷ درصد
۸- چگونه پرداختی‌های صورت می‌گیرد؟	
☆ توزیع همگانی و اجباری برای همه	بله
☆ پاداش صرفاً به عملکردهای برگزیده و بالا پرداخت می‌شود.	-
۹- چه کسی تصمیمات مرتبط با پرداخت را اتخاذ می‌کند؟	
☆ بالادستی سطح اول	بله
☆ بالادستی سطح دوم	بله
۱۰- ورودی‌های مربوط به تعیین دسته‌بندی عملکرد را چه کسی تهیه می‌کند؟	
☆ بالادستی سطح اول	بله
☆ بالادستی 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 چک‌لیست 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، اگرچه 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 بین‌رشته‌ای 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 یکجا اجرا گردیده است. این نحوه اجرا در مقابل اجرای مرحله‌به‌مرحله قرار می‌گیرد. اجرای یک جای برنامه فشار کاری زیادی را به سطوح پایین تر 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 درعین 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 نتیجه گرا 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. سرانجام اینکه، اجراکنندگان 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 نرم‌افزار موجود را تغییر دهند. به علاوه مکانیسم‌های آموزش مجازی مناسبی برای برنامه راه‌اندازی شده است.

الف-۴،۱۱ 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 مقایسه‌ای آورده شود.

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
قابلیت انعطاف پذیری	دارد و به دانشگاه موكول شده است.	دارد و تعریف شده‌تر است و به تصویب سطوح نظارتی بالاتر موكول شده است.
ارجحیت نیروی درمانی به نیروی‌های ستادی	بالقوه می‌توانند ارجحیت داشته باشند. بستگی به تصمیم مدیران بیمارستان و	کاملاً ارجحیت دارند و تعریف شده است.

	دانشگاه دارد.	
میزان پرداخت از کارکرد	۱۸-۲۰ درصد کارکرد حق‌العلاج و حق‌العمل به‌اضافه 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 حساس‌تر 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 پایه‌گذاری شدن بر اساس نظام FFS.

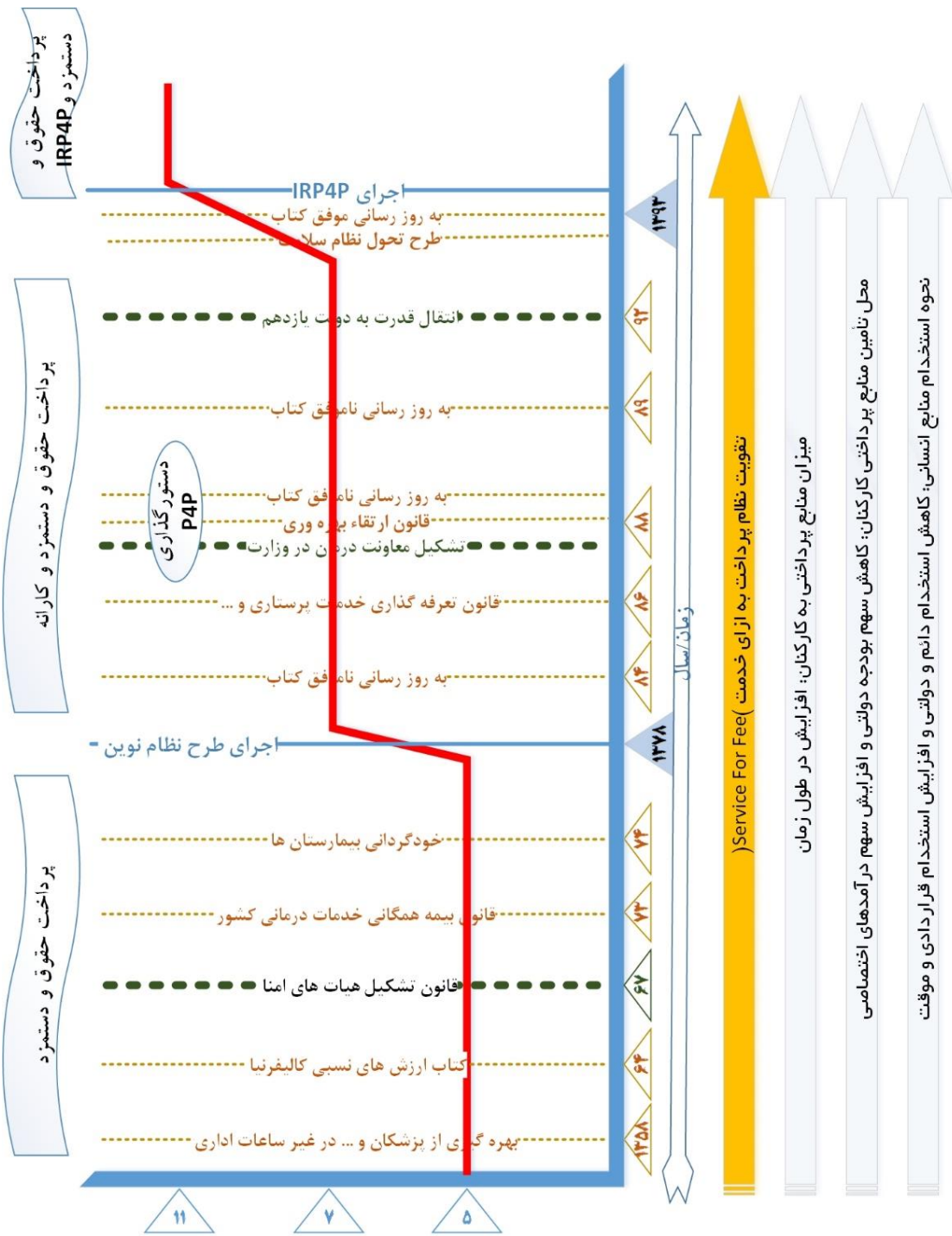
الف-۵ تغییرات نظام‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران پس از انقلاب

با استناد به یافته‌های فوق، 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- پرداخت حقوق (قبل از ۱۳۷۸) به طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور (از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۳)

ب- تبدیل به نظام پرداخت عملکردی (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 ادامه نمودار تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی کارکنان غیرپزشک و علل تغییر آن‌ها آورده شده است.



تغییرات روش‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران در طول سه دهه

تعداد شاخص‌های تعیین‌کننده دریافتی کارکنان

الف- ۵,۱ نظام پرداخت FFS و تقویت‌کننده‌های آن

کمبود نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی و لزوم بالا بردن کارایی منابع موجود در حوزه سلامت، کشور ناگزیر از به‌کارگیری نظام FFS در مراکز درمانی است. «به‌شرط آنکه ما نیرو به‌اندازه کافی داشته باشیم، استاد به‌اندازه کافی داشته باشیم، وجدان کاری به‌اندازه کافی داشته باشیم و وقتی هم که نداریم همان FFS از همه بهتر هست» (کد ۸). چراکه این موضوع باعث افزایش تعداد خدمات می‌گردد «اگر FFS باشد سعی می‌کنند که بیشترین کار را انجام بدهند، کمترین زمان را در واقع صرف کنند، صرفه‌جویی وقت را بکنند» (کد ۸).

اگرچه کمبود نیروی انسانی متعهد و دلسوز برای ارائه خدمات موردنیاز علت به‌کارگیری نظام پرداخت کارانه است. ولی این نقص نیز وجود دارد که در نظام سلامت ایران هیچ‌گونه نظارتی بر ارائه‌کنندگان خدمات به روش کارانه وجود ندارد. پزشکان و پرستاران باسابقه کاری در محیط بیمارستان و ستادهای دانشگاه و وزارت به تأکید بیان می‌کنند که بزرگ‌ترین و شاید تنها کنترل‌کننده نحوه مصرف خدمات سلامت در نظام سلامت ایران تنها و تنها «وجدان کاری پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان» است. «مگر کسی یک انسان خیلی، خیلی، خیلی باوجدانی باشد که تحت تحریکات مادی اقدام به کارهای خاصی نکند والا راه برای همه چی باز است» (کد ۹).

در کنار اثرات منفی‌ای که ممکن است نظام پرداخت FFS داشته باشد، برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کنند که پیشرفت حال حاضر ایران در صنعت سلامت (خصوصاً در رشته‌های چشم، قلب و زیبایی) در مقایسه با سایر صنایع را از نتایج مثبت پرداخت FFS بیان کرده‌اند. «در حوزه سلامت [در مقایسه با صنعت کشاورزی، خودرو، ...] انصافاً در دنیا مقایسه کنیم اسم ما عقب‌مانده است؟ همین یک دلیل نشان می‌دهد که این سیستم [فی فور سرویس] آثار خوبی داشته است» (کد ۸)

از طرف دیگر، تشویق به ارائه خدمت بیشتر در نظام پرداخت FFS، باعث تحریک ارائه‌کنندگان خصوصاً در بخش خصوصی برای یادگیری و انتقال روش‌های جدید پزشکی و تجهیزات نوین به ایران بوده است. «پیشگام تحولمان در حوزه پزشکی بخش خصوصی در سنوات قبل بوده است پزشک‌ها خودشان می‌رفتند چیز یاد می‌گرفتند می‌آمدند در مطبشان و بیمارستان خصوصی خودشان راه می‌نداختند» (کد ۸). در ادامه حتی برخی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۸) نظام پرداخت FFS را عادلانه‌تر از سایر نظام‌ها می‌دانند و علت توصیف منفی آن برای نظام سلامت را در عدم توانایی نظام سلامت برای کنترل آن می‌دانند.

عدم کنترل نظام FFS، نظام سلامت ما را به توصیف مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۰) به یک نظام سلامت Open End تبدیل کرده است. بدین معنا که هرچقدر میزان هزینه در آن افزایش یابد، به دلیل تقاضا و ارائه سوء خدمات، باز کم است. در مورد نظام پرداخت FFS بدون کنترل «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.

الف-۱،۱،۵ ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی کالیفرنیا (۱۳۶۴)

یکی از عوامل تدوین نظام نوین، ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی کالیفرنیا - توسط آقای دکتر کلاتر معتمد - در نیمه اول دهه شصت (سال ۱۳۶۴) توسط معاونت سلامت وزارت و بزرگ‌تر شدن رویکرد FFS در بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی بود.

الف-۲،۱،۵ 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 پرداخت تقریباً سالاری بود و در بخش خصوصی ترکیبی از حقوق و FFS بود» (کد ۸).

نیاز به درآمد بیشتر و در نتیجه نیاز به ارائه خدمت بیشتر خودبه‌خود تحریک منابع انسانی و تجهیزاتی موجود را برای ارائه خدمات بیشتر در پی دارد. لذا یکی از عوامل مشروعیت اجرای نظام نوین، ایجاد برنامه خودگردانی بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی در سطح کشور بود.

الف-۳،۱،۵ به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی (۱۳۹۳)

پیش‌بینی این بود که به‌روزرسانی کتاب باعث افزایش تزیق منابع مالی به بیمارستان‌های کشور می‌شد. بررسی مستندات مرتبط با کتاب نشان می‌دهد که به‌طور کلی بعد از اجرایی شدن نظام نوین، کتاب ارزش‌های نسبی چهار بار ویرایش شده است. ویرایش‌های سال‌های 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 است.

الف-۴،۱،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 می‌گردد. به‌رحال باید توجه داشت که نحوه ابزار اجرای این برنامه نیز مانند کتاب ارزش نسبی است، به‌عبارت‌دیگر این قانون نیز با جزئی نمودن ارائه خدمات پرستاری به سمت تقویت نظام پرداخت FFS پیش می‌رود. البته باید توجه داشت که این قانون در زمان اجرای این طرح پژوهشی هنوز به‌طور کامل اجرایی نشده است.

الف-۲،۲،۵ پیش‌بینی افزایش منابع مالی قابل توزیع برای کارکنان

هم در مرحله گذار از پرداخت حقوق و هم در مرحله گذار از برنامه نظام نوین، برنامه و انتظار این بود که میزان دریافتی افراد افزایش یابد. در گذار اول به حقوق اولیه و رسمی کارکنان مبلغی به‌عنوان کارانه اضافه شد، اگرچه این مبلغ در مقایسه با حقوق خیلی زیاد نبود. در مرحله گذار دوم پیش‌بینی این بود که میزان کارانه دریافتی کارکنان افزایش یابد (حداقل برابر حقوق پایه شود).

الف-۵,۳ 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 درآمد 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 می‌آید دهه ۸۰ این عدد می‌رسد به پنجاه‌پنجاه، 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 تعرفه‌هاست» (کد ۱۳). این مسئله باعث شد تا کار مدیریت منابع مالی پرداختی به کارکنان از سطح دولت (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. درحالی که احتمالاً اگر موضوع در سطح دولت و تغییرات کشوری باقی می‌ماند دیرتر در دستور کار قرار می‌گرفت.

الف-۵,۴ تغییر در نوع استخدام افراد بکار گرفته‌شده 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 جلوگیری از جابجایی آن‌ها به بیمارستان‌های دیگر خصوصاً بخش خصوصی صورت گیرد.

الف-۵,۵ تصویب برخی قوانین بالادستی و هم‌تراز مربوطه

یکی از بزرگ‌ترین قوانین که به‌طور کلی حرکت آزادانه وزارت را نسبت به سایر وزارتخانه‌های دولت امکان‌پذیر کرده است، قانون اداره هیئت‌امانی وزارت، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه (قابل اجرا از سال ۱۳۶۷) است. طبق این قانون وظیفه تعیین نحوه درآمد و هزینه‌های درآمدهای اختصاصی به خود وزارت و سازمان‌های ذی‌ربط داده‌شده است. به نظر می‌رسد این قانون تا حد زیادی امکان راه‌اندازی برنامه پرداخت نظام نوین و در مرحله بعد نظام پرداخت PFP را امکان‌پذیر کرده است.

قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱۳۸۶) و قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت (۱۳۸۸) نیز به‌نوبه خود اختیارات و الزامات وزارت را برای ایجاد نظام پرداخت جدید در بیمارستان‌ها گسترده‌تر 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.

الف-۵,۶ ایجاد انگیزه برای کارکنان بالأخص 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 بالأخص پزشکان برای کار در بیمارستان فراهم نمی‌کرد، به خاطر حل این معضل و افزایش درآمد گروه متخصص پزشکان و کارکنان بیمارستان‌ها» (کد ۱۰).

ب- مقدمه

بخش کمی داده‌ها به‌طور کلی در دو بخش مرتب‌شده‌اند. گروه اول داده‌های دریافتی کارکنان قبل و بعد از مداخله، گروه دوم داده‌های دریافتی پزشکان قبل و بعد از مداخله.

ب-۱ بخش کارانه و اضافه‌کار پرسنل غیرپزشک، قبل و بعد**ب-۱،۱ پرداخت اضافه‌کار و کارانه قبل از اجرای برنامه****ب-۱،۱،۱ توصیف داده‌ها**

داده ثانویه مرتبط با مجموع میانگین کارانه و میانگین اضافه‌کار ۱۳۹۳ جمع‌آوری گردید. در مجموع داده‌های قابل‌استفاده بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور شامل داده‌های ۷۶۳۸ بوده‌اند. به‌منظور حفظ محرمانگی داده‌ها اسامی بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها گزارش نشده است.

ب-۱،۱،۲ کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

بیمارستان‌هایی که داده‌های آن‌ها قابل‌استفاده بوده است دو نوع فعالیت داشته‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های آموزشی درمانی و پژوهشی بوده‌اند (۷۲ درصد) لذا عمده داده‌های کارکنان از بیمارستان‌هایی با نوع فعالیت آموزشی درمانی بوده است (۸۰ درصد)

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان قبل از اجرای برنامه

نوع فعالیت بیمارستان	تعداد کارکنان	درصد کارکنان به کل	تعداد بیمارستان	درصد تعداد بیمارستان به کل
آموزشی درمانی، پژوهشی	۶۱۱۲	۸۰	۱۳	۷۲
درمانی	۱۵۲۶	۲۰	۵	۲۸

ب-۱،۱،۳ کارکنان و بیمارستان به تفکیک تخصص بیمارستان

بیمارستان‌هایی که داده‌های آن‌ها قابل‌استفاده بوده است در هفت نوع تخصص فعالیت می‌کرده‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های عمومی بوده‌اند (۶۶ درصد) لذا عمده داده‌های کارکنان از بیمارستان‌های عمومی بوده است (۸۴،۷ درصد)

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

کد تخصص	تخصص بیمارستان	تعداد کارکنان	درصد تعداد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
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
۷	سرطان و انکولوژی	۱۵۵	۲	۱	۵
۸	سوانح و سوختگی	۱۶۶	۲،۲	۱	۵

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

کد تخصص	تخصص بیمارستان	تعداد کارکنان	درصد تعداد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
۹	عمومی	۶۴۷۲	۸۴,۷	۱۲	۶۶

ب- ۱,۱,۴ کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

بیمارستان‌هایی که داده‌های آن‌ها قابل استفاده بوده است از لحاظ تعداد تخت در ۵ دسته تقسیم شده‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های گروه یک بوده‌اند (۳۹ درصد) و بیمارستان‌های گروه پنج کمترین تعداد را داشته‌اند (۱۱ درصد)؛ اما با توجه به تعداد کارکنان بیمارستان‌ها، بیشترین تعداد کارکنان در بیمارستان‌های گروه سه (۳۵,۸ درصد) و کمترین تعداد کارکنان از بیمارستان‌های گروه دو (۱۰,۶ درصد) بوده است.

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل از اجرای برنامه

گروه	تعداد تخت	تعداد کارکنان	درصد تعداد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
یک	۱-۱۰۰	۱۶۲۲	۲۱,۲	۷	۳۹
دو	۱۰۱-۲۵۰	۸۱۱	۱۰,۶	۲	۱۱
سه	۲۵۱-۴۰۰	۲۷۳۸	۳۵,۸	۷	۳۹
چهار	۴۰۱-۵۵۰	-	-	-	-
پنج	بالاتر از ۵۵۱	۲۴۶۷	۳۲,۳	۲	۱۱
کل		۷۶۳۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰

ب-۱,۱,۵ کارکنان به تفکیک جنسیت

جدول زیر جنسیت کارکنانی که داده‌های آن‌ها قابل استفاده بوده است را نشان می‌دهد. زنان حدود ۲۰ درصد بیشتر از مردان بوده‌اند.

توصیف کارکنان بر اساس جنسیت قبل از اجرای برنامه

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۲۸۷۴	۳۷,۶
زن	۴۷۴۶	۶۲,۴
کل	۷۶۳۸	۱۰۰۰

ب-۱,۱,۶ محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد

بخش محل فعالیت کارکنان در دو گروه کلی بخش‌های بالینی و واحدهای پشتیبانی تقسیم شده‌اند. عمده کارکنان در بخش‌های بالینی (۳,۶۰ درصد) فعالیت داشته‌اند؛ داده‌های محل فعالیت ۲۱ درصد از کارکنان نامشخص بود.

توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد قبل از اجرای برنامه

بخش/واحد	تعداد	درصد
بالینی	۴۶۰۷	۶۰,۳
پشتیبانی	۱۲۶۵	۱۶,۶
نامشخص	۱۷۶۶	۲۳,۱
کل	۷۶۳۸	۱۰۰

ب-۱،۱،۶،۱ کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش‌های بالینی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس سختی کار بخش بوده است. جدول زیر نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد از کارکنان در دو گروه ۵ و ۴ فعالیت می‌کرده‌اند.

توصیف کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی قبل از اجرای برنامه

گروه	بخش بالینی	تعداد	درصد
۱	درمانگاه، بخش سربایی اعتیاد (MMT)	۱۲۷	۲،۸
۲	بخش سربایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EMG.EEG)، اکوکاردیوگرافی و...، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه)	۱۴۸	۳،۲
۳	بخش سربایی پزشکی هسته‌ای، بخش سربایی رادیوتراپی-آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخش‌های اسکویی	۵۹۱	۱۲،۸
۴	بخش‌های جراحی بزرگسالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبت‌های پس از زایمان (Post-Partum) و Post CCU	۲۵۷	۷،۷
۵	انواع بخش‌های داخلی (بزرگسالان، اطفال و نوزادان)، عفونی، ICU Intermediate، روان پزشکی، جراحی پیوند، جراحی قلب اطفال، بخش‌های جراحی توراکس، جراحی اطفال و نوزادان، جراحی قلب بزرگسالان، جراحی مغز و اعصاب و CCU	۱۰۴۱	۲۲،۶
۶	بخش‌های سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و هماتولوژی، شیمی‌درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته‌ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی بیوگرام سل	۱۱۵۵	۲۵،۱
۷	انواع بخش ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (به‌جز موارد اشاره‌شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۲	۵۶۰	۱۲،۲
۸	اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند	۶۲۸	۱۳،۶
کل		۴۶۰۷	۱۰۰

ب-۱،۱،۶،۲ کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس سختی کار واحد بوده است. جدول زیر نشان می‌دهد حدود ۵۵ درصد از کارکنان در دو واحد ۴ و ۳ بوده‌اند.

توصیف کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان قبل از اجرای برنامه

گروه	واحد پشتیبانی	تعداد	درصد
۱	واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاط‌خانه و تایپ	۷۵	۵،۹
۲	واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان	۲۱	۱،۷
۳	واحدهای امور انبارها، جمع‌داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی	۹۴	۷،۴
۴	واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و طب کار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساختمان و آتش‌نشانی) تأسیسات،	۴۲۱	۳۳،۳

گروه	واحد پشتیبانی	تعداد	درصد
	تحقیق و توسعه، برنامه‌ریزی، نگهداری و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادها، امور حقوقی و رختشوی‌خانه (لندری)		
۵	واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی	۲۸۹	۲۲,۸
۶	واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه گری، ترخیص و اقتصاد درمان	۲۲۹	۱۸,۱
۷	دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به‌صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)	۱۱۳	۸,۹
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
	کل	۱۲۶۵	۱۰۰

لازم به ذکر است که محل فعالیت ۱۷۶۶ نفر از کارکنان در اطلاعات جمع‌آوری شده مشخص نشده بود.

ب- ۱,۱,۶,۳ شغل کارکنان در بخش‌های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش‌های بالینی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس نوع کار فرد بوده است. این جدول نشان می‌دهد که کارکنان عمدتاً (۸۱,۱ درصد) در گروه ۴ بوده‌اند. برای گروه‌های یک و سه اطلاعات ثبت شده وجود نداشتند.

توصیف شغل کارکنان در بخش‌های بالینی قبل از اجرای برنامه

گروه	شغل بالینی	تعداد	درصد
۱	سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل	-	-
۲	سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسین‌های داروخانه، مسئولین واحدهای توان‌بخشی و پیراپزشکی	۳۹	۱,۵
۳	جانشین سرپرستار یا جانشین مسئول بخش‌های پاراکلینیک یا تشخیصی و مسئول کارشناسان یا تکنیسین‌های بیهوشی اتاق عمل و مسئول پمپیستها	-	-
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- گروه پرستاری	۲۰۹۶	۸۱,۱
۵	بهیار	۱۰۳	۴
۶	منشی بخش	۱۲۱	۴,۷
۷	کمک بهیار	۴۹	۱,۹
۸	نیروهای خدماتی بخش	۱۷۷	۶,۸
	کل	۲۵۸۶	۱۰۰

ب-۱,۱,۶,۴ شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس نوع کار فرد بوده است. این جدول نشان می‌دهد که کارکنان عمدتاً در بخش گروه ۵ یعنی «کارکنان واحد» بوده‌اند.

توصیف شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی قبل از اجرای برنامه

گروه	شغل	تعداد	درصد
۱	رئیس/مدیرعامل بیمارستان	-	-
۲	مترون، مدیر، معاونین بیمارستان	۶	۰,۶
۳	سوپروایزرهای بیمارستان (در گردش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی)	۲۸	۲,۹
۴	رئیس واحد	۳۸	۳,۲
۵	کارکنان واحد	۶۹۸	۶۴,۱
۶	مسئول دفتر	۱۶	۱,۸
۷	منشی واحد	۱۰۰	۷,۹
۸	نیروهای خدماتی	۲۴۵	۱۹,۴
	کل	۱۲۶۵	۱۰۰

لازم به ذکر است در مواردی که تعداد نوع شغل‌های ثبت‌شده با تعداد کل پرسنل در بخش‌های پشتیبان و درمان همخوانی ندارد، ناشی از عدم ثبت اطلاعات آنان بوده است.

ب-۱,۱,۷-۱ نوع استخدام کارکنان

در میان داده‌های کارکنان، رابطه استخدامی ۱۵۳۷ نفر از کارکنان ثبت‌شده بود. در این میان عمده کارکنان به صورت قراردادی (قانون کار، تبصره ۳ و ۴) بوده‌اند (۴۰,۳٪).

توصیف کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان قبل از اجرای برنامه

گروه	رابطه استخدامی	تعداد	درصد
۱	پیمانی	۲۶۱	۳,۴
۲	رسمی	۴۵۳	۵,۹
۴	طرحی	۱۳۵	۱,۸
۵	قراردادی قانون کار	۴	۰,۱
۶	تبصره ۳	۳۷۰	۴,۸
۷	تبصره ۴	۲۴۴	۳,۲
۱۴	مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	۷۰	۰,۹
	نامشخص	۶۱۰۱	۷۹,۹
	کل	۷۶۳۸	۱۰۰

ب- ۱,۱,۸ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

بررسی میانگین دریافتی تشویقی کارکنان در بیمارستان‌ها با آزمون T نشان داد که دریافتی افراد در بیمارستان‌های آموزشی درمانی، پژوهشی به‌طور معنادار بیشتر از دریافتی کارکنان بیمارستان‌های درمانی است ($pvalue < 0,001$). این تفاوت می‌تواند به دلیل امکان ارائه خدمات بیشتر در بیمارستانی‌های آموزشی درمانی و پژوهشی باشد. یکی از دلایل پایین بودن میانگین دریافتی در بیمارستان‌های درمانی به نسبت بیمارستان آموزشی به علت پایین بودن تعداد تخت و یا تک تخصصی بودن این نوع بیمارستان‌هاست.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

Sig	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نوع فعالیت بیمارستان
<0,001	۳,۹۲۸,۸۵۲	۶,۱۳۲,۸۵۷	۶۱۱۲	آموزشی درمانی، پژوهشی
	۳,۰۰۱,۸۵۰	۴,۷۵۲,۰۱۷	۱۵۲۶	درمانی
			۷۶۳۸	کل

ب- ۱,۱,۹ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان

میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های عمومی (۶,۰۱۵,۲۷۶ ریال) به‌طور معناداری از دریافتی کارکنان بیمارستان‌های تک تخصصی (۴,۹۷۸,۳۳۳ ریال) بیشتر است ($pvalue < 0,001$). بین انواع تخصص‌های بیمارستان‌های تک تخصصی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,001$). در میان بیمارستان‌های تک تخصصی کارکنان بیمارستان سرطان و انکولوژی بیشترین و کارکنان بیمارستان‌های اطفال کمترین دریافتی را داشته‌اند.

در میان بیمارستان‌های تک تخصص، به ترتیب کارکنان بیمارستان‌های سرطان و انکولوژی، چشم‌پزشکی، روان‌پزشکی، سوانح و سوختگی، زنان و زایمان و اطفال بیشترین دریافتی‌ها را داشته‌اند.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

Sig	انحراف معیار	میانگین	تعداد کارکنان	تخصص بیمارستان	گروه
<0,001	۲,۴۰۷,۴۸۳	۴,۲۵۹,۴۷۸	۲۵۹	اطفال	زنان و زایمان
	۲,۳۹۲,۰۰۷	۵,۶۶۰,۷۰۷	۲۲۸	چشم‌پزشکی	
	۳,۱۶۲,۸۳۸	۴,۹۳۵,۳۹۱	۱۲۲	روان‌پزشکی	
	۳,۰۲۸,۶۳۰	۴,۵۳۸,۵۰۵	۲۳۶	زنان و زایمان	
	۲,۴۱۷,۴۴۱	۵,۹۸۲,۳۱۰	۱۵۵	سرطان و انکولوژی	
	۲,۹۱۵,۳۸۷	۴,۸۸۲,۰۹۱	۱۶۶	سوانح و سوختگی	
	۲,۷۶۴,۹۲۸	۴,۹۷۸,۳۳۲	۱۱۶۶	کل تک تخصصی	
<0,001	۳,۹۳۹,۵۵۱	۶,۰۱۵,۲۷۶	۶۴۷۲	عمومی	عمومی

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که بین نمره میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های اطفال با چشم‌پزشکی و سرطان و انکولوژی ($pvalue < 0,001$)؛ بین بیمارستان‌های چشم‌پزشکی و زنان و زایمان ($pvalue < 0,001$)؛ بین بیمارستان‌های زنان و زایمان و سرطان و انکولوژی ($pvalue < 0,001$) و بین بیمارستان‌های سرطان و انکولوژی و سوانح و سوختگی ($pvalue = 0,004$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تخصص بیمارستان

Sig	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	تخصص	
			۴	۲
<0,001	۲۴۵,۲۸۴	-۱,۴۰۱,۲۲۹	۴	۲
<0,001	۲۷۴,۲۸۷	-۱,۷۲۲,۸۳۲	۷	
<0,001	۲۵۰,۸۱۷	۱,۱۲۲,۲۰۱	۶	۴
0,018	۳۲۶,۹۰۱	-۱,۰۴۶,۹۱۸	۷	۵
<0,001	۲۷۹,۲۴۷	-۱,۴۴۳,۸۰۵	۷	۶
0,004	۳۰۱,۶۸۵	۱,۱۰۰,۲۱۹	۸	۷

۲: اطفال؛ ۴: چشم‌پزشکی؛ ۵: روان‌پزشکی؛ ۶: زنان و زایمان؛ ۷: سرطان و انکولوژی؛ ۸: سوانح و سوختگی
* در نمونه اول برای مثال ۴-۲.

ب- ۱,۱,۱۰ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

در میان ۵ گروه کارکنان که بیمارستان آن‌ها بر اساس تعداد تخت دسته‌بندی شده بود، کارکنان بیمارستان‌های گروه سوم بیشترین (۶,۴۵۱,۱۸۳ ریال) و کارکنان بیمارستان‌های گروه یک کمترین (۴,۶۵۴,۵۸۵ ریال) دریافتی را داشته‌اند.

به ترتیب گروه سوم، پنجم، دوم و اول بیشترین دریافتی را داشته‌اند. میزان دریافتی‌ها در بیمارستان‌هایی با تعداد تخت متفاوت، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($pvalue < 0,001$).

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل از اجرای برنامه

گروه	تعداد تخت	تعداد کارکنان	میانگین	انحراف معیار	Sig
یک	۱۰۰-۱	۱۶۲۲	۴,۶۵۴,۵۸۵	۲,۵۹۷,۳۷۲	<0,001
دو	۲۵۰-۱۰۱	۸۱۱	۵,۴۲۹,۵۵۹	۳,۴۸۲,۹۶۹	
سه	۴۰۰-۲۵۱	۲۷۳۸	۶,۴۵۱,۱۸۳	۳,۷۶۵,۳۴۷	
چهار	۵۵۰-۴۰۱	-	-	-	
پنج	بالتر از ۵۵۱	۲۴۶۷	۶,۱۲۸,۵۵۹	۴,۳۷۴,۵۱۶	
کل					

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.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

Sig	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	تعداد تخت	
<0,001	۱۶۰,۸۲۶	- ۷۷۴,۹۷۴	۲	۱
<0,001	۱۱۷,۱۷۱	- ۲,۷۹۶,۵۹۸	۳	
<0,001	۱۱۹,۵۴۲	- ۱,۴۷۳,۹۷۳	۵	
<0,001	۱۴۹,۵۰۲	- ۱,۰۲۱,۶۲۳	۳	۲
<0,001	۱۵۱,۳۶۷	- ۶۹۸,۹۹۸	۵	
<0,001	۱۰۳,۸۰۸	۳۲۲,۶۲۴	۵	۳

یک: ۱-۱۰۰ تخت؛ دو: ۲۵۰-۱۰۱ تخت؛ سه: ۴۰۰-۲۵۱ تخت؛ پنج: بالاتر از ۵۵۱ تخت
* در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب-۱,۱,۱۱ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک جنسیت

دریافتی کارکنان زن و مرد تا حدود زیادی برابر بوده است و اختلاف ناچیز بین آن‌ها نیز معنادار نبود ($pvalue = 0,073$).

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک جنسیت قبل از اجرای برنامه

Sig	انحراف معیار	میانگین	تعداد کارکنان	جنسیت
0,073	۳,۹۶۵,۸۱۶	۵,۸۰۳,۴۶۵	۲۸۷۴	مرد
	۳,۶۹۹,۸۴۶	۵,۸۸۹,۲۶۱	۴۷۶۴	زن

ب-۱,۱,۱۲ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش/واحد

دریافتی کارکنان بخش‌های 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.

توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد قبل از اجرای برنامه

Sig	انحراف معیار	میانگین	تعداد کارکنان	بخش/واحد
<0,001	۳,۴۱۳,۲۵۷	۵,۶۶۴,۷۹۰	۴۶۰۷	بالینی
	۳,۵۳۸,۲۲۷	۵,۲۸۱,۹۶۴	۱۲۶۵	پشتیبانی

با توجه به میانگین دریافتی در هر گروه، با افزایش شماره گروه (دشواری کار بخش) میزان دریافتی افراد بخش نیز افزایش یافته است ولی گروه اول از این امر مستثنا هستند. نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که صرفاً بین میانگین دریافتی کارکنان گروه یک و پنج از گروه‌های شش، هفت و هشت به‌طور معناداری کمتر دریافت می‌کرده‌اند و گروه دوم به‌طور معناداری از تمام گروه‌های دیگر (به‌جز گروه یک) دریافتی کمتری دارند؛ گروه سه به‌طور معناداری از گروه‌های هفت و هشت دریافتی کمتری دارد؛ به‌طور خلاصه می‌توان بیان کرد که گروه‌های هفت و هشت به‌طور معناداری از همه گروه‌ها دریافتی بیشتری داشته‌اند

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش بالینی

Sig.	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	بخش بالینی	
۰,۰۱	۳۱۶,۴۸۸	-۱,۰۶۲,۵۶۰	۶	۱
۰,۰۰۲	۳۳۲,۷۲۸	-۱,۳۰۸,۵۹۲	۷	
۰,۰۲	۳۲۹,۳۸۱	-۱,۳۶۹,۳۷۴	۸	
۰,۰۰۲	۴۰۹,۴۸۷	-۱,۲۱۹,۳۹۹	۳	۲
۰,۰۰۱	۳۱۱,۱۷۵	-۱,۳۳۳,۶۳۸	۴	
۰,۰۲۴	۲۹۷,۴۰۰	-۹۷۱,۵۴۱	۵	
<۰,۰۰۱	۲۹۵,۵۶۸	-۱,۶۲۶,۲۸۹	۶	
<۰,۰۰۱	۳۱۲,۸۹۵	-۱,۸۷۲,۳۲۲	۷	
<۰,۰۰۱	۳۰۹,۳۳۳	-۱,۹۳۳,۱۰۴	۸	
۰,۰۲۴	۱۹۹,۶۴۴	-۶۵۲,۹۲۳	۷	۳
۰,۰۰۶	۱۹۴,۰۱۵	-۷۱۳,۷۰۴	۸	
<۰,۰۰۱	۱۴۴,۶۷۹	-۶۵۴,۷۴۷	۶	۵
<۰,۰۰۱	۱۷۷,۴۱۲	-۹۰۹,۷۸۰	۷	
<۰,۰۰۱	۱۷۱,۰۵۲	-۹۶۱,۵۶۲	۸	

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب- ۱,۱,۱۴ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان
 بیشترین دریافتی برای گروه هفت (۹,۰۰۳,۸۳۳ ریال) و کمترین دریافتی برای گروه یک (۳,۵۶۸,۹۷۳ ریال) بوده
 است. تفاوت معناداری بین برخی از گروه‌ها مشاهده شد ($pvalue < 0,001$).

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان قبل از اجرای برنامه

گروه	واحد پشتیبانی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	.Sig
۱	واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاطخانه و تایپ	۷۵	۳,۵۶۸,۹۷۳	۲,۲۷۰,۴۷۰	<۰,۰۰۱
۲	واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان	۲۱	۴,۵۱۰,۷۱۰	۳,۲۲۹,۶۴۵	
۳	واحدهای امور انبارها، جمع داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی	۹۴	۵,۴۵۳,۴۶۱	۲,۹۶۶,۹۲۴	
۴	واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و طب کار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساختمان و آتش نشانی) تأسیسات، تحقیق و توسعه، برنامه‌ریزی، نگهداری و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادهای، امور حقوقی و رختشوی خانه (لندری)	۴۲۱	۴,۷۸۷,۵۶۲	۲,۷۸۹,۱۷۳	
۵	واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی	۲۸۹	۴,۲۷۷,۰۱۸	۲,۶۸۹,۴۸۶	
۶	واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه‌گری، ترخیص و اقتصاد درمان	۲۲۹	۶,۰۱۲,۳۳۹	۳,۴۵۹,۰۰۰	
۷	دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)	۱۱۳	۹,۰۰۳,۸۳۳	۵,۶۳۶,۹۴۲	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) در جدول ذیل تفاوت‌های معنادار بین میانگین دریافتی کارکنان در میان گروه‌های مختلف را نشان می‌دهد. کمترین این تفاوت ۱,۷۳۵,۳۲۱ ریال بین گروه‌های ۵ و ۶ بوده است.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک واحد پشتیبانی

Sig	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	واحد فعالیت
۰,۰۰۵	۵۰۶,۲۵۶	- ۱,۸۸۴,۴۸۷	۳
<۰,۰۰۱	۴۳۵,۰۲۱	- ۲,۴۴۳,۳۶۵	۶
<۰,۰۰۱	۴۸۷,۰۰۲	- ۵,۴۳۴,۸۵۹	۷
<۰,۰۰۱	۷۷۷,۰۰۷	- ۴,۴۹۳,۱۲۲	۷
<۰,۰۰۱	۴۵۶,۴۶۱	- ۳,۵۵۰,۳۷۱	۷
<۰,۰۰۱	۲۶۸,۴۸۴	- ۱,۲۲۴,۷۷۶	۶
<۰,۰۰۱	۳۴۶,۴۲۷	- ۴,۲۱۶,۲۷۰	۷
<۰,۰۰۱	۲۸۹,۲۸۱	- ۱,۷۳۵,۳۲۱	۶
<۰,۰۰۱	۳۶۲,۷۸۲	- ۴,۷۲۶,۸۱۴	۷
<۰,۰۰۱	۳۷۵,۹۰۴	- ۲,۹۹۱,۴۹۳	۷

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب- ۱,۱,۱۵ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان

کارکنان با رابطه گروه چهارده بالاترین (۶,۶۷۱,۷۸۸ ریال) و کارکنان با رابطه گروه چهار کمترین دریافتی (۳,۵۴۳,۶۳۷ ریال) را داشته‌اند و بین دریافتی انواع روابط استخدامی تفاوت معناداری وجود داشت.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام قبل از اجرای برنامه

Sig	انحراف معیار	میانگین	تعداد	رابطه استخدامی	کد گروه
<۰,۰۰۱	۲,۷۱۰,۸۲۰	۵,۳۱۲,۰۶۴	۲۶۱	پیمانی	۱
	۳,۲۹۰,۷۰۶	۵,۸۹۶,۹۲۸	۴۵۳	رسمی	۲
	۱,۹۰۸,۱۸۹	۳,۵۴۳,۶۳۷	۱۳۵	طرحی	۴
	۲,۷۰۴,۵۲۸	۴,۶۸۸,۰۴۳	۳۷۰	تبصره ۳	۶
	۱,۵۸۱,۶۰۱	۳,۶۸۶,۵۷۳	۲۴۴	تبصره ۴	۷
	۲,۶۶۰,۱۸۵	۶,۶۷۱,۷۸۸	۷۰	مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و سایر	۱۴

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهد که تفاوت‌های میانگین بین اکثر گروه‌ها معنادار است. کمترین این تفاوت ۱۳۴۸۲۶۶ ریال بین گروه یک و هفت بوده است.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی

Sig.	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	رابطه استخدام	
<.,.001	۲۸۵,۴۶۹	۱,۷۶۸,۴۲۶	۴	۱
<.,.001	۲۳۹,۷۸۸	۱,۶۲۵,۴۹۰	۷	
.,.003	۳۶۲,۴۴۶	- ۱,۳۵۹,۷۲۴	۱۴	
<.,.001	۲۶۴,۰۴۰	۲,۳۵۳,۲۹۱	۴	۲
<.,.001	۱۸۸,۶۸۹	۱,۲۰۸,۸۸۵	۶	
<.,.001	۲۱۳,۸۳۱	۲,۲۱۰,۳۵۴	۷	
<.,.001	۳۹۶,۶۰۶	- ۳,۱۲۸,۱۵۱	۱۴	۴
<.,.001	۲۲۲,۰۶۸	۱,۰۰۱,۴۶۹	۷	۶
<.,.001	۳۵۰,۹۷۴	- ۱,۹۸۳,۷۴۵	۱۴	
<.,.001	۳۶۵,۱۰۶	- ۲,۹۸۵,۲۱۴	۱۴	۷

* در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب-۱,۲ پرداخت اضافه کار و کارانه بعد از اجرای برنامه

ب-۱,۲,۱ کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

داده‌های بیمارستان‌ها در دو نوع فعالیت دسته‌بندی شده‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های آموزشی درمانی بوده‌اند (۶۷,۶ درصد) لذا عمده داده‌های کارکنان نیز از این نوع بیمارستان‌ها بوده است (۸۰,۸ درصد).

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان بعد از اجرای برنامه

کد فعالیت	نوع فعالیت	تعداد کارکنان	درصد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
۱	آموزشی درمانی، پژوهشی	۱۹۶۴۶	۸۰,۸	۲۵	۶۷,۶
۳	درمانی	۴۶۷۹	۱۹,۲٪	۱۲	۳۲,۴٪
	کل	۲۴۳۲۵	۱۰۰,۰٪	۳۷	۱۰۰,۰٪

ب-۱,۲,۲ کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان

داده‌های بیمارستان‌ها در هفت نوع تخصص دسته‌بندی شده‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های عمومی بوده‌اند (۷۱ درصد) لذا عمده داده‌های کارکنان نیز از بیمارستان‌هایی با تخصص عمومی بوده است (۸۲,۳ درصد).

توصیف کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان بعد از اجرای برنامه

کد نوع تخصص	عنوان تخصص	تعداد کارکنان	درصد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
۲	ارتوپدی	۱۰۶۵	۴,۴	۱	۳,۲
۴	چشم	۴۱۲	۱,۷	۱	۳,۲
۵	روان‌پزشکی	۱۰۰۳	۴,۱	۱	۳,۲
۶	زنان و زایمان	۱۰۳۰	۴,۲	۲	۶,۵
۷	سرطان و انکولوژی	۴۳۴	۱,۸	۲	۶,۵
۸	سوانح و سوختگی	۳۶۹	۱,۵	۲	۶,۵
۹	عمومی	۲۰۰۱۲	۸۲,۳	۲۲	۷۱
	کل	۲۴۳۲۵	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

ب-۱,۲,۳ کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

بیمارستان‌ها از لحاظ تعداد تخت در ۵ دسته تسهیم شده‌اند. عمده آن‌ها بیمارستان‌های گروه یک بوده‌اند (۳۷,۵٪) و بیمارستان‌های گروه پنج و چهار کمترین تعداد را داشته‌اند (۶,۳٪)؛ اما با توجه به تعداد کارکنان آن‌ها، بیشترین تعداد کارکنان در بیمارستان‌های گروه سه (۲۸,۲ درصد) و کمترین تعداد کارکنان از بیمارستان‌های گروه چهار (۸ درصد) بوده است.

توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان بعد از اجرای برنامه

گروه	تعداد تخت	تعداد کارکنان	درصد کارکنان	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان
۱	۱-۱۰۰	۴۰۱۷	۱۶,۵	۱۲	۳۷,۵
۲	۱۰۱-۲۵۰	۶۲۱۲	۲۵,۵	۱۰	۳۱,۳
۳	۲۵۱-۴۰۰	۶۸۶۰	۲۸,۲	۶	۱۸,۸
۴	۴۰۱-۵۵۰	۱۹۵۷	۸	۲	۶,۳
۵	بالاتر از ۵۵۱	۵۲۷۹	۲۱,۷	۲	۶,۳
	کل	۲۴۳۲۵	۲۴۳۲۵	۱۰۰,۰	۳۲

ب-۱,۲,۴ کارکنان به تفکیک جنسیت

جدول زیر جنسیت کارکنان را نشان می‌دهد. عمده آنان را زنان (۶۰,۱ درصد) تشکیل می‌دهند.

توصیف کارکنان بر اساس جنسیت بعد از اجرای برنامه

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۹۷۱۴	۳۹,۹
زن	۱۴۶۱۱	۶۰,۱
کل	۲۴۳۲۵	۱۰۰

ب-۱,۲,۵ محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد

بخش محل فعالیت کارکنان در دو گروه کلی بخش‌های بالینی و واحدهای پشتیبانی تقسیم شده‌اند. عمده آن‌ها در بخش‌های بالینی (۷۴ درصد) فعالیت داشته‌اند.

محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد بعد از اجرای برنامه

بخش/واحد	تعداد	درصد
بالینی	۱۸۰۰۸	۷۴
پشتیبانی	۶۳۱۷	۲۶
کل	۲۴۳۲۵	۱۰۰

ب-۱,۲,۵,۱ کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش‌های بالینی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس سختی کار بخش بوده است. جدول زیر نشان می‌دهد که کارکنان عمدتاً در گروه ۵ و ۶ قرار دارند (۵۵ درصد).

توصیف کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی بعد از اجرای برنامه

گروه	بخش بالینی	تعداد	درصد
۱	درمانگاه، بخش سرپایی اعتیاد (MMT)	۸۷۵	۴,۹
۲	بخش سرپایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EMG, EEG)، اکوکاردیوگرافی و...، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه)	۵۱۳	۲,۸
۳	بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، بخش سرپایی رادیوتراپی-آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخش‌های اسکوپ	۲۰۱۷	۱۱,۲
۴	بخش‌های جراحی بزرگ‌سالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبت‌های پس از زایمان (Post-Partum) و Post CCU	۱۸۳۰	۱۰,۲
۵	انواع بخش‌های داخلی (بزرگ‌سالان، اطفال و نوزادان)، عفونی، Intermediate ICU، روان‌پزشکی، جراحی پیوند، جراحی قلب اطفال، بخش‌های جراحی توراکیس، جراحی اطفال و نوزادان، جراحی قلب بزرگ‌سالان، جراحی مغز و اعصاب و CCU	۳۹۶۰	۲۲,۰
۶	بخش‌های سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و هماتولوژی، شیمی‌درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته‌ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی‌بیوگرام سل	۴۱۵۶	۲۳,۱
۷	انواع بخش ICU شامل ICU بزرگ‌سالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (به جز موارد اشاره‌شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۳	۲۱۵۱	۱۱,۹
۸	اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند	۲۵۰۶	۱۳,۹
کل		۱۸۰۰۸	۱۰۰

ب- ۱,۲,۵,۲ کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبانی

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس سختی کار واحد بوده است. جدول زیر نشان می‌دهد که کارکنان عمدتاً در بخش گروه ۵ و ۴ بوده‌اند (حدود ۵۵٪).

توصیف کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان بعد از اجرای برنامه

گروه	واحد پشتیبانی	تعداد کارکنان	درصد کارکنان
۱	واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاط‌خانه و تایپ	۲۷۵	۴,۴
۲	واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان	۳۸۲	۶
۳	واحدهای امور انبارها، جمع داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی	۴۸۹	۷,۷
۴	واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و طب کار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساختمان و آتش‌نشانی)، تأسیسات، تحقیق و توسعه، برنامه‌ریزی، نگهداری و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادهای، امور حقوقی و رختشوی‌خانه (لندری)	۲۳۸۵	۳۷,۸
۵	واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی	۱۱۲۸	۱۷,۹
۶	واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه‌گری، ترخیص و اقتصاد درمان	۸۸۶	۱۴
۷	دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به‌صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)	۵۸۴	۹,۲
۸	حوزه مدیریت بیمارستان (شامل رئیس یا مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری (مترون)، مدیر مالی، مدیر یا معاون پشتیبانی و سایر معاونین بیمارستان)	۱۸۸	۳,۰
کل		۶۳۱۷	۱۰۰

ب- ۱,۲,۵,۳ شغل کارکنان در بخش‌های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش‌های بالینی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس نوع کار فرد بوده است. جدول زیر نشان می‌دهد که کارکنان عمدتاً در بخش گروه ۴ بوده‌اند (۶۴,۶ درصد). گروه یک نیز کمترین تعداد را به خود اختصاص داده است (۰,۱ درصد).

توصیف شغل کارکنان در بخش‌های بالینی بعد از اجرای برنامه

کد شغل	شغل بالینی	تعداد کارکنان	درصد کارکنان
۱	سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل	۱۲	۰,۱
۲	سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسین‌های داروخانه، مسئولین واحدهای توان‌بخشی و پیراپزشکی	۶۲۱	۳,۴
۳	جانشین سرپرستار یا جانشین مسئول بخش‌های پاراکلینیک یا تشخیصی و مسئول کارشناسان یا تکنیسین‌های بیهوشی اتاق عمل و مسئول پمپیستها	۴۴۴	۲,۵
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	۱۱۶۸۴	۶۴,۶
۵	بهیار	۸۲۷	۴,۶
۶	منشی بخش	۱۰۵۲	۵,۸
۷	کمک بهیار	۱۵۰۵	۸,۳
۸	نیروهای خدماتی بخش	۱۹۴۱	۱۰,۷
	کل	۱۷۹۷۳	۱۸۰,۸۶

ب- ۱,۲,۵,۴ شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته تقسیم‌بندی شده‌اند. این تقسیم‌بندی بر اساس نوع کار فرد بوده است. کارکنان عمدتاً در بخش گروه ۱۳ یعنی «کارکنان واحد» (۶۸,۵٪) بوده‌اند. کمترین تعداد داده‌ها نیز متعلق به گروه ۹ یعنی رئیس/مدیرعامل بیمارستان (۰,۳٪) است.

توصیف شغل کارکنان در بخش‌های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

کد شغل	شغل	تعداد	درصد
۹	رئیس/مدیرعامل بیمارستان	۱۹	۰,۳
۱۰	مترون، مدیر، معاونین بیمارستان	۱۰۸	۱,۷
۱۱	سوپروایزرهای بیمارستان (در گردش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی)	۳۸۰	۶,۱
۱۲	رئیس واحد	۷۵۵	۱۲,۱
۱۳	کارکنان واحد	۴۲۷۲	۶۸,۵
۱۴	مسئول دفتر	۵۷	۰,۹
۱۵	منشی واحد	۲۸	۰,۴
۱۶	نیروهای خدماتی	۶۲۰	۹,۹
کل		۶۳۲۷	۶۲۳۹

ب-۱,۲,۶ سابقه کاری کارکنان

میانگین و انحراف معیار سابقه کار کارکنان $10,16 \pm 8,11$ بوده است. حدود از ۵۵ درصد از کارکنان دارای سابقه کاری ۰-۹ سال بوده‌اند. افراد دارای سابقه بالاتر از ۳۰ سال نیز ۰,۶۴ درصد کل کارکنان را تشکیل داده‌اند.

توصیف سابقه کاری کارکنان بعد از اجرای برنامه

گروه	طیف سابقه /سال	تعداد	درصد
۱	۴-۰	۷۱۲۶	۲۹,۲
۲	۹-۵	۶۳۱۲	۲۵,۹
۳	۱۴-۱۰	۴۱۷۵	۱۷,۱
۴	۱۹-۱۵	۲۵۸۹	۱۰,۶
۵	۲۴-۲۰	۲۳۱۰	۹,۵
۶	۲۹-۲۵	۱۶۵۷	۶,۸
۷	<۳۰	۱۵۶	۰,۶
کل		۲۴۳۲۵	۲۴۳۲۵

ب-۱,۲,۷ تحصیلات کارکنان

در میان کارکنان، افراد با تحصیلات کارشناسی ۵۲,۱ درصد از کل کارکنان بوده‌اند. افراد با تحصیلات فلوشیپ و فوق تخصص نیز کمترین تعداد (۰,۰۲٪) را تشکیل داده‌اند.

توصیف تحصیلات کارکنان بعد از اجرای برنامه

کد تحصیلات	عنوان تحصیلات	تعداد	درصد
۱	فلوشیپ و فوق تخصص	۴	۰,۰۲
۲	دکتر-غیر پزشک (Ph.d.) و متخصص	۳۶	۰,۱
۳	پزشک، داروساز عمومی، دستیار سال پنجم، دندان‌پزشک عمومی	۷۰	۰,۳
۴	کارشناس ارشد	۵۵۸	۲,۳
۵	کارشناس	۱۲۶۶۸	۵۲,۱
۶	کاردان	۲۲۴۳	۹,۲
۷	دیپلم	۵۵۹۰	۲۳
۸	کمتر از دیپلم	۳۱۵۶	۱۳
کل		۲۴۳۲۵	۱۰۰

ب- ۱,۲,۸ رابطه استخدامی کارکنان

در میان کارکنان، عمده افراد به صورت رسمی (۲۵,۵ درصد) مشغول به کار بوده‌اند. بعدازآن رابطه استخدامی قراردادی (در انواع مختلف) عمده‌ترین نوع رابطه استخدامی را به خود اختصاص داده‌اند.

رابطه استخدامی کارکنان بعد از اجرای برنامه

کد رابطه استخدامی	رابطه استخدامی	تعداد	درصد
۱	پیمانی	۳۵۸۶	۱۴,۷
۲	رسمی	۶۲۰۶	۲۵,۵
۳	شرکتی	۷۲۳	۳,۰
۴	طرحی/ دستیار	۳۴۴۴	۱۴,۲
۵	قرارداد اداره کار	۴۲	۰,۲
۶	قرارداد تبصره ۳	۴۳۶۶	۱۷,۹
۷	قرارداد تبصره ۴	۴۵۷۵	۱۸,۸
۸	قرارداد معین	۱۰۶۲	۴,۴
۹	قرارداد معین غیر حرفه‌ای	۲۷۰	۱,۱
۱۰	قراردادهای پرکیس (مشارکتی)	۱۶	۰,۱
۱۱	متعهد به خدمت	۳۵	۰,۱
کل		۲۴۳۲۵	۱۰۰

ب- ۱,۲,۹ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

بررسی میانگین دریافتی تشویقی کارکنان در بیمارستان‌ها با آزمون تی نشان داد که دریافتی افراد در دو نوع بیمارستان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($pvalue < 0,001$). به ترتیب کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی، پژوهشی نسبت به کارکنان بیمارستان‌های درمانی دریافتی بیشتری داشته‌اند.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

Sig.	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نوع فعالیت بیمارستان
<0,001	۵,۳۰۳,۷۳۱	۵,۸۵۶,۹۱۱	۱۹۶۴۶	آموزشی درمانی، پژوهشی
	۴,۶۰۳,۸۸۳	۴,۰۷۰,۵۵۱	۴۶۷۹	درمانی

ب- ۱,۲,۱۰ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان

بین میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های عمومی (۵,۶۹۶,۸۰۱ ریال) و تک تخصصی (۴,۶۶۱,۸۶۲ ریال) تفاوت معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

بین انواع تخصص‌های بیمارستان‌های تک تخصصی نیز تفاوت معنادار است ($pvalue < 0,001$). در میان بیمارستان‌های تک تخصصی کارکنان بیمارستان‌های چشم، اطفال، سرطان و انکولوژی، زنان و زایمان، روان‌پزشکی و سوانح و سوختگی بیشترین دریافتی را داشته‌اند.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان بعد از اجرای برنامه

Sig.	انحراف معیار	میانگین	تعداد کارکنان	تخصص بیمارستان	گروه
<0,001	۵,۱۲۱,۶۴۵	۵,۳۴۶,۸۷۷	۱۰۶۵	اطفال	زنان و زایمان
	۶,۰۳۳,۶۸۸	۶,۴۵۲,۲۶۳	۴۱۲	چشم	
	۳,۸۶۰,۷۲۷	۳,۴۳۵,۰۲۷	۱۰۰۳	روان‌پزشکی	
	۴,۶۰۴,۵۸۷	۴,۹۴۳,۲۷۴	۱۰۳۰	زنان و زایمان	
	۳,۹۷۳,۰۸۲	۵,۳۱۸,۵۱۴	۴۳۴	سرطان و انکولوژی	
	۲,۸۱۷,۸۶۳	۲,۴۶۲,۶۳۷	۳۶۹	سوانح و سوختگی	
<0,001	۴,۶۸۷,۹۷۷	۴,۶۶۱,۸۶۲	۴۳۱۳	کل تک تخصصی	عمومی
	۵,۳۱۴,۷۹۷	۵,۶۹۶,۸۰۱	۲۰۰۱۲	عمومی	
	۵,۲۲۴,۰۴۶	۵,۵۱۳,۲۹۸	۲۴۳۲۵	کل	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که فقط بین نمره میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های زنان و زایمان با اطفال و سرطان و انکولوژی ($pvalue > 0,05$) تفاوت معناداری وجود ندارد بقیه بیمارستان‌های تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تخصص بیمارستان

Sig.	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	تخصص	
<0,001	۲۶۴,۳۰۴	-۱۱۰۵,۳۸۶	۴	۲
<0,001	۲۰۰,۴۴۱	۱,۹۱۱,۸۴۹	۵	
<0,001	۲۵۹,۴۲۹	۲۸,۳۶۳	۷	
<0,001	۲۷۵,۱۸۴	۲۸۸۴,۲۳۹	۸	
<0,001	۲۶۶,۵۷۳	۳,۰۱۷,۲۳۵	۵	۴
<0,001	۲۶۵,۵۵۴	۱,۵۰۸,۹۸۸	۶	
<0,001	۳۱۳,۳۵۰	۱,۱۳۳,۷۴۹	۷	
<0,001	۳۲۶,۵۱۳	۳,۹۸۹,۶۲۵	۸	
<0,001	۲۰۲,۰۸۶	-۱,۵۰۸,۲۴۶	۶	۵
<0,001	۲۶۱,۷۴۰	-۱,۸۸۳,۴۸۶	۷	
0,01	۲۷۷,۳۶۴	۹۷۲,۳۸۹	۸	
<0,001	۲۷۶,۳۸۵	۲۴۸۰,۶۳۶	۸	۶
<0,001	۳۲۲,۵۸۰	۲,۸۵۵,۸۷۶	۸	۷

۲: اطفال؛ ۴: چشم؛ ۵: روان‌پزشکی؛ ۶: زنان و زایمان؛ ۷: سرطان و انکولوژی؛ ۸: سوانح و سوختگی

*: در نمونه اول برای مثال ۲-۴.

ب- ۱,۲,۱۱ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

کارکنان بیمارستان‌هایی گروه چهارم بیشترین (۷,۵۹۵,۱۵۵ ریال) و کارکنان بیمارستان‌های گروه یک کمترین (۴,۳۵۷,۶۲۳ ریال) دریافتی را داشته‌اند. میزان دریافتی‌ها در بیمارستان‌هایی با تعداد تخت متفاوت، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($pvalue < 0,001$).

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان بعد از اجرای برنامه

Sig.	انحراف معیار	میانگین	تعداد کارکنان	تعداد تخت	گروه
<0,001	۴,۶۴۴,۹۷۱	۴,۳۵۷,۶۲۳	۴۰۱۷	۱۰۰-۱	یک
	۴,۷۲۵,۷۴۹	۴,۴۸۱,۹۷۶	۶۲۱۲	۲۵۰-۱۰۱	دو
	۵,۱۷۲,۸۲۸	۵,۹۴۵,۹۰۴	۶۸۶۰	۴۰۰-۲۵۱	سه
	۵,۹۵۸,۴۴۵	۷,۵۹۵,۱۵۵	۱۹۵۷	۵۵۰-۴۰۱	چهار
	۵,۵۱۷,۹۵۴	۶,۲۷۲,۳۵۴	۵۲۷۹	بالاتر از ۵۵۱	پنج
	۵,۲۲۴,۰۴۶	۵,۵۱۳,۲۹۸	۲۴۳۲۵	کل	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که فقط بین بیمارستان‌های گروه یک و دو تفاوت معناداری وجود ندارد ($pvalue = 0,75$) و بین میانگین دریافتی کارکنان هر بیمارستان با بیمارستان دیگر تفاوت معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

Sig	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	تعداد تخت	
0,75	۱۰۳,۷۸۴	-۱۲۴,۳۵۲	۲	۱
<0,001	۱۰۱,۸۴۱	-۱,۵۸۸,۲۸۰	۳	
<0,001	۱۴۱,۳۰۸	-۳,۲۳۷,۵۳۱	۴	
<0,001	۱۰۷,۳۲۶	-۱,۹۱۴,۷۳۱	۵	
<0,001	۸۹,۷۷۹	-۱,۴۶۳,۹۲۸	۳	۲
<0,001	۱۳۲,۸۷۹	-۳,۱۱۳,۱۷۹	۴	
<0,001	۹۵,۹۵۵	-۱,۷۹۰,۳۷۸	۵	
<0,001	۱۳۱,۳۶۷	-۱,۶۴۹,۲۵۱	۴	۳
<0,001	۹۳,۸۵۰	-۳۲۶,۴۵۰	۵	
<0,001	۱۳۵,۶۶۲	۱,۳۲۲,۸۰۰	۵	۴

یک: ۱۰۰-۱ تخت؛ دو: ۲۵۰-۱۰۱ تخت؛ سه: ۴۰۰-۲۵۱ تخت؛ پنج: بالاتر از ۵۵۱ تخت
* در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب-۱,۲,۱۲ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک جنسیت

میانگین دریافتی کارکنان مرد بیشتر از دریافتی کارکنان زن بوده است و این تفاوت معنادار می‌باشد ($pvalue < 0,001$).

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک جنسیت بعد از اجرای برنامه

جنسیت	تعداد کارکنان	میانگین	انحراف معیار	Sig.
مرد	۹۷۱۴	۵,۷۵۷,۶۵۸	۵,۴۲۱,۴۶۶	<0,001
زن	۱۴۶۱۱	۵,۳۵۰,۸۳۸	۵,۰۸۲,۲۴۶	
کل	۲۴۳۲۵	۵,۵۱۳,۲۹۸	۵,۲۲۴,۰۴۶	

ب-۱,۲,۱۳ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش/واحد

دریافتی کارکنان بخش‌های بالینی (۵,۹۱۲,۵۰۴ ریال) به‌طور معناداری بیشتر از دریافتی کارکنانی واحدهای پشتیبانی (۴,۳۷۵,۲۷۵ ریال) بوده است ($pvalue < 0,001$) این اختلاف به‌طور میانگین ۸۲۵,۰۳۴ ریال بوده است.

توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد بعد از اجرای برنامه

بخش/واحد	تعداد کارکنان	میانگین	انحراف معیار	Sig.
بالینی	۱۸۰۰۸	۵,۹۱۲,۵۰۴	۵,۲۰۰,۳۱۰	<0,001
پشتیبانی	۶۳۱۷	۴,۳۷۵,۲۷۵	۵,۱۲۳,۵۴۹	
کل	۲۴۳۲۵			

ب-۱,۲,۱۴ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی

بیشترین دریافتی برای گروه هشت (۸,۰۵۱,۳۵۰ ریال) و کمترین دریافتی برای گروه یک (۳,۵۲۰,۲۲۲ ریال) بوده است. تفاوت معناداری بین برخی از گروه‌ها مشاهده می‌شود ($pvalue < 0,001$).

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که صرفاً بین میانگین دریافتی گروه یک با دو، چهار با پنج و شش و پنج و شش ($pvalue < 0,05$) و تفاوت معناداری وجود ندارد. بقیه گروه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش‌های بالینی بعد از اجرای برنامه

گروه	بخش‌های بالینی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	Sig.
۱	درمانگاه، بخش سرپایی اعتیاد (MMT)/ پزشکان عمومی و دندان‌پزشکان	۲۷۵	۳,۷۸۰,۹۷۴	۴,۳۸۲,۲۹۲	<۰,۰۰۱
۲	بخش سرپایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EMG, EEG)، اکوکاردیوگرافی و...، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه)	۳۸۲	۳,۵۲۰,۲۲۲	۴,۲۱۶,۱۱۲	
۳	بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، بخش سرپایی رادیوتراپی-آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخش‌های اسکوپ	۴۸۹	۴,۴۱۹,۸۳۷	۵,۱۵۴,۶۸۰	
۴	بخش‌های جراحی بزرگ‌سالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبت‌های پس از زایمان (Post-Partum) و Post CCU	۲۳۸۵	۵,۸۷۷,۰۶۸	۴,۵۸۵,۶۴۴	
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	۱۱۲۸	۵,۸۳۷,۷۸۵	۴,۷۳۰,۸۵۵	
۶	بخش‌های سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و هماتولوژی، شیمی‌درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته‌ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی بیوگرام سل	۸۸۶	۵,۶۶۰,۰۴۵	۵,۳۷۲,۲۷۴	
۷	انواع بخش ICU شامل ICU بزرگ‌سالان، ICU کودکان و ICU	۵۸۴	۶,۹۱۳,۴۵۳	۴,۴۱۶,۸۳۷	

گروه	بخش های بالینی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	.Sig
۸	نوزادان (به جز موارد اشاره شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۳	۱۸۸	۸,۰۵۱,۳۵۰	۶,۱۰۲,۰۰۲	
	اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند				
کل					
		۱۸۰۰۸	۵,۹۱۲,۵۰۴	۵,۲۰۰,۳۱۰	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش بالینی

بخش بالینی	تفاوت میانگینها*	Std. Error	.Sig	
۱	۲	۲۸۱,۶۱۴	۰,۹۸	
	۳	۲۰۵,۰۰۵	۰,۰۴	
	۴	۲۰۸,۱۵۰	<۰,۰۰۱	
	۵	۱۸۹,۱۷۷	<۰,۰۰۱	
	۶	۱۸۸,۳۶۸	<۰,۰۰۱	
	۷	۲۰۳,۰۶۴	<۰,۰۰۱	
	۸	۱۹۸,۸۶۱	<۰,۰۰۱	
	۲	۳	۲۵۰,۴۲۱	<۰,۰۰۱
۴		۲۵۳,۰۰۲	<۰,۰۰۱	
۵		۲۳۷,۶۳۷	<۰,۰۰۱	
۶		۲۳۶,۹۹۴	<۰,۰۰۱	
۷		۲۴۸,۸۳۴	<۰,۰۰۱	
۸		۲۴۵,۴۱۷	<۰,۰۰۱	
۳		۴	۱۶۳,۴۹۵	<۰,۰۰۱
		۵	۱۳۸,۵۳۶	<۰,۰۰۱
	۶	۱۳۷,۴۲۹	<۰,۰۰۱	
	۷	۱۵۶,۹۶۸	<۰,۰۰۱	
	۸	۱۵۱,۴۹۳	<۰,۰۰۱	
	۴	۵	۱۴۳,۱۴۹	۱,۰۰
		۶	۱۴۲,۰۷۸	۰,۷۹
		۷	۱۶۱,۰۵۴	<۰,۰۰۱
۸		۱۵۵,۷۲۲	<۰,۰۰۱	

بررسی سیاست‌گذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن

Sig	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	بخش بالینی	
.۰۷۶	۱۱۲,۴۶۲	۱۷۷,۷۴۰	۶	۵
<۰,۰۰۱	۱۳۵,۶۴۷	-۱,۰۷۵,۶۶۷	۷	
<۰,۰۰۱	۱۲۹,۲۷۱	-۲,۲۱۳,۵۶۵	۸	
<۰,۰۰۱	۱۳۴,۵۱۶	-۱,۲۵۳,۴۰۷	۷	۶
<۰,۰۰۱	۱۲۸,۰۸۴	-۲,۳۹۱,۳۰۵	۸	
<۰,۰۰۱	۱۴۸,۸۵۵	-۱,۱۳۷,۸۹۷	۸	۷

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب- ۱,۲,۱۵ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان
 بیشترین دریافتی برای گروه هفت (۸,۷۴۸,۳۳۸ ریال) و کمترین دریافتی برای گروه یک (۲,۶۶۱,۰۲۷ ریال) بوده است. تفاوت معناداری بین برخی از گروه‌ها مشاهده می‌شود ($pvalue < 0,001$).
 نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که بین میانگین دریافتی کارکنان گروه‌های مختلف تفاوت معناداری وجود دارد. کمترین این تفاوت ۲,۶۶۱,۰۲۷ ریال بین گروه‌های یازده و چهارده بوده است.

مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

گروه	واحد پشتیبانی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	Sig
۹	واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاطخانه و تایپ	۲۷۵	۳,۳۳۹,۲۲۴	۳,۶۸۶,۲۰۹	<0,001
۱۰	واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان	۳۸۲	۴,۴۶۱,۱۰۱	۴,۱۴۰,۲۹۹	
۱۱	واحدهای امور انبارها، جمع داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی	۴۸۹	۲,۶۶۱,۰۲۷	۳,۱۰۵,۲۲۷	
۱۲	واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و طب کار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساختمان و آتش نشانی) تأسیسات، تحقیق و توسعه، برنامه ریزی، نگهداری و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادهای، امور حقوقی و رختشوی خانه (لندری)	۲۳۸۵	۴,۰۶۴,۱۸۴	۳,۵۴۲,۵۴۰	
۱۳	واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی	۱۱۲۸	۳,۹۶۸,۶۰۹	۴,۲۸۱,۳۶۳	
۱۴	واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه گری، ترخیص و اقتصاد درمان	۸۸۶	۳,۷۱۰,۹۷۳	۴,۲۵۸,۷۷۹	
۱۵	دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)	۵۸۴	۸,۷۴۸,۳۳۸	۸,۱۴۸,۰۴۶	
۱۶	حوزه مدیریت بیمارستان (شامل رئیس یا مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری (مترون)، مدیر مالی، مدیر یا معاون پشتیبانی و سایر معاونین بیمارستان)	۱۸۸	۶,۱۰۸,۱۰۵	۱۲,۹۲۳,۱۵۳	
	کل	۱۸۰۰۸	۴,۳۷۵,۲۷۵	۵,۱۲۳,۵۴۹	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک بخش بالینی

Sig.	Std. Error	تفاوت میانگین‌ها*	بخش بالینی	
.,۰۷	۳۸۷,۵۶۵	-۱,۱۲۱,۸۷۷	۱۰	۹
.,۶۰	۳۶۹,۳۹۱	۶۷۸,۱۹۷	۱۱	
.,۲۸	۳۱۲,۰۹۷	-۷۲۴,۹۶۰	۱۲	
.,۵۴	۳۲۹,۵۸۵	-۶۲۹,۳۸۵	۱۳	
۱	۳۳۸,۲۹۳	-۳۷۱,۷۴۹	۱۴	
<,۰,۰۰۱	۳۵۸,۴۱۳	-۵,۴۰۹,۱۱۴	۱۵	
<,۰,۰۰۱	۴۶۳,۷۷۳	-۲,۷۶۸,۸۸۰	۱۶	۱۰
<,۰,۰۰۱	۳۳۴,۶۴۴	۱,۸۰۰,۰۷۴	۱۱	
.,۸۲	۲۷۰,۰۷۸	۳۹۶,۹۱۸	۱۲	
.,۶۹	۲۹۰,۱۱۰	۴۹۲,۴۹۲	۱۳	
.,۲۰	۲۹۹,۹۶۵	۷۵۰,۱۲۸	۱۴	
<,۰,۰۰۱	۳۲۲,۴۸۶	-۴,۲۸۷,۲۳۷	۱۵	
<,۰,۰۰۱	۴۳۶,۶۰۳	-۱,۶۴۷,۰۰۳	۱۶	۱۱
<,۰,۰۰۱	۲۴۳,۲۷۹	-۱,۴۰۳,۱۵۶	۱۲	
<,۰,۰۰۱	۲۶۵,۳۴۲	-۱,۳۰۷,۵۸۱	۱۳	
<,۰,۰۰۱	۲۷۶,۰۸۳	-۱,۰۴۹,۹۴۶	۱۴	
<,۰,۰۰۱	۳۰۰,۳۹۹	-۶,۰۸۷,۳۱۱	۱۵	
<,۰,۰۰۱	۴۲۰,۵۵۳	-۳,۴۴۷,۰۷۸	۱۶	
۱,۰۰	۱۷۷,۰۹۳	۹۵,۵۷۵	۱۳	۱۲
.,۶۰	۱۹۲,۸۱۴	۳۵۳,۲۱۰	۱۴	
<,۰,۰۰۱	۲۲۶,۲۶۳	-۴,۶۸۴,۱۵۴	۱۵	
<,۰,۰۰۱	۳۷۱,۲۴۲	-۲,۰۴۳,۹۲۱	۱۶	
.,۹۴	۲۱۹,۹۹۸	۲۵۷,۶۳۵	۱۴	۱۳
<,۰,۰۰۱	۲۴۹,۸۳۴	-۴,۷۷۹,۷۲۹	۱۵	
<,۰,۰۰۱	۳۸۶,۰۶۰	-۲,۱۳۹,۴۹۶	۱۶	
<,۰,۰۰۱	۲۶۱,۲۱۳	-۵,۰۳۷,۳۶۵	۱۵	۱۴
<,۰,۰۰۱	۳۹۳,۵۲۰	-۲,۳۹۷,۱۳۱	۱۶	
<,۰,۰۰۱	۴۱۰,۹۴۵	۲,۶۴۰,۲۳۳	۱۶	۱۵

*: در نمونه اول برای مثال ۱۰-۹.

ب- ۱,۲,۱۶ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک سمت/شغل

در جدول زیر مقایسه‌ای بین سمت/شغل‌های مختلف در دو گروه بالینی و پشتیبانی نشان داده شده است. در میان سمت‌های بالینی گروه سه بیشترین (۶,۱۲۴,۶۸۹ ریال) و گروه شش کمترین دریافتی (۳,۱۴۲,۳۱۱ ریال) را داشته‌اند. در میان سمت‌های پشتیبانی گروه نه بیشترین (۲۹,۵۲۱,۸۵۵ ریال) و گروه پانزده کمترین (۲,۰۷۴,۴۱۷ ریال) دریافتی را داشته‌اند. بین سمت‌های مختلف شغلی در هر دو گروه تفاوت‌های معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,01$).

توصیف و مقایسه سمت/شغل‌های مختلف در دو گروه بالینی و پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

ردیف	عنوان سمت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	Sig.
۱	سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل	۱۲	۰,۰۵	۵,۲۴۵,۳۳۹	۴,۴۰۵,۹۳۸	< 0,001
۲	سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسین‌های داروخانه، مسئولین واحدهای توان بخشی و پیراپزشکی	۶۲۱	۲,۵۵	۵,۸۰۷,۵۲۸	۶,۰۸۹,۶۷۷	
۳	جانشین سرپرستار یا جانشین مسئول بخش‌های پاراکلینیک یا تشخیصی و مسئول کارشناسان یا تکنسین‌های بیهوشی اتاق عمل و مسئول پمپیست‌ها	۴۴۴	۱,۸۳	۶,۰۰۱,۹۶۴	۶,۱۲۴,۶۸۹	
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 توان بخشی، کاردان/کارشناس آزمایشگاه	۱۱۶۸۴	۴۸,۰۳	۶,۶۰۹,۷۶۱	۵,۴۸۷,۷۰۵	

توصیف و مقایسه سمت/شغل‌های مختلف در دو گروه بالینی و پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

پ	عنوان سمت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	Sig.
پشتیبانی	بهبود/ کمک پرستار	۸۲۷	۳,۴۰	۵,۳۹۹,۵۸۱	۴,۴۲۸,۷۹۶	<۰,۰۰۱
	منشی بخش بالینی	۱۰۵۲	۴,۳۲	۲,۷۹۵,۹۵۳	۳,۱۴۲,۳۱۱	
	کمک بهیار/بیمار بر	۱۵۰۵	۶,۱۹	۵,۶۴۶,۵۰۴	۴,۰۵۹,۹۸۳	
	نیروهای خدماتی بخش بالینی	۱۹۴۱	۷,۹۸	۳,۹۲۳,۲۶۶	۳,۳۱۳,۲۷۵	
پشتیبانی	رئیس/مدیرعامل بیمارستان	۱۹	۰,۰۸	۱۶,۷۷۶,۸۳۳	۲۹,۵۲۱,۸۵۵	<۰,۰۰۱
	مترون، مدیر، معاونین بیمارستان	۱۰۸	۰,۴۴	۱۲,۷۱۹,۴۷۲	۱۱,۷۴۱,۲۴۷	
	سوپروایزرهای بیمارستان (در گردش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی)	۳۸۰	۱,۵۶	۹,۴۱۵,۹۷۲	۸,۲۵۲,۰۹۶	
	رئیس واحد پشتیبان	۷۵۵	۳,۱۰	۴,۱۰۱,۳۵۴	۵,۲۶۱,۱۶۲	
	کارکنان واحد پشتیبان	۴۲۷۲	۱۷,۵۶	۳,۸۵۹,۴۳۲	۳,۶۵۹,۷۸۸	

توصیف و مقایسه سمت/شغل‌های مختلف در دو گروه بالینی و پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

ردیف	عنوان سمت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	Sig.
۶	مسئول دفتر پشتیبان	۵۷	۰,۲۳	۲,۲۲۹,۲۷۷	۳,۳۶۱,۴۸۹	
۱۵	منشی واحد پشتیبان	۲۸	۰,۱۲	۱,۵۹۸,۰۳۴	۲,۰۷۴,۴۱۷	
۹	نیروهای خدماتی پشتیبان	۶۲۰	۲,۵۵	۳,۲۲۹,۰۹۷	۳,۱۷۱,۵۹۸	
		۲۴۳۲۵	۱۰۰			

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک سمت بالینی

سمت/شغل	تفاوت میانگین*	انحراف معیار	.Sig
۱	۲	۱,۴۷۷,۰۶۸	۱,۰۰
	۳	۱,۴۸۲,۶۳۸	۱,۰۰
	۴	۱,۴۶۳,۷۵۱	۰,۹۸
	۵	۱,۴۷۳,۵۷۶	۱,۰۰
	۶	۱,۴۷۱,۳۲۰	۰,۷۱
	۷	۱,۴۶۸,۸۲۱	۱,۰۰
	۸	۱,۴۶۷,۵۱۵	۰,۹۹
	۲	۳	۳۱۴,۹۷۲
۴		۲۰۸,۷۰۶	<۰,۰۰۱
۵		۲۶۹,۱۰۴	۰,۸۰
۶		۲۵۶,۴۶۶	<۰,۰۰۱
۷		۲۴۱,۷۱۴	۱,۰۰
۸		۲۳۳,۶۵۰	<۰,۰۰۱
۴		۲۴۵,۰۴۳	۰,۲۰
۵		۲۹۸,۱۷۰	۰,۴۷
۳	۶	۲۸۶,۸۱۵	<۰,۰۰۱
	۷	۲۷۳,۷۰۴	۰,۹۰
	۸	۲۶۶,۶۰۹	<۰,۰۰۱
	۵	۱۸۲,۳۶۱	<۰,۰۰۱
	۶	۱۶۳,۱۳۵	<۰,۰۰۱
۴	۷	۱۳۸,۷۹۶	<۰,۰۰۱
	۸	۱۲۴,۲۲۱	<۰,۰۰۱
	۶	۲۳۵,۵۲۵	<۰,۰۰۱
	۷	۲۱۹,۳۷۰	۰,۹۵
۵	۸	۲۱۰,۴۵۲	<۰,۰۰۱
	۷	۲۰۳,۶۶۹	<۰,۰۰۱
۶	۸	۱۹۴,۰۲۹	<۰,۰۰۱
	۸	۱۷۴,۰۶۵	<۰,۰۰۱

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

در میان سمت/شغل‌های بالینی گروه‌های شغلی مختلف تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک سمت پشتیبانی

Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین*	سمت/شغل	
۰,۰۱	۱,۱۸۴,۶۸۹	۴,۰۵۷,۳۶۱	۱۰	۹
<۰,۰۰۱	۱,۱۱۹,۴۶۱	۷,۳۶۰,۸۶۱	۱۱	
<۰,۰۰۱	۱,۱۰۶,۱۴۳	۱۲,۶۷۵,۴۷۹	۱۲	
<۰,۰۰۱	۱,۰۹۴,۹۰۹	۱۲,۹۱۷,۴۰۱	۱۳	
<۰,۰۰۱	۱,۲۶۱,۴۹۰	۱۴,۵۴۷,۵۵۶	۱۴	
<۰,۰۰۱	۱,۴۱۵,۴۱۶	۱۵,۱۷۸,۷۹۹	۱۵	
<۰,۰۰۱	۱,۱۰۹,۰۹۵	۱۳,۵۴۷,۷۳۶	۱۶	
<۰,۰۰۱	۵۱۹,۲۷۵	۳,۳۰۳,۴۹۹	۱۱	۱۰
<۰,۰۰۱	۴۸۹,۹۰۴	۸,۶۱۸,۱۱۷	۱۲	
<۰,۰۰۱	۴۶۳,۹۸۱	۸,۸۶۰,۰۳۹	۱۳	
<۰,۰۰۱	۷۷۹,۶۲۱	۱۰,۴۹۰,۱۹۴	۱۴	
<۰,۰۰۱	۱,۰۰۹,۸۸۰	۱۱,۱۲۱,۴۳۷	۱۵	
<۰,۰۰۱	۴۹۶,۵۳۴	۹,۴۹۰,۳۷۴	۱۶	
<۰,۰۰۱	۲۹۹,۵۱۹	۵,۳۱۴,۶۱۷	۱۲	
<۰,۰۰۱	۲۵۴,۹۲۰	۵,۵۵۶,۵۳۹	۱۳	
<۰,۰۰۱	۶۷۶,۳۹۸	۷,۱۸۶,۶۹۴	۱۴	
<۰,۰۰۱	۹۳۲,۵۰۳	۷,۸۱۷,۹۳۷	۱۵	
<۰,۰۰۱	۳۱۰,۲۴۴	۶,۱۸۶,۸۷۴	۱۶	
۰,۹۰	۱۸۷,۹۹۹	۲۴۱,۹۲۲	۱۳	۱۲
۰,۰۸	۶۵۴,۱۲۱	۱,۸۷۲,۰۷۷	۱۴	
۰,۱۱	۹۱۶,۴۷۳	۲,۵۰۳,۳۲۰	۱۵	
۰,۰۲	۲۵۸,۰۹۱	۸۷۲,۲۵۷	۱۶	
۰,۱۷	۶۳۴,۹۳۹	۱,۶۳۰,۱۵۵	۱۴	۱۳
۰,۱۹	۹۰۲,۸۸۱	۲,۲۶۱,۳۹۸	۱۵	
۰,۰۴	۲۰۴,۶۵۵	۶۳۰,۳۳۵	۱۶	
۱,۰۰	۱,۰۹۸,۹۶۶	۶۳۱,۲۴۳	۱۵	۱۴
۰,۸۰	۶۵۹,۱۰۱	-۹۹۹,۸۲۰	۱۶	
۰,۶۴	۹۲۰,۰۳۴	-۱,۶۳۱,۰۶۳	۱۶	۱۵

* در نمونه اول برای مثال ۹-۱۰.

در میان سمت/شغل‌های پشتیبان گروه‌های شغلی نه ده و یازده با تمام گروه‌ها اختلاف معناداری دارند (pvalue<۰,۰۱)، به‌علاوه گروه‌های دوازده و سیزده با گروه شانزده تفاوت معناداری دارند (pvalue<۰,۰۴).

ب- ۱,۲,۱۷ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

داده‌های دریافتی کارکنان بر اساس تحصیلات نشان می‌دهد که فوق تخصص و فلوشیپ بیشترین (۸,۲۹۸,۱۷۷ ریال) کارشناس کمترین (۵,۳۰۴,۲۶۱ ریال) دریافتی را داشته‌اند. بین برخی گروه‌های تحصیلی تفاوت معناداری وجود داشته است.

توصیف و مقایسه دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات بعد از اجرای برنامه

کد تحصیلات	عنوان	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	Sig
۱	فوق تخصص و فلوشیپ	۴	۰,۰۲	۸,۲۹۸,۱۷۷	۶,۲۶۲,۴۵۰	<۰,۰۰۱
۲	دکترای تخصصی (Ph.D) و متخصص	۳۶	۰,۱	۶,۰۹۷,۵۴۴	۴,۰۴۰,۷۲۱	
۳	پزشک/دندان‌پزشک عمومی/داروساز عمومی	۷۰	۰,۳	۵,۲۳۹,۴۹۸	۵,۸۷۸,۸۵۴	
۴	کارشناس ارشد	۵۵۸	۲,۳	۵,۵۹۱,۰۵۱	۵,۷۰۸,۰۷۶	
۵	کارشناس	۱۲۶۶۸	۵۲,۱	۵,۳۰۴,۲۶۱	۵,۶۳۱,۱۵۶	
۶	کاردان	۲۲۴۳	۹,۲	۵,۸۵۲,۸۶۲	۵,۳۴۸,۵۷۴	
۷	دیپلم	۵۵۹۰	۲۳,۰	۵,۵۴۸,۱۲۵	۵,۴۷۵,۱۷۷	
۸	کمتر از دیپلم	۳۱۵۶	۱۳,۰	۶,۰۳۱,۳۸۵	۵,۶۰۵,۲۱۵	
کل		۲۴۳۲۵	۱۰۰	۵,۵۱۳,۲۹۸	۵,۲۲۴,۰۴۶	

نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد تفاوت دریافتی بین کارشناس با کاردان و کمتر از دیپلم و دریافتی دیپلم و کمتر از دیپلم معنادار می‌باشد ($pvalue < ۰,۰۱$).

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	تفاوت میانگین*	انحراف معیار	Sig
۱	۲,۲۰۰,۶۳۲	۲,۷۵۰,۱۴۵	۰,۹۹
	۳,۰۵۸,۶۷۸	۲,۶۸۲,۵۲۴	۰,۹۵
	۲,۷۰۷,۱۲۶	۲,۶۱۸,۳۳۴	۰,۹۷
	۲,۹۹۳,۹۱۵	۲,۶۰۹,۴۲۸	۰,۹۵
	۲,۴۴۵,۳۱۴	۲,۶۱۱,۳۴۲	۰,۹۸
	۲,۷۵۰,۰۵۲	۲,۶۰۹,۹۵۰	۰,۹۷
	۲,۲۶۶,۷۹۲	۲,۶۱۰,۶۶۹	۰,۹۹
	۸۵۸,۰۴۶	۱,۰۷۰,۱۸۷	۰,۹۹
۲	۵۰۶,۴۹۴	۸۹۷,۲۳۹	۱,۰۰
	۷۹۳,۲۸۳	۸۷۰,۹۰۷	۰,۹۹
	۲۴۴,۶۸۲	۸۷۶,۶۲۳	۱,۰۰
	۵۴۹,۴۱۹	۸۷۲,۴۶۸	۱,۰۰
	۶۶,۱۶۰	۸۷۴,۶۱۸	۱,۰۰

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

.Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین*	تحصیلات
۱,۰۰	۶۶۱,۵۷۲	-۳۵۱,۵۵۲	۴
۱,۰۰	۶۲۵,۳۹۵	-۶۴,۷۶۳	۵
۰,۹۸	۶۳۳,۳۳۱	-۶۱۳,۳۶۴	۶
۱,۰۰	۶۲۷,۵۶۷	-۳۰۸,۶۲۷	۷
۰,۹۱	۶۳۰,۵۵۳	-۷۹۱,۸۸۶	۸
۰,۹۱	۲۲۵,۵۱۶	۲۸۶,۷۸۹	۵
۰,۹۶	۲۴۶,۶۷۲	-۲۶۱,۸۱۲	۶
۱,۰۰	۲۳۱,۴۷۱	۴۲,۹۲۶	۷
۰,۵۹	۲۳۹,۴۴۸	-۴۴۰,۳۳۴	۸
<۰,۰۰۱	۱۱۹,۵۳۵	-۵۴۸,۶۰۰	۶
۰,۰۷	۸۳,۷۸۷	-۲۴۳,۸۶۴	۷
<۰,۰۰۱	۱۰۳,۸۱۲	-۷۲۷,۱۲۳	۸
۰,۲۷	۱۳۰,۴۲۲	۳۰۴,۷۳۷	۷
۰,۹۲	۱۴۴,۱۰۵	-۱۷۸,۵۲۲	۸
<۰,۰۰۱	۱۱۶,۱۸۲	-۴۸۳,۲۵۹	۸

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب- ۱,۲,۱۸ مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی

داده‌های دریافتی کارکنان بر اساس رابطه استخدامی نشان می‌دهد که قرارداد معین غیرحرفه‌ای بیشترین (۶,۰۸۹,۷۸۶ ریال) شرکتی کمترین (۳,۹۷۸,۴۱۰ ریال) دریافتی را داشته‌اند. بین برخی گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشته است ($pvalue < 0,001$).

توصیف و مقایسه دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی بعد از اجرای برنامه

.Sig	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	رابطه استخدامی	کد رابطه استخدامی
<۰,۰۰۱	۵,۰۱۵,۰۱۱	۵,۴۰۴,۴۰۵	۱۴,۷٪	۳۵۸۵	پیمانی	۱
	۵,۶۴۹,۱۴۶	۶,۱۴۴,۶۶۹	۲۵,۵٪	۶۲۰۶	رسمی	۲
	۳,۷۷۰,۳۱۳	۳,۹۷۸,۴۱۰	۳,۰٪	۷۲۳	شرکتی	۳
	۴,۲۵۸,۳۴۷	۴,۵۳۳,۲۱۲	۱۴,۲٪	۳۴۴۴	طرحی	۴
	۶,۴۳۶,۰۳۹	۶,۱۲۸,۴۵۲	۰,۲٪	۴۲	قرارداد اداره کار	۵
	۵,۲۳۰,۲۷۷	۵,۶۱۲,۷۲۸	۱۷,۹٪	۴۳۶۶	قرارداد تبصره ۳	۶
	۵,۴۶۸,۷۴۷	۵,۶۷۶,۲۹۷	۱۸,۸٪	۴۵۷۵	قرارداد تبصره ۴	۷
	۴,۹۹۳,۸۰۵	۵,۲۹۸,۶۸۶	۴,۴٪	۱۰۶۳	قرارداد معین	۸

توصیف و مقایسه دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی بعد از اجرای برنامه

کد رابطه استخدامی	رابطه استخدامی	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	Sig.
۹	قرارداد معین غیر حرفه‌ای	۲۷۰	۱،۱٪	۵،۸۶۸،۷۴۴	۶،۰۸۹،۷۸۶	
۱۰	قراردادهای پرکیس (مشارکتی)	۱۶	۰،۱٪	۳،۳۸۸،۳۱۸	۳،۴۸۶،۳۰۹	
۱۱	متعهد به خدمت	۳۵	۰،۱٪	۳،۱۶۲،۹۱۷	۳،۲۵۹،۲۷۰	
کل						۲۴۳۲۵
						۵،۲۲۴،۰۴۶

نتایج آزمون توکی تفاوت‌های معناداری در میان کارکنان با رابطه استخدامی متفاوت را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

رابطه استخدامی	تفاوت میانگین*	انحراف معیار	Sig.	
۱	۲	۱۰۸۹۴۵	<۰،۰۰۱	
	۳	۲۱۱۷۲۳	<۰،۰۰۱	
	۴	۱۲۳۹۱۳	<۰،۰۰۱	
	۵	۸۰۶۰۲۶	<۰،۰۰۱	
	۶	۱۱۷۰۴۹	۰،۷۹	
	۷	۱۱۵۸۳۸	۰،۴۰	
	۸	۱۸۱۳۷۰	۱،۰۰	
	۹	۳۲۷۷۴۱	۰،۹۴	
	۱۰	۱۳۰۱۲۲۲	۰،۹۰	
	۱۱	۸۸۲۱۰۵	۰،۲۸	
	۲	۳	۲۰۴۰۸۲	<۰،۰۰۱
۴		۱۱۰۳۵۰	<۰،۰۰۱	
۵		۸۰۴۰۵۳	۱،۰۰	
۶		۱۰۲۵۸۳	۰،۰۰	
۷		۱۰۱۱۹۸	۰،۰۰	
۸		۱۷۲۳۸۹	۰،۰۰	
۹		۳۲۲۸۵۷	۱،۰۰	
۱۰		۱۳۰۰۰۰۱	۰،۵۶	
۱۱		۸۸۰۳۰۲	۰،۰۳	
۳		۴	۲۱۲،۴۴۹	۰،۲۴
		۵	۸۲۴،۲۹۳	۰،۲۴
	۶	۲۰۸،۵۲۱	<۰،۰۰۱	
	۷	۲۰۷،۸۴۳	<۰،۰۰۱	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین*	رابطه استخدامی	
<۰,۰۰۱	۲۵۰,۳۵۱	-۱,۳۲۰,۲۷۵	۸	
<۰,۰۰۱	۳۷۰,۳۹۸	-۱,۸۹۰,۳۳۴	۹	
۱,۰۰	۱,۳۱۲,۶۱۶	۵۹۰,۰۹۳	۱۰	
۱,۰۰	۸۹۸,۸۲۷	۸۱۵,۴۹۳	۱۱	
۰,۶۶	۸۰۶,۲۱۷	-۱,۵۹۵,۲۴۰	۵	۴
<۰,۰۰۱	۱۱۸,۳۵۸	-۱,۰۷۹,۵۱۵	۶	
<۰,۰۰۱	۱۱۷,۱۶۰	-۱,۱۴۳,۰۸۵	۷	
<۰,۰۰۱	۱۸۲,۲۱۸	-۷۶۵,۴۷۳	۸	
<۰,۰۰۱	۳۲۸,۲۱۰	-۱,۳۳۵,۵۳۲	۹	
۱,۰۰	۱,۳۰۱,۳۴۱	۱,۱۴۴,۸۹۵	۱۰	
۰,۹۰	۸۸۲,۲۷۹	۱,۳۷۰,۲۹۵	۱۱	۵
۱,۰۰	۸۰۵,۱۹۱	۵۱۵,۷۲۴	۶	
۱,۰۰	۸۰۵,۰۱۶	۴۵۲,۱۵۵	۷	
۱,۰۰	۸۱۷,۰۲۳	۸۲۹,۷۶۶	۸	
۱,۰۰	۸۶۱,۴۲۱	۲۵۹,۷۰۸	۹	
۰,۷۸	۱,۵۲۵,۷۱۷	۲۷۴۰,۱۳۴	۱۰	
۰,۳۱	۱,۱۸۸,۵۸۸	۲,۹۶۵,۵۳۵	۱۱	
۱,۰۰	۱۰۹,۸۷۵	-۶۳,۵۶۹	۷	
۰,۸۰	۱۷۷,۶۲۲	۳۱۴,۰۴۲	۸	
۱,۰۰	۳۲۵,۶۸۱	-۲۵۶,۰۱۶	۹	
۰,۸۳	۱,۳۰۰,۷۰۵	۲,۲۲۴,۴۱۰	۱۰	
۰,۱۷	۸۸۱,۳۴۲	۲,۴۴۹,۸۱۱	۱۱	
۰,۵۵	۱۷۶,۸۲۵	۳۷۷,۶۱۱	۸	۷
۱,۰۰	۳۲۵,۲۴۸	-۱۹۲,۴۴۷	۹	
۰,۸۰	۱,۳۰۰,۵۹۷	۲,۲۸۷,۹۸۰	۱۰	
۰,۱۴	۸۸۱,۱۸۲	۲,۵۱۳,۳۸۰	۱۱	
۰,۸۸	۳۵۳,۹۲۵	-۵۷۰,۰۵۸	۹	۸
۰,۹۳	۱,۳۰۸,۰۶۳	۱,۹۱۰,۳۶۸	۱۰	
۰,۳۷	۸۹۲,۱۶۵	۲,۱۳۵,۷۶۹	۱۱	
۰,۷۵	۱,۳۳۶,۲۴۴	۲,۴۸۰,۴۲۷	۱۰	۹
۰,۱۲	۹۳۲,۹۹۳	۲,۷۰۵,۸۲۷	۱۱	

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تحصیلات

Sig.	انحراف معیار	تفاوت میانگین*	رابطه استخدامی	
			۱۱	۱۰
۱,۰۰	۱,۵۶۷,۲۴۰	۲۲۵,۴۰۱		

*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

ب- ۱,۲,۱۹ رگرسیون خطی چندگانه برای بعد از اجرای برنامه

داده‌ها پس از بررسی وارد رگرسیون خطی شدند. داده‌ها در سه دسته وارد رگرسیون شدند. لازم به ذکر است که داده‌های دموگرافیک جنسیت و سن به دلیل عدم ایجاد تفاوت معناداری اولیه وارد مدل نشده‌اند.

مرحله یک: داده‌های سطح بیمارستان شامل نوع فعالیت بیمارستان، تک تخصصی یا جنرال بودن، نوع تخصص، تعداد تخت بیمارستان

مرحله دو: داده‌های سطح بخش محل فعالیت میزان درآمد مبنای بیمارستان، نمره/ ضریب کیفی بخش، میزان کسورات بیمه بخش و نمره یا ضریب سختی بخش

مرحله سه: داده‌های سطح فردی شامل سمت فرد، تعداد ساعات حضور موظف، تعداد ساعات حضور غیرموظف، تعداد ساعات انکال، مدرک تحصیلی، سابقه کار، نمره کیفیت کار فرد، رابطه استخدامی و کسورات بیمه مرتبط با فرد

ب- ۱،۲،۱۹،۱ نتایج برازش رگرسیون

خلاصه مدل رگرسیون

مدل	ضریب همبستگی R	مربع R	ضریب همبستگی تعدیل شده	انحراف معیار برآورد	دروبین-واتسن
۳۳	۰،۸۸۱	۰،۷۷۷	۰،۷۷۶	۲،۵۴۲،۹۲۸	۱،۷۷

نتایج آنوای یک راهه

مدل ۱	مجموع مربعات	Df	مربع میانگین	f	P.value
رگرسیون	۲۸۰۴۱۴۱۵۹۴۵۳۲۹۲۰۰۰	۳۳	۸۴۹۷۳۹۸۷۷۱۳۱۱۸۸۰	۱۳۱۴	<۰/۰۰۱
باقی مانده	۸۰۵۰۱۲۸۸۰۰۴۳۱۶۹۰۰	۱۲۴۴۹	۶۴۶۶۴۸۶۳۰۴۴۶۸		

ب- ۱،۲،۱۹،۲ رگرسیون مجموع اضافه کار و کارانه و ویژگی های افراد

با توجه به آزمون های مختلف، تمام متغیرهای مستقلی که ارتباط آن ها با مجموع اضافه کار و کارانه با $0/2 < p$ value نشان داده شده است وارد مرحله بعد شده اند. در مرحله پیش رو، به بررسی توأم این تغییرها بر دسترسی کلی از طریق رگرسیون چندگانه خواهیم پرداخت. بدین منظور برای تمام داده های طبقه ای متغیر ظاهری ساخته شده اند و تمام داده های کمی نیز به همان صورت وارد رگرسیون شده اند.

نتایج رگرسیون خطی، مجموع اضافه کار و کارانه و ویژگی های افراد

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
<۰/۰۰۱	۱۳،۶	.۱۵۳	۱۳۵۷۰۹،۹	۱۸۵۱۷۲۵،۰	آموزشی درمانی، پژوهشی/درمانی
.۰۰۱	-۳،۵	-.۰۲۰	۹۹۱۰۱،۰	-۳۴۲۲۴۳،۷	استخدام طرحی/شرکتی
.۰۰۱	-۳،۵	-.۰۱۵	۴۸۳۲۱،۶	-۱۶۶۸۷۴،۶	تحصیلات کارشناس ارشد، پزشک، دندان پزشکی، داروساز/دیپلم و کمتر
<۰/۰۰۱	۳،۸	.۰۳۸	۱۱۶۹۹۹،۹	۴۴۷۹۰۱،۲	تعداد تخت ۱۰۱-۲۵۰
.۴۲۳	۰،۸	.۰۰۷	۱۲۱۵۲۵،۳	۹۵۲۶۶،۲	تعداد تخت ۲۵۱-۴۰۰
<۰/۰۰۱	۱۷،۱	.۱۲۱	۱۳۰۶۵۹،۸	۲۲۳۱۴۱۴،۳	تعداد تخت ۴۰۱-۵۵۰
<۰/۰۰۱	۱۰،۱	.۰۵۷	۱۹۵۱۰۰،۷	۱۹۷۶۶۸۸،۰	تک تخصصی اطفال/عمومی
<۰/۰۰۱	-۱۱،۵	-.۰۶۳	۱۱۷۷۶۴،۳	-۱۳۵۳۲۴۵،۳	تک تخصصی روان پزشکی/عمومی
.۲۶۰	۱،۱	.۰۰۶	۲۰۲۲۸۵،۷	۲۲۷۶۸۸،۵	تک تخصصی سرطان و آنکولوژی/عمومی
<۰/۰۰۱	-۱۰،۶	-.۰۵۰	۲۷۲۴۴۸،۹	-۲۸۷۷۵۴۶،۱	تک تخصصی سوانح و سوختگی/عمومی
<۰/۰۰۱	-۴،۱	-.۰۳۷	۰،۰	۰،۰	درآمد مبنای بیمارستان
<۰/۰۰۱	۱۷۶،۹	.۸۰۸	۴۷۳،۸	۸۳۷۹۸،۵	زمان غیرموظف-ساعت
<۰/۰۰۱	۵،۳	.۰۲۳	۴۷۲،۹	۲۵۱۸،۹	زمان موظف-ساعت
<۰/۰۰۱	۹،۲	.۰۴۸	۷۱۴۷۰،۴	۶۵۸۱۶۶،۶	سابقه ۱۰-۱۴

نتایج رگرسیون خطی، مجموع اضافه‌کار و کارانه و ویژگی‌های افراد

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
<0/001	۹,۵	.۰۴۷	۸۴۱۵۳,۸	۸۰۱۲۶۹,۴	سابقه ۱۵-۱۹
<0/001	۱۱,۴	.۰۵۶	۸۷۶۷۸,۷	۱۰۰۰۵۰۵,۴	سابقه ۲۰-۲۴
<0/001	۴,۵	.۰۲۴	۶۵۰۸۳,۶	۲۹۳۷۳۶,۴	سابقه ۵-۹
<0/001	۱۱,۶	.۰۵۸	۹۲۶۴۰,۵	۱۰۷۸۱۵۵,۸	سابقه بیشتر از ۲۵
<0/001	۷,۹	.۰۳۹	۰,۰	۰,۰	کسورات بیمه بخش
<0/001	-۱۷,۵	-.۱۵۴	۱۲۳۱۰۸,۳	-۲۱۵۸۲۱۴,۵	گروه بخش/واحد ۱۱ و ۱۲
.۰۰۵	-۲,۸	-.۰۲۲	۱۲۶۱۴۳,۴	-۳۵۲۲۴۶,۹	گروه بخش/واحد ۱۳ و ۱۴
<0/001	۵,۱	.۰۳۴	۱۷۳۹۸۵,۹	۸۹۲۴۱۰,۸	گروه بخش/واحد ۱۵ و ۱۶
.۲۸۲	۱,۱	.۰۰۸	۱۲۴۵۲۴,۱	۱۳۳۹۹۴,۴	گروه بخش/واحد ۳ و ۴
<0/001	۳,۷	.۰۳۶	۱۱۳۴۷۹,۷	۴۱۸۳۱۲,۸	گروه بخش/واحد ۵ و ۶
<0/001	۸,۵	.۰۷۰	۱۲۳۵۲۹,۹	۱۰۵۵۲۷۵,۲	گروه بخش/واحد ۷ و ۸ / گروه ۱ و ۲
<0/001	-۱۱,۳	-.۰۶۸	۱۵۹۷۸۹,۸	-۱۸۰۴۸۰۴,۸	گروه بخش/واحد ۹ و ۱۰
<0/001	۲۰,۶	.۱۰۵	۱۱۰۹۳۸,۸	۲۲۹۰۶۲۸,۵	گروه سمت ۱۱ و ۱۲
<0/001	-۶,۰	-.۰۲۹	۱۲۳۱۴۰,۸	-۷۳۷۵۹۱,۹	گروه سمت ۱۵ و ۱۶
<0/001	-۱۷,۸	-.۰۸۰	۱۱۲۷۶۲,۷	-۲۰۱۲۲۸۱,۶	گروه سمت ۵ و ۶
<0/001	-۵۱,۱	-.۲۴۰	۶۹۸۱۷۷,۳	-۳۵۶۷۳۳۶,۵	گروه سمت ۷ و ۸
<0/001	۲۸,۶	.۱۳۷	۲۹۶۸۳۵,۷	۸۴۷۹۰۳۴,۷	گروه سمت ۹ و ۱۰
<0/001	-۴,۰		۱۷۹۳۹۰۵,۰	-۷۱۴۰۸۳۲,۴	مقدار ثابت
.۰۰۱	۳,۴	.۰۱۵	۱۷۸۸۶۵۴,۹	۶۰۷۹۹۶۴,۴	نمره عملکرد

ب- ۱,۲,۱۹,۳ بررسی اعتبار رگرسیون

قبل از به کارگیری رگرسیون ابتدا مفروضات به کارگیری رگرسیون شامل خودهمبستگی و نرمال بودن خطاها مورد بررسی قرار گرفت.

خودهمبستگی و نرمال بودن خطاها

مقدار آزمون دوربین-واتسن $1/77$ است و در فاصله $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد. لذا بین خطاها همبستگی وجود ندارد. همچنین نتیجه نرمال بودن توزیع خطاها نیز نشان از مناسب بودن آن برای رگرسیون است، با میانگینی نزدیک به صفر و انحراف معیار نزدیک به یک. با این توصیفات اعتبار رگرسیون برای مجموع اضافه کار و کارانه مناسب است.

اماره باقی مانده ها

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-۴۴۸۳۷۵۳	۲۸۶۷۱۸۰۶	۵۴۶۵۱۸۰,۹۰	۴۷۳۹۷۷۶,۶	۱۲۴۸۳
Residual	-۱۳۷۲۵۸۷۸	۸۰۴۶۴۶۸۰	.	۲۵۳۹۵۶۴,۹	۱۲۴۸۳
Std. Predicted Value	-۲	۴,۸	.	۱	۱۲۴۸۳
Std. Residual	-۵,۳	۳۱,۶	.	.۹	۱۲۴۸۳

ب-۲- بخش دریافتی پرسنل پزشک، قبل و 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 محدودیت‌های اخلاقی موجود در گزارش برخی از اعداد، از نسبت برای ارائه گزارش استفاده شده است.

ب-۲-۱ دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت- قبل از اجرای برنامه

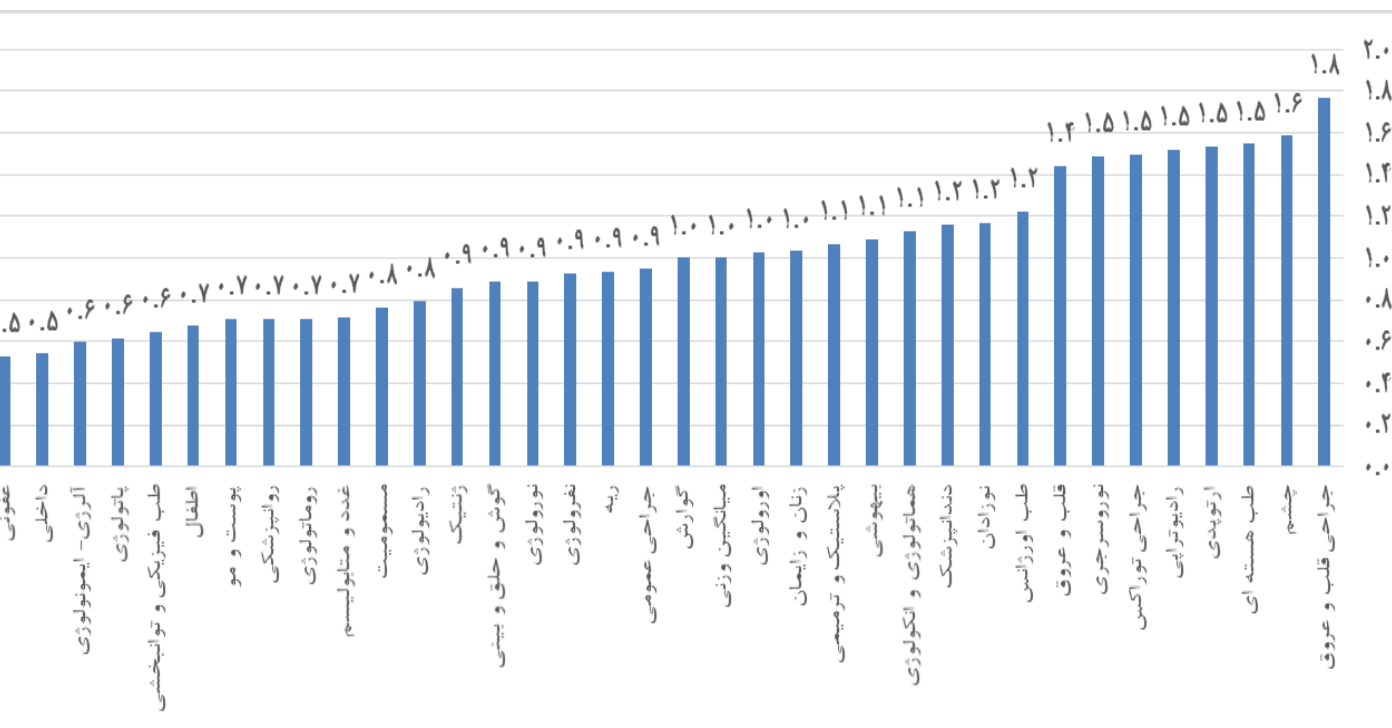
ب-۱-۲ توصیف پزشکان، داده‌های قبل از اجرای برنامه

دانشگاه محل خدمت پزشکانی که داده‌های مرتبط با میزان دریافتی آن‌ها در ماه بهمن ۱۳۹۲ قابل استفاده بوده است (۳۰۷۲ نفر).

توصیف دانشگاه محل فعالیت پزشکان مورد مطالعه، قبل از اجرای برنامه

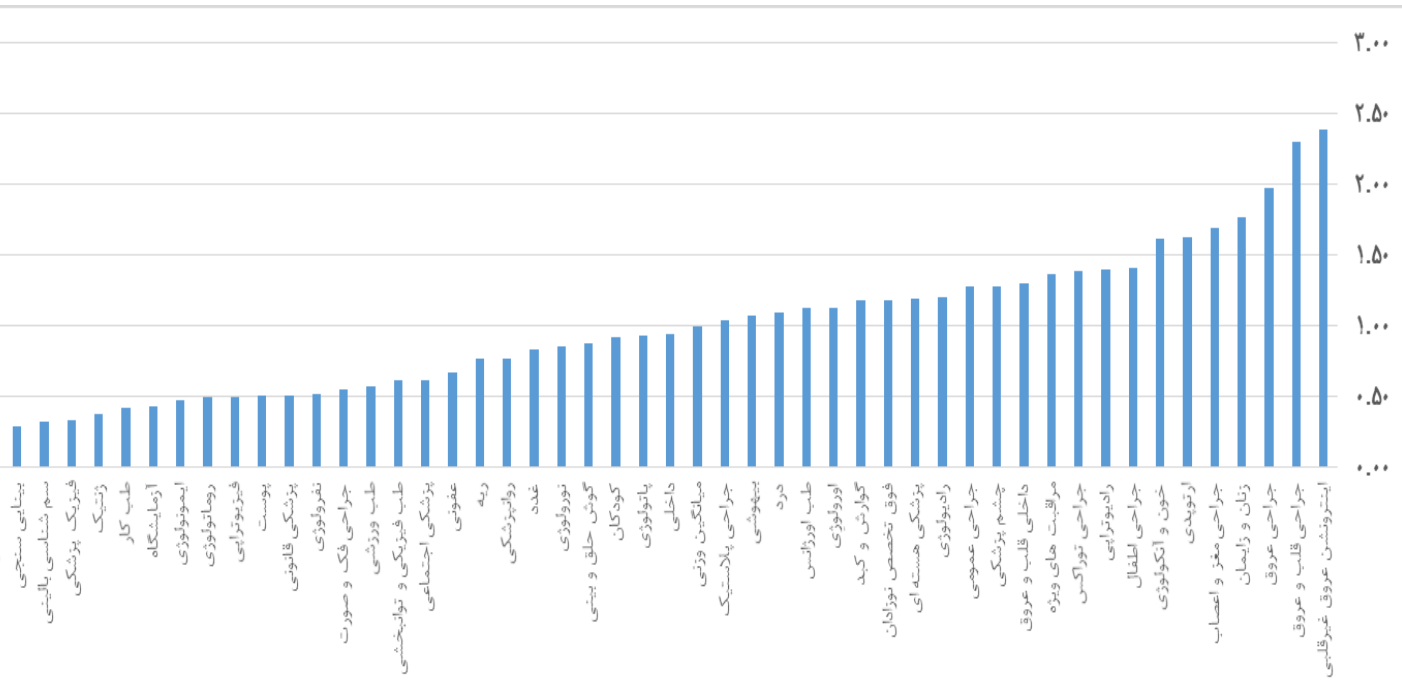
دانشگاه	تعداد	درصد	دانشگاه	تعداد	درصد
آذربایجان شرقی	۲۶۴	۸,۶۰	رفسنجان	۳۲	۱,۰۰
آذربایجان غربی	۱۰۲	۳,۳۰	زابل	۱	۰,۰۰
اراک	۶۰	۲,۰۰	زاهدان	۵۴	۱,۸۰
اردبیل	۳۳	۱,۱۰	زنجان	۷۷	۲,۵۰
اصفهان	۱۶۳	۵,۳۰	سبزوار	۲۳	۰,۷۰
اهواز	۹۵	۳,۱۰	سمنان	۸	۰,۳۰
ایلام	۱۷	۰,۶۰	شاهرود	۴	۰,۱۰
بابل	۴۹	۱,۶۰	شهرکرد	۵۹	۱,۹۰
بوشهر	۲۳	۰,۷۰	شیراز	۶۸۷	۲۲,۴۰
بیرجند	۴۳	۱,۴۰	فسا	۲۱	۰,۷۰
تربت حیدریه	۱	۰,۰۰	قزوین	۶۱	۲,۰۰
چهرم	۶۳	۲,۱۰	قم	۱۱	۰,۴۰
جیرفت	۱۹	۰,۶۰	کاشان	۲۴	۰,۸۰
خراسان شمالی	۵	۰,۲۰	کرج	۲۷	۰,۹۰
دزفول	۸	۰,۳۰	کردستان	۹	۰,۳۰
	۳۰۷۲		کل		

به منظور بررسی رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میزان دریافتی 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 پایین ترین دریافتی را داشته‌اند. رشته‌های زنان و زایمان، اورولوژی و گوارش برابر با میانگین وزنی کل دریافتی داشته‌اند. این رتبه بندی بر اساس بررسی دریافتی ۴۰۰۰ پزشک بوده است.



رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۲

ب-۲-۲ دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت - بعد از اجرای برنامه



رتبه پزشکان متخصص تمام‌وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۴

نمودار فوق رتبه ۵۳ تخصص پزشکی که به صورت تمام‌وقت در بیمارستان‌های آموزشی درمانی در حال فعالیت بوده‌اند را نشان می‌دهد. میانگین دریافتی ۷۴۵۶ پزشک در ۶ ماه فصول تابستان و پاییز ۱۳۹۴ برای این منظور در نظر گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد که رشته‌هایی مانند اینترونشن عروق غیر قلبی و جراحی قلب و عروق رتبه اول و دوم و رشته‌هایی مانند طب سنتی و تغذیه رتبه‌های آخر را کسب نموده‌اند. رشته‌های داخلی و جراحی پلاستیک نزدیک به میانگین بوده‌اند.

- بر اساس داده‌های ۷۴۵۶ پزشک که اطلاعات کافی در مورد آن‌ها وجود داشته است نشان می‌دهد که:
- 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.

مقایسه	نسبت	pvalue
دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب بیشتر است	۱,۶	۰,۰۰۵
دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سرطان و آنکولوژی بیشتر است	۱,۸	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است	۰,۶	۰,۰۰۳
دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سوانح و سوختگی کمتر است	۰,۶	۰,۰۰۳
دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی روان‌پزشکی کمتر است	۰,۵	۰,۰۰۵
دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است	۰,۴	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی روان‌پزشکی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سرطان و آنکولوژی بیشتر است	۲,۰۲	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی چشم نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است	۰,۴	۰,۰۰۳

تعداد تخت بیمارستان: بین پزشکان بیمارستان‌ها با تعداد تخت‌های مختلف تفاوت معنادار وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

مقایسه	نسبت	pvalue
دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۱ بیشتر است	۱,۱۸	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۲ بیشتر است	۱,۱۰	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۳ بیشتر است	۱,۰۹	<۰,۰۰۱
دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۴ بیشتر است	۱,۲۰	<۰,۰۰۱

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 < ۰,۰۰۱).

۲- زمانی که کد تعداد تخت ۵ باشد ضریب بتا ۰,۰۷ است (pvalue < ۰,۰۰۱).

نگاه به وضعیت برخی از رشته‌های خاص مدنظر سیاست‌گذاران سلامت نشان می‌دهد که تغییراتی در رتبه‌های 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 و تخصص) پزشکان می‌تواند مهم‌ترین علت باشد که در این رتبه‌بندی 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 رتبه‌بندی آن‌ها غیرممکن و یا بسیار دشوار است و لذا در حال حاضر با هر شرایطی، پزشکان و سیاست‌گذاران در حال مقایسه دریافتی رشته‌ها بر همین اساس هستند (بدون در نظر گرفتن عملکرد) لذا این تصویر می‌تواند نشان‌دهنده نحوه تصمیم‌گیری آینده آن‌ها است.

ج- رضایتمندی از درآمد

ج-۱ تدوین ابزار مطالعه

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مرحله، پرسشنامه پژوهشگر ساخته خواهد بود، این پرسشنامه با الگو گیری از دو پرسشنامه رضایتمندی شغلی (JSS) Job Satisfaction Survey و McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MSS) (۱۲۲) پرسشنامه ایرانی مصدق راد (۱۲۳) و در نظر گرفتن تئوری برابری، شرایط اجرای برنامه و اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد تدوین شده است.

پرسشنامه رضایتمندی شغلی MSS

پرسشنامه‌ای چندبعدی است که قاعداً برای سنجش رضایت پرستاران بیمارستان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۸ بعد پاداش خارجی (حقوق و دستمزد، تعطیلات)؛ رضایت از برنامه‌ریزی (به‌عنوان مثال ساعات کار قابل انعطاف)، تعادل خانواده و کار. همکاران؛ تعاملات متقابل؛ فرصت حرفه‌ای (به‌عنوان مثال به نوشتن و انتشار، شرکت در پژوهش)؛ ستایش / به رسمیت شناختن و کنترل / مسئولیت را با لیکرت ۵ تایی مورد سؤال قرار می‌دهد (۱۲۲). سوالات مرتبط با حقوق از این پرسشنامه استخراج شد.

پرسشنامه رضایتمندی شغلی JSS

پرسشنامه‌ای چندبعدی است که قاعداً برای سنجش شغل‌های ارائه‌کننده 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، روش‌های عملیاتی، همکاران، کار و تعاملات بین فردی است و با لیکرت ۶ تایی مورد سؤال قرار می‌گیرد (۱۲۲). از این پرسشنامه نیز سوالات مرتبط با حقوق استخراج شد.

پرسشنامه رضایتمندی شغلی مصدق راد

پرسشنامه رضایت شغلی دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که میزان رضایت شغلی کارکنان را در ۹ بعد حقوق و مزایا، قدردانی و ترفیع، مدیریت و سرپرستی، همکاران، نیازمندی‌های شغلی، شرایط کاری، ماهیت کار، سیاست‌های سازمان و امنیت شغلی می‌سنجد. علاوه بر این، چهار سؤال دیگر به‌طور کلی رضایت شغلی کارکنان را بررسی می‌کند (۱۲۳).

پرسشنامه‌ها 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 ۱۹۹۴, 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 می‌دهم، حقوق و مزایای عادلانه‌ای می‌گیرم.
	وقتی کار خوبی انجام می‌دهم، آن‌طور که باید مورد قدردانی قرار می‌گیرم.
	از شانس افزایش حقوق و مزایای خود احساس رضایت می‌کنم.
	از حقوق و مزایایی که دریافت می‌دارم، راضی هستم.
	مزایایی که ما دریافت می‌داریم، به‌خوبی مزایای دریافتی کارکنان سایر سازمان‌های مشابه است.

تئوری برابری

تئوری برابری^۱ به دنبال تعیین منصفانه بودن توزیع منابع بین دو همکار منطقی می‌باشد. در این تئوری برابری به‌واسطه مقایسه نسبت مشارکت (هزینه یا ورودی) و منافع (پاداش‌ها یا خروجی) برای هر نفر سنجیده می‌شود (۱۲۴).

^۱ Equity Theory

شرایط اجرای برنامه و اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

پرسشنامه اولیه به صورت ۱۵ سؤالی طراحی گردید و در پنلی تخصصی مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه اولیه ۱۵ سؤالی برای بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P۴P

از نظر من شاخص‌هایی که با کمک آن‌ها میزان «پرداخت عملکردی» برای بخش من تعیین می‌گردد، مناسب هستند.
از نظر من میزان «پرداخت عملکردی» که به بخش من تعلق می‌گیرد منصفانه است.
از نظر من میزان «پرداخت عملکردی» که هر یک از سرپرستان این بیمارستان دریافت می‌کنند بر اساس نوع و میزان کارشان منصفانه است.
احساس من این است که در ازای کاری که انجام می‌دهم، به‌طور منصفانه‌ای «پرداخت عملکردی» دریافت می‌کنم.
بیمارستان محل خدمت من به‌جز «پرداخت عملکردی»، از ابزارهای انگیزشی/تشویقی غیرمالی نیز استفاده می‌کند.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از سرپرستان بخش‌های دیگر بیمارستان محل خدمت من بهتر است.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از بیمارستان‌های دیگر دانشگاه محل خدمت من بهتر است.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از بخش‌های ستادی دانشگاه محل خدمت من بهتر است.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی بهتر است.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از دیگر سازمان‌های دولتی غیر علوم پزشکی بهتر است.
میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می‌کنم از دریافتی بسیاری از دیگر سازمان‌های بخش خصوصی غیر علوم پزشکی بهتر است.
من و کارمندان بخش می‌توانیم با افزایش تعداد ساعات کار خود میزان دریافتی خود را افزایش دهیم.
من و کارمندان بخش می‌توانیم 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 می‌کند.

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 می‌تواند بر رضایت افراد تأثیرگذار باشد، لذا چارچوب پرسشنامه در سه قسمت - ویژگی‌های دموگرافیک، آگاهی سنجی افراد پاسخگو در مورد کارکرد P۴P و رضایت از درآمد بازطراحی شد.

قسمت اول - ویژگی‌های دموگرافیک

دانشگاه؛ بیمارستان؛ جنس؛ وضعیت تأهل؛ مجرد، متأهل، سایر؛ سن به سال؛ سابقه کاری به سال؛ نوع استخدام؛ پیمانی، رسمی، شرکتی، طرحی، قرارداد تبصره ۳، قرارداد تبصره ۴، دیگر قراردادهای، 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 می‌باشد، 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 زیر آورده شده است، برای مرحله بعدی یعنی بررسی روایی محتوایی^۱ سوالات باقی ماندند.

سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P4P

۱	احساس من این است که در ازای کاری که انجام می‌دهم، درآمد منصفانه‌ای از بیمارستان دریافت می‌کنم.
۲	در صورت لزوم، در بیمارستان محل خدمت من به‌جز پرداخت مالی، از روش‌های تشویقی غیرمالی (تقدیر و تشکر، سفرهای تفریحی، ...) به‌صورت مناسب استفاده می‌شود.
۳	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز سایر بخش‌های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است.
۴	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز در سایر بیمارستان‌های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است.
۵	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان هم‌تراز در بخش‌های 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 سازمان‌های دولتی غیر علوم پزشکی بیشتر است.
۸	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان سازمان‌های خصوصی غیر علوم پزشکی بیشتر است.
۹	درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می‌گردد.

^۱ Content Validity Ratio

بررسی توافق افراد و روایی محتوایی سوالات پرسشنامه

به منظور بررسی ضرورت حضور هر سؤال در پرسشنامه (روایی محتوایی پرسشنامه (CVR) از نظر ۱۸ نفر از متخصصان و افراد باتجربه استفاده شد.

به منظور کمی سازی میزان توافق متخصصین از فرمول لاوشه^۱ (۱۹۷۵) کمک گرفته شده است (فرمول ۱). بنا به این فرمول، هرگاه تعداد پاسخ‌های مثبت و تعداد شرکت‌کنندگان به گونه‌ای باشد که میزان نمره توافق از حد معینی (این حد معین به تعداد شرکت‌کنندگان وابسته است) بالاتر باشد، نشان از توافق حداقل ۵۰٪ از پاسخ‌دهندگان در مورد یک مسئله می‌باشد. برای مثال، با توجه به اینکه تعداد متخصصان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر ۱۸ نفر بوده‌اند، لذا بایستی حداقل نمره‌ی توافق ۰٫۴۲ باشد (۱۲۵).

$$\text{نمره توافق فرمول ۱} = \frac{\frac{\text{تعداد کل شرکت‌کنندگان}}{2} - \text{تعداد پاسخ‌های مثبت}}{\frac{\text{تعداد کل شرکت‌کنندگان}}{2}}$$

^۱ Lawshe

نتایج نظرخواهی از متخصصان و مجربان سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P4P

سوالات در پرسشنامه	ضروری است	مهم است ولی ضروری نیست	ضروری نیست	تعداد نظردهندگان	CVR	سوالات
۲۴	۱۰	۸	۰	۱۸	۰,۱۱	احساس من این است که در ازای کاری که انجام می‌دهم، درآمد منصفانه‌ای از بیمارستان دریافت می‌کنم.
۲۵	۱۱	۵	۲	۱۸	۰,۲۲	در صورت لزوم، در بیمارستان محل خدمت من به‌جز پرداخت مالی، از روش‌های تشویقی غیرمالی (تقدیر و تشکر، سفرهای تفریحی، ...) به‌صورت مناسب استفاده می‌شود.
۲۶	۱۴	۳	۱	۱۸	۰,۵۶	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز سایر بخش‌های 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 بیمارستان‌های 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 بخش‌های 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 مراکز درمانی خصوصی بیشتر است.
۳۰	۱۲	۳	۳	۱۸	۰,۳۳	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان دیگر سازمان‌های دولتی غیر علوم پزشکی بیشتر است.
۳۱	۹	۴	۵	۱۸	۰,۰۰	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان سازمان‌های خصوصی غیر علوم پزشکی بیشتر است.
۳۲	۱۵	۳	۰	۱۸	۰,۶۷	درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می‌گردد.
۳۳	۴	۳	۰	۷	۰,۱۴	تمایل دارم به روش قبلی (نظام نوین) پرداخت‌ها صورت گیرد.
۳۴	۶	۱	۰	۷	۰,۷۱	در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش‌ها به دلیل روابط غیرممتعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت‌های بالاتری دارند.

بررسی پایایی آیتم‌های 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 بخش‌ها مدنظر در یکی از استان‌ها گذاشته شد.

میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه و حیطه‌های آن

حیطه	تعداد آیتم	آلفای کرونباخ
کل پرسشنامه	۲۸	۰,۸۶۲
آگاهی سنجی	۱۳	۰,۸۹۲
رضایت سنجی (قبل و بعد مداخله)	۱۵	۰,۷۵۴

در ادامه نتایج تعیین آلفای کرونباخ با حذف هر یک از آیتم‌های آورده شده است.

میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم‌ها

آیتم	میانگین در صورت حذف آیتم	واریانس در صورت حذف آیتم	آلفای کرونباخ با حذف آیتم
میزان درآمد مبنای بیمارستان	۶۱,۷۳	۳۳۶,۷۶	۰,۸۶
تعداد نیروی انسانی بخش	۶۱,۷۷	۳۳۰,۲۶	۰,۸۵
نمره/ ضریب کیفی بخش	۶۱,۷۳	۳۲۶,۲۸	۰,۸۵
میزان کسورات بیمه بخش	۶۱,۶۹	۳۲۶,۹۴	۰,۸۶
نمره یا ضریب سختی بخش	۶۱,۹۶	۳۴۲,۵۲	۰,۸۶
میزان ثبت دقیق خدمات	۶۲,۲۳	۳۳۱,۷۸	۰,۸۶
سمت فرد	۶۲,۲۳	۳۱۳,۳۸	۰,۸۴
تعداد ساعات حضور موظف	۶۱,۸۱	۳۲۶,۴۸	۰,۸۵
تعداد ساعات حضور غیرموظف	۶۱,۶۲	۳۳۲,۹۷	۰,۸۵
تعداد ساعات انکال	۶۱,۸۱	۳۲۷,۲۰	۰,۸۶
مدرک تحصیلی	۶۲,۲۷	۳۲۰,۱۲	۰,۸۵
سابقه کار	۶۲,۴۲	۳۱۶,۴۱	۰,۸۵
نمره کیفیت کار فرد	۶۲,۱۵	۳۱۶,۰۶	۰,۸۵
احساس من این است که در ازای کاری که انجام می‌دهم، درآمد	۶۳,۶۹	۳۶۱,۶۶	۰,۸۷

میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم‌ها

آلفای کرونباخ با حذف آیتم	واریانس در صورت حذف آیتم	میانگین در صورت حذف آیتم	آیتم
			منصفانه‌ای از بیمارستان دریافت می‌کنم.
۰,۸۶	۳۴۵,۲۸	۶۴,۰۰	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز سایر بخش‌های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است.
۰,۸۶	۳۳۷,۱۱	۶۳,۹۲	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز در سایر بیمارستان‌های 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 بخش‌های 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 می‌گردد.
۰,۸۶	۳۳۷,۹۲	۶۳,۸۱	در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش‌ها به دلیل روابط غیرمعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت‌های بالاتری دارند.
۰,۸۷	۳۴۲,۳۸	۶۳,۱۵	تمایل دارم به روش قبلی (نظام نوین) پرداخت‌ها صورت گیرد.
۰,۸۵	۳۲۷,۶۱	۶۳,۵۸	احساس من این است که در ازای کاری که انجام می‌دهم، درآمد منصفانه‌ای از بیمارستان دریافت می‌کنم.
۰,۸۵	۳۱۶,۵۸	۶۳,۵۰	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز سایر بخش‌های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است.
۰,۸۵	۳۲۰,۸۶	۶۳,۸۵	میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان هم‌تراز در سایر بیمارستان‌های 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 بخش‌های 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

میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم‌ها

آلفای کرونباخ با حذف آیتم	واریانس در صورت حذف آیتم	میانگین در صورت حذف آیتم	آیتم
			پرداخت می‌گردد.
۰,۸۶	۳۴۶,۹۱	۶۴,۱۲	در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش‌ها به دلیل روابط غیرممتعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت‌های بالاتری دارند.

یکی از تعریف‌هایی که برای قابلیت اعتماد توسط ایل 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» (۱۲۶). پایایی درونی پرسشنامه حاضر ۰,۸۶۲ و حیثه‌های 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 (۱۲۷). 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 فوق‌الذکر قرار گرفت و داده‌ها جمع‌آوری گردید. پس از تکمیل، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ۷۲۰ وارد شد. برای بررسی پایایی در طول زمان همبستگی پاسخ‌های افراد در دو مرحله جمع‌آوری داده‌ها محاسبه گردید.

میزان همبستگی پاسخ‌های افراد بعد از ۲ هفته نیز برابر ۰,۹۸ ($Pvalue < ۰,۰۱$) حاصل شد.

ج-۱-۱ تعیین معیار مقایسه برای 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 ارزیابی‌های وزارت و تجربیات افراد اجراکننده برنامه در سطح وزارت) بهره گرفته شد. افراد حاضر در این جلسات جزو درگیرترین، آگاه‌ترین و موفق‌ترین اجراکنندگان برنامه در سطح کشور هستند که باعث می‌شود تناسب بین تجربه اشخاص و سؤال پژوهش (Experiential fit) و وجود ویژگی‌های یک مطلع خوب (Good informant) (۱۲۸) 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 آیتم‌ها نمره اثرگذاری در دریافتی کارکنان داده شود. به عبارت دیگر به آنان گفته شد: اگر شما که جزو آگاه‌ترین افراد از برنامه در سطح کشور هستید، سرپرست یک بخش بیمارستانی بودید، برای بالا بردن دریافتی کارکنان بخش خود، هر یک از آیتم‌های پیش رو به چه میزان برای شما اهمیت خواهد داشت؟ در جدول زیر میانگین نمره اهمیت

داده شده به هر یک از آیت‌های تأثیرگذار آورده شده است. این میانگین‌ها به عنوان معیاری برای مقایسه سنجش تأثیر آموزش‌های ارائه شده به سرپرستان بخش‌ها استفاده خواهند شد.

معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

معیار مقایسه	آماره‌ها	معیار تأثیرگذار
۸	تعداد	میزان درآمد مبنای بیمارستان
۴	میانگین	
۰	انحراف معیار	
۸	تعداد	تعداد نیروی انسانی بخش
۱,۷۵	میانگین	
۱,۳۹	انحراف معیار	
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	

معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

معیار مقایسه	آماره‌ها	معیار تأثیرگذار
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	
۰,۴۶	انحراف معیار	
۸	تعداد	نمره کیفیت کار فرد
۳,۳۸	میانگین	
۱,۰۶	انحراف معیار	

ج-۲ پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان

به‌طور میانگین ۲۰,۳۸ درصد کارکنان از میزان تأثیر معیارهای مختلف تأثیرگذار بر میزان دریافتی افراد در سطح بخش آگاهی نداشته‌اند. جزئیات این معیارها در جدول زیر نشان داده شده است. در این میان «میزان کسورات بیمه بخش» بیشترین و «تعداد نیروی انسانی بخش» کمترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند. مقایسه میانگین نمره آگاهی این کارکنان با نمره استاندارد هر معیار نشان می‌دهد که میزان آگاهی مسئولین بخش‌ها 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.

آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح بخش بر میزان درآمد افراد

Sig.	انحراف معیار	میانگین	پاسخ‌ها		نمره استاندارد	سؤال
			سایر (-۴) (۰)	«نمی‌دانم»		
<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

به‌طور میانگین ۱۴,۸۴ درصد کارکنان از میزان تأثیر معیارهای مختلف تأثیرگذار بر میزان دریافتی افراد در سطح فرد آگاهی نداشته‌اند. جزئیات این معیارها در جدول زیر نشان داده شده است. در این میان «تعداد ساعات انکال» بیشترین و «تعداد ساعات حضور موظف و غیرموظف» کمترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند.

مقایسه میانگین نمره آگاهی این کارکنان با نمره استاندارد هر معیار نشان می‌دهد که میزان آگاهی مسئولین بخش‌ها 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.

آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح فرد بر میزان درآمد افراد

Sig.	انحراف معیار	میانگین	پاسخ		نمره استاندارد	سؤال
			سایر (-۴) (۰)	«نمی‌دانم»		
۰,۱۵	۱,۱۶	۳,۰۶	۵۸۷	۹۲	تعداد	سمت فرد
-	-	-	۸۷,۵	۱۳,۵	درصد	
<۰,۰۰۱	۱,۰۶	۳,۳۰	۵۹۶	۸۳	تعداد	تعداد ساعات حضور موظف
-	-	-	۸۷,۸	۱۲,۲	درصد	
<۰,۰۰۱	۰,۹۸	۳,۴۴	۵۹۶	۸۳	تعداد	تعداد ساعات حضور غیرموظف
-	-	-	۸۷,۸	۱۲,۲	درصد	
<۰,۰۰۱	۱,۵۲	۲,۲۵	۴۹۷	۱۷۸	تعداد	تعداد ساعات انکال
-	-	-	۷۲,۸	۲۶,۲	درصد	
۰,۱۷	۱,۱۹	۲,۹۴	۵۸۳	۹۶	تعداد	مدرک تحصیلی
-	-	-	۸۵,۹	۱۴,۱	درصد	
۰,۹۹	۱,۳۱	۲,۷۵	۵۸۹	۹۰	تعداد	سابقه
-	-	-	۸۶,۷	۱۳,۳	درصد	
<۰,۰۰۱	۱,۲۵	۲,۹۶	۵۹۵	۸۴	تعداد	نمره کیفیت کار فرد
-	-	-	۸۷,۶	۱۲,۴	درصد	
-	-	-	-	۱۴,۸۴	درصد	میانگین

مقایسه دو جدول نشان می‌دهد، بر اساس دو معیار درصد پاسخ‌های نمی‌دانم و درصد معیارهای با تفاوت معنادار با نمره استاندارد، به‌طور کلی آگاهی افراد در مورد تأثیر معیارهای سطح فرد نسبت به معیارهای سطح بخش بیشتر است.

ج-۲-۱ رضایتمندی کارکنان از میزان درآمد قبل و بعد از اعمال برنامه

نمره رضایتمندی افراد که حداقل ۰ و حداکثر ۴ می‌تواند باشد در ۵ گروه (بافاصله ۰,۸) تقسیم‌بندی شد. بر این اساس میزان رضایتمندی قبل و بعد از اجرای برنامه در جدول زیر نشان داده شد. نمره رضایت کارکنان قبل از اجرای برنامه به گونه بود که ۴۳ درصد از آن‌ها رضایت متوسط و بالاتر داشته‌اند. این میزان بعد از اجرای برنامه ۴۳,۸ درصد بوده است.

وضعیت رضایتمندی کارکنان در ۵ گروه

بعد		قبل		رضایتمندی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۲,۴	۱۵۲	۱۴,۹	۱۰۱	خیلی کم (۰,۸-۰)
۲۶,۷	۱۸۱	۳۱,۸	۲۱۶	کم (۰,۸۱-۱,۶)
۲۸,۱	۱۹۱	۲۵,۲	۱۷۱	متوسط (۱,۶۱-۲,۴)
۱۲,۵	۸۵	۱۳,۷	۹۳	بالا (۲,۴۱-۳,۲)
۳,۲	۲۲	۴,۱	۲۸	خیلی بالا (۳,۲۱-۴)

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.

توصیف نمره رضایت کارکنان از وضعیت درآمد قبل و بعد از اجرای برنامه

رضایتمندی بعد	رضایتمندی قبل	
۱,۵۴	۱,۶۴	تعداد
۰,۹	۰,۸۶	میانگین
		انحراف معیار
		همبستگی
		Sig.

مقایسه این دو نمره با آزمون T زوجی تفاوت معناداری را بین آن‌ها نشان می‌دهد به‌گونه‌ای که نمره رضایت افراد از درآمد خود قبل از اجرای برنامه بیشتر از بعد از اجرای برنامه است.

مقایسه نمره رضایت قبل و بعد رضایتمندی افراد از میزان درآمد

Sig.	df	t	تفاوت‌های دو نمره				رضایتمندی 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	

ج-۲-۲ مقایسه رضایتمندی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و کار

جنسیت، تأهل، نوع خدمت و نوع بیمارستان

نتایج آزمون T نشان می‌دهد که:

قبل از اجرای برنامه: نمره رضایت کارکنان مرد از زن ($pvalue = ۰,۰۴$)، کارکنان پشتیبانی از بالینی ($pvalue = ۰,۰۳$)، کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی از درمانی ($pvalue < ۰,۰۰۱$) به‌طور معناداری بیشتر بوده است. بعد از اجرای برنامه: نمره رضایت کارکنان مرد از زن ($pvalue = ۰,۰۱$)، کارکنان متأهل از مجرد ($pvalue = ۰,۰۰۲$)، کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی از درمانی ($pvalue = ۰,۰۱$) به‌طور معناداری بیشتر بوده است.

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		
۰,۰۲	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	نوع کار
	۰,۸۸	۱,۵۷	۲۶۱	بالینی		
۰,۰۲	۰,۸۴	۱,۵۱	۳۱۵	پشتیبانی	بعد	نوع کار
	۰,۹۰	۱,۶۰	۲۷۲	بالینی		
<۰,۰۰۱	۰,۸۱	۱,۴۸	۳۲۷	درمانی	قبل	نوع بیمارستان

مقایسه نمره رضایت به تفکیک جنسیت، تأهل و نوع محل خدمت

Sig.	انحراف معیار	میانگین	تعداد	تعریف متغیر	زمان	متغیر
	۰,۸۹	۱,۸۳	۲۷۳	آموزشی درمانی		
۰,۰۱	۰,۸۶	۱,۴۳	۳۴۲	درمانی	بعد	نوع بیمارستان
	۰,۸۷	۱,۶۱	۲۷۳	آموزشی درمانی		
۰,۱۸	۰,۸۷	۱,۶۳	۵۶۱	عمومی	قبل	تخصص بیمارستان
	۰,۷۵	۱,۶۹	۵۰	تک تخصصی		
۰,۶۲	۰,۸۸	۱,۵۳	۵۶۱	عمومی	بعد	تخصص بیمارستان
	۰,۷۲	۱,۳۶	۵۴	تک تخصصی		

رابطه استخدامی

نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که در میان چهار گروه استخدامی، نمره رضایت افراد رسمی قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معناداری دارد ($pvalue = 0,008$).

رضایتمندی افراد بر اساس رابطه استخدامی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه

Sig.	قبل			بعد			رابطه استخدامی	کد
	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰,۰۰۸	۰,۸۷	۱,۷۲	۴۱۲	۰,۸۹	۱,۵۸	۴۲۴	رسمی	۰
۰,۳	۰,۷۵	۱,۴۶	۶۸	۰,۹	۱,۵۷	۷۲	پیمانی	۱
۰,۰۷	۰,۹۴	۱,۷۳	۲۳	۰,۷۷	۱,۳۷	۲۵	شرکتی، قرارداد تبصره ۴، قرارداد اداره کار	۲
۰,۹	۰,۷۸	۱,۵۱	۷۷	۰,۸۷	۱,۵۲	۸۰	قرارداد تبصره ۳	۳
۰,۱	۰,۸۳	۱,۲۸	۲۴	۰,۸۱	۱,۰۳	۲۶	متعهد به خدمت، طرحی/دستیار	۴

نتایج آزمون آنووا برای مقایسه نمره رضایت بین گروه‌های مختلف استخدامی نشان می‌دهد که

نتایج آزمون آنووا بر اساس رابطه استخدامی

زمان	مجموع مربعات	df	میانگین مربع	f	Sig.
قبل	بین گروه‌ها	۹,۸۲	۴	۲,۴۵	۰,۰۱
	درون گروه‌ها	۴۳۷	۵۹۹	۰,۷۳	
	کل	۴۴۷	۶۰۳		
بعد	بین گروه‌ها	۸,۳۰	۴	۲,۰۷	۰,۰۳
	درون گروه‌ها	۴۹۱	۶۲۲	۰,۷۸	
	کل	۴۹۹	۶۲۶		

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی

زمان	استخدام	تفاوت میانگین‌ها*	خطای معیار	Sig.
بعد	۴	۰,۵۵	۰,۱۷	۰,۰۱
قبل				

تعداد تخت بیمارستان

نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که در میان سه گروه بیمارستان، نمره رضایت افراد شاغل در بیمارستان‌های گروه سوم قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معناداری دارد ($pvalue = 0,01$).

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	۲۵۰-۹۹	۳۲۶	۱,۶۲	۰,۸۵	۳۲۶	۱,۵۴	۰,۸۹	۰,۱
۳	۴۰۰-۲۵۰	۵۸	۲,۰۸	۰,۸۸	۵۸	۱,۷۰	۰,۷۶	۰,۰۱

نتایج آزمون آنووا برای مقایسه نمره رضایت بین گروه‌های مختلف بر اساس تعداد تخت بیمارستان نشان می‌دهد که قبل از اجرای برنامه همواره کارکنان شاغل در بیمارستان گروه سوم به‌طور معناداری میزان رضایت بالاتری از دو گروه دیگر داشته‌اند ($pvalue < 0,001$).

نتایج آزمون آنووا بر اساس تعداد تخت بیمارستان

زمان	مجموع مربعات	df	میانگین مربع	f	Sig.
قبل	بین گروه‌ها	۲	۶,۹	۹,۳۷	<۰,۰۰۱
	درون گروه‌ها	۵۸۹	۰,۷۳		
	کل	۵۹۱	۴۴۳		
بعد	بین گروه‌ها	۲	۱,۷۲	۲,۲۷	۰,۱
	درون گروه‌ها	۶۱۲	۰,۷۶		
	کل	۶۱۴	۴۶۷		

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت

زمان	استخدام	تفاوت میانگین‌ها*	خطای معیار	Sig.
قبل	۳	۰,۵۵	۰,۱۲	<۰,۰۰۱
	۲	۰,۴۶	۰,۱۲	۰,۰۰۱

تخصص بیمارستان

نتایج آزمون آنووا برای مقایسه نمره رضایت بین گروه‌های مختلف کارکنان بر اساس نوع تخصص بیمارستان تفاوت معناداری بین آنها نشان نداده است.

نتایج آزمون آنووا بر اساس تخصص بیمارستان

زمان	مجموع مربعات	df	میانگین مربع	f	Sig.
قبل	بین گروه‌ها	۴	۱,۱۶	۱,۷۵	۰,۱۹
	درون گروه‌ها	۵۸۷	۰,۷۵		
	کل	۵۹۱	۴۴۴		
بعد	بین گروه‌ها	۴	۱,۱۶	۱,۵۳	۰,۱۳
	درون گروه‌ها	۶۱۰	۰,۷۵		
	کل	۶۱۴	۴۶۸		

همبستگی بین سابقه و نمره رضایت‌مندی

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 نمی‌باشد.

سابقه		
**0,18	همبستگی	رضایت‌مندی قبل
<0,001	Sig.	
۵۹۶	تعداد	
0,06	همبستگی	رضایت‌مندی بعد
0,1	Sig.	
۶۱۸	تعداد	

ج-۲-۳ رضایت‌مندی از درآمد و میزان آگاهی افراد

ج-۲-۳-۱ میزان آگاهی از معیارهای فردی اثرگذار بر درآمد

بررسی میزان همبستگی بین رضایت کارکنان بافاصله میزان آگاهی آن‌ها از استاندارد با کمک ضریب پیرسون نشان می‌دهد که همبستگی معکوسی بین ۴ معیار از میان ۶ معیار با رضایت‌مندی وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

میزان درآمد مبنای بیمارستان	تعداد نیروی انسانی بخش	ضریب کیفی بخش	میزان کسورات بیمه بخش	نمره یا ضریب سختی بخش	میزان ثابت دقیق خدمات	همبستگی	تعداد
-0,19**	0,25**	-0,26**	-0,04	0,12**	-0,24**	Sig.	
<0,001	<0,001	<0,001	0,92	<0,001	<0,001		
۵۱۳	۶۳۱	۵۵۹	۶۳۱	۵۴۴	۵۳۹		

ج-۲-۳-۲ میزان آگاهی از معیارهای بخش اثرگذار بر درآمد

بررسی میزان همبستگی بین رضایت کارکنان بافاصله میزان آگاهی آن‌ها از استاندارد با کمک ضریب پیرسون نشان می‌دهد که همبستگی معکوسی بین ۷ معیار با رضایت‌مندی وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

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	تعداد
<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 تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

خلاصه یافته‌ها

به‌طور 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. علت این تغییرات مجموعه‌ای قوانین و مقررات بالادستی و نواقص نظام پرداخت سابق بوده‌اند. زمینه موجود در نظام سلامت کشور مانند افزایش میزان پرداختی به کارکنان، افزایش تعداد استخدام‌های قراردادی و غیر دائم و کاهش پرداختی‌های دولتی برای کارکنان و قوت گرفتن نظام پرداخت FFS به این جهش‌ها کمک نموده است.

طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها با هدف افزایش انگیزش کارکنان در بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی در سال ۱۳۸۷ اجرایی شده است. مهم‌ترین هدف این برنامه افزایش پرداختی به کارکنان بوده است ولی برنامه بالقوه ابزارهای مدیریتی مناسبی برای مدیران در زمان خود ایجاد نموده است، همان‌طور که برخی بیمارستان‌ها این برنامه را در درون بیمارستان ارتقا داده و بهره‌برداری مناسبی از آن می‌نموده‌اند. با این حال با گذر زمان این ابزارها رنگ‌باخته و برنامه صرفاً ابزاری برای پرداخت به کارکنان می‌گردد. با توسعه نظام سلامت و بیمارستان‌های کشور، این برنامه عملاً عملکرد خود را از دست داده و تمایل برای تغییر آن در میان مدیران بالادستی و پایین‌دستی افزایش می‌یابد. 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 از جمله رفتارهای سیستم سلامت نسبت به این نواقص بوده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای تأکیدات قوانین کشور برای استقرار ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد^۱ و اصلاحات نظام سلامت (۱۸)، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد طراحی شده برای ایران (IR-PFP) را در بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی اجرایی کرد. بررسی مهم‌ترین اهداف تدوین این برنامه^۲ نشان می‌دهد که مبنای طراحی این برنامه، رفع مسائل و مشکلات موجود در بیمارستان‌های کشور بوده است. این برنامه با اهداف و پیش‌فرض‌های متعدد طراحی و اجرایی گردید. در مسیر دستور گذاری تا اجرای این برنامه دو گروه سیاستی در داخل وزارت بهداشت، نقش اساسی را ایفا نموده‌اند. این دو گروه سیاستی با تقویت یک اداره در معاونت درمان و اجرای طرح تحول سلامت هم‌زمان بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی وضعیت تأمین مالی ضعیف بیمارستان‌ها و پیدایش دیدگاه «بیمارستان به‌عنوان یک سازمان تولیدکننده» (۱۲۹)، اکثر متولیان خرد و کلان نظام سلامت ایران را به سمت رویکردهای درآمدزا برای بیمارستان سوق داده است. از این میان تقویت نظام پرداخت FFS بین ارائه‌کننده و خریداران خدمت، اجرای طرح خودگردانی

۱ 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».

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

بیمارستان‌ها، اجرا و به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی مهم‌ترین عوامل بوده‌اند. در کنار این تغییرات محیطی، تصویب قوانین مرتبط (قانون هیئت‌امنایی، ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی، تعرفه گذاری خدمات پرستاری) 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. پیچیده‌تر شدن نظام‌های پرداخت بیمارستانی ایران از نظام حقوق و دستمزد تا نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد پیش رفته است که باعث حساس‌تر شدن مکانیسم نظام پرداخت به ورودی‌ها و عملکرد افراد برای بیمارستان شده است. عمده این مداخلات و تغییرات با هدف افزایش کارایی با ترغیب و انگیزش کارکنان به کار بیشتر در مراکز دولتی با واسطه انگیزاننده‌های مالی انجام شده‌اند.

بررسی تجارب جهانی نیز نشان می‌دهد که در دهه‌های گذشته برخی کشورها نیز چنین رویکردی را برای پرداخت به کارکنان بیمارستانی خود در پیش گرفته‌اند. در سال ۲۰۰۸ روسیه با هدف افزایش انگیزش کارکنان بیمارستانی خود -پزشک و غیرپزشک، شروع به تغییر نظام پرداخت ثابت حقوق و دستمزد به نظام پرداخت ترکیبی حقوق و دستمزد و PFP کرده است (۱۳۰). 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 در این حوزه (۱۳۱).

در سه دهه گذشته، اولین تغییر اساسی نظام پرداخت بیمارستانی ایران در اواخر دهه ۷۰ (۱۳۷۸) 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، یکی از پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت برای بالا بردن اثربخشی در این کشورها خرید راهبردی بوده است (۱۱۰). پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌عنوان نوع خاصی از خرید راهبردی که می‌تواند به‌طور اختصاصی برای پرداخت به اهداف از پیش تعیین‌شده بکار گرفته شود شناخته 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 شده‌اند (۹۶).

علاوه بر اینکه برنامه‌های PFP راهکاری برای خرید بهتر معرفی شده‌اند، میسین و همکاران (۲۰۱۱) این نوع از برنامه‌ها را به‌عنوان کاتالیزور یا تسریع‌کننده اصلاحات نظام سلامت معرفی کرده‌اند (۲۸). بررسی مستندات و مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که IR-PFP نیز به‌عنوان پیش‌نیاز اصلی برای اجرای کتاب ارزش

نسبی خدمات سلامت به‌روز شده در ایران بوده است. به‌علاوه به اذعان مصاحبه‌شوندگان 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 وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده است؛ اما بررسی سایر برنامه‌های مشابه در کشورهای دیگر نشان می‌دهد که متولی این‌گونه برنامه‌ها می‌توانند متعدد باشد. متولی برنامه نظام بن‌های کیفیت (QBS)^۱ در استونی (۲۰۰۶) صندوق بیمه سلامت استونی (EHIF)^۲ است. متولی نظام «قراردادهایی برای بهبود فعالیت‌های انفرادی» (CAPI)^۳ در فرانسه صندوق بیمه سلامت ملی^۴ بوده است. بیشتر پرداخت‌های عملکردی در ایالات‌متحده توسط مدیکیر و مدیکد (پرداخت‌کننده منابع مالی) رهبری و هدایت می‌شوند (۹۶)؛ اما متولی یک برنامه دیگر (IFAQ) در فرانسه وزارت بهداشت و مرکز سلامت ملی فرانسه (یکی از مسئولیت‌های این مرکز ارزیابی بیمارستان‌ها است) است (۱۳۲). به نظر می‌رسد در هر کشور اینکه چه ارگانی متولی برنامه پرداخت عملکردی باشد، بستگی به تأمین‌کننده منابع مالی برنامه دارد. با توجه به اینکه پرداخت به کارکنان بیمارستانی بر عهده وزارت بهداشت است، در ایران نیز متولی برنامه به‌خوبی اجرا نموده است.

بررسی بازیگران برنامه IR-PFP در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازیگران خارج از وزارت یا هیچ نقشی در تدوین برنامه نداشته‌اند یا نقش آن‌ها بسیار ضعیف بوده است. 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 کشوقوس 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 ایجادکننده آن به‌روشنی به یکدیگر متصل نیستند (۷۱). با توجه به اینکه اولاً مسئله پرداخت به کارکنان بیمارستانی در حوزه اختیارات 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 عدم حضور سایر بازیگران خارج از وزارت در این موضوع امری طبیعی است.

در داخل وزارت نیز 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

^۱ Quality Bonus System (QBS)

^۲ Estonia Health Insurance Fund (EHIF)

^۳ Contracts for Improved Individual Practice (CAPI)

^۴ National Health Insurance Fund (NHIF)

ممانعت با اجرای آن دارند. افزایش بارکاری 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 مهم ترین این عوامل هستند.

این مسئله در سایر کشورها نیز نمود مشابهی داشته است. تنباووم (۲۰۰۹) (۱۳۱) به حمایت سیاسی، قانونی و اجرایی مناسب از برنامه های پرداخت مبتنی بر عملکرد اذعان دارد ولی مارکوویتز و رایان (۲۰۱۷) حمایت های واقعی حامیان را بسیار محدود می دانند (۶۳). به نظر می رسد در هنگام بررسی این برنامه بایستی این مسئله در نظر گرفته شود.

در مورد نحوه اجرای برنامه ها به طور خلاصه دو دیدگاه خطی (اجرای بالا به پایین یا پایین به بالا) و تعاملی^۱، در مورد نحوه اجرای سیاست وجود دارد (۱۳۳). نتایج مصاحبه ها و بررسی مستندات نشان می دهند که بنا به برخی ضرورت ها، ابتدا اجرای برنامه IR-PFP به صورت خطی و بالا به پایین دنبال شد. در این مرحله تمام دانشگاه ها و بیمارستان ها ملزم به اجرای برنامه بودند؛ اما به تدریج با بروز برخی مسائل رویکرد اجرایی سیاست گذاران برای اجرای برنامه به سمت مدل تعاملی اجرای برنامه پیش رفته است.

گریندل و توماس (۱۹۹۱)^۲ این مسئله را که سیاست و اجرای آن دو موضوع جداگانه از یکدیگر هستند را رد کرده و بیان می کنند که هر سیاستی ممکن در یکی از مراحل اجرای خود، توسط مخالفان تغییر یابد (۱۳۳). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد در سطح کلان (وزارت) عمدتاً ایجاد شفافیت و توزیع منابع مالی بیشتر برای کارکنان باعث مخالف ها و درخواست هایی برای تغییر در برنامه بوده است. تغییر در میزان سهم کارکنان از درآمدهای بیمارستانی یکی از این تغییرات بود.

در سطح میانی (دانشگاه) و خرد (بیمارستان) نیز دلایلی برای مخالفت با برنامه مانند تضاد منافع بین معاونت های دانشگاه ها، حجم بارکاری، 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)^۳ ویژگی های فردی ناشی از «آگاهی و قدرت» این افراد در قالب بندی نتایج سیاست اثرگذار است (۱۳۳).

^۱ The interactive model

^۲ Grindle and Thomas (۱۹۹۱)

^۳ Long (۱۹۹۲)

یکی از مسائل دیگر در بررسی نحوه اجرای IR-PFP، این است که برنامه ایران به صورت یکجا برای تمام بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی به اجرا درآمد. اگرچه ادعا بر این است که برنامه پایلوت شده و سپس به اجرا درآمده است، اما مستندات و مصاحبه‌ها نشان می‌دهند که فضای سیاستی^۱ موجود در زمان اجرای برنامه، سیاست‌گذاران را ناگزیر از اجرای برنامه ترکیبی نهایی بدون پایلوت کرده است. مهم‌ترین مسئله در ایجاد این فضای سیاستی فشرده، منوط بودن اجرای برخی برنامه‌های طرح تحول سلامت خصوصاً اصلاحات مربوط به کتاب ارزش نسبی و اثرات آن بوده است.

بررسی مطالعات متعدد نشان می‌دهد تجارب مشابه موفق در سطح دنیا این مرحله از اعمال برنامه را در فضای سیاستی آرام‌تر و بازتری پیگیری نموده‌اند. رویکرد برنامه VIP کره این‌گونه بوده است که ابتدا به صورت پایلوت دوساله در دو نوع بخش بیمارستانی خاص (قلب و سزارین) و صرفاً در بیمارستان‌های آموزشی به اجرا درآمده است. در این مرحله امتیازات خاص به برخی از بیمارستان‌های رفراال کشوری نیز داده شده بود. بعد از ارزیابی مثبت اثرات برنامه در سال ۲۰۱۱، این برنامه در حال گسترش به سایر بیمارستان‌های این کشور است (۱۳۴). به علاوه برنامه IFAQ فرانسه نیز در ابتدا به صورت داوطلبانه، هم برای بیمارستان‌های دولتی و هم برای بیمارستان‌های بخش خصوصی، به اجرا درآمده است (۱۳۲). به نظر می‌رسد رویکرد سیاست‌گذاران در اجرای برنامه‌ها تا حدی به فضای سیاستی موجود وابسته است و در خصوص برنامه‌های PFP باید اذعان نمود که این نوع از برنامه‌ها نیازمند فضای سیاستی بازتر و آرام‌تری برای اجرا هستند.

در مورد چارچوب برنامه، مطالعه حاضر به معرفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران و ابعاد اثربخشی آن نیز پرداخته است. همانند سایر مدل‌ها، 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 سهمیم کردن تمام مدیران و کارکنان (۶۷، ۱۳۵) در قسمتی از درآمد بیمارستان است؛ می‌توان این برنامه را نوعی از انواع مدل‌های «سهامدار کردن کارکنان در درآمد» دانست (۱۳۶) و بر اساس این برنامه حدود یک‌چهارم از مبالغ ریالی جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت ارائه شده، در کنار حقوق و دستمزد (۱۳۷-۱۳۹)، تحت عنوان «پرداخت عملکردی» به صورت تحکمی^۳ (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، هیچ‌یک از بخش‌ها

^۱ Policy space/ room for manoeuvre

^۲ Revenue Sharing Plan

^۳ Forced distribution

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^۱ مریلند و جمهوری کره در سطح بیمارستان‌ها دیده می‌شود (۹۶) در صورتی که در برنامه IFAQ فرانسه این عامل دیده نشده است (۱۳۲).

برای هم‌راستا نمودن اهداف بخش (تیم درمانی و غیر درمانی) و فرد با اهداف بیمارستان و بر طبق تفاهم‌نامه منعقدشده بین مدیران بیمارستان و بخش‌ها، اداره بخش به مدیران اجرایی بخش واگذار شده است که اثرات مثبت این تمرکززدایی به‌خوبی ثابت شده است (۱۴۰). 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 بر عهده دارند.

در مورد 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 (۹۶). در برنامه مذکور، شاخص‌های امتیازدهی بخش و کارکنان بر اساس نوع فعالیت آن‌ها تعیین شدند. این شاخص‌ها مجموعه‌ای از عوامل مؤثر بر ارائه خدمت شامل تسهیلات، تجهیزات، منابع، دارو، فناوری اطلاعات و منابع انسانی هستند. ارزیابی این شاخص‌ها از چندین طریق صورت می‌گیرد (۹۶)؛ مدیران میانی، مدیران بالادستی، کارکنان هم‌تراز و زیردست از جمله این ارزیابان هستند.

در ادامه به منظور درک بهتر ارتباط بین نحوه عملکرد و دریافت عملکردی و با در نظر گرفتن شاخص‌های در حال ارزیابی، ارزیابی‌های بخش و فرد 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 تأثیر گذارند) (۹۶) همواره اعمال برخی تغییرات در دستورالعمل IR-PFP در هر بیمارستان، در طیفی مشخص بایان علت و تصویب در سطوح بالادستی، امکان‌پذیر است.

در مورد میزان دریافتی کارکنان بیان شده است که میزان پرداخت کم و متوسط، فاقد توانایی ایجاد انگیزه کاری بیشتر در کارکنان هستند (۱۴۱)؛ 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^۲ و بیمارستان‌ها برای تأمین آن نیازمند منابع مالی خارج از سازمان نیستند (۶۷). برنامه پرداخت عملکردی

^۱ Hospital Acquired Conditions Program

^۲ مصوبه هیئت‌وزیران، شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۵۰۹۸۲، مورخه ۱۳۹۳/۷/۱.

بیماری‌های مزمن انگلستان نیز به‌منظور ایجاد انگیزش دریافتی پزشکان خانواده این کشور را تا ۲۵ درصد افزایش داده است (۱۲).

در مورد مکانیسم ارزیابی و ارزشیابی برنامه باید دانست که بررسی اثرات برنامه هم به نحوه طراحی و هم به نحوه اجرای برنامه وابسته است (۹۶). 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 برنامه‌ها می‌تواند برای آگاه‌سازی دیگران مورد استفاده قرار گیرد تا در پیاده‌سازی مشوق‌های مبتنی بر عملکرد بکار گیرند (۳۱). با توجه به اینکه وضعیت بیمارستان‌های کشور بسیار متفاوت است، لازم است تا اثرات برنامه در سطح هر یک از بیمارستان‌ها و یا حداقل در هر یک از دانشگاه‌های کشور به‌صورت موشکافانه بررسی گردد.

در مورد طراحی برنامه، نتایج نشان داده‌اند که با هدف پوشش اهداف متعدد با این برنامه، ساختار نسبتاً پیچیده‌ای برای آن طراحی شده است. دو پیش‌نیاز اصلی برنامه طبقه‌بندی بخش‌ها و عقد تفاهم‌نامه است. اثر مستقیم طبقه‌بندی بخش‌ها ایجاد تمایز در دریافتی افراد بر اساس دشواری فعالیت در بخش‌های مختلف است. اثر غیرمستقیم این عمل وزن متفاوت ساعات حضور موظف و غیرموظف کارکنان در دو نوع بخش متفاوت است. این اهداف برای مرتفع کردن مسائل مربوط به حضور معکوس کارکنان (تعداد کمتر و افراد کم‌تجربه و طرحی) در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی ایران، در بخش‌های حساسی همچون اورژانس و ویژه است (۱۲۱، ۱۴۲). انتظار می‌رود مشوق‌های مالی ناشی از این تغییرات فوق 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^۱، 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 می‌نماید 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 در رسیدن به اهداف تعیین شده به‌خوبی ثابت شده می‌باشد (۱۴۰).

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 آموزشی دولتی طراحی شده‌اند. با توجه به سهم بالای حقوق و مزایای کارکنان در کل هزینه‌های بیمارستانی

^۱ مصوبه هیئت‌وزیران، شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۵۰۹۸۲، مورخه ۱۳۹۳/۷/۱.

(۱۴۳)، برنامه با تعیین سقف‌های پرداختی به کارکنان، به دنبال کنترل کل هزینه‌های پرداختی به کارکنان بوده است. این ویژگی‌ها می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای ایجاد شفافیت در داده‌ها و خودگردانی مالی بیمارستان‌ها به کار گرفته شوند (۱۴۰، ۱۴۴).

مبنای محاسبات اعمال شده در محاسبه درآمد ناخالص، پرونده بیماران است و خدمات ثبت‌نشده از آن حذف می‌گردند. با در نظر گرفتن این مسئله که بسیاری از کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌های کشور به دلیل عدم ثبت خدمات ارائه شده یا نبود مستندات کافی است (۱۴۵) انتظار می‌رود این نحوه محاسبه منجر به ثبت کمی و کیفی بهتر خدمات ارائه شده در سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی، کاهش نواقص پرونده‌ای و کسورات و در نهایت منجر به افزایش درآمد بخش و بیمارستان گردد. همان‌طور که در سایر مطالعات نیز اثر برنامه‌های پرداخت عملکردی بر تقویت سیستم‌های اطلاعات الکترونیک نشان داده شده است (۲۳، ۳۱) و برخی مدل‌ها (مدل PIP^۱ استرالیا) نیز خود به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که به استفاده از پرونده‌های الکترونیک^۲ پاداش می‌دهند (۹۶، ۱۴۶).

مبنای محاسبات اعمال شده در درآمد مبنای بخش، به‌گونه‌ای ساختار بندی شده تا بتواند از ایجاد انگیزه برای مصرف دارو، لوازم مصرفی و تجهیزات گران‌قیمت جلوگیری نماید. با توجه به نقش کمرنگ نظارت و ماهیت عملکردی بیمه‌های پایه و تکمیلی در خرید خدمات و ضعف در راهنماهای بالینی کشور (۱۴۷)، تقاضای القایی می‌تواند موجبات هزینه‌های زیادی در نظام سلامت کشور باشد. هرچند از سازوکار تدارک دیده شده در IR-PFP نمی‌توان انتظار نظارت بر نحوه عملکرد القایی ارائه‌کنندگان داشت، اما انتظار می‌رود حداقل به‌گونه‌ای باشد که انگیزاننده تقاضای القایی نباشد. به‌عبارت‌دیگر در این سازوکار انتخاب ارائه‌کننده 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 بخش‌های بیمارستان (برای مثال اتاق عمل در مقایسه با بخش‌های بستری) است. سهم قابل توزیع بخش‌ها از درآمد آن بخش به‌گونه‌ای طراحی شده است که منجر به کاهش رقابت کارکنان برای فعالیت در بخش‌های درآمدزاتر باشد.

در مورد امتیاز کسب‌شده توسط هر فرد مجموع رویکرد فنی برنامه به‌گونه‌ای چیده شده است که تنوع‌های شغلی و فردی موجود در بیمارستان (۶۷) و کمبودهای کارکنان متخصص بیمارستانی در ایران (۱۴۳) دیده شود، لذا در این مدل ارزش هر امتیاز در یک بخش برای کارکنان آن بخش یکسان ولی با ارزش امتیازبخش‌های دیگر متفاوت است. بدین‌وسیله این امکان ایجاد می‌شود که بیمارستان بتوانند

^۱ Practice Incentives Program

^۲ use of electronic health records (eHealth)

به‌راحتی 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 بخش‌ها در یک‌فاصله زمانی معین تشکیل می‌شود. به‌جز این اثرات اجزای فنی برنامه، یک سری اثرات 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 خواهد بود. از آنجایی که داده‌ها و شاخص‌های تولیدشده 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 و بخش‌ها تولید خواهد.

طبق این برنامه، مبنای پرداخت به کارکنان جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات تولیدشده 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 زیرساخت مالی را برای خودگردان شدن بیمارستان‌ها فراهم کند (۱۴۰، ۱۴۴).

از جمله انتقادات اجراکنندگان برنامه و سایر مطالعات (۱۹) در به‌کارگیری پرداخت عملکردی در حوزه مراقبت‌های سلامت، پیچیدگی آن‌ها است؛ که در ایران به‌صورت 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 اجرای برنامه (۶۷) را تضمین نمود و با بهبود HIS های بیمارستان‌ها، مکانیزه کردن ورود داده‌ها در نرم‌افزارها به کاهش این پیچیدگی کمک نمود.

بزرگ‌ترین مسئله‌ای که طراحی برنامه (نسخه اول) با آن مواجه بوده است، بکارگیری گذشته‌نگر داده‌های (میانگین کارانه و اضافه‌کار) 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. به‌عبارت دیگر ممکن است افرادی که در نظام پرداخت سابق به هر دلیل دریافتی ناعادلانه داشته‌اند در این برنامه نیز ناعادلانه دریافت کنند. این گذشته‌نگر بودن داده‌های ورودی، احتمال اینکه کارکنان بخش درصد بازی با داده‌ها برای افزایش سهم خود باشند (۲۴) را نیز تقویت می‌نماید.

نگرانی بیان‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان 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 بافاصله زمانی کم ارتباط بین عملکرد و پرداخت عملکردی را برای کارکنان قابل‌درک نمود. این مسئله در ایران و سایر کشورها (۲۳) به‌صورت به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بروز کرده که می‌تواند کلیه تأثیرات برنامه را تحت

تأثیر خود قرار دهد. حل این مسئله نیازمند برنامه‌ریزی‌های مدون‌تر و جامع در سطح کل نظام سلامت و گردش مالی آن است. علاوه بر این برنامه نیازمند همکاری‌های بیشتر بیمه‌های سلامت طرف قرارداد بیمارستان‌ها در ارائه کسورات به تفکیک فرد و مشخص شده است.

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 (۱۱۰). 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 (۹۶). به‌علاوه اجرای این برنامه در هماهنگ‌سازی زیرساخت‌های مرتبط با نظام اطلاعات در کل کشور بسیار مؤثر بوده است. همان‌طور که برتون و میسین (۲۰۱۲) نیز اثرات مثبت معنادار نظام پرداخت عملکردی بر باز تنظیمی سازمانی^۱ را گزارش نموده‌اند (۱۱۱).

در این برنامه مسیر و میزان انتقال منابع بین دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌های وابسته و بخش‌های هر بیمارستان تا حد زیادی شفاف شده است. بنا به مطالعات، این مسیرهای تعاملی که توسط قانون‌گذار و افراد متخصص اعمال شده‌اند می‌توانند خود به ایجاد برخی محدودیت‌های تنظیم‌کننده امور (مثبت یا منفی) کمک نمایند (۱۴۸). لذا انتظار می‌رود تا این برنامه در بلندمدت به تغییر در ساختار سازمانی در محیط دانشگاه و بیمارستان منجر شود.

در کنار همه این موارد، با اجرای بلندمدت برنامه ممکن است عوارض ناخواسته‌ای نیز بروز کنند. مطالعات به مواردی همچون چشم‌پوشی از دیگر وظایف مهم، تغییر در گزارش به‌جای تغییرات در فعالیت، گسترش شکاف منابع بین بیمارستان‌های با منابع مالی کم‌وزیاد، وابستگی افراد به انگیزه‌های مالی، رنگ باختن انگیزش درونی (۲۴) و مسائل مربوط به مشکلات بالقوه پارتی‌بازی^۲ (۲۳) اشاره کرده‌اند. پیش‌گیری از این‌گونه موانع اجرایی به‌واسطه ارزیابی مداوم و بازخوردهای به‌موقع به بیمارستان‌ها ضروری خواهد بود. همچنین نتایج بررسی‌های برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد IHA کالیفرنیا عنوان می‌کند که در کنار میزان و نحوه پرداخت پول به کارکنان، مسئله مهم بعدی انگیزاننده‌های درونی (پاداش و گزارش‌های عمومی) است (۱۴۹)، با توجه به مستندات بررسی‌شده به نظر نمی‌رسد که در برنامه ایران به این مهم پرداخته شده باشد.

در مورد مشکلات برنامه، در سال دوم اجرای برنامه یکی از اصلی‌ترین موانع ادامه مناسب برنامه، تأمین منابع مالی موردنیاز برای پرداخت به کارکنان بوده است. به نظر می‌رسد یکی از نتایج ناشی از فشار تأمین

^۱ institutional rearrangements

^۲ nepotism

مالی برای اجرای طرح تحول سلامت بر بیمه‌ها و دولت (بنا به گزارش‌های حساب‌های ملی سلامت حدود ۱,۷ برابر شده است)، در زمان بازپرداخت بیمه‌ها به بیمارستان نمود پیدا کرده است و این مسئله مؤثر بودن این برنامه را با مشکل جدی مواجه نموده است.

به‌طور کلی بیان شده است که هرگونه چالش در نظام سلامت می‌تواند فرآیند سیاست‌گذاری را تحت تأثیر قرار دهد (۷۱). به‌عبارت‌دیگر 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، ۱۵۰).

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 (۱۱۰). در برنامه ایران باوجوداینکه بهبود کیفیت به‌صورت رسمی در مستندات برنامه اعلام شده و شاخص‌های آن به‌خوبی تعیین شده‌اند، اما جایگاهی که در چارچوب به کیفیت داده شده است بعد از ایجاد درآمد قرار دارد. به‌عبارت‌دیگر اولین هدف برنامه افزایش بهره‌وری بخش‌های بیمارستانی و افزایش درآمد کارکنان و در مرحله بعد اهداف دیگر است. این در حالی است که هدف اول در برنامه‌های مشابه موفق در سطح دنیا به‌طور 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 نیز برای این هدف، شاخص‌های کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها موردسنجش قرار می‌گیرد (۱۳۴، ۱۴۹).

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 نظام‌مندتر و تجویزی‌تر 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). در این مطالعه نیز سعی شده است از مدل‌های تحلیل سیاستی استفاده شود که سابقاً به‌ندرت در حوزه سلامت بکار گرفته شده‌اند.

- بکارگیری داده‌های ثانویه برای بررسی وضعیت پرسنل در قبل از اجرای برنامه از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه بوده است. برای کاهش این محدودیت، علاوه بر اهتمام پژوهشگر در تمیز کردن داده‌های در دسترس، از نظر متخصصان این حوزه برای بررسی روایی داده‌ها استفاده شده است.

- حجم زیاد داده‌ها و سخت‌گیری در محرمانگی داده‌ها، خصوصاً داده‌های مربوط به پزشکان محدودیت دیگر پژوهش بوده است. برای برطرف نمودن این مسئله، قبل از اجرای طرح هماهنگی‌های اولیه با مراکز داده صورت پذیرفته و خط قرمزهای آنان برای گزارش داده‌ها دریافت شده است. عدم گزارش ریالی پرداختی‌ها از جمله راهکار استفاده‌شده در این مطالعه بوده است.

قوت‌های پژوهش

وجود تعداد زیاد مطالعات در حوزه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کنار قوت یافتن بحث‌های این حوزه در کشورهای مختلف باعث شده است تا مطالعات مرور نظام‌مند متعددی در این حوزه وجود داشته 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 غیررسمی و منتشرنشده نیز به‌خوبی موردبررسی قرار گیرد که در نزدیک‌تر شدن تحلیل سیاست‌گذاری برنامه به واقعیت کمک‌کننده بود.

نتیجه‌گیری

برای حل یک مسئله در نظام سلامت، ممکن است متخصصان مختلف در حوزه‌ها و بخش‌های مختلف راهکارهای متعددی را برای حل مسئله در پیش بگیرند. در این مطالعه نیز برای حل مسئله نواقص نظام پرداخت سابق برنامه‌هایی در سطح بیمارستان‌ها، قانون‌گذار و وزارت ارائه‌شده بود. به وجود آمدن گروه سیاستی اول در سطح کارشناسان وزارت هم‌زمان با پنجره فرصت تشکیل یک دفتر در وزارت، باعث دستور گذاری 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 عملکردی ایران ایجاد گروه‌های سیاستی نقش اساسی را داشته‌اند.

باید اذعان نمود که جریان‌های متعدد در طول دستور گذاری تا اجرا، دستخوش تغییرات متعدد می‌گردند. در این مطالعه جریان برنامه ایجادشده برای رفع مسئله، در طول زمان دستخوش تغییرات متعدد شده است و جریان سیاستی تحت تأثیر سایر جریان‌ها قوت گرفته است. در این تغییرات افراد باتجربه منطبق با برنامه پرداخت عملکردی بزرگ‌ترین تأثیر را داشته‌اند.

رویکرد بالا به پایین در اجرای برنامه‌ها شاید در ابتدا ظاهراً اجرای برنامه را تسریع نماید، ولی با گذر زمان الزاماتی مانند نیاز به زمان برای یادگیری و ارتقای افراد و سیستم، اجرای برنامه به‌صورت بالا به پایین را به سمت اجرای تعاملی سوق خواهد داد. شاید بتوان گفت که اجرای بالا به پایین در جاناندازی برنامه در درون سیستم اثرات خوبی دارد اما اجرای تعاملی بعدازآن می‌تواند باعث تطبیق بیشتر سیستم با مداخله جدید گردد.

باوجود در نظر گرفتن بسیاری از عوامل ایجادکننده مقاومت، سیستم هنوز فرصت‌های 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 می‌یابد که این به نحوه مدیریت آن بستگی دارد.

هر یک از ابعاد برنامه IR-PFP با هدف بهبود مسئله یا مسائلی خاص در بیمارستان‌های دولتی گنجانده شد. ارزیابان متعدد شاخص‌های چندوجهی را می‌سنجند و پرداخت عملکردی بخش و فرد تعیین می‌گردد. برای تقویت کار تیمی تمرکززدایی در مدیریت منابع انسانی و سنجش معیارهای تعیین‌کننده میزان پرداخت صورت گرفت. منابع مالی موردنیاز پرداخت عملکردی از درآمدهای داخل بیمارستان تأمین می‌گردد که میزان افزایشی آن در اصلاحات کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت دیده شده بود. لذا انتظار می‌رود برنامه بتواند بیمارستان‌ها دولتی ایران را در مدیریت منابع مالی، انسانی، تسهیلات و تجهیزات توانمند سازد.

پیشنهادات به مسئولان نظام سلامت کشور

- شفافیت در جریان منابع مالی و غیرمالی در سرلوحه سیاست‌های وزارت بهداشت قرار گیرد.
- در راستای کاهش اثرات پرداخت FFS، تربیت تعداد و نوع نیروهای متخصص موردنیاز کشور (به‌عنوان یکی از منابع) توسط وزارت بهداشت و به‌صورت کلان و برای بلندمدت طراحی گردد و توسط اعضای برد در دانشگاه‌ها مدیریت گردد.
- در ایران تشکیل گروه‌های سیاستی حامی یک برنامه می‌تواند یکی از بهترین محرک‌ها برای اجرای برنامه‌های بزرگ باشد.
- نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد حداقل باعث منظم شدن اهداف سازمان‌های خرد در سطح کشور می‌گردد، لذا تقویت گردد.
- برنامه پرداخت عملکردی ایران به ذات دارای ابعاد مثبت فراوانی است برای شناسایی ابعاد آن و به‌روزرسانی آن اهتمام گردد.
- در صورت عدم به‌روزرسانی و رها کردن برنامه به حال خود، تاریخ در مورد نظام پرداخت ایران تکرار خواهد شد، همان سرنوشتی که برای نظام پرداخت نوین رقم خورده است، برای آن متصور است.

پیشنهادات برای پژوهش‌های بیشتر

- مطالعه موردی دریافتی کارکنان بیمارستان‌ها به تفکیک بخش در طول دوران اجرای سال اول و دوم برنامه
- مطالعه تأثیر اعمال سقف بر رفتار بیمارستان‌ها و پزشکان ارائه‌کننده خدمات
- مطالعه محل تأمین منابع مالی پرداختی کارکنان بیمارستان‌ها در طول سه دهه گذشته
- مطالعه محل نحوه تأمین منابع انسانی متخصص بیمارستان‌ها (کمیت و کیفیت به‌کارگیری در بیمارستان) در طول سه دهه گذشته
- مطالعه سیاست‌گذاری و اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری در کشور
- مطالعه اثرات قانون اداره هیئت‌امنایی وزارت، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مقایسه با سایر وزارت خانه‌ها

- 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

۱. Surbone A, Rowe M. Introduction to oncology and medical errors. *Clinical Oncology and Error Reduction: A Manual for Clinicians*. ۲۰۱۵:۱.
۲. 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*. ۲۰۱۰;۴۱(۱):۶۴-۹۱.
۳. Miller G, Babiarz KS. Pay-for-performance incentives in low-and middle-income country health programs. *National Bureau of Economic Research*; ۲۰۱۳.
۴. 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*. ۲۰۱۰;۱۰(۱):۲۴۷.
۵. Robinson JC. Theory and Practice in the Design of Physician Payments. *The Milbank Quarterly, A Journal of Public Health and Health Care Policy*; ۲۰۰۱.
۶. 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*. ۲۰۰۴;۲۷(۴):۳۲۷-۵۲.
۷. Gneezy U, Meier S, Rey-Biel P. When and why incentives (don't) work to modify behavior. *The Journal of Economic Perspectives*. ۲۰۱۱;۱۹۱-۲۰۹.
۸. 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.rbfhealth.org/rbfhealth/library/doc/۳۸۱/financial-and-other-rewards-good-performance-or-results-guided-tour-concepts-and-ter>. ۲۰۱۰.
۹. Bremer RW, Scholle SH, Keyser D, Houtsinger J, Pincus HA. Pay for performance in behavioral health. *Psychiatr Serv*. ۲۰۰۸;۵۹(۱۲):۱۴۱۹-۲۹.
۱۰. 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*. ۲۰۱۲;۳۶۶(۱۷):۱۶۰۶-۱۵.
۱۱. Siva I. Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs. *The American journal of managed care*. ۲۰۱۰;۱۶(۷):۴۹۷.
۱۲. 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*. ۲۰۰۶;۳۵۵(۴):۳۷۵-۸۴.
۱۳. Guterman S, Drake H. *Developing Innovative Payment Approaches: finding the path to high performance*. New York: The Commonwealth Fund. ۲۰۱۰.
۱۴. Grittner AM. ۲۰۱۳.
۱۵. 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*. ۲۰۰۶.
۱۶. Kaberuka D. Africa's health and the Commission on Macroeconomics and Health. *The Lancet*. ۲۰۱۱;۳۷۸(۹۸۰۷):۱۹۰۴-۵.
۱۷. 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. ۲۰۱۳.
۱۸. Moradi-Lakeh M, Vosough-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management*. ۲۰۱۵;۴(۱۰):۶۳۷.
۱۹. 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*. ۲۰۱۱;۷(۷).
۲۰. 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*. ۲۰۱۲;۲(۲):CD۰۰۷۸۹۹.
۲۱. Marquand D. *Decline of the public: The hollowing out of citizenship*: Blackwell Publishing; ۲۰۰۴.
۲۲. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*. ۱۹۹۹;۱۲۵(۶):۶۲۷.

۲۳. 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*. ۲۰۰۹a;۲(۳):۱۸۴-۹۵.
۲۴. 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*. ۲۰۰۹b;۲(۳):۷۰-۸۳.
۲۵. Ettner SL, Schoenbaum M, Williams JA. ۲۷ The role of economic incentives in improving the quality of mental health care. *The Elgar companion to health economics*. ۲۰۰۶:۲۸۶.
۲۶. Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health policy and planning*. ۲۰۰۹;۲۴(۳):۱۶۰-۶.
۲۷. Christianson JB, Leatherman ST, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence: Health Foundation; ۲۰۰۷.
۲۸. 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*. ۲۰۱۱;۸۹(۲):۱۵۳-۶.
۲۹. Murray CJ, Frenk J, Evans T. The Global Campaign for the Health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *The Lancet*. ۲۰۰۷;۳۷۰(۹۵۹۲):۱۰۱۸-۲۰.
۳۰. 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. ۲۰۰۷.
۳۱. 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. ۲۰۰۷(۱۲۱).
۳۲. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care: NHS Quality Improvement Scotland; ۲۰۰۹.
۳۳. 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*. ۲۰۱۲;۹۹(۳):۳۲۴-۳۵.
۳۴. 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*. ۲۰۰۷;۲۹۸(۱۶):۱۹۰۰-۱۰.
۳۵. Giuffrida A, Torgerson DJ. Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *Bmj*. ۱۹۹۷;۳۱۵(۷۱۱۰):۷۰۳-۷.
۳۶. 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. ۲۰۰۷(۱۲۲).
۳۷. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of internal medicine*. ۲۰۰۶;۱۴۵(۴):۲۶۵-۷۲.
۳۸. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*. ۲۰۱۳;۱۱۰(۲):۱۱۵-۳۰.
۳۹. Town R, Kane R, Johnson P, Butler M. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. ۲۰۰۵;۲۸(۲):۲۳۴-۴۰.
۴۰. 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*. ۲۰۰۱;۶(۱):۴۴-۵۵.
۴۱. 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*. ۱۹۹۹.
۴۲. 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*. ۲۰۰۷.
۴۳. 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*. ۲۰۰۷;۶۴(۵ suppl):۲۸۳S-۳۰۴S.
۴۴. Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing. ۲۰۰۴.
۴۵. Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out on access to health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. ۲۰۰۹.
۴۶. 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. ۲۰۰۶;۶۷.

۴۷. 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. ۲۰۰۷.
۴۸. Organization WH. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. ۲۰۰۶.
۴۹. Mooney G, Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principles. *Journal of health economics*. ۱۹۹۳; ۱۲(۲): ۱۲۵-۳۵.
۵۰. Frey B. Not just for the money: An economic theory of personal motivation. Cheltenham: Elgar; ۱۹۹۷.
۵۱. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*. ۲۰۰۱; ۷۹(۲): ۱۴۹-۷۷.
۵۲. 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*. ۲۰۰۹; ۲۴(۷): ۸۵۴-۹.
۵۳. 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*. ۲۰۰۹; ۳۶۱(۴): ۳۶۸-۷۸.
۵۴. 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*. ۲۰۰۹; ۲۴(۷): ۸۳۳-۴۰.
۵۵. Zaboli RA, Seyedin SH, Khosravi S, Tofghi S. Effect Of Per-Case Reimbursement On Performance Indicators Of A Military Hospital's Wards. *Journal Of Military Medicine*. Fall ۲۰۱۱; ۱۳(۳-۴۹): ۱۵۵-۸.
۵۶. رئیس‌پوران، علی‌خانی‌مهتاب و محمدرضا‌میبینی‌زاده (۱۳۸۹). پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد. شماره ۱ و ۲، تابستان، صص ۲۷-۳۶. تهران: فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۲، ۴۶.
۵۷. 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*. ۲۰۱۱; ۲۳(۶۸): ۳۹-۴۶.
۵۸. Hddad abdol abadi M, Ebadi A, Taghi S. Nurses' attitude toward modern care. (*Scientific Quarterly of Birjand Nursing & Midwifery Faculty*). ۲۰۰۵; ۲(۱): ۱۸-۲۲.
۵۹. 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 ۲۰۱۱; ۸(۲۰).
۶۰. Moosavi S. The Effect of Different Compensation Strategies on Their Salary Satisfaction. *Journal of Resarch in Human Resource Management*. Autumn ۲۰۱۴; ۶(۳ (۹)): ۱۹۳-۲۱۵.
۶۱. 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 ۲۰۱۱; ۶(۲۳): ۱۵۱-۶۷.
۶۲. Roghani A, Abzari M, Soltani I. Key Criteria of Employees' Performance Evaluation in Reward Payment. ۲۰۱۲; ۲۵(۳): ۳-۲۳.
۶۳. Markovitz AA, Ryan AM. Pay-for-performance: disappointing results or masked heterogeneity? *Medical Care Research and Review*. ۲۰۱۷; ۷۴(۱): ۳-۷۸.
۶۴. 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*. ۲۰۰۳: ۳-۵۰.
۶۵. 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 ۲۰۱۶ [
۶۶. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. ۲۰۰۸; ۶۲(۱): ۱۰۷-۱۵.
۶۷. McPhie NA, Sapin BJ. Designing an Effective Pay for Performance Compensation System. *US Merit Systems Protection Boar*, ۱. ۲۰۰۶; ۵۶.
۶۸. Fylan F. Semi structured interviewing. *A handbook of research methods for clinical and health psychology*. ۲۰۰۵: ۶۵-۷۸.
۶۹. Duffy K, Ferguson C, Watson H. Data collecting in grounded theory - some practical issues. *Nurse Researcher*. ۲۰۰۴; ۱۱(۴): ۶۷-۷۸.
۷۰. Seidman I. Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences: Teachers college press; ۲۰۱۳.
۷۱. Qudsiah S, Kang C, Fatimah A, Zamzaireen Z, Natalia C, Fadli M, et al. Methodological Approaches of Health Policy Analysis in Developing Countries. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. ۲۰۱۷; ۴(۲): ۱۹-۳۶.

۷۲. Green J. Epistemology, evidence and experience: evidence based health care in the work of Accident Alliances. *Sociology of Health & Illness*. ۲۰۰۰;۲۲(۴):۴۵۳-۷۶.
۷۳. 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*. ۲۰۰۸;۲۳(۵):۳۰۸-۱۷.
۷۴. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature ۱۹۹۴-۲۰۰۷. *Health policy and planning*. ۲۰۰۸;۲۳(۵):۲۹۴-۳۰۷.
۷۵. Jafari H. Policy Analysis of TFR Decline Based on Policy Triangle Model in Iran and its Influential Factors Using Panel Data during ۲۰۰۲-۲۰۱۲ ۲۰۱۶.
۷۶. 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. ۲۰۱۶.
۷۷. 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. ۲۰۱۶.
۷۸. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); ۲۰۱۲.
۷۹. Cobb RW, Elder CD. The Politics of Agenda-Building: An Alternative Perspective for Modern Democratic Theory. *The Journal of Politics* ۱۹۷۱;۳۳(۴ (Nov.)):۸۹۲-۹۱۵.
۸۰. Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolihasani 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*. ۲۰۱۵;۳۱(۴):۷۶۹-۸۱.
۸۱. 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*. ۲۰۱۶;۳۰:۳۹۲.
۸۲. Jafari H, Pourreza A, Vedadhir A, Jaafari-pooyan E. Application of the multiple streams model in analysing the new population policies agenda-setting in Iran. *Quality & Quantity*. ۲۰۱۷;۵۱(۱):۳۹۹-۴۱۲.
۸۳. Kingdon JW, Thurber JA. Agendas, alternatives, and public policies: Little, Brown Boston; ۱۹۸۴.
۸۴. Ogden J, Walt G. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Social Science & Medicine*. ۲۰۰۳;۵۷(۱):۱۷۹-۸۸.
۸۵. Howlett M, McConnell A, Perl A. Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*. ۲۰۱۵;۵۴(۳):۴۱۹-۳۴.
۸۶. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*. ۲۰۰۹;۹(۲):۲۷-۴۰.
۸۷. 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*. ۲۰۱۰;۳۱(۱):۴۶-۷۳.
۸۸. 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*. ۲۰۰۸;۱۵(۱):۵۷-۶۶.
۸۹. Chang J. Hermeneutic inquiry: A research approach for postmodern therapists. *Journal of Systemic Therapies*. ۲۰۱۰;۲۹(۱):۱۹-۳۲.
۹۰. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*. ۱۹۹۲;۵(۴):۱۹۴-۷.
۹۱. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage. ۱۹۸۵.
۹۲. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۱۳.
۹۳. Boxall A-m. Should we expand the use of pay-for-performance in health care?: Parliamentary Library; ۲۰۰۹.
۹۴. Australian Government Department of Health and Ageing. Practice incentives program: guidelines. Canberra: Department of Health and Ageing. ۲۰۰۹.
۹۵. Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J, van Ginneken E. Health Systems in Transition: Estonia: Health System Review: European Observatory on Health Systems and Policies; ۲۰۰۸.
۹۶. 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; ۲۰۱۴.
۹۷. <https://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/management/management.html>. ۲/۲۰/۲۰۱۸ [
۹۸. Jeong H-S. Designing an effective pay-for-performance system in the Korean National Health Insurance. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. ۲۰۱۲;۴۵(۳):۱۲۷.

۹۹. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics. ۲۰۱۰.
۱۰۰. Chee TT, Ryan AM, Wasfy JH, Borden WB. Current state of value-based purchasing programs. *Circulation*. ۲۰۱۶;۱۳۳(۲۲):۲۱۹۷-۲۰۵.
۱۰۱. 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*. ۲۰۱۶;۳۵۳:i۲۲۱۴.
۱۰۲. Cashin C, Chi Y-L. Australia: the Practice Incentives Program (PIP). Washington, DC: The World Bank. ۲۰۱۱.
۱۰۳. McWilliams JM, Song Z. Implications for ACOs of variations in spending growth. *New England Journal of Medicine*. ۲۰۱۲;۳۶۶(۱۹):e۲۹.
۱۰۴. 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*. ۲۰۱۵;۲۵(suppl_۳).
۱۰۵. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments—lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*. ۲۰۱۱;۳۶۴(۱۱):۹۹۰-۱.
۱۰۶. Drape TG, Quintanilla J, Green SG. Individual pay for performance in Spain: Cognitive sociology and the subsidiary insider perspective. *Thunderbird International Business Review*. ۲۰۱۰;۵۲(۳):۲۱۷-۳۰.
۱۰۷. 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*. ۲۰۱۴;۱۵(۱):۳۸.
۱۰۸. 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*. ۲۰۱۲;۳۶۷(۱۹):۱۸۲۱-۸.
۱۰۹. La Forgia GM, Couttolenc B. Hospital performance in Brazil: the search for excellence: World Bank Publications; ۲۰۰۸.
۱۱۰. 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. ۲۰۱۶.
۱۱۱. 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*. ۲۰۱۲;۲۸(۸):۸۴۷-۵۷.
۱۱۲. Blecher M. Country experiences in dealing with fiscal constraint following.
۱۱۳. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *The Lancet*. ۲۰۱۷.
۱۱۴. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>. ۲/۲۰/۲۰۱۸ [
۱۱۵. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>. ۲/۲۰/۲۰۱۸.
۱۱۶. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/ValueBasedPaymentModifier.html>. ۲/۲۰/۲۰۱۸.
۱۱۷. فرآیند سیاست‌گذاری عمومی در ایران. قلی پور رحمت اله و غلام پور آهنگر ابراهیم. تهران: مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها، ۱۳۸۹. فصل سیزدهم.
۱۱۸. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست‌گذاری. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت، اسفندماه ۱۳۹۰.
۱۱۹. رئیسی و همکاران (۱۳۸۹). پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران. *مجله نظام سلامت*، دوره ۲، شماره ۱ و ۲، تابستان.
۱۲۰. 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]. ۲۰۱۴.
۱۲۱. Tabibi SJ, Najafi B, Shoaie S. Waiting time in the emergency department in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences in ۲۰۰۷. *Research in Medicine*. ۲۰۰۹;۳۳(۲):۱۱۷-۲۲.
۱۲۲. Van Saane N, Sluiter J, Verbeek J, Frings-Dresen M. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational medicine*. ۲۰۰۳;۵۳(۳):۱۹۱-۲۰۰.
۱۲۳. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health services management research*. ۲۰۰۸;۲۱(۴):۲۱۱-۲۷.
۱۲۴. Guerrero LK, Andersen PA, Afifi WA. *Close encounters: Communication in relationships*: Sage; ۲۰۱۳.
۱۲۵. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. ۱۹۷۵;۲۸(۴):۵۶۳-۷۵.

۱۲۶. Ebel RL. Essentials of educational measurement. ۱۹۷۲.
۱۲۷. Numally JC. Psychometric theory. NY: McGraw-Hill. ۱۹۷۸.
۱۲۸. Jalali R. Qualitative research sampling. Journal of qualitative Research in Health Sciences. ۲۰۱۳;۱(۱):۳۱۰-۲۰.
۱۲۹. 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). ۲۰۱۵;۱۸(۷).
۱۳۰. Shishkin S, Temnitsky A. From Salary to the Performance-Based Remuneration of Russian Physicians: How Motivation at Work is Changing. ۲۰۱۷.
۱۳۱. Tanenbaum SJ. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. Journal of Health Politics, Policy and Law. ۲۰۰۹;۳۴(۵):۷۱۷-۴۶.
۱۳۲. Girault A, Bellanger M, Lalloué B, Loirat P, Moisson J-C, Minvielle E. Implementing hospital pay-for-performance: Lessons learned from the French pilot program. Health Policy. ۲۰۱۷;۱۲۱(۴):۴۰۷-۱۷.
۱۳۳. Sutton R. The policy process: an overview: Overseas Development Institute London; ۱۹۹۹.
۱۳۴. 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. ۲۰۱۲;۴۵(۳):۱۴۸.
۱۳۵. Marsden D. Performance related pay for government employees: an overview of OECD countries: OECD; ۲۰۰۵.
۱۳۶. Sappington DE, Weisman DL. Revenue sharing in incentive regulation plans. Information Economics and Policy. ۱۹۹۶;۸(۳):۲۲۹-۴۸.
۱۳۷. Coates III EM. Profit sharing today: plans and provisions. Monthly Lab Rev. ۱۹۹۱;۱۱۴:۱۹.
۱۳۸. 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. ۲۰۰۳;۱۴(۶):۹۴۲-۵۵.
۱۳۹. Hambly K, Kumar RV, Harcourt M, Lam H, Wood G. Profit-sharing as an incentive. The International Journal of Human Resource Management. ۲۰۱۷:۱-۲۱.
۱۴۰. Harding A, Preker AS. Understanding organizational reforms. Washington: The World Bank. ۲۰۰۰:۱۲-۶.
۱۴۱. Greene J. An Examination of Pay-for-Performance in General Practice in Australia. Health services research. ۲۰۱۳;۴۸(۴):۱۴۱۵-۳۲.
۱۴۲. Sabezqabae A. Evaluation of the standards of the emergency center of educational hospitals of Shahid Beheshti University with the international emergency department standard in ۲۰۰۵. Theses in Shahid Beheshti University. <http://dsp.sbm.ac.ir:۸۰۸۰/handle/۱۲۳۴۵۶۷۸۹/۳۷۶۴۴>. ۱۰/۱۰/۱۷ [In Persian]. ۲۰۰۵.
۱۴۳. Nasiripour aa, nayeri sm. Effect. Quarterly Journal of Nersing Management. ۲۰۱۴;۲(۴):۶۴-۷۰.
۱۴۴. Suriyawongpaisal P. Potential implications of hospital autonomy on human resources management. A Thai case study. Human Resources Development Journal. ۱۹۹۹;۳(۳).
۱۴۵. باقری حسن و امیری محمد (۱۳۹۱). بررسی علل کسورات سازمان‌های بیمه‌گر از اسناد حق‌العلاج بیماران در یکی از بیمارستان‌های ایران. مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۴، شماره ۳ و ۴، ص ۱۷-۲۴.
۱۴۶. Russell G, Mitchell G. Primary care reform. View from Australia. Canadian Family Physician. ۲۰۰۲;۴۸:۴۴۰.
۱۴۷. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are Health Institutions Involved In Health Care Induced Demand? (A Qualitative Study). Payavard Salamat. ۲۰۱۴;۸(۴):۲۸۰-۹۳.
۱۴۸. 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. ۲۰۰۳;۱۵(۱):۴۱-۶۵.
۱۴۹. Association IH. ۱۱۱۵ Waiver Renewal Plan-Provider Incentives, Expert Stakeholder Workgroup. Sacramento, California. http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/Waiver%۲۰Renewal/MCO۱_IHA_ADA.pdf. ۱۲/۱۹/۲۰۱۷. ۲۰۱۴.
۱۵۰. Gauld R. The new health policy: McGraw-Hill Education (UK); ۲۰۰۹.

