



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان (شامل مدیریت مراقبت‌های پرستاری و درون‌سپاری واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک)

پروژه ۲۵

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی ۴

- ۱-۱) کلیات و بیان مساله ۵
- ۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان ۶
- ۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان ۷
- ۲-۲-۱) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان ۸
- ۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی ۱۱
- ۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی ۱۱
- ۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی ۱۲
- ۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی ۱۲
- ۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه ۱۵

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح ۱۷

- ۱-۲) مبانی نظری ۱۸
- ۱-۱-۲) مفهوم و تعریف نظام های پرداخت ۱۸
- ۲-۱-۲) روش های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات درمانی ۱۹
- ۳-۱-۲) برنامه ریزی نیروی انسانی ۲۴
- ۲-۲) مرور متون ۲۹
- ۱-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد داخلی ۲۹
- ۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی ۳۲
- ۳-۲) روش کار و چارچوب طرح ۳۳
- ۱-۳-۲) روش کار ۳۳
- ۲-۳-۲) چارچوب طرح ۳۸

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان ۵۴

- ۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان ۵۵
- ۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا ۶۵

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی ۶۷

- ۱-۴) روش اجرا ۶۸

- ۴-۱-۱) بررسی نیازهای نرم افزاری برای اجرای پروژه ۶۸
- ۴-۱-۲) شناسایی فرایندهای اجرایی برای حوزه پرستاری ۶۹
- ۴-۱-۳) انتخاب شرکت نرم افزاری ۶۹
- ۴-۱-۴) تحلیل سیستم ۷۱
- ۴-۱-۵) طراحی نرم افزار ۷۲
- ۴-۱-۶) پایلوت نرم افزار در چند بخش ۷۲
- ۴-۱-۷) آموزش نحوه استفاده از نرم افزار ۷۳
- ۴-۱-۸) اجرای برنامه در کل بخش های بیمارستان ۸۳
- ۴-۱-۹) طراحی و اجرای برنامه در اورژانس ۸۴
- ۴-۱-۱۰) توسعه برنامه جهت گزارش آنلاین وضعیت نیروی انسانی بخش ها ۸۴
- ۴-۱-۱۱) توسعه برنامه در زمینه ثبت گزارش پرستاری و حذف دفاتر کاغذی ۸۵
- ۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه ۸۶
- ۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان ۹۰
- ۴-۴) یافته های اجرای پروژه ۹۰
- ۴-۱) امکانات سامانه شیفتر مراقبت ۹۰
- ۴-۲) داده های مربوط به حجم فعالیت ۹۶

منابع: ۹۸

فصل ۱

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

- کلیات و بیان مساله
- شناسایی و تحلیل ذینفعان
 - گام اول: شناسایی ذینفعان
 - گام دوم: اولویت بندی ذینفعان
 - گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی
- حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی
 - بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی
 - راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی
 - نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مسأله^۱

مهم ترین سرمایه سازمان‌ها، نیروی انسانی شاغل در آن‌ها است و در سالهای اخیر سازمان‌های پیشرفته و موفق بخش عظیمی از زمان و سرمایه خود را به بهینه سازی و مدیریت این نوع از سرمایه در اختیار خود اختصاص داده اند (۱-۳). اهمیت سرمایه انسانی در حوزه سلامت که فعالیت های آن مرتبط با حیات انسان‌ها می باشد دوچندان است. این موضوع پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته تا به گونه ای نظام مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند (۴). توسعه منابع انسانی به خصوص در نظام سلامت مفهومی است که با آموزش و بالندگی کارکنان در سازمان‌ها مرتبط است، مدیریت مراقبت‌ها امروزه به عنوان یکی از مهمترین و اساسی ترین مبانی مدیریت در خدمات سلامت مدنظر است. رویکردهای نوین مدیریت (باز مهندسی فرایندها، مدیریت کیفیت جامع، سازمان یادگیرنده، نظام مدیریت منابع انسانی) در توسعه منابع انسانی جایگاه ویژه ای دارند (۵).

سازمان‌های بهداشتی و درمانی به علت اهمیت وظیفه ای که در زمینه پیشگیری، مراقبت، درمان و توانبخشی بر عهده دارند، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشند که هرگونه ضعف عملکرد در مدیریت آن‌ها باعث تأخیر در درمان به موقع و پیشرفت بیماری یا مرگ میشود (۶).

با توجه به اینکه در بیمارستان‌ها نیز همانند سایر سازمان‌ها، نیروی انسانی به عنوان محور اصلی سازمان نقش اساسی را ایفا می کند، عدم توجه به متناسب سازی عملکرد کارکنان با دریافتی‌های ایشان و به عدم کفایت حقوق و دستمزد یا ناعادلانه و ناکارآمد بودن سیستم پرداخت باعث رواج مشکلاتی از قبیل نارضایتی کارکنان، غیبت، ترک خدمت، اعتصاب و شکایت یا دیگر مشکلات سازمانی میگردد (۷). بنابراین هدف مدیریت در سازمان، جذب، نگهداری و بالنده سازی نیروی انسانی شایسته است که در این راه طراحی نظام های مدیریت و جبران خدمت مبتنی بر عملکرد یکی از مهمترین عوامل تحقق این هدف به شمار می رود (۷-۹).

در حال حاضر بسیاری از سازمان‌ها تأکید زیادی بر نظام‌های پرداخت بر اساس عملکرد دارند و در نتیجه نظام‌های پرداخت بر اساس عملکرد به عنوان بخشی از نظام پرداخت در سازمان قرار گرفته اند (۱۰). علی

^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

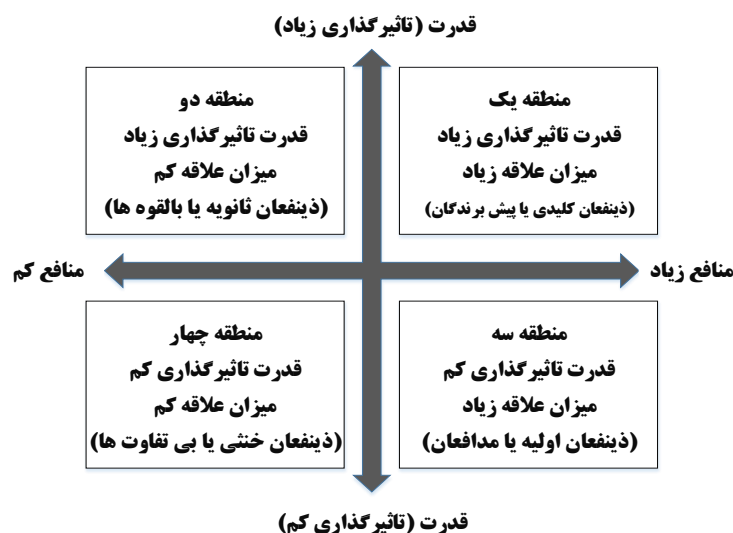
رغم کاربرد گسترده پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظام سلامت بسیاری از کشورها، شواهدی که مبنی بر تأثیرات این روش باشد اندک است تا جایی که هنوز در مورد موفقیت آمیز بودن یا نبودن این استراتژی در افزایش کیفیت و اثربخشی عدم اطمینان وجود دارد. تفاوت فاحش بین نحوه اجرا و پیاده سازی برنامه های مدیریت و پرداخت مبتنی بر عملکرد در سیستم های مختلف یکی از علت های این عدم اطمینان میتواند باشد (۱۱).

با افزایش به کارگیری این برنامه ها، مطالعات بیشتری برای بررسی تأثیر آنها نیز بایستی انجام شود. با توجه به ماده ۳۲ (بند ج) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، نقشه تحول نظام سلامت اردیبهشت ۱۳۹۱ و سیاست های کلی نظام اداری ابلاغی رهبری (اردیبهشت ۱۳۸۹) که در همه آنها به عدالت و اجرای نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان های کشور اشاره شده است، پروژه حاضر با هدف طراحی و استقرار یک مدل مناسب برای مدیریت و پرداخت مبتنی بر عملکرد در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد انجام گردید.

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان^۱

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی در زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تاثیرگذاری و منافع که شاخصه تاثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می دهد. شکل یک الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می دهد.

¹ Stakeholders



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل یک دیده می‌شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش‌برندگان یا ذینفعان کلیدی نامگذاری شده‌اند (۱۲). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بوده است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه پروژه هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که ذینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تأثیرگذار و یا تأثیر پذیرند. جهت تحلیل ذینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت‌بندی و شناخت ذینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان

اولین گام جهت پروژه طراحی و استقرار مدل مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان (شامل مدیریت مراقبت‌های پرستاری)، شناسایی ذینفعان است. ذینفعان پروژه افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. ذینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۱۳). اسامی ذینفعان مرتبط با پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

^۱ key informants

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، ناشی از اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی می باشد. حیطه منافع مدیر پرستاری بیمارستان مسائل مرتبط با اهداف و رسالت مدیریت پرستاری و توسعه فرصت‌ها می‌باشد. تعیین برآورد سطوح مختلف

نیروی انسانی مورد نیاز بخش های پرستاری بر اساس استانداردهای علمی و مقایسه آن با وضع موجود، برآورد کمبودهای پرستاری، بکارگیری نیروی انسانی بر اساس توانایی افراد در شیفتهای مختلف کاری، اتخاذ تدابیر لازم و ارائه راهکارهای اساسی در جهت تقویت انگیزش در کارکنان که در تصمیم گیری ها، نظارت بر اجرای درست دستورالعمل های ابلاغ شده از سوی وزارت خانه و تعامل با مدیریت مجتمع، برنامه ریزی جهت تدوین روش های استاندارد مراقبت های پرستاری و محاسبه نیروی انسانی و همکاری در بررسی مشکلات مربوط به امور نیروی انسانی از جمله وظایف مدیر پرستاری در راستای محقق شدن اهداف و رسالت ها و توسعه فرصت ها می باشد.

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد (۱۴). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد (۱۵). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره یک بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، در جدول دو ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
مدیر پرستاری مجتمع	کیفیت و زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۹	۱۰
دبیرخانه هیات امنای دانشگاه	تصویب، هزینه و زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، حق قانونی	۸	۴
مدیر پرستاری وزارت بهداشت	تصویب، هزینه و زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، حق قانونی	۴	۹
مدیر پرستاری دانشگاه	هزینه و زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۶	۹
معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع	تصویب، هزینه و زمان	منافع اقتصادی و توسعه فرصت ها	۹	۸
مدیر سایت	کیفیت و زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۷	۸
مسئول واحدها	کیفیت و زمان	حفظ شرایط موجود	۴	۶
سوپروایزران	کیفیت و زمان	حفظ شرایط موجود	۴	۸
سرپرستاران، مسئولین واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیکی	کیفیت و زمان	حفظ شرایط موجود	۵	۸
رئیس بیمارستان	تصویب، زمان و هزینه	اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی	۹	۷

نمره منافع	نمره قدرت	حیطه/حیطه های منافع	حیطه/حیطه های قدرت	ذینفع
۹	۴	منافع اقتصادی- توسعه فرصت ها	زمان- کیفیت	کارکنان واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیکی
۷	۴	حفظ شرایط موجود	-	پرستاران و کارکنان
۴	۷	اهداف و رسالت معاونت، توسعه فرصت ها	زمان، هزینه	معاون درمان دانشگاه
۵	۶	اهداف و رسالت معاونت، توسعه فرصت ها	هزینه، زمان	معاون آموزش و سلامت مجتمع
۵	۸	اهداف و رسالت، منافع اقتصادی، حق قانونی	تصویب، هزینه و زمان	رئیس دانشگاه
۳	۳	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	-	بیماران
۳	۶	حفظ شرایط موجود	هزینه و زمان	حراست
۴	۷	منافع اقتصادی و توسعه فرصت ها	تصویب، هزینه و زمان	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از ذینفعان شناسایی شده، در قسمت بعدی ذینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر ذینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی ذینفعان، مدل ها و چارچوب های مختلفی ارائه شده است (۱۶) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



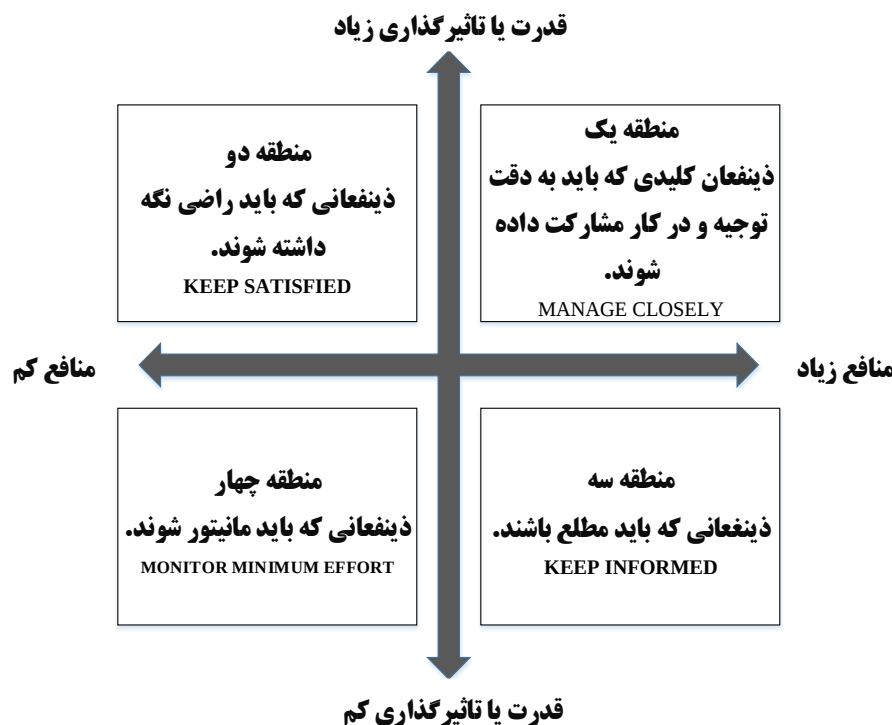
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثر پذیری بالا در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می بایست شناسایی گردند. بر این اساس مدیر پرستاری بیمارستان، رئیس بیمارستان، مدیر پرستاری دانشگاه، مدیر سایت و معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان شناسایی شدند.

۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر هستند، کسانی هستند که می بایست به دقت به لحاظ علاقه مندی ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل سه دیده می شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی ذینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان

ویژگی های اساسی سطح			نام سطح ^۱	سطح پذیرش	ذینفع کلیدی
پذیرش کامل و آگاهانه	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش ذهنی یا سطحی			
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	رئیس بیمارستان
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	مدیر پرستاری دانشگاه
ندارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	سوم	مدیر پرستاری بیمارستان
ندارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	سوم	مدیر سایت

۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول چهار روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان ارائه شده است.

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان

مدیریت	مدیر بیمارستان	مدیر پرستاری دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	رئیس بیمارستان	تکنیک	رویکرد
✓	✓	✓	✓	✓	به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
✓					آموزش ذینفع	
✓		✓			مکاتبات با ذینفعان	
✓	✓	✓	✓	✓	گزارش کارهای انجام شده	
					گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	
					اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها	
					سخنرانی	
✓	✓	✓	✓	✓	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها	
✓	✓	✓	✓	✓	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	
					تبلیغات رسانه ای	
					نظرسنجی های پرسشنامه ای	مشاوره بنیادی
					گروه های کانون	
✓	✓	✓	✓	✓	ارزیابی محیط کار	
					کمیته های رسمی ویژه ذینفع	
					تربیین های دائمی	
✓	✓		✓	✓	کمیته های مشورتی ذینفع	
✓	✓	✓	✓	✓	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	
					گردهمایی ذینفعان چندگانه	
					میزگردهای مشورتی	دیالوگ، گفتگو عمیق
					جلسات سیاست گذاری	
					درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
					انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	
✓	✓	✓	✓	✓	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	شرکت ها و منافع کاری
✓	✓	✓	✓	✓	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	
					انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع	

یکی از مهم ترین ذینفعان کلیدی در اجرای پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، مدیر پرستاری بیمارستان می باشد

که در ادامه نمونه ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می گردد:

مدیر تغییر: با توجه به اعتراضات مختلف کارکنان به ویژه کادر درمانی در مورد نحوه پرداخت کارانه با سیستم قاصدک نیاز به روش پرداختی وجود دارد که در آن نیازهای پرسنل در نظر گرفته شود. در این مورد شما باید در مرحله اول درخواست‌ها و ایراداتی را که نسبت به سیستم قاصدک اعلام میشود جمع آوری نمایید.

مدیر پرستاری: بیشترین اعتراض پرسنل نسبت به عدم شفافیت این سامانه می‌باشد. علیرغم توضیحات دریافتی از واحد حسابداری متأسفانه هنوز هم برای پرسنل روشن نیست که مبلغ دریافتی به چه صورت محاسبه می‌گردد، همچنین در مقایسه های بین پرسنل به دلیل همین عدم شفافیت ارقام متفاوت با ساعت کاری یکسان بیشترین نارضایتی را ایجاد کرده است.

مدیر تغییر: پیشنهاد می‌کنم با سایر بیمارستان های مشهد نیز هماهنگ نمایید و وضعیت پرداختی و رضایتمندی پرسنل آن مراکز را هم بررسی نمایید، همچنین از سایر بیمارستان های کشور که روش پرداختی غیر از قاصدک دارند نیز بازدیدی به عمل آید و روش پرداختی ایشان و مزایا و معایب آن در مقایسه با قاصدک برای تحلیل گزارش گردد.

مدیر پرستاری: بسیار موافقم در صورت هماهنگی با سایر مراکز تیمی متشکل از پرستاری و همکاران حسابداری جهت این کار معین و از بیمارستان هایی که روش های پرداختی موفق تر و با رضایتمندی بیشتری دارند بازدید به عمل آید.

مدیر تغییر: بیشترین مشکلی که به چشم می‌خورد عدم ارتباط این سیستم پرداختی با عملکرد افراد میباشد که باعث شده است افراد برای انجام کار با کیفیت و کمیت بیشتر انگیزه ای نداشته باشند، سیستم پرداختی جایگزین می‌بایست حتما مبتنی بر عملکرد افراد بوده و بازخورد کاری ایشان در آن نمود داشته باشد.

مدیر پرستاری: قطعا تاثیر عملکرد در میزان دریافتی و تفاوت دریافتی بین خدمات ارائه شده بر اساس کیفیت، منجر به افزایش تمایل کادر درمان برای افزایش میزان فعالیت و ارائه خدمات درمانی مطلوب تر خواهد شد که این رضایت گیرنده خدمت را نیز در بر خواهد داشت. در صورتی که تفاوت بین بخش های مختلف به علت ماهیت خاص آنها و سختی شرایط کار متفاوت بخش ها نیز قابل لحاظ شدن باشد می‌تواند انگیزه برای کار در بخش های با سختی کار بالا را افزایش دهد.

مدیر تغییر: سعی بر آن است که تمامی معایب و مشکلات برنامه قبل و برنامه های در حال اجرا بررسی و بهترین برنامه پرداختی ارائه و اجرایی شود.

مدیر پرستاری: امیدوارم که با اجرایی شدن یک برنامه مطلوب و با در نظر گرفتن ماهیت پرستاری در این برنامه بتوان گامی برای افزایش انگیزه پرسنل و حرکتی به سمت حرفه ای شدن پرستاری و افزایش خدمات مطلوب ارائه شده توسط ایشان و متعاقب آن رضایت بیماران برداشت.

مدیر تغییر: ان شاء الله

۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از ذینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مراودات بین ایشان با ذینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این ذینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با ذینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموماً ذینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات ذینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر ذینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند ذینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای

تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.

- در صورتی که مدیر تغییر هیات علمی نیست یا پزشک نیست ترجیحاً بهتر هست بیشتر به صورت غیر مستقیم فرآیند تغییر و اجرا پروژه را هدایت کند.
- با توجه به اهمیت پذیرش مدیر پرستاری در جهت تحقق اجرای این پروژه می بایست تلاش کرد مدیر پرستاری با پروژه همراه بوده و به صورت مستقیم در هدایت پروژه ایفای نقش نماید تا افراد زیر مجموعه پرستاری نیز در این مسیر پذیرش و همکاری بیشتر داشته باشند.
- همچنین با توجه به اینکه اجرای موفق این پروژه مستلزم همکاری سوپروایزران و سرپرستاران میباشد میبایست در برنامه ریزی و اجرای آن سوپروایزران و سرپرستاران به عنوان پیشبران تغییر حضور و فعالیت داشته باشند.

فصل ۲

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری
 - مفهوم و تعریف ارزشیابی
 - روش های ارزشیابی در محیط بالینی
- مرور متون
 - مرور تجربیات و شواهد داخلی
 - مرور تجربیات و شواهد خارجی
- روش کار و چارچوب طرح
 - روش کار
 - گام اول: شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه
 - گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی
 - گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی
 - گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی
 - چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مفهوم و تعریف نظام های پرداخت

اهمیت نظام پرداخت به حدی است که در تأمین منابع مالی خدمات بهداشتی که از سال ۱۹۸۰ تاکنون همواره مورد بحث بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است، مکانیزم های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بسیار حایز اهمیت است. در همه کشورهای دنیا برای پرداخت هزینه خدمات گوناگون بهداشتی، تشخیصی، درمانی، توانبخشی و غیره، از روش های گوناگون استفاده می شود که شامل هفت روش کارانه^۱، بودجه کلی، سرانه، نظام پرداخت موردی، نظام پرداخت گلوبال^۲، روزانه و حقوق و پاداش است (۱۷).

همچنین تصمیم گیری درباره دو مفهوم پرداخت عملکردی و پرداخت، از مهم ترین اجزای طراحی بسته جبران خدمات کارکنان است (۱۸). در برنامه هایی که فرصت پرداخت مشابه را برای همه کارکنان بدون توجه به عملکرد فردی یا سطح مسئولیت-پذیری فراهم می کنند، افراد با عملکردهای بالا نادیده گرفته می شوند و بر کارکنان با عملکرد پایین اثر میگذارند، این نوع مدیریت با فلسفه شرکت ها و سازمان های با عملکرد بالا سازگار نیست (۱۹).

یکی از مهمترین حلقه های ارتباط دهنده بین کاهش هزینه های بیمارستانی و حفظ کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان استفاده از مدل های مناسب برای مدیریت عملکرد کارکنان است. استفاده از این مدل ها می تواند حجم کاری کارکنان و پرداخت ها را مدیریت کند و باعث افزایش بهره وری کارکنان و بیمارستان شود (۲۰، ۲۱). از طرف دیگر کیفیت ارائه خدمات سلامت به بیماران و دیگر مراجعه کنندگان به بیمارستان به صورت مستقیم تحت تاثیر حجم کاری کارکنان بیمارستان می باشد (۲۲).

کارایی و اثربخشی هر سازمان تا حد قابل ملاحظه ای به نحوه مدیریت و کاربرد صحیح و موثر منابع انسانی بستگی دارد. مدیریت عملکرد بخشی از مدیریت منابع انسانی است که وظیفه آن ایجاد ارتباط بین اجزای مدیریت بوده و در فرایند ارزیابی عملکرد، ابتکارات و خلاقیت های افراد را نیز در نظر دارد (۲۳). مدیریت عملکرد ضمن بهبود شایستگی فعلی افراد و کل سیستم، به ایجاد ارتباط بین شایستگی فرد با کارکرد واقعی ایشان توجه کرده و به دنبال بهبود و توسعه شایستگی های جدید افراد برای هماهنگی با فناوری های مدرن و دنیای متحول فرد است (۲۴).

^۱ Fee for Service
^۲ Diagnosis Related Group (DRG)

شمار برنامه های پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظام های سلامت در دنیا رو به افزایش می باشد. این برنامه ها در کشورهای مختلف به گونه های متفاوتی اجرا می شوند و نتایج متفاوتی دارند. برای مثال پیاده سازی این نظام در کشور انگلستان که یکی از جامع ترین برنامه های ملی پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح مراقبت های اولیه در دنیا را دارد، منجر به بهبود وضعیت ایمن سازی و آزمایشات غربالگری رحم و همچنین بهبود کیفیت خدمات ارائه شده نسبت به قبل از معرفی برنامه گردید (۲۵).

۲-۱-۲) روش های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات درمانی

نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمات درمانی تأثیرات متفاوتی در کیفیت خدمات درمانی و نحوه کنترل هزینه ها دارد. ارائه دهندگان خدمات درمانی مانند پزشکان و بیمارستان ها از نخستین لحظات تماس با بیماران، میزان ارائه خدمات و ارزش آن ها را تعیین می کنند. چنانچه نظام پرداخت به خوبی طراحی شود، از اتلاف منابع و ارائه خدمات غیرضروری به بیماران جلوگیری می کند و از مهمترین ابزار نظارت بر هزینه ها به شمار می رود (۲۶).

انواع اصلی روش های پرداخت به پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی عبارتند از:

نظام پرداخت کارانه^۱

در روش پرداخت به ازای خدمت، بر اساس تعداد خدمات ارائه شده به بیماران (ویزیت، جراحی، آزمایش، رادیولوژی و ...) پرداخت انجام می گیرد. این مدل از رایج ترین روش های پرداخت است و نسبت به سایر نظام های پرداخت به بازار آزاد شباهت بیشتری دارد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش، می تواند آثار زیر را به بار آورد که از جمله این موارد می توان به کم رنگ شدن پیشگیری، کاهش کیفیت و زمان ارائه خدمت و افزایش کمیت خدمات، تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و فن آوری پیچیده تر و درمان القایی (ارائه خدمت غیرضروری به بیمار) اشاره کرد (۲۷).

نظام پرداخت سرانه^۲

در این روش به ازای تعداد افراد تحت پوشش سرانه پرداخت می شود. مثلاً به ازای هر نفر تحت پوشش پزشک خانواده به وی پرداخت ثابتی انجام می گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و توان بخشی بر اساس بسته خدمتی مورد توافق است. در این روش به دلیل اینکه معمولاً هزینه های درمان برای خود ارائه کننده خدمت نیز بالاتر است توجه به

¹ Fee for service payment

² Capitation payment

پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود. این روش معمولاً با کاهش هزینه در کل همراه است، درحالی که از دریافتی ارائه‌کننده خدمت نیز کاسته نمی‌شود بلکه حتی ممکن است پرداخت به وی افزایش یابد (۲۸).

نظام پرداخت روزانه^۱

در این روش به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان پرداخت ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات انجام می‌شود. این روش منحصرراً برای بیماران بستری قابلیت استفاده دارد و می‌تواند منجر به اثراتی مانند افزایش تعداد بیماران بستری، کاهش هزینه‌های هرروز بستری گردد. همچنین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان و امکان بستری غیرضروری بیشتر می‌شود. اثر دیگر این است که مراقبت‌های سرپایی کاهش می‌یابد و تمایل برای بستری کردن بیماران بیشتر می‌شود و کیفیت خدمات بستری ممکن است کاهش یابد (۲۸).

نظام پرداخت موردی^۲

این روش نیز نظیر روش قبل بیشتر برای بیماران بستری قابل استفاده است. در نظام پرداخت موردی یا مکانیسم مبتنی بر تشخیص، ارائه‌کننده یا سازمان مراقبت‌های سلامتی مبلغ ثابت از پیش تعیین شده‌ای برای هر مورد بیماری یا تشخیص (مانند سکتة قلبی، سینه‌پهلو، شکستگی‌های مرکب و ...) دریافت می‌کند.

در این نوع پرداخت دو روش متفاوت را می‌توان از یکدیگر متمایز ساخت:

- پرداخت موردی بر اساس نرخ ثابت برای هر مورد بدون توجه به تشخیص نوع بیماری
- پرداخت موردی بر اساس جدول بیماری‌ها

روش اول ساده‌ترین حالت پرداخت موردی است و بدین معناست که معرفی هر فرد به پزشک، به دریافت یکسان حق الزحمه منجر می‌شود، صرف نظر از اینکه معالجه چقدر مشکل باشد یا چه منابعی صرف شود (۲۸).

در روش دوم بیماران بر اساس جدول بیماری‌ها طبقه‌بندی میشوند. متداول‌ترین روش طبقه‌بندی موارد بیماری، نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص یا DRG^۳ است. در این روش هزینه قابل پرداخت به سن، جنس، نوع بیماری، فرآیند درمان و زمان ترخیص بیمار از بیمارستان بستگی دارد. بدین صورت که با ورود بیمار به بیمارستان و تشخیص بیماری، یک کد تشخیص (ICD^۴)

^۱ Daily Charge payment

^۲ Case payment

^۳ Diagnosis-related group (DRG)

^۴ International Classification of Diseases (ICD)

به او تعلق می‌گیرد. طبیعتاً فرایند درمان و تمامی مداخلات بر اساس تشخیص و راهنماهای بالینی باید صورت گیرد. لذا بسته به روش که اجرا می‌شود یک کد درمانی برای بیمار ثبت می‌شود. این کدها به همراه سن و جنس بیمار توسط نرم‌افزار گروه ساز تجزیه و تحلیل شده و در نهایت در یک کد DRG خلاصه می‌شود. هر کد DRG نمایانگر یک ارزش نسبی بدون واحد بوده که با ضرب کردن این عدد در نرخ پایه، مبلغ قابل پرداخت محاسبه می‌شود (۲۸).

نوعی از این روش که در ایران برای ۹۰ عمل جراحی شایع استفاده می‌شود به گلوبال یا سرجمع موسوم است. به این صورت که متوسطی از هزینه‌های بیمارستانی یک بیماری و بسته خدمتی آن (همچون بیهوشی، هتلینگ، هزینه‌های جراحی، پاراکلینیک، دارو...) محاسبه می‌شود و همین مقدار برای هر بیمار به بیمارستان پرداخت می‌گردد. به‌عنوان مثال تعرفه گلوبال عمل اسپلنکتومی (برداشتن طحال) حدود ۹۰۰ هزار تومان تعیین شده است. این روش می‌تواند منجر به افزایش تعداد بیماران بستری، کاهش هزینه‌ای هر روز بستری و افزایش تمایل برای کاهش مدت زمان بستری چون اساس پرداخت بر اساس تشخیص است نه طول مدت بستری گردد.

در این روش برای بیمارستان یا مؤسسه ارائه‌کننده خدمات بودجه ثابتی از محل بودجه عمومی، کمک خیرین و یا سایر منابع تعریف می‌شود و بر آن اساس بیمارستان فارغ از درآمد یا میزان ارائه خدمات پرداخت خود را انجام می‌دهد. در این روش هزینه‌ها معمولاً کاهش می‌یابد و امکان برنامه‌ریزی و ارتقاء توسط ارائه‌کنندگان خدمات وجود دارد. برای کیفیت خدمات تضمینی وجود ندارد و اگر همراه با روش‌های پرداختی چون پرداخت عملکردی نباشد انگیزه کارکنان را نیز نمی‌توان بالا برد (۲۸).

نظام پرداخت پاداش^۱

به منظور ایجاد انگیزه جهت نیل به اهداف خاص می‌توان از نظام پرداخت پاداش استفاده نمود. پرداخت‌های تشویقی می‌تواند به صورت پرداخت براساس هدف یا پرداخت براساس عملکرد ایجاد گردد. پرداخت مبتنی بر هدف ممکن است برای کاهش مصرف دارو یا خدمات پاراکلینیک در سطح ملی باشد. پرداخت براساس عملکرد برای ارائه پاداش بیشتر به پزشکان عمومی صورت می‌گیرد که مجموعه‌ای از پیش تعیین شده‌ای از خدمات را فراتر از آنچه در قرارداد یا محیط کاری است، ارائه می‌دهند (۲۸).

این شیوه پرداخت به‌تنهایی کاربرد محدودی داشته و معمولاً در کنار سایر روش‌های پرداخت به‌عنوان یک روش مکمل و یا تشویقی به کار می‌رود این روش در کنار روش پرداخت حقوق و نیز روش پرداخت کارانه یا سرانه ممکن است مورد استفاده قرار گیرد (۲۸).

¹ Bonus payment

نظام پرداخت حقوق^۱

بنای این روش پرداخت بر پایه زمان است. ساده ترین روش پرداخت، نظام مبتنی بر حقوق است. در نظام پرداخت مبتنی بر حقوق، ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای درمان بیماران در دوره ی خاصی، یک مبلغ ثابت دریافت می کنند. در این روش مبلغ پرداختی بر اساس دوره زمانی (هفتگی یا ماهانه) و صرف نظر از تعداد بیماران ویزیت شده، حجم خدمات یا هزینه خدمات ارائه شده صورت می پذیرد (۲۸).

عمده انتقاد به این روش فقدان اثر انگیزی آن برای ارائه کنندگان خدمات است. چون بین افراد پرتلاش و کم تلاش در دریافت حقوق تفاوت معناداری وجود ندارد. سایر آثار این روش شامل مواردی مانند انجام کار به میزان بسیار محدود توسط ارائه دهندگان خدمات، کمیت و کیفیت پایین خدمات و طولانی شدن زمان ویزیت برای هر بیمار می باشد (۲۸).

نظام پرداخت بودجه^۲

در این نظام که بر پایه پرداخت مبلغ معینی به ازای همه هزینه هاست، سازمان ارائه دهنده خدمت می بایست کلیه خدمات مورد نیاز بیماران بستری اعم از اورژانسی و غیر اورژانسی را فراهم آورد و همزمان با سازمان بیمه گر ریسک های مربوطه را بپذیرد. در این مورد سازمان بیمه گر، ریسک اینکه قیمت تمام شده خدمات کمتر از بودجه توافق شده باشد را می پذیرد و ارائه کننده خدمات نیز پذیرای ریسک احتمال افزایش هزینه واقعی خدمات نسبت به بودجه تصویب شده خواهد بود. تصویب بودجه بر اساس توافق بین سازمان بیمه گر و ارائه کننده خدمات ممکن است به صورت ثابت یا متغیر صورت گیرد. نظام پرداخت بودجه ای برای بسیاری از ارائه کنندگان خدمات مثل پزشکان، متخصصان و بیمارستانها کاربرد دارد (۲۶).

این نظام در کشورهای فرانسه و کانادا و در بیمارستانها در مهار هزینه ها مؤثر بوده است. برای مزایای این روش می توان به انگیزه بیشتر ارائه کنندگان خدمات برای محدود کردن هزینه ها، ارزان تر بودن آن برای سازمان های بیمه گر و آسان تر بودن مدیریت اجرایی آن اشاره کرد. معایب این روش شامل مواردی مانند کاهش استفاده از منابع توسط ارائه دهندگان خدمت با استفاده از درمان های کم هزینه تر و در نهایت کاهش کیفیت خدمات، کاهش میزان اثربخشی و کارایی خدمات برای ارائه دهندگان خدمت به علت عدم وجود انگیزه اقتصادی، مشکل بودن تعیین سطح کمی عملکردها در تعیین بودجه می باشد (۲۶).

¹ Salary payment

² Budget payment

نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد^۱

پرداخت مبتنی بر عملکرد به طور گسترده ای در سالهای اخیر مورد توجه سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان نظامهای سلامت قرار گرفته است و شواهد حاکی از آن است که منجر به بهبود مراقبت در بیماری های مزمن، کاهش بستری شدن در بیمارستان، کاهش عوارض و مرگ و میر، بهبود در فرآیندهای ثبت شده مراقبت ها و صرفه جویی در هزینه ها گردیده است (۲۹).

در مدیریت مبتنی بر عملکرد، بخش اعظم اجزای سازمان متمرکز شده و سعی بر این است که به جای معیار قرار دادن بسیاری از ملاک های منسوخ شده همچون تکیه بر ظواهر و سلیقه ها به دستیابی به تعریف واحدی از موقعیت در سازمان روی آورده است و برای فعالیتهایی که جهت رسیدن به این موفقیت لازم است شاخصی تعیین نموده تا هر یک از عناصر در پیشبرد سازمان به این سمت مشخص گردد (۲۴).

مدیریت مبتنی بر عملکرد این توان را به مدیران ارشد خواهد داد که از حجم و اندازه ی فعالیتهای واحدهای درون سازمانی خویش آگاهی یافته و با بهره برداری از آن برای پیشبرد هرچه بهتر اهداف سازمان به خصوص در بخش منابع انسانی با برنامه ریزی و سیاست گذاری بر افزایش بازدهی، رضایت پرسنل، افزایش انگیزه، ایجاد عدالت در پرداختها، کاهش اتلاف منابع انسانی و مالی و نیز بر کمیت و کیفیت کار تاثیر بسزایی داشته باشند (۳۰).

پرداخت مبتنی بر عملکرد، مدل پرداختی است که سعی بر پاداش دادن به ابعاد اندازه گیری شده عملکرد دارد و ارائه کنندگان خدمات سلامت را در جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده توسط انگیزاننده های مالی تشویق می کند (۳۱، ۳۲). ارزیابی عملکرد به دنبال یافتن بهترین، صحیح ترین و هزینه اثربخش ترین راههای ارتباط بین اندازه گیری عملکرد کاری و رضایت کاری بوده و روشی مهم برای ارتقای عملکرد یک سازمان محسوب میشود (۳۳، ۳۴).

پرداخت مبتنی بر عملکرد به منظور ارتقای کیفیت و کارایی و کاهش هزینه های اضافی ایجاد شده که با ارائه انگیزه های مالی، به پرداخت کنندگان و ارائه کنندگان خدمات این امکان را می دهد که بین انگیزه های اقتصادی و کیفیت عملکردشان رابطه برقرار کنند (۳۵). این روش پرداختی متفاوت از سایر روش های پرداخت سنتی است، روشهای سنتی درآمد را با حجم کار مرتبط میکند و پرداخت به کیفیت را در نظر نمی گیرند، در حالیکه پرداخت مبتنی بر عملکرد صراحتاً به کارایی و اثربخشی میپردازد (۶).

¹ Pay for Performance

این روش در صورت اثربخش بودن می‌تواند باعث پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن شده و از همین طریق با رعایت کارایی از رشد بی‌رویه هزینه‌ها جلوگیری کند. همچنین توانایی کافی در این روش وجود دارد تا با در رویکرد پزشکی که تمرکز بر خدمات درمان محور دارد تغییر ایجاد کرده و به از طریق ارائه مشوق‌هایی به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت به سمت مراقبت‌های پیشگیرانه گرایش ایجاد نماید. تا بتوان بر اهداف روشن برای بیماری‌های شایع متمرکز شد (۳۶).

تمام برنامه‌های پرداختی مبتنی بر عملکرد شامل چهار پایه اصلی شامل ابعاد عملکرد و شاخصها، استراتژی پرداخت، ماهیت مشوق و گزارش داده‌ها می‌باشند که هر کدام اجزای مختلفی دارند (۳۷، ۳۸).

۲-۱-۳) برنامه ریزی نیروی انسانی

برنامه‌ریزی نیروی انسانی، برنامه‌ای است که منابع انسانی مورد نیاز را پیش از نیاز واقعی و برای رسیدن به هدفهای سازمانی پیش‌بینی می‌کند و مدیران سازمانی، به‌ویژه مدیران پرسنلی را قادر می‌سازد تا گام‌های مناسب را در زمان‌های مناسب برای تضمین تحقق هدف‌های تعیین شده بردارند. برنامه‌ریزی نیروی انسانی در واقع پایه‌هایی را برای تدوین سیاست‌های کلی جذب، گزینش، آموزش، جابه‌جایی، ترفیعات نیروی انسانی شکل می‌دهد. برنامه‌ریزی نیروی انسانی فرآیندی است که یک سازمان را از داشتن تعداد و انواع درست نیروی انسانی که در جای درست و زمان درست قرار گرفته و به‌طور اثربخش و کارا وظایف خود را انجام بدهند و به اهداف کلی سازمان دست یابند مطمئن می‌سازد.

برنامه‌ریزی نیروی انسانی در سازمان از آن رو مهم است که دستیابی به چندین مقصود را امکان‌پذیر می‌سازد و مهم آن است که با در نظر گرفتن بهترین منافع فرد و سازمان نیازهای آینده به نیروی انسانی مشخص شود و ناهمخوانی‌ها از میان برداشته شود. برنامه‌ریزی نیروی انسانی به کاهش هزینه‌هایی می‌پردازد که از راه غیبت، ترک خدمت بی‌اندازه کارکنان، پایین بودن بهره‌وری و برنامه آموزشی بی‌ثمر پدید می‌آیند (۳۹، ۴۰).

شیمون و رندال^۱ در مطالعات خود برنامه‌ریزی منابع انسانی را به چهار مرحله اساسی زیر تقسیم بندی می‌کند (۴۱):

ا. گردآوری، تحلیل و پیش‌بینی داده‌ها به منظور پیش‌بینی عرضه و تقاضای منابع انسانی

ب. تعیین هدف‌ها و سیاست‌های کلی منابع انسانی و جلب حمایت مدیران ارشد سازمان در مورد آن‌ها

¹ Shimon And Rendal

ج. طراحی و به انجام رساندن طرح‌ها و برنامه‌های عملی در زمینه‌هایی مانند کارمندیابی، آموزش و ترفیع که سازمان را قادر می‌سازد به هدف‌های منابع انسانی خود دست یابد.

د. نظارت بر طرح‌ها و برنامه‌های امور کارکنان و ارزیابی آنها به منظور آسان کردن پیشرفت به سوی هدف‌های برنامه‌ریزی منابع انسانی

برآورد نیروی انسانی و مطالعه کار

پیش‌بینی منابع انسانی مورد نیاز نیز یکی از موضوعات کلیدی در حوزه برنامه‌ریزی منابع انسانی است، بویژه آنکه در عصر اطلاعات، علت تفوق و برتری سازمان‌ها و کشورها بر یکدیگر عنصر دانایی است که آن نیز در نیروی انسانی توانمند ریشه دارد. به همین دلیل این موضوع مورد توجه اکثریت جوامع و سازمان‌های پیشرو واقع شده است.

مطالعه کار واژه‌ای است که بطور جامع به تمام تکنیک‌های مطالعه‌ی روش و اندازه‌گیری کار که برای فراهم کردن بهترین استفاده ممکن از منابع انسانی و مادی برای انجام دادن فعالیت‌ها یا کار خاصی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اشاره دارد. مطالعه کار از دو ابزار برای مطالعه و بررسی روش‌های کار و عوامل موثر بر بهره‌وری و کارایی نیروی کار سود می‌برد که شامل موارد زیر است:

الف) روش سنجی: عبارت است از ثبت منظم و بررسی دقیق روش‌های انجام کار و پیشنهاد روش‌های اصلاحی به منظور کاهش هزینه‌ها و ساده‌تر کردن عملیات و افزایش بازدهی

ب) کارسنجی (شامل زمان‌سنجی): عبارت است از بکارگیری تکنیک‌هایی برای تعیین زمان انجام کار معین بوسیله یک فرد واجد شرایط در منطقی قابل قبول (۴۲)

اهداف اساسی مطالعه کار

مطالعه کار، اصطلاحی است که تکنیک‌های مطالعه روش و زمان سنجی را که برای تامین حداکثر استفاده ممکن از نیروی انسانی، تجهیزات و مواد اولیه مورد نیاز برای انجام یک کار مشخص بکار می‌روند را در بر می‌گیرد. مهمترین اهداف مطالعه کار شامل کشف موثرترین روش استفاده از تجهیزات و مواد اولیه، شناسایی موثرترین روش استفاده از نیروی انسانی و عملکرد مطلوب مجموعه تجهیزات، مواد اولیه و نیروی انسانی می‌باشد. برخی از مهمترین فواید مطالعه کار عبارتند از:

ا. مطالعه کار در ارزیابی و سازمان‌دهی مجدد کار کمک نموده و در بالابردن کارایی تولید با صرف اندک هزینه کمک موثری می نماید.

ب. مطالعه کار بطور سیستماتیک قبل از مرحله تولید واقعی این اطمینان را می دهد که از اطلاعات موجود به نحو کاملی استفاده شده است.

ج. مطالعه کار بهترین تکنیک جهت به دست آوردن استاندارد انجام کار می باشد. تا به حال تکنیک بهتری ابداع نگردیده است و این استانداردها می تواند در کنترل و برنامه‌ریزی تولید به نحو عالی مورد استفاده قرار گیرد.

د. مطالعه کار موجب تقلیل هزینه های عملیاتی از طریق بهبود روش عملیاتی می شود.

این تکنیک به خوبی در اقسام مختلف کارها قابلیت بکارگیری و انعطاف پذیری دارد و در هر محلی که عملیات، نیروی انسانی را شامل می شود به خوبی کاربرد داشته و نه تنها در عملیات تولیدی بلکه در بخش های اداری، فروشگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها، بخش‌های خدماتی بخوبی قابل استفاده است. این تکنیک بهترین ابزار مسئله یابی عملیات است که در دست یک مدیر می تواند باشد(۴۳).

همانطور که ذکر گردید مطالعه کار به طور عمده شامل روش سنجی و کارسنجی می گردد که اهداف هر کدام بصورت زیر می باشد(۴۴):

اهداف روش سنجی

- شناسایی روش‌های بهبود انجام کار در سازمان
- بهبود نحوه استقرار دستگاه‌ها و تجهیزات در سازمان
- کاهش میزان خستگی کارکنان از طریق شناسایی و تعیین روش‌های درست انجام کار
- ارتقاء کیفیت خدمات و فعالیت‌ها با کاهش و از بین بردن فعالیت‌های زائد و اضافی
- استفاده بهتر از منابع و امکانات موجود در سازمان
- کاهش مخاطرات و سوانح کاری با توجه به آموزش صحیح روش درست انجام کارها به کارکنان.

اهداف زمان سنجی

زمان‌سنجی جزء مهمی از مطالعه کار می باشد و به مدیریت در کنترل و اداره کردن منابع موجود کمک می نماید بطور کلی هدف از زمان‌سنجی عبارت است از:

- زمان‌سنجی به مدیریت کمک می‌کند تا زمان غیر مؤثر در فعالیت‌ها را از زمان مؤثر و مفید، تفکیک و شناسایی کرده تا از این طریق با حذف زمان‌های غیر مؤثر بتوان کارآیی فعالیت‌ها و منابع سازمانی را افزایش داد.
- با استفاده از اطلاعات زمان‌سنجی می‌توان هزینه نیروی انسانی درگیر در عملیات و فعالیت‌ها را شناسایی نمود.
- با استفاده از روش و نتایج زمان‌سنجی می‌توان حجم نیروی انسانی مورد نیاز را بر حسب تخصص و زمان مورد نیاز مشخص نمود تا از این طریق بتوان به نحو بهتری از امکانات و منابع نیروی انسانی استفاده کرد.
- زمان‌سنجی فعالیت‌ها و عملیات در سازمان به مدیریت کمک می‌کند تا حجم تجهیزات، امکانات و دستگاه‌های مورد نیاز شناسایی شده و با برنامه‌ریزی مؤثر برای آن‌ها بتوان حجم ظرفیت‌ها و منابع سازمانی را کاهش داد.
- با استفاده از نتایج زمان‌سنجی می‌توان برنامه‌ریزی زمانی را برای ارائه خدمات در سازمان انجام داد تا از این طریق بتوان حجم فعالیت‌ها و امکانات مورد نیاز را برنامه‌ریزی کرد.
- تعیین استانداردهای زمانی، عنصر اساسی و مؤثر در تعیین هزینه ارائه خدمات و فعالیت‌ها در سازمان می‌باشد و به هزینه یابی و تعیین بهای تمام شده خدمات کمک مؤثری می‌نماید.
- نتایج حاصل از زمان‌سنجی فعالیت‌ها می‌تواند به سیستم مناسب و منطقی پرداخت عملکردها در سازمان کمک مؤثری بنماید و زمینه ارائه حقوق و پاداش‌ها را بر اساس بهره‌وری فراهم کند.
- با استفاده از اطلاعات زمان‌سنجی فعالیت‌ها می‌توان بودجه بندی نیروی انسانی را بطور دقیق‌تر و واقعی‌تری در سازمان انجام داد سپس از این طریق بودجه تخصیصی را در طول زمان کنترل نمود.

روش‌های کارسنجی

اندازه‌گیری کار عبارت از بکارگیری تکنیک‌هایی جهت تشخیص زمان برای انجام کاری مشخص توسط فردی کارآزموده با عملکرد معلوم است. هدف اصلی از مطالعه روش‌ها، تقلیل عملیات اضافی در انجام کار است در حالی که هدف اصلی اندازه‌گیری کار، سنجش زمان‌های غیر مؤثر کار است. ترکیب این دو روش منجر به ایجاد یک زمان استاندارد جهت انجام عملیات بهبود یافته کار می‌شود (۴۳).

در کارسنجی روشهای متنوعی وجود دارد و تحلیل‌گر بایستی با توجه به نوع کار، میزان دقت مورد نیاز، هزینه کارسنجی واکنش کارکنان و استفاده‌ای که از نتیجه کارسنجی خواهد شد، روش مناسب را برگزیند. به عنوان مثال چنانچه مدیریت در نظر داشته باشد از نتیجه کارسنجی برای ایجاد مبنای پرداخت‌های تشویقی و اعطای پاداش جهت افزایش تولید استفاده کند، بایستی از

روش‌های دقیقتر اندازه‌گیری کار استفاده کند و استانداردهای بدست آمده در فواصل منظمی اصلاح و به‌هنگام شوند و یا اگر کارکنان مایل نباشند کارشان به‌طور مستقیم مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گیرد و به‌دیدن تحلیل‌گر با کرونومتر زمان‌سنجی حساسیت دارند، بایستی از روش‌های مناسب این گروه استفاده شود. در هر حال بایستی با توجه به هدف مدیریت، نوع و ماهیت کار، موارد استفاده و سایر ویژگی‌های موقعیتی یک روش یا ترکیب مناسبی از چند روش را مورد استفاده قرار داد.

نمونه‌گیری از کار

زمان‌سنجی فرآیندی است که اندازه‌گیری زمان را بر روی نمونه‌هایی انجام می‌دهد. بر اساس علم آمار، خطا رابطه عکس با اندازه نمونه دارد. برای فعالیت‌های خاصی، دوره کار ممکن است بسیار طولانی باشد و یا کارها مستلزم زمان‌های پیش‌بینی نشده باشند. در چنین مواردی، هزینه برآورد زمان‌ها با استفاده از زمان‌سنجی با ساعت ثانیه شمار می‌تواند بسیار زیاد باشد، هرگاه مشاهده مستقیم مستمر، عملی یا مناسب نباشد می‌توانیم برآوردهای زمان را از طریق نمونه‌گیری کار انجام دهیم. این روش شامل یکسری مشاهدات آنی از فعالیت مورد مطالعه در فواصل نامنظم می‌باشد. از نتیجه چنین مشاهداتی می‌توانیم روشهای آماری را مورد استفاده قرار دهیم تا به برآوردهای مدت زمان عناصر فعالیت دست یابیم. برای آنکه نتایج نمونه‌گیری بیانگر فعالیت مورد مطالعه باشد الزام است مشاهدات لحظه‌ای در فواصل تصادفی صورت گیرند تا از همزمانی این مشاهدات اجتناب گردد. نمونه‌گیری کار برای تخمین‌های زمان را می‌توان در کارهایی که قابل مشاهده مستقیم هستند، مورد استفاده قرار داد. به عنوان یک قاعده این فرآیند برای فعالیت‌های با مدت طولانی و با تناوب محدود و زمان وقوع غیر قابل پیش‌بینی، مناسب‌ترین است. نمونه‌گیری کار می‌تواند در فراهم نمودن ورودی نیازمندی‌های نیروی کار برای یک برنامه تولیدی، کمک به توسعه هزینه‌های استاندارد و ارزیابی فعالیت‌های غیر تکراری با دوره‌های طولانی مفید باشد. بنابراین می‌توان آن را برای روش‌های مطالعه کار در رویه‌های اداری، فعالیت‌های نگهداری و تعمیرات، جراحی در بیمارستان‌ها، عملیات خرده‌فروشی، بانک‌ها، دادگاه‌ها و مؤسسات تحقیقاتی مورد استفاده قرار داد (۴۲).

تعیین زمان استاندارد و نرمال از نمونه‌گیری کار

هر وقت تخمین‌های زمان استاندارد و نرمال برای عناصر فعالیتی که توسط یک گارگر یا یک گروه انجام می‌شود را بخواهیم اندازه‌گیری نمائیم، به‌هنگام هر مشاهده الزام است که سرعت را از طریق درجه بندی مناسب ارزیابی نمائیم. هرگاه کار انجام شده شامل عناصر یکسان موجود در ترکیب‌های متفاوت باشد و کارها با تناوب زیاد تکرار شوند، بکارگیری زمان‌های ترکیبی ممکن می‌باشد.

زمان ترکیبی برای یک کار از زمان‌های نرمال جزء جزء عناصر تعیین می شود. زمان‌های استاندارد را می توان از زمان‌های نرمال ترکیبی با افزودن مقدار مجاز معمول برای خستگی، نیازهای شخصی و تأخیرات غیر قابل کنترل محاسبه نمود (۴۲).

زمان سنجی به کمک کرنومتر (روش مشاهده مستقیم):

روش زمان‌سنجی به شیوه مستقیم یکی از روشهای دقیق و علمی کارسنجی است. در این روش، کار را به اجزایی تقسیم می کنند و زمان انجام هر یک از اجزاء را بطور دقیق و با کرنومتر اندازه می گیرند. مزیت این روش در این است که هزینه آن نسبتاً کم و دقتش زیاد است و استاندارد واقعی تری را بدست می دهد. البته برخی از صاحب‌نظران معتقدند که حضور تحلیل‌گر با کرنومتر ممکن است موجب تأثیرات سوء روانی بر کارکنان گردد و شرایط کار را از حالت طبیعی خارج سازد. با وجود این محدودیت، روش زمان‌سنجی روش دقیقی است و چنانچه با در نظر گرفتن ملاحظات انسانی و جلب همکاری کارکنان همراه باشد می توان به نتایج حاصل از آن اطمینان داشت (۴۲).

۲-۲) مرور متون

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی

عباس عبادی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود با عنوان "بررسی اثر بخشی نظام های پرداخت در سازمان های بهداشتی- درمانی" اینگونه نتیجه گیری کرده اند که یکی از راههای موثر در ایجاد انگیزه کارکنان اعطای پاداش‌های مادی است که در قالب نظام‌ها و روش‌های مختلف پرداخت صورت می‌پذیرد که شناخته شده‌ترین و موثرترین روش اعطای پاداش‌های مادی، روش پرداخت "مبتنی بر عملکرد" است (۴۵).

حنان حاج محمودی و همکار (۲۰۱۳) در مطالعه خود با عنوان "مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران" به این نتیجه رسیدند که شیوه های مختلف پرداخت در نظام سلامت، میزان خطر متوجه مردم، کادر درمان، بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر را تغییر می‌دهد، از طرفی در هیچ جامعه ای بودجه سلامت نامحدود نیست و کنترل هزینه ها امری الزامی می‌باشد. بنابراین سیاستگذاران مالی سلامت باید در کاهش هزینه ها از شیوه های مختلف محسوس و نامحسوس استفاده نمایند (۴۶).

بهادری و همکارانش (۲۰۱۳) در تحقیق خود با موضوع "اولویت بندی مولفه های موثر بر انگیزش شغلی در کارکنان یک مرکز نظامی" بیان نمودند که سازمان می تواند از طریق فراهم آوردن امنیت شغلی و توجه به مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد، بستر امنی را جهت تحقق اهداف سازمان و عملکرد بهتر کارکنان فراهم کنند (۴۷).

نتایج مطالعات فرخ مجاهد^۱ و همکارانش (۲۰۱۴) در مطالعه ای با عنوان "تاثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه پزشک خانواده" نشان می دهد باید تاثیر مکانیسم های پرداخت را در کاهش هزینه های نظام سلامت، ارائه خدمات پیشگیری و ارتقا سلامت و رضایتمندی بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت به عنوان شاخص اصلی مدنظر قرار داد (۴۸).

نتایج تحقیقات محسن نظری و همکارانش (۲۰۱۵) با موضوع "تأثیر پرداخت های مبتنی بر عملکرد فردی و گروهی و تفاوت پرداخت بر عملکرد با روش مدل سازی خطی" نشان می دهد که تفاوت پرداخت اگر ناشی از پرداخت های عملکردی باشد، مطلوب و اثرگذار بر عملکرد و تلاش فردی و گروهی است (۴۹).

همچنین تحقیقات محسن نظری و همکارانش (۲۰۱۵) در مورد تاثیر پرداخت های مبتنی بر عملکرد فردی و گروهی حاکی از آن است که پرداخت عملکردی و تفاوت پرداختی بر عملکرد اثرگذار است و تفاوت پرداخت نقش تعدیل کننده در روابط بین پرداخت مبتنی بر عملکرد و عملکرد فردی ایفا می کند. همچنین، نتایج حاکی از آن بوده است که پرداخت عملکردی فردی و تفاوت پرداخت نقشی مهم تر نسبت به پرداخت عملکردی گروهی در اثرگذاری بر عملکرد دارند (۴۹).

یافته های پژوهش طیبه عباسی و همکارانش (۲۰۱۶) با عنوان "شناسایی و تبیین موانع استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در سازمان های دولتی" حاکی از آن است که ضعف نظام های ارزیابی عملکرد، کمبود دانش و تخصص لازم و پایین بودن مشارکت کارکنان در استقرار این نظام ها، ضعف تعهد مدیریتی، ضعف فناوری اطلاعات و ارتباطات، بودجه و منابع ناکافی، شرایط خاص حاکم بر سازمان های دولتی و همچنین رویکرد سنتی مدیریت بخش دولتی، به عنوان موانع و مولفه های درونی و ضعف قوانین و مقررات و شرایط نامساعد اقتصادی دولت به عنوان موانع و مولفه های برونی از مهم ترین موانع استقرار نظام های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سازمان های دولتی ایران هستند (۵۰).

نتایج تحقیقات پیمان متقی و همکارانش (۲۰۱۶) با موضوع "نظام جبران خدمت مبتنی بر عملکرد: نقش تعدیل کننده تیپ های شخصیتی دیسک" نشان داد که در خصوص پذیرش نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در میان تیپ های شخصیتی تفاوت معناداری مشاهده می شود. درواقع تیپ وظیفه مدار بیشترین علاقه مندی را به این نظام نشان میدهد. علاوه بر این مدیران وظیفه مدار معتقدند که نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد هم یک عامل نگهدارنده و هم یک عامل انگیزاننده است (۵۱).

¹ Farokh Mojahed

علی دیواندری و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان "بررسی چگونگی تأثیر جبران خدمات بر عملکرد فردی: بررسی نقش میانجی انگیزش درونی و تعدیل کننده خودکامیابی و انتظار دریافت پاداش" اینگونه نتیجه گرفته اند که ارتباط بین پرداخت و عملکرد، مثبت و معنادار بوده و از طرفی قدرت اثر پرداخت عملکردی بر عملکرد فردی نسبت به پرداخت ثابت بیشتر است. همچنین خودکامیابی در رابطه بین پرداخت عملکردی و عملکرد فردی نقش تعدیل کننده دارد (۵۲).

دکتر مهدی یوسفی و همکارانش (۲۰۲۰) در مطالعه ای با عنوان "بررسی حجم فعالیت های حوزه ی مبارزه با بیماری ها (پیشگیری) در مراکز بهداشتی درمانی" به این نتیجه رسیدند که مدیران هر سازمان جهت افزایش کارایی و بهره وری پرسنل سازمان و کاهش ائتلاف منابع، نیازمند استفاده از مدل ها و قواعدی برای تعیین میزان پرداختی ها و ایجاد انگیزه های کاری و کاهش تبعیضات ناخواسته و تعیین نوع و تعداد فعالیت های قابل دورکاری می باشند (۵۳).

مطالعه ی دیگری با عنوان بررسی تاثیر اجرای طرح کارسنجی بر کارایی کارکنان کاخداري بیمارستان شهید فقیهی شیراز طی سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که علی رغم آنکه در حال حاضر ۹۶ نفر پرسنل در بخش کاخداري بیمارستان فعالیت می نمایند، برای انجام فعالیتهای مربوطه (به شکل فعلی) به تعداد ۷۲ نفر نیرو نیاز می باشد. در حالی که به دلیل مختلف از جمله انجام فعالیتهای غیر مرتبط با کاخداري، عدم برنامه ریزی و مستندسازی فعالیتهای برآورد نیاز بخشهای مختلف به اقلام مورد نیاز به دلیل استفاده از نیروی خدماتی تمام وقت و لذا عدم احساس نیاز به برنامه ریزی و عدم استفاده از روشهای استاندارد انجام کار، انجام فعالیتهای حاضر با استفاده از ۹۶ نفر پرسنل انجام می گیرد که این مسئله می تواند هزینه زیادی را به بیمارستان و دانشگاه تحمیل نماید. در مقابل در صورت انجام فعالیتهای به شکل استاندارد در زمینه تناوب و نوع فعالیت و مراحل انجام آن به ۱۵۴ نفر پرسنل در زمینه کاخداري نیاز می باشد (۵۴).

پژوهش دیگری با عنوان مدیریت مبتنی بر عملکرد، کاربرد یک مدل زمانسنجی و کارسنجی در بیمارستان، که در واحد مدارک پزشکی یک بیمارستان عمومی در یکی از دانشگاههای علوم پزشکی تهران انجام گرفت. در این پژوهش یک کارشناس ارشد مدارک پزشکی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. داده های مورد نیاز که شامل کلیه فعالیتهای عمده و روزانه کارشناس مدارک پزشکی بود، از طریق مشاهده مستقیم و مصاحبه جمع آوری گردید. یازده فعالیت اصلی برای کارشناس شناسایی گردید که شامل ۵۱۱۵۹ واحد کاری در ماه می باشد که این مقدار واحد کاری بیش از مقدار موظفی یک کارمند (۹۱۸ واحد کاری) است. با توجه به اینکه کل واحدهای کاری واحد مربوطه معادل ۳۶۷۲ می باشد و با در نظر گرفتن حداقل ۹۱۸ واحد کاری برای یک کارمند در طول یک ماه، به تعداد چهار نفر نیروی انسانی برای بخش اسناد پزشکی در این بیمارستان نیاز خواهد بود (۴۲).

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

میلکویچ^۱ و همکاران (۱۹۹۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که نظام های پرداخت مبتنی بر عملکرد یا نظام های پاداش، انگیزه بهبود عملکرد را بهتر از نظام های مبتنی بر شغل یا مهارت فراهم می نمایند (۵۵).

رایت^۲ (۱۹۹۱) پرداخت مبتنی بر عملکرد را بخشی از پاداشهای مالی و غیرمالی افراد تعریف کرده است که مستقیماً با عملکرد فرد، تیم و یا شرکت ارتباط داده می شود. پرداخت مبتنی بر عملکرد، مدل پرداختی است که می خواهد به اندازه و متناسب با عملکرد افراد به آنها پاداش دهد و ارایه کنندگان خدمات سلامت را در جهت دست یابی به اهداف از پیش تعیین شده توسط انگیزاننده های مالی، تشویق میکند (۳۱، ۳۲).

نتایج تحقیقات بکر و هاسلید^۳ (۱۹۹۲)، دیوارو^۴ (۲۰۰۶) و هیمن^۵ (۲۰۰۵) روی نظام های پرداخت و اثرات سیستم های پرداختی روی عملکرد کارکنان، حاکی از اثر مثبت تفاوت پرداخت مبتنی بر عملکرد روی کیفیت عملکرد کارکنان است (۵۶-۵۸). مطالعات استیون^۶ (۱۹۹۷) نشان داد که برای انگیزه دادن به افراد می بایست به آنها پاداشی پرداخت شود که بیشتر از حقوق پایه آنها باشد (۱۰).

میرلس^۷ (۱۹۷۶) و هولمستروم^۸ (۱۹۷۹) جزو اولین اشخاصی بودند که بر ارجحیت نظام پرداختی مبتنی بر عملکرد نسبت به سایر روش های پرداختی در مواردی که نظارت پرهزینه و ناکافی است، تاکید داشتند (۱۰).

دکتر دادلی^۹ استاد پزشکی در دانشگاه سان فرانسیسکو کالیفرنیا گفته است که ارائه دهندگان خدمتی که با رسیدن به اهداف عملکردی، درآمدی هم سطح و یا نزدیک به سطح هزینه های انجام شده خود را دریافت خواهند نمود، با احتمال بسیار پایین تری ممکن است نسبت به افرادی که می توانند درآمدهای بیشتری به هزینه ها داشته باشند، به این طرحها واکنش مثبت نشان دهند (۱۷).

¹ Milkovich

² Right

³ Becker & Huselid

⁴ DeVaro

⁵ Heyman

⁶ Steven

⁷ Mirless

⁸ Holmstrom

⁹ R.Adams Dudley

لیونز و بنورا^۱ (۲۰۰۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده اند که اگر برنامه های پرداخت متغیر به طور مناسب طراحی، اجرا و به عملکرد فردی متصل شود، اثر مثبت بلندمدت دارند (۵۹).

استارمن^۲ و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعات خود بیان نمودند که پرداخت مبتنی بر عملکرد کمک می کند تا کارکنان به محیط متحول کاری پاسخ مناسب دهند. به ویژه پرداخت عملکردی، بهره وری کارکنان را ارتقا می دهد و از تغییر در ارزش ها و فرهنگ کار پشتیبان می کند. روند افزایش به کارگیری راهبردهای پرداخت مبتنی بر عملکرد حاکی از آن است که برای نهادهای امروزی ارزش ایجاد می کند (۶۰).

ماگیری^۳ (۲۰۰۷) در مقاله خود بیان می کند سه نوع نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد را می توان بر حسب شرایط و نوع کار و اهداف از هم تفکیک داد. این موارد شامل پرداخت مبتنی بر عملکرد فردی، پرداخت مبتنی بر عملکرد گروه و پرداخت مبتنی بر عملکرد سازمان می باشند (۶۱).

لی^۴ (۲۰۰۸) در تحقیق میگوید بدیهی است تفاوت پرداخت اگر ناشی از پرداخت مبتنی بر عملکرد باشد، میتواند منجر به بهبود انگیزه و عملکرد شود (۶۲).

جیمز^۵ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود در مورد تاثیر خط مشی های منابع انسانی بر کارایی کارکنان بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۵ به این نتیجه رسیدند که زمانی که پرداخت ها به صورت مبتنی بر عملکرد و عملکردی مبتنی بر تیم به کارکنان انجام شده، بهره وری کارکنان بین ۹ تا ۲۰ درصد افزایش یافته است (۶۳).

۲-۳) روش کار و چارچوب طرح

۲-۳-۱) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر

¹ Lyons & Ben-Ora

² Sturman

³ Maglieri

⁴ Lee

⁵ James

پزشک فعالیت دارند. از این میان حدود ۲۲۰۰ نفر کادر پرستاری شامل پرستار، بهیار، کارشناس/کاردان اتاق عمل، کارشناس/کاردان بیهوشی و کمک بهیار می‌باشند.

مراحل انجام پروژه شامل گام‌های زیر می‌باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

در فرایند تصمیم‌گیری شناسایی مشکل مهمترین قسمت فرایند می‌باشد چنانکه گفته می‌شود نیمی از مشکلی که بخوبی شناخته شود حل شده است. همچنین در صورت خطا در این مرحله کلیه‌ی گام‌های آتی در فرایند تصمیم‌گیری نیز دچار خطا خواهد شد (۶۴).

جرقه اول شناسایی مساله: بعد از ابلاغ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد عمده اعتراضی که در بخش‌ها از سمت پرسنل به ویژه پرستاران به گوش می‌رسید موضوع پیچیده بودن روش محاسبه و عدم وجود عدالت در محاسبه مبلغ کارانه در بخش‌های مختلف و نسبت به واحدهای پشتیبانی بود. این اعتراض‌ها و انتقادات در جلسات متعدد تیم مدیریتی مجتمع و همچنین در سایر جلسات که با مسئولین واحدهای مجتمع برگزار می‌گردید همواره به گوش می‌رسید.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: به دنبال جرقه اول پروژه و شناسایی موضوع اصلاح نحوه محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل جلسات کارشناسی مختلفی با حضور کارکنان بالینی، پاراکلینیک و پشتیبانی و همچنین مسئولین واحدها و افراد مطلع در سطح دانشگاه برگزار گردید. نتیجه این جلسات منجر به شناسایی موارد زیر به عنوان ابعاد مسئله گردید.

ابعاد مساله: چالش‌های شناسایی شده در حوزه مدیریت پرداخت مبتنی بر عملکرد در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) به صورت زیر شناسایی شد:

- پیچیدگی روش فعلی محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سامانه قاصدک

- عدم وجود عدالت محوری (وابسته کردن عملکرد پرسنل به درآمد بخش به ویژه در بخش هایی که علیرغم فعالیت زیاد پرسنل خدمات ارائه شده درآمدزا نیستند)
- توجه زیاد به کمیت به جای کیفیت خدمات ارائه شده (وابسته بودن زیاد مبلغ کارانه فرد تایمکس ایشان)
- عدم توجه به حرفه ای گری (در نظر نگرفتن خدمات انجام شده توسط کارکنان به ویژه در حوزه مراقبت های پرستاری)
- وابسته نبودن روش فعلی پرداخت به اطلاعات تولید شده در اجرای و عدم محاسبه عملکرد واقعی پرسنل

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد. بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب چهار مرحله شرح ذیل انجام شد:

مرحله اول: شناسایی راهکار های شیوه های پرداخت مبتنی بر عملکرد و انتخاب یک روش مناسب

در این مرحله به منظور شناسایی راهکارهای موجود از روش های زیر استفاده گردید:

- **بررسی متون:** در این قسمت با جستجو در موتورهای جستجوی علمی مانند گوگل اسکولار، پایگاه جهاد دانشگاهی، مگیران و پاب مد با کلید واژه های مرتبط مقالات منتشر شده شناسایی گردید.

- **بررسی تجربیات:** در این مرحله با توجه به اینکه برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور روش اشاره شده در دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد را معیار محاسبه کارانه قرار نداده بودند، از تجربیات دانشگاه علوم پزشکی تهران در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، بیمارستان فیروزگر از مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی قلب شهید رجایی تهران استفاده شد. بر این اساس بازدید جامع با محورهای از پیش تعیین شده از این مراکز انجام شد.
- **بحث گروهی متمرکز:** منبع سوم برای استخراج راهکارها برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان اصلی در سطح مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا علیه السلام بود که در این خصوص افراد علاقه مند به موضوع شناسایی و نظریات و پیشنهادات ایشان در قالب شش جلسه بحث گروهی متمرکز دریافت گردید.
- **نشست متخصصان:** منبع چهارم برای شناسایی راهکارها استفاده از نظریات متخصصان و کارشناسان دارای مطالعات مشابه و تحصیلات مرتبط با موضوعات مدیریت اقتصاد و سیاستگذاری بیمارستانی بود.

مرحله دوم: بررسی راهکارها شناسایی شده در مرحله قبل و تعیین چارچوب پرداخت مبتنی بر عملکرد

در این مرحله که عمده‌تاً در قالب جلسات نشست متخصصان برگزار گردید راهکارهای شناسایی شده در مرحله قبل مورد بررسی قرار گرفت و به دنبال آن چارچوب مناسب برای اصلاح نظام پرداخت فعلی طراحی گردید. نشست متخصصان در این مرحله شامل سه نفر عضو هیئت علمی در رشته‌های مرتبط با مدیریت و اقتصاد سلامت و دارای تجربه حداقل سه سال در موضوعات مرتبط با اقتصاد بیمارستانی، یک نفر پرستار با تجربه مدیریتی و علاقمند به موضوعات سنجش عملکرد، یک نفر پرسنل معاونت توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، یک نفر از حوزه مالی بیمارستان، یک نفر دارای تخصص در موضوعات درآمدی و دو نفر در حوزه فناوری اطلاعات و سیستم اطلاعات بیمارستان بودند.

نتیجه بیش از ۱۰ جلسه نشست متخصصان در این مرحله منجر به تعیین چارچوب و اصول زیر برای اصلاح روش فعلی گردید:

- می‌بایست به جای تمرکز بر پرداخت بر روی مدیریت مبتنی بر عملکرد تاکید داشته باشد.
- می‌بایست حوزه مراقبت‌های پرستاری را به صورت حرفه‌ای مد نظر قرار دهد.
- می‌بایست زیرساخت لازم را برای اجرای تعرفه گذاری مراقبت‌های پرستاری ایجاد نماید.
- می‌بایست رده‌های مختلف در بیمارستان در قالب یک نظام رتبه بندی کارانه خود را دریافت نمایند.

- می بایست واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک به صورت یک درصد کل از کل مبلغ قابل توزیع سهم خود را دریافت و این سهم باید متناسب با حجم کاری این واحدها باشد.
- می بایست روش پرداخت واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک تا حد امکان مبتنی بر عملکرد و متناسب با حجم فعالیت واحد و ترجیحا افراد فعال در واحدهای مذکور باشد.
- می بایست روش پرداخت شفاف و برای همه افراد دریافت کننده قابل فهم و تحلیل باشد.

مرحله سوم : مرحله سوم تولید مدل اولیه مدیریت مبتنی بر عملکرد به دنبال شناسایی چهارچوب مدیریت مبتنی بر

عملکرد در مرحله قبل

در این مرحله چهار کارگروه برای تعیین روش پیشنهادی بر اساس چارچوب تولید شده در مرحله قبل و همچنین نتایج حاصل از مرحله اول در حوزه های زیر تشکیل شد:

- کارگروه حوزه مراقبت های پرستاری
- کارگروه حوزه پشتیبانی
- کارگروه حوزه پاراکلینیک
- کارگروه حوزه رده های مختلف مدیریتی

این کارگروه ها بنابر روشی که توضیح داده شد با استفاده از منابع مختلف و همچنین مصاحبه با ذینفعان و صاحب نظران موضوع، پیش نویسی از نحوه اصلاح روش فعلی کارانه را با لحاظ چارچوب طراحی شده در مرحله قبل ارائه دادند.

مرحله چهارم: بررسی مدل های تولید شده اولیه و نهایی سازی آنها

در این مرحله مدل های تولید شده در چهار کارگروه در یک نشست متخصصان با اعضای مشابه مرحله دوم مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله اعضای نشست متخصصان با لحاظ چارچوب تولید شده مدل ها را مورد بررسی قرار دادند و بعد از بررسی امکان پذیری آن ها نسبت به نهایی سازی مدل مدیریت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان اقدام کردند.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه دو (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه سه (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد (شکل ۳). در این مرحله الزامات اجرایی و قانونی اجرای مدل طراحی شده برای مدیریت مبتنی بر عملکرد بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. مهمترین الزام مورد نیاز برای استقرار مدل تدوین شده اخذ مجوزهای قانونی از هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی بود که بعد از طی مراحل کارشناسی مجوزهای لازم در این خصوص اخذ گردید. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعان که در ناحیه دو قرار می گرفتند و قدرت تأثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است).

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در ابتدا پس از بررسی های اولیه و کارسنجی انجام شده در بخش های مجتمع، نیازهای اولیه نرم افزاری برای اجرای این روش بررسی و مشخص گردید. سپس فرایندهای اجرایی در حوزه پرستاری مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و پس از تعیین و تکمیل داده های مورد نیاز با یک شرکت نرم افزاری برای طراحی نرم افزار مورد نظر مذاکره گردید. در یک بازه زمانی حدود یک سال طی جلسات مکرر، نرم افزار طراحی شده با حضور نماینده شرکت و گروه متخصصان مورد بررسی و بازنگری و رفع مشکلات مشاهده شده و تسهیل استفاده از آن قرار گرفت. پس از تایید اولیه نرم افزار جهت تست اولیه، چند بخش به عنوان پایلوت انتخاب و نرم افزار پس از آموزش به گروه هدف پرستاری در این بخش ها اجرا و مورد بررسی و نظارت قرار گرفت. مشکلات مطرح شده توسط این بخش ها بررسی و مرتفع و پیشنهادات ایشان مد نظر و در دستور کار قرار گرفت. پس از رفع موارد برنامه در کل مجتمع اجرا و گروه مدیران ارشد و سوپروایزران مسئول نظارت بر برنامه تعیین شدند. در حین اجرا گام های توسعه ای نیز برای برنامه اجرا گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است)

۲-۳-۲) چارچوب طرح

با توجه به روش مطرح شده جهت پرداخت مبتنی بر عملکرد، اقدام به تهیه دستورالعمل زیر و ارائه به افراد مرتبط شد:

دستورالعمل مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در

مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا (ع) ۱۳۹۷

فصل اول: تعاریف

ماده ۱: در این آیین نامه، اصطلاحات در معانی مشروح ذیل به کار می‌روند:

الف) مدیریت مبتنی بر عملکرد:

مدیریت مبتنی بر عملکرد رویکردی سیستماتیک است که از طریق فرایند های تعیین اهداف استراتژیک عملکرد، سنجش عملکرد، جمع آوری و آنالیز داده های عملکرد، بازنگری گزارش داده های عملکرد، و به کارگیری این داده ها به بهبود عملکرد سازمان می انجامد. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی کارکنان (با تأکید بر دریافتی های غیر مستمر) که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل می باشد، با سهم عملکردی آنان از کل درآمد بیمارستان در قالب یک روش یا تفاهم نامه مورد توافق است. پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل به اختصار «پرداخت عملکردی» نامیده می شود.

ب) مؤسسه :

در این آیین نامه منظور از مؤسسه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد می باشد.

ج) درآمد ناخالص:

مجموع درآمدهای حاصل از جزء فنی و حرفه ای فعالیت های درمانی، تشخیصی و توانبخشی می باشد. این درآمد شامل درآمدهای حاصل از هتلینگ، دارو و تجهیزات نیز می گردد.

د) درآمد مبنای بیمارستان:

بخشی از درآمد ناخالص است که مبنای محاسبه سهم کارکنان از درآمد قرار می گیرد. این درآمد شامل کلیه درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران به استثنای درآمدهای مرتبط با دارو و

تجهیزات پزشکی و کسورات بیمه‌ای می‌باشد. درآمد مبنای محاسبه سهم کارکنان به طور اختصار «درآمد مبنا» نامیده می‌شود.

ه) واحدهای مجری این دستورالعمل:

واحدهای مجری شامل کلیه بخش‌ها و واحدهای موجود در مجتمع می‌باشند که به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

ه-۱: بخش‌های تشخیصی و درمانی

به بخش‌هایی اطلاق می‌شود که در آن‌ها فعالیت‌های تشخیصی، درمانی و یا توانبخشی دارای تعرفه مصوب ارائه می‌گردد. کلیه بخش‌های بستری عادی و ویژه، اتاق‌های عمل، بخش‌های سرپایی (مانند درمانگاه یا بخش‌های تشخیصی)، بخش‌های پاراکلینیک (شامل داروخانه، آزمایشگاه تشخیص طبی، پاتولوژی، ژنتیک، تصویربرداری پزشکی، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و سایر موارد)، بخش‌های پیراپزشکی (شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، بینایی‌سنجی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپدی و سایر موارد) و سایر واحدهای دارای پروانه فعالیت (مانند واحد روانشناسی بالینی، تغذیه و سایر موارد) بخش‌های تشخیصی و درمانی محسوب می‌شوند.

ه-۲: واحدهای پشتیبان

به واحدهایی اطلاق می‌شود که در آن‌ها فعالیت‌های تشخیصی، درمانی و یا توانبخشی دارای تعرفه‌های مصوب ارائه نمی‌گردد؛ مانند واحدهای مدیریت، حسابداری، کارگزینی و امور اداری، فناوری اطلاعات، دفتر پرستاری، تجهیزات پزشکی، کنترل عفونت، اعتباربخشی، بهبود کیفیت و سایر واحدهای مشابه.

و) تفاهم‌نامه:

تفاهم‌نامه، سند مورد توافق جهت اجرای این دستورالعمل است. این تفاهم‌نامه بین رئیس/مدیرعامل/سرپرست بیمارستان (به عنوان طرف اول تفاهم‌نامه) و مدیران واحد مجری (به عنوان طرف دوم تفاهم‌نامه)، برای دوره زمانی یک ساله منعقد می‌گردد.

ز) مدیران واحد مجری:

مدیران واحد مجری در این دستورالعمل، در بخش‌های تشخیصی و درمانی شامل دو نفر می‌باشند:

۱- رئیس یا مسئول فنی بخش.

۲- مسئول کارکنان غیرپزشک بخش (مانند سرپرستار، ناظم فنی آزمایشگاه و مانند آن).

در واحدهای پشتیبان، منظور از مدیر واحد مجری، مسئول واحد است. به عنوان مثال، در واحد حسابداری،

رئیس واحد حسابداری، مدیر واحد مجری محسوب می‌شود.

ح) کارکنان غیرپزشک

کارکنان غیرپزشک شامل کلیه دارندگان مدارک کمتر از دیپلم، دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی (Ph.D) شاغل در بخش‌های تشخیصی، درمانی و واحدهای پشتیبان با هر نوع رابطه استخدامی (رسمی، پیمانی، طرحی، قراردادی تبصره (د) ماده ۳۱ و ماده ۳۲ آیین‌نامه اداری و استخدامی اعضای غیرهیأت علمی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و شرکتی با ماهیت پرسنلی) می‌باشند که متناسب با میزان عملکرد خود از مزایای این دستورالعمل بهره‌مند می‌شوند.

ط) بیمارستان:

منظور از بیمارستان مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا(ع) مشهد می‌باشد.

ی) وزارت:

منظور از «وزارت»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

م) کتاب:

منظور از «کتاب»، کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت - سال ۱۳۹۳ موضوع تصویب

نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیأت محترم وزیران و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌باشد.

ل) تعدیل کارانه براساس درجه سختی مراقبت بخش:

به منظور ایجاد توازن و تنظیم کارانه‌ها متناسب با سختی مراقبت در بخش‌های مختلف،

کارانه‌های پرداختی فعلی به گونه‌ای تعدیل می‌گردند که بیشترین انگیزه برای فعالیت‌ها و مراقبت‌های

پیچیده، دشوار و یا زیان‌آور فراهم گردد.

فصل دوم: کلیات

ماده ۲: این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد موضوع بخشنامه شماره ۱۰۰/۱۵۲۵ مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۶ و دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مورخ ۹۳/۷/۱ و اصلاحیه های بعدی آن می گردد.

ماده ۳: اهداف مورد انتظار از اجرای این دستورالعمل شامل موارد زیر می باشد:

- افزایش انسجام در کارکنان و بخش های بیمارستان جهت تحقق اهداف سازمان
- افزایش بهره وری منابع انسانی بیمارستان
- ایجاد زمینه مناسب برای گزارش دهی مسئولین بخش ها و واحدها
- بهبود عدالت در جبران خدمت کارکنان
- افزایش انگیزه و شادابی کارکنان
- افزایش مشارکت فکری کارکنان در مسیر تحقق اهداف بیمارستان
- ایجاد زیرساخت مناسب برای شایسته سالاری
- ایجاد زیرساخت مناسب برای افزایش کیفیت ارائه خدمات و مدیریت هزینه

ماده ۴: بار مالی اجرای این دستورالعمل در بودجه تفصیلی بیمارستان از محل درآمدهای اختصاصی در سال مربوطه، پیش بینی می شود.

ماده ۵: این دستورالعمل از تاریخ ۱۳۹۸/۲/۱ لغایت ۱۳۹۸/۱۲/۲۹ به صورت آزمایشی اجرا می گردد. و بعد از بازنگری احتمالی و تصویب در هیأت رئیسه مؤسسه دائمی خواهد شد.

ماده ۶: اعضای هیأت علمی غیرپزشک از شمول این دستورالعمل مستثنی بوده و پرداخت به آنها، براساس دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیأت علمی شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می گیرد.

ماده ۷: در مواردی که نیروی انسانی از طرف شرکت‌ها و مؤسسات طرف قرارداد در مجتمع، ارائه خدمت می‌نمایند، قرارداد مربوطه متناسب با پرداخت عملکردی سایر کارکنان مشابه با رعایت قانون، تعدیل می‌شود و مطابق لیست تنظیمی مدیران واحد مجری (بخش محل فعالیت)، پرداخت لازم به شرکت جهت جبران خدمات نیروی انسانی شرکت صورت می‌گیرد.

تبصره: قرارداد شرکت با مجتمع باید به نحوی اصلاح گردد که شرکت متعهد شود که پرداخت عملکردی نیروی انسانی خود را در واحدهای مجری، همزمان و مطابق با سایر کارکنان و در چارچوب این دستورالعمل پرداخت نماید.

ماده ۸: در مواردی که بیمار در قالب زنجیره تأمین جهت دریافت خدمات به خارج از مجتمع ارجاع می‌گردد، درآمد مربوطه جزء درآمد ناخالص بخش یا مجتمع محسوب نمی‌گردد.

ماده ۹: بخش‌های تشخیصی، درمانی و واحدهای پشتیبانی که برون‌سپاری می‌شوند، از شمول این دستورالعمل مستثنی می‌باشند. بدیهی است بخش‌هایی که درون‌سپاری شده‌اند، از مزایای این دستورالعمل بهره‌مند می‌گردند.

فصل سوم: ساختار اجرایی دستورالعمل

ماده ۱۰: مسئول اجرای این دستورالعمل در بیمارستان، «تیم مدیریت اجرایی مجتمع» بر اساس محور مدیریت و رهبری استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران می‌باشد.

ماده ۱۱: وظایف تیم مدیریت اجرایی مجتمع در خصوص این دستورالعمل به شرح ذیل می‌باشد:

(۱) نظارت عالی بر حسن اجرای مفاد دستورالعمل

(۲) بررسی و پیشنهاد بازنگری دستورالعمل در صورت نیاز به مراجع ذی صلاح

(۳) بررسی و تصمیم‌گیری در مورد پیشنهادات ارائه شده توسط تیم مدیریت اجرایی مجتمع

(۴) ابلاغ مصوبات

(۵) نظارت کلی بر فرایند ارزشیابی عملکرد اعضای هیأت علمی، پزشکان غیرهیأت علمی و کارکنان غیرپزشک بیمارستان‌ها.

- ۶) بررسی و تصویب گزارش اجرای این دستورالعمل و ارسال آن به مراجع ذیربط در صورت نیاز
- ۷) بررسی و تصویب گزارش سالانه عملکرد تیم مدیریت اجرایی در خصوص دستورالعمل و ارسال آن به مراجع ذیربط در صورت نیاز
- ۸) پاسخگویی به سؤالات و ابهامات احتمالی مجتمع در زمینه اجرای دستورالعمل
- ۹) بررسی و نظارت بر تراز مالی بخش‌ها و بیمارستان‌های تابعه مؤسسه
- تبصره ۱: تیم مدیریت اجرایی به صورت مستمر موضوع پرداخت عملکردی را مورد بررسی قرار می‌دهد.
- تبصره ۲: مصوبات تیم مدیریت اجرایی در خصوص پرداخت عملکردی با رأی اکثریت (نصف به اضافه یک اعضا)، لازم الاجرا می‌باشد.

فصل چهارم: مدیریت و پرداخت عملکردی به پرستاران^۱

- ماده ۱۲: فعالیت‌های پرستاران در بخش‌ها در چهار گروه به شرح زیر در نظر گرفته می‌شود:
- گروه اول: این گروه شامل خدماتی می‌باشد که پرستار به صورت مشترک به همه بیماران بستری در بخش ارائه می‌دهد. در این گروه خدماتی مد نظر بوده است که حداقل ۸۰ درصد بیماران در بخش، خدمات مربوطه را دریافت می‌کنند. این قسمت همان مراقبت‌های عمومی بخش می‌باشد. (مراقبت‌های عمومی)
 - گروه دوم: این گروه شامل خدماتی می‌باشد که دارای تعرفه (کد ارزش نسبی) هستند و در بخش توسط پرستار ارائه شده و در قسمت مراقبت‌های عمومی محاسبه نشده‌اند. (خدمات دارای ارزش نسبی)

^۱ با توجه به اینکه حوزه پرستاری در حالت ایده‌آل باید شامل تعرفه‌گذاری پرستاری باشد و با توجه به اینکه قبلاً یک پیش‌نویس برای موضوع توزیع کارانه پرستاری نوشته شده بود در پیوست آیین‌نامه پیشنهادی برای توزیع کارانه پرستاری مبتنی بر تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری ارائه شده است.

- گروه سوم: گروه سوم شامل خدماتی می شود که پرستار آنها را به بیمار در بخش ارائه می دهد ولی در حجم مراقبت های عمومی و خدمات دارای تعرفه دیده نشده است و به صورت غیر مستقیم از HIS قابل استخراج است. (خدمات فرعی)
- گروه چهارم: گروه چهارم مربوط به حالتی می باشد که پرستار باید در بخش حضور داشته باشد هر چند بیمار به اندازه کافی برای او وجود نداشته باشد (خدمت حاکمیتی). حجم خدمات حاکمیتی به صورت زیر محاسبه می گردد:

جدول ۱: جدول محاسبه حجم خدمات حاکمیتی

آیتم	علامت
تعداد بیمار بخش در شیفت مورد نظر	L1
حجم مراقبت عمومی و اختصاصی (میانگین بخش) برای هر بیمار (دقیقه)	L2
تعداد پرستار حاضر در بخش	L3
حجم زمانی برای وضعیت حاکمیتی برای هر پرستار در شیفت صبح یا عصر	L4
$L4 = (((360/L2) * L3) - L1) * L2 / L3$ عدد ۳۶۰ برای شیفت صبح و عصر استفاده شود و در شیفت شب عدد ۷۲۰ وارد خواهد شد.	

- تبصره ۱: سرپرستار یا مسئول شیفت ابتدای شروع شیفت پرستاران را به بیماران تخصیص می دهد .
- تبصره ۲: برای اتاق عمل ها و بخش هایی که به یک بیمار بیش از یک نفر منتسب می گردد نیز این مدل استفاده خواهد شد. تقسیم زمان ها بین افراد درگیر در یک عمل یا مراقبت از یک بیمار خاص بر اساس نظر شورای عالی پرستاری مجتمع تعیین خواهد شد. پیش فرض در این تقسیم بندی مشارکت برابر خواهد بود.
- ماده ۱۳: هر بیمار در هر شیفت یک ضریب سختی خدمت دارد که از ۸۰ تا ۱۲۰ درصد متغیر است. این ضریب بر اساس حجم مراقبت عمومی با توجه به شرایط بیمار در بخش و به تشخیص سرپرستار یا مسئول شیفت تعیین می گردد. پیش فرض ۱۰۰ وارد شده است .
- ماده ۱۴: هر بیمار در هر شیفت یک ضریب کیفیت خدمت دارد که از ۷۰ تا ۱۱۰ درصد متغیر است. این ضریب بر اساس کیفیت ارائه خدمت تعیین میگردد، پیش فرض ۱۰۰ وارد شده است.

ماده ۱۵: نحوه محاسبه امتیازات پرستار:

الف: کل کارکرد خام پرستار پایان ماه

کل کارکرد خام پرستار پایان ماه = حجم مراقبت عمومی + خدماتی که دارای ارزش نسبی بودند + خدمات فرعی + حجم خدمات حاکمیتی

ب: در رابطه مربوط به کل کارکرد خام پرستار در پایان ماه ضریب سختی و ضریب کیفیت خدمت برای هر بیمار نیز محاسبه می گردد.

$\times$ کل کارکرد منهای زمان موظف با احتساب بهره وری = زمان غیر موظف تعدیل شده

ضریب ساعات غیر موظف

$\times$ ضریب شغلی $\times$ ضریب تحصیلات $\times$ زمان موظف و غیر موظف تعدیل شده = امتیاز فرد

ضریب کیفی بخش $\times$ ضریب سختی بخش $\times$ ضریب تجربه

ج: سهم پرستار از کل مبلغ توزیعی برای پرستاران

برای محاسبه سهم هر پرستار از کل مبلغ توزیعی برای پرستاران امتیاز فرد (پرستار مربوطه) تقسیم بر کل امتیازات برای همه پرستاران خواهد شد. نسبت بدست آمده در کل مبلغ قابل توزیع برای پرستاران در آن ماه ضرب خواهد شد و مبلغ بدست آمده پرداخت عملکردی پرستار در آن ماه خواهد بود که بعد از کسر کسورات قانونی قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۶: زمان موظف و غیر موظف تعدیل شده

✓ برای محاسبه زمان موظف و غیر موظف تعدیل شده، ضریب حضور در ساعات موظف برابر (۱) و ضریب حضور در ساعات غیرموظف برابر با یک ضریب بین ۱ تا ۳ بر اساس مصوبه تیم مدیریت اجرایی در نظر گرفته شده است:

(محاسبات آنکال) + ۱ $\times$ ساعات حضور موظف = امتیاز حضور در ساعات موظف

ضریب (بین ۱ تا ۳) $\times$ ساعات حضور غیرموظف = امتیاز حضور در ساعات غیرموظف

تبصره ۱: ملاک محاسبه امتیاز حضور در ساعات موظف و غیرموظف برای کارکنان شاغل در بخش‌های تشخیصی درمانی، قوانین و مقررات مربوطه می باشد. به عنوان مثال، برای کارکنان گروه پرستاری و مامایی که در بالین فعالیت می کنند، امتیاز حضور براساس قانون ارتقاء بهره‌وری محاسبه می گردد.

تبصره ۲: امتیاز حضور برای کارکنانی که از سایر واحدهای تابعه و یا سایر بیمارستان‌های غیرتابعه مؤسسه، در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه وابسته به صورت اضافه کاری فعالیت می کنند، در صورت تکمیل ساعات موظفی در مبدأ کل، زمان حضور (براساس تایمکس)، به صورت غیرموظف در نظر گرفته می شود.

تبصره ۳: به ازای هر ۴ ساعت آنکالی، یک تا دو امتیاز بر اساس نوع کار و مصوبه تیم مدیریت اجرایی بیمارستان به امتیاز حضور کارکنان در ساعات موظف، اضافه می گردد. روزها و ساعات آنکالی در هر بخش/واحد به پیشنهاد مدیران واحد مجری به تأیید هیأت می رسد.

ماده ۱۷: امتیاز شغل و مدرک تحصیلی

الف: امتیاز نوع شغل براساس «امتیاز شغل» و «امتیاز مدرک تحصیلی» به روش ذیل، محاسبه می گردد:

امتیاز مدرک تحصیلی $\times$ امتیاز شغل = امتیاز نوع شغل

ب: امتیاز شغل برای پرستاران برابر با ۴.۵ برای بهیار ۳.۷ و کمک بهیار برابر با ۳.۲ می باشد. ضرایب شغل برای دیگر سمت ها نظیر پمپیست، تکنسین اتاق عمل / بیهوشی، پرتوکار، کاردان اتاق عمل/بیهوشی، کارکنان بخش، کارشناس اتاق عمل / بیهوشی برابر با ۴.۵ می باشد.

ج: ضرایب مدرک تحصیلی به صورت جدول زیر می باشد:

جدول ۲: ضریب مدرک تحصیلی

ردیف	مدرک تحصیلی	ضریب تحصیلات
۱	کمتر از دیپلم	۱
۲	دیپلم	۱.۱۵
۳	کاردان	۱.۳
۴	کارشناس	۱.۴۵
۵	کارشناس ارشد	۱.۶

ردیف	مدرک تحصیلی	ضریب تحصیلات
۶	پزشک عمومی، دندانپزشک عمومی و داروساز	۱.۷۵
۷	دکترای تخصصی-غیر پزشکی	۱.۹
۸	متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ	۱.۹

ماده ۱۸: امتیاز تجربه: به ازای هر سال به میزان ۰.۱۱۵ افزایش می باشد. ضریب تجربه برای فرد با سابقه ۰ سال برابر با ۱ می باشد.

فصل پنجم: مدیریت و پرداخت عملکردی به رده های مختلف مدیریتی

ماده ۱۹: تعیین مبلغ پرداختی به رده های مختلف مدیریتی در سطح مجتمع از طریق رتبه بندی بر اساس هزینه فرصت و با روش توافق سنجی روی رتبه های مربوط به هر رده مدیریتی و به تفکیک بخش ها انجام می شود. بر این اساس مراحل زیر برای تعیین کارانه مدیریتی برای هر رده مدیریتی و به تفکیک بخش ها طی خواهد شد:

- مرحله اول: لیست کلیه رده های مدیریتی مجتمع و به تفکیک بخش ها تعیین می شود.
- مرحله دوم: در تیم مدیریتی اجرایی مجتمع، لیست حاصل از مرحله اول بررسی و روی پایین ترین رده مدیریتی - بخش و کارانه وی برحسب ساعت توافق می گردد.
- مرحله سوم: هریک از اعضای تیم مدیریتی اجرایی نسبت به ارائه یک ضریب (برحسب ساعت) برای کلیه رده ها و به تفکیک بخش ها اقدام می کنند. در این خصوص پیشنهادات رئیس و معاونین بیمارستان امتیاز ۴، مدیران ۳ و سایر افراد یک امتیاز خواهند داشت.
- مرحله چهارم: این ضرایب در یک فایل جمع بندی و مورد توافق قرار خواهند گرفت.
- مرحله پنجم: بعد از توافق اولیه روی ضرایب، لیست کلیه بخش ها به همراه ضرایب برای کلیه رده های مختلف مدیریتی ارسال خواهد شد تا نظرات خود را اعلام نمایند. قبل از ارسال برای کلیه مسئولین در یک جلسه حضوری، کلیه افراد در رده های مختلف مدیریتی توجیه خواهند شد.

مرحله ششم: ضرایب پیشنهادی کلیه افراد در یک فایل جمع بندی و در تیم مدیریت اجرایی بررسی و نهایی خواهد شد.

مرحله هفتم: براساس ضرایب تائید شده برای هر بخش/واحد یک ضریب تا سقف ۸۰ درصد آن رده مدیریتی در صورت نیاز و تصویب تیم مدیریت اجرایی برای جانشین در نظر گرفته می شود. مرحله هشتم: لیست نهایی شده و ضرایب مربوطه به اطلاع کلیه رده های مدیریتی رسانده خواهد شد.

تبصره: ضرایب صرفا با مصوبه تیم مدیریت اجرایی مجتمع قابل ویرایش خواهد بود. ماده ۲۰: پرداخت کارانه به رده های مختلف مدیریتی در هر بخش دارای یک ضریب کیفیت بین ۷۵ تا ۱۱۰ خواهد بود که به پیشنهاد یکی از مدیران یا معاونین و تائید تیم مدیریت اجرایی اعمال خواهد شد.

فصل ششم: مدیریت و پرداخت عملکردی به کارکنان واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک

ماده ۲۱: نحوه محاسبه پرداخت عملکردی به کارکنان واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک: نحوه محاسبه پرداخت عملکردی به کارکنان واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیکی به یکی از دو صورت زیر که براساس درخواست مسئول واحد یا تشخیص تیم مدیریتی اجرایی و به شرط وجود زیرساخت های لازم صورت خواهد پذیرفت:

الف: روش اول: پرداخت بر اساس تفاهم نامه گلوبال: در این روش کل حجم کاری واحد براساس روش های علمی مطالعه کار و زمان بررسی و حداکثر با سقفی معادل ۷۰ تا ۹۰ درصد متوسط پرداخت مبتنی بر عملکرد یک سال گذشته واحد مربوطه از تاریخ شروع اجرای دستورالعمل کارکنان واحد مربوطه تفاهم نامه منعقد خواهد شد. این تفاهم نامه بین رئیس بیمارستان و مسئول واحد مربوطه و با پاراف مسئولان میانی در سلسله مراتب مدیریتی آن واحد منعقد خواهد شد. در صورت وجود تغییراتی در تعداد کارکنان در ماه های نزدیک به شروع اجرای دستورالعمل تعدیل لازم با مصوبه تیم مدیریت اجرایی مرکز ایجاد خواهد شد.

ب: روش دوم: پرداخت براساس خدمت: در این روش نیز ابتدا فعالیت های واحد براساس خدمت یا خدمات قلیل انجام در واحد با یک روش علمی در قالب مطالعه کار و زمان بررسی خواهد شد. در مرحله بعد فعالیت های کارکنان در قالب خدماتی تعریف خواهد شد که حجم کاری کارمند را در طول یک ماه پوشش دهد، این خدمات باید قابل سنجش باشد. برای استقرار این روش بعد از بررسی خدمات در واحد مربوطه، نتیجه در تیم مدیریت اجرایی بیمارستان مطرح و در صورت تصویب اجرا خواهد شد. در این روش نیز حداکثر مبلغ کارانه به آن بخش/واحد معادل ۷۰ تا ۹۰ درصد متوسط ماهانه پرداخت مبتنی بر عملکرد در طول یکسال گذشته می باشد. در صورت تغییرات در حجم خدمات یا تعداد کارکنان با مصوبه تیم مدیریت اجرایی این مبلغ تعدیل خواهد شد.

تبصره ۱: عملکرد نیروهای خدماتی، مأمور و کمک بهیار با روش گلوبال یا بر اساس خدمت در بخش ها تعیین خواهد شد. ترجیحا بهتر است تا حد امکان به صورت مستمر مدل مبتنی بر عملکرد اجرایی گردد. به عبارت دیگر اگر می توان برای پرسنل کمک بهیاری همانند پرستاران عملکرد ایشان با خدمات به بیماران ارزیابی گردد، این کار مناسب تر خواهد بود.

تبصره ۲: انتخاب ضریب بین ۷۰ تا ۹۰ درصد در تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و با توجه به میزان کسری بودجه بیمارستان تعیین می گردد.

فصل هفتم: درجه سختی و کیفیت مراقبت بخش

ماده ۲۲: درجه سختی بخش ها با توجه به این دستورالعمل صرفا برای بخش های بالینی معنی پیدا خواهد کرد، و بر اساس هزینه فرصت و با روشی مشابه که برای تعیین کارانه رده های مختلف مدیریت-بخشی انجام خواهد شد، تعیین می گردد.

تبصره: درجه سختی مراقبت بخش، ثابت بوده و صرفا با مصوبه تیم مدیریت اجرایی قابل ویرایش خواهد بود.

ماده ۲۳: ضریب کیفی عملکرد بخش، ضریبی بین ۰/۸ تا ۱/۱ می باشد که هر سه ماه یک بار و با بر اساس عملکرد بخش بر اساس استاندارد های ملی اعتبار بخشی بیمارستان ها و توسط دفتر بهبود کیفیت تعیین و اعلام خواهد شد. این ضریب برای کلیه بخش ها/واحدها محاسبه و اعمال خواهد شد. تبصره: ضریب کیفی بخش ها به صورتی باید وارد گردد که در هر حالت مجموع تفاضل ضرایب از یک برابر با صفر گردد.

فصل هشتم: درآمد قابل توزیع در بیمارستان

ماده ۲۴: درآمد قابل توزیع در بیمارستان:

درآمد قابل توزیع در بیمارستان به کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان و سهم مدیریت از مجموع سقف اضافه کاری بیمارستان به علاوه ی ۹۰٪ از ۲۷.۵٪ از مجموع خالص کارکرد جزء حرفه ای پزشکان از محل جزء حرفه ای ارزش نسبی خدمات سلامت و درآمد حاصل از ویزیت سرپایی به علاوه ی درآمد برون سپاری در نظر گرفته می شود.

تبصره ۱: در صورتیکه کل جزء حرفه ای بنا به تعدیلات ضرایبی به پزشک پرداخت نمی شود، مابه التفاوت جزء حرفه ای قبل و بعد از ضرایب، ملاک سقف پرداخت به کارکنان غیرپزشک قرار خواهد گرفت. تبصره ۲: در پایان هر ماه، در صورتی که مجموع پرداخت عملکردی کارکنان غیرپزشک از مجموع سقف ریالی اعتبار اضافه کاری ماهیانه قبلی آن بیمارستان و ۲۴.۷۵٪ کارکرد پزشکان از محل جزء حرفه ای ارزش نسبی خدمات سلامت و درآمد حاصل از ویزیت سرپایی بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ سهم هر یک از کارکنان کسر می گردد.

تبصره ۳: سقف ریالی اعتبار اضافه کاری مجتمع، براساس میانگین ماهیانه هزینه اضافه کاری کل مجتمع (میانگین اردیبهشت تا بهمن سال ۱۳۹۷) محاسبه می گردد. این مبلغ از ساعات اضافه کاری افراد در ارزش هر ساعت اضافه کاری ایشان تعیین می شود. با اجرای این دستورالعمل، در صورتی که این مبلغ از منابع عمومی تأمین می گردیده است، کمافی السابق مبلغ مربوطه پرداخت خواهد شد. در خصوص گروه

پرستاران این رقم می تواند از محاسبه کل کارکرد خام پرستار در پایان ماه برای کل پرستاران بر اساس رابطه درج شده در ماده ۲۷ محاسبه گردد.

ماده ۲۵: در صورتی که بخش جدیدی در بیمارستان بهره برداری گردد، بر اساس روش مشابه در سایر بخش ها و با تصویب موضوع در تیم مدیریت اجرایی اقدام خواهد شد.

ماده ۲۶: پرداخت عملکردی کارکنان، در فیش پرداختی تحت همین عنوان درج خواهد شد.

ماده ۲۷: مبلغ کل پرداختی به کارکنان پرستاری برای جبران ساعات اضافه کاری و کارانه معادل ۱.۴ تا ۱.۶ برابر رابطه زیر برای کل پرستاران در همان ماه می باشد.

کل کارکرد خام پرستار پایان ماه = حجم مراقبت عمومی) + خدماتی که دارای ارزش نسبی بودند + خدمات فرعی + (حجم خدمات حاکمیتی × مآخذ اضافه کاری فرد × {ضریب کیفی بخش × ضریب سختی بخش تبصره ۱: انتخاب ضریب بین ۱.۴ تا ۱.۶ در تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و با توجه به میزان کسری بودجه بیمارستان تعیین می گردد.

فصل نهم: سهم مدیریت

ماده ۲۸: حداکثر تا نیم درصد از درآمد مبنای بیمارستان، از کل درآمد قابل توزیع کسر و جهت هزینه کرد در موارد ذیل در اختیار تیم مدیریت اجرایی قرار می گیرد، تا براساس شیوه نامه ای که به تصویب تیم مدیریت اجرایی می رسد، به ترتیب اولویت در سرفصل های زیر هزینه گردد:

- ترمیم پرداختی کارکنان بخش های تشخیصی و درمانی .
- ترمیم پرداخت عملکردی کارکنان غیرپزشک بخش /واحد های بیمارستان.
- ارتقاء امور رفاهی کارکنان.
- پرداخت تشویقی به کارکنانی که عملکرد برجسته آن ها در بهبود عملکرد بیمارستان، تأثیرگذار بوده است.
- حق مسئول فنی بیمارستان.

تبصره: پرداخت از محل سهم مدیریت به رئیس بیمارستان به جز مسئول فنی (به عنوان حق مسئولیت فنی) مجاز نمی باشد.

ماده ۲۹: درآمد مبنا در سطح بیمارستان به روش زیر محاسبه می شود:

$$HBI = HGI - (HD + HMI)$$

- HBI (Hospital Base Income): درآمد مبنای بیمارستان
- HGI (Hospital Gross Income): درآمد ناخالص بیمارستان
- HD (Hospital Deductions): کسورات کل بیمارستان
- HMI (Hospital Medicine Income): درآمد حاصل از فروش دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان

فصل دهم: پاداش عملکرد سالانه

ماده ۳۰: درصدی از مابه التفاوت تراز مالی بیمارستان، در صورت احراز مجموع شرایط ذیل، به عنوان پاداش سالانه، به پیشنهاد رئیس مجتمع و با تأیید هیأت رئیسه مؤسسه به عنوان پرداخت عملکردی، میان مدیران و مسئولین هر بیمارستان توزیع می گردد:

۱. مثبت بودن تراز مالی بیمارستان (با در نظر گرفتن درآمد کل و هزینه کل بیمارستان).

۲. بهبود یا عدم کاهش در درجه اعتبار بخشی بیمارستان.

۳. افزایش میزان رضایت مندی بیماران.

ماده ۳۱: کلیه افراد در رده های مختلف مدیریتی مشمول پرداخت پاداش موضوع ماده ۳۳ این دستورالعمل خواهند بود.

فصل یازدهم: سایر مقررات مربوطه

ماده ۳۲: با تصویب این دستورالعمل کلیه بخشنامه ها، آیین نامه ها و دستورالعمل های مغایر با آن کان لم یکن تلقی می گردند.

ماده ۳۳: این دستورالعمل در ۳۳ ماده و ۱۷ تبصره در سال ۱۳۹۷ مورد تصویب هیأت امنای دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت.

فصل ۳

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

- شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
- نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

۳-۱) شناسایی دینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی دینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با دینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان طور که در فصل یک بیان شد دینفعان یک پروژه علاوه بر دینفعان کلیدی که وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده ی دیگر از دینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از دینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می باشند. این گروه که همانطور که در فصل اول نشان داده شده است دینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می گیرند و می بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد. گروه دیگر دینفعان افرادی هستند که در منطقه دو قرار گرفته اند. این دینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از دینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائما دینفعانی که در این منطقه قرار می گیرند را راضی نگه دارد.

بر این اساس می بایست متناسب با نوع دینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد. در این راستا در این پروژه علاوه بر برگزاری جلسات متعدد حضوری با دینفعان در منطقه های مختلف و اطلاع رسانی به ایشان از روند کار و پیشرفت پروژه، با ارسال نامه های رسمی، فایل های آموزشی، پمفلت، تشکیل گروه در فضاهای مجازی و ... نیز به افراد آموزش و اطلاع رسانی می گردید.

به عنوان مثال نمونه ای نامه های ارسالی و پمفلت مربوطه در ذیل آورده میشود:

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

شماره: 95/369680
تاریخ:
پیوست:



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

مدیر محترم پرستاری دانشگاه
مدیر محترم توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه
رئیس محترم گروه برنامه ریزی و تشکیلات مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه
معاون محترم درمان مرکز
مدیر محترم خدمات پرستاری مرکز

با سلام و احترام

با توجه به برنامه ریزی صورت گرفته برای پیاده سازی نظام شیفت مراقبت (بر اساس مدل های مطالعه کار و زمان) در بیمارستان امام رضا (ع) و با نظر به اهمیت این موضوع در تحقق مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان به ویژه کادر زحمتکش پرستاری خواهشمند است برای بررسی مدل طراحی شده در جلسه ای که به همین منظور در مرکز برگزار می شود حضور به هم رسانید. 4894765

زمان : پنج شنبه 11 شهریور ماه ساعت 8 صبح
مکان : بیمارستان امام رضا(ع) ساختمان اداری اتاق معاون توسعه مدیریت و منابع مرکز

شکل ۴. مکاتبه با معاونین و مدیران دانشگاه در مورد پیاده سازی نرم افزار

شماره: 95/379331
تاریخ:
تعداد پیوست:



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

قائم مقام محترم رئیس دانشگاه

با سلام و احترام

پیرو جلسه مورخه 15/17 شورای سیاستگذاری دانشگاه و تکلیف جنابعالی در خصوص پایلوت مدل شیفت مراقبت در این مرکز (طراحی شده بر اساس مطالعه کار و زمان) و با نظر به اهمیت این موضوع در تحقق مدیریت پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان به ویژه کادر زحمتکش پرستاری، به اطلاع میرساند جلساتی در این خصوص با حوزه فن آوری اطلاعات دانشگاه و نیز حوزه پرستاری دانشگاه برگزار گردیده و فرآیند اجرای کار آغاز شده است .
ضمن تشکر از حوزه های مربوطه که در این زمینه همکاری لازم را داشته اند، خواهشمند است دستور و مساعدت های لازم را در خصوص موارد زیر مبذول فرمایید:
1- مساعدت در خصوص تصویب موضوع در کارگروه توزیع درآمدهای اختصاصی دانشگاه و بازخورد موضوع به معاونت درمان وزارت بهداشت و اخذ مجوزهای احتمالی لازم.
2- ادامه همکاری مدیریت محترم آمار و فن آوری اطلاعات دانشگاه، مدیریت محترم پرستاری دانشگاه، مدیریت محترم توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه و مدیریت محترم اقتصاد درمان دانشگاه در خصوص ایجاد تغییرات لازم در HIS و پیاده سازی مدل طراحی شده. د 4863812

شکل ۵. مکاتبه با قائم مقام رئیس دانشگاه در مورد مساعدت واحدهای مرتبط با اجرای نرم افزار

شماره:
تاریخ:
پیوست:
تدارد



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

بسمه تعالی

مشاور محترم اجرایی مرکز

با سلام و احترام

با نظر به توانمندی و مشارکت جنابعالی در خصوص طراحی و اصلاح فرآیندهای اساسی بیمارستان به موجب این ابلاغ به عنوان مدیر پروژه های ذیل تعیین می گردید :

- پروژه استقرار فرآیند ترخیص
- پروژه استقرار فرآیند درخواست و تأمین کالا از سطح بخش ها
- پروژه استقرار مدیریت مبتنی بر عملکرد (PBM) در حوزه پرستاری و سایر

بخش ها و واحدهای بیمارستان

در این خصوص کلیه واحدهای بیمارستان به ویژه واحدهای حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع به صورت مستقیم در ارتباط با این پروژه ها مسئول و پاسخگو خواهند بود.

5975201

شکل ۶. ابلاغ مشاور اجرایی بیمارستان به عنوان مدیر پروژه

شماره:
تاریخ:
پیوست:
تدارد



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

بسمه تعالی

دبیر محترم کارگروه توزیع درآمدهای اختصاصی دانشگاه

با سلام و احترام

پیرو جلسه حضوری با جنابعالی در خصوص طراحی و پیاده سازی مدل شیفت مراقبت در این مرکز (بر اساس مطالعه کار و زمان) و با نظر به اهمیت این موضوع در تحقق مدیریت پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان به ویژه کادر زحمتکش پرستاری، خواهشمند است پیرو حمایت های جنابعالی و تأکید معاون محترم درمان دانشگاه بر اجرای طرح مذکور دستور و مساعدت های لازم را در خصوص موارد زیر مبذول فرمایید:

- 1- مساعدت در خصوص تصویب موضوع در کارگروه توزیع درآمدهای اختصاصی دانشگاه یا بازخورد موضوع به حوزه های مربوطه در سطح وزارت بهداشت.
- 2- همکاری مدیریت محترم آمار و فن آوری اطلاعات دانشگاه در خصوص ایجاد تغییرات لازم در HIS برای اجرای مدل.
- 3- همکاری مدیریت محترم پرستاری دانشگاه برای ارائه نظرات مشاوره ای در مسیر طراحی و اجرای مدل.
- 4- همکاری مدیریت محترم اقتصاد درمان دانشگاه برای ارائه نظرات مشاوره ای و برقراری ارتباط نتایج مدل با پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان.

4836201

شکل ۷. مکاتبه با دبیر کارگروه توزیع در آمد جهت مساعدت مدیریت های مربوطه

شماره: ۹۸/۴۸۴۴۴۹
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۷
پیوست:
دارد



مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

سرپرست محترم معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً پیرو برنامه های ستاد وزارت بهداشت در خصوص ضرورت اصلاح روش فعلی محاسبه کارانه کارکنان غیر پزشک در بیمارستان های دولتی موضوع بخشنامه شماره ۱۵۲۵/۱۰۰ و اصلاحیه های بعدی آن، به استحضار می رساند موضوع مربوطه در سطح مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهود به صورت ویژه مورد بررسی قرار گرفته و مطالعات و بررسی های مختلفی در خصوص وجوه تنوریک و اجرایی دستورالعمل مربوطه انجام شده است. دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان ها (اقاصدک) دارای نقاط قوت و ضعف هایی بوده که مهمترین آنها به شرح زیر بوده است:

مهمترین نقاط قوت:

- منظم شدن نحوه محاسبه ساعات حضور هر یک از کارکنان به ویژه در حوزه اضافه کارها در یک نرم افزار واحد
- ایجاد امکان تخصیص دقیق کارکرد افراد به مراکز فعالیت/هزینه بیمارستان ها
- امکان تاثیرگذاری سطح تحصیلات، نوع شغل، تجربه و سختی بخش ها در پرداختی به افراد
- کمک به تفکیک درآمدهای بخش ها به ویژه درآمدهای مستقیم و غیر مستقیم هر بخش

مهمترین نقاط ضعف:

- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی متأسفانه مبتنی بر عملکرد نبوده و صرفاً مبتنی بر حضور می باشد و فاقد شاخصه های موثر عملکرد است. درآمد بخش برای کارکنان غیر پزشک معیار عملکرد مناسبی نمی باشد.
- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی فاقد شفافیت لازم جهت توجیه تفاوت بین افراد و بین بخش ها می باشد و این منبع اصلی نارضایتی می باشد. این نارضایتی روحیه کار تیمی را تضعیف و در نهایت باعث کاهش بهره وری منابع شده است.
- در برخی حوزه ها مانند پرستاری امکان شناسایی خدمات ارائه شده پیش بینی نشده است.
- شاخص یا روال مشخص و کاربردی جهت ارزیابی عملکرد کارکنان و بخش ها/واحدها در روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی معرفی نشده است.
- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی فاقد زمینه و پتانسیل توسعه عملکرد می باشد.

با نظر به این نقاط ضعف و با لحاظ نقاط قوت دستورالعمل فعلی، مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) با همکاری حوزه های مرتبط در ستاد دانشگاه و سایر ذینفعان به روش دست یافته است که دارای پشتوانه علمی و اجرایی مناسب بوده و تطبیق بیشتری با شاخصه های واقعی عملکرد دارد. در این راستا از حدود ۲۰ بیمارستان مطرح در استان های مختلف کشور بازدید به عمل آمد و از تجربیات و دانش بیش از ۲۵ نفر متخصص در حوزه های مدیریت منابع انسانی، فناوری اطلاعات و مدیریت و اقتصاد بیمارستانی استفاده شد. در بررسی های میدانی در بخش های مختلف بیمارستان نیز حدود سه سال موضوع از طریق روش های مطالعه کار و زمان با بیش از چند هزار ساعت کار کارشناسی مورد بررسی و پیگیری قرار گرفت. در این روش که با "دستورالعمل مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک" یا PBM معرفی شده است موارد زیر را در نظر گرفته است:

آدرس: مشهد- خیابان ابن سینا- میدان امام رضا- مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)
تلفن: ۸۵۹۳۰۳۱-۴۰
صفحه الکترونیکی:

<http://www.mums.ac.ir/emamreza>

شکل ۸. مکاتبه با معاون توسعه دانشگاه در مورد دستورالعمل مرتبط با پروژه (صفحه اول)



تجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

شماره: ۹۸/۴۸۴۴۴۹
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۷
پیوست:
دارد

- در حوزه کارکنان پرستاری PBM با شفافیت بیشتری عملکرد و سهم پرداختی هر فرد را نشان می دهد و اجرای آن به صورت منطقی زیرساختهای تعرفه گذاری خدمات پرستاری را نیز ایجاد می کند.
 - در PBM محاسبه عملکرد و پرداخت به بخش ها و واحدهای پشتیبان و پاراکلینیک به صورت درون سپاری و از طریق تفاهم نامه انجام می شود. در این خصوص مبلغی بر اساس کارسنجی واحد مربوطه به عنوان سهم واحد تعیین و بین پرسنل آن واحد بر اساس میزان فعالیت ایشان توزیع می گردد.
 - در PBM پرداختی های هر فرد در هر بخش فارغ از درآمد آن بخش محاسبه می گردد. به عبارت دیگر این پرداختی ها به صورت نسبی از کل درآمد قابل توزیع می باشد و سهم از درآمد بخش حذف گردید.
 - همچنان ضریب تجربه، تحصیلات، شغل و کیفیت انجام کار و ضریب سختی بخش در محاسبات PBM وارد می گردد. تعیین ضریب سختی در اختیار تیم مدیریتی بیمارستان بوده و برای ایجاد تعادل بین بخش ها و مدیریت تخصیص منابع انسانی مورد استفاده قرار گیرد.
 - اختیار بیمارستان در تشویق بخش ها و واحدها و افراد موثر و کارآمد با رعایت سقف توزیعی درآمد در PBM شفاف تر شده است.
 - تعیین کارانه کلیه رده های مدیریتی از رئیس و مدیر بیمارستان گرفته تا سرپرستان و مسئولین بخش ها و واحدها بر اساس هزینه فرصت فعالیت ایشان در بخش مربوطه و از طریق مشارکت کلیه ذینفعان و با رعایت سقف توزیعی درآمد تعیین شده است.
- لازم به ذکر است این دستورالعمل در هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد بررسی قرار گرفت و اجرای پایلوت آن نیز مصوب شد. در پایان با نظر به اینکه احتمال موفقیت این دست پروژه ها زمانی که در سطح عملیات طراحی و با حمایت مدیران ارشد اجرایی می گردند بیشتر می باشد خواهشمند است دستورالعمل پیوست جهت بازخورد نقطه نظرات و بهره برداری در سایر بیمارستان ها مورد توجه قرار گیرد. ۷۴۱۰۴۷۸

رئیس مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

شکل ۹. مکاتبه با معاون توسعه دانشگاه در مورد دستورالعمل مرتبط با پروژه (صفحه دوم)

معاونت توسعه و منابع معاونت آموزش، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	معاونت توسعه و منابع معاونت آموزش، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)
--	--

مدیریت مبتنی بر عملکرد

ویژه: پرسنل بالینی

تلفن پاسخگو به سوالات شما: ۸۰۲۳۵۶۲
<http://www.mums.ac.ir/emamreza>
تهیه کننده: معاونت توسعه مدیریت و منابع
تأیید کننده: ریاست

روش سنجش عملکرد پرستاران:

بر این اساس فعالیت های پرستاران در بخش های بستری و تحت نظر در قالب چهار گروه به شرح زیر در محاسبه میگردد:

گروه اول (مراقبت های عمومی): این گروه شامل خدماتی می باشد که حداقل ۸۰ درصد بیماران در بخش مربوطه آنها را دریافت می کنند. (مانند دارودرمانی و کنترل و ثبت علائم حیاتی)

گروه دوم (خدمات دارای ارزش نسبی): این گروه شامل خدماتی می باشد که دارای تعرفه (کد در کتاب ارزش های نسبی) هستند و در بخش توسط پرستار ارائه می شوند و در قسمت مراقبت های عمومی محاسبه نشده اند. (مانند پانسمان، CPR، پالس اکسیمتر و ...)

گروه سوم (خدمات فرعی): گروه سوم شامل خدماتی می شود که پرستار آن ها را به بیمار در بخش ارائه می دهد ولی در حجم مراقبت های عمومی

و خدمات دارای تعرفه دیده نشده است و به صورت غیر مستقیم از HIS قابل استخراج است. (مانند آماده سازی بیمار برای انتقال به اتاق عمل یا دیالیز)

گروه چهارم (حاکمیتی): گروه چهارم مربوط به حالتی می باشد که مثلاً دو پرستار در بخش هستند و هر کدام می توانند تا ۶ بیمار مراقبت کنند اما تعداد بیمار ۹ نفر می باشد. در این حالت به صورت خودکار برای هر پرستار زمانی برابر با ۱.۵ برابر زمان متوسط برای مراقبت از هر بیمار در بخش مربوطه اضافه می گردد.

ضرایب سختی و کیفیت: از آنجا که برخی از بیماران در بخش ممکن است بیش از سایرین کار داشته باشند بنابراین برای هر بیمار در هر شیفت یک ضریب سختی برای مراقبت بین ۸۰ تا ۱۲۰ امکان انتخاب دارد. علاوه بر این یک ضریب کیفیت مراقبت بین ۷۰ تا ۱۱۰ توسط سرپرستار یا مسئول شیفت داده می شود.

هدف اصلی از اجرای PBM

هدف اصلی از اجرای برنامه PBM ایجاد یک مبنای سنجش عملکرد می باشد به گونه ای که هر پرستار دارای یک کارنامه در هر ماه باشد که موارد زیر را نشان دهد:

- در طول ماه مورد نظر از چند بیمار مراقبت کرده است. به عبارت دیگر چند شیفت بیمار مراقبت داشته است.
- چه خدماتی را برای بیماران تحت مراقبت انجام داده است.
- چه خدمات فرعی را برای بیماران تحت مراقبت انجام داده است و
- خدمات ارائه شده به بیماران تحت مراقبت را با چه کیفیتی انجام داده است.

چرا نیازمند این تغییر هستیم؟

- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی متاسفانه مبتنی بر عملکرد نیست.
- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی فاقد توجهی کافی برای تفاوت بین افراد می باشد. و این منبع اصلی نارضایتی می باشد.
- روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی فاقد توجهی کافی برای تفاوت بین بخش ها می باشد.
- پرستاران برای کار بیشتر و باکیفیت تر انگیزه ندارند.
- روش های کیس مند فعلی نیز در انتها مبتنی بر تایمیکس بوده و دارای ابهامات اجرایی بسیار زیادی می باشد.
- پکیج مراقبتی پرستار در بخش باید مبنای محاسبه عملکرد و پرداخت باشد.
- فعالیت پرستاری به عنوان حرفه ای محاسبه و در بررسی عملکرد ایشان مورد استفاده قرار گیرد.
- روش فعلی فاقد ارائه یک گزارش عملکرد شفاف به پرستاران می باشد.

مدیریت مبتنی بر عملکرد (PBM)

PBM سعی دارد عملکرد پرستاران را از طریق شناسایی خدمات حرفه ای ایشان استخراج کند. به عبارت دیگر نگاه بیمارستان به حوزه پرستاری از سنجش عملکرد پرستاران بر اساس حضور و تایمیکس صرف، به سمت خدمات حرفه ای پرستاران شبیه آن چیزی که در حوزه پزشکی وجود دارد تغییر می کند.

بنابراین PBM در فاز اول به دنبال افزایش پرداخت ها در کل بیمارستان نیست هر چند برای افرادی که بیشتر از نرم بخش مربوطه کار می کنند ممکن است دریافتی بیشتری را به عمل آورد. **با این حال PBM به صورت قطع تفاوت های بین عملکرد پرستاران را به روشنی نشان می دهد.**

شکل ۱۰. پمفلت روش مدیریت مبتنی بر عملکرد ویژه پرسنل

ذینفعان در منطقه یک، به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجه شوند. بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۵: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (ذینفعان قرار گرفته در منطقه

۱ و ۲) پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان

رویکرد	تکنیک	رئیس دانشگاه	معاون درمان دانشگاه	معاون توسعه دانشگاه	دبیرخانه هیات امنای دانشگاه	معاون آموزش و سلامت مجتمع	رئیس بیمارستان	مدیر پرستاری مجتمع	معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع	مدیر سایت پرستاری	مدیر پرستاری دانشگاه	حراست مجتمع
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع									✓		
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی											
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها											
	سخنرانی											
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

[illegible]

جدول ۶: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (ذینفعان قرار گرفته در منطقه

۳) پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان

رویکرد	تکنیک	مدیر پرستاری و زرات بهداشت	سوپروایزران	سرپرستاران	پرستاران و کارکنان	مسئول واحدها
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش کارکنان		✓	✓		
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی		✓	✓		
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها					
	سخنرانی					
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها		✓	✓		
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه ای					
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای					
	گروه های کانون					
	ارزیابی محیط کار	✓	✓	✓	✓	✓
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع					
	تربییون های دائمی					
	کمیته های مشورتی ذینفع					
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر		✓	✓		
گفتگو عمیق، دیالوگ	گردهمایی ذینفعان چندگانه	✓	✓	✓	✓	✓
	میزگردهای مشورتی					
	جلسات سیاستگذاری					
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت					
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک					
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع					
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع					
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع					

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان (شامل مدیریت مراقبت های پرستاری) در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

مدیر تغییر: با توجه به فراهم شدن زیر ساخت اولیه برنامه با مشارکت تیم پرستاری برنامه آماده اجرا به صورت پایلوت در چند بخش میباشد و نیاز به بررسی محیطی و اطلاع رسانی مشکلات مرتبط یا پیشنهادات جهت ارتقا را دارد.

مدیر پرستاری: با توجه به اینکه تعدادی از سرپرستاران بخش های مختلف از ابتدای برنامه ریزی این طرح همراه پروژه بوده اند پیشنهاد میشود برنامه در بخش های این همکاران پایلوت گردد تا نیاز به آموزش طولانی نداشته باشد.

سوپروایزر بخش های جراحی: من پیشنهاد میکنم برنامه در یکی از بخش هایی هم که در این برنامه مشارکت نداشته اند نیز پایلوت شود تا زمان نیاز به آموزش در سایر بخش ها به صورت تقریبی و آسان بودن یا نبودن استفاده از برنامه برای ایشان مشخص شود.

مدیر تغییر: پیشنهاد خوبی است، پنج بخش از بین بخش های مختلف بیمارستان به انتخاب تیم مدیریت پرستاری انتخاب و جهت اجرای برنامه معرفی گردد.

مدیر پرستاری: با توجه به اینکه اجرا کنندگان برنامه سرپرستاران و مسئولین شیفت ها میباشند یک نفر به عنوان مسئول آموزش اولیه به تیم هدف مشخص گردد تا در مواقع بروز مشکل یا ابهام پاسخگوی افراد نیز بوده و بتواند مشکلات برنامه و انتقادات و پیشنهادات این گروه را نیز جمع آوری نماید.

مدیر تغییر: با توجه به اینکه در این برنامه بیماران هر پرستار مشخص میباشد وضعیت عملکرد هر فرد، مقدار کار انجام شده در هر شیفت برای هر فرد و نوع اقدامات انجام شده و زمان صرف شده برای هر کار تعیین میشود و راندمان افراد قابل بررسی میباشد.

سرپرستار جراحی: با توجه به حجم بالای کار پرستاری و روند رو به افزایش مستندسازی، ثبت همه اقدامات در این سامانه امری زمان بر بوده و یا ثبت ها انجام نخواهد شد و یا پرستاران برای انجام مستندسازی در سامانه از بالین فاصله بیشتری خواهند گرفت.

مدیر تغییر: با توجه به اینکه این برنامه طوری طراحی شده است که بر پایه HIS می باشد نیاز به ثبت اقدامات انجام شده به صورت مجزا در این برنامه نمیباشد و کلیه اقدامات و مواردی که برای بیمار در سیستم HIS ثبت یا درخواست گردد به صورت

خودکار در این برنامه به پرستار منتصب می شود. تنها کاری که مسئول شیفت میبایست انجام دهد اختصاص بیماران به پرستاران شیفت جاری میباشد که مدت زمان بسیار کوتاهی زمان نیاز دارد.

سوپروایزر بخش های جراحی: برنامه بهتر است امکان وضعیت عملکرد هر فرد از نظر کیفیت کاری و سختی کار بیماران را نیز برای سرپرستاران داشته باشد تا در صورتی که غیر از کمیت کار، افراد دارای کیفیت کاری متفاوتی هستند قابل لحاظ کردن باشد. همچنین دسترسی به سوپروایزران داده شود تا بتوانند وضعیت نیروی انسانی حاضر هر بخش را مشاهده نمایند چون در حال حاضر این کار به صورت دستی و بسیار زمان بر میباشد و امکان راستی آزمایی ندارد.

مدیر پرستاری: با توجه به اینکه این برنامه با درخواست این مجتمع طراحی شده است اضافه کردن امکانات و گزارشات به راحتی انجام پذیر میباشد. لذا خواهش میکنم سوپروایزران و سرپرستارانی که بخش های آنها پایلوت میشود با مشارکت پرسنل بخش برنامه را بررسی و اجرا نمایند و پیشنهادات خود را برای گام های توسعه ای برنامه اعلام کنند.

مدیر تغییر: در صورت اجرای کامل این برنامه و ثبت کامل اقدامات انجام شده در سیستم HIS و گزارش گیری از این برنامه شما میتوانید در هر بخش یا در کل مجتمع در بازه زمانی های متفاوت نیروی های توانمند و خبره در انجام اقدامات مختلف را شناسایی نمایید چرا که افرادی که یک اقدامات را با تعداد دفعات بیشتر و با نمره عملکرد خوب در یک بخش انجام میدهند در انجام آن اقدام توانمندتر خواهند شد و بعد در سایر موارد نظیر آموزش و می توان از این افراد استفاده کرد.

مدیر پرستاری: ان شاءالله با پیشرفت این برنامه زمینه برای تعرفه گذاری پرستاری و حرفه ای شدن آن فراهم گردد.

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.

- شفافیت اهداف و برنامه‌های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می‌تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن‌ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن‌ها غیرممکن خواهد بود.
- در بیمارستان‌ها، مدیر پرستاری نقش بسیار مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت پروژه‌های مرتبط با پرستاری دارد. بر این اساس در پروژه فعلی توجه کامل مدیر پرستاری و سپس استفاده از ایشان برای حمایت طلبی برای اجرا در خصوص سوپروایزران، سرپرستاران و کادر پرستاری بسیار موثر خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به گروه سوپروایزران، سرپرستاران و پرستاران در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می‌باشد.

فصل ۴

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا
 - بررسی نیازهای نرم افزاری برای اجرای روش
 - طراحی فرآیند اجرایی برای حوزه پرستاری
 - انتخاب شرکت نرم افزاری
 - تحلیل سیستم
 - طراحی نرم افزار
 - پایلوت نرم افزار در چند بخش
 - اجرای برنامه در کل بخش های بیمارستان
 - طراحی و اجرای برنامه در اورژانس
 - توسعه برنامه در زمینه ثبت گزارش پرستاری و حذف دفاتر کاغذی
- نتایج و یافته های اجرای پروژه
- چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
- روش های بازخورد به ذینفعان

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان، در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- بررسی نیازهای نرم افزاری برای اجرای پروژه
- طراحی فرآیند اجرایی برای حوزه پرستاری
- انتخاب شرکت نرم افزاری
- تحلیل سیستم
- طراحی نرم افزار
- پایلوت نرم افزار در چند بخش
- آموزش نحوه استفاده از نرم افزار
- اجرای برنامه در کل بخش های بیمارستان شامل بخش های پشتیبانی
- توسعه نرم افزار جهت اجرای برنامه در اورژانس
- توسعه نرم افزار جهت گزارش آنلاین وضعیت نیروی انسانی بخش ها
- توسعه برنامه در زمینه ثبت گزارش پرستاری و حذف دفاتر کاغذی

۴-۱-۱) بررسی نیازهای نرم افزاری برای اجرای پروژه

در این مرحله به جهت تفاوت در ماهیت عملکردی واحدهای پشتیبانی و پرستاری دو کارگروه برای بررسی نیازهای نرم افزاری پروژه تشکیل شد. در این راستا در هر کارگروه یک نفر به عنوان مسئول ثبت نظرات و پیشنهادات افراد مشخص گردید. نتایج حاصل از بررسی های صورت گرفته در این کارگروهها در یک جلسه نشست متخصصان مورد بررسی مجدد قرار گرفت. بر اساس بررسی های صورت گرفته مقرر شد که در شروع اجرای پروژه محاسبات حوزه های پشتیبانی در نرم افزار اکسل انجام شود و در حوزه پرستاری با توجه به ماهیت کار و مفاد دستورالعمل کلیه محاسبات در یک نرم افزار بر پایه HIS انجام شود.

۴-۱-۲) شناسایی فرایندهای اجرایی برای حوزه پرستاری

در این مرحله با توجه به پیچیدگی فرایندهای اجرایی بخش های بالینی، از طریق سازماندهی یک گروه خبره و دارای تجربه فعالیت به عنوان پرستار در بخش های بالینی، فرایندهای اجرایی بخش ها در حوزه موضوعات مرتبط با دستورالعمل مدیریت مبتنی بر عملکرد شناسایی شد. دلیل انجام این کار انطباق بیشتر تغییرات با شرایط موجود و اجرایی بخش ها و پرهیز از انجام تغییرات بیهوده در سطح بخش ها بوده است.

در این مرحله سعی شد فرایندهای اجرایی در خصوص ثبت اقدامات و فعالیت های پرستاری در سامانه اطلاعات بیمارستانی و همچنین نحوه ارتباطات در بخش ها بخش ها مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این موارد زیر نیز مورد بررسی قرار گرفت و به صورت فرآیندی رسم و ثبت گردید:

- سلسله مراتب پرستاری در بخش های بالینی
- مسئولیت چینش پرسنل
- نحوه نظارت بر ثبیتات پرستاری
- افراد مجاز برای تعیین میزان سختی مراقبت ها در بخش
- نقاط زمانی مربوط به انجام فعالیت های کلیدی در بخش ها مانند زمان انجام تغییر تحول بیماران

۴-۱-۳) انتخاب شرکت نرم افزاری

در این مرحله شرایط مورد انتظار برای شرکت طرف قرارداد نرم افزاری به شرح زیر تدوین گردید و طی یک استعلام عمومی درخواست شد تا شرکت های مختلف نرم افزارهای خود را ارائه نمایند. روش انتخاب شرکت مناسب نیز به این صورت بود که ابتدا شرکت ها بر اساس ویژگی های در نظر گرفته شد مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد شرکتی که بیشترین امتیاز را کسب می کرد انتخاب می شد.

ردیف	ویژگی	امتیاز
۱	دارای قابلیت انتصاب پرستار به بیمار	۱۳
۲	دارای قابلیت انتصاب خدمات ثبت شده در HIS به پرستاران	۱۳

امتیاز	ویژگی	ردیف
۵	دارای قابلیت تعیین مسئول شیفت های بخش ها در تاریخ و شیفت های مربوطه و امکان کپی یک ماه برای ماه های دیگر	۳
۷	دارای قابلیت تعریف کابرن، تعیین دسترسی کاربران، تعیین بخش ها ، فعال و غیر فعال کردن و تاریخ انقضا کاربری	۴
۷	دارای قابلیت نشان دادن عدم انتصاب برای بیمارانی که در تاریخ و شیفت مربوطه پرستاری به آن ها انتصاب نشده است.	۵
۵	دارای قابلیت نمایش پزشک معالج در لیست بیماران.	۶
۵	دارای قابلیت ثبت توضیحات برای هر بیمار توسط پرستار	۷
۵	اضافه شدن آیتم نوع پرسنل برای نمایش و جستجوی لیست پرسنل در بخش	۸
۵	دارای امکان نمایش ردیف بیمارانی که انتصاب کامل برای آن ها انجام نشده است به رنگ زرد.	۹
۵	امکان انتصاب چند پرستار با زمانهای یکسان به یک بیمار در اتاق عمل.	۱۰
۵	ایجاد گزارش عدم انتصاب	۱۱
۵	ایجاد گزارش برنامه روزانه انتصاب (شامل وضیت انتصاب، آیتم های شیفت، بخش، نام پرستار ، نام بیمار ،شامل توضیحات انتصاب و توضیحات انتصاب برای جستجو)	۱۲
۵	در گزارش خدمات پرستاری آیتم های شیفت، بخش، نام پرستار ، نام بیمار برای جستجو ایجاد گردید. همچنین تغییرات در نمایش مقادیر ستون ها اعمال شد	۱۳
۵	ایجاد گزارش خدمات پرستاری شامل آیتم های شیفت، بخش، نام پرستار ، نام بیمار برای جستجو	۱۴
۵	ایجاد گزارش تعداد پرستار و بیمار در هر بخش	۱۵
۵	ایجاد استار پروسیجر برای اتاق عمل زمانیکه پرسنل برای بیمار خدماتی انجام میدهند.	۱۶
۱۰۰	جمع کل امتیازات	

۴-۱-۴ تحلیل سیستم

با توجه به اینکه دسترسی به داده های صحیح به وجود یک ابزار موثر وابسته است در این مرحله با حضور معاون توسعه بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان، مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان و نماینده شرکت جلسات متعددی تشکیل و با توجه به بررسی های انجام شده و نیازهای موجود، کلیه درخواست های مورد نظر مطرح گردید. با توجه به اینکه بیمارستان به سیستم HIS مجهز بود و این سیستم کلیه اطلاعات هویتی، درمانی و مراقبتی بیمار را از بدو ورود تا لحظه ترخیص داشته و حتی در مراجعات بعدی نیز قابل دستیابی می باشد، مقرر شد این سیستم به عنوان پایه برنامه مذکور در نظر گرفته شود.

طبق این جلسات با شرکت طرف قرارداد، داده های مورد نیاز برای طراحی برنامه مورد نظر به ایشان اطلاع رسانی گردید و مقرر شد به نحوی این نرم افزار برنامه نویسی گردد تا اطلاعات زیر از آن قابل استخراج باشد:

- تعداد پرستار موجود در هر شیفت در هر بخش
- تعداد بیمار موجود در هر شیفت در هر بخش
- تعداد بیمار اختصاص یافته به هر بیمار در هر شیفت
- اختصاص تمام امور مراقبتی ثبت شده در HIS توسط پرستار در این سامانه بدون ثبت مجدد
- امکان مشخص شدن سطح مراقبتی بیمار
- امکان اختصاص بیش از یک پرستار به بیمار
- امکان جایگزینی پرستار بیمار در صورت خروج موقت پرستار مسئول بیمار
- امکان گزارش گیری اطلاعات مربوط به هر پرستار یا بیمار در یک بازه زمانی مشخص توسط سرپرستار یا هر یک از مسئولین مجاز بدون محدودیت زمانی
- امکان ثبت عملکرد پرستار نسبت به هر بیمار به روش امتیازدهی در همان شیفت و امکان تغییر توسط افراد مجاز در صورت بررسی و نیاز به تجدید نظر
- امکان ثبت گزارشات و اقدامات انجام شده برای هر بیمار توسط پرستار جهت پیگیری در شیفت بعد
- امکان اختصاص زمان به هر مراقبت ثبت شده به عنوان گام توسعه ای و استخراج حجم و زمان مراقبت های انجام شده برای هر بیمار یا هر پرستار در شیفت ها

بدیهی است هر سیستم و برنامه ای که در سطح بیمارستان و سایر ارگان ها طراحی و اجرا می گردد میبایست قابلیت تغییر و اجرا در شرایط بحران را داشته و همچنین متناسب با تغییر شرایط فیزیکی یا تغییر ماهیت بخش ها قابلیت تنظیم با شرایط جدید را داشته باشد که این موارد در دستور کار این پروژه نیز قرار داشت. بعد از مرور انتظارات از سیستم مورد نظر تیم فنی شرکت مورد نظر در جلسات بعدی نحوه طراحی فرم ها و ارتباطات بین اجزای نرم افزار را به صورت اولیه طراحی و مجدد توسط تیم تحلیل سیستم مورد بررسی و تایید برای طراحی نرم افزار و شروع کدنویسی قرار می گرفت.

۴-۱-۵) طراحی نرم افزار

با توجه نتایج حاصل از مرحله تحلیل سیستم شرکت طرف قرارداد شروع به طراحی و کدنویسی برنامه نمود. در این مرحله با توجه به نیاز به ارتباط نرم افزار با سامانه HIS جهت اخذ اطلاعات مورد نیاز، مکاتبات لازم توسط بیمارستان با واحد فناوری اطلاعات در دانشگاه برای ایجاد دسترسی های لازم انجام شد. همچنین با توجه به اینکه در این سامانه نیاز به اطلاعات نیروی انسانی کادر پرستاری جهت تخصیص پرستار به بیمار بود مقرر شد تا اطلاعات کلیه پرسنل پرستاری توسط سرپرستاران در اختیار واحد فناوری اطلاعات بیمارستان قرار گرفته و در سامانه مورد نظر توسط ایشان بارگزاری گردد.

سامانه طراحی شده توسط شرکت مورد نظر به صورت مستمر در جلسات هفتگی در یک کارگروه شامل مدیر تغییر، مدیر پرستاری بیمارستان و مسئول واحد HIS بیمارستان و مسئول واحد فناوری اطلاعات قرار می گرفت. این مرحله حدود چهار ماه به طول انجامید. بعد از نهای شدن برنامه و اطمینان از صحت عملکرد آن مقرر شد به انتخاب مدیر پرستاری بیمارستان چند بخش به عنوان پایلوت جهت تست برنامه در نظر گرفته شوند.

۴-۱-۶) پایلوت نرم افزار در چند بخش

در این مرحله پنج بخش به عنوان پایلوت انتخاب و جلسه آموزش گروهی برای ایشان و سوپروایزران مربوطه برگزار گردید. سپس برنامه در سیستم های بخش های مورد نظر نصب و به صورت انفرادی نیز در بخش های مورد نظر آموزش کار با سامانه داده شد و مقرر شد که سرپرستاران آموزش لازم را به مسئولین شیفت ها بدهند و با هماهنگی سرپرستار و مسئول واحد فناوری اطلاعات برای ایشان دسترسی ایجاد گردد. بعد از این مرحله و اجرای برنامه در بخش های پایلوت، تیمی متشکل از مدیر تغییر، مدیر پرستاری، مسئول واحد فناوری اطلاعات، مسئول واحد HIS، سوپروایزر و نماینده شرکت برنامه نویسی به صورت روزانه از بخش های پایلوت

بازدید و بر روند کار نظارت به عمل آمد. در این بازدیدها مشکلات مطرح و برای آنها راهکار مناسب ارائه می گردید. این مرحله که فقط مربوط به اجرای قسمت تخصیص پرستار به بیمار بود حدود دو ماه به طول انجامید.

۴-۱-۷) آموزش نحوه استفاده از نرم افزار

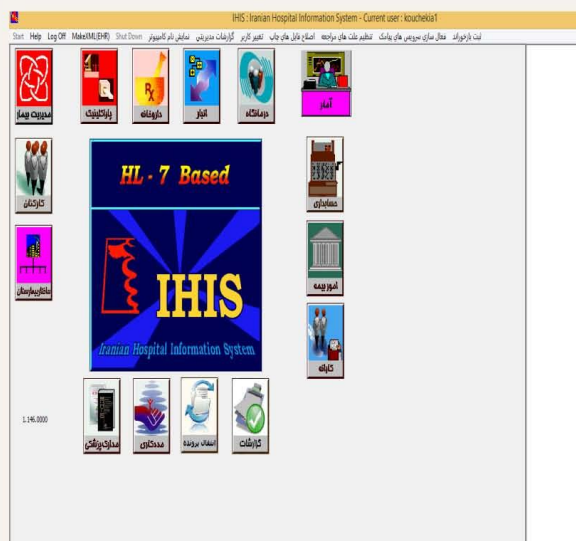
در این مرحله بعد از بررسی های به عمل آمده و اطمینان از تطابق داده ها در سامانه طراحی شده با نرم افزار HIS، همچنین اعمال نتایج مربوط به پایلوت نرم افزار و رفع مشکلات گزارش شده، اقدام به برگزاری کلاس های آموزش برای رده های مختلف سوپروایزران، سرپرستاران و مسئولین شیفت ها شد. یک نفر از تیم پرستاری که نسبت به کار با سامانه تسلط بیشتری داشت به عنوان مسئول آموزش برای رفع اشکال و پاسخگویی به سوالات مربوطه تعیین و شماره رابط شرکت طراح نرم افزار نیز در اختیار بخش ها قرار گرفت. آموزش برنامه به صورت درون بخشی نیز برای کادر پرستاری هر بخش توسط سرپرستار و در صورت نیاز مسئول آموزش برگزار گردید. همچنین یک فایل تصویری راهنما برای آموزش مرحله به مرحله استفاده از نرم افزار برای کلیه افراد گروه هدف تهیه و در اختیار ایشان قرار داده شد که در زیر نمونه آن قرار داده شده است:



شکل ۱۱. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه اول)

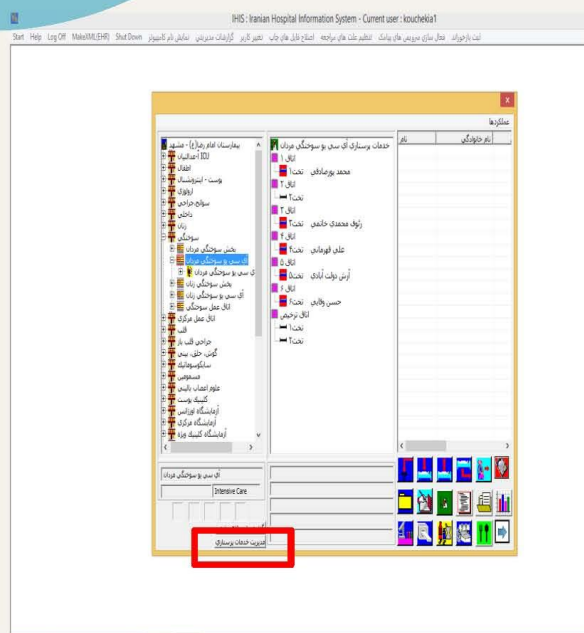
ابتدا وارد HIS شوید.

HIS



شکل ۱۲. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه دوم)

پس از انتخاب بخش خود از قسمت
پایین صفحه برای ورود به برنامه
PBM، آیکون مدیریت خدمات
پرستاری را انتخاب نمایید.



مدیریت
خدمات
پرستاری

شکل ۱۳. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه سوم)

شما وارد برنامه شیفت مراقبت
(PBM) شده اید که در این
صفحه دو قسمت **عملیات**
اصلی و گزارشات می باشد.



صفحه اصلی

شکل ۱۴. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه چهارم)

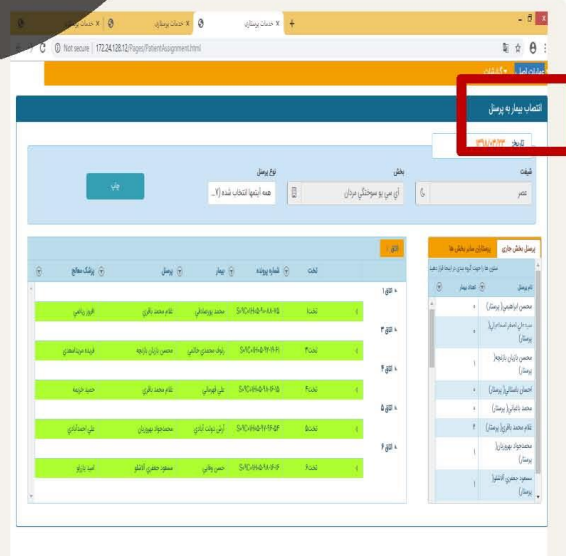
عملیات اصلی دارای ۲ قسمت
انتصاب و فرم کنترلی می باشد.



عملیات اصلی

شکل ۱۵. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه پنجم)

🚦 در قسمت انتصاب می توانید نام
بیماران بخش و بیمارانی که به
شما **انتصاب** داده شده اند را
مشاهده نمایید.



انتصاب

شکل ۱۶. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه ششم)

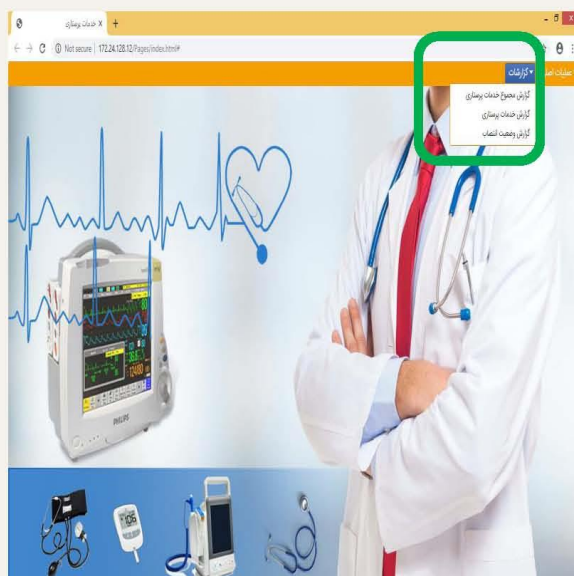
🚩 در قسمت **فرم کنترلی** می
توانید نام بیمار، نام بستری در
بخش و وضعیت انتصاب آن ها از
بدو ورود به بخش را چک نمایید.

The screenshot displays the 'فرم کنترلی' (Form Control) web application. The main area contains a table with patient data, including columns for patient ID, name, date of birth, and admission date. A sidebar on the right lists various control forms, such as 'فرم کنترلی' (Form Control), 'فرم کنترلی' (Form Control), and 'فرم کنترلی' (Form Control). A red box highlights the 'فرم کنترلی' button in the top right corner of the sidebar.

فرم کنترلی

شکل ۱۷. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه هفتم)

گزارشات دارای ۳ قسمت گزارش
مجموع خدمات پرستاری، گزارش
خدمات پرستاری و گزارش وضعیت
انتصاب می باشد.



گزارشات

شکل ۱۸. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه هشتم)

در گزارش مجموع خدمات پرستاری تعداد شیفت های خود به تفکیک صبح، عصر، شب و تعداد بیماری را که در این شیفت ها مراقبت نموده اید با انتخاب بازه زمانی دلخواه مشاهده خواهید کرد. همچنین حجم مراقبت عمومی، خدمات کد گذاری شده، مجموع کارکرد آزمایش، مجموع کارکرد تصویربرداری، مجموع کارکرد مرتبط با انتقال بیمار و خدمات حاکمیتی را با احتساب بهره وری رؤیت خواهید نمود.

نام خدمت	تعداد
مجموع خدمات پرستاری	1398/03/18
خدمات عمومی	1398/03/18
خدمات کد گذاری	1398/03/18
خدمات تصویربرداری	1398/03/18
خدمات مرتبط با انتقال بیمار	1398/03/18
خدمات حاکمیتی	1398/03/18

مجموع خدمات پرستاری

شکل ۱۹. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه نهم)

در گزارش خدمات پرستاری نام
کلیه بیمارانی که مراقبت آن ها را
به عهده داشتید به تفکیک شیفت
در بازه زمانی دلخواه رویت خواهید
نمود و گزارشانی که در مجموع
خدمات پرستاری مشاهده نموده
اید جز، به جز، قابل بررسی می
باشد.

خدمات
پرستاری

شکل ۲۰. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه دهم)

در گزارش وضعیت انتصاب با

انتخاب تاریخ، شیفت و حتی نام بیمار می توانید نمرات کیفیت و سختی کار را مشاهده کنید.



تاریخ	شیفت	نام	نمره کیفیت	نمره سختی کار
1398/07/26	صبح	احمد آرمند کد	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0
1398/07/26	صبح	امیر کوچه	5.0	5.0

وضعیت
انتصاب

شکل ۲۱. راهنمای کار با برنامه شیفت مراقبت (صفحه یازدهم)

۴-۱-۸) اجرای برنامه در کل بخش های بیمارستان

بعد از اطمینان از صحت عملکرد نرم افزار سامانه در کل بخش های بستری بیمارستان توسعه یافت. برای این مرحله

اقدامات زیر صورت گرفت:

- انتخاب یک نفر به عنوان فوکل پوینت در حوزه پرستاری و ارائه آموزش ها و دسترسی کل به ایشان

- برگزاری دوره آموزش برای کل سرپرستاران به صورت حضوری در گروه های مختلف در مورد نحوه کار با سامانه و پاسخ به سوالات ایشان در مورد مزایای این برنامه برای ایشان و پرسنل
- تهیه فیلم های آموزشی کار با سامانه و ارائه آموزش به سرپرستاران از طریق فضاهای مجازی
- بررسی مشکلات و چالش های سرپرستاران و رفع اشکال به صورت تلفنی و حضوری توسط فوکال پوینت، مدیر تغییر و مدیر پرستاری
- انجام بازدید های روزانه از بخش های بیمارستان و نظارت بر چگونگی انجام کار توسط تیمی متشکل از مدیر تغییر، مدیر پرستاری، مسئول HIS و فوکال پوینت که ضمن ارائه آموزش به افراد مرتبط، نقاط قابل بهبود و چالش ها بررسی و راهکار ارائه می گردید.

۴-۱-۹) طراحی و اجرای برنامه در اورژانس

در ادامه کار توسعه برنامه در بخش های تحت نظر و اورژانس در دستور کار قرار گرفت. با توجه به اینکه در بخش هایی که بیماران به صورت تحت نظر مراقبت می شوند اختصاص پرستار به بیمار به علت عدم ثبات بیمار و چرخش زیاد تخت و بیماران میسر نیست، طبق جلسات برگزار شده با گروه متخصصین و بررسی های انجام شده در بخش اورژانس و سایر بخش های تحت نظر اختصاص پرستار به جای بیمار به تخت در ابتدای هر شیفت صورت می پذیرد. بر این اساس کل بیماران تحت نظر قرار گرفته روی تخت مربوطه و اقدامات ایشان به پرستار مسئول این تخت منسوب گردد. بعد از ایجاد تغییرات لازم جهت متناسب سازی با فعالیت های موجود در اورژانس، اورژانس مرکزی بیمارستان به عنوان اورژانس اصلی پایلوت شد. آموزش های لازم به سرپرستار و مسئولین شیفت داده شد و به صورت روزانه برنامه به صورت آنلاین و حضوری کنترل و اشکالات مطرح شده رفع گردید. بعد از حدود یک ماه اجرای برنامه در اورژانس مرکزی به صورت پایلوت و رفع چالش های مرتبط، برنامه در سایر اورژانس های بیمارستان نیز اجرا گردید.

۴-۱-۱۰) توسعه برنامه جهت گزارش آنلاین وضعیت نیروی انسانی بخش ها

برنامه طراحی شده در گروه متخصصین مطرح و جنبه های مختلف اجرایی آن بررسی و مورد تحلیل قرار گرفت. با نظر گروه با توجه به وضعیت بخش ها و نیاز به داشتن اطلاعات نیروی انسانی برای گروه مدیریتی بالاخص سوپروایزران، در مورد مشاهده و دسترسی آنلاین به جهت دسترسی لحظه ای به وضعیت نیروی انسانی برای تامین کمبود نیروی بخش ها موجود در بخش های بستری بحث و بررسی صورت گرفت.

۴-۱-۱) توسعه برنامه در زمینه ثبت گزارش پرستاری و حذف دفاتر کاغذی

با توجه به اجرای برنامه در کلیه بخش های بستری و آماده شدن بستر ثبت گزارش های پرستاری برای هر بیمار و امکان بایگانی سیستمی و اخذ پرینت کاغذی، پیشنهاد حذف دفاتر کاغذی مطرح شد و جهت این کار در ابتدا گزارش های ثبت شده بررسی و موانعی نظیر تعداد کاراکتر ثبت شده، محل قرارگیری گزارش ثبت شده در پرینت سامانه و محتویات مورد نیاز جهت ثبت، بررسی و با هماهنگی مدیر تغییر و نماینده شرکت برنامه نویسی، موانع برطرف گردید. توضیحات و آموزش های لازم به بخش ها داده شد و سپس به مدت دو ماه به صورت موازی ثبت گزارش هم در سامانه و هم در دفاتر گزارش پرستاری انجام گردید. بعد از بررسی لازم و اطمینان از صحت داده ها و عملکرد برنامه در این زمینه، استعلام از مراجع ذیصلاح جهت عدم منع قانونی حذف دفاتر صورت گرفت. سپس موضوع حذف دفاتر در تیم مدیریت و رهبری بیمارستان و کمیته فناوری اطلاعات بیمارستان طرح گردید. در این مورد مکاتبه ای جهت اعلام نظر با معاونت درمان نیز صورت گرفت. بعد از انجام این مراحل طی نامه ای به بخش های جهت حذف دفاتر کاغذی و ثبت اطلاعات تنها در سامانه اطلاع رسانی گردید. (مکاتبات در ذیل آورده شده است).

شماره: 1400/75186

تاریخ: ندارد

پیوست:



مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

معاون محترم درمان دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً، همانگونه که مستحضر هستید سامانه مدیریت مراقبت های پرستاری در تاریخ 12/06 توسط ریاست محترم دانشگاه و با حضور جنابعالی در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) افتتاح گردید.

یکی از قابلیت های مهم این سامانه جایگزینی داده های تولید شده در آن به جای دفاتر کاغذی پرستاری موجود میباشد. بر این اساس با توجه با تاکید اسناد بالادستی بر توسعه دولت الکترونیک مقرر شده است از ابتدای خرداد ماه سال جاری دفاتر کاغذی پرستاری در بخش ها حذف و در پایان هر شیفت از صفحه مربوطه به همراه سایر اطلاعات مورد نیاز پرینت گرفته شده و توسط مسئولین شیفت امضاء و در یک زونکن نگهداری گردد. علاوه بر این کلیه گزارشات پرستاری به صورت الکترونیکی نیز ذخیره خواهد شد. موضوع جهت استحضار و بهره برداری در آن معاونت محترم تقدیم می گردد

8405684

شکل ۲۲. مکاتبه با معاون درمان دانشگاه جهت حذف دفاتر کاغذی گزارش پرستاری بر اساس توسعه پروژه

شماره: 84 /112484
تاریخ:
پیوست:
ندارد



تجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

مدیر محترم پرستاری مجتمع

سلام علیکم

احتراماً، با استناد استاندارد الف-5-6 استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران-ویرایش چهارم با موضوع "بیمارستان در راستای الکترونیک نمودن خدمات برنامه ریزی نموده است" و عطف به نامه شماره 1400/98255 مورخ 1400/03/02 سرپرست محترم معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه و مصوبه کمیته تیم مدیریتی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) در مورخ 1400/3/8 لطفاً با توجه به پیشرفت مناسب استقرار سامانه مدیریت مراقبت های پرستاری (NCM) اقدامات لازم را برای حذف دفاتر پرستاری به شکل سابق در کلیه بخش های بالینی به عمل آورید. بدیهی است ملاک عمل صرفاً گزارشات مربوط به سامانه NCM بوده که همکاران در بخش می بایست در پایان هر شیفت نسبت به پرینت، امضاء و نگهداری در یک زونکن اقدام نمایند. لازم به ذکر است هر زمان که دانشگاه مجوز حذف پرینت و کفایت بایگانی الکترونیک را صادر نماید موضوع اطلاع رسانی خواهد شد. 8451047

شکل ۲۳. ابلاغ به مدیر پرستاری مجتمع جهت حذف دفاتر کاغذی گزارش پرستاری بر اساس توسعه پروژه

۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

عموماً پروژه هایی که مرتبط با موضوعات نظام های پرداخت هستند دارای حساسیت بیشتری نسبت به سایر پروژه های معمول و اصلاحی در سطح سازمان ها به ویژه بیمارستان ها می باشند. پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد نیز از این قاعده مستثنی نبوده و از ابتدای کار تا زمان اخذ مجوزهای لازم، چالش ها و موانع متعددی را پشت سر گذاشته است. برخی از این چالش ها با موفقیت حل و فصل شده ولی برخی دیگر حل نشده و مشکلات جدی را در مسیر اجرا ایجاد کرده است. در ادامه، این چالش ها در چند دوره زمانی ارائه میشود:

چالش های مربوط به زمان طراحی

۱. عدم وجود نمونه های معتبر در سطح کشور برای استفاده از آنها
۲. عدم وجود افراد صاحب نظر و با تجربه در خصوص موضوع پروژه
۳. بدبینی کارشناسان و افراد صاحب نظر در خصوص موضوع

این چالش ها منجر به طولانی شدن مسیر طراحی مدل مدیریت مبتنی بر عملکرد در سطح بیمارستان گردید به گونه ای که اخذ نظرات از افراد با دیدگاه های مختلف و همچنین ذینفعان مدت زمان طولانی قریب به یکسال به طول انجامید تا در نهایت تیم پروژه توانست بر این موانع فائق آید.

چالش های مربوط به زمان اخذ مجوز لازم از ستاد دانشگاه و هیات امنای دانشگاه

۱. عدم وجود دیدگاه توسعه ای در ستاد دانشگاه
۲. مقاومت در برابر تغییر روش های موجود
۳. ترس از افزایش هزینه های دانشگاه
۴. نگرانی در خصوص پتانسیل وجود اعتراضات
۵. نگرانی در خصوص ایجاد تفاوت بین بیمارستان ها در خصوص نظام های پرداخت

برای حل این موانع جلسات متعددی با ذینفعان کلیدی در سطح ستاد دانشگاه به ویژه حوزه معاونت درمان و معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه برگزار شد. علاوه بر این چندین جلسه کارشناسی با دبیرخانه هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزار شد که در نهایت با برخی اصلاحات، ذینفعان اصلی در سطح ستاد دانشگاه که می بایست روند اخذ مجوز از هیات امنای دانشگاه را تسهیل می کردند توجیه شدند و پروژه در جلسه هیات امنای دانشگاه مطرح و با تایید دفتر وزیر مجوز لازم برای اجرای آزمایشی آن صادر گردید.

چالش های مربوط به زمان انتخاب شرکت نرم افزاری و نحوه مراودات مالی با شرکت مذکور

۱. عدم درک درست پژوهش های مرتبط با توسعه مدیریت و روش های مدیریت در سطح واحد های دانشگاه
۲. نگاه پولشویی به پروژه های مرتبط با اصلاح فرایندهای اجرایی در سطح واحد های دانشگاه

۳. عدم حمایت واحدهای ستادی از پروژه های HSR مرتبط با اصلاح فرایندهای مدیریتی در سطح دانشگاه
۴. عدم توان لازم در حوزه مدیریت IT جهت طراحی نرم افزارهای مرتبط MIS در سطح بیمارستان ها
۵. عدم وجود شرکت های پخش نرم افزارهای از قبل نوشته شده در بخش خصوصی برای استفاده جهت تحقق اهداف مورد انتظار

چالش عمده اشاره در این قسمت مربوط به عدم وجود درک مناسب در سیستم های پژوهشی دانشگاه برای تامین مالی پروژه در حوزه طراحی نرم افزار بود. علیرغم اینکه پروپوزال مربوطه نوشته شده بود اما در سطح معاونت پژوهشی پروژه مربوطه مورد تایید قرار نگرفت و با این توجیه که پروژه مربوطه یک پروژه اجرایی می باشد و ماهیت پژوهشی ندارد از دستور کار شورای پژوهشی دانشگاه خارج شد. علاوه بر این، مشکلات و چالش هایی برای تیم پروژه در حوزه بازرسی دانشگاه نیز ایجاد شد که در نهایت منجر به تغییر تصمیم تیم پروژه برای خروج روش تامین مالی پروژه از حالت تامین از مسیر پژوهشی به سایر روش ها شد. در نهایت با حمایت و پیشنهاد مدیریت فناوری اطلاعات و ارتباطات دانشگاه، برای حل چالش های مربوط به انتخاب شرکت نرم افزاری، روش استفاده از بخش خصوصی مورد تایید دانشگاه پیشنهاد و انتخاب شد. با توجه به اینکه بسیاری از اطلاعات و اقدامات مربوط به پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد بر پایه HIS بوده، حتما میبایست این برنامه توسط شرکتی انجام شود که با سیستم مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستانی آشنایی کافی داشته باشد. بر همین اساس مدیریت فناوری اطلاعات و ارتباطات دانشگاه یک شرکت که قبلا سابقه همکاری با IT دانشگاه را داشته و با سیستم مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستانی به خوبی آشنا بوده را معرفی نموده و از طریق مراجع ذیربط قانونی با شرکت مذکور قرارداد منعقد شد.

در این قرارداد مقرر شد شرکت طرف قرارداد تمام هزینه های مربوط به پروژه را در حوزه تحلیل سیستم و طراحی نرم افزار متقبل گردد و بیمارستان نیز اطلاعات لازم را برای توسعه نرم افزار در اختیار ایشان قرار دهد. علاوه بر این شرکت به دلیل همکاری بیمارستان، موظف شد وجهی بابت استفاده حدود یکساله بیمارستان از نرم افزار دریافت ننماید و بیمارستان به صورت رایگان در دوره مورد توافق، از نرم افزار استفاده نماید. بر این اساس قرارداد مذکور بین بیمارستان و شرکت منعقد شد.

چالش های مربوط به اجرای مدل در سطح بیمارستان

چالش هایی که عمدتا بعد از طراحی نرم افزار و استقرار اولیه آن در سطح بیمارستان مشاهده شده به شرح زیر می باشد:

۱. عدم وجود درک عمیق نسبت به پروژه از سوی معاون درمان دانشگاه

۲. عدم وجود درک عمیق از پروژه در بین نیروهای صف به ویژه پرسنل پرستاری
 ۳. عدم وجود حمایت کافی برای اجرای پروژه از سمت نظام پرستاری استان
 ۴. عدم وجود درک عمیق از پروژه و کاربردهای آن در خصوص زیرساخت های ایجاد تعرفه گذاری خدمات پرستاری از سمت مدیر پرستاری دانشگاه و سایر نهادهای مرتبط
 ۵. مقاومت برخی سرپرستاران و نگرانی ایشان در خصوص تغییر وضعیت کارانه رده های مختلف مدیریتی
 ۶. نگرانی واحدهای پشتیبان از نحوه محاسبه کارانه ایشان
 ۷. عدم همکاری کامل بیمه ها برای پرداخت خدمات کدگذاری شده در حوزه خدمات پرستاری
 ۸. عدم حمایت سازمان های نظارتی خارج از دانشگاه در خصوص اجرای پروژه
- این موارد که عمده چالش های اجرایی کار بودند و احتمالا برخی از آنها به دلیل ضعف در مراحل قبلی و در مرحله حمایت طلبی ایجاد شده بود متأسفانه تا حدودی توانست مانع از تحقق کامل اهداف پروژه مدیریت مبتنی بر عملکرد در سطح بیمارستان ها گردد.
- پس از اجرای پروژه در بیمارستان، روش های مختلفی برای اطلاع رسانی به پرستاران استفاده شد اما به علت اینکه پروژه رویکرد را از سمت اتکای صرف بر تایمکس افراد برای تعیین عملکرد به سمت عملکرد واقعی فرد در حوزه شیفت مراقبت و انجام خدمات تخصصی میبرد، نگرانی هایی را در برخی پرسنل به ویژه پرسنل پرستاری و به صورت ویژه تر آن دسته از پرسنل پرستاری که همزمان با بخش دولتی در بخش خصوصی هم کار می کردند ایجاد کرده بود. این جو باعث شد برخی افراد که عملکرد ضعیف تری داشتند به خصوص در شیفت عصر و شب از ناآگاهی سایر افراد به نوعی سواستفاده نموده و آنها را در برابر اجرای برنامه تحریک کرده و باعث ایجاد مقاومت های بعضا شدیدی در برابر اجرای پروژه گردند. گفتگو هایی نظیر "اینکه با اجرای این پروژه شما حتی حقوق خود را هم دریافت نخواهید کرد"، "با اجرای این پروژه باید چهار برابر حالت فعلی کار کنید تا دریافتی قبلی را داشته باشید"، "با اجرای این پروژه تعرفه گذاری خدمات پرستاری اجرا نخواهد شد"، "با اجرای این پروژه نقش سرپرستار در کنترل پرسنل کم خواهد شد" از جمله این موارد و دلایل تیجادهای مقاومت ها بودند. این موارد و نمونه ای مشابه در نهایت باعث شد بخشی از اهداف پروژه به دلیل وجود چالش ها و موانع جدی در زمان اجرا محقق نشود ولی با جلسات متعددی که برگزار شد سعی شد اصل پروژه که بررسی و نمایش میزان عملکرد افراد میباشد، اجرا شده و موضوع پرداخت بر اساس آن تا بهبود شرایط به تعویق نیفتد.

۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان

در این پروژه سعی شد تا حد امکان ذینفعان کلیدی در تمامی مراحل بررسی، تحلیل داده ها، انتخاب روش برتر، مراحل اجرایی و نظارتی حضور داشته تا در جریان پروژه قرار گرفته و بتوان از حمایت و نظرات ایشان بیشترین استفاده را نمود. در همین راستا با ساز و کارهای انتشار و بازخورد مشتمل بر ارسال ایمیل، نامه، جلسات درون گروهی و گروه های مجازی و انعکاس در وب سایت بیمارستان سعی شد تا ذینفعان از نتایج و روند پیشرفت پروژه مطلع شوند.

همچنین به صورت روزانه و مکرر در مراحل اجرایی کار از بخش ها بازدید و ضمن بررسی وضعیت استفاده از سامانه، مزایا و روند کار برای افراد توضیح داده شده و پاسخگویی به سوالات ایشان در برنامه کاری تیم مدیریتی پروژه و افراد مسئول قرار داشت.

۴-۴) یافته های اجرای پروژه

به نظر می رسد در صورت اجرای کامل و عادلانه دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد و تامین منابع مالی جهت پرداخت بموقع، زمینه افزایش رضایتمندی و کمیت و کیفیت مراقبت پرستاری فراهم گردد. در این پروژه اطلاعات حدود ۲۲۰۰ نیروی زیرمجموعه پرستاری شامل ۱۲۰۰ پرستار، ۴۰۰ کارشناس اتاق عمل و بیهوشی، ۳۵۰ نیروی کمک بهیار و ۲۵۰ نیروی خدمات در سامانه ثبت و وضعیت عملکردی ایشان از نظر تعداد شیفت مراقبتی، حجم فعالیت در طول شیفت، عملکرد و رضایت از عملکرد ایشان توسط مسئول مستقیم مورد بررسی قرار گرفت.

۴-۴-۱) امکانات سامانه شیفت مراقبت

نرم افزار شیفت مراقبت تحت وب بوده و قابلیت نصب بر روی موبایل، کامپیوتر و تبلت را داراست. این نرم افزار با ساختار داینامیک و آنلاین خود قابلیت های متنوعی در حوزه ارزیابی عملکرد، پایش کیفیت و وضعیت نیروی انسانی ارائه می دهد.

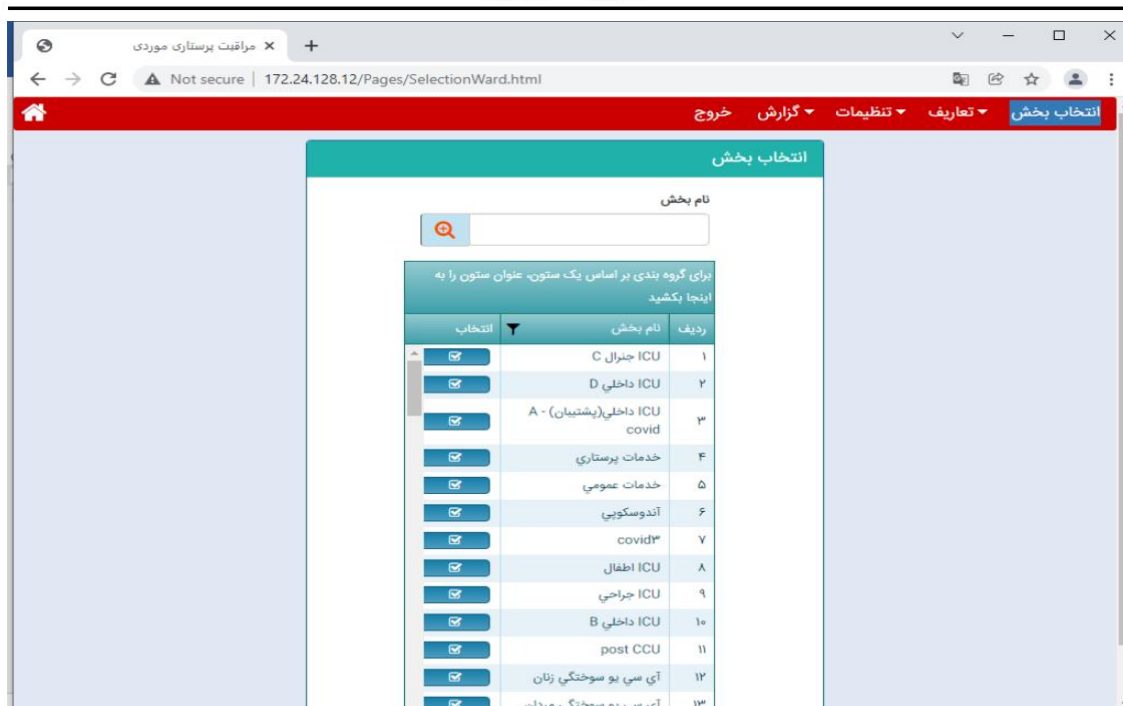
با توجه به گزارش های متعدد نرم افزار و همکاری شرکت نرم افزاری امکان گزارشات متعدد برای رده های مختلف تیم مدیریتی، مسئولین و مدیران ارشد در حوزه پرستاری و کارکنان مجتمع بر اساس تقاضای ایشان و نیاز مجتمع، در این سامانه فراهم شده است.

از قابلیت های این نرم افزار می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

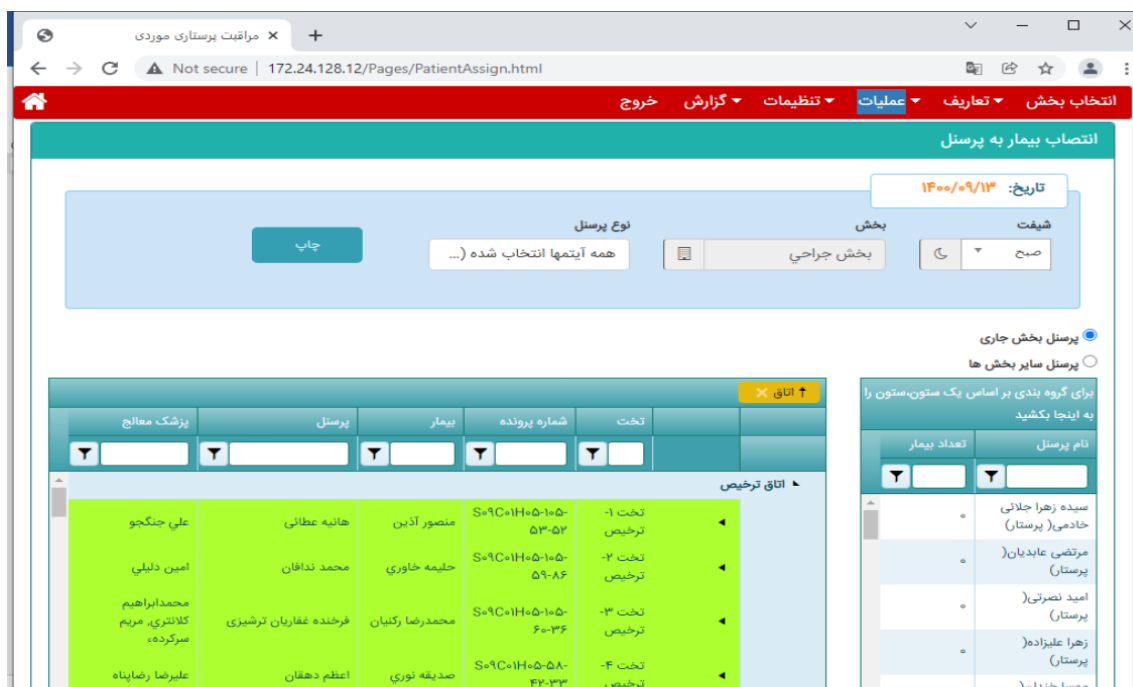
- قابلیت تعریف کاربران، تعریف سطوح دسترسی و ایجاد پنل کاربری

- امکان روئت آنلاین وضعیت نیروی انسانی بخش ها از نظر تعداد نیروی انسانی حاضر و تناسب آن با تعداد بیمار موجود (بررسی چینش نیروی انسانی و مقایسه آن با استاندارد به صورت آنلاین و تسريع در تصميم گيري سوپروایزران برای تامین نیروی انسانی در بخش هایی که با کمبود نیرو مواجه هستند)
- امکان بررسی و گزارش گیری سطوح مراقبتي بیماران بر اساس قانون Case Methode و برنامه ریزی جهت حضور سوپروایزران جهت بررسی بیماران با سطح مراقبتي پنج
- امکان بررسی عملکرد هر فرد در بازه زمانی منتخب از نظر تعداد شیفت حضور یافته، تعداد بیمار تحت مراقبت وی در این بازه زمانی، گزارشات ثبت شده برای هر بیمار این فرد، اقدامات انجام شده توسط وی برای این بیماران، نمرات سختی و کیفیت کار اخذ شده ایشان در این بازه زمانی
- گزارش بیمارانی که در شیفت های مختلف پرستاری به آنها منتصب نشده است به تفکیک بخش و شیفت مربوطه
- گزارش پیگیری وضعیت یک بیمار بر اساس جستجو با نام و نام خانوادگی، شماره پرونده یا کد ملی وی و نمایش وضعیت مراقبتي از لحظه ورود به بخش تا لحظه خروج
- گزارش عملکردی پرسنل در هر بخش در یک بازه زمانی تعیین شده برای بررسی مقایسه ای وضعیت حضور و تعداد شیفت افراد (بررسی رعایت عدالت در تعداد شیفت حضور کادر پرستاری)
- گزارش تعداد بیمار و پرستار در هر بخش یا بخش های متعدد در یک بازه زمانی تعیین شده برای بررسی مقایسه ای وضعیت تعداد بیمار مراقبت شده توسط تعداد پرستار (بررسی وضعیت رعایت چینش نیروی انسانی در بخش ها)
- گزارش خدمات پرستاری در هر بخش یا بخش های متعدد در یک بازه زمانی تعیین شده برای بررسی مقایسه ای وضعیت تعداد بیمار مراقبت شده توسط هر پرستار (بررسی رعایت عدالت در توزیع بیمار بین پرستاران)
- آرشیو سوابق بیماران و پرسنل

در پایان به صورت شماتیک نحوه ورود به سامانه مذکور و گزارشات مربوطه نشان داده شده است:



شکل ۲۴: نحوه ورود به سامانه و انتخاب بخش مورد نظر



شکل ۲۵: نمای انتصاب بیمار به پرستار

پرسنل بخش جاری

نام پرسنل	تعداد بیمار
سیده زهرا جلالی خادعی (پرستار)	۵
مهسا خندان (پرستار)	۶
مرتضی عابدیان (پرستار)	۵
زهرا علیراده (پرستار)	۵
زهرا علیراده (پرستار)	۵
معصومه اسدی (پرستار)	۵

اتاق ۵۵۶

پزشک معالج	پرسنل	بیمار	شماره پرونده	تخت
احمد نژادرحیم	هانیه تیموری دستجردان	فاطمه سبزی کاران علی اکبرزاده	S=9C=1H=5-100-50-85	تخت ۵۱

اتاق ۵۵۷

پرسنل	زمان	زمان	کیف	سختی	سطح	گزارش پرستاری	ویر	ح
هانیه تیموری دستجردان	۱۳:۳۵	۱۹:۳۵	۱۵۵	۱۵۵	۳	توسط آقای اسماعیلی پانسمان شد.		

مريم سرکردهء

شکل ۲۶: تعیین زمان مراقبت پرستار از بیمار، سطح مراقبتی، سختی و کیفیت کار و گزارش بیمار مربوطه

گزارش عدم انتصاب

جستجو اکسل

از تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ تا تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶ بخش: ICU جنرال C شیفت: صبح جستجو

ردیف	نام بخش	شماره پرونده	دفعه مرا...	نام بیمار	نام خانوادگی بیمار	تاریخ عدم انتصاب	شیفت
۱	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-102-16-54	۷	حسین	حلاج	۱۴۰۰/۰۹/۱۴	صبح
۲	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-105-24-16	۱	محمودرضا	بهترک	۱۴۰۰/۰۹/۰۸	صبح
۳	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-105-24-16	۱	محمودرضا	بهترک	۱۴۰۰/۰۹/۱۴	صبح
۴	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-105-46-18	۱	مصطفی	شاکری	۱۴۰۰/۰۹/۱۴	صبح
۵	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-105-49-79	۱	آمنه	هوشیار	۱۴۰۰/۰۹/۰۸	صبح
۶	ICU جنرال C	S=9C=1H=5-71-97-77	۲	علی محمد	سلمانی	۱۴۰۰/۰۹/۱۴	صبح

شکل ۲۷: نمای گزارش موارد عدم انتصاب

مراقبت پرستاری موردی

Not secure | 172.24.128.12/Pages/ReportPersonelAssignment.html#

Google Chrome isn't your default browser Set as default

انتخاب بخش تعاریف عملیات تنظیمات گزارش خروج

گزارش وضعیت انتصاب

جستجو اکسل چاپ

گروه بندی: بدون گروه بندی
از تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱
تا تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶
بخش: بخش جراحی
شیفت: همه موارد
شماره پرونده:
بیمار:
پرستار:
شامل گزارش پرستاری:
شامل توضیحات:
چک می وی پی هر ۸ ساعت به اطلاع اینترن / نادره رسید / ویزیت رزیدنت هر ۸ ساعت به اطلاع دکتر حسینی رسید/مشورت

برای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

ر...	بخش	تاریخ	شیفت	پرستار	شماره پرونده	بیمار	ثبت کند...	سختی	کیفیت...	سطح...	گزارش پرستاری	توضیحات	ویرا...
۱	بخش جراحی	۱۴۰۰/۰۹/۰۱	صبح	محمد ندافان	S=9C=1H=5-1=5-3=5-8=3	شیخ علی بیات	...ims3	۱۰۰	۱۰۰	۳			
۲	بخش جراحی	۱۴۰۰/۰۹/۰۱	صبح	محمد ندافان	S=9C=1H=5-6=1=6-8=6	محمدحسن ایران نژادنجف آبادی	...ims3	۱۰۰	۱۰۰	۳			

شکل ۲۸: نمای گزارش وضعیت بیماران انتصاب یافته

مراقبت پرستاری موردی

Not secure | 172.24.128.12/Pages/ReportCountNursePatient.html

Google Chrome isn't your default browser Set as default

انتخاب بخش تعاریف عملیات تنظیمات گزارش خروج

گزارش تعداد پرستار و بیمار

جستجو

بخش: همه آیتمها انتخاب شده (۸۹)
از تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶
تا تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶

برای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

ردیف	نام بخش	تاریخ	پرستار صبح	پرستار عصر	پرستار شب	بیمار صبح	بیمار عصر	بیمار شب
۱	covid3	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۴	۴	۰	۲۱	۲۱	۰
۲	اطفال ICU	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۳	۳	۰	۵	۵	۰
۳	جراحی ICU	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۷	۷	۰	۱۱	۱۱	۰
۴	ICU جنرال C	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۱۲	۰	۰	۲۳	۲۳	۰
۵	ICU داخلی B	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۳	۳	۰	۴	۴	۰
۶	ICU داخلی D	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۹	۰	۰	۱۸	۱۸	۰
۷	ICU داخلی (پشتیبان) A - covid	۱۴۰۰/۰۹/۱۶	۸	۸	۰	۱۴	۱۴	۰

شکل ۲۹: نمای گزارش تعداد پرستار و بیمار به تفکیک هر بخش

مراقبت پرستاری موردی

Not secure | 172.24.128.12/Pages/ReportStaffPerformance.html

انتخاب بخش تعاریف عملیات تنظیمات گزارش خروج

گزارش عملکرد پرسنل

جستجو اکسل

نام پرستار بخش تا تاریخ از تاریخ

نام پرستار: بخش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶ ۱۴۰۰/۰۹/۱۳

ردیف	سمت	کد ملی	بخش	تعداد شیفت صبح و عصر	تعداد شیفت صبح و ...	تعداد شیفت شب	تعداد شیفت شب ق...	تعداد شیفت ش...
آرزو هزبرعرفی								
۱	کمک پرستار	۶۰۰۳۹۰۸۰	بخش جراحی	۴	۰	۰	۰	۰
جواد سلطانی								
۲	کمک پرستار	۱۰۶۱۰۰۴۶۹۴	بخش جراحی	۲	۰	۲	۰	۰
حامد باقرنیا								
۳	کمک پرستار	۳۶۵۶۱۴۷	بخش جراحی	۴	۰	۰	۰	۰
سیدرضا وحیدمرشد								
۴	کمک پرستار	۵۹۹۳۴۱۶۰	بخش جراحی	۴	۰	۰	۰	۰

172.24.128.12/Pages/ReportStaffPerformance.html#

شکل ۳۰: نمای گزارش عملکرد پرسنل به تفکیک هر بخش

مراقبت پرستاری موردی

Not secure | 172.24.128.12/Pages/ReportSumServiceNurse.html

Google Chrome isn't your default browser Set as default

انتخاب بخش تعاریف عملیات تنظیمات گزارش خروج

گزارش مجموع خدمات پرستاری

جستجو اکسل

کد ملی نام پرستار بخش تا تاریخ از تاریخ

کد ملی: نام پرستار: بخش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶ ۱۴۰۰/۰۹/۰۱

ردیف	کد ملی	بخش	تعداد شیفت صبح و عصر غیر تعطیل	تعداد شیفت صبح و عصر تعطیل	تعداد شیفت شب	تعداد شیفت صبح و عصر
نام و نام خانوادگی پرستار: الهام رحمانی اینچه کیکانلو						
۱	۰۸۷۳۱۳۸۷۳۲	ICU جنرال C	۱	۰	۰	۲
نام و نام خانوادگی پرستار: الهام عطارودی						
۲	۰۹۳۸۹۳۷۰۸۱	ICU جنرال C	۱	۰	۰	۲
نام و نام خانوادگی پرستار: بی بی سمیه رضوی نبی						
۳	۰۹۴۲۰۴۲۳۴۴	ICU جنرال C	۱	۰	۰	۲
نام و نام خانوادگی پرستار: تکتم صادقی ثانی						
۴	۰۹۳۹۰۴۸۷۱۱	ICU جنرال C	۱	۰	۰	۲
نام و نام خانوادگی پرستار: زهره یحیی زاده						

۱ زهره یحیی زاده

شکل ۳۱: نمای گزارش مجموع خدمات پرستاری (تعداد شیفت، حجم مراقبت عمومی، اقدامات کد دارو ...)

گزارش آنلاین

جستجو

بخش: همه آیتمها انتخاب شده (۸۹)

شیفت: صبح

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶

برای گروه بندی بر اساس یک ستون- عنوان ستون را به اینجا بکشید

ردیف	بخش	تعداد تخت	تعداد بیمار	پرستار	نسبت بیمار/پرستار	کمک پرستار	نسبت بیمار/کمک پرستار	خدمات	نسبت بیمار/خدمات	تعداد
۱	ICU جنرال C	۲۱	۲۰	۱۲	۱.۷	۴	۵	۳	۶.۷	۱۲
۲	ICU داخلی D	۱۷	۱۷	۹	۱.۹	۳	۵.۷	۳	۵.۷	۹
۳	ICU داخلی (یشتیان) A - covid	۱۶	۱۳	۸	۱.۶	۳	۴.۳	۰	۰	۸
۴	خدمات پرستاری	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵	خدمات عمومی	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶	اندوسکوپی	۴	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۷	بخش سی سی یو	۱۲	۱۰	۴	۲.۵	۰	۰	۳	۳.۳	۰
۸	بخش سی سی یو	۱۲	۱۳	۴	۳.۳	۲	۶.۵	۱	۱۳	۱
۹	post CCU	۱۰	۱۰	۲	۵	۰	۰	۱	۱۰	۰

شکل ۳۲: نمای گزارش آنلاین (وضعیت تعداد بیمار و پرستار بخش ها و چینش نیروی انسانی در لحظه)

۴-۴-۲) داده های مربوط به حجم فعالیت

یه توضیح خودتون اینجا بزارید لطفا.....

جدول ۷: جمع کل حجم فعالیت بر اساس فعالیت های یک کارمند نمونه در واحد حسابداری درآمد بیمارستان (به ساعت)

عنوان بخش	زمان استاندارد برای هر پرونده	تعداد پرونده بررسی شده	زمان کل
اطفال	۴۰	۱۶۴	۶,۵۶۰
NICU	۶۰	۶۳	۳,۷۸۰
جراحی زنان ۲	۳۰	۹۶	۲,۸۸۰
جنرال ICU	۸۰	۱۷	۱,۳۶۰
داخلی ICU	۸۰	۱۶	۱,۲۸۰
جمع کل بر اساس بخش ها (به دقیقه)			۱۵,۸۶۰
مغایرت گیری لیست های ارسالی (زمان استاندارد برای فعالیت محوله)			۸۴۰
تنظیم لیست تامین اجتماعی (زمان استاندارد برای فعالیت محوله)			۸۴۰
جمع کل بر اساس فعالیت های کارمند (به دقیقه)			۱۷,۵۴۰

۲۹۲	جمع کل بر اساس فعالیت های کارمند (به ساعت)
۱۸۸	ساعت موظف کارمند برای ماه مورد نظر
۱۰۴	ساعت اضافه کار کارمند برای ماه مورد نظر

جدول ۸ : جمع کل حجم فعالیت بر اساس فعالیت های یک کارمند نمونه در واحد حسابداری درآمد بیمارستان (به ساعت)

عنوان بخش	زمان استاندارد برای هر پرونده	تعداد پرونده بررسی شده	زمان کل
سایکوسوماتیک	۴۰	۲۲	۸۸۰
ارودینامیک	۱۵	۶۹	۱۰۳۵
نفرولوژی	۷۰	۶۹	۴۸۳۰
هماتولوژی	۷۰	۵۱	۳۵۷۰
عدالتیان (حضور حاکمیتی)			
جمع کل بر اساس بخش ها (به دقیقه)			
جمع کل بر اساس فعالیت های کارمند (به ساعت)			
ساعت موظف کارمند برای ماه مورد نظر			
ساعت اضافه کار کارمند برای ماه مورد نظر (کسر موظفی)			
			-۸

منابع:

1. Ostavar R, Moosavi A, GHAFARIAN SH, ABBASI MM. Factors Affecting the Motivation of the staff of Yasuj university of Medical Sciences from the point of view of the Managers and the staff. 2003.
2. Soltani I. Any performance management, developing human resources. Isfahan: Arkane Danesh. 2008;59.
3. Kazemi S. Productivity and its Analysis in Organizations. Samt Publication, Tehran, Iran[In Persian]. 1981.
4. Roberts M. Health System Reform. Trans Ahmadvand AR etal Tehran: Ebnesina Cultural Institue Publications. 2006:336-72.
5. Mesbahi M, Tofighi S, ABBAS ZA. Determining Approach to Human Recourse Development:(Nursing Management). 2011.
6. علي ج, ندا ك, محمد ا, بهروز پ, بابك ب. بررسی تاثیر پرداخت مبتني بر عملکرد بر کارايي واحد آزمایشگاه مرکز آموزشي و درمانی امام رضا (ع) تبریز.
7. Raiisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Pay for performance in Shahid hasheminezhad hospital. Health System. 2010;2(1):27-36.
8. Kazemi H. Salary and fee system. Tehran: Management Education Center. 2002.
9. Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide: MacMillan Education; 2000.
10. Movahedi M. Pay-per-performance model with an emphasis on socio-cultural characteristics of Iran (Case study: the staff of universities in Tehran city). Tehran: Allameh Tabatabai University. 2012.
11. Kirschner K, Braspenning J, Jacobs JA, Grol R. Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. BMC Family Practice. 2012;13(1):1-10.
12. Ginige K, Amaratunga D, Haigh R. Mapping stakeholders associated with societal challenges: A Methodological Framework. Procedia engineering. 2018;212:1195-202.
13. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.
14. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.
15. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M-H, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis. Motaleate Shahri. 2021;10(37):71-84.
16. Lin X, Ho CM-F, Shen GQ. For the balance of stakeholders' power and responsibility: A collaborative framework for implementing social responsibility issues in construction projects. Management Decision. 2018.
17. آقاجانی, اولیایی منش, معنوی, روناسیان, راضیه, یوسفوند, et al. بررسی اثربخشی و روند پیاده سازی نظام جدید پرداخت مبتنی بر عملکرد در مقایسه با نظام نوین اداره بیمارستان ها در طرح تحول نظام سلامت. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۸;۲۰(۴):۲۱۳-۲۵.
18. Milkovich G. T, & NEWMAN, JM Compensation. Homewood, IL: BPI/Irwin; 2008.
19. Pfau B, Kay I. The hidden human resource: Shareholder value—finding the right blend of rewards, flexibility, and technology to manage your people adds measurable value to the corporate bottom line. Optimize Magazine. 2002.

- Arab M, Fazaeli S, Mohammadpoor M, Pirmoazen V, Yousefi M. Estimating the number of 20.
needed personnel in reception department of Children Clinic Center of Tehran Medical University with
work and time measuring. *Hospital J.* 2010;8(3-4):1-8.
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N, Wilson P. Estimating health workforce needs for 21.
antiretroviral therapy in resource-limited settings. *Human resources for health.* 2006;4(1):1-16.
- Al-Kandari F, Thomas D. Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing, and 22.
shift rotation in Kuwaiti hospitals. *Applied nursing research.* 2008;21(3):139-46.
- Nadimi B. Estimating the number of needed personel for educational sector in faculties of 23.
medical sciences.(based on work and time measurement): Tabriz University of Medical Sciences, School
of Management and Medical ...; 2016.
- Mehdi Y, Maryam A, Somayeh F. Staff Management Based On Performance: Application Of A 24.
Work Measurement Model In Hospital. *Payavard salamat.* 2014;8(1).
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for- 25.
performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England journal of medicine.*
2006;355(4):375-84.
- مهرآرا، محسن. اقتصاد سلامت. موسسه انتشارات و چاپ: دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۷. 26.
- راد م، مترجم. ساز و کارهای پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در نظامهای بیمه درمانی. تامین اجتماعی. 27.
۳۲-۹:(۱)۶:۲۰۰۴.
- راد م، مترجم. ساز و کارهای پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در نظامهای بیمه درمانی. تامین اجتماعی. 28.
۳۲-۹:(۱)۶:۱۳۸۳.
- Kuo RN, Chung K-P, Lai M-S. Effect of the pay-for-performance program for breast cancer care 29.
in Taiwan. *Journal of Oncology Practice.* 2011;7(3S):e8s-e15s.
- Hajavi A, Haqani H, Akhlaqi F, Mehdi Pur U. Evaluating the performance of the medical records 30.
departments of mashhad medical university teaching hospital (1381). *Journal of health administration.*
2005;7(18):7-13.
- De Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic 31.
review of the literature. *BMC health services research.* 2011;11(1):1-14.
- Mitchell J, Cromwell J, Trisolini M, Greenwald L, Pope G. Pay for performance in health care: 32.
Methods and approaches. 2011.
- Dieleman M, Toonen J, Touré H, Martineau T. The match between motivation and performance 33.
management of health sector workers in Mali. *Human resources for health.* 2006;4(1):1-7.
- Vasset F, Marnburg E, Furunes T. The effects of performance appraisal in the Norwegian 34.
municipal health services: a case study. *Human resources for health.* 2011;9(1):1-12.
- Abduljawad A, Al-Assaf AF. Incentives for better performance in health care. *Sultan Qaboos 35.
University Medical Journal.* 2011;11(2):201.
- Locke RG, Srinivasan M. Attitudes toward pay-for-performance initiatives among primary care 36.
osteopathic physicians in small group practices. *Journal of Osteopathic Medicine.* 2008;108(1):21-4.
- Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: 37.
implications for health system performance and accountability: McGraw-Hill Education (UK); 2014.
- SORBERO ME, DAMBERG CL, SHAW R, TELEKI SS, LOVEJOY SL, DECRISTOFARO AH, et al. 38.
Assessment of pay-for-performance options for Medicare physician services. Final Report. 2006:May
2006.
- Turner N, Barling J, Dawson JF, Deng C, Parker SK, Patterson MG, et al. Human resource 39.
management practices and organizational injury rates. *Journal of safety research.* 2021;78:69-79.
- Khastar H, Vasegh B, RADMAND M, MEHRABI KA, MAN AAM. The role of human resource 40.
planning in organizational strategy implementation. 2009.

- Shimon L. Dolan RSS. Personnel and Human Resource Management in Canada: West Group; 1987. 41.
- Yousefi M, Ahmadi M, Fazaeli S. Staff Management Based On Performance: Application Of A Work Measurement Model In Hospital. Payavard Salamat. 2014;8(1):79-89. 42.
- Marashi SN. Time measurement systems: Basir Entrepreneurs; 2007. 43.
- مرعشی ن. ارزیابی کار و زمان (همراه با مثالها و مسائل): کارآفرینان بصیر; ۱۳۸۵. 44.
- محمد عجعج. اثر بخشی نظام های پرداخت در سازمان های بهداشتی درمانی. مجله مدیریت. ۱۱۹;۲۰۰۷. 45.
- محمودی ح, زاهدی, فرزانه. عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۶-۱۳(۳):۱۶-۱۳. 46.
- بهادری, محمدکریم, بابایی, منصور, مهربان, فردین. اولویت بندی مولفه های موثر بر انگیزش شغلی درکارکنان یک مرکز نظامی به روش تحلیل سلسله مراتبی. مجله طب نظامی. 2013;14(4):237-44. 47.
- فرخ م, رضاقلی و, محمد ا, کمال ق, ناصر م. تاثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه پزشکی خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی. 48.
- نظری م, دیوانداری ع, رایج ح, حمزه. بررسی تأثیر پرداخت های مبتنی بر عملکرد فردی و گروهی و تفاوت پرداخت بر عملکرد با روش مدل سازی خطی سلسله مراتبی (HLM) (مورد مطالعه: بانک ملت). مجله علمی "مدیریت فرهنگ سازمانی". ۷۲-۹۴۵(۳):۱۳-۲۰. 49.
- عباسی, طیبیه, منوریان, رضانژاد, توحید. شناسایی و تبیین موانع استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در سازمان های دولتی. پژوهش های مدیریت منابع انسانی. ۳۳-۱۰۹(۸):۲۵-۱۶. 50.
- متقی, پیمان, عسگری, رضایی, یوسف. نظام جبران خدمت مبتنی بر عملکرد: نقش تعدیل کننده تیپ های شخصیتی دیسک. پژوهش های مدیریت منابع سازمانی. ۹۳-۱۷۱(۳):۱۶-۲۰. 51.
- دیوانداری, نظری, جوادین س, کریمی ح, رایج, حمزه. بررسی چگونگی تأثیر جبران خدمات بر عملکرد فردی: بررسی نقش میانجی انگیزش درونی و تعدیل کننده خودکامیابی و انتظار دریافت پاداش (مطالعه موردی: بانک ملت). مدیریت بازرگانی. ۹۴-۶۷۳(۳):۱۰-۲۰. 52.
- نژاد ع, یوسفی, پور ا, حسین, پورت, علی. et al. بررسی حجم فعالیت های حوزه ی مبارزه با بیماری ها (پیشگیری) در مراکز بهداشتی درمانی: کاربرد یک مدل مطالعه کار و زمان. مجله پیآورد سلامت. ۸۸-۱۷۶(۲):۱۴-۲۰. 53.
- goraki e, masoumi r, negahdari s, masoumi s. Estimating required administrative staffing based on timing method in Shiraz University of Medical Science. Strategic Management Researches. 2017;23(64):119-34. 54.
- Milkovich GT, Gerhart B, Hannon J. The effects of research and development intensity on managerial compensation in large organizations. The Journal of High Technology Management Research. 1991;2(1):133-50. 55.
- Becker BE, Huselid MA. The incentive effects of tournament compensation systems. Administrative Science Quarterly. 1992;336-50. 56.
- DeVaro J. Strategic promotion tournaments and worker performance. Strategic Management Journal. 2006;27(8):721-40. 57.
- Heyman F. Pay inequality and firm performance: evidence from matched employer–employee data. Applied Economics. 2005;37(11):1313-27. 58.
- Lyons FH, Ben-Ora D. Total rewards strategy: The best foundation of pay for performance. Compensation & Benefits Review. 2002;34(2):34-40. 59.
- Sturman MC, Trevor CO, Boudreau JW, Gerhart B. Is it worth it to win the talent war? Evaluating the utility of performance-based pay. Personnel Psychology. 2003;56(4):997-1035. 60.
- Maglieri KA. Evaluation of performance under various pay systems: University of Nevada, Reno; 2007. 61.
- Lee KW, Lev B, Yeo GHH. Executive pay dispersion, corporate governance, and firm performance. Review of Quantitative Finance and Accounting. 2008;30(3):315-38. 62.
- Fredrickson JW, Davis-Blake A, Sanders WG. Sharing the wealth: Social comparisons and pay dispersion in the CEO's top team. Strategic Management Journal. 2010;31(10):1031-53. 63.

Eiselt HA, Sandblom C-L. Linear programming and its applications: Springer Science & Business Media; 2007. 64.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به‌کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت برروی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات بپردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم‌یاری کند.



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

nihr.tums.ac.ir