

## بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان ۱۳۹۳ - یک مطالعه کیفی

محمد رضا توکلی<sup>۱</sup>، سعید کریمی<sup>۲</sup>، مرضیه جوادی<sup>۳</sup>، علیرضا جباری<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) ابلاغ گردید. مطابق این طرح درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به پرسنل آن اختصاص می‌یافت. این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستان‌ها اجرا شد. در اوایل مهر ۱۳۹۳ دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان طرح مبتنی بر عملکرد با هدف رفع نواقص طرح قبلی مورد بازبینی قرار گرفت و در مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان به اجرا درآمد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بود.

**روش پژوهش:** تحقیق حاضر به شیوه کیفی بود. از مصاحبه عمیق برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. نمونه‌های مورد بررسی یازده نفر از مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و مسئولین بیمارستان‌ها بودند که به روش هدف‌مند انتخاب شدند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس بر روی کاغذ نوشته شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۶۰ دقیقه متغیر بود. روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود.

**یافته‌ها:** در این پژوهش، بر اساس تحلیل چارچوبی موضوعی انجام شده ۶ زیر موضوع و ۳ موضوع اصلی بدست آمد. این سه موضوع اصلی عبارتند از: تدوین سیاست‌ها، تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و بسترسازی و آماده کردن زیرساخت‌ها.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) را نشان می‌دهد. بر این اساس به منظور کارآمدتر بودن سیستم سلامت، بایستی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد به خوبی بررسی شود و با برطرف کردن چنین نقاط ضعفی بتوان با اجرای طرح جدید باعث رضایت‌مندی بیشتر پزشکان و پرسنل را فراهم نمود.

**کلید واژه‌ها:** بیمارستان، نظام پرداخت، مدیران ارشد، کارانه.

۱- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، نویسنده مسئول، پست الکترونیک: moslem6868@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

می‌دهد و شامل: هزینه‌های بیماران و سیستم مرجع قیمت‌گذاری داروهای [۶،۷].

از بیمارستان می‌توان به عنوان یکی از پیچیده‌ترین سازمان‌ها نام برد. محلی که تقریباً اکثر افراد در آن به دنیا می‌آیند و در آن از دنیا می‌روند. کار در بیمارستان غالباً به صورت تیمی است. تیمی در نهایت ناهمگونی، افرادی با حداقل تحصیلات ممکن که در کنار عالی‌ترین سطوح تحصیلی در رشته‌های مختلف مشغول فعالیت‌اند. تنوع شغلی در محیط بیمارستان بسیار فراوان است. از برق و تاسیسات گرفته تا پلیس و انتظامات، از پزشک و پرستار تا حسابدار و کارپرداز، از کار در آزمایشگاه و داروخانه تا لثری و استریلیزاسیون و از دریافت حداقل حقوق‌ها و درآمد گرفته تا درآمدهای قابل توجه و مثال زدن، اما این نظام پیچیده، اقتصادی پیچیده‌تر دارد که در بیمارستان‌های دولتی خصوصاً پس از طرح خودگردانی بیمارستان‌ها بر پیچیدگی آن افزوده شد [۵]. در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان‌ها، و افزایش اختیارات بیمارستان‌ها برای اداره هر چه مطلوب‌تر امور اجرایی، توسط وزارت بهداشت وقت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید و به بیمارستان‌های دولتی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی نمایند. با وجود این که این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود [۳]. مطابق این طرح درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می‌یابد و پس از کسر دیگر هزینه‌ها، الباقی مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می‌گیرد [۴]. این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستان‌ها اجرا شد. در اوایل مهر ۱۳۹۳ دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان طرح مبتنی بر عملکرد با اصلاحات زیاد طرح قبلی و رفع نواقص طرح قبلی مورد بازبینی قرار گرفت و تا اواخر خرداد ماه ۱۳۹۴ در مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان به صورت آزمایشی اجرا شد و از اوایل تیرماه ۱۳۹۴ به صورت قطعی

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به عنوان یکی از مهمترین دغدغه‌های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته تا به گونه‌ای نظام‌مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند [۱]. با توجه به این که در بیمارستان‌ها نیز همانند سایر سازمان‌ها، انسان به عنوان محور اصلی سازمان نقش اساسی را ایفا می‌کند و کارکنان بر اساس قوانین و مقررات دولتی مشغول به کار می‌شوند، عدم کفایت حقوق و دستمزد یا نا عادلانه و ناکارآمد بودن سیستم پرداخت، باعث رواج مشکلاتی از قبیل: نارضایتی کارکنان، غیبت، ترک خدمت، اعتصاب و شکایت یا دیگر مشکلات سازمانی می‌گردد [۲]. بنابراین هدف مدیریت در سازمان، جذب، نگهداری و بالنده‌سازی نیروی انسانی شایسته است که در این راه طراحی نظام پرداخت عادلانه یکی از مهم‌ترین عوامل تحقق این هدف به شمار می‌رود [۳].

پول تأثیر مهمی بر انگیزش افراد و رفتار مرتبط با کارشان در سازمان دارد. روانشناسان معتقدند بسیاری از نیازهای افراد به طور مستقیم یا غیرمستقیم توسط پول ارضا می‌شود، بنابراین تردیدی وجود ندارد که پول هنوز هم مهم‌ترین انگیزاننده است. با توجه به این که انگیزه‌های مالی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت هستند و آثار فراوانی روی سازماندهی نظام سلامت و کمیت و کیفیت خدمات دارند، مجریان بخش سلامت، در طراحی یک نظام پرداخت باید آثار قدرتمند انگیزه‌ها را بر رفتار خریدار و فروشنده مورد توجه قرار دهند [۴ و ۵]. در کشورهای پردرآمد، از جمله ابزارهای کنترل و محدود کردن هزینه بهداشت عمومی که مورد توجه مجریان نظام سلامت قرار گرفته است عبارتند از: ۱. روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان که قیمت و کمیت مراقبت بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شامل: کارانه، پرداخت‌های موردی، پرداخت‌های روزانه، پرداخت‌های سرانه، حقوق و بودجه است. ۲. معیارهای محدودیت هزینه که رفتار بیماران را تحت تأثیر قرار

در این مطالعه هم برای کسب اعتبار تبحر محقق نیز، با استفاده از راهنمایی‌ها، تجربه و کمک اساتید راهنما و مشاور، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور، از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم محقق دست به شروع کار زد. برای بالابردن قابلیت اطمینان کدها پس از استخراج، به برخی از مشارکت‌کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن لینک‌نوگو با استفاده شد. این معیار معادل اعتبار و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین جهت چهار معیار اعتبار، تاییدپذیری، قابلیت

اعتماد و انتقال‌پذیری مورد بررسی قرار گرفت [۸].

روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی نوعی تحلیل محتوای داده‌هاست که طبقه‌بندی بر اساس موضوعات انجام می‌شود. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هفت مرحله و شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آنها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علائم بازتابی، ثبت علائم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد به طوری که پژوهش‌گران در داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شدند. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی از یکدیگر مجزا گردید و سپس آنها در هم ادغام شدند و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. مرحله چهارم و پنجم ثبت علائم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به

به اجرا درآمد. این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها و اصلاحی‌های بعدی آن بود. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبلی باشد، با درآمدهای بخش محل فعالیت آن اندر قالب یک تفاهم نامه بود. بر این اساس این پژوهش با هدف مطرح نمودن روش پرداخت طرح مبتنی بر عملکرد به منظور یافتن نقاط ضعف این طرح با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران می‌باشد تا نتایج آن را در اختیار مسئولان قرار دهد تا برای هر چه بهتر اجرا کردن این طرح اقدامات لازم را انجام دهند.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود که با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام گردید. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه عمیق بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و مسئولین بیمارستان‌ها بودند که دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت و آشنا به طرح مبتنی بر عملکرد بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

بر این اساس ۱۱ مصاحبه حضوری انجام شد که یک نفر از آنها از اعضای هیات علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت بود. دو نفر از آنها کارمند، با سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت و هشت نفر بقیه از مدیران ارشد و میانی، با سابقه طولانی مدت کار در سیستم سلامت و مدیریت نظام سلامت بودند. محل مصاحبه‌ها در دفتر مدیریت بیمارستان‌ها، ستاد مرکزی دانشگاه و اتاق اعضای هیات علمی دانشکده‌ها بود. در این مطالعه هم پس از تهیه یک راهنمای مصاحبه، تمامی مصاحبه‌ها انجام شد که در آن مصاحبه‌ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط شد. این کار به منظور بالابردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته‌ها انجام شد. طول زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود.

وجود می‌آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. در مرحله ششم کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. در نهایت داده ها در طبقه بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر هستند، قرار گرفتند و سپس تم‌ها انتزاع و پیشنهادات ارائه شدند.

### یافته‌ها

بر اساس تحلیل چارچوبی موضوعی انجام شده ۶ زیر موضوع و ۳ موضوع اصلی در این بخش بدست آمد. این سه موضوع اصلی عبارتند از: تدوین سیاست‌ها، تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و بسترسازی و آماده کردن زیرساخت‌ها. (شکل ۱)

مشارکت کنندگان نقاط ضعف طرح را در زمینه‌های مختلف از جمله تدوین سیاست‌های دستورالعمل جدید طرح کارانه، تاخیر در ابلاغ دستورالعمل دستورالعمل جدید طرح کارانه و بسترسازی و آماده کردن زیرساخت‌ها مطرح نمودند.

۱- تدوین سیاست‌های دستورالعمل جدید طرح کارانه (الف) نحوه پرداخت کارانه

یکی از مشارکت‌کنندگان، پیچیدگی در محاسبه‌ی کارانه در دستورالعمل طرح جدید را مطرح نمود که هنوز هم در بیمارستان‌های کشور اجرایی نشده است.

"اما جدیداً وزارت بهداشت و درمان برای همین طرح تحول سلامت از مهرماه یک دستورالعمل جدیدی که تازه ابلاغ شده یعنی نوشته که از مهرماه باید اجرایی شود ولی از اسفندماه اجرایی شده هنوز هم روش اجرایی مشخص نشده احتمالاً دیگه سال ۹۴ مشخص می‌گردد. خیلی پیچیدگی خاصی داره. حالا کارشناسان می‌گن بر اساس این دستورالعمل جدید، کارانه پرسنل افزایش قابل توجهی داره اما در عمل فعلاً مشخص نیست. هنوز هیچ بیمارستانی توی کشور دستورالعمل رو اجرایی نکرده" (مصاحبه شماره ۶).

مشارکت‌کننده در خصوص نحوه پرداخت کارانه و محاسبه پلکانی میزان کارانه پزشکان در طرح جدید توضیح داد و بیان نمود که درآمد بالاتر در این طرح

کارانه کمتری می‌گیرد که این موضوع اعتراض پزشکان را به دنبال داشته است.

"توی این طرح جدید، کارانه پزشک به صورت پلکانی هستش یعنی اومده گفته اون پزشکی که کل درآمدش بین صفر تا ده میلیون، ۹۰ درصد پرداخت میکنن، اونهایی که ده تا ۲۰ میلیون، ۷۰ درصدش رو، ۲۰ تا ۳۰ میلیون ۵۵ درصدش رو همین‌طور پلکانی هرچه درآمد زیاد میشه رقم کارانه کمتر میشه که اعتراض پزشک‌ها رو به دنبال داشته" (مصاحبه شماره ۶).

مشارکت‌کننده از احتمال نتیجه معکوس از محاسبه پلکانی کارانه پزشکان و افزایش تمایل پزشکان به کار در مراکز خصوصی سخن گفت.

"اما این دستورالعمل جدید که آمده و کارانه پزشک‌ها رو پلکانی کرده من فکر کنم بر عکس بشه یعنی پزشک‌هایی که فول‌تایم هستن ممکنه بر عکس بشه یعنی انگیزه برای پزشک‌ها ایجاد کنه که اونهایی هم که فول‌تایم هستن خودشان رو از فول‌تایمی در بیارن. چون پزشک فول‌تایم اجباراً باید بتونه توی بیمارستان‌های دولتی کار بکنه. حق این که توی بخش خصوصی کار بکنن رو ندارن اگر باعث بشه که کارانه پزشک‌های فول‌تایم کاهش پیدا بکنه خب پزشک‌ها میباید درخواست میدن که از فول‌تایمی در بیان و ازاد باشن که برن توی بخش خصوصی کار بکنن چون اونها دیگه این گیر و بند دولتی رو ندارن" (مصاحبه شماره ۶).

یکی از مشارکت‌کنندگان تأکید کرد که پرداخت به ازای خدمت به علت بحث مسائل کیفیت روش مناسبی برای پرداخت به کادر درمان نیست.

"پرداخت به ازای خدمت توی کارهای پزشکی روش در واقع خیلی خوبی نیست. در واقع جزء رده‌های پایین‌ترین‌هاست برای پرداخت به پزشکان یا کادر درمانی کلاً. علت این هم که پرداخت به ازای خدمت خیلی پذیرفته شده نیست، به خاطر بحث مسائل کیفیت. می‌گن اگه همه تمرکز ما روی کمیت خدمات باشه، بعد کیفیت این وسط کجا دیده شده" (مصاحبه شماره ۵).

یکی از مشارکت‌کنندگان، عدم اشتیاق و انگیزه پزشکان به فول‌تایم شدن با وجود پرداخت‌های به موقع و بهتر در طرح جدید و نیز احتمال انصراف برخی پزشکان تمام وقت را مطرح نمود.

"با اجرای طرح تحول پزشکی به فول‌تایم‌های ما اضافه نشده، یعنی هیچ درخواستی نداشتیم از پزشکانی که غیر فول‌تایم هستن مشتاق باشن بیان فول‌تایم باشن. یعنی با اینکه پرداخت‌ها خیلی خوب شده، با اینکه پرداخت‌ها به موقع داره ایجاد میشه ولی باز هم انگیزه برای پزشکها ایجاد نکرده. برعکس. یکی دوتا شون که فول‌تایم هم هستن متقاضی اند که از فول‌تایم دریابن" (مصاحبه شماره ۶).

(د) استفاده از سیستم متمرکز یکی از مشارکت‌کنندگان از عدم تفویض اختیار به دانشگاه در تغییر درصد کارانه در دستورالعمل جدید سخن گفت.

"که حالا توی جدید اومدن این اختیار رو از دانشگاه گرفتن. در طرح قدیم مجوز در اختیار خود دانشگاه بود ولی در طرح جدید مجوز از تهران‌ها این عیب گذشته بود که به اصطلاح الان برطرف شده" (مصاحبه شماره ۲).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری به کم‌رنگ شدن تمرکززدایی در طرح جدید اذعان داشت.

"توی طرح جدید این مکانیسم‌ها خیلی کم‌رنگ دیده شده یعنی گفتن هر سوالی داشتن بفرستین تهران تا ما بررسی بکنیم" (مصاحبه شماره ۷).

(ه) ضعف ابزارهای نظارتی و کنترلی در طرح جدید یکی از مشارکت‌کنندگان، دیده نشدن اهرم‌های کنترلی و نظارتی را در طرح جدید مطرح نمود.

"شما اگه بخواهید به مجموعه رو مدیریت بکنید باید اهرمی دستتون باشه برای مدیریت کردن، الان هم نمیشه این کار. توی دستورالعمل هم این نبود که باید همین جوری اجرا بشه" (مصاحبه شماره ۹).

یکی از مشارکت‌کنندگان هم بر عدم نظارت بر عملکرد متخصصین هم در طرح قدیم و هم در طرح فعلی اشاره داشت.

مشارکت‌کننده‌ی دیگری هم این موضوع را مطرح نمود که با وجود این که میزان پرداختی از جیب مردم کاهش یافته است اما تبعیضات قبلی موجود در پرداخت کارانه در طرح تحول سلامت هم وجود دارد.

"امسال رو شما ببین که طرح تحول سلامت اومده و مریض ده درصد هزینه رو میده. برگردین به سال‌های قبل می‌بینید که عمده هزینه‌های درمان رو مریض میداده و نکته مهم اون تبعیضات هم که به قوت خودش باقی است." (مصاحبه شماره ۹).

یکی از مشارکت‌کنندگان به بالاتر بودن سهم پزشکان در کارانه در طرح تحول نظام سلامت اشاره نمود.

"الان زمره‌ای که هست اینه که ۶۰ درصد از کارانه کلا برای پزشک باشد. درصد کارانه غیر پزشک هم نمیدونیم چقدره" (مصاحبه شماره ۱).

(ب) طرح ارتقا ویزیت یکی از مشارکت‌کنندگان مطرح نمود که طرح ارتقا ویزیت به علت دیده نشدن ساختار و پیش‌زمینه لازم آن بیمارستان را دچار چالش می‌کند.

"ما الان طرح ارتقا ویزیت از طریق وزارتخونه اومده که الان متخصصین ۶-۸ ساعت بیشتر مریض نبینند و به سری تشویق‌های مالی هم گذاشتن که ارتقا ویزیت بدیم. خب خیلی خوب و عالی در ظاهر. ما به جای این که ۱۵ مریض در ساعت ببینیم ۶ تا ۸ تا دونه مریض می‌بینیم و ارتقا ویزیت پیدا می‌کنیم. خب! حالا ما به عالمه بیمار داریم اینجا که می‌اند برای مشهورترین متخصصان ما توی صف می‌ایستند. ما به متخصصی که تا امروز داشته ۵۰ تا ۶۰ تا مریض ببینه بهش بگیم که ۲۴ تا مریض ببین. اولین چالش رو خودمون پیدا میکنیم چرا؟ چون مردمی که توی انتظار نوبت هستن ۴ ماه توی نوبت می‌مونن و یه نوبت هم گیرشون نمیداد چون جراح یه تعدادی مریض رو عمل کرده اینها رو که نمی‌تونه ببینه که. چون مریض عمل کرده و الان سوال داره از پزشکش که من دو هفته پیش عمل کردم الان میخوام سوال کنم. خب پزشک ما هم اگه بخواد این تعداد مریض ببینه دیگه نمی‌بینه" (مصاحبه شماره ۵).

(ج) جذب پزشکان تمام وقت در بیمارستان‌های دولتی

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، سه نقطه ضعف اصلی به دست آمده عبارتند از: در تدوین سیاست‌ها، در تأخیر در ابلاغ دستورالعمل و در بسترسازی و آماده کردن زیرساخت‌ها. فلسفه اصلی به کارگیری طرح‌های تشویقی مادی به عنوان یک محرک و انگیزه این است که این گونه طرح‌ها ارتباط مستقیمی بین کارکرد و میزان پاداش دریافتی به وجود می‌آورد. درآمد پولی مهم‌ترین روابط کارمند و کارفرماست. پیش نیاز روابط سالم آن است که کارمند اولاً مقدار معینی درآمد داشته باشد که برای نگهداری خود و خانواده‌اش کفایت نماید. ثانیاً، به طور کلی خود در مقایسه با اشخاص دیگر که همین کار را انجام می‌دهند نسبت به درآمد خود احساس رضایت و خشنودی نماید [۹]. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرح مبتنی بر عملکرد هم‌چنان دارای نقاط ضعف می‌باشد. یکی از نقاط ضعف اجرای این طرح بعد از اصلاح و بازبینی صورت گرفته در آن تدوین نادرست سیاست‌های طرح جدید بود. در زمینه سیاست‌های طرح جدید به نظر می‌رسد پرداخت پلکانی و مبتنی بر عملکردها هم‌چنان تبعیضاتی را به همراه خواهد داشت و با سیاست پرداخت کارانه کمتر به پردرآمدها (پزشکان)، اعتراض آنها را به دنبال خواهد داشت. هم‌چنین طرح ارتقا ویزیت باعث طولانی شدن صف انتظار و در نهایت عدم رضایت بیماران در کوتاه مدت خواهد شد. طرح تمام وقت شدن پزشکان در بیمارستان‌های دولتی در صورت عدم رقابت با بخش خصوصی انصراف پزشکان از بخش دولتی را به همراه خواهد داشت. دیده نشدن اهرم‌های کنترلی و نظارت بر پزشکان به قوت خود در طرح جدید نیز وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهد کارکنان پیوند ضعیفی بین عملکرد و پرداخت احساس می‌کنند. از طرف دیگر آنها پرداخت را وابسته به فاکتورهای غیرعملکردی هم‌چون مقام و طول خدمت می‌دانند. در واقع سیستم‌های پرداخت متغیر و به ویژه سیستم‌های پرداخت تشویق می‌خواهد که این پیوند را پررنگتر کند. عبارت "اگر بیشتر تولید کنی بیشتر می‌گیری" یک پیوند فوری و

"هیات نظارتی که ما داشتیم اصلاً روی عملکرد متخصصین نظارتی نداشت" (مصاحبه شماره ۷).

(و دیده نشدن رقابت بخش دولتی با بخش خصوصی یکی از مشارکت‌کنندگان، عدم اعمال نظارت بر بخش خصوصی را در مقابل پلکانی کردن کارانه پزشکان در بخش دولتی مطرح نمود.

"یعنی الان که وزارت بهداشت اومده برای کارانه پزشک‌ها طرح پلکانی گذاشته ولی برای بخش خصوصی هیچ نظارتی نیست و آزاده! ببینید حرف من اینه که اگه ما اومدیم همه نظارت‌ها رو برای بخش دولتی گذاشتیم و بخش خصوصی رو رها کردیم، گفتیم بخش خصوصی هر طور بخواد به پزشکش پرداخت بکنه، خب این نتیجه‌ش چی میشه؟" (مصاحبه شماره ۶).

ز) تأخیر در ابلاغ دستورالعمل جدید طرح کارانه یکی از مشارکت‌کنندگان تأخیر در ابلاغ دستورالعمل نهایی و احتمال اختلال در پرداخت کارانه را مطرح نمود. "اگر دستورالعمل نهایی نیاد ما از مهر نمی‌تونیم کارانه پرداخت کنیم. الان دستورالعمل هیچی نداریم. الان هیات نظارت چیزی نیست و بیشتر به حالت دوران گذر که اون قبلی که تا پایان برج شش بود، اون دیگه باطل شده از دیدگاه همه و از اول مهرماه یک قانون جدید می‌خواد بیاد که هنوز نیامده" (مصاحبه شماره ۱).

۲- بسترسازی و آماده کردن زیرساخت‌ها یکی از مشارکت‌کنندگان مشکلات اجرایی دستورالعمل جدید طرح کارانه را به علت آماده نبودن بسترهای اجرای آن مطرح نمود.

"کلیه دستورالعمل‌ها و اینها تا چند ماه گذشته با همون روش قبلی بوده با همون دستورالعمل قبلی بوده که الان بهش می‌گن نظام کهنه و دستورالعمل جدید که مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی و پرسنل غیر پزشک هستش که آخرهای سال ۹۳ ابلاغ شده ولی به علت این که به مقدار در اجرا مشکلاتی وجود دارد و بسترهاش آماده نیست، هنوز هیچ بیمارستانی این رو کامل اجرا نکرده است" (مصاحبه شماره ۸).

نباشد به دلیل این که موفقیت از طریق ابزارهای ملموس مشخص خواهد شد به طور غیرمستقیم باعث ایجاد انگیزه می‌شود و این پیام را که عملکرد عالی بسیار برای سازمان مهم است و باید به آن پاداش داد را منتقل خواهد کرد و این همان چیزی است که مهم است و در ازای آن پرداخت صورت می‌گیرد. به طور کلی پرداخت مبتنی بر عملکرد، به دلیل افزایش انگیزه کارکنان برای انجام بهتر وظایف و توسعه شایستگی، نشان دادن اهمیت عملکرد و شایستگی کارکنان سازمان و در نهایت عادلانه بودن سیستم پرداخت پاداش براساس عملکرد و میزان مشارکت افراد در بسیاری از سازمان‌ها مورد توجه قرار گرفته است [۱۱].

آیتم‌هایی نظیر نحوه‌ی محاسبه کارانه به شکل پلکانی و دادن کارانه کمتر به پردرآمدها، نظارت قوی‌تر بر پزشکان با قراردادن آیتم‌هایی چون حضور و غیاب و میزان رسیدگی به پرونده‌های بیماران و اصلاح و کاهش تفاوت در پرداخت و نیز نزدیک شدن پرداخت‌ها در گروه‌های مختلف پزشکی می‌تواند تا حدود زیادی باعث افزایش رضایت پرسنل و بیماران گردد. یکی از موارد مهم اجرای این طرح تغییر در نحوه پرداخت کارانه است. این امید وجود دارد که با تغییر در نحوه پرداخت پاداش‌های مالی کارکنان به صورت عادلانه و مبتنی بر عملکرد، انگیزش و رضایت شغلی کارکنان را به همراه داشته باشد و در نتیجه منجر به تغییراتی در امر مراقبت و درمان بیماران نیز گردد. با بررسی نقاط ضعف طرح پیشنهاد می‌گردد برای بهتر اجرای شدن طرح پایش مستمر و نظارت قوی‌تر بر طرح ادامه پیدا کند تا طرح به اهداف اصلی خود که رضایت پرسنل و بیماران است برسد.

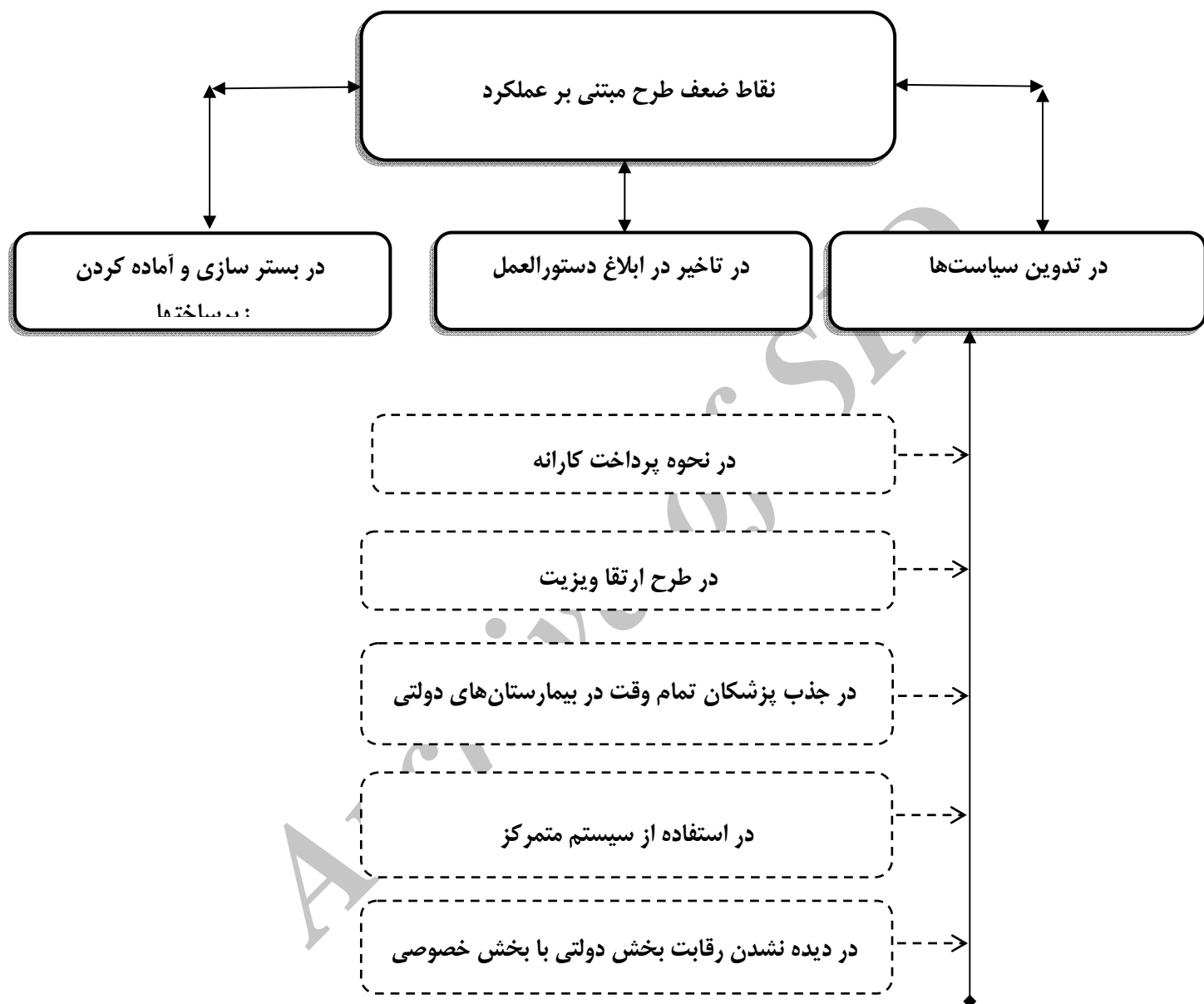
بلافاصله بین این دو مولفه ایجاد می‌کند [۲]. حسن‌پور و همکاران وی در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که زمان ویزیت در کشورهای توسعه یافته از سایر کشورهای در حال توسعه کمتر بود [۱۰].

آمسترانگ در مطالعه‌ای برخی از معایب پرداخت مبتنی بر عملکرد را ذکر نمود: ۱. عدم ایجاد انگیزش در کارکنان به صورت قطعی و مستقیم ۲. دشواری ارزیابی عملکرد واقع‌بینانه به دلیل درجه‌بندی غیرمنصفانه، ذهنی یا ناسازگار ۳. آسیب دیدن کار تیمی به علت ماهیت فردگرایی ۴. ایجاد کوتاه‌نگری به دلیل تعقیب نتایج کوتاه مدت و آنی به جای تحقق اهداف بلندمدت [۱۱]. بعضی از نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و عدم بسترسازی مناسب در خصوص اجرایی شدن طرح نیز از دیگر نقاط ضعف مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان در خصوص طرح مبتنی بر عملکرد بود. مطالعه مرتبط عبادی و همکاران نشان داد که از نظر پرستاران و مدیران، روش کارانه بر عملکرد پرستاران تأثیر قابل توجهی نداشته و اکثر آنها از روش فعلی ناراضی هستند و اجرای آن را چیزی جز تحمیل هزینه به سازمان نمی‌دانند. طرح کارانه در ایران نشان می‌دهد که این طرح از ابتدا و قبل از اصلاح آن دارای ضعف‌هایی در زمینه قانون‌گذاری و دستورالعمل اولیه بوده است و شاید عدم اجرای صحیح و کامل آن نیز از همین ضعف‌ها ناشی می‌گردد [۱۲]. بررسی‌های اخیر در آمریکا نشان می‌دهد طرح‌های اولیه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سراسر این کشور به وسیله برنامه‌های گوناگون بخش سلامت و برنامه‌های به عمومی که متجاوز از صد مورد است ضمانت می‌شود [۱۳، ۱۴]. این مطالعات ضعف اولیه در ساختار طرح و نیاز به رسیدگی به آن و همچنین اجرای موفقیت‌آمیز طرح کارانه در صورت تدوین صحیح این دستورالعمل را تأیید می‌کند که با مطالعه حاضر همسو است.

براساس مطالعات انجام شده در بسیاری از سازمان‌ها مزایای این روش پرداخت بیشتر از معایب آن است. حتی اگر این روش به طور مستقیم انگیزاننده قوی

شکل ۱ - نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد





## Reference:

- 1- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2008.
- 2- Raeisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Fee for Service (FFS) payment on the basis of performance in Hasheminejad Hospital, Tehran; 2010.
- 3- H K. Salary and Fee System Tehran: Management Education Center, 2002; in press.
- 4- Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide: MacMillan Education; 2000.
- 5- Ebadifard Azar F, Badloo M, Rezaei E. Examining the relationship between Payment based on new managerial approach for hospital administration, Expectancy theory and job satisfaction in selected hospital staff of Tehran university of medical sciences in 2013. Hospital 2015; 13(4): 123-32.
- 6- Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries. Human resources for health 2003; 1(6): 1-10.
- 7- Rosenthal MB. Pay for performance: a decision guide for purchasers. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2006; 6: 1-47.
- 8- Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 9- Bakhtiari Shahri S. The relationship between Mental Pressure and Job Burnout of nurses working in the centers of mentally disabled adults. Iranian Rehabilitation Journal 2012; 10(16): 26-9.
- 10- Pour H, Idris, Delgoshaei, Mars, Georgian, AH, et al. Standard study duration of visits in the outpatient clinics of public hospitals: a case study in Qazvin. Hospital 2015; 14 (3): 75-81.
- 11- Armstrong M, Baron A. Performance management. Human resource management 2000; 69-84.
- 12- Athari Z, Sharif M, Nematbakhsh M, Babamohammadi H. Evaluation of Critical Thinking Skills in Isfahan University of Medical Sciences' Students and Its Relationship with Their Rank in University Entrance Exam Rank. Iranian Journal of Medical Education 2009; 9(1): 5-12.
- 13- Baker G, Carter B. The evolution of pay for performance models for rewarding providers. Introduction to: Case Studies in Health Plan Pay-for-Performance Washington, DC: Atlantic Information Services; 2004.
- 14- Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittdiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. Jama 2003; 289(4): 434-41.