

# بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال 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>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

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

**روش:** این تحقیق به شیوه کیفی انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه عمیق استفاده گردید. نمونه‌های مورد بررسی، ۱۱ نفر از مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مسؤولان بیمارستان‌ها بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس بر روی کاغذ نوشته شد. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. روش تحلیل داده‌ها بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود.

**یافته‌ها:** در پژوهش حاضر، چهار نقطه قوت اصلی به دست آمد که شامل «تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها، بهبود و ارتقای سیستم نظارت، بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات و ساماندهی نظام پرداخت کارانه» بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش، نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد را بیان می‌کند که شامل تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها، بهبود و ارتقای سیستم نظارت، بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات و ساماندهی نظام پرداخت کارانه بود. بر این اساس، به منظور کارآمدتر بودن سیستم سلامت، باید نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد به خوبی بررسی و به کار گرفته شود تا بتوان کمتر شاهد نارضایتی کارکنان بیمارستان‌ها بود.

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

**ارجاع:** توکلی محمد رضا، کریمی سعید، جوادی مرضیه، جباری علیرضا. **بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۱): ۴۶-۵۵.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۵

۱- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۳- مربی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
نویسنده مسئول: محمد رضا توکلی  
Email: moslem6868@yahoo.com

## مقدمه

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته است تا مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را به گونه نظام‌مندی مورد مطالعه قرار دهند (۱). با توجه به این که در بیمارستان‌ها نیز مانند 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 ناعادلانه و ناکارآمد بودن سیستم پرداخت، باعث رواج مشکلاتی همچون 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 کار در سازمان دارد. روان‌شناسان اعتقاد دارند که بسیاری از نیازهای افراد به طور مستقیم یا غیر مستقیم 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 بر 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، ۵).

از جمله ابزارهای کنترل و محدود کردن هزینه بهداشت عمومی در کشورهای پردرآمد که مورد توجه مجریان نظام سلامت قرار گرفته است، الف) روش‌های پرداخت به ارایه دهندگان می‌باشد که قیمت و کمیت مراقبت بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آن جمله می‌توان به کارانه، پرداخت‌های موردی، پرداخت‌های روزانه، پرداخت‌های سرانه، حقوق و بودجه اشاره کرد و ب) معیارهای محدودیت هزینه که رفتار بیماران را تحت تأثیر قرار 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 اکثر افراد در آن به دنیا می‌آیند و در آن از دنیا می‌روند. کار در بیمارستان اغلب به صورت تیمی صورت می‌گیرد. تیمی که در نهایت ناهمگونی قرار دارد؛ افرادی با حداقل تحصیلات ممکن که در کنار عالی‌ترین سطوح تحصیلی در رشته‌های مختلف مشغول فعالیت هستند. تنوع شغلی در محیط بیمارستان بسیار فراوان می‌باشد. از برق و تأسیسات گرفته تا پلیس و انتظامات، از پزشک و پرستار تا حسابدار و کارپرداز، از کار در آزمایشگاه و داروخانه تا لثوری و استریلیزاسیون و از دریافت حداقل حقوق‌ها و درآمدها گرفته تا درآمدهای قابل توجه و مثال زدن، اما این نظام پیچیده، اقتصاد پیچیده‌تری دارد که در بیمارستان‌های دولتی به خصوص پس از طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، بر پیچیدگی آن افزوده شد (۵).

دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) در سال ۱۳۷۴ و با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان‌ها و افزایش اختیارات بیمارستان‌ها برای اداره هرچه مطلوب‌تر امور اجرایی، توسط وزارت بهداشت وقت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید و به بیمارستان‌های دولتی اجازه داد تا از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها، درآمدهایی نمایند. با وجود این که این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، اما واقعیت آن است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود (۳) و مطابق آن، درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می‌یابد و پس از کسر دیگر هزینه‌ها، بقیه مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می‌گیرد (۴). این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستان‌ها اجرا گردید. دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان «طرح مبتنی بر عملکرد» در اوایل ماه مهر سال ۱۳۹۳ با اصلاحات زیاد طرح قبلی و رفع نواقص آن مورد بازبینی قرار گرفت و تا اواخر خرداد ماه سال ۱۳۹۴ در مراکز آموزشی-درمانی شهر اصفهان به صورت آزمایشی اجرا شد و از اوایل تیر ماه سال ۱۳۹۴ به صورت قطعی به اجرا درآمد. این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها و

مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس، نخستین مصاحبه‌ها توسط استادان راهنما و مشاور، از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. برای بالا بردن 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 Lincoln و Guba استفاده شد. این معیار معادل اعتبار و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین جهت چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مورد بررسی قرار گرفت (۸).

روش تحلیل داده‌ها بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی نوعی تحلیل محتوای داده‌ها است که طبقه‌بندی در آن بر اساس موضوعات انجام می‌شود. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هفت مرحله و شامل «استخراج و پیاده کردن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره کردن آن‌ها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادها» بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس تایپ و ذخیره شد. در مرحله دوم، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد؛ به طوری که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. 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 شد و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و در نهایت موضوعات اصلی مشخص شد. مراحل چهارم و پنجم در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت گردید. در مرحله ششم، کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. در نهایت، داده‌ها در طبقه‌بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفت و سپس درون‌مایه‌ها انتزاع و

اصلاحی‌های بعدی آن بود. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیر مستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل می‌باشد، با درآمدهای بخش محل فعالیت آنان در قالب یک تفاهم‌نامه بود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مطرح نمودن روش پرداخت طرح مبتنی بر عملکرد و به منظور یافتن نقاط قوت این طرح، با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران انجام گرفت تا نتایج آن در اختیار مسؤولان قرار گیرد و آنان اقدامات لازم را برای هرچه بهتر اجرا کردن این طرح انجام دهند.

### روش

این پژوهش از نوع کیفی بود که با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق بود. جامعه مورد مطالعه پژوهش را مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مسؤولان بیمارستان‌ها که دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت و آشنا به طرح مبتنی بر عملکرد بودند، تشکیل داد. نمونه‌ها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. بر این اساس، ۱۱ مصاحبه حضوری انجام گرفت که ۱ نفر از آن‌ها از اعضای هیأت علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت بود. ۲ نفر از آن‌ها کارمند با سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت و ۸ 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 هیأت علمی دانشکده‌ها بود. در مطالعه حاضر، تمامی مصاحبه‌ها پس از تهیه یک راهنمای مصاحبه انجام شد و در آن مصاحبه‌ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط گردید. این کار به منظور بالا بردن ضریب دقت کار در جمع‌آوری یافته‌ها انجام گرفت. زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

برای کسب اعتبار تبحر محقق نیز با استفاده از راهنمایی‌ها، تجربه و کمک استادان راهنما و مشاور، ابتدا چند

پیشنهادها ارایه گردید.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر، چهار نقطه قوت اصلی به دست آمد که شامل «تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها، بهبود و ارتقای سیستم نظارت، بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات و ساماندهی نظام پرداخت کارانه» بود (شکل ۱).

### تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها

کامل تر و یکپارچه بودن دستورالعمل جدید طرح کارانه و اضافه شدن برخی سیاست‌های جدید مبنی بر ارتقای کمی و کیفی خدمات ارایه شده در این سیستم، از نقاط قوت این طرح بود که مشارکت کنندگان در بیانات خود به آن اشاره داشتند. «یعنی به دستورالعمل جدید می‌شه برای کارانه که هم هیأت نظارتش و هم نحوه پرداخت کارانه مشخص می‌شه» (مشارکت کننده ۱). یکی از مشارکت کنندگان از انتظار و احتمال یکپارچه سازی، ایجاد وحدت رویه و ساده‌تر شدن دستورالعمل‌ها در وزارتخانه سخن گفت. «ما الان منتظریم که این دستورالعمل نهایی از وزارتخونه بیاد که دقیق مشخص بکنند و حالا احتمالاً یکپارچه سازی و وحدت رویه در کشور باشد. خیلی ساده‌تر و آسون‌تر...» (مشارکت کننده ۱).

یکی از مشارکت کنندگان نیز جمع‌آوری و خارج کردن دستورالعمل‌های طرح قبل از سیستم و ابطال درصدهای متنوع را که اصولی یا غیر اصولی تغییر داده شده بود، مطرح نمود. «یه اتفاقی که افتاد این بود که کل دستورالعمل‌هایی که تا الان داده شده بود، جمع‌آوری شد. درصدهای متنوعی که اعلام شده بود، استخراج شد. جاهایی که مثلاً حالا درصد بیشتری ممکن بود قبلاً به دلایل مختلفی تصویب کرده بودن، ولی دیدن که با شرایط فعلی این درصدها منطقی نیست، اصولی نیست، یکسان شده یا کم شده یا زیاد شده. حتی زیاد شده هم داشتیم بنا به دلایلی...» (مشارکت کننده ۱۱).

### بهبود و ارتقای سیستم نظارت

مشارکت کنندگان به قوی‌تر شدن بحث نظارت در دستورالعمل جدید و تشکیل کمیته و بسیج نیروهای بیشتر و متعهدتر در مراکز اشاره نمودند. آنان در اظهارات خود به

ارتقای نظارت در سیستم سلامت در دستورالعمل جدید طرح کارانه اشاره داشتند و زیرموضوعات مختلفی را در این زمینه برشمردند که شامل «ساماندهی تیم نظارت، ساماندهی ترکیب هیأت نظارت، تشکیل منظم جلسات، بهبود ابزار نظارت و کنترل و آموزش و توجیه پرسنل» بود.

یکی از افراد گفت: «این موضوع توی دولت جدید و با انتخاب رئیس جدید دانشگاه، دوباره توی دانشگاه یه شکلی گرفت و بحث جدی شد. ترکیبش هم تغییر کرده الان، الان ترکیبی که هست، رئیس دانشگاه هست، معاون درمان، معاون توسعه، رئیس دانشکده پزشکی یا معاون آموزشی و دو تا رئیس بیمارستان» (مشارکت کننده ۳). «به نظر من اگر که مترون بیمارستان هم باشه بهتره. البته الان توی دستورالعمل جدید مترون هست» (مشارکت کننده ۸). «ما هم جلسات رو بعد از طرح تحول نظام سلامت و این دستورالعمل جدید که قراره بیاد، منظم‌ترش کردیم» (مشارکت کننده ۱).

«مساله که می‌گن اگه پزشکش تخلف کرد، ممکنه پروانه‌اش هم باطل بشه. دادگاهیش بکنیم. اون وقت‌ها این نبود» (مشارکت کننده ۹). «ولی خب می‌دونم که آدم‌های زیادی رو بسیج کردن و توی واحدها حضور پیدا کردن که ببینند چی کار می‌شه کرد. بالاخره امید داریم توی آینده...» (مشارکت کننده ۳). «یه افرادی توی دانشگاه ما چند تا کار شروع کرده بودن. بحث سیستم مدیریت اطلاعات رو به کمیته ارتباط می‌دادن، بحث داشبورد اطلاعات که دانشگاه پیگیرش بوده، الان دارد انجام می‌شه. وقتی سیستم مدیریت اطلاعات به داشبورد وصل می‌شه، اطلاعات رو می‌تونه مانیتور کنه. همین اعضای کمیته الان این امکانات داره براشون فراهم می‌شه... به خواسته این‌ها بوده که بتونند پرداختی‌ها رو ببینند، بتونند نظارت داشته باشند، یه کارهایی شروع شد. یکی این که حتماً واحدها سیستم مدیریت اطلاعات داشته باشند، جزء تکالیفی بوده که برای واحدها مشخص کردن» (مشارکت کننده ۳). یکی از مشارکت کنندگان از توجیه اعضای هیأت نظارت نسبت به مسؤولیت خود با برگزاری جلسات توجیهی سخن گفت. «این‌ها رو به هر حال جلسه گذاشته شد و توضیحاتی بهشون داده شد. از خود بیمارستان بهشون توضیح داده شد و توجیه شدن...»

الان دیگه می‌دونن» (مشارکت کننده ۱).

یکی از مشارکت کنندگان اعتقاد داشت که آموزش دقیق و توجیه کارکنان، یکی از بسترهای مورد نیازی است که باعث کاهش خطا در عملکرد می‌شود و بیان نمود که این مسأله در طرح جدید کارانه رعایت شده است. «ما امروزه توی سیستم‌های پرداختمون و پرداخت عملکردی به پزشک‌هامون، زیرساخت‌هایی که نیاز داریم و بسترهایی که باید آماده بشه، بحث آموزش دقیق و خوب به کارکنانی هست که می‌خواهند با این دستورالعمل طرح جدید کار کنند. اول توجیه کارکنان است در رابطه با طرح جدید کارانه و بعد آموزش به آن‌ها که در اجرای آن کمتر اشتباه بکنند» (مشارکت کننده ۸).

### بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات

یکی از مشارکت کنندگان از خواسته ریاست دانشگاه مبنی بر الزام مانیتورینگ پیوسته اطلاعات سیستم سخن گفت. «سیستم اونجا باید مرتب مانیتور بشه؛ یعنی این خواسته رئیس دانشگاه هم هست که کلیه این اطلاعات مرتب مانیتور بشه» (مشارکت کننده ۳). مشارکت کننده این موضوع را بیان کرد که کارها در گذشته و در طرح قبل به صورت دستی انجام می‌شده است و از پیگیری و اجرایی شدن داشبورد اطلاعات توسط مدیریت انفورماتیک دانشگاه خبر داد. «خیلی بیمارستان‌ها و محل‌ها توی دانشگاه بود که اصلاً سیستم اطلاعات مدیریت نداشت. بعد از این همه زمانی که دنیای اطلاعات و الکترونیک ایجاد شده بود، اصلاً اون‌ها دستی داشتند کارهارو انجام می‌دادن. الان برای همه تکلیف شد که همه داشته باشند. از مدیریت انفورماتیک خواسته شد که بحث داشبورد اطلاعاتی رو پیگیری کنند. الان داشبورد انجام شده» (مشارکت کننده ۳). همچنین، مشارکت کننده از ساماندهی اطلاعات و تهیه نرم‌افزار اطلاعاتی یکسان جهت آنالیز عملکرد واحدها در دستورالعمل جدید طرح کارانه سخن گفت. «باز قراره یک نرم‌افزار برای این موضوع تهیه بشه که اطلاعات این‌ها توی قالب نرم‌افزار باشه. برای دستورالعمل جدید طرح کارانه، وزارتخونه قراره یک نرم‌افزار بفرسته... وقتی که نرم‌افزار به شکل شد، به مدل شد، قدرت آنالیز رو پیدا می‌کنن و می‌تونن برنند آنالیز کنند، ببینند چه واحدی

خوب اجرا کرده. الان یه ساماندهی داره پیدا می‌کنه، خوب قبلاً نبوده. بعضی جاها مشمول طرح نبوده بهش مجوز دادن» (مشارکت کننده ۳).

### ساماندهی نظام پرداخت کارانه

مشارکت کنندگان، ساماندهی نظام پرداخت کارانه را در زمینه زیرموضوعات «نحوه محاسبه کارانه، اصلاح و کاهش تفاوت در پرداخت‌ها، ساماندهی ارزیابی پرسنل، عدم اعمال تغییر خودسرانه در میزان پرداخت‌ها، ارتقای انگیزه پزشکان به کار بیشتر در مراکز درمانی دولتی، شفاف‌سازی درآمدها و جلوگیری از پرداخت زیرمیزی» مطرح نمودند.

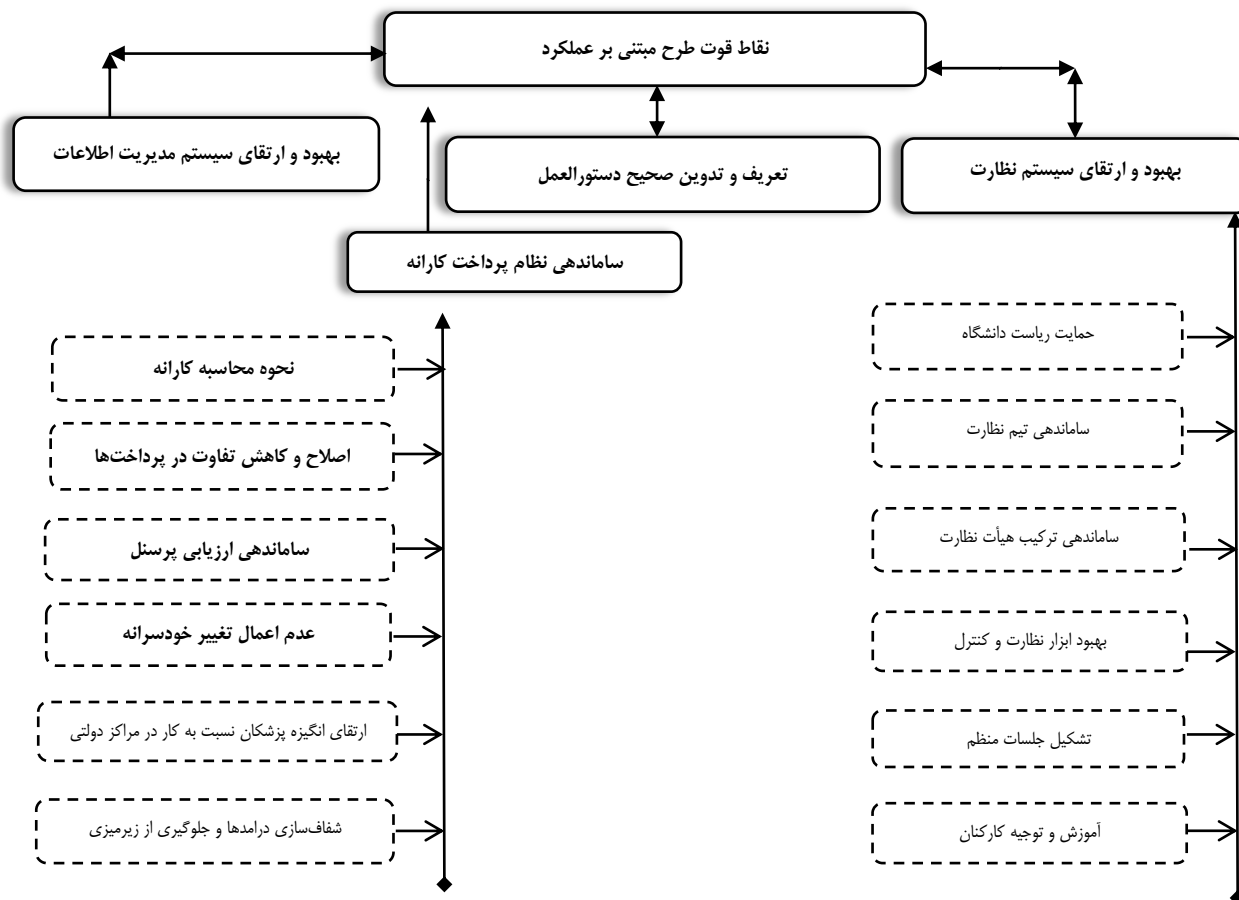
مشارکت کنندگان بیان کردند: «یه کار اساسی که این هیأت کرد، اومد پرداخت به پزشکان عمومی رو اصلاح بکنه که از این وضعیت دربیانند» (مشارکت کننده ۱۱).

«حالا در طرح جدید اومده پلکانی کرده یا اومده پرداخت‌های گروه‌هارو به هم نزدیک کرده. مثلاً قبلاً داخلی و اطفال خیلی کم بود. عوضش اون‌هایی که جراحی می‌کردن، بالا بود. حالا اومده به مقدار برنامه‌ریزی کرده که از بالایی‌ها کم شده و به پایینی‌ها اضافه شده» (مشارکت کننده ۲).

«کاری که ما تونستیم توی این حوزه حداقل برای ساماندهیش بکنیم، روی امتیاز که نمی‌تونستیم دست بزنیم، اما توی بحث رضایت اومدیم به فرمول یکسانی ایجاد کردیم که همه بیمارستان‌ها رضایت سنجی‌شون بر اساس این ۱۵ آیتم باشه. بسنجن و نمره افرادرو بدن. چند دستگی نباشه که یکی بگه من این ستونو بخوام حذف کنم، اونو اضافه کنم. این کاری بود که توی حوزه پرسنلی شده بود و تا اون‌جایی که من می‌دونم، الان تا همون سقفرو دارن به پرسنل می‌دن؛ چون بیش از اون ما اجازه پرداخت نداشتیم» (مشارکت کننده ۱۱).

«الان در طرح جدید اومده پرداخت به پرسنل رو بر اساس عملکرد بخش گذاشته. قبلاً پرداخت عملکرد بر اساس عملکرد بیمارستان بود» (مشارکت کننده ۲).

«الان در طرح جدید، پلکانی پول می‌دن. یکی این که اگه درصدی یه پزشکی را یا پرسنلی رو بالا ببرند، باید از تهران مجوز بگیرند» (مشارکت کننده ۲).



شکل ۱. نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد

خشنودی نماید (۹). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرح مبتنی بر عملکرد دارای نقاط قوت بسیار خوبی است. یکی از نقاط قوت اجرای این طرح بعد از اصلاح و بازبینی صورت گرفته در آن، تعریف و تدوین صحیح‌تری از دستورالعمل و یکپارچه، کامل‌تر و ساده‌تر شدن دستورالعمل طرح کارانه بود. حسنی و عزیززی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کارکنان در نظام پرداخت کارانه بر اساس عملکرد، تا حد زیادی از دریافت کارانه راضی هستند و این سیستم در تأمین اجزای رضایت، موفق عمل کرده است (۱۰).

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 (۱۱). نتایج

### بحث

در پژوهش حاضر، چهار نقطه قوت اصلی به دست آمد که شامل «تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها، بهبود و ارتقای سیستم نظارت، بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات و ساماندهی نظام پرداخت کارانه» بود. 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 کارفرما محسوب می‌شود. پیش‌نیاز روابط سالم آن است که کارمند در وهله اول مقدار معینی درآمد داشته باشد که برای نگهداری خود و خانواده‌اش کفایت کند. دوم این که، در مقایسه با اشخاص دیگر که همین کار را انجام می‌دهند، نسبت به درآمد خود احساس رضایت و

بهره‌برداری بهینه از تسهیلات محسوب می‌شوند (۱۵). از دیگر نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد، ساماندهی نظام پرداخت کارانه از بعد نحوه محاسبه کارانه به شکل پلکانی و دادن کارانه کمتر به پردرآمدها، اصلاح و کاهش تفاوت در پرداخت، نزدیک شدن پرداخت‌ها در گروه‌های مختلف پزشکی و اعمال نظارت و کنترل قوی‌تر بر پزشکان با قراردادن بخش‌هایی همچون حضور و غیاب، میزان رسیدگی به پرونده‌های بیماران و احتمال افزایش کارانه سایر کارکنان بود. نتایج پژوهش Lindenauer و همکاران نشان داد که پرداخت بر اساس عملکرد تا حد بسیار قابل توجهی موجب ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان می‌گردد (۱۶). در حال حاضر اغلب پزشکان و بیمارستان‌های آمریکا طرفدار روش پرداخت مبتنی بر عملکرد هستند و آن را برنامه‌ای انگیزشی می‌دانند. آن‌ها بیان می‌کنند که در این روش، جبران خدمت ارایه دهندگان و بهبود کیفیت خدمات ارایه شده، هدفی ابتدایی است و از دیگر اهداف این روش می‌توان به کنترل هزینه‌ها به طور مستقیم و غیر مستقیم توسط کاهش خطاها و استفاده بی‌رویه خدمات اشاره کرد (۱۷، ۷).

بر اساس مطالعات انجام شده در بسیاری از سازمان‌ها، مزایای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد بیشتر از معایب آن است. حتی اگر این روش به طور مستقیم انگیزاننده قوی نباشد، اما به دلیل این که موفقیت از طریق ابزارهای ملموس مشخص خواهد شد، به طور غیر مستقیم باعث ایجاد انگیزه می‌شود و این پیام را که عملکرد عالی برای سازمان مهم است و باید به آن پاداش داد، منتقل خواهد کرد و این همان نکته مهمی است که 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 بر اساس عملکرد و میزان مشارکت افراد، در بسیاری از سازمان‌ها مورد توجه قرار گرفته است (۱۸). نتایج مطالعه رئیسی و همکاران که قبل از اجرای طرح کارانه نوین انجام شده بود، نشان داد که کارکنان بیمارستان مورد مطالعه از اجرای طرح کارانه مبتنی بر عملکرد به شیوه

بررسی‌های اخیر در آمریکا حاکی از آن بود که طرح‌های اولیه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سراسر این کشور، به وسیله برنامه‌های گوناگون بخش سلامت و برنامه‌های بیمه عمومی که متجاوز از صد مورد می‌باشد، ضمانت می‌شود (۱۲، ۱۰). 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 می‌نماید (۱۲، ۱۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

جدی‌تر شدن موضوع نظارت و شکل‌گیری قوی‌تر آن، احیای دوباره نظارت در سیستم سلامت، تشکیل تیم نظارت قوی‌تر، ساماندهی ترکیب هیأت نظارت و اجازه حضور مدیران و مسؤولان امور مالی بیمارستان و استفاده غیر رسمی از آن‌ها با تأیید ریاست دانشگاه از مواردی است که در زمینه نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد مطرح گردید. نتایج تحقیق بهادر و همکاران نشان داد که نظام سلامت نیازمند توجه به جنبه‌های نظارتی می‌باشد. علاوه بر نظارت، توجه به فرصت‌ها و تهدیدهای تکنولوژیکی و اقتصادی و ارزشی در سیاست‌گذاری‌ها جهت نظارت ارایه دهندگان خدمات نیز یکی از استراتژی‌های ضروری برای بخش بهداشت و درمان است (۱۳). یافته‌های مطالعه Bradley و همکاران حاکی از آن بود که فقدان شاخص‌های مبتنی بر شایستگی و یا استانداردهای روشن برای ارزیابی کارکنان بهداشت وجود دارد. همچنین، کمبود کارکنان و امکانات، مانعی اساسی برای نظارت بازدید کننده‌ها از سیستم سلامت به شمار می‌رود (۱۴). این مطالعات وجود نظارت در سیستم سلامت و داشتن امکانات و کارکنان را برای نظارت قوی‌تر تأیید می‌کنند (۱۴، ۱۳) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

از دیگر نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد، بهبود و ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات و یکسان‌سازی نرم‌افزارهای مدیریت اطلاعات (Health information systems یا HIS) جهت آنالیز قوی‌تر اطلاعات و وجود وحدت رویه در این زمینه بود. بر اساس نتایج مطالعه Rajesh و همکاران، سیستم‌های اطلاعات یکپارچه و مرتبط، ابزار مهمی در مدیریت بیمارستان، بهبود کیفیت خدمات، کنترل هزینه‌ها و

پزشکان با قرار دادن مواردی همچون 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 کارکنان و بیماران گردد. با بررسی نقاط قوت بیان شده، پیشنهاد می‌گردد که برای بهتر اجرایی شدن طرح، پایش مستمر و نظارت قوی‌تر بر آن ادامه پیدا کند تا به اهداف اصلی خود که رضایت کارکنان و بیماران است، برسد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

جاری، رضایتی بالاتر از متوسط داشتند و اجرای این روش پرداخت توانسته است تا حدودی موجب رضایتمندی گردد (۲). این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهت داشت.

به منظور عدالت‌بخشی در پرداخت‌ها، باید نظامی برای پرداخت طراحی گردد که بتواند مشکلات نظام پرداخت فعلی را مرتفع نماید و استقرار نظام طرح مبتنی بر عملکرد، می‌تواند به عنوان مکانیزمی جهت تحقق بخشیدن به این هدف و مبنایی برای اصلاح نظام پرداخت‌ها باشد؛ چرا که رابطه بین پرداخت و عملکرد هنگامی اثربخش‌تر است که بر پایه آن، جنبه‌های عملکردی که تحت کنترل و تأثیر مستقیم کارمند است، بنا شود. بخش‌هایی مانند نحوه محاسبه کارانه به شکل پلکانی، دادن کارانه کمتر به پردرآمدها، نظارت قوی‌تر بر

### References

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
2. Raeisi P, Alikhani M, Mobinizadeh MR. Fee for Service (FFS) Payment on the basis of performance in Hasheminejad Hospital, Tehran. *Journal of Health Care Management* 2010; 2(1-2): 27-36. [In Persian].
3. Kazemi H. Salary and fee system. Tehran, Iran: Management Education Center; 2002. [In Persian].
4. Witter S. Health economics for developing countries: a practical guide. London, UK: Macmillan Publishers; 2000.
5. Ebadifard Azar F, Arab M, 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. [In Persian].
6. Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? *Hum Resour Health* 2003; 1(1): 6.
7. Dudley R, Rosenthal M. Pay for performance: A decision guide for purchasers: final contract report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. Philadelphia, PA: 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. *Iran Rehabil J* 2012; 10(2): 26-9. [In Persian].
10. Hasani F, Azizi F. The assessment of personal satisfaction of fee for service based performance system in Hasheminejad hospital. [BS Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Science; 2008. [In Persian].
11. 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. *Iran J Med Educ* 2009; 9(1): 5-12. [In Persian].
12. Baker G. The evolution of pay-for-performance models for rewarding providers. In: Gutman J, Editor. Case studies in health plan pay-for-performance programs. Washington D.C: Atlantic Information Services; 2004. p. 1-13.
13. Bahador M, Ibrahimipour H, Farzaneh A. The challenges of supervision on providing health services from the viewpoint of the insurer: A qualitative study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2012; 4(9): 1673-85.
14. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Hum Resour Health* 2013; 11: 43.
15. Rajesh M, Sarosh DR, Saroj KK. Hospital information system in Medicare- an experience at TATA main



- hospital, Jamshedpur. Information Technology System, 2000; 73: 70-3.
16. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N Engl J Med 2007; 356: 486-96.
  17. Steiger B. Poll finds physicians very wary of pay-for-performance programs. Physician Exec 2005; 31(6): 6-11.
  18. Armstrong M, Baron A. Managing performance: performance management in action. London, UK: CIPD Publishing; 2000.

## A Survey of the Strengths of the Performance-Based Scheme in Selected Teaching Hospitals of Isfahan, Iran, in 2014: A Qualitative Study

Mohammad Reza Tavkoli<sup>1</sup>, Saied Karimi<sup>2</sup>, Marzieh Javadi<sup>3</sup>, Alireza Jabari<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** In the year 1995, the novel hospital administration plan (fee for service) was presented. Based on this plan, a percentage of specific revenues are allocated as a fee to the hospital staff. This plan was implemented in hospitals for 20 years. In early September 2104, the new guideline entitled the performance-based fee was designed with the aim of eliminating the deficiencies in the previous plan and implemented in hospitals in Isfahan, Iran. Therefore, the present study was performed with the aim of studying the strengths of the performance-based scheme in selected teaching hospitals of Isfahan in 2014.

**Method:** This was a qualitative study. In-depth interviews were used to collect data. The study participants consisted of 11 middle managers and executive managers of university hospitals and university headquarters, faculty members, and hospital officials. The subjects were selected through purposive sampling method. All interviews were recorded and transcribed verbatim. The duration of the interviews varied between 30 to 60 minutes. Data analysis in this research was based on thematic analysis.

**Results:** In this research, the 4 main strengths of "defining and developing appropriate guidelines, improving the monitoring system, improving the management information system, and organizing the fee payment system" were obtained.

**Conclusion:** The results of the present study revealed the 4 main strengths of the performance-based scheme. Thus, in order for the health system to be effective, the strengths of the performance-based plan must be evaluated and used to reduce the dissatisfaction of hospital staff.

**Keywords:** Hospital, Payment system, Executive managers, Fee for service.

**Citation:** Tavkoli MR, Karimi S, Javadi M, Jabari A. **A Survey of the Strengths of the Performance-Based Scheme in Selected Teaching Hospitals of Isfahan, Iran, in 2014: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(1): 46-55.

Received date: 26.12.2015

Accept date: 15.3.2016