

اهداف و اثرات مدل پرداخت مبتنی بر عمل کرد کارکنان غیرپزشک بیمارستان‌های آموزشی ایران: مطالعه‌ای کیفی

سراج الدین گری^۱، محمد آقاجانی^۲، راضیه روناسیان^۳، سعید معنوی^۴، ایرج حریرچی^۵، علیرضا اولیایی منش^{۶*}، مانی یوسف وند^۱، سیده حسنیہ شفائی تنکابنی^۳، پژمان حموزاده^۱، فرهاد حبیبی نوده^۷

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ ۳- کارشناس مسئول برنامه ملی پرداخت مبتنی بر عملکرد؛ معاونت درمان؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران؛ ۴- مسئول برنامه ملی پرداخت مبتنی بر عملکرد؛ معاونت درمان؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران؛ ۵- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ۶- موسسه ملی تحقیقات سلامت کشور، گروه پرداخت و منابع مالی نظام سلامت، تهران، ایران؛ ۷- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: موسسه ملی تحقیقات سلامت کشور، گروه پرداخت و منابع مالی نظام سلامت، تهران، ایران. آدرس: استان تهران، شهرستان تهران، خیابان بزرگمهر، پلاک ۷۰، کدپستی: ۱۴۱۶۸۳۳۴۸۱؛ تلفن: ۰۲۱۶۶۴۰۷۸۲۲؛ تلفکس: ۰۲۱۶۶۴۸۹۰۹۲؛ پست الکترونیک: arolyae@gmail.com

دریافت: ۹۷/۱/۲۷ پذیرش: ۹۷/۵/۶

چکیده

مقدمه: طراحی هر مکانیسم پرداخت پول بر رفتار ارائه‌کنندگان تاثیر گذارده، پاسخ‌های متفاوتی ایجاد می‌کند. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عمل کرد ایران برای کارکنان بیمارستانی (دستورالعمل سال ۱۳۹۳) و نحوه‌ی تاثیرگذاری احتمالی اجزای آن بر رفتار کارکنان و بیمارستان‌ها است.

روش کار: مطالعه‌ی کیفی حاضر در دو سطح ملی و استانی با بهره‌گیری از بررسی مستندات، یادداشت برداری در جلسات و مصاحبه‌های انفرادی (۱۳ نفر در سطح وزارت، دانشگاه و بیمارستان) انجام شد. داده‌ها به روش آنالیز محتوا، با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA10 تحلیل شد. استخراج کدها تئوری محور و تم‌بندی آن‌ها، تفسیری بود.

یافته‌ها: هم‌راستا کردن اهداف فردی کارکنان با اهداف عمل‌کردی بیمارستان، تمرکززدایی در اداره‌ی کارکنان، پیش‌بینی‌پذیر کردن بیش‌تر هزینه‌های پرسنلی، ایجاد انگیزه برای جذب بیمار بیش‌تر و بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمت در هر بخش، کاهش انگیزه‌ی تقاضای القایی و کسورات بیمه‌ای، تاثیر سه گروه از عوامل فردی، کاری و عمل‌کردی بر دریافتی فرد و ارائه‌ی اطلاعات صحیح در سطح کشوری پیرامون دریافتی کارکنان، از اهداف و اثرات مثبت احتمالی برنامه بودند. پیچیدگی و گذشته‌نگر بودن برنامه، به‌تعمیق افتادن پرداخت کارکنان و عدم‌تعیین کسورات بیمه‌ای در هر بخش از جمله مشکلات تدوین و اجرای برنامه بودند.

نتیجه‌گیری: این برنامه به‌صورت بالقوه ابزارهای مناسبی را برای رسیدن به اهداف مدنظر فراهم می‌کند که بهره‌گیری از آن‌ها به ظرفیت مدیران اجرایی وابسته است. عدم‌پرداخت به موقع کارانه، به علت تاخیر در تامین منابع، بزرگ‌ترین عامل تهدیدکننده‌ی اهداف و اثرات برنامه است.

کلواژگان: پرداخت مبتنی بر عمل کرد، سهامدارکردن کارکنان، بیمارستان دولتی-دانشگاهی، ایران

مقدمه

از جمله‌ی این اهداف است (۱-۳). روش‌هایی هم‌چون غربال‌گری^۱، اجتماعی کردن^۲ و تهدیدهای پایان قرارداد از جمله روش‌های توصیه‌شده برای رسیدن به این اهداف است (۴) و پیش‌نهاد تئوری‌های اقتصادی برای این مسئله، ایجاد تغییر در رفتار افراد به‌واسطه‌ی

توزیع پول بر اساس عمل کرد ارائه‌کنندگان در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه با اهداف متعددی صورت گرفته است. بهبود کیفیت خدمات، ایجاد احساس برقراری بهتر عدالت، افزایش کارایی سازمانی و فردی، بهبود ابقای کارکنان و تحریک پزشکان خانواده برای افزایش گستره‌ی ارائه‌ی خدمات

¹ Screening

² Socialization

(ملی) و شرکت‌کننده در جلسات کارشناسی وزارت تشکیل دادند.

افراد انتخاب‌شده برای مصاحبه، نمایندگان ۹ دانشگاه برتر در اجرای برنامه (با توجه به پایش‌های وزارت)، سه نفر از تدوین‌کنندگان برنامه در سطح وزارت و یک نفر مترون بیمارستان بودند. می‌توان نمونه‌گیری این مطالعه را از نوع هدف‌مند دانست، زیرا افراد حاضر در این جلسات و مصاحبه‌شوندگان از درگیرترین، آگاه‌ترین و موفق‌ترین اجراکنندگان برنامه در سطح کشور بودند که این موجب شد تناسب میان تجربه‌ی اشخاص و سوال پژوهش^۹ و وجود ویژگی‌های یک مطلع خوب^{۱۰} (۱۵) به بهترین نحو پوشش داده‌شود. ویژگی‌های افراد مورد مصاحبه در پیوست ۱ آورده شده‌است.

نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها: از روش‌های بررسی متون و مستندات (دستورالعمل‌ها و ابلاغیه‌های برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عمل کرد ایران^{۱۱})، یادداشت‌برداری در جلسات تخصصی (۶۰ ساعت) و مصاحبه‌ی انفرادی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده‌شد.

الف- بررسی مستندات: برای این منظور تمام دستورالعمل‌ها و اسناد مرتبط (تهیه‌شده در سال ۱۳۹۳) و نامه‌های ابلاغ‌شده به دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور در دو وزارتخانه‌ی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی (محل استقرار دبیرخانه‌ی شورای عالی کشور) (۱۲) موردبررسی قرار گرفت.

ب- یادداشت‌برداری در جلسات: با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف برنامه و جمع‌آوری پیش‌نیازها لازم برای تغییرات آتی برنامه، در فاصله‌ی زمانی حدود دو سال پس از اجرای برنامه، وزارت دو همایش کشوری تشکیل داد: همایش نخست در سال ۱۳۹۴، سه روزه-۳۰ ساعت، با حضور ۵۰ نفر از کارشناسان مسئول برنامه در سطح دانشگاه‌های کشور و ۴ نفر از طراحان و اجراکنندگان وزارتی و دومی در سال ۱۳۹۶، سه روزه-۳۰ ساعت، با حضور ۱۸ نفر از نمایندگان ۹ دانشگاه برتر در اجرای برنامه و ۳ نفر از طراحان و اجراکنندگان وزارتی. پژوهش‌گران با حضور در این جلسات، یادداشت‌برداری‌های لازم را با توجه به ابعاد مدل انجام دادند. در صورت نیاز به بررسی نظرات افراد برای مقاصد پژوهشی، این نکته در کنار اهداف اجرایی به شرکت‌کنندگان اطلاع‌رسانی شد.

ج- مصاحبه: به‌منظور تکمیل و اطمینان از مطرح‌شدن تمام ابعاد برنامه در طول جلسات (رفع اثرات احتمالی بحث‌های جمعی و ترس افراد از بیان برخی موارد در

به‌کارگیری انگیزاننده‌های مالی است (۴-۶). لذا، ساختارهای متفاوت پرداخت مانند پرداخت بر اساس واحد خدمت^۳ (۷)، سرانه^۴ (۴)، مبتنی بر عمل‌کرده^۵ و گروه‌های تشخیصی وابسته^۶ در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۸، ۹).

به‌کارگیری انگیزاننده‌هایی با ساختار پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد در نظام سلامت، امری رایج است. برای مثال، در ایالات‌متحده، نیمی از سازمان‌های حافظ سلامت^۷ از این ساختار استفاده می‌کنند؛ این ساختار همچنین در قراردادهای پزشکان سیار، بیمارستان‌ها و پرستاران منزل نیز دیده می‌شود (۱۰)؛ در انگلستان^۸ نیز تقریباً ۲۵ درصد از درآمد پزشکان خانواده به همین روش پرداخت می‌گردد (۱۱). به‌علاوه، این شیوه‌ی پرداخت به‌عنوان یکی از ابزارهای اولیه در حمایت از اصلاحات حوزه‌ی سلامت معرفی شده‌است (۸).

با تاکیداتی که بر به‌کارگیری ساختارهای پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد در قوانین کشور ایران صورت گرفته، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد ایرانی را با اهداف مدیریت نیروی انسانی، افزایش بهره‌وری تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی و ایجاد و ارتقای کار تیمی و مشارکتی با اجزای متعدد و پیچیدگی‌های خاص طراحی و در بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی اجرایی نمود (۱۲، ۱۳).

از آن‌جا که طراحی هر مکانیسم پرداختی، به‌طور نظری رفتار ارائه‌کنندگان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۴)، لازم است میان اهداف مکانیسم پرداخت و اجزای آن ارتباط منطقی وجود داشته‌باشد. با در نظر گرفتن این مهم، مطالعه‌ی حاضر با بهره‌گیری از تجربه‌ی اجرایی کشور، به شرح و بررسی اهداف و نحوه‌ی تاثیرگذاری احتمالی اجزای برنامه بر کارکنان بیمارستانی (دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد سال ۱۳۹۳) پرداخت.

روش کار

نوع مطالعه: مطالعه‌ی کیفی حاضر در دو سطح ملی و استانی با بهره‌گیری از مستندات و دستورالعمل‌ها، شرکت در جلسات مرتبط و مصاحبه‌های انفرادی انجام شد.

نمونه‌ی مورد مطالعه: جامعه‌ی مطالعه را کارشناسان مسئول برنامه‌ی پرداخت عمل‌کردی دانشگاه‌های علوم پزشکی (استانی) و سایر کارشناسان آگاه در سطح وزارت

³ Fee-For-Service - FFS

⁴ Capitation

⁵ P4P

⁶ Diagnosed Related Groups (DRGs)

⁷ HMOs

⁸ UK

⁹ Experiential fit

¹⁰ Good informant

¹¹ Iranian Pay for Performance- IR-P4P

در کنار حقوق و دستمزد، تحت عنوان پرداخت مبتنی بر عمل کرد به کارکنان غیرپزشک بیمارستان پرداخت می‌شود.

د- تعیین پرداخت عمل کردی بخش

د-۱- محاسبه‌ی درآمد ناخالص: درآمد ناخالص بخش‌های تشخیصی-درمانی معادل مجموع درآمدهای ثبت‌شده در پرونده بیماران (جزء فنی و حرفه‌ای فعالیت‌های درمانی، تشخیصی و توان‌بخشی، هتلینگ و فروش دارو و لوازم پزشکی) در مدت‌زمان معین است. در بخش‌های پشتیبان، درآمد ناخالص بیمارستان به‌عنوان پایه درآمدی این بخش‌ها در نظر گرفته می‌شود که برابر با مجموع درآمدهای ثبت‌شده در پرونده‌ی کل بیماران بیمارستان در مدت زمان معین است.

د-۲- درآمد مبنای بخش: درآمد مبنای بخش‌های تشخیصی-درمانی شامل کلیه‌ی درآمدهای ثبت‌شده در پرونده‌ی بیماران به‌جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه‌ای بخش است. درآمد مبنای کل بیمارستان نیز به‌عنوان درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان در نظر گرفته می‌شود. درآمد مبنای بیمارستان شامل کلیه‌ی درآمدهای ثبت‌شده در پرونده بیماران به‌جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه‌ای بیمارستان است. این بدان سبب است که کارکنان از فروش داروهای گران‌قیمت‌تر و همچنین از درآمدهای کسب‌نشده (کسورات بیمه‌ای) منتفع نشوند.

د-۳- درآمد قابل‌توزیع بخش: به‌صورت ماهیانه، بر اساس سه عامل درآمد مبنای بخش، سهم قابل‌پرداخت به کارکنان از درآمد مبنای بخش و نمره‌ی کیفیت عمل کرد بخش تعیین می‌گردد. سهم قابل‌پرداخت به کارکنان از درآمد مبنای بخش در طول یک سال، ثابت بوده و درآمد مبنای بخش و نمره کیفیت عمل کرد به‌طور ماهانه بر اساس عمل کرد بخش تغییر می‌کند.

ه- پرداخت عملکردی فرد

پرداخت عمل کردی وابسته به امتیاز فرد بوده، مجموعه‌ای است از امتیازات نوع حضور (موظف، غیرموظف و آنکالی)، سابقه‌ی خدمت، کیفیت عمل کرد، تحصیلات و سمت یا شغل.

و- زمان پرداخت

طبق مستندات، کلیه‌ی پرداخت‌های عمل کردی بایستی حداکثر با فاصله‌ی زمانی دو ماهه به کارکنان پرداخت گردد^{۱۴}.

جلسات رسمی)، در پایان روز سوم جلسه‌ی سال ۱۳۹۶، با ۹ نفر از نمایندگان ۹ دانشگاه برتر، مصاحبه‌هایی انفرادی با تضمین محرمانگی مصاحبه‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ی تدوین‌شده بر اساس اهداف برنامه انجام شد؛ مدت‌زمان هر مصاحبه به‌طور متوسط ۲۰ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: یادداشت‌های برداشته‌شده از محتوای جلسات، تایپ شد؛ مصاحبه‌ها ضبط و به‌طور کامل پیاده‌سازی گردید. داده‌های به‌دست‌آمده هم‌زمان به‌طور مکرر بازخوانی شد تا درک کلی از آن‌ها به‌دست آید. سپس، با استفاده از شیوه‌های مقایسه‌ی مداوم و به روش آنالیز محتوا، داده‌ها به کمک نرم‌افزار MAXQDA10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. استخراج کدها تئوری محور و تم‌بندی آن‌ها، تفسیری بود (۱۶). برای این منظور، کدها بر اساس چارچوب و قسمت‌های اصلی IR-P4P که در چهارچوب گری و همکاران (۱۲) ارائه شده، استخراج و دسته‌بندی و بر اساس مستندات، تجربیات تدوین‌کنندگان ملی برنامه و یادداشت‌های پژوهش‌گران، تفسیر و بازنویسی شدند. به‌منظور تسهیل درک مطالب، خلاصه‌ی چهارچوب فوق در ذیل ارائه گردیده است.

به‌طور خلاصه، ابعاد اصلی برنامه‌ی ایرانی پرداخت مبتنی بر عمل کرد شامل موارد ذیل و جدول ۱ است (۱۲):

الف- طبقه‌بندی بخش‌های بیمارستان

طبقه‌ی یک شامل بخش‌های تشخیصی-درمانی^{۱۲} است که فعالیت‌های تشخیصی، درمانی و یا توان‌بخشی دارای تعرفه‌ی مصوب را ارائه می‌کنند و درآمدزا هستند. این بخش‌ها بر اساس درجه‌ی سختی کار در ۸ گروه جای گرفته‌اند؛ طبقه‌ی دو شامل بخش‌های پشتیبان^{۱۳} بدون فعالیت‌های تشخیصی، درمانی یا توان‌بخشی دارای تعرفه‌های مصوب است که درآمدزایی ندارند؛ برای مثال، بخش‌های مدیریت، حسابداری، فناوری اطلاعات، دفتر پرستاری و سایر بخش‌های مشابه.

ب- عقد تفاهم‌نامه

شروع برنامه منوط به عقد تفاهم‌نامه میان رئیس بیمارستان (طرف اول) و مدیران بخش‌ها (طرف دوم) برای یک سال است.

ج- کل مبلغ قابل‌پرداخت به کارکنان بیمارستان

بر اساس این برنامه، ۹۰ درصد از ۲۷٫۵ درصد مبالغ ریالی جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت ارائه‌شده،

¹² Diagnostic and Therapeutic Departments

¹³ Logistic Department

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نامه شماره ۱۵۲۵/۱۰۰، مورخه ۱۳۹۳/۱۱/۲۶^{۱۴}

به مدیریت بیمارستان یا دانشگاه داده شده است (۱۶).
ب- بنا به ماهیت فعالیت‌های دو نوع بخش، نحوه‌ی امتیازدهی برنامه به ساعات حضور کارکنان به‌گونه‌ای است که کارکنان بخش‌های تشخیصی-درمانی برای خدمت در ساعات موظف و غیرموظف و کارکنان پشتیبان صرفاً برای خدمت در ساعات موظف تشویق شوند. مسئول دانشگاهی و مدیر بیمارستان شماره‌ی ۳ در این باره افزود: «در ابتدای اجرای برنامه، ما داشتیم بیمارستانی ... که پرسنل اداری آن تا ساعت ۱۴ کار می‌کنند و بعد همگی می‌روند، ولی همان دریافتی را دارند که قبلاً با اضافه‌کار دریافت می‌کردند».

۲- اثرات عقد تفاهم‌نامه با مدیران داخلی هر بخش

به‌طور کلی این تفاهم‌نامه، واگذاری اداره‌ی بخش به مدیران اجرایی آن بخش است. مسئولان بیمارستانی، نتایج موردانتظار و سقف پرداختی مدنظر را بر اساس شاخص‌های عمل‌کردی همان بخش اعلام می‌نمایند و در مقابل، مدیران اجرایی بخش، حق مدیریت و ارزیابی نیروی انسانی خود را دارند (شکل ۱). همه‌ی این‌ها به معنای تمرکززدایی در اداره‌ی بیمارستان است و درحال حاضر، نسبت به عوامل هزینه‌زا (تعداد ناکارآمد نیروی انسانی، کسورات و غیره) حساسیتی در سطح بخش وجود دارد که پیش‌تر (در نظام پرداخت قبلی) مربوط به کل بیمارستان و مدیریت بود، اما اکنون به سطح بخش و در موارد ایده‌آل، به سطح فرد رسیده است (جدول ۴).

۳- اثرات تعیین سقف پرداخت عمل‌کردی

در سطح بیمارستان، کل مبلغ قابل پرداخت (سقف پرداختی) به کارکنان، معادل ۲۷,۵ درصد ۹۰ درصد جزء حرفه‌ای‌های تولیدشده به اضافه‌ی سقف ریالی اضافه‌کاری بیمارستان است. این عمل می‌تواند از دو جهت مهم باشد:

الف- پیش‌بینی‌پذیر کردن تامین منابع مالی: ده درصد مبلغ جزء حرفه‌ای مشکوک‌الوصول (به علی ماندن عدم ثبت خدمات ارائه شده) از کل درآمد قابل بازتوزیع در سطح بیمارستان کسر می‌گردد. این کسر به نفع بخش و کارکنان نبوده، بهتر است با شفافیت بیشتر داده‌ها، به تدریج کم شود؛ ولی درحال حاضر می‌تواند پیش‌بینی‌پذیری تامین منابع مالی موردنیاز پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد برای بیمارستان را افزایش دهد.

ب- تعیین سقف پرداخت به کارکنان: بنا بر دستورالعمل، اگر مجموع پرداخت عمل‌کردی کارکنان از مجموع سقف تعیین شده بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ پرداخت عمل‌کردی هر یک از بخش‌ها کسر می‌گردد؛ لذا، کلیت برنامه می‌تواند در کنترل و پیش‌بینی‌پذیری بودجه‌ی سالیانه‌ی دانشگاه و بیمارستان در حوزه‌ی

هزینه‌های کارکنان تاثیرگذار باشد.

۴- اثرات نحوه‌ی محاسبه‌ی درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش

نحوه‌ی محاسبات درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش به‌گونه‌ای است که می‌تواند اثرات مثبتی در تحریک بخش و بیمارستان برای جذب بیمار بیش‌تر و کاهش تقاضای القایی و کسورات بیمه‌ای داشته‌باشد.

الف- طبق برنامه، در مواردی که بیمار در قالب زنجیره‌ی تامین جهت دریافت خدمات به خارج از بیمارستان ارجاع شود، درآمد مربوطه جزء درآمد ناخالص بخش یا بیمارستان محسوب نمی‌گردد؛ این بند برنامه می‌تواند باعث تحریک بیمارستان و بخش برای جذب حداکثری بیماران با برطرف نمودن کمبودهای نیروی انسانی، تسهیلات و امکانات گردد.

ب- هدف کسر درآمد حاصل از فروش دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی از درآمد ناخالص، جلوگیری از انگیزه‌ی افزایش درآمد از طریق فروش/مصرف خارج از استاندارد دارو و لوازم، تقاضای القایی و تجویز داروهای تجاری و گران‌قیمت است.

ج- کسر کسورات بیمه از درآمد ناخالص بخش و فرد می‌تواند موجب تشویق کارکنان به ثبت بهتر خدمات در پرونده و نظام اطلاعات بیمارستانی^{۱۵} و نیز حساس شدن ایشان به عوامل کسورات گردد. این عمل به نفع بیمارستان و کارکنان بخش است. درحال حاضر، نسبت به ثبت خدمات در کارکنان حساسیت ایجادشده و پرستاران ضمن اشراف کامل به درآمد بخش، آن را پیگیری می‌کنند؛ در این باره، شرکت‌کنندگان شماره‌ی ۳ و ۵ اظهار داشتند که این برنامه به‌واسطه‌ی ثبت خدمات و کاهش کسورات، به شدت بر درآمدهای بیمارستانی تاثیرگذار بوده‌است.

د- با وجود تغییر در تعداد کارکنان بخش طی سال، درصد سهم کارکنان از درآمد مبنای تغییر نمی‌کند. هدف این کار، تشویق مدیریت به انجام امور بخش با کارایی بیش‌تر (انجام امور با تعداد کارکنان کمتر) است؛ مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۷ چنین اظهار داشت: «الان اگر بخواهید نیرویی را ببرید داخل یک بخشی، خیلی مقاومت می‌کنند؛ یعنی این‌که نیرو نیآور، از دریافتی ما کم می‌شود» که به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت کنونی نیروی انسانی در کشور، اثر مثبت و ارزنده‌ای باشد. البته مسئول دانشگاهی برنامه (مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۶) افزود: «درخواست نیرو از طرف بخش‌ها و بیمارستان‌ها خیلی کم شده‌است؛ ... نگران هستیم که بعضی مواقع ممکن است واقعا اون‌جا (بخش) نیرو نیاز باشد، ولی ... درخواست ندهند». برای رفع این نقیصه، پیش‌نهاد شد در کنار پرداخت عمل‌کردی، به‌منظور

¹⁵ Hospital Information System

کار مشابه و نوع استخدام متفاوت، رفتارهای متفاوتی صورت می‌گرفته و این برنامه سعی در کاهش این رفتار داشته‌است.

۷- اثرات کلی اجرای برنامه

الف- تولید داده‌های صحیح و شفاف بیمارستانی و تجمیع کشوری آن‌ها: داده‌های میزان درآمد بیمارستان‌ها و هر یک از بخش‌های آن‌ها به‌همراه میزان دریافتی کارکنان با استفاده از نرم‌افزار کشوری پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد در حال تجمیع در سطح وزارت است.

ب- منبع مالی ثابت برای پرداخت به کارکنان: مبنای پرداخت به کارکنان، بخشی از جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات است که اختصاصاً برای پرداخت به کارکنان به‌کار می‌رود.

۸- انتقادات اصلی بر برنامه

الف- پیچیدگی و دشواری اجرای مدل: پیش‌نیاز اصلی محاسبات پرداخت عمل‌کردی، محاسبه‌ی دقیق درآمد هر بخش است که به علت دقیق و یک‌سان نبودن محاسبات درآمد در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های مختلف کشور و فراهم نبودن این زیرساخت، اجرای دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد را با پیچیدگی‌ها و دشواری‌هایی روبرو نموده‌است. از طرف دیگر، شرایط متفاوت زیرساخت‌ها در استان‌های مختلف کشور بر این مسئله دامن زنده است. مسئول شماره ۴ در این باره چنین گفت: «در اجرای ... با توجه به پیچیدگی دستورالعمل، زیرساخت مناسبی نداشتیم؛ چندین ماه یک نظام اطلاعات بیمارستانی درست‌وحسابی آماده نداشتیم که بشود این را پیاده کرد». مسئول شماره ۲ نیز افزود: «پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد، پیچیده است و وقت زیادی از مدیریت می‌گیرد».

همچنین، اجرای خود دستورالعمل، با توجه به لزوم کنترل سقف کلی برای همه‌ی پرداخت‌ها (در سطح بیمارستان) و محاسبات دقیق میان بخش‌ها و درون هر بخش، پیچیدگی‌هایی دارد که برای اجرای آن نیاز به برنامه‌ی نرم‌افزاری است و مانند دستورالعمل‌های قبلی، با محاسبات دستی انجام‌پذیر نمی‌باشد.

ب- گذشته‌نگر بودن داده‌های ورودی: با توجه به فرمول‌های فنی برنامه، به‌منظور تعیین سهم بخش‌ها در سال اول اجرای دستورالعمل، ملاک محاسبه‌ی سهم هر بخش، کارکرد و دریافتی‌های گذشته‌ی افراد در آن بخش می‌باشد. این امر در ابتدا، به سبب نیاز به معیار و مبنایی برای محاسبه‌ی سهم هر بخش گریزناپذیر است، اما در سال‌های بعد، به دنبال اصلاح دستورالعمل، این مشکل مرتفع گردیده، درصد سهم بخش‌ها بر اساس شرایط فعلی آن بخش تعیین می‌گردد.

حفظ کیفیت خدمات، حداقل‌های روش ارائه‌ی خدمات استانداردسازی گردد.

۵- اثرات نحوه‌ی محاسبه‌ی درآمد قابل توزیع بخش

الف- بیمارستان برای در نظر گرفتن تفاوت درآمدهای ایجادشده توسط بخش‌های مختلف (تفاوت درآمد به دلیل تفاوت در ماهیت فعالیت بخش‌ها)، درصد قابل پرداخت به کارکنان از درآمد مینا را اعمال می‌کند و بدین طریق، حداکثر مبلغی را که می‌تواند بر اساس درآمدهای هر بخش برای همان بخش تسهیم کند، تعیین و دریافتی بخش‌های متفاوت در مقایسه با یکدیگر را تعدیل می‌کند. به‌علاوه، با اعمال ضریب کیفیت عمل‌کرد بر اساس ارزیابی‌ها، بیمارستان می‌تواند بخش‌ها را مورد تشویق یا تنبیه قرار دهد.

ب- درآمد ماهیانه‌ی بخش (که بسته به میزان کار بخش ممکن است به‌صورت محدود تغییر یابد)، ضریب کیفی بخش (که هر سه ماه یک‌بار محاسبه می‌گردد) و درصد سهم کارکنان از درآمد مبنای بخش (که در طول سال ثابت است) است. لذا، بخش می‌تواند با بهبود دو عامل میزان کار و کیفیت خود نسبت به دوره‌های قبل، میزان دریافتی را افزایش دهد.

۶- اثرات نحوه‌ی تعیین امتیاز و پرداخت عمل‌کردی فرد

الف- موثرترین مولفه‌های تاثیرگذار بر دریافتی عمل‌کرد، مربوط به ساعات حضور غیرموظف (پس از تکمیل ساعات حضور موظف) و نمره‌ی عملکرد فرد است؛ دو معیار اساسی که می‌توانند مدیران بیمارستان‌های کشور را در ارائه‌ی خدمات ۲۴ ساعته و ارتقای کیفیت خدمات کمک‌کنند.

ب- امتیاز هر فرد مبتنی بر سه عامل ویژگی‌های فردی (تحصیلات و سابقه)، شرایط کاری (سمت و بخش) و شاخص‌های عمل‌کردی (نمره کیفیت عمل‌کرد فرد و بخش، تولید خدمت، کل ساعات فعالیت موظف، غیرموظف و آنکالی) است. تمام مراحل اجرای مدل، شامل تعیین پیش‌نیازها و محاسبات، به‌گونه‌ای است که برابری پرداخت میان افراد را از بین ببرد و به هر فرد بر اساس سه ویژگی مذکور پرداخت شود تا عدالت در پرداخت برقرار گردد.

ج- ویژگی‌هایی که ارتباطی با عمل‌کرد حرفه‌ای فرد ندارند (همچون نوع استخدام و برون‌سپاری شدن بخش محل فعالیت) بر میزان دریافتی افراد تاثیر ناچیزی دارند. مسئول دانشگاهی و مدیر بیمارستان شماره ۳ در این باره چنین اظهار داشت: «قبلاً در همه چیز نگاه ما همین بود؛ اون (کارمند) طرحی (افرادی که پس از فراغت از تحصیل، دوران تعهد خود را می‌گذرانند) سرباز هست و من افسر ارشد هستیم»؛ به‌عبارت‌دیگر با افرادی با

۹- مشکلات پیش روی برنامه

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

الف- مشکل ثبت کسورات بیمه: کارشناس شماره‌ی ۱ اظهار داشت: «نرم‌افزارهای کسورات بیمه‌های مختلف با هم متفاوت است؛ در ضمن سرفصل کسورات را اعلام می‌کنند که به تفکیک نیست». این عدم‌شناسایی بخش به بخش عامل کسورات بیمه‌ای، باعث توقف فعالیت‌های برخی بیمارستان‌ها برای اعمال کسورات به تفکیک بخش و فرد شده و کسورات به‌صورت سرجمع و برابر برای همه اعمال می‌گردد که احساس نارضایتی را در میان کارکنان به دنبال دارد.

ب- معوق‌شدن پرداختی‌های عمل‌کردی کارکنان: بزرگ‌ترین خریداران خدمات از بیمارستان‌های آموزشی-دولتی ایران، سه بیمه‌ی پایه‌ی سلامت خدمات هستند که عملاً پرداختی‌های برخی از آن‌ها بیش از ۱۰ ماه به تعویق افتاده‌است^{۱۶}؛ در صورتی که بازه‌ی زمانی پرداخت به کارکنان، دو ماه تعریف شده‌است.

بحث

مطالعه‌ی حاضر به بیان اهداف و مقاصد نحوه‌ی طراحی برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد ایران پرداخت. این برنامه با سهیم کردن تمامی کارکنان و مدیران بیمارستان (۱) در قسمتی از درآمد بیمارستان - سهام‌دار کردن کارکنان در درآمد^{۱۷} - به دنبال ایجاد انگیزه برای ارتقای عمل‌کرد به‌واسطه‌ی مشوق‌های مالی، ایجاد احساس عدالت بیشتر، افزایش کارایی سازمانی و فردی و بهبود ابقای کارکنان است (۱۲، ۱۳). تسهیم سود/درآمد میان کارکنان، نظامی برای جبران خدمات کارکنان، علاوه‌بر حقوق و دستمزد، با در نظر گرفتن کل سود موسسه است (۱۷-۱۹). بر اساس این برنامه، حدود یک‌سوم مبالغ ریالی جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت ارائه‌شده، در کنار حقوق و دستمزد (۱۷-۱۹)، تحت عنوان پرداخت عمل‌کردی به‌صورت تحکمی^{۱۸} (۱) به تمام مدیران و کارکنان (۱، ۲۰) پرداخت می‌شود.

به‌منظور پوشش اهداف متعدد با این برنامه، ساختار نسبتاً پیچیده‌ای برای آن طراحی شده‌است. دو پیش‌نیاز اصلی برنامه، طبقه‌بندی بخش‌ها و عقد تفاهم‌نامه است. هدف اصلی این اقدام، ایجاد احساس تعلق بیشتر میان

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

¹⁷ Revenue Sharing Plan

¹⁸ Forced distribution

کارکنان و بخش محل فعالیت ایشان و نیز هم‌راستاسازی اهداف فردی کارکنان با اهداف بیمارستان است. برای این منظور، طبق تفاهم‌نامه منعقدشده میان مدیران بیمارستان و بخش‌ها، اداره‌ی بخش به مدیران اجرایی آن واگذار شده که آثار مثبت این نوع تمرکززدایی به‌خوبی ثابت شده‌است (۲۱). بر این اساس، مسئولان بیمارستان، نتایج موردانتظار و سقف‌پرداختی را تعیین کرده، در مقابل، مدیران اجرایی بخش، مسئولیت مدیریت نیروی انسانی و عمل‌کرد بخش را برعهده دارند.

به‌علاوه با کوچک کردن ساختار بیمارستان و طبقه‌بندی آن به بخش‌های مختلف، فرد مستقیماً نتیجه‌ی عمل‌کرد خود را در بهبود عمل‌کرد بخش می‌بیند. ایجاد تمایز در دریافتی افراد بر اساس دشواری فعالیت در بخش‌های مختلف، از دیگر مزیت‌های این برنامه است. این اهداف برای مرتفع‌کردن مسائل مربوط به حضور غیراستاندارد پرسنل (تعداد کمتر و افراد کم‌تجربه‌تر) در بیمارستان‌های آموزشی-دولتی ایران در بخش‌های حساسی همچون اورژانس و مراقبت‌های ویژه است (۲۲، ۲۳). انتظار می‌رود مشوق‌های مالی ناشی از این تغییرات، رقابت کارکنان باکیفیت‌تر برای فعالیت در این بخش‌ها را افزایش دهد.

مطالعات پیرامون انگیزش مالی کارکنان نشان‌داده که مشوق‌های مالی کم و متوسط، توانایی ایجاد انگیزه‌ی کاری بیشتر در کارکنان را ندارند (۲۴)؛ لذا، اصولاً برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد نیازمند جریان پولی زیادی هستند (۲۵). با توجه به اهمیت تامین بار مالی هر سیاست در کشور (۲۶)، منابع مالی برنامه به‌واسطه‌ی اصلاحات افزایش جزء حرفه‌ای خدمات سلامت در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت پیش‌بینی شد^{۱۹} و طبق برآوردها، بیمارستان‌ها برای تامین آن به منابع مالی خارج از سازمان نیاز نداشتند (۱). به‌منظور مدیریت مناسب این حجم از منابع مالی در بیمارستان‌ها، برنامه با تفویض اختیار و واگذاری مسئولیت به مدیران بخش‌ها جهت اداره‌ی منابع انسانی و سنجش وضعیت عمل‌کردی آن‌ها، تمرکززدایی نسبی را در کل بیمارستان اعمال می‌نماید و انتظار می‌رود کارایی کل بخش اعم از افراد و تجهیزات افزایش یابد. در سایر مطالعات نیز اثرات مثبت تمرکززدایی در انگیزش مدیران داخلی سازمان‌ها در راستای نیل به اهداف تعیین‌شده به‌خوبی ثابت شده‌است (۲۱).

در راستای کنترل اثرات سهم بالای حقوق و مزایای پرسنل در کل هزینه‌های بیمارستانی (۲۷)، برنامه با تعیین و کنترل سقف‌های پرداختی به کارکنان، به

مصوبه هیئت وزیران، شماره ۷۴۴۵۰/ت ۵۰۹۸۲، مورخه ۱۳۹۳/۷/۱.¹⁹

رقابت کارکنان برای فعالیت در بخش‌های درآمدزاتر باشد. در عمل دیده‌شده که در مواردی، کارکنان بخش‌های کم‌درآمدتر، در مجموع دریافتی بالاتری نسبت به کارکنان بخش‌های پردرآمد داشته‌اند.

در مورد امتیاز کسب‌شده توسط هر فرد، مجموع رویکرد فنی برنامه به‌گونه‌ای چیده‌شده که تنوع‌های شغلی و فردی موجود در بیمارستان (۱) و نیز کمبود پرسنل متخصص بیمارستانی (۲۷) دیده‌شود؛ لذا در این مدل، ارزش هر امتیاز برای کارکنان یک بخش، متفاوت است. بدین‌وسیله، این امکان ایجاد می‌شود که بیمارستان به‌راحتی بتواند کارکنان خود را بدون محدودیت در بخش‌های مختلف جابه‌جا نماید (حتی برای یک ماه) و دریافتی نهایی افراد، معادل مجموع دریافتی ایشان از هر یک بخش‌ها طی یک فاصله‌ی زمانی معین باشد.

از جمله انتقادات اجراکنندگان برنامه و نیز سایر مطالعات (۳۵) در به‌کارگیری پرداخت عمل‌کردی در حوزه‌ی مراقبت‌های سلامت، مربوط به پیچیدگی آن است که در ایران به‌صورت حجم‌کاری بالا برای مسئولان برنامه، نبود زیرساخت‌های اطلاعاتی و دشواری توضیح و آموزش برنامه برای اجراکنندگان و کارکنان مطرح شده‌است. لذا لازم است تعهد مدیران اجرای برنامه (۱) را تضمین نموده، با بهبود سیستم‌های اطلاعات بیمارستان‌ها و مکانیزه کردن ورود داده‌ها در نرم‌افزار، به کاهش این پیچیدگی کمک نمود.

بزرگ‌ترین مسئله‌ای که طراحی برنامه (نسخه اول) با آن مواجه بوده، به‌کارگیری گذشته‌نگر داده‌ها (میانگین کارانه و اضافه‌کار) به‌عنوان ورودی فرمول محاسبه‌ی سهم کارکنان و بخش در شروع و ادامه‌ی برنامه است. این نحوه‌ی محاسبه باعث انتقال نواقص نظام پرداخت سابق (نظام نوین بیمارستان) و دیگر مسائل اجرایی آن به این برنامه می‌گردد؛ به‌عبارت‌دیگر، ممکن است افرادی که در نظام پرداخت سابق به هر دلیل دریافتی ناعادلانه‌ای داشته‌اند، در این برنامه نیز ناعادلانه دریافت کنند. این گذشته‌نگر بودن داده‌های ورودی، احتمال این‌که کارکنان بخش درصدد بازی با داده‌ها برای افزایش سهم خود باشند (۲۵) را نیز تقویت می‌نماید. این امر برای داشتن معیار و مبنایی برای محاسبه‌ی سهم هر بخش در ابتدا گریزناپذیر است و در سال‌های بعدی اجرای دستورالعمل، مرتفع گردیده و درصد سهم بخش‌ها بر اساس شرایط فعلی هر بخش تعیین می‌گردد.

دیگر نگرانی انعکاس‌یافته در اظهارات مصاحبه‌شوندگان و مطالعات (۲۵)، پایداری مالی طرح‌های پرداخت

دنبال ایجاد چارچوبی برای کل هزینه‌های پرداختی به ایشان بوده‌است. این ویژگی می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای ایجاد شفافیت در داده‌های مالی و خودگردانی مالی بیمارستان‌ها به‌کار گرفته شود (۲۱، ۲۸).

مبنای محاسبات اعمال‌شده در محاسبه‌ی درآمد ناخالص، پرونده‌ی بیماران است و خدمات ثبت‌نشده از آن حذف می‌گردند. با درنظرگرفتن این مسئله که بسیاری از کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌های کشور ناشی از عدم ثبت خدمات ارائه‌شده یا نبود مستندات کافی است، (۲۹) انتظار می‌رود این نحوه‌ی محاسبه منجر به ثبت بهتر خدمات ارائه‌شده در سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی به‌لحاظ کمی و کیفی، کاهش نواقص پرونده‌ای و کسورات و درنهایت افزایش درآمد بخش و بیمارستان گردد. در سایر مطالعات نیز اثر برنامه‌های پرداخت عمل‌کردی بر تقویت سیستم‌های اطلاعات الکترونیک نشان داده‌شده (۳۰، ۳۱) و برخی مدل‌ها (مدل استرالیایی^{۲۰}) به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که به استفاده از پرونده‌های الکترونیک^{۲۱} پاداش می‌دهند (۳۲، ۳۳).

مبنای محاسبات اعمال‌شده در درآمد مبنای بخش، به‌گونه‌ای ساختاربندی شده که بتواند از ایجاد انگیزه برای مصرف دارو، لوازم مصرفی و تجهیزات گران‌قیمت جلوگیری نماید. با توجه به نقش کم‌رنگ نظارت و ماهیت عمل‌کردی بیمه‌های پایه و تکمیلی در خرید خدمات و ضعف در راهنماهای بالینی کشور (۳۴)، تقاضای القایی می‌تواند عامل شکل‌گیری هزینه‌های زیادی در نظام سلامت کشور باشد. هرچند از سازوکار تدارک دیده‌شده در برنامه‌ی ایران نمی‌توان انتظار نظارت بر نحوه‌ی عمل‌کرد القایی ارائه‌کنندگان را داشت، انتظار می‌رود این برنامه دست‌کم برانگیزاننده‌ی تقاضای القایی نباشد؛ به‌عبارت‌دیگر، در این سازوکار، انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت (پزشک، پرستار و غیره) در تعداد و نوع داروها، تجهیزات و سایر لوازم مصرفی بیمار، منافع مالی مستقیمی برای وی به‌همراه ندارد.

نگاه فنی درآمد قابل‌توزیع به سمت تعدیل ذات درآمدزایی متفاوت بخش‌های بیمارستان (برای مثال، اتاق عمل در مقایسه با بخش‌های بستری) است. سهم قابل‌توزیع بخش‌ها از درآمد آن بخش به‌گونه‌ای طراحی‌شده که رقابت کارکنان برای فعالیت در بخش‌های درآمدزاتر را کاهش می‌دهد؛ به‌عبارت‌دیگر، سهم هر بخش به‌گونه‌ای تعیین می‌گردد که بخش‌های پردرآمدتر، لزوماً دریافتی بالاتری نداشته باشند. سهم قابل‌توزیع بخش‌ها از درآمد به‌گونه‌ای تعیین می‌شود که منجر به کاهش

²⁰ Practice Incentives Program

²¹ Use of electronic health records (eHealth)

نیز اجرای برنامه باعث ایجاد و تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی تولید و صرف منابع مالی در بیمارستان‌ها شده‌است. از این‌رو، بهبود تولید و بهره‌گیری از داده‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین آثار جذاب اجرای پرداخت عمل‌کردی معرفی شده است (۳۳). به‌علاوه، اجرای این برنامه در هماهنگ‌سازی زیرساخت‌های مرتبط با نظام اطلاعات سلامت در کل کشور بسیار موثر می‌باشد. مطالعات نظام‌مند، بهبودی‌های منحصر به فردی را در ثبت اطلاعات در سایر برنامه‌های مشابه گزارش داده‌اند (۸، ۳۸).

نتیجه‌گیری

برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد ایران با هدف بهبود عمل‌کرد و برطرف نمودن بسیاری از مسائل مدیریتی و انگیزشی بیمارستان‌های دانشگاهی - دولتی کشور و توزیع درآمدهای داخل بیمارستانی تدارک دیده شده‌است. به‌طور کلی، این برنامه با استفاده از مکانیسم‌های مدیریتی تمرکززدایی و پرداخت مشروط، سعی در افزایش بهره‌وری کارکنان، تجهیزات و تسهیلات، ایجاد عدالت در پرداخت و بهبود کیفیت خدمات بیمارستان و مدیریت منابع مالی دارد، اما به‌تعمیق افتادن پرداختی‌های کارکنان می‌تواند بزرگ‌ترین عامل تهدیدکننده‌ی اثرات این برنامه باشد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

مطالعه‌ی حاضر در نوع خود از نخستین مطالعات است. پیش از انجام این تحقیق، ابعاد متعدد برنامه به‌صورت یکپارچه مورد بررسی قرار نگرفته‌بود. برای آینده نیز مقاله‌ی حاضر می‌تواند چهارچوبی را برای مطالعات بیش‌تر فراروی پژوهش‌گران قرار دهد. مسئولین اجرای برنامه در سطح دانشگاه و بیمارستان می‌توانند با بررسی هر یک از ابعاد ذکرشده در این مطالعه در سازمان خود، به بهبود اجرای برنامه کمک نمایند. به‌علاوه، این مقاله برای آموزش افراد درگیر در برنامه نیز کمک‌کننده است. این مطالعه همچنین مختصری از مشکلات جدی برنامه را برای مسئولان بالادستی گزارش نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی کسانی که صبورانه با تمام مشکلات خود ایشان را در انجام پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

حمایت مالی

مطالعه‌ی حاضر تحت حمایت مالی موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق IR.TUMS.REC.1395.2544 به‌انجام رسید.

مبتنی بر عمل‌کرد است. باید توجه داشت که محل تامین منابع مالی برنامه از درآمدهای بیمارستان است که عمده‌ی آن از طریق سازمان‌های بیمه‌ی سلامت کشور تامین می‌گردد؛ این در حالی است که فاصله‌ی زمانی بازپرداخت سازمان‌های بیمه به بیمارستان‌ها در کشور بسیار بیشتر از دو ماه تعیین شده که می‌تواند بیمارستان‌ها را در اجرای این بند از برنامه با مشکل روبرو سازد. لازم است با پرداخت منظم طی فواصل زمانی کوتاه مدت، ارتباط میان عمل‌کرد و پرداخت عمل‌کردی برای کارکنان ملموس‌تر شود. این مسئله در ایران و سایر کشورها (۳۰) به‌صورت به‌تعمیق افتادن پرداختی‌های کارکنان بروز یافته، می‌تواند کلیه‌ی برنامه را تحت تاثیر قرار دهد. حل این مسئله نیازمند برنامه‌ریزی‌های مدون‌تر و جامع در سطح کل نظام سلامت و گردش مالی آن است. علاوه‌براین، برنامه نیازمند همکاری‌های بیش‌تر سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد بیمارستان‌ها در ارائه‌ی کسورات به تفکیک فرد و بخش است.

این برنامه به‌جز اثرات اجزای فنی، اثرات کلی نیز به‌دنبال دارد. با توجه به اثرگذاری اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های کلان کشوری و نواقص وارد بر آن (۳۶)، تولید و تجمیع داده‌های بیمارستانی، یکی از بزرگ‌ترین ارزش‌افزوده‌های این برنامه برای سیاست‌گذاران است. از آنجایی که داده‌ها و شاخص‌های تولیدشده در بیمارستان‌ها به‌طور مستقیم توسط خود آن‌ها مورد استفاده قرار گرفته و تحت نظر کارکنان (بازخوردهای شخصی افراد به دریافتی‌ها) قرار دارد، داده‌هایی شفاف و صحیح از سطح درآمد بیمارستان‌ها و بخش‌ها و سایر شاخص‌های عمل‌کردی آن‌ها در نرم‌افزار ملی پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد تجمیع می‌شود.

به‌علاوه طبق این برنامه، مبنای پرداخت به کارکنان، جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات تولید شده‌است؛ بنابراین جزء فنی ارزش نسبی خدمات، تحت تاثیر این برنامه قرار نمی‌گیرد. با فرض ارزش ریالی مناسب خدمات، شفاف‌شدن محل صرف اجزای فنی و حرفه‌ای در این برنامه می‌تواند زیرساخت مالی را برای خودگردان شدن بیمارستان‌ها فراهم کند (۲۱، ۲۸) که این مسئله با پیدایش دیدگاه «بیمارستان به‌عنوان یک سازمان تولیدکننده» (۵۳) نیز هم‌راستا است.

برنامه‌های مشابه در برخی از کشورها باعث ایجاد تغییراتی در نحوه‌ی حاکمیت نظام سلامت (جدایی خریدار از فروشنده، پاسخ‌گویی بیشتر ارائه‌دهنده و ممیزی‌های مستقل‌تر)، تامین مالی، منابع انسانی، اطلاعات و تسهیلات دارویی شده‌است (۳۷). در ایران

پیوست: ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در جلسه‌ی تهران و مصاحبه‌های فردی

کد	استان	سابقه/سال	رشته	سمت	حضور در جلسه	مصاحبه فردی
۱	زنجان		پزشک عمومی	رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۲	بوشهر	۲۴	مهندسی کامپیوتر	رابط دانشگاه و وزارتخانه و مدیر IT بیمارستان	*	*
۳	کهگیلویه و بویراحمد	۱۵	پزشک عمومی	رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۴	کردستان		مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	رئیس اداره‌ی اقتصاد درمان دانشگاه و رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۵	گیلان	۵	مهندسی کامپیوتر	مسئول IT معاونت درمان	*	*
۶	گیلان	۲۱	مهندسی کامپیوتر	مدیر آمار و فن‌آوری اطلاعات گیلان و رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۷	مشهد	۳۰	مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	مدیر بیمارستان و رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۸	مشهد	۲۱	مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	کارشناس مبتنی بر عملکرد و رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۹	تهران	۱۱	کارشناس ارشد MBA	کارشناس اداره‌ی سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت	*	*
۱۰	تهران	۶	دکترای سیاست‌گذاری سلامت	کارشناس اداره‌ی سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت	*	*
۱۱	گلستان	۱۰	مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	رابط دانشگاه و وزارتخانه	*	*
۱۲	تهران		مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	کارشناس اداره‌ی سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت	*	*
۱۳	تهران		کارشناس ارشد پرستاری	مترون بیمارستان	*	*

References

- McPhie NA, Sapin BJ. Designing an Effective Pay for Performance Compensation System, A Report to the President and the Congress of the United States by the U.S. Merit Systems Protection Board. US. Merit Systems Protection Board: United States, Washington; 2006: 56.
- Boxall A-m. Should we expand the use of pay-for-performance in health care?: Research Paper to Parliamentary Library of Australia, Information, analysis and advice for the Parliament. Australia, Canberra. 2009: 11.
- Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J, van Ginneken E. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition: Denmark, Copenhagen, 2008: 1-230.
- Robinson JC. (2001) Theory and Practice in the Design of Physician Payments. The Milbank Quarterly, A Journal of Public Health and Health Care Policy. 79(2): 149-77, III.
- Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. A structured review of the effect of economic incentives on consumers' preventive behavior. American journal of preventive medicine. 2004;27(4):327-52.
- Gneezy U, Meier S, Rey-Biel P. When and why incentives (don't) work to modify behavior. The Journal of Economic Perspectives. 2011:191-209.
- Musgrove P. Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. Results-Based Financing for Health, Center for Global Development, World Bank, Washington, DC 2010; 1-33.
- Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC health services research. 2010;10(1):247.
- Bremer RW, Scholle SH, Keyser D, Houtsinger J, Pincus HA. Pay for performance in behavioral health. Psychiatr Serv. 2008;59(12):1419-29.
- Siva I. Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs. The American journal of managed care. 2010;16(7):497.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. New England Journal of Medicine. 2006;355(4):375-84.
- Gray S, Olyaei Manesh A, Harirchi I, Nedjat S. Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals. Health Scope. 2018;In Press:e65472.
- Mohammad Aghajani, Alireza Olyaeemanesh, Saeid Manavi, Razeiyeh Ronasian, Mani Yusefvand, Leila Poraghasi, et al. Evaluating the Effectiveness and Process of Implementation of the New Payment-Based Performance Model in Compared to the New System of Hospitals Administration in the Health Transformation Plan. Hakim Health Systems Research Journal. 2018;20(4):213-25.
- Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D, editors. Managing incentives for health providers and patients in the move

- towards universal coverage. 'Global Symposium on Health Systems Research' 16-19, November 2010. Switzerland, Montreux. 2010: 1-150.
- 15- Jalali R. Qualitative research sampling. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2013;1(14):310-20.
 - 16- Ministry of Health and Medical Education. Directive: pay for Performance for Non-medical workforce of hospitals affiliated to university/Faculty of Medical Sciences and Health Services. Therapeutic Deputy, Tehran, Iran [Persian]. 2014.
 - 17- Coates III EM. Profit sharing today: plans and provisions. *Monthly Lab Rev*. 1991;114:19.
 - 18- Kato T, Morishima M. The nature, scope and effects of profit sharing in Japan: Evidence from new survey data. *The International Journal of Human Resource Management*. 2003;14(6):942-55.
 - 19- Hambly K, Kumar RV, Harcourt M, Lam H, Wood G. Profit-sharing as an incentive. *The International Journal of Human Resource Management*. 2017;5:1-21; <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1334149>.
 - 20- Marsden D. Performance related pay for government employees: an overview of OECD countries: OECD; 2005.
 - 21- Harding A, Preker AS. Understanding organizational reforms. Washington: The World Bank. 2000:12-6.
 - 22- Tabibi SJ, Najafi B, Shoaie S. Waiting time in the emergency department in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences in 2007. *Research in Medicine*. 2009;33(2):117-22.
 - 23- Sabezqabae A. Evaluation of the standards of the emergency center of 5 educational hospitals of Shahid Beheshti University with the international emergency department standard in 2005. Theses in Shahid Beheshti University. Tehran, Iran, Shahid Beheshti University; 2005, 1-245 [Persian].
 - 24- Greene J. An Examination of Pay-for-Performance in General Practice in Australia. *Health services research*. 2013;48(4):1415-32.
 - 25- Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009b;2(2):70-83.
 - 26- Yousefvand M. Policy Analysis of the Relative Value of Health Services Policy and Developing Policy Options for Iran. Tehran; Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health; 2018: 1-290.
 - 27- Nasiripour aa, nayeri sm. Effect. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2014;2(4):64-70.
 - 28- Suriyawongpaisal P. Potential implications of hospital autonomy on human resources management. A Thai case study. *Human Resources Development Journal*. 1999;3(3):11-2.
 - 29- Bagheri H, Amiri M. Investigating the causes of insurer deductions from patient documentation in a hospital in Iran. *Journal Management System*. 2012;4(3 & 4):17-24 [In Persian].
 - 30- Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009a;2(3):184-95.
 - 31- Eichler R, Auxila P, Antoine U, Desmangles B. Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti. Report to Center for Global Development working paper Haiti, Port-au-Prince, 2007: 1-35.
 - 32- Russell G, Mitchell G. Primary care reform. View from Australia. *Canadian Family Physician*. 2002;48:440.
 - 33- Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability: Open University Press, OECD Publishing; 2014.
 - 34- Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are Health Institutions Involved In Health Care Induced Demand? (A Qualitative Study). *Payavard Salamat*. 2014;8(4):280-93.
 - 35- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7(7):6-7.
 - 36- Mohamadi E. Policy analysis, problem identification and proposing policy options for Health Insurance Benefit Package in Iran health system. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health; 2017: 1-310.
 - 37- Zeng W, Gheorghe A, Nair D. A discussion paper of health system level approaches to addressing quality of care in low-and middle-income countries; Denmark, Copenhagen; 2016: 1-39.
 - 38- Alshamsan R, Majeed A, Ashworth M, Car J, Millett C. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2010;15(3):178-84.

Goals and Effects of “Iranian Pay for Performance” Program for Non-Medical Workforce in Teaching Hospitals: Qualitative Study

Serajaddin Gray¹, Mohammad Aghajani², Raziieh Ronasian³, Saeed Manavi⁴, Iraj Harirchi⁵, Alireza Olyae Manesh^{1,6,*}, Mani Yousefvand¹, Seyedeh Hosnieh Shafae Tonekaboni³, Pejman Hamouzadeh¹, Farhad Habibi Nodeh⁷

¹Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²MD. Chancellor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Expert of National Program of Pay for Performance, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁴Head of National Program of Pay for Performance, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁵Department of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶Group of Payment and Financial Resources of the Health, National Institute of Health Research, Tehran, Iran

⁷Ph.D. Health Care Management, Dept. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The design of each pay mechanism, theoretically, affects the behavior of providers and creates different responses. This study is a survey of the new Iranian performance-based payment method for the hospital staff (Recommendation 2014) and its possible effects on the behavior of staff and hospitals.

Methods: A qualitative study was conducted at two national and provincial levels using a documentary review, taking notes in meetings, and individual interviews (13 people at the ministry, university, and hospital levels). Content analysis was performed using MAXQDA V. 10 software, and the extraction of codes was thematic.

Results: Aligning staff individual objectives with organizational performance; decentralization in employee administration; more predictability of staff costs; motivating to take care of more patients; reducing incentives for induced demand and insurance deductions; effect of three groups of individual, work-related, and functional factors on individual pay and gathering accurate information about the amount paid to employees in the country are the goals and potential positive effects of the program. Complexity, reciprocity of the program, postponement of payment to employees, and lack of transparency in the insurance deductions of each department were program problems.

Conclusion: Potentially, this program provides the right tools to meet the desired goals, however, it depends on the capacity of the executive directors. The postponement of employee payments is the biggest threat to the effects of this program.

Keywords: Reimbursement Mechanisms; Prospective Payment System; Public Hospitals; Health Manpower; Iranian Pay for Performance

Please cite this article as follows:

Gray S, Aghajani M, Ronasian R, et al. Goals and Effects of “Iranian Pay for Performance” Program for Non-Medical Workforce in Teaching Hospitals: Qualitative Study. *Hakim Health Sys Res*, 2019 22(2): 82-93.

*Corresponding Author: Group of Payment and Financial Resources of the Health, National Institute of Health Research, Bozorgmehr St., Postal Code: 1416833481, Tehran, Iran. Tel: +98-2166407822, Fax: +98-2166489092, Email: arolyae@gmail.com