

Scenarios for Dealing with the Nursing Services Tariff Setting Act Based on the Policy Analysis Triangle Model

Bagheri Lankarani K¹, Izadbakhsh H^{2*}, Nojaba S³, Azadi Ahmadabadi M⁴, Saffari MS⁴

¹Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Ph.D. Student in Public Policy, Researcher at Rushd Centre, Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran

³Master in Public Policy, Management Faculty, Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran

⁴Ph.D. Student in Public Policy, Management Faculty, Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The Nursing Services Tariff Setting and Adjustment of Nursing Fees Act and Productivity Improvement Act for Clinical Staff have not been adequately implemented after more than ten years of approval. However, various pressures that put the health system in a difficult situation should be considered carefully. This study aims to make a multilateral analysis of nursing services tariff setting, its policy, and executive dimensions. Scenarios confronting the nursing services tariff setting are explained and evaluated.

Methods: The study followed a qualitative approach using library studies. The authors selected the participants using purposive sampling, while they collected data through semi-structured and in-depth interviews. Library data were analyzed and implicated using the stakeholder analysis method. The "policy analysis triangle" model has also been used to take a comprehensive and coherent approach to data collection, analysis, and presentation.

Results: The research findings were categorized into four dimensions of this model, namely policy content, context, process, and actors, which clarified the required scientific and theoretical foundations, the existing documents in the field of pricing, the history and components of pricing, and the views of the main stakeholders on this issue.

Conclusion: In conclusion, possible scenarios have been evaluated to ensure both nurses' satisfaction and motivation while maintaining the quality of health services. Also, some suggestions have been made for short-term and medium-term actions that can provide the opportunity for fundamental reforms by reducing the current crisis severity.

Keywords: Nursing Services, Policy Making, Pricing, Reimbursement Mechanism, Tariff Setting

Sadra Med Sci J 2021; 9(3): 253-270.

Received: May. 3rd, 2021

Accepted: Aug. 22nd, 2021

*Corresponding Author: **Izadbakhsh H.** Ph.D. Student in Public Policy, Researcher at Rushd Centre, Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran, h.eizadbakhsh@isu.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۹، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۲۵۳ تا ۲۷۰

تاریخ پذیرش: ۰۰/۰۵/۳۱ تاریخ دریافت: ۰۰/۰۲/۱۳

مقاله پژوهشی
(Original Article)تبیین سناریوهای مواجهه با قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری
بر اساس مدل مثلث تحلیل خط‌مشیکامران باقری لنکرانی^۱، حمید ایزدبخش^{۲*}، سعید نجبا^۳، محمد آزادی احمدآبادی^۴، محمد سعید صفاری^۴

استاد بیماری‌های گوارشی و کبد بالغین، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران
 دانشجوی دکتری، پژوهشگر مرکز رشد، دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران
 کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت، دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران
 دانشجوی دکتری، دانشکده مدیریت، دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: قانون «تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری» و «ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت» پس از گذشت بیش از ده سال از تصویب هنوز در مسیر صحیح اجرا قرار نگرفته‌اند. لکن فشارهای مختلف بخصوص در سال‌های اخیر، نظام سلامت را در تنگنایی قرار داده است که باید به دقت بررسی شود. هدف از پژوهش حاضر تحلیل چندجانبه تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، ابعاد سیاستی و اجرایی آنست از این رو سناریوهای مواجهه با قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری تبیین و ارزیابی شده است.

روش‌ها: رویکرد پژوهش حاضر کیفی و روش گردآوری داده‌ها کتابخانه‌ای و مصاحبه با نمونه‌گیری هدفمند بوده‌است. داده‌های کتابخانه‌ای تحلیل و دلالت‌گیری شده و داده‌های مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته و عمیق گردآوری و با بهره‌گیری از روش تحلیل ذینفع تحلیل شده‌اند. همچنین برای اتخاذ رویکردی جامع و منسجم -در گردآوری، تحلیل داده‌ها و ارائه یافته‌ها- از مدل «مثلث تحلیل خط‌مشی» استفاده شده‌است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش در چهار بعد این مدل یعنی محتوا، بستر، فرآیند و نقش‌آفرینان خط‌مشی طبقه‌بندی شده‌اند که مبانی علمی و نظری مورد نیاز، مستندات موجود در زمینه تعرفه‌گذاری، تاریخچه و اجزای تعرفه‌گذاری و نگاه ذینفعان اصلی در این مسئله را روشن می‌سازد.

نتیجه‌گیری: در بخش نتیجه‌گیری، سناریوهای ممکن با تاکید بر تضمین هم‌زمان رضایت‌مندی و انگیزه پرستاران در کنار حفظ کیفیت خدمات سلامت ارزیابی شده‌است. همچنین با توجه به سیر پژوهشی، پیشنهادهایی جهت اقدامات کوتاه‌مدت و میان‌مدت مطرح شده که بتواند با کاهش شدت بحران وضع موجود، فرصت را برای اصلاحات زیربنایی و اساسی فراهم نماید.

واژگان کلیدی: خط‌مشی‌گذاری، خدمات پرستاری، قیمت‌گذاری، تعرفه‌گذاری، سازوکار بازپرداخت

* نویسنده مسئول: حمید ایزدبخش، دانشجوی دکتری، پژوهشگر مرکز رشد، دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران؛ دانشکده مدیریت، دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران، h.eizadbaksh@isu.ac.ir

مقدمه

واژه «تعرفه» در خدمات پزشکی معادل واژه قیمت در مبادلات بازار است. علت استفاده از عنوان تعرفه این است که قیمت‌ها از محل تلاقی عرضه و تقاضا در بازار تعیین می‌شوند، در حالیکه تعرفه به صورت ثابت و برای یک دوره زمانی تعیین می‌گردد و در طول سال مستقل از کارکرد بازار و شرایط آن عمل می‌کند (۱). تعرفه در نظام سلامت جایگاه ویژه‌ای دارد؛ بنحوی که کل گردش مالی نظام سلامت بر مبنای آن استوار است. لذا می‌توان گفت نظام تعرفه‌گذاری به عملکرد همه ارکان نظام سلامت وابسته است (۲) و تغییر آن، همه ابعاد را متاثر می‌کند.

از سال‌ها قبل با وجود عدم تطابق دستمزد پرستاران با زحمات آنان و ادراک بی‌عدالتی از سوی آنان (۳)، و به خصوص پس از تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی، تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری نیز از جانب جامعه پرستاری و نهادهای صنفی منتسب به آن پیگیری شده هرچند که هنوز به نتیجه نرسیده است. در همین رابطه قانون «تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری» در سال ۱۳۸۶ و قانون «ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت» در سال ۱۳۸۸ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده‌اند که پس از بیش از یک دهه هنوز در مسیر

صحیح اجرا قرار نگرفته‌اند.

هدف پژوهش حاضر بررسی و تحلیل چندجانبه تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، ابعاد سیاستی و اجرایی آنست. در این راستا ضمن نگاه ترکیبی به هر دو قانون فوق و تشریح عوامل مختلف مدل تحلیل ختمشی عمومی، سناریوهای مواجهه با قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری احصا و ارزیابی می‌شود. در ارزیابی سناریوها تضمین هم‌زمان رضایت‌مندی و انگیزه کارکنان به ویژه پرستاران در کنار حفظ کیفیت خدمات سلامت بسیار حیاتی خواهد بود (۴).

روش‌ها

رویکرد پژوهشی مقاله حاضر کیفی است. روش گردآوری داده‌ها عمدتاً کتابخانه‌ای و مصاحبه با نمونه‌گیری هدفمند بوده است. داده‌های کتابخانه‌ای پس از تحلیل، دلالت‌گیری شده‌اند و داده‌های مصاحبه‌ای به صورت نیمه‌ساختاریافته و عمیق گردآوری و با بهره‌گیری از روش تحلیل ذینفع (Stakeholder Analysis) تحلیل شده‌اند. در جدول ۱ استراتژی جستجوی اسناد مرتبط درج شده است.

جدول ۱. فهرست پایگاه‌های اطلاعاتی منتخب و استراتژی جستجوی پژوهش (محقق ساخته)

پایگاه	نشانی اینترنتی	مورد جستجو و عمل‌گرها	بازه زمانی جستجو	محل جستجو
مجلات تخصصی نور پزشکی	Med.noormags.ir	(بازپرداخت OR پرداخت جبران خدمات OR حقوق OR تعرفه‌گذاری OR تعرفه OR قیمت‌گذاری OR کارانه OR ارزش‌گذاری نسبی) AND (پرستار OR خدمات پرستاری)	بدون محدودیت زمانی	عنوان، چکیده و واژگان کلیدی
مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی	Sid.ir	(reimbursement OR payment OR compensation OR tariff OR pricing OR fee for service OR rvu) AND (nurse OR nursing)	2000-2020	عنوان، چکیده و واژگان کلیدی
پابمد	PubMed.ncbi.nlm.nih.gov			
اسکوپوس	Scopus.com			

در زمینه تحلیل و بررسی ذینفعان و بازیگران تعرفه‌گذاری پرستاری، ذینفعان مختلف تعرفه‌گذاری شناسایی و با هر کدام از آن‌ها مصاحبه‌هایی صورت پذیرفته است. در جدول ۲ مشخصات مصاحبه‌شوندگان قابل مشاهده است. ضمناً با توجه به این‌که مسأله این پژوهش ناظر به یکی از خط‌مشی‌های نظام سلامت بوده برای اتخاذ رویکردی جامع و منسجم -در گردآوری، تحلیل داده‌ها و ارائه یافته‌ها- از الگوی «مثلث تحلیل خط‌مشی» (شکل ۱) و چهار بعد اصلی آن یعنی محتوا (Content)، بستر (Context)، فرآیند (Process) و نقش‌آفرینان (Actors) استفاده شده است.

مفاهیم مورد استفاده در قانون تعرفه‌گذاری، در مباحث و منابع علمی به صورت مفصل بحث شده‌اند که با توجه به آن‌ها می‌توان شیوه‌های بهتری در خط‌مشی‌گذاری اتخاذ کرد. در بعد بستر (زمینه) خط‌مشی، دو موضوع قوانین مرتبط و تجارب سایر کشورها در تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری بررسی می‌شود. روش گردآوری داده‌ها در دو بعد مذکور کتابخانه‌ای بوده و داده‌ها در نسبت هر بخش طبقه‌بندی شده است.

در بعد فرآیند خط‌مشی، موضوع از حیث تاریخی تحلیل می‌شود. در این بخش فرآیند تعرفه‌گذاری در نظام سلامت از ابتدا و با تاکید بر دوره بعد از انقلاب اسلامی بحث و بررسی و داده‌ها متناسب با تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری دلالت‌یابی می‌شوند. در بعد چهارم مدل تحلیل خط‌مشی، اقشار مختلف ذینفعان شامل پرستار، مدیر بیمارستان، رئیس بیمارستان، وزارت بهداشت، بیمه، خبرنگار و پژوهشگران تعیین و با هر کدام از آن‌ها مصاحبه‌هایی نیمه‌ساختاریافته انجام شده است. در ادامه مصاحبه‌ها با توجه به چهار مؤلفه موانع، فرصت‌ها، الزامات و راهکارها و همچنین پیامدهای اجرای قانون تعرفه‌گذاری با استفاده از روش تحلیل ذینفع تحلیل شده‌اند. در نهایت با کنار هم



شکل ۱. مدل تحلیل خط‌مشی عمومی (۵)

در بعد محتوای خط‌مشی برخی از مبانی و نظریات علمی مرتبط همچون انگیزش و جبران خدمات تبیین می‌شود.

جدول ۲. مشخصات مصاحبه‌شوندگان (محقق ساخته)

تعداد افراد	مصاحبه‌شونده	طبقه
۲	مرتبط با نظام پرستاری	پرستار
۱	مدیر بیمارستان دولتی	مدیر بیمارستان
۱	رئیس بیمارستان آموزشی، پژوهشی و درمانی	رئیس بیمارستان
۱	کارشناس مرتبط با اداره تعرفه وزارت بهداشت	وزارت بهداشت
۱	کارشناس معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی	بیمه
۲	مدیران سابق (اسبق) و پژوهشگر حوزه تعرفه‌گذاری، عضو هیئت‌علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی	سایر خبرگان
۸	مجموع	

قرار دادن داده‌ها در ابعاد مختلف مدل مثلث خط‌مشی، سناریوپردازی شده و پیشنهادهای سیاستی مقتضی ارائه می‌شود.

یافته‌ها

۱- بررسی محتوای خط‌مشی

الف- نظام جبران خدمات

نظام جامع جبران خدمات (Total Reward) همه اقداماتیست که کارفرما برای حفظ انگیزه‌های زیرمجموعه و بهبود کیفیت کار انجام می‌دهد (۶). مفهوم جامعیت در جبران خدمات، به معنای در نظر گرفتن همه ابعاد و مؤلفه‌های آن نظیر طبقه‌بندی مشاغل (Job Classification)، تعیین کارراه‌های شغلی (Job Careers)، مدیریت عملکرد و... و همچنین روابط بین آنهاست (۶). این مفهوم در محتوای خط‌مشی بسیار کلیدی است. جبران خدمات شامل اجزاء مختلفی است و مانند سایر کارکردهای منابع انسانی نیازمند نظام‌سازی است. بررسی تعاریف جبران خدمات و اجزاء مختلف این نظام نشان می‌دهد که تأکید صرف بر پرداخت مالی مستقیم، نوعی تقلیل آن است و باید برای بعد غیرمالی آن نیز برنامه مشخص داشت (۷).

ب- بهره‌وری و پرداخت مبتنی بر عملکرد

بهره‌وری آمیزه‌ای از کارایی و اثربخشی است که ابزارهای انگیزشی یکی از شیوه‌های ارتقاء آنست. در نظام انگیزشی بهینه، تلاش می‌شود پرداخت مبتنی بر عملکرد آشکار فردی انجام شود. البته اینطور نیست که با هر افزایشی، بهره‌وری ارتقاء یابد؛ بلکه تعیین دستمزد در سطحی بالاتر از سطح بهینه نیز منجر به افزایش هزینه متوسط هر واحد نیروی کار شده و کارایی و بهره‌وری را کاهش می‌دهد (۸). مهم‌ترین ضعف پرداخت مبتنی بر عملکرد تمرکز بر خروجی نهایی و دشواری ارزیابی خروجی‌های کیفی است. سه پیش‌فرض اساسی در این الگو قابلیت ارزیابی دقیق و منصفانه، تناسب پرداخت و عملکرد و مرتبط بودن تلاش برای پاداش و بهبود عملکردست (۶).

ج- نظام پرداخت

نظام پرداخت سازوکارهای انتقال منابع مالی از دولت، سازمان‌های بیمه و بیماران به ارائه‌کنندگان خدمات است (۹). همه تأمین‌کنندگان منابع باید به این سوالات پاسخ دهند که پرداخت به چه سازمان‌هایی صورت می‌گیرد، این منابع به چه دلیل به آن‌ها پرداخت می‌شود، و میزان پرداختی چقدر خواهد بود (۱۰). به طور کلی نظام‌های پرداخت را می‌توان به دو طبقه‌ی «نظام‌های پرداخت ثابت» (Fixed Payment System) و «نظام‌های پرداخت متغیر» (Variable Payment System)، تقسیم کرد (۱۱). از معروف‌ترین روش‌های پرداخت هزینه‌ها می‌توان به روش پرداخت به ازای خدمت، پرداخت موردی (Per-Case Payment)، پرداخت هزینه روزانه (Daily Charge Payment) و پرداخت سرانه (Capitation Payment) اشاره کرد. همچنین اصطلاح دیگری که گاهی به همراه نظام پرداخت استفاده می‌شود، چرخه بازپرداخت (Reimbursement cycle) است. چرخه بازپرداخت در واقع بخشی از چرخه درآمد (Revenue cycle) مراکز ارائه‌کننده خدمات است (۱۲). بر اساس تعاریف باید نظام قیمت‌گذاری به معنای ارزش کالا یا خدمات مبادله شده میان تأمین‌کننده و متقاضی را از نظام جبران خدمات به آن معنا که تشریح شد تفکیک نمود (۱۳). در نظام قیمت‌گذاری، قیمت کالا و خدمات تعیین می‌شود، در حالیکه نظام جبران خدمات سهم و چگونگی توزیع درآمد به‌دست‌آمده را میان کارکنان تعیین می‌کند. در ایران اگرچه قیمت‌گذاری از طریق تعرفه‌گذاری انجام می‌شود اما این اصلاً به معنای توزیع بر اساس تعرفه‌گذاری نیست. چنانچه امروز هم کل تعرفه دریافتی از طریق تعرفه‌های پزشکی، متعلق به پزشک نیست و درصدی از آن به مرکز ارائه خدمت و سایر کارکنان اختصاص می‌یابد. همچنین تعرفه‌گذاری (سازوکار قیمت‌گذاری) از سال ۱۳۵۰ و نظام پرداخت کارانه (سازوکار جبران خدمات) در کشور از سال ۱۳۷۴ در کشور آغاز

انگیزش ناشی از افزایش حقوق در بلندمدت از بین خواهد رفت. هرزبرگ بر این عقیده بوده‌است که تامین عوامل بهداشتی بر انگیزشی مقدم است.

۲- بررسی بستر خط‌مشی

الف- بررسی قوانین مرتبط با تعرفه گذاری خدمات پرستاری

در مصاحبه با خبرگان مشخص شد قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱۸) مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ و قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت (۱۹) مصوب ۱۳۸۸ /۱/۳۰ و همچنین آیین‌نامه اجرایی این قانون (۲۰) مصوب ۱۳۸۸/۱۰/۲۰ به شدت به یکدیگر وابسته بوده و ارتباط مستقیم دارند. بررسی این قوانین نکاتی را روشن می‌سازد که در مواجهه با تعرفه‌گذاری باید به آن‌ها توجه نمود:

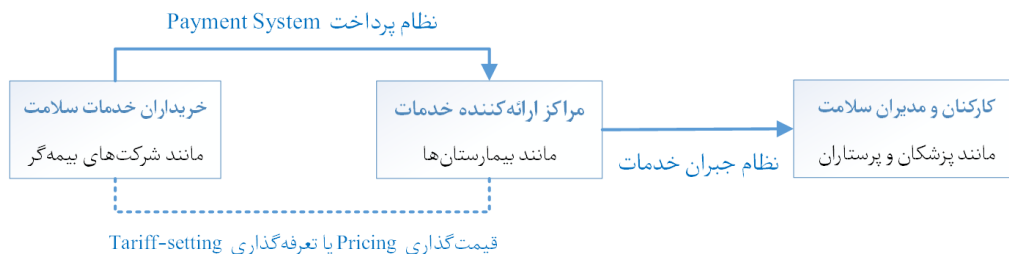
- قانون، تعرفه‌گذاری را به عنوان پایه‌ی اصلی درآمد در نظر نگرفته‌است. یعنی اگرچه در درآمد، بخش متغیری بر اساس عملکرد وجود دارد اما همواره بخشی از درآمد، به صورت ثابت پرداخت می‌شود.
- نسبت پرداخت ثابت به عملکردی در قانون مسکوت است. یعنی مشخص نیست پرستار همانند پزشک بیشتر درآمد خود را از تعرفه‌ها به دست می‌آورد و یا آنکه تعرفه‌ها صرفاً بخشی از آن و به صورت مشوق خواهد بود.

شده‌است. در نتیجه باید میان تعرفه‌گذاری و جبران خدمات تفاوت قائل شد (شکل ۲).

د- نظریه دو عاملی هرزبرگ

از نظریه‌های مشهور حوزه انگیزش، نظریه دو عاملی (Two-Factor Theory) هرزبرگ است (۱۴). پیشتر مدیران تصور می‌کردند انگیزش و فقدان انگیزش بر روی یک طیف و در برابر یکدیگر قرار دارند، حال آنکه هرزبرگ نظریه سنتی انگیزش را مردود دانست (۱۵). هرزبرگ معتقدست که دو دسته عامل باید لحاظ شود. نوع اول عوامل بهداشتی (Hygiene Factors) یا عوامل نگهدارنده (Maintenance Factors) که جهت حفظ وضعیت موجود کاربرد دارند. این عوامل مستقیماً انگیزشی نبوده و صرفاً از ناراضی‌تی جلوگیری می‌کند. مانند: روابط بین فردی، سیاست‌ها و رویه‌های سازمان، حقوق و دستمزد و... (۱۶). نوع دوم، عوامل انگیزشی (Motivators) است که کاملاً مرتبط با شغل بوده و به‌طور مستقیم انگیزه و رضایت شغلی را افزایش می‌دهد، از جمله کسب موفقیت، پیشرفت شغلی، ماهیت کار و مسئولیت (قدرت و اختیارات سازمانی) (۱۶).

عوامل بهداشتی، قدرت ایجاد انگیزه ندارند، زیرا فقط می‌توانند نیازهای ضروری را مرتفع کنند، اما عوامل انگیزشی، قدرت ایجاد انگیزه را دارند زیرا نیازهایی را تأمین می‌کنند که در اغلب کارکنان، کمتر برطرف شده‌است (۱۵). به بیان دیگر، وجود عوامل بهداشتی در طولانی‌مدت، باعث انگیزش نیروها نمی‌گردد (۱۷). مثلاً



شکل ۲. جایگاه نظام پرداخت، تعرفه‌گذاری و جبران خدمات (یافته‌های پژوهش)

عملکردی مبلغی ناچیز باشد، که بر اساس نظریه هرزبرگ در عمل به عاملی بهداشتی تبدیل شده و دیگر انگیزه‌بخش نخواهد بود.

ب- تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری در سایر کشورها در سطح بین‌الملل در ارتباط با سطوح جبران خدمات پرستاران و تغییرات آن، داده‌های اندکی در دسترس است و بیشتر کشورها، به جای ارائه مدل به معادل‌سازی نظام حقوق و دستمزد متناسب با شرایط کشور خود پرداخته‌اند (۲۱). با وجود سهم قابل توجه پرستاران در مراقبت، هیچ روش معتبری برای تعیین هزینه‌های پرستاری بر اساس خدمات واقعی ارائه‌شده توسط آنان وجود ندارد (۲۲). از علل این مسئله، آن است که کارکرد اصلی واحدهای پرستاری با سایر واحدهای درآمدزا همچون رادیولوژی، آزمایشگاه و... متفاوت بوده و بر اساس یک روش بازپرداخت، جمع‌آوری و کدگذاری نشده، هرچند به صورت نظری و در برخی از مطالعات سیستم‌هایی همچون «سیستم طبقه‌بندی مراقبت‌های بالینی» (The Clinical Care Classification System)

در این راستا، تعریف و طراحی شده‌است (۲۳). در ایالات متحده، اگرچه روش بازپرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) توسط مدیکر و بسیاری از پرداخت‌کنندگان دیگر استفاده می‌شود اما خدمات پرستاری به طور خاص در پرداخت‌های صورت‌گرفته و در هیچ‌یک از سیستم‌های بازپرداخت DRG -جز در ایالت نیویورک- مشخص و شناسایی نشده‌است. در نیویورک، هزینه‌ها به ازای هر یک از طبقات DRG، با استفاده از اوزان (ضرایب) شدت پرستاری (Nursing Intensity Weights) تعیین می‌شود. این اوزان در واقع ارزش‌هایی نسبی هستند که کمیت و نوع خدمات ارائه‌شده هر طبقه را منعکس می‌کند (۲۴). ذکر این نکته ضروریست که حجم کار پرستاران به صورت‌های مختلفی مفهوم‌پردازی و محاسبه می‌شود که وخامت حال بیمار یا حدت بیمار (Acuity)، شدت پرستاری،

پس از تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، برای مبلغی که به عنوان کارانه به پرستاران (درصدی از حق حرفه‌ای پزشکان) پرداخت می‌شود، سه حالت متصور است: ۱- توقف پرداخت، ۲- به عنوان پشتوانه و مکمل اجرای این قانون (مثلا تعرفه‌های جدید پایین‌تری وضع خواهد شد) ۳- تأمین مالی از منبعی جدید.

با توجه به تصریح دو جزء اصلی ثابت و عملکردی در قانون بهره‌رو، دو تفسیر متفاوت از «تعرفه‌گذاری» ایجاد می‌شود: اول آنکه تعرفه‌گذاری، قیمت‌گذاری است و منابع مالی را تأمین می‌کند. دوم آنکه تعرفه‌گذاری، نظام جبران خدماتست، یعنی کارکنان به ازای ارائه هر خدمت، هزینه آن را از بیمه و بیمار دریافت می‌کنند. تفسیر دوم از تعرفه‌گذاری به دلایل زیر صحیح نمی‌نماید:

۱. با توجه به اینکه قانون ارتقای بهره‌رویی منحصر به پزشک یا پرستار نیست و شامل تمامی کارکنان رسته بهداشتی درمانی -تحت شرایطی- می‌شود (ماده واحده)، تعرفه‌گذاری همه خدمات بالینی ناممکن است.

۲. هم‌اکنون برای پزشکان نیز جبران خدمات بر اساس تعرفه‌گذاری نیست. بلکه دریافتی پزشک بر اساس کارکرد ماهانه و پس از اعمال کسورات پلکانی است.

۳. با روح قانون یا همان بهره‌رویی کارکنان (بر اساس ماده واحده) در تعارض است. قانون به جای پرداخت بر اساس تعرفه‌گذاری (پرداخت موردی)، پرداخت مبتنی بر عملکرد را رسمیت می‌بخشد. این پرداخت زمانی انگیزشی خواهد بود که بخشی از درآمد باشد، نه آنکه پرداخت ثابت در مقابل پرداخت

ضریب «کا» و ۱,۷۵ برابری هتلینگ برای آن‌ها به نسبت تعرفه دولتی در هیئت دولت تصویب شد.

در سال ۱۳۸۰ تعرفه ویزیت اعضاء هیئت‌علمی تمام وقتی جغرافیایی تصویب و تعرفه آن‌ها معادل تعرفه ویزیت پزشک بخش خصوصی تعیین شد. در سال ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تعرفه ضریب داخلی، جراحی و بیهوشی برای ارائه خدمات بیمارستانی صرفاً در حق‌الزحمه پزشکان، دو برابر تعرفه بخش دولتی شد. اگرچه این افزایش عمدتاً به دلیل حمایت آموزش پزشکی بوده اما نظارت بر ارائه خدمات دستیاران و توزیع وقت اعضای هیأت علمی میان ارائه خدمت و آموزش و پژوهش محل سوال بوده‌است.

در سال ۱۳۸۱ تعرفه ترجیحی مناطق محروم صرفاً برای خدمات پزشکان در بخش بستری تصویب شد. در سال ۱۳۸۳ سازمان نظام پزشکی ضرایب تعرفه بخش خصوصی را جدا و به صورت چندبرابری ضرایب دولتی اعلام کرد (این باعث مشکلات ناشی از مقایسه بخش خصوصی و دولتی شد). هرچند این تعرفه از جانب دولت لغو شد، در عمل پیاده شده و فاصله زیادی بین بخش خصوصی و دولتی ایجاد کرد که این فاصله تا به امروز ادامه دارد. تعرفه‌گذاری سازمان نظام پزشکی برای بخش خصوصی تا سال ۱۳۸۹ ادامه یافت.

از سال ۱۳۷۳ خودگردانی و نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها یک تغییر اساسی در نظام جبران خدمات به حساب می‌آیند. چراکه پس از آن، پرداخت کارانه در نظام سلامت به رسمیت شناخته می‌شود. البته تعرفه‌گذاری پیش از این هم بوده اما با اجرایی شدن این دستورالعمل، به شدت به نظام جبران خدمت گره خورده‌است. این دستورالعمل تا سال ۹۳ پابرجا بود. همزمان با طرح تحول نظام سلامت و اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات، دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد جایگزین آن شد. (۲۸، ۲۹).

گرایش به تفکیک تعرفه‌ها نیز که از سال ۱۳۷۸ پیگیری می‌شد از سال ۱۳۸۰ به ثمر رسید و با تغییر عبارات

پنجیدگی مراقبت و زمان مراقبت مستقیم بیمار از این جمله‌اند (۲۵).

بنابراین در پژوهش حاضر شواهدی مبنی بر بازپرداخت خدمات پرستاری با روش «پرداخت به ازای خدمت» (Fee-for-service) در هیچ یک از نظام‌های سلامت یافت نشد. تنها در کشور آمریکا و در مطالعه فرن (۱۹۸۹) به این نکته اشاره می‌شود که در برخی از مراکز ارائه‌کننده خدمات در ایالت ویسکانسین که تحت شمول قانون پرداخت فدرال (Federal Payment Legislation) نیستند، از FFS برای خدمات پرستاری استفاده می‌شود. (۲۶).

۳- بررسی فرآیند خط مشی

الف- سیر تاریخی تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی نخستین بار در سال ۱۳۵۳ تعرفه خدمات پزشکی تعیین شد که به جز ویزیت سرپایی، کل هزینه‌های اقامت بیمار در قالب تخت‌روز دریافت و به صورت حقوق به کادر درمان پرداخت می‌شد. در سال ۱۳۶۱ اولین کتاب تعرفه‌گذاری بر اساس کتاب نام‌گذاری اقدامات رایج (Current Procedural Terminology) منتشر شد. پس از ثبات ۱۰ ساله تعرفه‌ها، تا سال ۱۳۷۳ هرچند سال یک‌بار تعرفه افزایش پیدا کرد و از آن پس با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی هرساله بازنگری شده‌است (۲۷).

تا سال ۱۳۶۴ تعرفه ویزیت متخصصین دو برابر پزشکان عمومی تعیین شده بود. با تشکیل وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴، تعرفه ویزیت پزشکان عضو هیئت‌علمی معادل پزشکان فوق تخصص تعیین شد. از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۳ ویزیت پزشکان عضو هیئت‌علمی به تفکیک متخصص و فوق تخصص تعیین شده‌است. در سال ۱۳۷۵ کتاب ارزش‌های نسبی بازنگری شد و در آن ضریب تعرفه جراحی کاهش یافت. در سال ۱۳۸۰ برای اولین بار موضوع تعیین تخت‌های نمونه کشوری و پرداخت ۱,۵ برابری

ندارد. در سال ۱۳۸۱، با تعیین تعرفه ۲۲ کا برای هیأت علمی، قید شده‌است که این افزایش تنها در حق‌الزحمه نیروی انسانی است. در حالی که تعرفه حق‌الزحمه پزشک جدا نشده‌است. بنابراین سیاست‌گذار حق‌الزحمه پزشک را جزئی از تعرفه می‌داند. لذا یک دیدگاه این است که خدمات جانبی نیز در تعرفه گنجانده شده‌است. زیرا پس از محاسبه تعرفه ویزیت پزشکان متخصص بر مبنای اجزاء حرفه‌ای و فنی، بر حسب تعداد واحد ارزش نسبی ویزیت در کتاب، ضریب تعرفه یک واحد ارزش نسبی (ضریب کا) محاسبه می‌شود. از اینرو منطقی به نظر می‌رسد که ضرایب تعرفه، علاوه بر دستمزد پزشک، شامل سایر هزینه‌های سرباری هم باشد.

اما برخی از کارشناسان معتقدند که تعرفه در کتاب فقط شامل جزء حرفه‌ای و مخارج ناشی از معالجه نادرست بوده و مخارج سربار دیده نشده‌است. بر اساس همین دیدگاه ۵۰ درصد حق‌العمل جراحی به عنوان هزینه اتاق عمل محاسبه و در صورت‌حساب مراکز درمانی قید شد. این مصوبه تا سال ۱۳۷۳ به سبب تفکیک نشدن هزینه‌ی دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل، در صورت‌حساب لحاظ می‌شد. اما از این سال به سبب ابهام در این قانون، مقرر شده‌است که لیست دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل تهیه و قیمت آن‌ها در صورت‌حساب‌های صادره بیاید. با وجود این، همچنان این هزینه تحت عنوان استهلاک تجهیزات ثابت اتاق عمل حفظ شده‌است. پس از سال ۹۳ و تفکیک برخی از خدمات به جزء حرفه‌ای و فنی، این هزینه برای آن‌ها حذف و فقط برای خدمات دارای یک کد (بدون تفکیک) در دولتی ۱۵ درصد و در خصوصی ۴۰ درصد حق‌العمل جراح لحاظ شده‌است.

د- هزینه پرستاری در صورت‌حساب بیمار

هزینه اقامت (هتلینگ)

هزینه هتلینگ در گذشته شامل همه هزینه‌های غیرپزشک بوده‌است. اما هرچه به زمان حال نزدیک‌تر شده به هزینه‌هایی تقلیل یافته که امکان ثبت در صورت‌حساب بیمار را ندارد و متأسفانه هیچ روش استاندارد و

مربوطه در مصوبه دولت عملاً تعرفه بخش خصوصی و دولتی از یکدیگر تفکیک شدند. در سال ۱۳۹۳ نیز کتاب ارزش نسبی در قالب طرح تحول بازنگری شد و علاوه بر بار مالی ۲،۲ برابری ناشی از تغییر تعداد واحدهای ارزشی نسبی تغییراتی در خدمات و ضرایب اعمال شد.

ب- تعرفه‌گذاری خدمات غیرپزشکی

تعیین تعرفه ویزیت پیراپزشکان (کارشناسان، کارشناسان ارشد و دارندگان ph.D) پروانه‌دار از سال ۱۳۸۴ در بخش خصوصی و تحت عنوان تعرفه ویزیت کارشناسان مامایی آغاز شده‌است و در سال ۱۳۹۳ در مصوبه هیئت‌وزیران به بخش دولتی نیز راه یافته‌است. خدمات فیزیوتراپی از سال ۱۳۸۱ بر اساس سطح تحصیلات ارائه‌کننده و خدمات آزمایشگاهی و آسیب‌شناسی بالینی (پاتوبیولوژی) و همچنین خدمات پرتوپزشکی از سال ۱۳۹۳ و همزمان با بازنگری کتاب در طرح تحول به نظام تعرفه‌گذاری وارد شد.

ج- اجزای تعرفه پزشک

بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه با خبرگان، در اینکه آیا در تعرفه پزشک، فقط حق‌الزحمه آن لحاظ شده‌است یا خیر اختلاف نظر وجود دارد. در کتاب اولیه ارزش‌های نسبی خدمات (نسخه لاتین) دریافتی پزشک شامل سه مولفه کار پزشک، مخارج سربار و مخارج ناشی از معالجه نادرست لحاظ شد. اما حداقل شواهد سیاستی که در ادامه آمده نشان می‌دهد که از دیدگاه سیاست‌گذار تعرفه تنها حق‌الزحمه پزشک نبوده‌است. از سال ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۷۹ این عبارت در مصوبه هیئت دولت تکرار شده‌است: «هرگونه حق‌الزحمه پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، درمانی و تشخیصی توسط مراکز یادشده دریافت و پس از کسر هزینه‌های مربوطه، پرداخت می‌شود». در سال ۱۳۸۱ تعرفه ترجیحی مناطق محروم تصویب شده‌است. در سال ۱۳۸۰ تخت‌های نمونه کشوری خدمات لاپراسکوپ، آندوسکوپ و موارد مشابه را ۲۵ درصد و همچنین جراحی با لیزر را ۲۰ درصد افزایش داده‌است. درحالی‌که مشخصاً این تجهیزات ربطی به کار خود پزشک

هزینه هتلینگ هم در نظر گرفته شود (۱، ۳۰).

۴- بررسی نقش آفرینان

در این قسمت دلالت های مستخرج از مصاحبه عمیق با دینفعان تعرفه گذاری خدمات پرستاری در قالب جدول ۳ طبقه بندی و ارائه شده است.

بحث

با تمرکز بر کلیات قانون، سه سناریو پیش روی سیاست گذاران قرار دارد که در شکل ۳ طبقه بندی شده است. این سناریوها مبتنی بر دو پیش فرض ارائه شده است: اول آن که تعرفه گذاری مبنایی برای قیمت گذاری است و نه جبران خدمت؛ دومین پیش فرض، پرداخت مبتنی بر عملکرد است. با توجه به صراحت قانون «ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت» مبنی بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، نمی‌توان از شیوه‌ای دیگر در نظام جبران خدمات استفاده کرد.

تعریف شده‌ای برای محاسبه این هزینه وجود ندارد (حداقل منتشر نشده است). به نظر می‌رسد از سال ۱۳۷۲ با افزایش ۲۵ درصدی هتلینگ بخش خصوصی نسبت به دولتی تفکیک بخش خصوصی آغاز شده و تا کنون با نرخ‌های گوناگون تغییر کرده است. در بخش دولتی نیز نرخ رشد تقریباً مشابه افزایش یافته است با این حال دو رشد چشمگیر در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ مشاهده می‌شود. رشد سالانه تعرفه هتلینگ در بخش خصوصی بیشتر از بخش دولتی می‌باشد و متوسط رشد سالانه هر دوی آن‌ها بیشتر از شاخص کل قیمت کالاها و خدمات مصرفی و همچنین حداقل دستمزد بوده است.

هزینه خدمات جنبی و پرستاری

در سال ۱۳۷۵ مقرر شد که هزینه خدمات پرستاری نیز محاسبه و در صورت حسابها ثبت شود. مقدار این هزینه تحت عنوان هزینه خدمات جنبی و پرستاری به میزان ۶ درصد تعرفه هتلینگ تعیین شد و بیمه‌گر و بیمه شده مکلف به پرداخت شدند. نکته قابل توجه اینست که اگر هزینه پرستاری در اینجا لحاظ می‌شود، دیگر نباید در خود

جدول ۳. طبقه بندی دلالت‌های مستخرج از مصاحبه با دینفعان

دلالاتها	طبقه
<ul style="list-style-type: none"> • تکرار معضلات نظام ناکارآمد کارانه پزشکی • مسائل ارائه صورت حساب پرستاری (شیفت‌های مختلف، به ریز نوشتن و ...) • پرستاران مشغول به کارهای غیر بالینی (مانند مشاغل مدیریتی) • وجود ۹۳ مورد خدمتی به صورت گلوبال • تعداد زیاد پرستاران نسبت به پزشکان • عدم امکان محاسبه کا (بر اساس متغیرهای اساسی همچون مکانیسم خدمت، محاسبه مالیات و ...) • عدم امکان محاسبه هزینه تمام شده و برقراری عدالت بین رشته‌ای (میان گروه‌های مختلف مشمول) • مشخص نبودن بار هزینه‌ای و محل تامین اعتبار • عدم امکان افزایش بار مالی بر مردم در بیمارستان‌های دولتی • احتمال افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب • امکان افزایش بار مالی بیمارستان (با افزایش دریافتی پرستار و عدم تحقق منابع درآمدی) • از دست رفتن بخشی از اعتبارات مالی بیمارستان با توجه به غیرقابل برداشت بودن درآمد پرستاران از درآمد بیمارستان • عدم همراهی و ضعف مالی بیمه‌ها • امکان بروز اختلاف میان پرستاران • کاهش امنیت شغلی پرستاران در بخش دولتی • پرداخت حقوق در بخش خصوصی مبتنی بر قانون کار (لذا لزوماً اجرای این قانون، به معنای افزایش دریافتی نیست). 	موانع

دلالاتها	طبقه
<ul style="list-style-type: none"> • کاهش احتمال تقاضای القایی با نظارت پزشک • ایجاد انگیزه برای پرستاران • سادگی کدگذاری خدمات پرستاری • امکان پایش کمی خدمات ارائه شده 	فرصتها
<ul style="list-style-type: none"> • جواز دایر شدن مراکز ارائه خدمات پرستاری با حفظ شرایط فعلی بیمارستانها • تشکیل بخش‌های خاص در مراکز ارائه خدمت بر اساس تعرفه • عدم ایجاد اختلاف درآمد زیاد بین پرستاران و سایر کادر بیمارستانی • لزوم بازنگری در بازه‌های زمانی مشخص • ملاحظه شرایط پرستاران غیربالیینی (خصوصاً از نظر درآمدی) • عدالت بین‌رشته‌ای و بین‌بخشی خود پرستاران (بین گروه‌های مختلف مشمول) • توجه به امنیت شغلی پرستاران • مشخص شدن محل تأمین بار مالی پرستاری (از درآمد فعلی برای بخش دولتی عملیاتی نیست) • لزوم توجه به تفاوت حجم خدمات پرستاری در بخش دولتی و خصوصی • ضرورت ایجاد سازوکار نظارتی درست • دشواری نظارت بیمه • احتمال تقاضای القایی و ضرورت پایش محدود کردن آن با ابزارهایی مثل سقف و کسری بیمه • بازتوزیع منابع مالی بر اساس پرداخت مبتنی بر عملکرد • اجرایی شدن پیش شرط‌های اجرای قانون (بسترهای مورد نیاز) • ضرورت کار کارشناسی روی تبعات • پررنگ شدن نقش پرستار و بهیار در بیمارستان • ضرورت گماشتن تخصص‌های پایین‌تر برای کارهای ساده‌تر • افزایش کیفیت (آموزش) و سپس در نظر گرفتن تعرفه برای خدمات آنها • طبقه‌بندی و رتبه‌بندی پرستاران • توجه به ریشه تبعیض درآمدی و رفتاری (و...) بین پرستاران و پزشکان • در نظر گرفتن بهیاران و کمک بهیاران (و سایر کارکنان) در این طرح • لزوم بهینه شدن خدمات به جای افزایش هزینه • لزوم در نظر گرفتن تفاوت‌های هزینه‌ها بین انواع مناطق و بیمارستانها • تفکیک نظام تعرفه‌گذاری و قیمت‌گذاری و طراحی و اصلاح هر دو نظام • در نظر گرفتن روش‌های مختلف تعرفه‌گذاری (مثل پرداخت case based) • ضرورت اصلاح قانون تبعی • ضرورت اصلاح قوانین مرتبط موجود • لزوم رفع و مدیریت تعارض منافع در تعیین ارزش نسبی خدمات • لزوم توجه به منافع همه ذینفعان در تعیین تعرفه‌ها 	الزامات و راهکارها
<ul style="list-style-type: none"> • احتمال تکرار معضلات تعرفه پزشکی خصوصاً ارزیابی کمی و کیفی • احتمال مهاجرت پرستار به بخش خصوصی (مانند بهره‌وری) • احتمال کاهش کیفیت ارائه خدمات، با ایجاد محدودیت‌های مالی برای پرستاران، و ایجاد نارضایتی • افزایش پرداخت مستقیم از جیب • افزایش بار مالی بیمارستان و بیمه • احتمال افزایش انگیزه و رضایت پرستاران (قطعی نبودن افزایش میزان پرداختی به پرستاران) • احتمال ارائه خدمات بهتر به مردم • احتمال گسترش تقاضای القایی 	پیامدها



شکل ۳. سناریوهای مواجهه با قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری

برای افزایش سهم دریافتی پرستاران تأمین شود. این منابع می‌تواند به صورت زیر باشد:

- استفاده از منابع بودجه‌ای و بیمه‌ای: اعتبارات بخش سلامت با کمبود شدید روبروست، لذا افزایش بار جدید هزینه‌ای باید با پیش‌بینی اعتبارات پایدار باشد.
- افزایش سهم ۲۷/۵ درصدی پرستاران در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد: این اقدام می‌تواند توزیع منابع در نظام سلامت را متعادل‌تر کند، ضمن اینکه بار مالی جدیدی تحمیل نخواهد شد.

۲- سناریوی دوم: قیمت‌گذاری خدمات پرستاری بر اساس ارزش‌های نسبی
با فرض اینکه تعرفه‌گذاری در قانون برای قیمت‌گذاری مطرح شده و پرداخت مبتنی بر عملکرد، الزام قانون است، دو حالت برای این سناریو متصور است. اول آنکه پرداخت کارانه معادل پرداخت عملکردی در نظر گرفته شود، و دوم آنکه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد به شکل صحیح آن اجرا شود.

الف- پرداخت کارانه به معنای پرداخت عملکردی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اجرای پرداخت عملکردی به روش کارانه می‌تواند با مشکلاتی همراه باشد. این موارد شامل افزایش کمیت خدمات و ایجاد تقاضای القایی، افزایش پرداخت مستقیم از جیب در صورت عدم تمهید مالی، افزایش بار مالی ارائه‌کنندگان خدمات با توجه به

۱- سناریوی اول: عدم پیاده‌سازی قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری

این سناریو به معنای کنارگذاشتن قانون است؛ لکن به علل مختلف نمی‌توان از آن صرف‌نظر کرد. تفاوت درآمدی میان متخصصین پزشکی و کارکنان به ویژه گروه پرستاری در ایران، بسیار قابل توجه بوده و در برخی از مطالعات این اختلاف به ۱۰ برابر می‌رسد (۲۹). از سوی دیگر نارضایتی پرستاران شدید است، و تمایل به ترک شغل در بین پرستاران ایران بیش از ۲۰ درصد برآورد شده است (۳۱). به‌طور کلی مطالعات نشان می‌دهد میانگین رضایت شغلی پرستاران ایران متوسط است (۳۲-۳۵). با وجود این، در صورت عدم اجرا لازم است اصلاحاتی در نظام‌های قیمت‌گذاری و جبران خدمت صورت گیرد. در بخش قیمت‌گذاری، موارد ذیل از سوی خبرگان پیشنهاد شده است:

- با توجه به کتاب ارزش نسبی به پرستاران اجازه تأسیس مراکز ارائه خدمات پرستاری داده شود و در این مراکز تعرفه‌گذاری پرستاری برقرار باشد.
- واقعی کردن جزء حرفه‌ای در تعرفه‌های پزشکی (محاسبه دقیق آن‌ها) و نیز عادلانه کردن تسهیم آن بین کارکنان سلامت بخصوص آنجا که نقش خدمات پرستاری برجسته‌تر از خدمات پزشکی است؛ نظیر بخش‌های مراقبت‌های ویژه

مهم‌ترین مطالبات پرستاران ناظر به جبران خدمات و میزان دریافتی آنان بوده است. به علاوه جهت انگیزه‌بخشی پرداخت مبتنی بر عملکرد، باید منابع جدید و پایداری

میان آن‌ها، تعیین مهم‌ترین معیارهای ایجاد تفاوت در تعرفه و امتیازات ویژه، تعیین نسبت طرح تمام‌وقتی جغرافیایی با قانون بهره‌وری، تبیین ابعاد مختلف مسئولیت و رابطه مالی بین پزشک و پرستار و همچنین تعیین روش محاسبه تعرفه خدمات ارائه‌شده توسط گروه پرستاری به صورت مشترک، مشخص نمودن تقسیمات تعرفه پرستاری به دو جزء فنی و حرفه‌ای و آگاهی سیاست‌گذار از تبعات اجرای آن، تبیین دقیق اجزای هزینه هتلینگ و وضعیت هزینه خدمات جانبی و پرستاری و در نهایت تعیین منابع تامین مالی تعرفه پرستاری با توجه به محدودیت شدید اعتبارات فعلی.

۳- سناریوی سوم: قیمت‌گذاری خدمات پرستاری بر اساس سایر روش‌ها (غیر از RVU)

سناریوی سوم تعرفه‌گذاری خدمات بر اساس روش ارزش نسبی خدمات را کنار می‌گذارد. اولین اشکالی که ممکن است به این سناریو وارد باشد، مخالفت آن با قانون است. در پاسخ باید توجه کرد که ارزش‌های نسبی خدمات تنها روش تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری نیست؛ بلکه روش‌های دیگر مثل DRG نیز وجود دارد. از سوی دیگر چنانچه طرح شد اجرای تعرفه‌گذاری تبعات جبران‌ناپذیری بر نظام سلامت خواهد داشت. به علاوه مشکل اصلی پرستاران تعرفه‌گذاری نیست، بلکه مسأله اساسی اصلاح نظام جبران خدمات است. همچنین آنچه قانون‌گذار صراحتاً هدف‌گذاری نموده بهره‌وری کارکنان است. این درحالی است که اجرای تعرفه‌گذاری، منجر به عدم بهره‌وری خواهد شد.

تأکید مجدد بر این نکته ضروریست که نیاز اصلی پرستاران در بخش نظام جبران خدمت است، نه تعرفه‌گذاری و شیوه آن. از این رو باید در استقرار نظام جامع جبران خدمات مبتنی بر عملکرد اصلاحات اساسی صورت گیرد که در سناریوها اشاره شد. مبتنی بر فرآیند طی‌شده، پیشنهادهای پژوهش حاضر تا زمان این اصلاحات اساسی عبارتند از:

مشخص نبودن نحوه توزیع درآمد، احتمال تفکیک تعرفه پرستاری بخش خصوصی از بخش دولتی و تبعات آن، حق‌پنداری نسبت به تعرفه‌های مصوب پرستاری و از دست رفتن کارکرد انگیزشی، احتمال بروز اختلافات درآمدی و ناعدالتی میان گروه‌های مختلف پرستاری و سایر کارکنان و تکرار مشکلات کارانه پزشکی می‌شود.

ب- پرداخت مبتنی بر عملکرد واقعی

در این حالت از محل تعرفه‌گذاری، بر اساس عملکرد پرداخت می‌شود. لذا دریافتی پرستاران شامل دو بخش ثابت (حقوق) و متغیر (عملکردی) است. این شرایط باعث نارضایتی مضاعف پرستاران خواهد شد، چراکه پرستاران توقع دارند که کل یا اکثر درآمد کسب‌شده از طریق ارزش‌های نسبی خدمات را دریافت کنند و با اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد واقعی، ادراک ایشان از ناعدالتی دوچندان می‌گردد. ضمن اینکه در حال حاضر پرداخت مبتنی بر عملکرد در عمل (با وجود اشکالات متعدد در طراحی و پیاده‌سازی) اجرا می‌شود و تنها تاثیر اجرای این قانون، سرازیر کردن منابع جدید به بیمارستان است. بر اساس یافته‌های پژوهش رفع نواقص موجود در نظام فعلی پرداخت مبتنی بر عملکرد، تمهید اقتضانات استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد مانند نظام ارزشیابی عملکرد، طراحی چک‌لیست‌های کیفی و پرداخت به‌موقع و انگیزشی، طراحی نظام جامع جبران خدمات و تعیین میزان و نسبت دریافتی ثابت و متغیر پرستاران با توجه به قانون بهره‌وری و لزوم انگیزشی بودن پرداخت متغیر از الزامات اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد محسوب می‌شود.

ج- الزامات اجرایی قیمت‌گذاری بر اساس ارزش‌های نسبی در صورت تصمیم بر پیاده‌سازی سناریوی دوم تعیین وضعیت کارانه و اضافه‌کاری فعلی پرستاران یا قطع شدن آن پس از اجرای قانون، تصمیم‌گیری در خصوص این موارد ضروریست: تعرفه خدمات پرستاری در بخش‌های مختلف، تدوین فرآیند طراحی و بازبینی تعرفه، مشارکت دادن رده‌های شغلی وابسته به پرستاری مطابق ماده ۱۶ تشکیل نظام پرستاری و ایجاد سازوکارهای تضمین عدالت

الف- پیشنهادهای کوتاه‌مدت

۱. یکسان‌سازی جزء حرفه‌ای تعرفه پزشکی در بخش دولتی و خصوصی چنانچه در بررسی فرآیند خط‌مشی به اشکالات و مفاسد آن اشاره شد.
۲. افزایش دریافتی گروه پرستاری به همراه تأمین منابع مالی (از منابع بودجه‌ای دیگر و یا افزایش سهم پرستاران)
۳. اصلاح اشکالات مطرح‌شده نسبت به نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی
۴. محاسبه دقیق‌تر تعرفه‌های پزشکی و عادلانه کردن سهم پرستاران از آن (مخصوصاً در مواردی که نقش آن‌ها پررنگ‌تر است).
۵. بسترسازی گسترش ارائه خدمات پرستاری در منزل بر اساس تعرفه

ب- پیشنهادهای میان‌مدت

۱. ارتقاء مهارتی و دانشی گروه پرستاری و رتبه‌بندی آن‌ها بر اساس مؤلفه‌هایی چون مدرک تحصیلی، مهارت و سابقه کار؛ در چنین شرایطیست که می‌توان نقش پرستاری را در نظام مراقبت سلامت ارتقاء داد و بسته جامع‌تری از خدمات را به آن‌ها سپرد.
۲. طراحی و پیاده‌سازی نظام جامع قیمت‌گذاری (زیرساخت آن در وزارت بهداشت موجود است) در نظام سلامت (فارغ از رشته یا گروه خاص) در هماهنگی با نظام جبران خدمات
۳. طراحی نظام جامع جبران خدمات کارکنان سلامت و تعیین میزان و سهم عادلانه هرکدام از درآمد
۴. طراحی و ایجاد فرآیند عادلانه‌ی (با مشارکت گروه‌های مختلف) بازبینی و تصویب قیمت‌گذاری خدمات سلامت

نتیجه‌گیری

موضوع ارتقای حقوق و دستمزد پرستاران به ویژه با توجه به عدم تطابق آن با زحمات ایشان از یک سو و ناچیز بودن آن در مقایسه با دستمزد برخی دیگر از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از سوی دیگر همواره یکی از مطالبات پرستاران بوده‌است. در همین رابطه دو قانون «تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری» و «ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت» با وجود تصویب مجلس، در مسیر صحیح اجرا قرار نگرفته‌اند. در مواجهه با این قوانین، سناریوهای مختلفی را می‌توان اتخاذ کرد که الزامات و پیامدهای هر یک در این پژوهش تشریح شد. لازم به ذکر است که در نظام سلامت تجربه قیمت‌گذاری با روشی غیر از ارزش‌های نسبی وجود دارد همان‌طور که در سال ۱۳۹۳ برخی از خدمات به صورت موردی (Per Case) وارد کتاب شده‌اند. لذا سیاست‌گذار و مجری در پیاده‌سازی تعرفه‌گذاری ملزم به اجرای ارزش نسبی خدمات نیست و می‌تواند از روش‌های دیگر نیز بهره ببرد. صرف نظر از روش اجرای تعرفه‌گذاری، لازم است شیوه توزیع درآمد حاصل از تعرفه‌های پزشکی نیز اصلاح گردد.

تقدیر و تشکر

از کلیه افرادی که ما را در این طرح همراهی کردند تشکر می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Koohi F. Reform of the Tariff System for Healthcare Services, the Basis for All Health System Reforms, Policy Document of the Reform of the Tariff

- reward. Kogan Page Publishers 2010.
7. Mathis RL, Jackson John H. Human Resource Management 13th ed. Thomson. South-Western; 2010.
 8. Nejaabat E. Productivity and Payment System. Yaas Strategy Quarterly 2010; (23): 149–64.
 9. Donev D. Payment methods and regulation of providers. World 2005; 119: 21.
 10. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. World Bank Publications 2009.
 11. MosaddeghRad M. Payment Mechanisms to Health Care Providers in Health Insurance Systems. Social Security Quarterly 2004; 6(16). (In Persian)
 12. Abbey DC. Healthcare payment systems: an introduction. CRC Press 2009.
 13. Cooper CL, Argyris C, Starbuck WH. The Blackwell encyclopedia of management. Blackwell 2005.
 14. Herzberg F. The motivation to work. System for Diagnostic and Medical Services In Iran. Social Security Organization Research Institute. 2015. (In Persian)
 2. OECD. Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing Paris, FR; 2016.
 3. Afzali M, Mokhtari Nouri J, Ebadi A, Khademolhoseyni SM, Rejeh N. Perceived Distributive Injustice, the Key Factor in Nurse's Disruptive Behaviors: A Qualitative Study. J Caring Sci 2017; 6(3): 237–47.
 4. Shah SMM, Ali R, Dahri AS, Brohi NA, Maher ZA, Hameed WU. Determinants of job satisfaction among nurses: Evidence from South Asian perspective. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2018; 8(5): 19–26.
 5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning 1994; 9(4): 353–70.
 6. Armstrong M. Armstrong's handbook of reward management practice: Improving performance through

- Improvement Act for Clinical Staff Working in the Health System, Delegation of Ministers. 2009. (In Persian)
21. Toulideh Z, sadeghifar J, nasiripour A, roshani M. Relationship Between Mechanisms of Services Compensation and Job Performance among Nurses. *Nurs Midwifery* 2016; 14(3): 282-290. (In Persian)
22. Dykes PC, Wantland D, Whittenburg L, Lipsitz S, Saba VK. A pilot study to explore the feasibility of using the Clinical Care Classification System for developing a reliable costing method for nursing services. *AMIA Annu Symp Proc* 2013; 2013: 364-71.
23. Saba V. Clinical care classification (CCC) system version 2.5: user's guide. Springer Publishing Company 2012.
24. Knauf RA, Ballard K, Mossman PN, Lichtig LK. Nursing cost by DRG: nursing intensity weights. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2006; 7(4): 281-9.
25. Heidari A, Sharifi H. A concept analysis using walker and avant approach. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2017; 6(2): 37-47. (In Persian)
- Second edition. New York: Wiley 1959.
15. KeshtkarRajabi M, Etebarian A. Philosophical Study and Critique of Frederick Herzberg's Two-Factor Theory from a Symbolic-Interpretive Perspective. *Management, improvement and transformation studies* 2018; 89(27): 119-44.
16. Alshmemri M, Shahwan-Akl L, Maude P. Herzberg's two-factor theory. *Life Science Journal* 2017; 14(5): 12-6.
17. YadollahVasegh M, Sadeghi H, Ahmadvand M, Eghbali H. Investigation of Herzberg two-factor theory factors in non-native experts of Pars Special Economic Energy Zone. *Second International Conference on Fuzzy Systems Management* 2018. (In Persian)
18. Nursing Services Tariff Setting and Adjustment of Nursing Fees Act, Islamic Consultative Assembly. 2007. (In Persian)
19. Productivity Improvement Act for Clinical Staff Working in the Health System, Islamic Consultative Assembly. 2009. (In Persian)
20. Regulations of Productivity

- (In Persian)
31. Sharififard F, Asayesh H, Rahmani-Anark H, Qorbani M, Akbari V, Jafarizadeh H. Intention to Leave the Nursing Profession and Its Relation with Work Climate and Demographic Characteristics. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2019; 24(6): 457–61.
 32. Mastaneh Z, Mooseli L, Zamani M, Boroomand E, Dadipoor S, Beizayee, Fatemeh, et al. Investigation of nursing job satisfaction in University hospitals affiliated to Hormozgan University of Medical Sciences. *Hormozgan University of Medical Sciences* 2014; 75(18): 260–6.
 33. Rezaei H, Bahmanbijari B, Beigzadeh A, Seyed Askari SM, Khadir E. Job satisfaction and organizational commitment of nurses in teaching hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 1396; 79(17): 245–50. (In Persian)
 34. Hakari D, Mohammadzadeh R. Evaluation of Motivational Factors and Job Satisfaction of Nurses in Connection with Patient Education in a Number of Tabriz Hospitals. *Women*
 26. Frenn M. *Payment for Nursing Services: Issues in Policy Implementation* 1989.
 27. Koohi, Farhad. *Twenty years of tariff-setting for diagnostic and treatment services in Iran*. Scientific and Cultural Publishing Company. Social Security Organization. Tehran; 2015. (In Persian)
 28. Karimi S. *The New Managerial Approach for Hospital Administration: Weakness and Provision*. *Journal of Health Administration*. 2002 Jan 10;4(11):81-6. (In Persian)
 29. Aghajani M, Olyaeemanesh A, Manavi S, Ronasian R, Yusefvand M, Poraghasi L. 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* 2017; 20(4): 213–25.
 30. Doshmangir L, Rashidian A, Sari AA. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. *Hospital*. 2011; 10(4). 21-30.

Nurses' Job Satisfaction in Educational and Therapeutic Centers of Hamadan University of Medical Sciences. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2018; 37(26): 41-8. (In Persian)

and Family Studies 2016; 9(32): 141-62. (In Persian)

35. Sadeghi A, GoharlooArkawaz A, Cheraghi F, Moghimbeigi A. Survey of

Cite this article as:

Lankarani KB, Izadbakhsh H, Nojaba S, Azadi Ahmadabadi M, Saffari MS. Scenarios for Dealing with the Nursing Services Tariff Setting Act Based on the Policy Analysis Triangle Model. Sadra Med Sci J 2021; 9(3): 253-270.