مقاله مروری

تنظیم نظام پرداخت مطلوب در حوزه سلامت با الگوی «ساز تار ایرانی»

مسعود فردوسی[۱]، امین فردوسی[۲*]

[۱] استاد، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
[۲] کارشناس ارشد مدیریت صنعتی، گروه مدیریت، دانشکده اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه قم، قم، ایران

[*] **نویسنده مسؤول:** امین فردوسی
aminferdowsi74@gmail.com

ارجاع فردوسی مسعود، فردوسی امین. تنظیم نظام پرداخت مطلوب در حوزه سلامت با الگوی «ساز تار ایرانی». راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۳؛ ۹(۱): ۹۹-۸۷.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۷

چکیده

هدف: نظام‌های پرداخت در سازمان‌های حوزه سلامت مهم، رفتارساز و پویا هستند. با توجه به چالش‌های موجود در نظام پرداخت که نشان‌دهنده کمبود توازن مقدار و تعادل نسبت پرداخت در داخل و بین رده‌های کاری مختلف است، نیاز به یک الگوی جدید برای تنظیم نظام پرداخت مطلوب احساس می‌شد که در این مقاله پیشنهاد گردید.

منابع اطلاعاتی و روش‌های انتخابی برای مطالعه: در این مطالعه مروری، جستجو در پایگاه‌های داده PubMed، Science Direct و با کلمات کلیدی «روش پرداخت»، «نظام پرداخت» و «ویژگی‌ها» یا «مؤلفه‌ها» و معادل انگلیسی آن‌ها یعنی به ترتیب: «Payment Methods»، «Payment System» و «Characteristics» یا «Components» انجام شد. درمجموع ۱۶ مقاله فارسی و انگلیسی انتخاب شدند که درباره ویژگی‌ها و مؤلفه‌های نظام پرداخت در متن مقاله بحث کرده بودند. هم‌چنین دستورالعمل‌های مربوط به کارانه پزشکان و تعرفه گذاری خدمات پرستاری در ۵ سال گذشته از سایت وزارت بهداشت دریافت و مرور شدند. درنهایت یک الگوی جدید براساس نظر تیم تحقیق پیشنهاد و بر مبنای آن، بر روی نظام‌های رایج پرداخت در نظام سلامت بحث شد.

یافته‌ها: در این مطالعه الگوی تار ایرانی به‌عنوان راهنمای تنظیم نظام پرداخت مطلوب معرفی شد. در این الگو ۶ کوک تنظیم (کفایت، صرفه، رفتار مطلوب، سهولت محاسبه، تمایز و مساوات) که دوبه‌دو باهم جفت هستند، در ۳ محور برای تنظیم روش‌های پرداخت تعبیه‌شده است. سپس جایگاه نظام‌های پرداخت رایج (شامل حقوق، سرانه، کارانه و مبتنی بر عملکرد) در محورهای سه‌گانه این الگو موردبررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: در مطالعات پیشین، تنظیمات یک نظام پرداخت مطلوب به‌صورت موردی بیان‌شده و ارتباط بین آن‌ها کمتر مطالعه شده است. درحالی‌که کوک‌های تنظیمی شش‌گانه الگوی تار ایرانی با یکدیگر مرتبط‌اند. استفاده از این الگو به سازمان‌ها کمک می‌کند بهتر بتوانند اجزای نظام پرداخت خود را در سطح فردی، درون‌گروهی و بین گروهی تنظیم کنند.

واژه‌های کلیدی: روش پرداخت، نظام پرداخت، مراقبت سلامت، الگوی ساز تار ایرانی، حقوق، کارانه، سرانه، مبتنی بر عملکرد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

مقدمه

از زمانی که نظام اداری شکل گرفت و رابطه کارکنان با سازمان معنادار شد، نظام پرداخت به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین پایه‌های سازمان خودنمایی کرد. اصولاً می‌توان سازمان را یک نوع قرارداد اجتماعی دانست که یک سر آن کار و سر دیگر آن نظام پرداخت است. سازمان‌های دولتی این‌گونه کار می‌کنند که براساس اهداف آن، تشکیلاتی برای آن سازمان در نظر گرفته می‌شود و بر طبق آن تشکیلات، افرادی برای کار در سازمان با قرارداد مشخص (به‌صورت موقتی یا دائمی) استخدام می‌شوند. سازمان‌ها سازوکاری دارند که خدمات فرد را بر مبنای خاصی اندازه‌گیری می‌کنند و براساس آن در سازمان یک نظام پرداخت وجود دارد که میزان پرداختی به هر فرد مشخص می‌شود. بنابراین عجیب نیست که یکی از اهرم‌های کنترل (control knobs) اصلی در کنار سایر اهرم‌های کنترل (شامل ساختار، قوانین، رفتار و تأمین مالی) در حوزه سلامت، نظام پرداخت قلمداد شده است (۱).

گفته می‌شود که نظام پرداخت رفتارساز است (۳،۲). این مسئله را تحقیقات فراوانی نشان می‌دهد. مثلاً حیدر و مانگ (۲۰۲۰) در یک مرور نظام‌مند متوجه شدند که تشویقات پولی می‌تواند در دو زمینه تأثیرات مثبتی نشان دهد که یکی مربوط به نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و دیگری مربوط به سازمان‌های مراقبت‌های پاسخگو بود (۴). دراین‌باره حتی مطالعات مروری جامعی در سال ۲۰۲۰ انجام شده است. مثلاً در یک مرور جامع با مقایسه سه نظام پرداختی کارانه، سرانه و حقوق مشخص شد، روش پرداخت بر رفتار پزشکان و درنتیجه بر کیفیت خدمات تأثیر می‌گذارد. بااین‌حال، ترکیب روش‌های پرداخت می‌تواند مزایای روش‌های ساده‌تر را باهم ادغام کند. درجایی که ترکیب مناسبی از روش‌ها وجود نداشته باشد، برنامه‌های پاداش عملکردی می‌توانند پزشکان را به ارائه خدمات هدفمند تشویق کنند. بنابراین، قبل از اجرای یک روش جدید، سیاست‌گذاران باید تأثیرات مثبت و منفی آن را به‌صورت تجربی تعریف و مطالعه کنند (۵).

از سوی دیگر سازوکار نظارتی بر رفتار کارکنان باید متناسب با نظام پرداخت طراحی شود. مثلاً اگر در یک سازمان، پرداخت حقوق روش پرداخت غالب است، سازوکار نظارتی باید به‌گونه‌ای باشد که از کم‌کاری کارکنان جلوگیری شود. اما چنانچه نظام پرداخت در یک سازمان بر مبنای کارانه باشد، در آن صورت نگرانی کارفرما از کم‌کاری نخواهد بود، بلکه غالباً کارتراشی می‌تواند نگرانی عمده باشد و سازوکارهای نظارتی باید به‌گونه‌ای باشند که از کارهای اضافی بی‌مورد که احتمالاً هزینه‌های سازمان را هم بالا می‌برند، جلوگیری کنند (۳).

هرساله در کل کشور با چالش‌هایی مانند تعیین کف حقوق کارگران روبرو هستیم که در انتهای هر سال، محل جنجال بسیار برای تعیین دستمزدها در شروع سال جدید می‌شود. در نظام سلامت نیز پیوسته شاهد تغییراتی در میزان و ترکیب پرداختی‌ها هستیم که ازجمله می‌توان به سقف پرداخت کارانه به پزشکان متخصص و تعرفه گذاری خدمات پرستاری اشاره کرد. این موارد نشان می‌دهد تعادل و توازن مطلوب هنوز در نظام‌های پرداخت داخل کشور به‌ویژه در حوزه سلامت شکل نگرفته است. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه، بررسی تنظیمات نظام پرداخت مطلوب در حوزه سلامت براساس یک الگوی جدید بود.

روش پژوهش و مرور

پژوهش حاضر از نوع مروری نقلی انتخابی و غیر جامع بود و در سال ۱۴۰۳ انجام شد. در این مطالعه مروری، ادبیات پژوهش شامل مطالعات علمی، اسناد و دستورالعمل‌ها درباره تنظیمات یک نظام پرداخت مطلوب به‌صورت انتخابی مرور شدند. جستجو در پایگاه‌های داده PubMed، Science Direct و با کلمات کلیدی «روش پرداخت»، «نظام پرداخت» و «ویژگی‌ها» یا «مؤلفه‌ها» و معادل انگلیسی آن‌ها یعنی به ترتیب: «Payment Methods» یا «Payment System» و «Characteristics» یا «Components» انجام شد و چند مقاله در زبان فارسی و انگلیسی انتخاب شدند که درباره ویژگی‌ها و تنظیمات نظام پرداخت در متن مقاله بحث کرده بودند. هم‌چنین دستورالعمل‌های مربوط به کارانه پزشکان و تعرفه گذاری خدمات پرستاری در ۵ سال گذشته از سایت وزارت بهداشت دریافت و مرور شدند.

درمجموع ۱۶ مقاله در این مرور وارد شدند که هرکدام به برخی از تنظیمات نظام پرداخت مطلوب اشاره‌کرده بودند، بی‌آنکه ارتباطی بین آن‌ها برقرار باشد ولی الگویی که بتواند به‌طور جامع تنظیمات یک روش پرداخت مطلوب را در کنار هم

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

ترسیم کند، یافت نشد. درنتیجه تیم تحقیق براساس متغیرهای جمع‌آوری‌شده و نیز براساس مشکلات جاری در خصوص نظام پرداخت در کل کشور (نظیر تعیین کف حقوق کارگران) و به‌ویژه در حوزه سلامت (نظیر مشکل سقف کارانه پزشکان، مالیات پلکانی و مشکل تعرفه گذاری خدمات پرستاری)، الگوی جدیدی را با ۶ متغیر که دوبه‌دو باهم جفت بودند، پیشنهاد کرد و با الهام از ساز تار ایرانی، آن را «الگوی ساز تار ایرانی برای تنظیم نظام پرداخت مطلوب در حوزه سلامت» نامید.

شرح مقاله

بااینکه اهمیت نظام پرداخت برای همه کارفرمایان روشن است، اما عجیب آنکه سازمان‌ها هنوز هم به یک فرمول مشخص برای جبران خدمت کارکنان نرسیده‌اند. نشانه این امر آن است که هنوز هم نظام‌های پرداخت به‌طور پیوسته در حال تغییر و تحول هستند. به‌عنوان‌مثال، تان و همکاران (۲۰۱۹) تأکید می‌کند که به‌روز شدن نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، یک عنصر حیاتی در دستیابی به پوشش سلامت همگانی است (۶). همچنین، کاداکیا و افودیل (۲۰۲۳) بر اهمیت همکاری ذی‌نفعان در به‌روز شدن نظام پرداخت تأکید می‌کند (۷). هولتروپ و همکاران (۲۰۱۸) نیز درباره تحولات جاری در مراقبت‌های اولیه، ازجمله طراحی مجدد نظام پرداخت مانند نظام پرداخت تشویقی مبتنی بر شایستگی بحث می‌کنند که نشان‌دهنده تغییر به سمت مراقبت بیمار محور و استفاده از پرونده سلامت الکترونیکی است (۸). تحقیقات همچنین نیاز به همسویی بین اصلاحات در نظام خدمات سلامت و روش‌های پرداخت را نشان می‌دهند. هاروی و همکاران (۲۰۲۰) بیان می‌کند نظام‌های سلامت در تلاش برای طراحی مجدد مراقبت‌های اولیه تا زمانی که نظام‌های پرداخت با این طرح‌ها همگام شوند، با چالش مواجه‌اند. این یعنی تغییرات مداوم در ارائه خدمات سلامت، مستلزم سازگاری‌های متناظر در نظام‌های پرداخت برای حمایت و حفظ این تحولات هستند. درنتیجه، مطالعات درمجموع نشان می‌دهند که نظام‌های پرداخت، پویا و در معرض تغییر و بهبود مستمر هستند تا نیازهای در حال تحول ارائه و پوشش خدمات سلامت را برآورده کنند (۹).

در سازمان‌های بهداشتی درمانی نظام پرداخت اهمیت دوچندان دارد؛ زیرا: اولاً) وقتی موضوع مهم و حساسی مانند سلامتی و جان انسان‌ها در میان است، باانگیزه بودن کارکنان به‌ویژه کارکنان ماهر و متخصص بسیار حیاتی است. ثانیاً) تفاوت سطح تحصیلات، سطح مهارت و سطح ریسک کاری در سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت به‌ویژه بیمارستان‌ها در بالاترین حد است و این امر باعث تفاوت‌های عمده‌ای در میزان پرداختی به کارکنان مختلف بیمارستان (مثلاً پزشکان متخصص در مقابل خدمه بیمارستان) می‌شود. این تفاوت پرداختی حتی اگر با دلایل فراوان توجیه‌پذیر باشد، اما به‌هرحال برای کارکنانی که به‌عنوان یک گروه، مسئولیت ارائه خدمات سلامت را بر عهده‌دارند، خالی از اشکال نیست. تحقیقات فراوانی نشان می‌دهد افرادی که در یک سازمان کار می‌کنند، حتی باوجود تفاوت‌های فاحش کاری، میزان دریافتی خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و این امر می‌تواند باعث کاهش رضایت آن‌ها از سازمان گردد (۵).

برای آنکه بتوانیم یک نظام پرداخت قابل‌قبول داشته باشیم، نخستین کار آن است که تنظیمات نظام پرداخت مطلوب را شناسایی کنیم. در این زمینه نیز تاکنون مطالعات مختلفی انجام‌شده است. به‌طور مثال ناماهوت و جانتاسری (۲۰۲۳) کارایی، امنیت و سهولت را (هم برای ارائه‌دهندگان و هم برای بیماران) از متغیرهای تنظیمی مهم یک نظام پرداخت مطلوب برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌داند (۱۰). همچنین در تحقیقات مختلفی به اهمیت شفافیت (۱۱) و توازن (۱۲) در نظام پرداخت تأکید شده است.

هم‌اکنون در نظام پرداخت سازمان‌های حوزه سلامت مشکلات جدی به چشم می‌خورد. ملکی و همکاران (۱۴۰۳) پیش‌تر در مطالعه‌ای چالش‌های پرداخت به پزشکان و پرستاران در بیمارستان‌های دولتی را شناسایی و اولویت‌بندی کرده است. عدم توازن حقوق و مزایا در بین رده‌های کاری مختلف، سقف کارانه پزشکان، مالیات پلکانی و مشکل تعرفه گذاری خدمات پرستاری نمونه‌ای از این چالش‌هاست (۱۳).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0



شکل ۱: ساز تار ایرانی (که دارای ۳ جفت سیم است)

معرفی الگوی ساز تار ایرانی برای تنظیم نظام پرداخت مطلوب

گرچه در مطالعات مختلف، متغیرهای گوناگونی برای یک نظام پرداخت مطلوب ذکرشده بود ولی ما در تحقیقات خود به یک الگوی مدوّن برای نمایش سازمان‌دهی شده این متغیرهای تنظیمی دست نیافتیم. پس تصمیم گرفتیم الگوی جدیدی را دراین‌باره پیشنهاد کنیم و نام آن را «الگوی ساز تار ایرانی برای تنظیم نظام پرداخت مطلوب» گذاشتیم.

ساز تار یکی از سازهای زهی و متعلق به ایران است که در حال حاضر دارای ۶ سیم است که دوبه‌دو باهم جفت هستند (شکل ۱). علت تشبیه الگوی پیشنهادی ما در نظام پرداخت به ساز تار ایرانی این است که همانند سیم‌های تار، این الگو دارای ۶ کوک تنظیم است که دوبه‌دو باهم جفت‌اند. وجه تشبیه دیگر آنکه همانند تاری که کوک باشد، متغیرهای نظام پرداخت باید کاملاً هماهنگ تنظیم شده باشند تا خروجی خوشایندی داشته باشند. درواقع، بیشترین تأکید این الگو بر روی «تنظیمات» نظام پرداخت است که این الگو آن‌ها را به‌خوبی نمایش می‌دهد.

این الگو که براساس نظر و تجربه تیم تحقیق شکل گرفته است، شامل ۶ کوک تنظیمی شامل کفایت، صرفه، رفتار مطلوب، سهولت محاسبه، تمایز و مساوات است. این کوک‌های تنظیمی دوبه‌دو باهم جفت هستند؛ بدین‌صورت که معمولاً حرکت به سمت یکی از آن‌ها باعث دوری از متغیر دیگر می‌شود و به عبارتی می‌توان آن‌ها را در ۳ محور در نظر گرفت. در زیر به توضیح هر یک از این محورها می‌پردازیم:

محور اول: معیار (مبنای پرداخت)- رفتار مطلوب در مقابل سهولت محاسبه

پرواضح است که هدف از سازوکارهای اداری آن است که مجموع خدمات ارائه‌شده و یا کالاهای تولیدشده، سازمان را به هدف غایی خود (که همان رسالت و یا مأموریت سازمان است) نزدیک کند. همین مقدمه کوتاه کافی است تا بدانیم که یک نظام پرداخت خوب، نظامی است که بتواند نوع، کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط افراد را با اهداف سازمان هماهنگ کند و این یعنی القای «رفتار مطلوب» اساسی‌ترین ویژگی یک نظام پرداخت است. چنانچه بخواهیم رفتار مطلوب را بیشتر موشکافی بکنیم، می‌توانیم ۳ عنصر کیفیت مطلوب، ارزش‌افزوده مطلوب، و پیامد مطلوب را از دل آن بیرون بکشیم. به‌طور مثال تعریف زیر از کیفیت در خدمات سلامت که در سال ۱۹۹۹ توسط مدیکر ارائه‌شده، به‌خوبی رابطه بین کیفیت و پیامد را نشان می‌دهد: «کیفیت درجه‌ای است که خدمات سلامت برای افراد و گروه‌ها احتمال نتایج مطلوب را افزایش می‌دهند و با دانش حرفه‌ای کنونی سازگار هستند.» (۱۴) بر طبق این تعریف، کیفیت یعنی نزدیک شدن به مطلوب‌ترین پیامد ممکن!

مفهوم خدمات سلامت مبتنی بر ارزش نیز به‌طور فزاینده‌ای در گفتمان عمومی استفاده می‌شود. ارزش اغلب به‌عنوان «نتایج سلامت نسبت به ورودی‌ها» موردبحث قرار می‌گیرد. بااین‌حال هیچ تعریف واحدی از ارزش، در خدمات سلامتِ مبتنی بر ارزش وجود ندارد. تعریف ارزش ذهنی است و آنچه ارزشمند تلقی می‌شود، می‌تواند بین بیماران، پزشکان، ارائه‌دهندگان خدمات و سیاست‌گذاران متفاوت باشد (۱۶،۱۵).

اکنون‌که اهمیت متغیر اول مشخص شد، این سؤال مطرح

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

می‌شود که چرا همه روش‌های پرداخت به سمت پیامدها سوق نمی‌یابند؟ و چرا مثلاً نظام پرداخت مبتنی بر ارزش همچنان به‌ندرت به کار گرفته می‌شود، درحالی‌که نظام پرداخت حقوق با همه کاستی‌هایش همچنان رایج است؟ اینجاست که نقطه مقابل این محور، یعنی «سهولت محاسبه» رخ می‌نماید. آشکار است که سنجش ورودی‌ها آسان‌تر از سنجش کار و سنجش کار (به‌خصوص در نظام سلامت) آسان‌تر از سنجش خروجی است! بین سنجش خروجی تا سنجش پیامد در عمل فاصله زیادی است که با توجه به دیررس بودن برخی پیامدها، درواقع سنجش آن‌ها را دشوار و گاهی ناممکن می‌کند. به این نکته توجه داشته باشید که عوامل مخدوشگر زیادی ممکن است بین خروجی‌های یک بیمارستان و مثلاً میزان تأثیر خدمات آن‌ها بر سلامت مراجعان فاصله بیندازند. پس قضاوت درباره عملکرد پزشکان بیمارستان از روی پیامدهای سلامتی دشوار است. این مطلب در خصوص بیمارستان‌های فوق تخصصی دولتی که محل ارجاع بیماران بدحال هستند کاملاً صدق می‌کند، زیرا برخی افراد کم‌تجربه گاه از روی میزان مرگ‌ومیر بالاتر این بیمارستان‌ها، قضاوت نادرستی درباره عملکرد پزشکان آن‌ها دارند و این در حالی است که معمولاً کارآزموده‌ترین متخصصان در این بیمارستان‌ها حضور دارند. پس در اینجا سهولت محاسبه به‌عنوان یک متغیر ناگزیر، محدودیت‌هایی ایجاد می‌کند که مانع از پرداختن به پیامدها به‌عنوان ملاک پرداخت می‌شود.

با موشکافی متغیر سهولت محاسبه می‌توان سهولت درک، سهولت اندازه‌گیری و سهولت حذف عوامل مخدوشگر را در زیرمجموعه این متغیر برشمرد. سهولت اندازه‌گیری یعنی نظام اداری سازمان باید بتواند به‌راحتی براساس آنچه نظام پرداخت بر آن مبتنی است (مثلاً ورودی، کارکرد، خروجی، یا پیامد)، امتیازات هر فرد را محاسبه و میزان پرداختی به وی را مشخص کند. سهولت درک آن است که همه کارکنان بتوانند به‌وضوح رابطه میزان خدمات خود، امتیازات خود، و دریافتی خود را بفهمند و این مسئله بر روی رفتار و عملکرد آن‌ها تأثیرگذار است. سهولت حذف عوامل مخدوشگر نیز بیشتر به فاصله بین خروجی‌ها تا پیامدها اشاره دارد. یعنی اگر یک نظام پرداخت بخواهد پیامدها را ملاک پرداخت قرار دهد (مثلاً تعداد اعمال جراحی منجر به بهبود بیمار)، در آن صورت باید بتواند عوامل مخدوشگری را که بین خروجی تا پیامد فاصله می‌اندازند، شناسایی کرده و از محاسبات حذف کند. در سال‌های اخیر و با پیشرفت دنیای اطلاعات و ارتباطات ازجمله استقرار نرم‌افزارهای Hospital Information System (HIS) در بیمارستان‌ها، امکان ثبت و تحلیل عملکرد هر فرد بسیار بیشتر شده و این یعنی با تسهیل محاسبات، امکان حرکت به سمت روش‌های پرداخت مبتنی بر پیامدها (ازجمله نظام پرداخت مبتنی بر ارزش‌افزوده) تسهیل شده است.

محور دوم: مقدار (میزان پرداخت)- کفایت در مقابل صرفه

تعریف ساده کفایت یعنی اینکه یک کارگر یا کارمند ساده انتظار دارد با درآمد حاصل از کار در یک نوبت کامل بتواند معیشت خود را اداره کند. اگر موضوع کار فقط به رابطه بین کارگر و کارفرما ختم می‌شد، ممکن بود این شرط در بین نباشد، ولی اکنون‌که دولت‌ها در ضلع سوم این مثلث نشسته‌اند، کارفرمایان را وادار می‌کنند تا حداقل حقوق مصوب را به کارگران خود (در ازای کار معین) پرداخت کنند. البته موضوع تورم و کارهای پاره‌وقت موضوعات دیگری هستند که خارج از بحث ما قرار دارند.

اما در سوی مقابل این محور موضوع صرفه قرار دارد. صرفه یعنی اینکه کارفرما تمایل دارد هر کاری با حداقل هزینه انجام شود. صرفه‌جویی در هزینه‌ها یک اصل اساسی در بهره‌وری سازمان است که بدون آن هر شرکتی با ورشکستگی روبرو می‌شود. درواقع بحثی که در آغاز هر سال جدید در جوامع کارگری ایران شدت می‌یابد، پیدا کردن بهترین نقطه توازن در همین محور است. حرکت به سمت کفایتِ هر چه بیشتر خواسته کارگران، و حرکت به سمت صرفه، خواسته کارفرمایان است و دولت سعی می‌کند با در نظر گرفتن تورم و چندین عامل اثرگذار دیگر دو طرف را به یک توافق سازنده برساند.

محور سوم: هنجار (توزیع پرداخت)- تمایز در مقابل مساوات

نظام پرداخت باید متمایزکننده و رقابت برانگیز باشد. کارکنان مایل‌اند کارهای خوب آنان دیده شود و به نحو شایسته قدردانی شوند. طبعاً یک نظام پرداخت مطلوب باید به‌گونه‌ای باشد که بین افراد پرکار و کم‌کار تمایز ایجاد کند تا افراد برای کار و تلاش بیشتر ترغیب شوند. البته تنها کمیت ملاک نیست، بلکه معمولاً در کنار کمیت به کیفیت آن نیز توجه می‌شود. نوع خدمت (شامل سطح دانش و مهارت موردنیاز برای خدمت و سطح ریسک آن) نیز از مواردی هستند که در ارزش‌گذاری

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

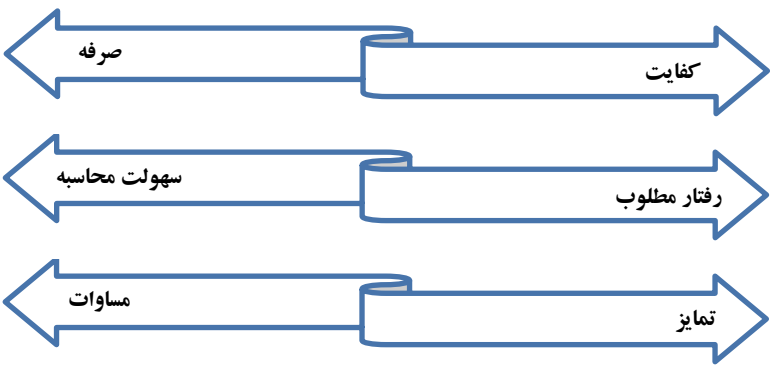
خدمات غالباً موردتوجه قرار می‌گیرند. لازم به ذکر است که تمایز و انگیزه‌بخشی تنها با پول ایجاد نمی‌شود. برخی مطالعات اشاره دارند که پزشکان ذاتاً تمایل به کار باکیفیت دارند و انگیزه‌بخشی تنها با پول را برای نظام سلامت مضر و هزینه‌ساز می‌دانند (۱۷).

اما این همه داستان نیست. اگر بخواهیم به افراد بر طبق توانمندی، مهارت و تلاش آن‌ها پرداخت کنیم، ممکن است تفاوت پرداخت‌ها بیش‌ازحد شود و در این شرایط، نابرابری‌های اجتماعی به ضد انگیزه تبدیل خواهند شد. البته این موضوع فراتر از طراحی نظام پرداخت برای یک سازمان است و ریشه در ارزش‌های اجتماعی و اعتقادی یک جامعه دارد. در اغلب جوامع به‌ویژه کشورهایی با اقتصاد سوسیالیستی (که شامل اکثر کشورهای اروپایی می‌شود)، مکانیسم‌هایی وجود دارد تا تفاوت سطح درآمدی از یک حدی فراتر نرود. در دین مبین اسلام نیز علاوه بر وضع قوانینی چون خمس و زکات، به انفاق و برابری در برخورداری‌ها توصیه‌شده و از تفاوت‌های آزاردهنده اجتماعی نهی شده است (۱۸).

انصاف در پرداخت آن چیزی است که باعث می‌شود افراد حس خوبی نسبت به سازمان خود داشته باشند که درنهایت رضایت شغلی، تعهد سازمانی و تداوم خدمت آن‌ها را در سازمان باعث می‌شود. مفهوم مساوات در یک نظام پرداخت یک مفهوم بسیار چالش‌برانگیز است که ما آن را در ۳ زیرمجموعه یعنی مساوات فردی، مساوات درون‌گروهی، و مساوات بین گروهی تعریف می‌کنیم. مساوات فردی یعنی فرد احساس کند در هر مقطعی که بهتر و بیشتر خدمت کرده، دریافتی بیشتری هم دارد. برای اینکه یک نظام پرداخت این ویژگی را دارا باشد، باید ابتدا کارها درست و دقیق ثبت و محاسبه شوند؛ و سپس نظام پرداخت به‌اندازه کافی انعطاف‌پذیر باشد. مثلاً نظام پرداخت حقوق و یا سرانه به علت عدم انعطاف‌پذیری نمی‌توانند این حس را در فرد به وجود آورند، زیرا کارکنان احساس می‌کنند با کار کم یا زیاد، دریافت آن‌ها تفاوتی نمی‌کند. مساوات درون‌گروهی زمانی معنا پیدا می‌کند که افراد حس کنند در مقایسه با سایر افراد هم‌رده، پرداخت به آن‌ها منصفانه بوده است. عکس این حالت زمانی است که افراد احساس کنند کسانی با خدمت کمتر، دریافتی بیشتری داشته‌اند. آنچه تضمین‌کننده این ویژگی است، شفافیت نظام پرداخت است که در برخی از مطالعات به‌عنوان یک شاخص جداگانه آورده شده (۵،۷،۹)، ولی ما آن را در ذیل همین متغیر قلمداد می‌کنیم.

سخت‌ترین بخش یک نظام پرداخت، مساوات بین گروهی است. اینکه افراد با رده‌های کاری مختلف احساس کنند نظام جبران خدمت به‌خوبی از آن‌ها قدردانی می‌کند، کار دشواری است. علت آن است که افراد طبیعتاً سختی‌ها، ظرافت‌ها و ریسک‌های کاری خود را بهتر می‌بینند. مثلاً شاید برای یک خدمه ساده که زحمت زیادی در بیمارستان می‌کشد، دشوار باشد که بخواهد فکر بکند یک پزشک متخصص چقدر برای کسب این سطح از دانش و مهارت زحمت کشیده و چقدر مسئولیت بیشتری را برای بیماران بدحال و اورژانسی تحمل می‌کند. پس درمجموع در این محور در فاصله بین تمایز و مساوات به دنبال یک نقطه بهینه می‌گردیم که بیشترین احساس انصاف و عدالت را به مجموعه کارکنان بدهد.

درنهایت تیم تحقیق براساس نظر و تجربه خود که در بالا توضیح داده شد، کوک‌های تنظیمی نظام پرداخت مطلوب را در ۳ محور قرار داد. شکل زیر ۳ محور اساسی نظام پرداخت مطلوب در حوزه سلامت را نشان می‌دهد:



شکل ۲: کوک‌های شش‌گانه و محورهای سه‌گانه الگوی تار ایرانی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

قابل‌ذکر است که بین محورهای سه‌گانه این الگو نیز ارتباطات ظریفی وجود دارد. مثلاً اگر به پزشکی که تاکنون فقط حقوق دریافت می‌کرده، کارانه نیز بدهیم، احتمالاً تغییرات انگیزشی مشهودی در رفتار او مشاهده می‌شود و کفایتِ جبران خدمت او نیز افزایش می‌یابد، اما به همان نسبت تمایز او نیز با سایرین بیشتر شده و شاید این مسئله عوارضی را در پی داشته باشد. نقشه ارتباطات این محورها و نیز نحوهٔ کوک کردن متغیرهای تنظیمی نظام پرداخت، بحث مفصلی است که مقالات تحقیقی دیگری را می‌طلبد.

بررسی انواع روش‌های پرداخت شایع براساس الگوی تار ایرانی

هم‌اکنون در نظام پرداخت سازمان‌های حوزه سلامت، ترکیبی از روش‌های پرداخت مانند حقوق و مزایا، پاداش و کارانه دیده می‌شود. پرداخت مبتنی بر عملکرد چند سالی است در مراکز درمان مستقیم تأمین اجتماعی بکار می‌رود و روش پرداخت سرانه نیز در مواردی برای پرداخت به پزشکان خانواده استفاده‌شده است. ما در زیر براساس الگوی ابداعی تار ایرانی، این ۴ روش پرداخت را بررسی کرده‌ایم تا ببینیم وضعیت هر یک در محورهای سه‌گانه الگو چگونه است و با تغییرات جزییات پرداخت در هر روش، تنظیمات محورها چه تغییراتی می‌کنند.

الف) حقوق (salary): پرداخت حقوق یکی از قدیمی‌ترین و رایج‌ترین روش‌های پرداخت است، به‌ویژه برای کسانی که رابطه استخدامی طولانی‌مدت با یک سازمان دولتی یا غیردولتی برقرار می‌کنند. در محور اول یعنی محور معیار (رفتار مطلوب-سهولت محاسبه) حقوق یکی از آسان‌ترین ملاک‌های محاسبه را دارد ولی در القای رفتار مطلوب کاملاً ناموفق است. در محور دوم یعنی محور مقدار (کفایت- صرفه) حقوق در سمت صرفه ایستاده است. البته میزان صرفه به میزان پایین یا بالا بودن حقوق بستگی دارد. در محور سوم یعنی محور هنجار (تمایز-مساوات) حقوق به مساوات نزدیک است و کمترین اعتراض را در بین کارکنان یک رده و یا رده‌های مختلف ایجاد می‌کند. البته معمولاً حقوق به همراه مزایایی است که با عواملی نظیر سن، سابقه و مدرک تحصیلی تفاوت مختصری ایجاد می‌کند که چندان چشمگیر نیست.

ب) سرانه (capitation): پرداخت سرانه در ایران سابقه چندانی ندارد و شاید تنها مورد قابل‌ذکر در این میان پرداخت به پزشک خانواده باشد، که آن‌هم بیشتر جنبه آزمایشی داشته است. به‌هرحال پرداخت در محور معیار، پرداخت سرانه به چند صورت انجام می‌شود که در حالت ساده آن (یعنی پرداخت فقط به ازای جمعیت تحت پوشش) محاسبه آن چندان دشوار نیست، اما چنانچه پرداخت سطوح بالاتر نیز در اختیار پزشک خانواده قرار گیرد، محاسبات آن دشوار می‌شود. درعین‌حال کمک می‌کند پزشکان به سلامت بیماران بیشتر از حجم کار توجه داشته باشند.سرانه در محور مقدار، سرانه به حقوق نزدیک است و تقریباً در سمت صرفه قرار دارد. اصولاً نظام پرداخت سرانه برای جلوگیری از هزینه‌تراشی و تورم‌زایی روش کارانه ابداع شده و هدف آن کاستن از هزینه‌های سازمان است. در محور هنجار، پرداخت سرانه لااقل در کوتاه‌مدت تمایز کمی بین پزشکان ایجاد می‌کند و در سوی مقابل، پرداخت آن به مساوات نزدیک‌تر است و احساس بی‌عدالتی را در زیرمجموعه القا نخواهد کرد.

ج) کارانه (Fee For Services: FFS): پرداخت کارانه به عبارتی از حقوق هم قدیمی‌تر است، زیرا از گذشته دور، در اغلب توافقات کاری رسمی و غیررسمی اولین چیزی که به ذهن می‌رسد، پرداخت معیّن در مقابل کار معیّن یا همان کارانه است. در محور معیار، محاسبه کارانه آسان است و چنانچه افزایش کمیت کار مدنظر باشد، کارانه در این زمینه موفق عمل می‌کند. گرچه غالباً این افزایش کمیت با نواقص کیفی همراه است. در محور مقدار، کفایت کارانه برای کارهای محدود و موقت شاید کمتر از حقوق و برای کارهای طولانی‌مدت بیشتر از حقوق است. ولی به‌هرحال پرداخت کارانه از صرفه فاصله دارد، زیرا معمولاً پرداخت کارانه باعث کارتراشی و افزایش هزینه‌های سازمان می‌شود. در محور سوم یعنی محور هنجار، پرداخت کارانه کاملاً متمایزکننده است و ازنظر ذاتی عادلانه به نظر می‌رسد، اما با توجه به تفاوت‌هایی که پرداخت‌ها ایجاد می‌شود، گاهی پرداخت کارانه باعث نارضایتی به‌ویژه در بین گروه‌های مختلف کاری می‌گردد. در طول سالیان اخیر، بالا بودن کارانه برخی پزشکان متخصص (که شاید تعداد آن‌ها زیاد هم نبود)، باعث برخی اعتراضات شد که نشان می‌داد علی‌رغم کارگشا بودن این نظام پرداخت برای جبران کسری تعداد پزشکان متخصص، ولی تنظیمات درستی بر روی آن اعمال نشده است. برای تنظیم بهتر

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

کارانه پرداختی، بخشنامه‌هایی صادر شد و تغییراتی نیز در مالیات‌ها صورت گرفت، ولی تغییر مکرر دستورالعمل‌ها نشان می‌دهد هنوز تنظیم بهینه و موردقبول حاصل نشده است. نمونه دیگر آن‌که هم‌اکنون صنف پرستاری خواهان پرداخت تعرفه کار پرستاری در بیمارستان‌ها هستند که درواقع نوعی کارانه اختصاصی برای خدمات پرستاری محسوب می‌شود و علت آن تفاوت زیادی است که در پرداختی به پزشکان و پرستاران (به علت کارانه پزشکان) ایجاد شده است.

د) مبتنی بر عملکرد (Pay for Performance: P4P):

پرداخت مبتنی بر عملکرد روشی است که بهترین نمره‌ها را در الگوی تار ایرانی به خود اختصاص می‌دهد. در محور اول یعنی معیار، بهترین روش برای ایجاد رفتار مطلوب است، زیرا هم‌زمان به کمیت و کیفیت کار توجه می‌کند. ولی طبعاً محاسبه آن از ۳ روش دیگر سخت‌تر است، زیرا باید آیتم‌های مختلفی برای هر فرد محاسبه و در میزان پرداخت وارد شود. در محور مقدار، این روش مانند کارانه به کفایت نزدیک‌تر است، ولی معمولاً به‌اندازه کارانه هزینه‌تراش نیست و صرفه سازمان هم در آن مراعات می‌شود. در محور سوم می‌توان گفت نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، نمره خوبی در تمایز خواهد داشت و درعین‌حال چون کاملاً براساس شاخص‌های موردتوافق پرداخت صورت می‌گیرد، ناعادلانه به نظر نمی‌رسد، اما درعین‌حال این روش به سمت تساوی پرداخت‌ها نیز پیش نمی‌رود. در جدول ۱ این ترازبندی به‌عنوان نمونه کار این الگو، نمایش داده شده است.

جدول ۱: مقایسه وضعیت نظام‌های رایج پرداخت براساس تنظیمات الگوی تار ایرانی

محور معیار (مبنای پرداخت)	رفتار مطلوب	مبتنی بر عملکرد	سرانه	کارانه	حقوق	سهولت محاسبه
محور مقدار (میزان پرداخت)	کفایت	کارانه	مبتنی بر عملکرد	سرانه	حقوق	صرفه
محور هنجار (توزیع پرداخت)	تمایز	مبتنی بر عملکرد	کارانه	سرانه	حقوق	مساوات

نتیجه‌گیری

هر سازمانی از نظام پرداخت مخصوص به خود استفاده می‌کند که معمولاً ترکیبی از روش‌های کلاسیک پرداخت و برخی پاداش‌های نقدی یا غیر نقدی است. علت اصلی ترکیب روش‌های مختلف پرداخت، پوشاندن نقاط ضعف هر روش با کمک سایر روش‌هاست. روش‌های پرداخت مختلف علاوه بر ترکیب، باید تنظیم دقیقی نیز داشته باشند تا بتوانند به اهداف یک نظام پرداخت نائل شوند. الگوی تار ایرانی کمک می‌کند مسئولان سازمان‌ها به‌ویژه سازمان‌های بهداشتی درمانی که حساسیت بالاتری دارند، بتوانند وضعیت دقیق کوک نظام پرداخت خود را در محورهای سه‌گانه به‌گونه‌ای تنظیم کنند که هماهنگ‌ترین و دل‌نشین‌ترین خروجی از این ساز خارج شود. سازمان‌ها با توجه و استفاده از این الگو، بهتر می‌توانند اجزای نظام پرداخت خود را در سطح فردی، درون‌گروهی و بین‌گروهی تنظیم کنند.

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق نویسندگان را یاری کردند و نیز از همه کسانی که مقالات آنان به غنای این مطالعه کمک کرده، سپاسگزاریم.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ف

جمع‌آوری داده‌ها: م. ف

تحلیل داده‌ها: الف. ف

نگارش و اصلاح مقاله: م. ف، الف. ف

سازمان حمایت‌کننده

این مطالعه از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

References

1) Morley J, Machado CC, Burr C, Cowls J, Joshi I, Taddeo M, et al. The ethics of AI in health care: a mapping review. Soc Sci Med 2020; 260: 113172. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113172.
2) Kazungu JS, Barasa EW, Obadha M, Chuma J. What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers' behaviour? a literature review. The International journal of health planning and management 2018; 33(4): e892 -e905. doi: 10.1002/hpm.2565.
3) Jia L, Meng Q, Scott A, Yuan B, Zhang L. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021; 2021(1): 27.
4) Heider AK, Mang H. Effects of monetary incentives in physician groups: a systematic review of reviews. Appl Health Econ Health Policy 2020; 655–67. doi: 10.1007/s40258-020-00572-x.
5) Bahari NI, Baharom M, Zahid SN, Daud F. Behavioral impact on clinical specialist payment method: a systematic review. Iranian Journal of Public Health 2022; 51(7): 1469-80. doi: 10.18502/ijph.v51i7.10081.
6) Tan S, Melendez-Torres G, Pang T. Implementation of provider payment system reforms in the age of universal health coverage: a realist review of evidence from Asian developing countries. Journal of Health Services Research & Policy 2019; 24 (4): 279-87. doi: 10.1177/1355819619842305.
7) Kadakia KT, Offodile AC. The next generation of payment reforms for population health–an actionable Agenda for 2035 informed by past gains and ongoing lessons. The Milbank Quarterly 2023; 101(1): 866. doi: 10.1111/1468-0009.12632.
8) Holtrop J, Rabin B, Glasgow R. Dissemination and implementation science in primary care research and practice: contributions and opportunities. The Journal of the American Board of Family Medicine 2018; 31(3): 466-78. doi: 10.3122/jabfm.2018.03.170259.
9) Harvey JB, Vanderbrink J, Mahmud Y, Kitt-Lewis E, Wolf L, Shaw B, et al. Understanding how health systems facilitate primary care redesign. Health Services Research 2020; 3(3): 1144-54. doi: 10.1111/1475-6773.13576.
10) Namahoot KS, Jantasri V. Integration of UTAUT model in Thailand cashless payment system adoption: the mediating role of perceived risk and trust. Journal of Science and Technology Policy Management 2023; 14(4): 634-58. doi: 10.1108/JSTPM-07-2020-0102.
11) Yong PL, Saunders RS, Olsen L. The healthcare, imperative. In the healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010: 2010: 57-68.
12) Zink A, McGuire TG, Rose S. Balancing fairness and efficiency in health plan payments. POLICY 2022. Available from URL: https://hai.stanford.edu/sites/default/files/2022-11/HAI_Balancing%20Fairness%20and%20Efficiency%20in%20Health%20Plan%20Payments%20_v2.pdf. Last access: may 27, 2024.
13) Maleki MH, Javaheri Zadeh M, Ferdowsi A. Prioritizing the challenges of compensation methods for doctors and nurses in Iranian public hospitals. Depiction of Health 2024; 15(1): 99-113. doi: 10.34172/doh.2024.08. [Persian]
14) Center for Medicare Advocacy.1999. Available from URL: https://medicareadvocacy.org. Last access: jun 07, 2024.
15) Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. Academic Medicine 2020; 95(5): 682–85. doi: 10.1097/ACM.0000000000003122.
16) Lehtonen L, Wild C, Ricciardi W. Defining value in value-based healthcare: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Luxembourg: European Commission. 2019: 93.
17) Green EP. Payment systems in the healthcare industry: an experimental study of physician incentives. Journal of Economic Behavior & Organization 2014; 16(c): 367-78. doi: 10.1016/j.jebo.2014.05.009.
18) Information base of the Office of Preservation and Publication of the Works of His Highness Ayatollah Seyed Ali Khamenei - Islamic Revolution Cultural Research Institute. Available from URL: https://farsi.khamenei.ir/speech-content? id=45462. Last access: jun 27, 2024.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

Review Article

Configuring Desired Payment Systems in Healthcare with the "Iranian Tar Model"

Masoud Ferdosi [1], Amin Ferdowsi [2*]

[1] Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] MSc in Industrial Management, Department of Management, School of Economics and Administrative Sciences, University of Qom, Qom, Iran

*** Corresponding Author:** Amin Ferdowsi
aminferdowsi74@gmail.com

Citation: Configuring Desired Payment Systems in Healthcare with the "Iranian Tar Model". Manage Strat Health Syst 2024; 9(1): 87-99.

Received: May 28, 2024
Revised: June 11, 2024
Accepted: June 16, 2024

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Objective: Payment systems in healthcare organizations are critical, behavioral, and dynamic. Given the existing challenges in payment systems, characterized by imbalances in payment amounts and inequitable ratios within and across job categories, there is a pressing need for a novel model to configure desired payment systems which proposed in this paper.

Information sources and selected methods for study: A narrative review was conducted using the PubMed, and Science Direct databases with the keywords "payment methods" or "payment system" and "characteristics" or "components" and their Persian equivalents. A total of 16 articles were selected. Additionally, protocols for physician compensation methods and nursing service tariffs from the past five years were obtained and reviewed from the Ministry of Health website. Finally, a novel model was developed based on the research team's expertise and inspired by the Iranian Tar instrument.

Results: The Iranian Tar Model is introduced as a guide for configuring desired payment systems. This model incorporates six tuning pegs (sufficiency, savings, desired behavior, ease of calculation, distinction, and equity) paired in twos within three axes for configuring payment systems. The positioning of common payment systems (including salary, capitation, Fee-for-Service, and Pay for Performance methods) within the three axes of the model is examined.

Conclusion: Previous studies have addressed payment system parameters in isolation, with limited attention to their interconnectedness. The Iranian Tar Model's six interrelated tuning pegs empower organizations to effectively configure their payment system at individual, intra-group, and inter-group levels.

Key words: Payment methods, Payment system, Healthcare, Iranian Tar Model, Salary, Fee-for-Service, Capitation, Pay for Performance

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i1.15786]

Copyright: © 2024 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/ licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.