

عنوان مقاله: عوامل سازمانی مؤثر بر جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران

زهره آقابابایی دهاقانی^۱ - غلامرضا معمارزاده طهران^۲ - علی
احسان نیکجو^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۲۶

پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۲۴

مقاله برای اصلاح به مدت سه ماه نزد پدیدآوران بوده است.

چکیده:

مدیریت منابع انسانی، شاخه‌ای از علم مدیریت است که ضمن ایجاد روابط با کارکنان، بین همه سیاست‌ها، تصمیم‌ها و فعالیت‌های سازمان ارتباط برقرار می‌کند. محور روابط بین کارکنان و کارفرمایان، توجه به جبران خدمات آنها است که نقش اصلی را در سازمان دارد. هدف اصلی پژوهش حاضر، شناسایی عوامل سازمانی مؤثر بر جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بود. جبران خدمات پزشکان، بر اساس نظریه‌های انگیزشی و هزینه زندگی و سایر ادبیات مرتبط با مؤلفه‌های سازمانی مورد سنجش قرار گرفت. روش اجرای پژوهش حاضر، توصیفی - پیمایشی و جامعه آماری آن، بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بود. برای گردآوری داده‌ها و سنجش مؤلفه‌های جبران خدمات، پرسشنامه‌ای با قابلیت اعتماد ۴/۹۱ درصد ساخته شد. به منظور اندازه‌گیری روایی آن از معادلات ساختاری استفاده گردید. شاخص تناسب الگو، بیانگر مناسب بودن الگوی اندازه‌گیری مؤلفه‌های سازمانی جبران خدمات و چارچوب کلی سنجش آن، معنی‌دار و پذیرفتنی است. بر اساس نتایج پژوهش، بُعد سازمانی شناسایی شده، با جبران خدمات پزشکان رابطه مستقیم دارد. همچنین بر نقش مؤلفه‌های بُعد «سازمانی» به‌ویژه خط‌مشی‌های سازمان تأکید شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد گردید که مدیران و سیاست‌گذاران هنگام تصمیم‌گیری درباره جبران خدمات پزشکان، مؤلفه‌های مربوط به بُعد سازمانی را مورد توجه قرار دهند.

۱. استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهاقان (نویسنده مسئول)
babaii@iran.ir
۲. دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران
gmemar@gmail.com
۳. پژوهشگر و کارشناس ارشد رشته مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهاقان
ali.nik@iran.ir

کلیدواژه‌ها: سازمان، جبران خدمات، جبران خدمات پزشکان،
پزشکان متخصص، بیمارستان‌های دولتی.

عوامل سازمانی مؤثر بر جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران

مقدمه

سازمان‌ها با نگاه راهبردی به منابع انسانی، آن را سرمایه و دارایی ارزشمندی تلقی می‌کنند و به جبران خدمات برای ارتقای کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی کارکنان توجه دارند. بهبود نظام جبران خدمات کارکنان، مستلزم اهتمام مدیریت سازمان به تدوین سیاست‌های حمایت‌گرایانه از منابع انسانی است. دلیل اکثر افراد برای اشتغال به کار این است که آنها به حقوق دستمزد و مزایای سازمان وابسته هستند و جبران خدمات در سازمان، نقش اصلی را ایفا می‌کند (Dulebohn & Werling, 2007, 191).

اهداف کلی نظام جبران خدمات، ایجاد بهبود در توازن مالی، کارایی و پاسخگویی است. سطح پرداخت نیز عامل تعیین‌کننده اصلی در رضایت شغلی کارکنان است (Shieh, 2008, 828). منظور از فلسفه پرداخت مناسب این است که برای نظام جبران خدمات، چارچوب مناسبی را برای تصمیم‌گیری درباره پرداخت فراهم کند. فلسفه مذکور می‌تواند در شرایط اقتصادی و فناوریانه بازار کار متغیر، به عنوان نقطه ثبات سازمان عمل کند (الوانی و معمارزاده طهران، ۱۳۸۷، ۲۳۱-۲۳۵). در سال‌های اخیر نیاز به خدمات تخصصی پزشکان افزایش یافته، هزینه‌های درمان زیاد شده و مشکلاتی را برای بخش سلامت جامعه پدید آورده است (قاسمی، ۱۳۸۱، ۳). پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی موظف به معاینه و عرضه خدمات مراقبتی به تعداد بیشتری از مراجعان در یک نوبت کاری هستند و در مقابل، دریافتی کمتری نسبت به بیمارستان‌های خصوصی با تعداد بیمار کمتر دارند. به جز تعداد معدودی از پزشکان فوق تخصص، اکثر متخصصان داخلی، عفونی، کودکان، جراح عمومی و غیره شاغل در بیمارستان‌های دولتی، درآمد کمی دارند. همچنین، بخشی از درآمد آن‌ها از طریق سازمان‌های بیمه‌گر تأمین می‌گردد که با چهار الی شش ماه تأخیر پرداخت می‌شود. ضریب کار پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با پزشکان بخش خصوصی، بسیار کمتر و حدود (یک به چهار) است. در صورت عدم توجه به جبران خدمات پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی و متناسب نبودن آن با

۱. به ضریبی که سازمان نظام پزشکی به عنوان دستمزد عمل جراحی برای کادر پزشکی به ریال در نظر می‌گیرد، «ضریب k» گفته می‌شود.

شرایط محیط شغلی آنها، عوارض جدی در حوزه جذب و نگهداری پزشکان متخصص پدید می‌آید. بر اساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین، تاکنون در ایران برای جبران خدمات پزشکان متخصص، روش‌های علمی مبتنی بر تجربه‌های جهانی استفاده نشده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی چگونگی جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی است. در این پژوهش، متغیر مستقل، عوامل سازمانی اثرگذار بر جبران خدمات پزشکان است. جبران خدمات پزشکان تلاشی برای غلبه بر کاهش انگیزه و ترک شغل افراد در سازمان‌ها است که به رفع مسائل عملکردی سازمان‌ها و افزایش بهره‌وری آن‌ها کمک می‌کند. اهمیت کارکرد نیروی انسانی متخصص و تأثیر آنها بر عملکرد سازمان، مهم‌ترین دلیل برای توجه به جبران خدمات پزشکان متخصص است. زیرا بخش بهداشت و درمان به‌ویژه بیمارستان‌ها- که یکی از بااهمیت‌ترین بخش‌های مدیریت سلامت جامعه محسوب می‌شود- باید نیروهای حرفه‌ای خود را مورد توجه قرار دهند. نیروی انسانی به‌عنوان سرمایه‌ای در تحقق اهداف راهبردی سازمان و توانایی کارفرمایان در جذب و حفظ کارکنان و اطمینان از سطوح بهینه عملکرد آنان، در افزایش اثربخشی و بهره‌وری از طریق برقراری نظام مناسب جبران خدمات، بسیار اهمیت دارد. بنابراین، جبران خدمات از جمله مؤلفه‌های اصلی و اساسی در مدیریت راهبردی منابع انسانی است. بیمارستان‌های دولتی برای درآمدزایی و انجام صحیح وظایف خود به خدمات تخصصی پزشکان وابسته هستند. به همین دلایل، برای جبران خدمات پزشکان در همه جنبه‌ها به انجام پژوهش‌هایی نیاز است و پژوهش حاضر برای نیل به این هدف انجام شده است.

در پژوهش حاضر، برخی عوامل مهم و اثرگذار سازمانی بر نظام جبران خدمات از دیدگاه دانشمندان مدیریت بررسی شده است. پرسش اصلی پژوهش این است که عوامل سازمانی مؤثر بر جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی کدام است؟ پرسش‌های فرعی نیز عبارت است از: مؤلفه‌ها و شاخص‌های سازمانی نظام جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی تهران کدام است؟ و کدامیک از مؤلفه‌های بعد سازمانی نظام جبران خدمات پزشکان، از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ که در این پژوهش به این پرسش‌ها پاسخ داده شده است.

پیشینه پژوهش:

بر اساس پژوهش‌های Berckmans در سال ۱۹۹۹، افراد شاغل در بخش بهداشت و درمان کشورهای کمتر توسعه‌یافته با مسائل زیادی در ارتباط با شغل خود، مانند پرداخت حقوق و مزایای ناکافی و داشتن شرایط کاری نامناسب مواجه هستند. بر اساس یافته‌های پژوهش انیکپو، لا ما و

راو و کاکا^۱ در سال ۲۰۰۵، نبود انگیزه کافی و کم‌کاری پزشکان از مسائل بسیار مهم است، زیرا با سلامت جامعه ارتباط دارد. البته این انگیزه منوط به شرایط کار نیست، بلکه انگیزش‌های مادی و پاداش (مانند درآمد و سایر مزایا) و فراهم کردن امکان پیشرفت در حرفه آن‌ها نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (World Health, 2000, 120).

پژوهش‌های مرتبط با جبران خدمات پزشکان در داخل و خارج از کشور در جدول (۱) بیان شده است. یافته‌های پژوهش‌های پیشین، در طراحی الگوی پیشنهادی مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۱: اهم یافته‌ها و متغیرهای مرتبط با جبران خدمات پزشکان

عنوان پژوهش	نویسنده	سال	یافته‌ها	متغیرها
اثر مشوق‌های مالی بر بهره‌وری پزشکان در گروه‌های پزشکی	Rui	۲۰۰۵	عوامل سازمانی با جبران خدمات پزشکان مرتبط است، زیرا اصلاح مشوق‌های مالی پزشکان، باعث افزایش بهره‌وری آن‌ها می‌شود. افزایش کارایی پزشکان، موجب پیشرفت آن‌ها در اجرای مراقبت‌های بهداشتی از بیماران می‌گردد.	مشوق‌های مالی
آثار تغییر در روش پرداخت به تقاضای خدمات پزشکان	Robert	۲۰۰۹	جبران خدمات پزشکان به لحاظ سازمانی و مدیریتی اهمیت دارد، زیرا به ازای هر پرداخت، آنان کار خود را توسعه می‌دهند.	دوباره‌سازی برنامه‌های پرداختی، کارانه، مشارکت پزشکان در برنامه‌های پرداختی، حقوق و درآمد پزشکان
عوامل مؤثر بر مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهداشتی دولتی آمریکا	Jessie & Baylor	۲۰۰۲	مؤلفه‌های سازمانی با جبران خدمات پزشکان ارتباط دارد.	سیاست‌های دولت، توان مالی بیماران، مشوق‌های مالی، استقلال در شغل
بیمار به‌عنوان تعیین‌کننده جبران خدمات پزشک	McCal	۲۰۰۴	مؤلفه‌های سازمانی با جبران خدمات پزشکان ارتباط دارد.	درآمد پزشکان، ساعت‌های کاری، نوع تخصص پزشک، شرایط بیمار، انتخاب و نوع تصمیم بیمار برای مراجعه به پزشک
روایی نظریه فراهم‌کنندگان اولیه در بخش‌های اورژانس	Guarisco & et al.	۲۰۰۸	بین برنامه‌های حمایتی مدیران برای پزشکان و پرداخت بر اساس عملکرد، با کیفیت مراقبت و رضایت بیماران رابطه وجود دارد.	برنامه‌های تشویقی، امکان پیشرفت شغلی

1. Rowe, Onikpo, Lama & Cokou

(Adams & Hicks (2000) با انجام پژوهشی در کشور بحرین نتیجه گرفتند که فراهم شدن امکان اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی، موجب خنثی شدن فرار مغزها (مهاجرت نخبگان پزشکی) از بیمارستان‌های دولتی شده و راهبردی موفقیت‌آمیز بوده است. در کشورهای غنا و نپال، انگیزه کسب درآمد بیشتر، موجب خروج نیروهای شاغل از بخش دولتی به غیردولتی شده و متخصصان به طبابت در مؤسسه‌های خصوصی گرایش یافته‌اند (World Health, 2000, 121-122).

تعریف و مفهوم جبران خدمات

مفهوم جبران خدمات^۱ در دو دهه اخیر جایگزین واژه‌های مدیریت حقوق و دستمزد^۲ و نظام پرداخت^۳ شده است و به همه حقوق و مزایای نقدی، غیرنقدی، و مزایای تحت تأثیر ویژگی‌های شغلی و شرایط محیط کار اطلاق می‌شود که در مقابل خدمت کارکنان و مدیران به آن‌ها اعطا می‌گردد.

جبران خدمات نه فقط دریافتی‌های بیرونی مانند حقوق و مزایا، بلکه همه دریافتی‌هایی را شامل می‌شود که در طبیعت شغل وجود دارد، مانند شناسایی و مطرح شدن، ترفیع، فرصت‌های پیشرفت شغلی، غنی و پرمحتوا شدن شغل و شرایط کاری مطلوب. در حالی که حقوق و دستمزد معمولاً فقط به دریافتی‌های مالی کارکنان اختصاص دارد (Kuzmits & Carrell, 1988, 305) جبران خدمات پزشکان، فرآیندی برای تعیین نتایج مالی و غیرمالی خدمات پزشکان، از طریق مؤلفه‌های طراحی شده برای دستیابی آنها به رضایت و نیز اثربخش کردن خدمات بهداشتی درمانی انجام شده برای بیماران است (Baker, 2007).

(Horton & Hicks (2006 نتیجه گرفتند که نظام جبران خدمات پزشکان باید بتواند به رفتارهای مثبت آن‌ها با شهروندان و کیفیت عرضه خدمات پاداش بدهد. رفتار پزشکان برای دستیابی به اهداف نظام سلامت جامعه باید ارتقاء یابد. بنابراین، طراحی برنامه‌های جبران خدمات پزشکان باید بخشی از اقداماتی باشد که با سایر تلاش‌های نظام سلامت سازگار گردد. برنامه‌های جبران خدمات پزشکان، ابزاری راهبردی برای تحقق اهداف سازمانی است. در نظام عرضه خدمات درمانی عوامل زیادی وجود دارد که دخالت دولت یا سازمان‌های عرضه‌کننده خدمات در آن‌ها می‌تواند به بروز تغییراتی در سطح کمی و کیفی خدمات منجر شود. نظام پرداخت از جمله مهم‌ترین عوامل مذکور است. بر اساس شواهد، انگیزه‌های مالی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتار

1. Compensation System
2. Wage and Salary Administration
3. Pay and Reward System

سازمانی و فردی در بخش سلامت است و می‌تواند بر کیفیت و کمیت خدمات بهداشتی و درمانی و در مجموع، بر هزینه‌های نظام سلامت تأثیر بگذارد. علاوه بر این، پرداخت می‌تواند باعث بروز پیامدهای حد واسط در جامعه، مانند میزان دسترسی مردم به خدمات، کارایی و کیفیت خدمات گردد که در نهایت، بر وضعیت سلامت و رضایت جامعه تأثیر می‌گذارد.

به اعتقاد میرکمالی افزایش جبران خدمات کارکنان، از طریق ایجاد و اعمال دسته‌ای از عوامل سازمانی و فعالیت‌ها مانند ارتقای سیاست‌های داخلی، نظارت آزادی‌خواهانه، مشارکت کارکنان و شرایط امن محیط کاری پدید می‌آید (میرکمالی، ۱۳۸۳، ۴۸).

به اعتقاد پژوهشگرانی مانند Nadler, French, Bell, Katz & Kahn جبران خدمات با نظام سازمانی ارتباط مستقیم دارد و پیامدهای مالی مورد انتظار را ایجاد می‌کند و اهداف عملی سازمان را نیز ارتقاء می‌دهد. آن‌ها پیشنهاد کردند برنامه‌های جبران خدمات به عملیاتی شدن نیاز دارد تا بتواند در نظام سازمانی، نارضایتی و ترک شغل را به حداقل برساند (پرداختچی، ۱۳۸۴، ۷۲).
 Covalesk (1993) (به نقل از اخوان بهبهانی) بیان کرده است در دهه‌های گذشته، صنعت و اقتصاد پزشکی موضوع اصلی را تشکیل داده و بر پایه افزایش کارایی، شفافیت از طریق سازوکارهای بازار و رقابت بوده است. با توجه به پژوهش‌های هود در سال ۱۹۹۵، هدف اساسی این نتیجه‌گرایی، تغییر مسیر کیفیت و مشوق‌های اصلاح کارایی و پاسخگویی به بیماران و مراجعان بوده است. بر اساس پژوهش‌های Fettera & Freeman (1986)، عامل مهم در تحقق وضعیت مذکور این است که تغییر مسیر از نظام‌های پرداخت بیمارستان‌ها بر اساس هزینه‌های واقعی به نظام پرداختی بر اساس تشخیص بیماری، با توجه به قیمت‌های تعیین شده انجام شود. مدیریت بیمارستان در محیطی که نظام پرداخت بر اساس تشخیص بیماری است، بیشتر با مدیریت شرکت‌های چندمحصولی مشابهت دارد. براساس پژوهش‌های Kumpusalo (2003)، بیمارستان‌ها باید قادر به تخمین نتایج بازپرداخت از تشخیص و هزینه‌های درمان مختلف باشند و ارزش‌های حرفه‌ای و هنجارهایی را در نظر بگیرند که برای دستیابی به این هدف، علم اداره بازار و مهارت‌های مدیریتی لازم است. همچنین Vera & Hucks (2006)، معتقدند در شرایط نظام پرداخت بر اساس تشخیص بیماری، بیمارستان‌ها به پزشکان وابسته هستند و مدیران باید محیط رقابتی موفقیت‌آمیزی را ایجاد کنند. آنها به پزشکانی نیاز دارند که نه فقط دستیابی به اهداف پزشکی، بلکه اهداف اقتصادی بیمارستان نیز برای‌شان مهم باشد و این مراحل، اهداف اقتصادی و نگرش به مهارت‌های مدیریتی را هم‌سو می‌کند (اخوان بهبهانی، ۱۳۸۷، ۶۵-۴۷).

عوامل سازمانی مؤثر بر جبران خدمات

در نظام عرضه خدمات درمانی، عوامل فراوانی وجود دارد که دخالت دولت یا سازمان‌های عرضه‌کننده خدمت در آن‌ها، می‌تواند موجب بروز تغییراتی در سطح کمی و کیفی خدمات شود. نظام پرداخت از جمله مهم‌ترین عوامل است. بر اساس شواهد، انگیزه‌های مالی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتار سازمانی و فردی افراد شاغل در بخش سلامت است. بنابراین، از عامل مشوق پاداش پولی برای القای دگرگونی‌های رفتاری استفاده می‌کنند و این انگیزه‌ها می‌تواند بر کیفیت و کمیت خدمات بهداشتی و درمانی و نیز بر هزینه‌های نظام سلامت تأثیر بگذارد. علاوه بر این، پرداخت می‌تواند باعث بروز پیامدهای حد واسط در جامعه مانند میزان دسترسی مردم به خدمات، کارایی و کیفیت خدمات شود که عوامل مذکور، در نهایت بر وضعیت سلامت و رضایت جامعه تأثیر می‌گذارد.

برنامه‌های جبران خدمات به لحاظ شکل و اندازه گوناگون است و ممکن است به بروز دگرگونی‌های متفاوتی مانند ایجاد نظام‌های کاری جدید، ساعت‌های کاری انعطاف‌پذیر و برنامه‌های جدید جبران منجر شود. نمونه‌هایی از انواع دگرگونی‌ها که ناشی از برنامه‌های جبران خدمات است، عبارت‌اند از: تشکیل گروه‌های کاری، تشکیل حلقه‌های کیفیت، مشارکت کارکنان، جدول زمانی و وظایف شغلی انعطاف‌پذیر، برنامه جبران خدمات انعطاف‌پذیر، اعمال نظارت و سرپرستی کمتر، توجه به طراحی و نگهداری محل کار به لحاظ راحتی، سلامت و ایمنی، برنامه‌های آموزش درون‌سازمانی و برون‌سازمانی، تأمین امنیت شغلی، همکاری مدیریت و اتحادیه‌ها و مشارکت نمایندگان اتحادیه و کارکنان در تدوین و اجرای برنامه‌های مربوط به بهبود کیفیت زندگی کاری (Arnold & Feldman, 1986, 493)

عواملی از جمله راهبردهای حقوق و دستمزد، سیاست یا خط‌مشی‌های کلی یا طراحی نظام حقوق و مزایا نقش مهمی در جبران خدمات دارد. اصلاح روش‌های پرداخت مالی و غیرمالی بر شیوه‌های طبابت پزشکان مؤثر بوده است و باعث کاهش هزینه‌های پرداختی توسط سازمان‌ها و بیماران می‌شود و یکی از طرح‌های مهم مدیریتی در خدمات بهداشتی و درمانی محسوب می‌گردد. بر اساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین، پزشکان شاغل در HMO نسبت به پزشکانی که در برنامه‌های مربوط به نظام پرداخت کارانه مشغول خدمت هستند، منابع کمتری را مورد استفاده قرار می‌دهند (سوداگری، ۱۳۸۴، ۹۵).

در نواحی مختلف دنیا راهبردهایی با هدف تأثیر بر تقاضای خدمت به‌ویژه به لحاظ تعیین

قیمت برای خدمات بهداشتی، در حال اجرا است. راهبردهای کنترل تقاضا بیشتر مورد تأکید است و هدف آن عمدتاً تأثیر بر انتخاب بیماران با تصمیم‌های بالینی توسط پزشکان است. هدف بعدی آنها نیز کاهش نیاز به خدمات تخصصی برای درمان ارزان‌تر است. وقتی کنترل‌ها بر بیماران متمرکز شود، اعمال این سیاست‌ها معمولاً به شکل پرداخت مشارکتی خواهد بود. وقتی به کنترل بر پزشکان متمرکز گردد، اعمال این سیاست معمولاً به صورت کنترل فرایند، مسئولیت‌پذیری و محرک‌های مالی (مانند افزایش قیمت‌ها) خواهد بود (قاسمی، ۱۳۸۱، ۴).

Werther & Davis (1989) جبران خدمات را بر خورداری از حقوق و مزایای مکفی، سرپرستی خوب، شرایط کاری خوب، شغل چالش‌انگیز و جالب و سودمند دانستند. Rynes, Gerhart & Parks (2005) نقش حقوق و مزایا در جبران خدمات و رفتار کارکنان را مورد سنجش قرار دادند و پیشنهاد کردند که پرداخت حقوق و مزایا بزرگ‌ترین برانگیزاننده افراد در سازمان‌ها محسوب می‌شود. بنابراین، متغیر «پرداخت حقوق و مزایا» با «نظریه انگیزشی کلاسیک» سازگار است. همچنین یکی از عوامل مهم و مؤثر در تعیین میزان حقوق و نرخ دستمزد، هزینه زندگی است. از این رو، این متغیر با نظریه «هزینه زندگی» نیز مرتبط است.

به اعتقاد میکویچ و گرهارت، عامل مؤثر دیگر در جبران خدمات و رقابت سازمانی «سطح پرداخت» است و اغلب هدایت، تطابق یا ارتباط برقرار کردن با بازار را نشان می‌دهد. در سازمان‌ها سیاست سطح پرداخت بیشتر، کمتر یا برابر متوسط حقوق در بازار کار است یا با متوسط حقوق مربوط به بازار کار تطبیق می‌یابد (Milkovich & Newman, 2002, 117).

سازمان‌هایی که میزان بالای پرداخت را در سطح فردی و سازمانی تجربه کرده‌اند، اثربخش‌تر هستند. زیرا آن‌ها قادرند بهترین عملکرد را ارائه کنند (Henderson, 2006, 98). ساختار پرداخت بر رابطه میان ادراک کارکنان و رفتار کاری آنها متمرکز است. به اعتقاد متخصصان جبران خدمات، ساختار سازمانی منعطف، با فعالیت‌های کارکنان در زمینه اعتصاب و نارضایتی آنها ارتباط دارد و ابزار مدیریتی بسیار مهمی در سازمان محسوب می‌شود (سیدجوادین، ۱۳۸۷، ۳۶۴-۳۶۲). براساس نتایج پژوهش‌های پیشین، افراد نه تنها در خصوص چگونگی جبران خدمات که به یک میزان دریافت می‌کنند، مطمئن نیستند، بلکه سطح جبران خدمات خود را در سازمان‌های مختلف با یکدیگر مقایسه می‌کنند (Bloom & Michel, 2002, 36). بنابراین، سطوح پرداخت با «نظریه برابری آدامز یا نظریه عدالت» سازگاری دارد.

بر اساس پژوهش‌های Newstrom & Keith (2002)، جبران خدمات شیوه‌هایی است که سازمان‌ها از طریق آن تشخیص می‌دهند و مسئولیت آن‌ها عبارت است از: ایجاد مشاغل و شرایط کاری به گونه‌ای که برای افراد جذاب و مطلوب باشد و موجب سودآوری و سلامت اقتصادی

سازمان نیز گردد. بر اساس نظریه‌های نئوکلاسیک، در صورتی که شرایط کار در محیط سازمانی مناسب و مطلوب طراحی شده باشد، نسبت به درآمد، برای کارکنان تأثیر بیشتری خواهد داشت. ویژگی‌های شغلی، مؤلفه‌ای مؤثر در جبران خدمات است و انتظارهای افراد را از میزان پرداخت در سازمان‌ها بر حسب دانش، مهارت، و توانایی نشان می‌دهد که «نظریه سرمایه انسانی» ارتباط آن با جبران خدمات را حمایت می‌کند (Kuzmits & Carrell, 1988, 305)

همچنین Gerhart (1990) در نظریه سرمایه انسانی، فرض کرده بود که درآمد بیشتر نصیب کسانی می‌شود که از مجرای آموزش و تجربه سرمایه‌گذاری می‌کنند. آن‌ها معتقدند کارکنان در تعیین سطح پرداختی خود مؤثرند و کارفرمایان نیز به افزایش پرداخت به کارکنان می‌اندیشند. اما در مشاغل مختلف، زنان و مردان با وجود دانش و تجربه یکسان، پرداخت‌های متفاوتی دریافت می‌کنند (McCal, 2000, 104)

Tayeri (2001) در نظریه انعکاس پیشنهاد کرده است که پرداخت به معنی ارزش پولی است که برای فرد اهمیت دارد و پول بر عملکرد و ارزش شغل بازخورد دارد. نظریه مذکور بر ابعاد پرداختی، انگیزش مناسب، موقعیت، کنترل و مصرف کردن متمرکز است که ابعاد فوق، ارزش ابزاری و نمادین پول را نشان می‌دهد. پول به معنی چشم‌داشت کارکنان در پرداخت پاداش، زمانی اثر دارد که چیزی را که به وسیله آن به دست می‌آوریم، مهم باشد (انگیزش مناسب). پاداش بر موفقیت کاری فرد اثر دارد و با اهداف فردی و سازمانی مرتبط است و بر ارزش و قدرت و موقعیت سازمانی (کنترل) تأثیر می‌گذارد و در نهایت، به معنی ارزش خدمات و کالاهایی است که می‌توانیم خریداری کنیم (مصرف کردن). بر اساس نظر Bartol & Locke (2001)، پرداخت در صورتی

اثربخش است که بر اساس عملکرد باشد و بر ارزیابی فرد و سازمان متمرکز گردد.

به اعتقاد Michael & Mechling پرداخت ابزاری، مانند خرید کالا و خدمات با ارزش پولی (صرف کردن) و پرداخت نمادین به چگونگی اهمیت کار کارکنان در سازمان و تأثیر آن بر کارکنان (کنترل) و بازخورد بر عملکرد (موقعیت) منوط است که در محیط کاری و از طریق تعیین اهداف، نظام جبران خدمات را تشریح می‌کند.

به اعتقاد West & Taylor، اهمیت پاداش برای برانگیختن رفتار کارکنان، از ابعاد ساختار و سطح پرداخت، منافع، افزایش پرداختی، و اداره کردن پرداخت در سازمان برخوردار است. Voorom در نظریه انتظار استدلال کرده است که پاداش یگانه عاملی نیست که به انگیزه شکل می‌دهد، بلکه نوع تصور یا پنداشت فرد درباره رابطه علی بین رفتار و پاداش، عامل تعیین‌کننده انگیزه است. یعنی هر قدر که فرد بیندارد کار یا تلاش شخصی او در تغییر بازده نقش کمتری دارد، عامل مربوط

به تعیین پاداش بر مبنای بازده نمی‌تواند انگیزه‌ای برای این فعالیت یا تلاش ایجاد کند. علاوه بر این، فقط زمانی این انتظارها انگیزه ایجاد خواهد کرد که ارزش مورد انتظار کار یا پاداش، از دیدگاه شخصی معقول باشد. رضایت پرداختی به تنهایی شرط مناسبی برای تحقق اهداف نظام‌های جبران خدماتی نیست، بلکه باعث نگهداری و برانگیختن آنان می‌شود. بر اساس پژوهش‌های ویلیام در سال ۲۰۰۰، علاوه بر توجه به میزان پرداخت کارکنان، توزیع رضایت پرداختی در سازمان را نیز باید در نظر گرفت. هنمن و جود نیز در پژوهشی درباره رضایت پرداختی پیشنهاد کرده‌اند که عوامل مؤثر در فرایند پرداخت، دانش پرداختی، درک سیاست پرداختی و توزیع عدالت پرداختی در سازمان، رضایت پرداختی کارکنان را افزایش خواهد داد. اگر کارکنان دانش خود را در این نظام افزایش دهند، می‌توانند برگشت سرمایه در نظام پرداخت را اصلاح کنند. اگر افراد دانش و رضایت پرداختی داشته باشد، به میزانی تلاش می‌کنند که به افزایش عملکرد آن‌ها می‌انجامد. سپس پیامدهایی در رفتار افراد شکل می‌گیرد که سطح بالایی از انتظار مورد نظرشان را پوشش دهد. (Shittu, 2008, 423)

(Locke & Latham (2002) پیشنهاد کرده‌اند آنچه باعث می‌شود پاداش و پیامدهای آن به رضایت پرداختی منجر شود، ساختار پرداخت بر اساس عملکرد است که با افزایش بازخورد بر موفقیت کاری کارکنان، باعث ارتقاء ارزش کاری کارکنان در سازمان و هم‌سویی اهداف شخصی و سازمانی می‌گردد و فعالیت‌های کارکنان را به نتیجه مطلوب نزدیک می‌کند و موجب ارزیابی مثبت آنها از شغل خود می‌شود (Heneman & Judge, 2009, 97).

به اعتقاد (Lees & Kearns (2005) بهبود جبران خدمات برای سازمان‌ها ضروری است. جبران خدمات موجب حفظ و نگهداری کارکنان در سازمان می‌شود. این موضوع با توجه به «نظریه انگیزشی هرزبرگ»، موجب افزایش عوامل انگیزشی افراد می‌گردد.

مبانی نظری پژوهش

فعالیت‌های افراد با مؤلفه‌های فردی و رفتاری آنان پیوند می‌یابد، ولی اغلب مؤلفه‌ها در ایجاد پیامدهای مالی و اقتصادی مؤثر است. نارضایتی از جبران خدمات می‌تواند در نتیجه عدم پیوند بین مؤلفه‌های جبران خدمات و در نهایت، درک ناعدالتی از آن باشد که در مفهوم رفتار سازمانی، برای درک رفتار فردی در سازمان، مفاهیم رضایت شغلی، ساختار سازمانی، توسعه سازمان و نظریه عدالت و نظریه‌های انگیزشی نقش مهمی دارد.

این مفاهیم چارچوب نظری برای مؤلفه‌های جبران خدمات است و برنامه‌های جبران خدمات، ابزار راهبردی برای پیوند رفتار آنها با اهداف عملی سازمان و ساختار طراحی شده برای نیل به

اهداف کاربردی است و باید بتواند تولید پیامدهای مالی برای اهداف عملی سازمان، کاهش نارضایتی و درک ناعدالتی را بهبود دهد.

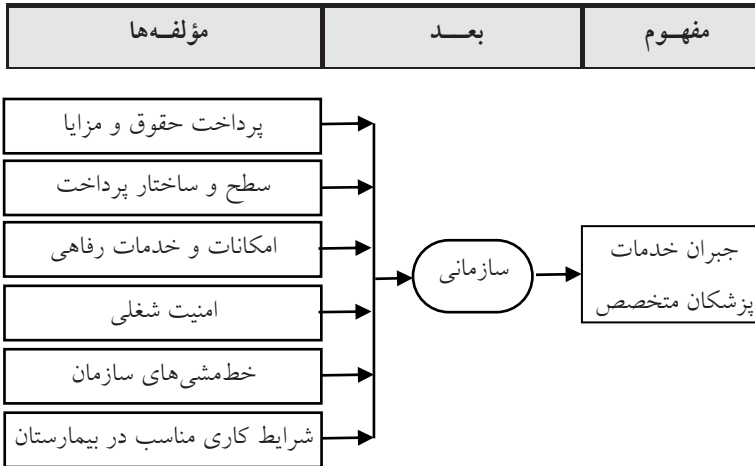
موفقیت در نیل به اهداف برنامه‌ریزی منابع انسانی، به جذب و نگهداری سرمایه انسانی مربوط می‌گردد که آن نیز با جبران خدمات پوشش داده می‌شود. توانایی و انگیزش کارکنان در برآورده شدن انتظارات‌شان، بیشتر تحت تأثیر جبران خدمات است که بر نگرش آنها و استمرار رفتار هم‌سو با اهداف سازمان و تلاش برای انجام کار درست و اثرگذار است (Dulebohn & Werling, 2007, 193)

مهم‌ترین نقش جبران خدمات، مربوط به اداره کردن سازمان‌ها و کنترل کارکنان است که عوامل متعددی می‌تواند بر آن تأثیر بگذارد. طی پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و کم، نظام‌های سلامت دولتی را پدید آوردند که عرضه خدمات در آنها توسط عرضه‌کنندگان دولتی به‌عنوان بخشی از دیوان‌سالاری سلسله‌مراتبی بخش دولتی انجام می‌شود. راهبرد مذکور، سهم بزرگی در موفقیت‌های حاصله از جمله بهبود دسترسی به خدمات درمانی، کنترل بیماری‌های واگیردار و سایر خدمات سلامت داشته است. اما با وجود دستاوردهای قابل توجه در این حوزه، مسائل جدی فزاینده‌ای نظیر کارکنان بی‌تفاوت، کیفیت نه چندان مناسب خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده و در نتیجه، عدم رضایت مصرف‌کنندگان در نظام‌های دولتی عرضه خدمات سلامت پدید آمده است (احمدوند، ۱۳۸۴، ۵۸).

بر اساس پژوهش‌های افرادی مانند هورتن، هیکس، کایسی، فرنچ، ام سی کارتی، و دسن، میسرا-هربرت، لاناپت، لودرمیلک، یانگ، و هربرت در سال ۲۰۰۶ می‌توان نتیجه گرفت که جبران خدمات جزء برنامه‌های راهبردی مدیران منابع انسانی محسوب می‌شود که بر رفتار سازمانی تأثیر می‌گذارد. جبران خدمات افراد، تابعی از نظریه‌های رفتار سازمانی به‌ویژه نظریه‌های انگیزشی است و ارزیابی مؤلفه‌های جبران خدمات برای اصلاح عملکرد بر ایجاد ارتباط بین نظام جبران خدمات و نظریه‌های انگیزشی تمرکز دارد. در پژوهش فوق، عوامل مؤثر بر جبران خدمات، با هدف ایجاد و افزایش انگیزه در کارکنان سازمان‌ها، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است.

بعد سازمانی جبران خدمات در عملکرد سازمان نقش مهمی دارد و بر ساختار سازمان دلالت می‌کند و از طریق آن، فعالیت‌ها و رفتار کارکنان به هدف‌های دلخواه سوق داده می‌شود (جزنی، ۱۳۸۰، ۹۸).

در بیشتر سازمان‌ها سازوکارهایی برای هدایت فعالیت‌ها و کنترل رفتار کارکنان وجود دارد. بعد سازمانی جبران خدمات، بیانگر مؤلفه‌هایی از قبیل پرداخت حقوق و مزایا، سطح و ساختار پرداخت، امکانات و خدمات رفاهی، امنیت شغلی، خطمشی‌های سازمان، شرایط کاری مناسب در بیمارستان است.



نمودار ۱: الگوی مفهومی پژوهش

بعد از بررسی مبانی نظری و یافته‌های پژوهش‌های پیشین، شاخص‌هایی برای عملیاتی شدن مؤلفه‌ها و سنجش آن‌ها، شناسایی گردید که به لحاظ هم‌پوشانی، برخی از آن‌ها با یکدیگر ادغام گردید و الگوی تحلیلی پژوهشگر ساخته شد. الگوی مذکور توسط خبرگان در سه مرحله مورد تحلیل قرار گرفت و مواردی از آن حذف گردید. سپس با توجه به آرای آنها شاخص‌های جبران خدمات انتخاب شد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی و پیمایش است. ابتدا با استفاده از پرسشنامه، الگوی استقرایی جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی از طریق خبرگان ارزیابی گردید. سپس وضعیت موجود برای جبران خدمات پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی تحلیل گردید. در پژوهش حاضر، متغیرهای مربوط به مؤلفه‌های سازمانی مؤثر در جبران خدمات به عنوان «متغیر مستقل» و جبران خدمات به عنوان «متغیر وابسته» در نظر گرفته شده است. «متغیرهای تعدیل‌کننده» نیز سن، جنس، مدرک تحصیلی (تخصص)، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، سابقه کار، میزان حقوق و پاداش بوده که از طریق پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته است. جامعه آماری، بیمارستان‌های دولتی شهر تهران (بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و دانشگاه‌های علوم پزشکی) بوده است. واحد مورد مشاهده، پزشکان متخصص و فوق تخصص (رسمی، پیمانی،

قراردادی، هیئت علمی و غیرهیئت علمی) شاغل در بیمارستان‌های فوق بوده است. بر اساس آمارهای رسمی تعداد آن‌ها ۵۸۸۳ نفر و با احتساب نسبت موفقیت ۵۰ درصدی با دقت احتمالی ۰/۵ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تعداد نمونه ۴۴۰ نفر محاسبه گردید. از گروه فوق، به عنوان افراد ذی‌نفع برای آزمون روایی الگوی جبران خدمات پزشکان استفاده شده است.

همچنین برای اینکه نمونه‌های مورد نظر، از شانس یکسانی برای انتخاب برخوردار باشند، از روش نمونه‌گیری «تصادفی ساده نظام‌مند» برای انتخاب پزشکان استفاده شده است.

به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، ابتدا بر اساس اطلاعات اولیه، پرسشنامه‌ای تهیه گردید و با طرح پرسش‌های زیر آغاز شد: آیا مؤلفه‌های یادشده می‌تواند جبران خدمات پزشکان را ارزیابی و میزان اهمیت هر یک از آن‌ها را نشان دهد و آیا این پرسش‌ها مناسب هستند. با استفاده از آرای بیست نفر از خبرگان دانشگاهی، پرسشنامه بررسی شد و پرسش‌ها اصلاح و تعدیل و سپس داده‌های اصلی پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید.

در پژوهش حاضر، به منظور کسب اطمینان از روایی ابزار اندازه‌گیری، از الگوهای معادلات ساختارمند (تحلیل عاملی تأییدی) استفاده شده است. اعتبار حاصل از یافته‌های پرسشنامه نهایی نیز با نرم‌افزار Spss محاسبه گردیده است. اعتبار پرسشنامه مربوط به گروه خبرگان ۸۷/۳ درصد و پرسشنامه مربوط به گروه پزشکان ۹۱/۴ درصد بوده است.

داده‌های حاصل از پرسشنامه، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL مورد بررسی قرار گرفته است. جدول ۲ معرف میانگین و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) متغیرهای پژوهش است.

جدول ۲: میانگین واریانس تبیین شده (AVE) و میانگین متغیرهای پژوهش

متغیرها	AVE	میانگین	انحراف استاندارد
- پرداخت حقوق و مزایا	۰/۵۴	۳/۱۰	۱/۰۷
- سطح و ساختار پرداخت	۰/۴۴	۳/۱۷	۱/۳۱
- امکانات و خدمات رفاهی	۰/۵۸	۳/۹۵	۰/۷۴
- امنیت شغلی	۰/۶۸	۳/۹۱	۰/۷۸
- خط‌مشی‌های سازمان	۰/۴۹	۳/۴۰	۱/۰۴
- شرایط کاری مناسب در بیمارستان	۰/۵۰	۳/۷۷	۰/۷۶

به منظور محاسبه روایی هم‌گرایی مؤلفه‌ها از شاخص (AVE) استفاده شده است که حداقل برابر با ۰/۴ است و نشان می‌دهد شاخص‌ها از روایی هم‌گرایی مناسبی برخوردار بودند. در بین

متغیرهای پژوهش «متغیر امنیت شغلی» بیشترین مقدار (۰/۶۸) را داشته است که نشان می‌دهد متغیر مذکور، بهتر از سایر متغیرها اندازه‌گیری شده است. کمترین مقدار نیز مربوط به متغیر «سطح و ساختار پرداخت» (۰/۴۴) بوده است. در سایر ستون‌های جدول فوق، میانگین و انحراف معیار به دست آمده برای هر متغیر بیان شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در ادامه، ضمن تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش، پاسخ پرسش‌های پژوهش بیان شده است. به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کولوموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. فرضیه‌های این آزمون عبارت‌اند از:

H_0 : توزیع متغیر مورد بررسی، نرمال است (بین توزیع متغیر مورد بررسی و توزیع نرمال تفاوت معنی‌دار وجود ندارد).

H_1 : توزیع متغیر مورد بررسی، نرمال نیست (بین توزیع متغیر مورد بررسی و توزیع نرمال تفاوت معنی‌دار وجود دارد).

در جدول (۳) سطح معنی‌داری ابعاد اصلی الگو با اطمینان ۹۵ درصد بیان شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، متغیرها از میزان خطا ۰/۰۵ بزرگ‌تر هستند. بنابراین، می‌توان گفت که داده‌های پژوهش، توزیع نرمال دارند و استفاده از روش‌های آماری پارامتریک مجاز است.

جدول ۳: بررسی نتایج آزمون کولوموگروف اسمیرنوف

سطح معنی‌داری	مؤلفه‌های مشاهده‌گر	بعد
۰/۱۵	پرداخت حقوق و مزایا	بعد سازمانی ^۱ جبران خدمات پزشکان
۰/۲۹	سطح و ساختار پرداخت	
۰/۱۵	امکانات و خدمات رفاهی	
۰/۲۶	امنیت شغلی	
۰/۲۵	خط‌مشی‌های سازمان	
۰/۲۵	شرایط کاری مناسب در بیمارستان	

در پژوهش حاضر، به منظور بررسی وجود شرایط لازم برای انجام تحلیل عاملی، از شاخص

کفایت نمونه‌برداری KMO^۱ استفاده شده است. به اعتقاد سرنی و کایزر، وقتی که مقدار KMO بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد، انجام تحلیل عاملی میسر است.

جدول ۴: بررسی کفایت نمونه

ابعاد مؤلفه‌ها	شاخص کفایت نمونه‌برداری (KMO)	سطح معنی‌دار	درصد تجمعی واریانس
بُعد سازمانی	۰/۸۹	۰/۰۰	۶۴/۷۳

شاخص مورد نظر (KMO) بزرگ‌تر از ۰/۶ است که نشان می‌دهد کفایت داده‌ها (MSA) در حد عالی وجود دارد و نتایج به جامعه آماری تعمیم‌پذیر است (منصو فر، ۱۳۸۸، ۱۲۵) نتیجه آزمون کرویت بارتلت در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار و بیانگر وجود تفاوت ماتریس همبستگی با مقدار صفر است. در نتیجه، انجام تحلیل عاملی، مجاز بوده است.

متغیرهای پژوهش حاضر به دو دسته پنهان و آشکار تبدیل می‌شود. متغیرهای آشکار یا مشاهده شده به طور مستقیم توسط پژوهشگر اندازه‌گیری می‌گردد، در حالی که متغیرهای مکنون یا مشاهده نشده با روش مستقیم اندازه‌گیری نمی‌شود، بلکه بر اساس روابط یا همبستگی بین متغیرهای اندازه‌گیری شده استنباط می‌شود. متغیرهای مکنون، بیانگر سازه‌های نظری (مانند مفاهیم انتزاعی) است که به طور مستقیم مشاهده‌پذیر نیست و از طریق متغیرهای مشاهده شده ساخته می‌شود (هومن، ۱۳۸۷، ۹۹)

در پژوهش حاضر، بعد سازمانی جبران خدمات با شش متغیر مکنون و بیست و هشت متغیر مشاهده‌گر مشخص شده است. برای هر یک از شش متغیر مکنون، شاخص‌هایی به صورت پرسش در پرسش‌نامه تدوین گردیده است تا بعد سازمانی با آن اندازه‌گیری شود.

به طور کلی، در کار با برنامه لیززل، هر یک از شاخص‌های به‌دست آمده برای مدل به تنهایی دلیل برازش مدل یا عدم برازش آن نیست، بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. چنانچه آزمون و آزمون‌های تناسب ثانوی نشان دهد که مدل متناسب است، به سمت مشخص کردن عوامل مدل متناسب شده حرکت و بر این عوامل تمرکز می‌کنیم. جدول (۵) بیانگر مهم‌ترین شاخص‌ها است و نشان می‌دهد که مدل برای تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است و همه شاخص‌ها بیانگر تناسب مدل با داده‌های مشاهده شده است.

1. Kaiser-Meyer- Olkin Measure

جدول ۵: شاخص‌های برازش بعد سازمانی جبران خدمات

شاخص‌های برازش	برازش بعد سازمانی	حد مجاز
(کای دو بر درجه آزادی)	۱/۵۰۹	کمتر از ۳
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۳	بالاتر از ۰/۹
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۰۹۲	کمتر از ۰/۰۹
CFI (برازش تعدیل یافته)	۰/۹۵	کمتر از ۳
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۸۶	بالاتر از ۰/۸
NFI (برازش نرم شده)	۰/۹۲	کمتر از ۰/۰۹
NNFI (برازش نرم نرم شده)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹

شاخص‌های تناسب مدل، بیانگر مناسب بودن مدل اندازه‌گیری بعد سازمانی است. زیرا نسبت کای دو بر درجه آزادی کمتر از ۰/۳، شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ و بقیه شاخص‌ها نیز قابل قبول است. به بیان دیگر، مدل و چارچوب کلی سنجش بعد سازمانی، معنی‌دار و پذیرفتنی است.

تحلیل مدل اندازه‌گیری^۱ بعد سازمانی جبران خدمات

جدول ۶: بارهای عاملی^۲ بعد سازمانی

متغیرهای آشکار	پرداخت حقوق و مزایا	سطح و ساختار پرداخت	امکانات و خدمات رفاهی	امنیت شغلی	خط‌مشی‌های سازمان	شرایط کاری مناسب در بیمارستان
- پرداخت به پزشکان بر اساس «عملکرد فردی»	۰/۳۷**					
- پرداخت به پزشکان بر اساس «تشخیص بیماری (DRG)»	۰/۴۷**					
- پرداخت حقوق و مزایای عادلانه و مناسب برای پزشکان	۰/۴۷**					
- پرداخت جداگانه برای ساعت‌های کاری غیرمعمول	۰/۳۸**					

1. Measurement Model
2. Loading Factor

ادامه جدول ۶: بارهای عاملی بعد سازمانی

متغیرهای آشکار	پرداخت و حقوق و مزایا	سطح و ساختار پرداخت	امکانات و خدمات رفاهی	امنیت شغلی	خط‌مشی‌های سازمان	شرایط کاری مناسب در بیمارستان
- توزیع پاداش کارایی بین پزشکان به طور منصفانه	۰/۴۴**					
- وجود پاداش‌های متناسب با محیط کار و شغل	۰/۵۴**					
- تنظیم ساختار پرداخت به پزشکان بر اساس «عملکرد»		۰/۵۳**				
- تنظیم ساختار پرداخت به پزشکان بر اساس «مهارت»		۰/۳۶**				
- تنظیم سطح پرداخت حق‌الزحمه پزشکان «هماهنگ با بازار» در بیمارستان‌های دولتی		۰/۵۷**				
- امکانات رفاهی			۰/۷۱**			
- مرخصی‌ها			۰/۴۱**			
- کمک‌های آموزشی			۰/۶۲**			
- بورس‌های تحصیلی خارج از کشور			۰/۵۵**			
- احساس امنیت شغلی داشتن				۰/۴۲**		
- اطمینان شغلی در آینده				۰/۶۸**		
- تأثیر بیمه بازنشستگی در جبران خدمات پزشکان				۰/۶۴**		
- تأثیر بیمه مسئولیت در جبران خدمات پزشکان				۰/۶۳**		
- تأثیر بازار نیروی کار				۰/۷۴**		
- تأثیر قوانین دولتی				۰/۶۵**		
- تأثیر طرح‌های بازنشستگی				۰/۷۴**		
- تأثیر ارشدیت				۰/۶۲**		
- وجود سیاست‌های حمایت قضایی از پزشکان					۰/۵۹**	
- خط‌مشی‌های اطمینان‌بخش در سیاست‌های حمایتی					۰/۲۷**	

ادامه جدول ۶: بارهای عاملی بعد سازمانی

متغیرهای آشکار	پرداخت و حقوق و مزایا	سطح و ساختار پرداخت	امکانات و خدمات رفاهی	امنیت شغلی	خط‌مشی‌های سازمان	شرایط کاری مناسب در بیمارستان
- تأثیر سیاست‌های دولت در جبران خدمات پزشکان					۰/۵۱**	
- الزام پزشکان به رعایت دستورالعمل‌های ایمنی در محیط کار						۰/۵۸**
- وجود شرایط کاری مناسب						۰/۶۰**
- تنظیم ساعت‌های کاری پزشکان با مشورت آنان						۰/۵۵**
- تأثیر وضعیت پذیرش و نوع تسهیلات بیمارستان در جبران خدمات						۰/۲۶**
- تأثیر عملکرد مالی بیمارستان در جبران خدمات پزشکان						۰/۷۵**

** معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد

* معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد

به منظور تحلیل ساختار درونی پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل‌دهنده هر سازه یا متغیر مکنون، از ابزار تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مربوط به سازه‌های بعد سازمانی، در جدول (۶) بیان شده است. همه بارهای عاملی مربوط به بعد سازمانی در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار شده است. همه بارهای عاملی از مقدار $0/3$ بیشتر است و آماره t مربوطه نیز خارج از بازه $(+2$ و $-2)$ است. با توجه به بار عاملی می‌توان به رتبه‌بندی شاخص‌ها پرداخت. هر شاخصی که بار عاملی بزرگ‌تری داشته باشد، وزن بیشتری در اندازه‌گیری معیار مربوطه ایجاد می‌کند. بنابراین، برای مؤلفه «پرداخت حقوق و مزایا» می‌توان گفت که شاخص وجود پاداش‌های متناسب با محیط کار و شغل بیشترین وزن $(0/54)$ را ایجاد کرده و شاخص پرداخت به پزشکان بر اساس «عملکرد فردی» کمترین وزن $(0/37)$ را ایجاد کرده است. برای مؤلفه «ساختار پرداخت»، تنظیم سطح پرداخت حق‌الزحمه پزشکان «همه‌نگ با بازار» در بیمارستان‌های دولتی بیشترین وزن و بار عاملی $(0/57)$ و شاخص تنظیم ساختار پرداخت به پزشکان بر اساس «مهارت» کمترین وزن $(0/36)$ را ایجاد کرده است. مؤلفه «امکانات و خدمات رفاهی» بیشترین وزن و بار عاملی $(0/71)$ و شاخص «مرخصی‌ها» کمترین وزن $(0/41)$ را داشته است. برای مؤلفه «امنیت شغلی»، تأثیر طرح‌های بازنشستگی و نیز تأثیر بازار نیروی کار، بیشترین

وزن و بار عاملی (۰/۷۴) را داشته و شاخص احساس امنیت شغلی، کمترین وزن (۰/۴۲) را ایجاد کرده است. برای مؤلفه «خطمشی‌های سازمان»، تأثیر سیاست‌های دولت در جبران خدمات پزشکان، بیشترین وزن و بارعاملی (۰/۵۹) و شاخص «خطمشی‌های اطمینان‌بخش در سیاست‌های حمایتی»، کمترین وزن (۰/۲۷) را داشته است.

برای مؤلفه «شرایط کاری مناسب»، تأثیر عملکرد مالی بیمارستان در جبران خدمات پزشکان، بیشترین وزن و بارعاملی (۰/۷۵) و شاخص تأثیر وضعیت پذیرش و نوع تسهیلات بیمارستان در جبران خدمات، کمترین وزن (۰/۲۶) را داشته است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول، در جدول (۷) بیان شده است.

جدول ۷: بارهای عاملی مرتبه اول

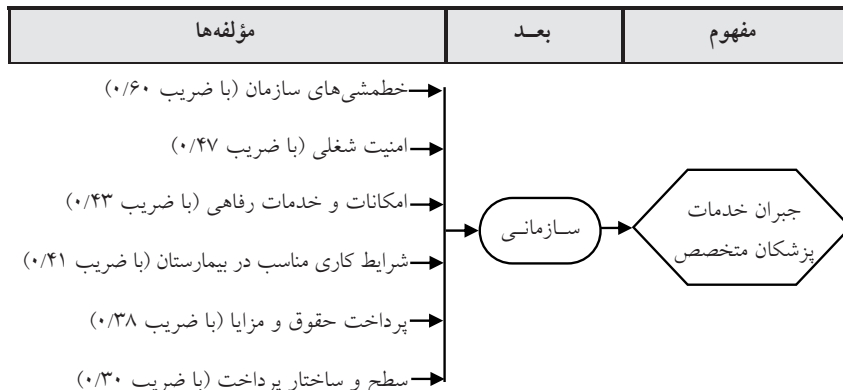
بارهای عاملی	مؤلفه‌های بُعد سازمانی جبران خدمات
۰/۳۸**	پرداخت حقوق و مزایا
۰/۳۰**	سطح و ساختار پرداخت
۰/۴۳**	امکانات و خدمات رفاهی
۰/۴۷**	امنیت شغلی
۰/۶۰**	خطمشی‌های سازمان
۰/۴۱**	شرایط کاری مناسب در بیمارستان

** معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد * معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد

می‌توان گفت که برای بعد سازمانی جبران خدمات پزشکان، همه معیارها وزن معنی‌داری داشته و در سطح اطمینان ۹۹ درصد توانسته بارعاملی معنی‌داری داشته باشد. بر اساس ضریب به دست آمده، مؤلفه «خطمشی‌های سازمان» بیشترین سهم (۰/۶۰) را داشته است. امنیت شغلی (۰/۴۷)، امکانات و خدمات رفاهی (۰/۴۳)، شرایط کاری مناسب در بیمارستان (۰/۴۱)، پرداخت حقوق و مزایا (۰/۳۸) به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار گرفته است. سطح و ساختار پرداخت نیز کمترین سهم (۰/۳۰) را در اندازه‌گیری بعد سازمانی داشته است.

همچنین، با توجه به نتایج تحلیلی عاملی مرتبه دوم پژوهش، همه مؤلفه‌های بعد سازمانی، وزن معنی‌داری را ایجاد کرده و در سطح اطمینان ۹۹ درصد توانسته‌اند بار عاملی معنی‌داری داشته باشند. زیرا افراد به فعالیت در سازمان‌ها می‌پردازند و خدمات عرضه می‌کنند و در مقابل، مطالبه‌های مورد نظر خود را از سازمان انتظار دارند. به همین دلیل، نقش سازمان در جبران خدمات آنها مهم شناخته شده است.

در نمودار (۲) الگوی نهایی تأییدشده از طریق «فرایند تحلیل عاملی تأییدی» ملاحظه می‌شود.



نمودار ۲: الگوی تحلیلی تأییدشده از طریق فرایند تحلیل عاملی تأییدی به همراه ضرایب

بر اساس مبانی نظری و یافته‌های پژوهش، گزارش‌های علمی و جمع‌بندی آرای گروه نخبگان و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی، شش مؤلفه و بیست و نه شاخص مورد تأیید قرار گرفته است. در پاسخ به پرسش دوم پژوهش مبنی بر درجه اهمیت بعد و مؤلفه‌های نظام جبران خدمات پزشکان و نتایج تحلیلی عاملی مرتبه اول، می‌توان گفت کدام مؤلفه در اندازه‌گیری بعد سازمانی نظام جبران خدمات پزشکان سهم معنی‌داری دارد و کدام معیار فاقد آن است. همچنین با توجه به ضریب بار عاملی، می‌توان به رتبه‌بندی معیارها پرداخت. در پژوهش حاضر، بر اساس ضریب تعیین R^2 به دست آمده، مؤلفه‌ها بر اساس بیشترین و کمترین ضریب تعیین بر جبران خدمات پزشکان به شرح زیر است.

کمترین ضریب تعیین R^2	بیشترین ضریب تعیین R^2	بعد
مؤلفه سطح و ساختار پرداخت	مؤلفه خطمشی‌های سازمان	سازمانی

بعد سازمانی، عامل مهمی در کاهش یا افزایش جبران خدمات پزشکان است و می‌تواند تقویت‌کننده یا بازدارنده باشد. بنابراین، مدیران منابع انسانی باید به این موضوع توجه داشته باشند که آیا بایستی عامل مزبور را در سازمان تقویت کنند یا خیر. بر اساس نتایج پژوهش، در درجه اول، مؤلفه «چگونگی تعیین خطمشی‌های سازمان»،

بیشترین تأثیر را بر جبران خدمات پزشکان دارد. در صورتی که اگر سیاست‌های جبران خدمات در بخش دولتی با شرایط جامعه و وضعیت آن در بخش خصوصی هماهنگ نباشد (مانند تعرفه‌گذاری خدمات پزشکان) مسائل جبران خدمات پزشکان حل نمی‌شود. در پژوهش حاضر، مؤلفه «سطح و ساختار پرداخت» آخرین رتبه را در بعد سازمانی به خود اختصاص داده است. زیرا پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی، از وضعیت حقوق دریافتی و شیوه‌های پرداخت رضایت ندارند و معتقدند تا زمانی که سیاست‌گذاران تصمیم‌ها و خط‌مشی‌های صحیحی برای جبران خدمات اتخاذ نکنند، نارسایی‌های موجود رفع نخواهد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان گردید، در پژوهش حاضر، جبران خدمات پزشکان در سازمان‌های خدماتی بزرگ (شامل ۵۱ بیمارستان دولتی تهران) بررسی شده است. تاکنون درباره جبران خدمات پزشکان در نظام سلامت ایران پژوهشی انجام نشده و الگویی ارائه نگردیده است. در بررسی حاضر، الگویی ارائه شده است که از نوآوری‌های پژوهش محسوب می‌گردد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مؤلفه‌های متعددی در بعد سازمانی جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی وجود دارد و بیمارستان‌ها به‌عنوان واحدهای مجری این سیاست‌ها در نظام سلامت، باید در تصمیم‌های خود آن را مورد توجه قرار دهند. یافته‌های پژوهش در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۷: وضعیت مؤلفه‌ها و متغیرهای پژوهش

بُعد	مؤلفه‌ها	وضعیت مؤلفه‌ها		تعداد متغیرها	
		تأیید	رد	تأیید شده	تأیید نشده
سازمانی	پرداخت حقوق و مزایا	✓		۶	۰
	سطح و ساختار پرداخت	✓		۳	۰
	امکانات و خدمات رفاهی	✓		۴	۰
	امنیت شغلی	✓		۸	۰
	خط‌مشی‌های سازمان	✓		۳	۰
	شرایط کاری مناسب در بیمارستان	✓		۵	۰
	جمع کل	۶	۰	۲۹	۰

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده گردید، ۲۹ متغیر پیش‌بینی شده، تأیید گردیده است که

بیانگر تأیید ۱۰۰ درصد مجموع متغیرها است. همچنین بر اساس نتایج پژوهش، ۶ مؤلفه مورد نظر تأیید شده است.

برای محاسبه روایی هم‌گرایی مؤلفه‌ها، Fornell & Larcker استفاده از معیار میانگین واریانس تبیین شده^۱ را پیشنهاد کرده‌اند. اگر AVE حداقل برابر با ۰/۴ باشد، شاخص‌ها روایی هم‌گرایی مناسبی دارند. بنابراین، روایی هم‌گرایی برای همه متغیرها تأیید می‌شود. در واقع شاخص‌های مذکور نشان می‌دهد که یک متغیر پنهان تا چه حد قادر است واریانس شاخص‌ها (متغیرهای آشکار) را به طور متوسط توضیح دهد.

توصیه‌های سیاستی

با توجه به تأثیرگذاری عوامل سازمانی بر جبران خدمات پزشکان و نیز میزان ضریب تعیین، قوی‌ترین رابطه در الگوی مفهومی بین دو متغیر مذکور برقرار است. بنابراین، ضرورت دارد دست‌اندرکاران نظام سلامت در خصوص تصمیم‌گیری برای جبران خدمات پزشکان در نظام سلامت، به نقش اصلی سازمان توجه خاصی داشته باشند.

دست‌اندرکاران نظام سلامت باید «خط‌مشی‌های جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی» را بیشتر مورد توجه قرار دهند.

تعرفه‌گذاری خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی باید یکسان باشد و درباره آن تحت نظر کمیته‌ای واحد (متشکل از نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی) تصمیم‌گیری شود. همچنین پژوهش‌هایی درباره «حسابداری منابع انسانی» مربوط به چگونگی قیمت‌گذاری واقعی خدمات قابل عرضه توسط پزشکان انجام شود.

سطح پرداخت حق الزحمه پزشکان در بیمارستان‌های دولتی به صورت «هماهنگ با بازار» مورد توجه باشد و ساختار پرداخت به پزشکان نیز بر اساس «عملکرد» و «مهارت» آنان تنظیم گردد.

الگوی نهایی تبیین شده در خصوص بعد سازمانی جبران خدمات پزشکان متخصص، می‌تواند به عنوان راهنمای علمی و مستند برای مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی برای بهسازی سازمانی و ایجاد زمینه‌های رضایت‌مندی پزشکان متخصص مورد توجه باشد.

پیشنهادها برای پژوهش‌های آینده به شرح ذیل است:

نقش عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، عبادی و غیره در جبران خدمات پزشکان

1. Average Variance Enplained (AVE)

نقش بیمه‌های سلامت در جبران خدمات پزشکان
نقش بیماران در جبران خدمات پزشکان
انجام بررسی تطبیقی وضعیت جبران خدمات پزشکان در کشورهای مختلف

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران اجرا شده است. از آنجا که بیمارستان‌ها انواع مختلفی دارند از جمله: بیمارستان‌های تخصصی، فوق تخصصی، عمومی (جنرال)، آموزشی، غیرآموزشی و غیره که شرایط جبران خدمات پزشکان متخصص در این بیمارستان‌ها متفاوت است. ولی به علت عدم دسترسی به اطلاعات مورد نیاز در خصوص تعداد پزشکان متخصص شاغل در هر یک از این بیمارستان‌ها، پژوهشگر نتوانست تفکیک این موارد را در پژوهش حاضر لحاظ نماید. در جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر نقش زیادی را ایفا می‌کنند که به علت تعدد بیمه‌ها و این‌که هر کدام قراردادهای متفاوتی با بیمارستان‌ها دارند از حیثه کنترل پژوهشگر بوده خارج است.

بیماران از عوامل مؤثر در تأمین جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی به شمار می‌آیند. بیماران خود دارای ویژگی‌ها و شرایط متفاوتی هستند از جمله: بیماران آسیب‌پذیر، بیماران مسن، سرپایی و غیره که هر کدام از سطح اجتماعی و اقتصادی متفاوتی برخوردار می‌باشند. سنجش تأثیر هر گروه از این بیماران به تفکیک نوع بیماری بر جبران خدمات پزشکان از عهده‌ی پژوهشگر خارج است.

پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی از دو طیف "زن و مرد" تشکیل شده‌اند و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی اقبال مختلف جامعه، مبنی بر این‌که در برخی از تخصص‌ها، پزشکان مرد نسبت به پزشکان زن ارجحیت دارند. بنابراین بیماران برای معالجه، بیشتر به پزشکان مرد مراجعه می‌کنند. در نتیجه شکاف پرداختی بین پزشکان دیده می‌شود. چون این مورد نیاز به یک مطالعه ویژه و گسترده دارد پژوهشگر بررسی از آن را صرف نظر نموده است.

الف) فارسی

احمدوند، علیرضا (۱۳۸۴). اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی. تهران: مؤسسه ابن سینای بزرگ.

الوانی، سید مهدی، معمارزاده طهران، غلامرضا (۱۳۸۷). رفتار سازمانی. تهران: انتشارات مروارید. پرداختچی، محمدحسن (۱۳۸۴). بررسی کیفیت زندگی کارکنان شرکت فولاد مبارکه. مبارکه: واحد تحقیقات شرکت فولاد مبارک.

جزنی، نسربین (۱۳۸۰). مدیریت منابع انسانی. تهران: انتشارات نی. سوداگری، بهروز (۱۳۸۴). اثرات ناشی از عملکرد گروه پزشکی و روش‌های پرداخت به پزشکان بر هزینه خدمات. بیمه همگانی خدمات درمانی. دوره ۱، شماره ۲۷، صفحات ۶۵-۷۴. سیدجوادین، سیدرضا (۱۳۸۷). مبانی مدیریت منابع انسانی. تهران: انتشارات دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران.

قاسمی، محمد (۱۳۸۱). بررسی تأثیر کیفیت زندگی کاری بر بهره‌وری نیروی انسانی وزارت کار و امور اجتماعی. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مدیریت دولتی). تهران: دانشگاه تربیت مدرس. منصورفر، کریم (۱۳۸۸). روش‌های پیشرفته آماری همراه با برنامه‌های کامپیوتری. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

میرکمالی، محمد (۱۳۸۳). افزایش رضایت شغلی از طریق معنی‌داری سازی حرفه معلمی. فصلنامه مدیریت در آموزش و پرورش. تهران: شماره ۳۷، صفحه ۴۰. هومن، حیدرعلی (۱۳۸۷). مدل‌یابی معادلات ساختاری و کاربرد آن با نرم‌افزار لیزرل. تهران: انتشارات سمت.

ب) انگلیسی

Arnold, J. H., & Feldman, D. E. (1986). *Organization Behavior*. 7th ed. McGraw- Hill Irwin, Boston, MA.

Baker, P. (2007). The relationship between the congruence of physician compensation plan components and physician (Ph.D Dissertation). Walden University. Minneapolis, Minnesota, USA.

Bloom, M. & Michel, J. (2002). The relationships among organization context, pay, and managerial turnover. *Academy of Management Journal*, 45, pp. 33- 42.

Dulebohn, J. H. & Werling, S. E. (2007). Compensation research past, present and future. *Journal Human Resource Management*, 17, pp. 191-207.

Guarisco, J., Stefoni, A. & Bavin, J. (2008). Validating the primary provider theory in emergency medicine.

- Henderson, R. I. (2006). Compensation management in a knowledge based-world. a New Jersey: Prentice-Hall.
- Heneman, H. & Judge, T. A. (2009). Compensation attitudes. In S. L. Rynes, & B. Gerhart, (Eds). Compensation in organizations: current research and Practice (61-103). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Horton, F. T. & Hicks, D. L. (2006). Productivity based compensation: magic bullet vs poised compensation: magic bullet vs poison pill. *Group Practice Journal*, 22(6), pp. 36-39.
- Jessie, L. & Baylor, T. (2002). Factors Influencing Physician Participation in Medicaid in the USA. *International Journal of Social Economics*, 29(9), pp. 753-762.
- Kuzmits, F. E. & Carrell, M. R., (1988). Personnel, human resource management. second edition, merrill publishing company, 305.
- McCal, L. B. (2004). Marginalization matters: pations as determinats of physician compensation (Ph.D Dissertation). Vaderbilt university, Nashville, Tennessee, USA.
- Milkovich, G. T. & Newman, J. M. (7 Th Eds.). (2002). *Compensation*. Boston, MA. Mc Graw- Hill Irwin.
- Robert, H. L. (2009). *The impact of changes in payment methods on the suply of physicians services*.
- Rui, L. (2005). *Impact of financial incentives on physician productivity in medical groups* (Ph.D Dissertation). california university, USA.
- Rynes, S. L., Gerhart, B. & Parks L. (2005). Personnel psychology: performance evaluation & pay for performance. *Review in Advance*. 56(5), pp. 571-600.
- Shieh, C. J. (2008). Effect of corporate compensation disgn on organization performance. *scial behavior and personality*, 36(6), pp. 827-840.
- Shittu, O. (2008). Pay referent comparison and pay level satisfaction some differences among employees in the UK food retail Sector Business School. Barking College, Romford, Essex, UK. *Management Research News*, 31(7), pp. 417- 428
- World Health. (2000). *Health systems: improving performance*. Geneva, the World Health Report.