

## طراحی مدل جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران

غلامرضا معمارزاده طهران\*

امیراشکان نصیری پور\*\*

زهره آقابابایی دهاقانی\*\*\*

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۷/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۹

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش طراحی الگویی برای جبران خدمات پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران است. جبران خدمات پزشکان، براساس تئوری‌های انگیزشی و نظریه‌ی هزینه‌ی زندگی و سایر ادبیات مربوط از چهار بُعد «سازمانی»، «اجتماعی»، «مدیریتی» و «روانشناختی» مؤلفه‌های اصلی جبران خدمات را مورد سنجش قرار می‌دهد. روش اجرای این پژوهش، توصیفی پیمایشی است و جامعه‌ی آماری آن بیمارستان‌های دولتی شهر تهران می‌باشد. برای گردآوری داده‌ها و سنجش مؤلفه‌های جبران خدمات، پرسش‌نامه‌ای با قابلیت اعتماد ۹۱/۴ درصد ساخته شد. به منظور اندازه‌گیری روایی آن از معادلات ساختاری استفاده شده است شاخص تناسب مدل حکایت از مناسب بودن مدل اندازه‌گیری مؤلفه‌های جبران خدمات دارد و چارچوب کلی سنجش آن معنادار و قابل پذیرش است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که هر چهار بُعد شناسایی شده با جبران خدمات پزشکان رابطه‌ای مستقیم و معنادار دارد.

**کلیدواژه‌ها:** جبران خدمات؛ پزشکان متخصص؛ بیمارستان‌های دولتی.

\*. دانشیار گروه مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران gmemar@gmail.com

\*\* . دانشیار گروه مدیریت خدمات‌بهدشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران drnp20@yahoo.com

\*\*\*. نویسنده‌ی مسؤول: دانشجوی دوره‌ی دکتری رشته‌ی مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران Babaii@iran.ir

## مقدمه

سازمان‌ها با نگاه راهبردی به منابع انسانی، آن را به‌عنوان یک سرمایه و دارایی ارزشمند مدنظر دارند و به جبران خدمات در جهت 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. مدیریت منابع انسانی شاخه‌ای از علم سازمان است که با ایجاد روابط با کارکنان، بین‌همه‌ی سیاست‌ها، تصمیمات و اقدامات در سازمان‌ها رابطه برقرار می‌کند. محور روابط بین کارکنان و کارفرمایان، تغییر جبران خدمات با فرایند مرادده بین آنان است. دلیل بیش‌تر افرادی که کار می‌کنند این است که وابسته به مزایا، حقوق و دستمزد موجود هستند و جبران خدمات در سازمان نقش اصلی را ایفا می‌کند (دالبوهن و ورلینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷: ۱۹۱). بنابراین، اهداف کلی نظام جبران خدمات، ایجاد بهبود در توازن مالی، کارایی و پاسخ‌گویی است. سطح پرداخت به‌عنوان یک تعیین‌کننده‌ی بزرگ رضایت شغلی ظاهر می‌شود (شیعه<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸: ۸۲۸).

منظور از فلسفه‌ی پرداخت مناسب این است که برای سامانه‌ی جبران خدمات، چارچوب مناسبی را به‌منظور تصمیم‌گیری برای پرداخت، فراهم آورد. این فلسفه می‌تواند در شرایط اقتصادی و فن‌آورانه‌ی بازار کار متغیر، به‌عنوان نقطه‌ی ثبات سازمان عمل کند (گریفین، ۱۳۸۷: ۲۳۱-۲۳۵).

موفقیت در رسیدن به اهداف برنامه‌ریزی منابع انسانی، به جذب و نگه‌داری سرمایه‌ی انسانی مربوط می‌شود که آن نیز با جبران خدمات پوشش داده می‌شود. توانایی و انگیزش کارکنان در برآورده شدن انتظارات‌شان، بیش‌تر تحت تأثیر جبران خدمات است، که روی نگرش آنان و استمرار رفتار هم‌سو با اهداف سازمان و تلاش برای انجام کار درست و اثرگذار است (دالبوهن و ورلینگ، ۲۰۰۷). مهم‌ترین نقش جبران خدمات، مربوط به اداره‌ی سازمان‌ها و کنترل کارکنان است که عوامل متعددی می‌تواند روی آن مؤثر باشد.

از طرفی، طی پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و پایین، نظام‌های

---

1. Dulebohn, J. H., Werling, S. E.  
2. Shieh, C. J.

سلامت اداری بنا نهادند که ارایه‌ی خدمات در آن‌ها توسط ارایه‌کنندگان دولتی به‌عنوان جزئی از بوروکراسی سلسله‌مراتبی بخش دولتی صورت می‌گیرد. این راهبرد، سهم بزرگی در موفقیت‌های به‌دست آمده - از جمله بهبود دسترسی به خدمات درمانی، کنترل بیماری‌های واگیردار و سایر خدمات سلامت - داشته است؛ اما به‌رغم این دست‌آوردهای قابل توجه، مشکلات جدی فزاینده‌ای نظیر کارکنان بی‌تفاوت، کیفیت نه‌چندان مناسب خدمات ارایه‌شده و نارضایتی مصرف‌کنندگان در نظام‌های دولتی ارایه‌ی خدمات سلامت پدیدار شده‌اند (احمدوند و همکاران، ۱۳۸۴: ۵۸).

براساس مطالعات «بریک منس (۱۹۹۹)»<sup>۱</sup> افراد شاغل در بخش بهداشت و درمان کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته، با مشکلات زیادی در رابطه با شغل خود مانند پرداخت حقوق و مزایای ناکافی و داشتن شرایط کاری نامناسب روبه‌رو هستند. در پژوهش دیگری که توسط راو و دیگران (۲۰۰۵)<sup>۲</sup> انجام شده است نداشتن انگیزه‌ی کافی و کم‌کاری پزشکان از مسایل بسیار مهم به‌شمار می‌رود؛ زیرا با سلامت جامعه در رابطه است. هرچند این انگیزه صرفاً وابسته به شرایط کار نیست؛ بلکه انگیزش‌های مادی و پاداش (مانند درآمد و سایر مزایا) و فراهم کردن امکان پیشرفت در حرفه و شغل آن‌ها نیز از اهمیت ویژه برخوردار است (گزارش بهداشت جهانی، ۲۰۰۰: ۱۲۰).

در سال‌های اخیر نیاز به خدمات تخصصی پزشکان افزایش یافته، هزینه‌های درمان زیاد شده و مشکلاتی را برای بخش سلامت جامعه به‌وجود آورده است (قاسمی، ۱۳۸۱: ۳). پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی موظف به معاینه و ارایه‌ی 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 برخوردارند. به‌جز تعداد معدودی از پزشکان فوق‌تخصص، بیش‌تر متخصصین داخلی، عفونی، کودکان، جراح عمومی و...، شاغل در بیمارستان‌های دولتی از سطح درآمد پایینی برخوردارند، هم‌چنین، بخشی از درآمد آن‌ها از طریق سازمان‌های بیمه‌گر تأمین می‌گردد که با ۴ تا ۶ ماه تأخیر صورت می‌گیرد، ضریب کابی پزشکان

1. Berckmans, P.

2. Rowe, E., Onikpo, G., Lama, A., Cokou, P.

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

شاغل در بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با پزشکان بخش خصوصی، بسیار پایین‌تر (حدود ۱ به ۴) است که در صورت عدم توجه به جبران خدمات پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی و متناسب نبودن آن با شرایط محیط شغلی آنان، عوارض جدی به بار خواهد آورد.

براساس پژوهش‌ها و مطالعات انجام‌شده، تاکنون در ایران برای جبران خدمات پزشکان متخصص از روش‌های علمی که بر پایه‌ی تجربیات جهانی باشد، استفاده نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد چگونگی جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی را مورد بررسی قرار دهد و با انتخاب عوامل مؤثر بر جبران خدمات آنان را به‌عنوان «متغیر مستقل»، الگویی برای جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های مورد مطالعه، ارائه نماید و به پرسش اساسی پژوهش که «چه‌گونه می‌توان خدمات پزشکان را جبران کرد؟» پاسخ دهد. جبران خدمات پزشکان، تلاشی است در جهت غلبه بر کاهش انگیزه و ترک شغل افراد در سازمان‌ها که به رفع مشکلات عملکردی سازمان‌ها و افزایش بهره‌وری آن‌ها کمک می‌کند. اهمیت کارکرد نیروی انسانی متخصص و تأثیر آنان بر عملکرد سازمان، مهم‌ترین دلیل برای توجه به جبران خدمات پزشکان متخصص می‌باشد؛ زیرا، بخش بهداشت و درمان - به‌ویژه بیمارستان‌ها که به‌عنوان یکی از با اهمیت‌ترین بخش‌های مدیریت سلامت جامعه به‌شمار می‌روند - نیازمند توجه ویژه به نیروهای حرفه‌ای خود هستند. هم‌چنین نیروی انسانی به‌عنوان یک سرمایه، در تحقق اهداف راهبردی سازمان و توانایی کارفرمایان در جذب، حفظ و نگاه‌داشت کارکنان و اطمینان از سطوح بهینه‌ی عملکرد آنان در افزایش اثربخشی و بهره‌وری از طریق برقراری نظام مناسب جبران خدمات، بسیار دارای اهمیت است (رونق، ۱۳۸۵). بنابراین، جبران خدمات از جمله مؤلفه‌های اصلی و اساسی در مدیریت راهبردی منابع انسانی به‌شمار می‌رود. بیمارستان‌های دولتی برای درآمدزایی و انجام صحیح وظایف خود، به خدمات تخصصی پزشکان وابسته‌اند؛ به همین دلایل، جبران خدمات آنان نیازمند تحقیق بوده و پژوهش حاضر در همین راستا انجام شده است.

در این پژوهش، به برخی عوامل مهم و مؤثر بر سامانه‌ی روی سیستم جبران خدمات از دیدگاه دانشمندان مدیریت اشاره می‌گردد. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، جبران خدمات پزشکان از چهار بُعد سازمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و مدیریتی بررسی شده است.

## سؤال‌های پژوهش

### الف - سؤال اصلی

مدل مناسب جبران خدمات پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی کدام است؟

### ب - سؤال‌های فرعی

- ابعاد نظام جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی تهران کدامند؟

- مؤلفه‌ها و شاخص‌های نظام جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی تهران

کدامند؟

- کدام یک از ابعاد و مؤلفه‌های نظام جبران خدمات پزشکان، از درجه‌ی اهمیت بیش‌تری

برخوردارند؟

### مروری بر پیشینه‌ی پژوهش

در این‌جا به معرفی پژوهش‌های مربوط به جبران خدمات پزشکان که در داخل و خارج کشور انجام شده پرداخته می‌شود و با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از تجربیات پژوهشگران در طراحی مدل پیشنهادی پژوهشگر، از این نتایج استفاده می‌گردد.

آدامز و هیکس<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) ضمن پژوهشی در کشور بحرین، دریافتند که در این کشور امکان کار کردن به صورت خصوصی توسط پزشکانی که در استخدام مؤسسات دولتی هستند موجب خنثی شدن فرار مغزها (مهاجرت نخبگان پزشکی) از بیمارستان‌های دولتی گردیده و این یک راهبرد موفقیت‌آمیز بوده است. هم‌چنین در کشورهای غنا و نپال، انگیزه‌های کسب درآمد بیش‌تر، منجر به خروج نیروهای موجود از خدمات دولتی به غیردولتی گردیده و متخصصان به طبابت خصوصی تمایل یافته‌اند (گزارش بهداشت جهانی، ۲۰۰۰: ۱۲۱-۱۲۲).

---

1. Adams, O., Hicks, V.

جدول ۱. اهم یافته‌ها و متغیرهای مربوط به جبران خدمات پزشکان

عنوان پژوهش	نویسنده	سال	یافته‌ها	متغیرها
اثر مشوق‌های مالی روی بهره‌وری پزشکان در گروه‌های پزشکی	روی. لی	۲۰۰۵	عوامل سازمانی با جبران خدمات پزشکان رابطه دارد؛ زیرا اصلاح مشوق‌های مالی پزشکان، باعث افزایش بهره‌وری آن‌ها می‌شود. افزایش کارآیی پزشکان، موجب توسعه و پیشرفت آن‌ها در اجرای مراقبت‌های بهداشتی از بیمار می‌گردد.	مشوق‌های مالی
آثار تغییرات در روش پرداخت به تقاضای خدمات پزشکان	روبرت. اچ. لی	۲۰۰۹	جبران خدمات پزشکان از بعد سازمانی و مدیریتی دارای اهمیت است؛ زیرا به‌ازای هر پرداخت، آنان کار خود را توسعه می‌دهند.	دوباره‌سازی برنامه‌های پرداختی، کارانه، مشارکت پزشکان در برنامه‌های پرداختی، حقوق و درآمد پزشکان
رضایت کاری پزشکان در بخش‌های خصوصی بهداشت آفریقای جنوبی	روبین پیلاری	۲۰۰۸	پزشکان از جنبه‌های اجتماعی و شخصی در کارشان رضایت دارند و از فشارهای محیط عملی و نتایج و پی‌آمدهای ظاهری کار و مسیر شغلی‌شان نارضایتی دارند. شرایط بیماران بیمه‌ای، راهبرد کنترل هزینه	آزادی در انتخاب کلینیک، روابط با بیمار، ارتباطات، شیوه‌های پرداخت، مدیریت اجرایی، منابع تشویقی نگاه‌دارنده، محیط و مسیر شغل، شرایط بیماران بیمه‌ای، راهبرد کنترل هزینه
عوامل مؤثر بر مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهداشتی دولتی آمریکا	جسیک ال. توکر بایلور	۲۰۰۲	مؤلفه‌های سازمانی با جبران خدمات پزشکان رابطه دارد.	سیاست‌های دولت، توان مالی بیماران، مشوق‌های مالی، استقلال در شغل
بیمار به‌عنوان تعیین‌کننده‌ی جبران خدمات پزشک	بتی. لین مک کال	۲۰۰۴	مؤلفه‌های اجتماعی با جبران خدمات پزشکان رابطه دارد و مجموعه‌ی عوامل اجتماعی، شکاف پرداختی بین پزشکان را دامن می‌زنند.	درآمد پزشکان، ساعات کاری، نوع تخصص پزشک، شرایط بیمار، انتخاب و نوع تصمیم بیمار برای مراجعه به پزشک
روابط سازگاری بین مؤلفه‌های برنامه جبران خدمات پزشکان و نارضایتی پزشک	فیلیپ باکر	۲۰۰۷	مؤلفه‌های روان‌شناختی با جبران خدمات پزشکان رابطه دارد موقعی که درآمدها به یک نسبت بین پزشکان تخصیص می‌یابد احساس ناعادالتی آنان کم‌تر می‌شود. پیچیدگی تخصیص و تسهیم هزینه‌ها براساس فعالیت‌های پزشکی، می‌تواند به افزایش نارضایتی منجر شود.	تخصیص درآمد بین پزشکان به صورت عادلانه، انتظارات و باورهای آنان در احساس عدالت
روایی تئوری فراهم‌کنندگان اولیه در بخش‌های اورژانس	گاریسکو [و دیگران]	۲۰۰۸	بین برنامه‌های حمایتی مدیران برای پزشکان و پرداخت براساس عملکرد، با کیفیت مراقبت و رضایت بیماران رابطه وجود دارد.	برنامه‌های تشویقی، امکان پیشرفت شغلی

## مفاهیم جبران خدمات

مفهوم جبران خدمات<sup>۱</sup> در دو دهه‌ی اخیر جایگزین واژه‌های مدیریت حقوق و دستمزد<sup>۲</sup> و سامانه‌ی پرداخت<sup>۳</sup> گردیده است و به کلیه حقوق و مزایای نقدی، غیرنقدی، مزایای متأثر از ویژگی‌های شغلی و شرایط محیط کار اطلاق می‌شود که در مقابل خدمت کارکنان و مدیران به آنان اعطا می‌شود.

جبران خدمات نه فقط شامل دریافتی‌های بیرونی مانند حقوق و مزایا؛ بلکه شامل تمام دریافتی‌های است که در طبیعت شغل وجود دارند مانند: شناسایی و مطرح شدن، ترفیع، فرصت‌های پیشرفت، غنی و پرمحتوا شدن شغل و شرایط کاری مطلوب؛ در حالی که حقوق و دستمزد، معمولاً فقط به دریافتی‌های مالی کارکنان اختصاص دارد (کوزمیتس و کارل، ۱۹۸۸).

جبران خدمات پزشکان، عبارت است از فرایندی برای تعیین نتایج مالی و غیرمالی خدمات پزشکان، از طریق مؤلفه‌های طراحی شده برای دستیابی آنان به رضایت و اثربخش نمودن خدمات بهداشتی درمانی انجام شده برای بیماران (باکر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

هورتون و هیکس<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) معتقدند که نظام جبران خدمات پزشکان باید بتواند به رفتارهای مثبت آنان با شهروندان و کیفیت آرایه‌ی خدمات، پاداش بدهد. رفتار پزشکان برای دستیابی به اهداف نظام سلامت جامعه باید ارتقا یابد. بنابراین، طراحی برنامه‌های جبران خدمات پزشکان باید بخشی از اقداماتی باشد که با دیگر تلاش‌های نظام سلامت سازگار گردد. برنامه‌های جبران خدمات پزشکان، ابزاری راهبردی برای رفتارهای آنان در جهت رسیدن به اهداف سازمانی به‌شمار می‌رود. در نظام آرایه‌ی خدمات درمانی، عوامل زیادی وجود دارد که دخالت دولت یا سازمان‌های آرایه‌دهنده‌ی خدمت در آن‌ها می‌تواند منجر به بروز تغییراتی در سطح کمی و کیفی خدمات شود. نظام پرداخت، از جمله مهم‌ترین این عوامل است. شواهد نشان می‌دهد که انگیزه‌های مالی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت است و این

1. Compensation
2. Wage and Salary Administration
3. Pay and Reward System
4. Baker, P.
5. Horton, F. T & Hicks, D. L.

انگیزه‌ها می‌تواند هم بر کیفیت و هم بر کمیت خدمات بهداشتی و درمانی و هم چنین بر هزینه‌های نظام سلامت اثر بگذارد. علاوه بر آن، پرداخت می‌تواند موجب پی‌آمدهای حد واسط در جامعه مانند میزان دسترسی مردم به خدمات، کارایی و کیفیت خدمات شود که این عوامل در نهایت روی وضعیت سلامت و رضایت جامعه مؤثر است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محیط‌های اجتماعی، بر تصمیمات فردی، به‌ویژه در مورد رفتارهای پیچیده از جمله مسایل خصوصی و سامانه‌ی جبران خدمات اثر می‌گذارند (اخوان بهبهانی، طریقت و حسن‌زاده، ۱۳۸۷).

پژوهشگرانی از جمله: راندل، گومز و مجیا (۲۰۰۲) به سطوح رفتاری و روان‌شناختی در نظام جبران خدمات تأکید می‌کنند. سیشور (۱۹۷۶) بیان کرده است که رویکرد جبران خدمات به جنبه‌هایی از شغل و محیط کاری که تأثیر خیلی زیادی روی رضایت عملکرد شغلی و عمر کاری کارکنان اشاره دارد. وی مهم‌ترین محصول رویکرد جبران خدمات را هویت بخشیدن به جنبه‌های شغلی و محیط کاری می‌داند.

از نظر میرکمالی برای افزایش جبران خدمات کارکنان دو راه وجود دارد:

الف- جبران خدمات (از بُعد سازمانی) که از طریق ایجاد و اعمال دسته‌ای از عوامل سازمانی و فعالیت‌ها مانند ارتقا از طریق سیاست‌های داخلی، نظارت آزادی‌خواهانه، مشارکت کارکنان و شرایط امن محیط کاری پدید می‌آید.

ب- جبران خدمات (از بُعد روان‌شناختی) که از طریق ادراک کارکنان مبنی بر سلامت و امنیت به وجود می‌آید که براساس آن می‌توانند به‌عنوان انسان با تأمین نیازهای خود رشد کنند. این احساس یا ادراک آن‌ها را به نوعی رضایت و امنیت خاطر می‌رساند که شغل آن‌ها را تا حدودی معنادار می‌سازد (میرکمالی، ۱۳۸۳: ۴۸).

نادلر و دیگران معتقدند که جبران خدمات با سیستم سازمانی رابطه‌ای مستقیم دارد و پی‌آمدهای مالی مورد انتظار را به وجود می‌آورد و هم‌چنین اهداف عملی سازمان را بالا می‌برد. نادلر، فرنچ و بل، کاتز و کاهن<sup>۱</sup> پیشنهاد می‌کنند که به همین دلیل، برنامه‌های جبران خدمات نیاز به عملیاتی شدن دارد تا بتواند در سیستم سازمانی، نارضایتی و ترک شغل را به حداقل برساند (پرداختچی، ۱۳۸۴: ۷۲).

1. Nadler, D. A., French, J. R., & Bell, C. H., Katz, D., & Kahn, R. L.



پرداختی به نقل از دیوی‌دی<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) جبران خدمات در یک سازمان را تابع و نتیجه‌ی اقدامات و عملیات غالب مدیریتی آن سازمان می‌داند که به‌خصوص نقش مدیران بیش‌ترین اهمیت را در بهبود جبران خدمات سازمان دارد (پرداختی، ۱۳۸۴). همچنین گیسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) معتقد است که جبران خدمات رابطه مستقیم با اقدامات مدیریت دارد. بنابراین، جبران خدمات پزشکان در چهار بُعد «سازمانی، اجتماعی، مدیریتی و روان‌شناختی» مبنای طراحی مدل پژوهش حاضر قرار گرفته است.

### چارچوب نظری مدل پژوهش

اقدامات افراد با مؤلفه‌های فردی و رفتاری آنان پیوند داده می‌شود؛ ولی اغلب این مؤلفه‌ها در ایجاد پی‌آمدهای مالی و اقتصادی مؤثر هستند. بنابراین، مشکل به‌وجود آمده (نارضایتی از جبران خدمات) می‌تواند در نتیجه‌ی عدم پیوند بین مؤلفه‌های جبران خدمات و در نتیجه درک ناعدالتی از آن باشد که در مفهوم رفتار سازمانی، برای درک رفتار فردی در سازمان، مفاهیم رضایت شغلی، ساختار سازمانی، توسعه‌ی سازمان و تئوری عدالت و تئوری‌های انگیزشی نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

این مفاهیم، چارچوب تئوریک برای مؤلفه‌های جبران خدمات است که ابزاری راهبردی برای پیوند رفتار آنان با اهداف عملی سازمان و ساختار طراحی شده برای رسیدن به اهداف کاربردی برنامه‌های جبران خدمات است و باید بتواند تولید پی‌آمدهای مالی را در جهت اهداف عملی سازمان، برای کاهش نارضایتی و درک ناعدالتی بهبود بخشد. بنابراین، از نقطه نظرات هورتون، هیکس و دیگران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) می‌توان نتیجه گرفت که جبران خدمات جزو برنامه‌های راهبردی مدیران منابع انسانی به‌شمار می‌رود و رفتار سازمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا، جبران خدمات افراد، تابعی از تئوری‌های رفتار سازمانی به ویژه تئوری‌های انگیزشی است و ارزیابی مؤلفه‌های جبران خدمات برای اصلاح عملکرد بر ایجاد ارتباط بین نظام جبران خدمات و

1. Dwiredi, N.

2. Gibson, S.

3. Horton, F. T., & Hicks, D. L., Kaissi, A., French, J. R., Loudermilk, R. C., Lowenhaupt, M. T., Misra-Herbert, A. D., Woodson, S. B., Young, D. W., & McCarthy, S. M.

تئوری‌های انگیزشی تمرکز دارد و پژوهشگر به عوامل مؤثر بر جبران خدمات بیش‌تر با دید ایجاد و افزایش انگیزه در کارکنان سازمان‌ها توجه داشته است.

از سوی دیگر، با توجه به مبانی نظری و مدل‌های ارائه‌شده از سوی پژوهشگران و صاحب‌نظران، به‌منظور بررسی نظام جبران خدمات در جامعه‌ی مورد مطالعه، نگرش سیستمی باز و جامع به‌جای دیدگاه بخش‌نگری مدنظر می‌باشد که مبنای چارچوب نظری پژوهشگر را شکل داده است. در الگوی سیستمی چگونگی تحقق منافع سازمان، کارکنان و جامعه در گرو تدابیر راهبردی مناسب در ملحوظ داشتن تعاملات اجزای این سامانه و تبادل اطلاعات سامانه با محیط خارج آن، از طریق بازدادها و پیش‌دادهای اطلاعاتی می‌داند.

از آن‌جا که پژوهشگر در پاسخ به این سؤال که چه‌گونه خدمات تخصصی پزشکان را می‌توان جبران نمود؟ و با توجه به مبانی نظری و الگوهای ارائه‌شده از سوی پژوهشگران و صاحب‌نظران مدیریت به‌منظور بررسی جبران خدمات در جامعه‌ی مورد مطالعه، مدل مفهومی جبران خدمات در نمودار (۱) ارائه گردیده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود مدل پژوهشگر دارای چهار بُعد «سازمانی، اجتماعی، مدیریتی و روان‌شناختی» است.

## ۱. بُعد سازمانی

این عامل در عملکرد سازمان نقش اساسی ایفا می‌کند و بر ساختار تمام ترتیبات موجود در یک سازمان دلالت دارد که از طریق آن، فعالیت‌ها و رفتار کارکنان به سوی هدف‌های دلخواه سوق داده می‌شوند (جزنی، ۱۳۸۰). در بیش‌تر سازمان‌ها سازوکارهایی برای هدایت فعالیت‌ها و کنترل رفتار کارکنان وجود دارد. بُعد سازمانی به مؤلفه‌هایی از قبیل: پرداخت حقوق و مزایا، سطح و ساختار پرداخت، امکانات و خدمات رفاهی، امنیت شغلی، خط مشی‌های سازمان، شرایط کاری مناسب در بیمارستان اشاره دارد.

## ۲. بُعد اجتماعی

فلسفه‌ی جبران خدمات، انسانی کردن و دموکراتیک کردن محیط سازمانی است. تحقق این مهم، از طریق برقراری مناسبات اجتماعی سالم بین تمام سطوح سازمانی و دخالت کارکنان در

تصمیماتی که به سرنوشت و منافع آنان پیوند می‌خورد می‌باشد. مناسبات انسانی بین کارکنان مبتنی بر ویژگی‌های فردی و اجتماعی است که افراد با خود به سازمان می‌آورند. بنابراین، بعد اجتماعی به مؤلفه‌هایی از جمله: انسجام و ارتباطات اجتماعی در محیط کار، سازگاری و تعادل مناسب بین کار و سایر جنبه‌های فردی، احترام در محیط کار، شرایط بیمار و فضای کاری اشاره دارد.

### ۳. بُعد مدیریتی

مدیران در اجرایی کردن ابعاد مختلف نظام جبران خدمات، نقش مستقیم و اساسی ایفا می‌نمایند. بعد مدیریتی اشاره به مؤلفه‌هایی دارد که در راستای پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی، بازخورد متناسب با عملکرد، امکان مشارکت در تصمیم‌گیری، برنامه‌های حمایتی مدیران، کیفیت مدیریت و سرپرستی مؤثر می‌باشند.

### ۴. بُعد روان‌شناختی

جبران خدمات - به‌عنوان رویکردی در ایجاد انگیزه‌ی کار در کارکنان - متأثر از رهبری و ارتباطات سازنده و پویا است و یکی از فنون انگیزشی به حساب می‌آید که پژوهشگرانی هم‌چون کونتز و ویهریچ (۱۹۹۰)، کری و استارک (۱۹۸۸) و مولنز (۱۹۸۹) بر آن تأکید دارند. کار معنادار و چالش‌برانگیز به‌جای کار ملال‌آور و تنش‌زا، جملگی اشاره به بحث روان‌شناسی دارند. مهارت‌های فردی (دانش، توانایی‌ها، شایستگی‌های حرفه‌ای)، خصلت‌های شخصیتی و نگرش‌هایی که شخص در انجام شغل خود اعمال می‌کند نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود جبران خدمات کارکنان دارد. شاخص‌های این مؤلفه عبارتند از: ویژگی‌های شغلی، استقلال شغلی، چالش در فعالیت‌ها، انتظارات و باورها، داشتن قدرت در محیط کار و درک پول.

هم‌چنین براساس مطالعه‌ی مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی و جمع‌بندی آن، ۱۵۱ شاخص برای عملیاتی‌شدن مؤلفه‌ها و سنجش آن‌ها شناسایی گردید که به لحاظ هم‌پوشانی برخی از آن‌ها، با یکدیگر ادغام گردید و مدل تحلیلی پژوهشگر ساخته شد و این مدل توسط خبرگان در سه مرحله مورد تحلیل قرار گرفت؛ مواردی از آن حذف گردید و سپس با توجه به نظرات ارائه‌شده،

۸۷ شاخص برای جبران خدمات انتخاب شد. در مجموع، در این پژوهش تعداد ۸۷ شاخص، ۲۳ مؤلفه و ۴ بُعد ارایه گردیده است.

## روش و مراحل انجام پژوهش

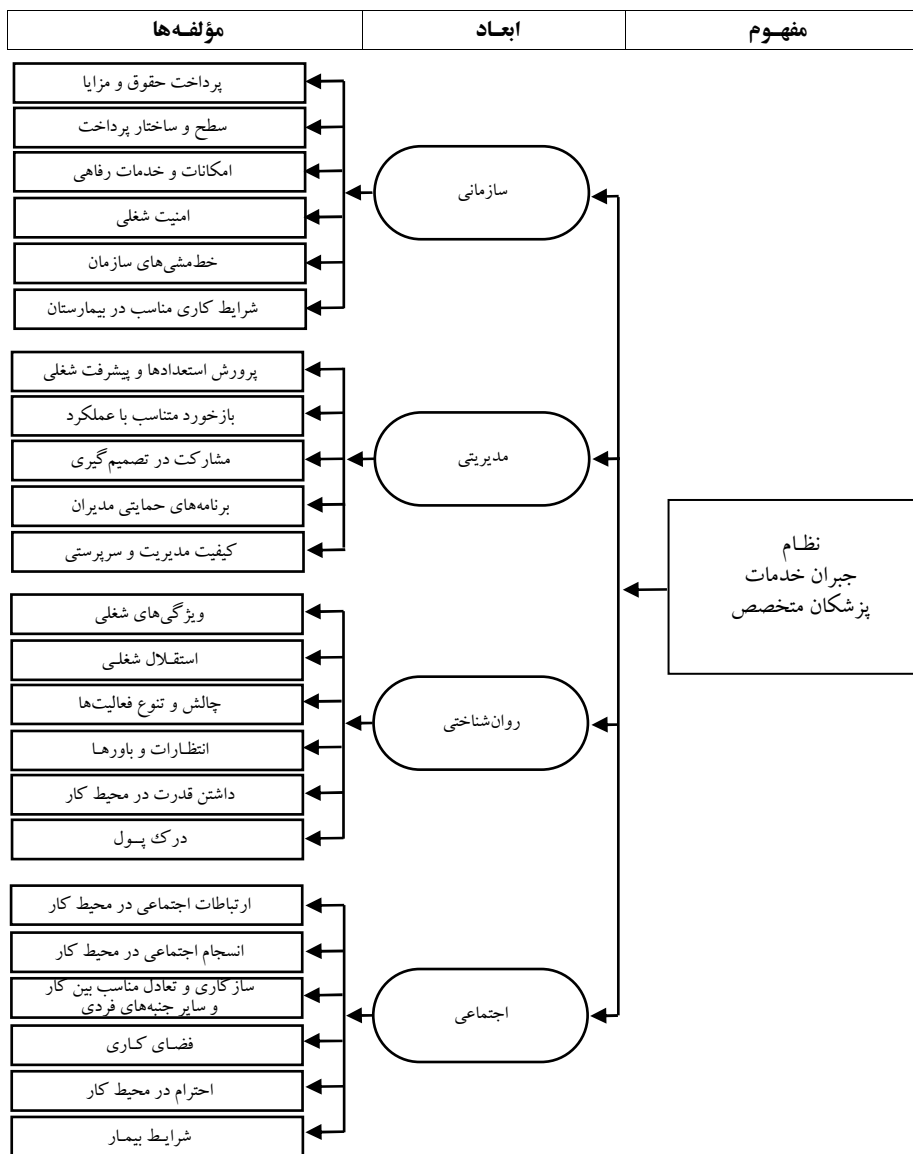
### روش پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر به دنبال بررسی عوامل مؤثر بر جبران خدمات پزشکان می‌باشد، تحقیقی توصیفی است و هم‌چنین دیدگاه‌ها و باورها و جمع‌آوری نظرات پزشکان متخصص بیمارستان‌های دولتی بوده است که از روش تحقیق پیمایشی استفاده شده است. در پژوهش حاضر، پژوهشگر دو روش را مورد استفاده قرار داده است: اول با استفاده از پرسش‌نامه‌ای خاص، مدل استقرایی جبران خدمات پزشکان را در بیمارستان‌های دولتی از طریق خبرگان ارزیابی نموده، سپس با استفاده از روش تحقیق «پیمایشی» به تحلیل وضعیت موجود برای جبران خدمات پزشکان در بخش دولتی پرداخته شد.

با توجه به اینکه هدف اصلی این پژوهش، طراحی مدل نظام جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی می‌باشد؛ لذا، متغیرهای مربوط به مؤلفه‌های مؤثر در جبران خدمات (شامل ابعاد: سازمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، مدیریتی) به‌عنوان «متغیر مستقل» نظام جبران خدمات به‌عنوان یک مفهوم «متغیر وابسته» و «متغیرهای تعدیل‌کننده»: سن، جنس، مدرک تحصیلی (تخصص)، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، سابقه‌ی کار، میزان حقوق و پاداش مدنظر بوده است که از طریق پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفته است.

### جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش در فرایند پیاده‌سازی مدل، شامل بیمارستان‌های دولتی شهر تهران (بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و دانشگاه‌های علوم پزشکی) می‌باشد. واحد مورد مشاهده، پزشکان متخصص و فوق‌تخصص (رسمی، پیمانی، قراردادی، هیأت علمی و غیر هیأت علمی) شاغل در این بیمارستان‌ها می‌باشد که براساس آمارهای رسمی تعداد آن‌ها پنج هزار و ۸۸۳ نفر



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

می‌باشد که با احتساب نسبت موفقیت ۵۰ درصدی با دقت احتمالی ۰/۰۵ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تعداد نمونه ۴۴۰ نفر محاسبه گردید. از این گروه، به‌عنوان افراد بهره‌ور برای آزمون روایی مدل نظام جبران خدمات پزشکان استفاده گردیده است. هم‌چنین برای این که نمونه‌های استفاده‌شده از شانسی انتخاب یکسان برخوردار باشند، انتخاب پزشکان از روش «تصادفی ساده سیستماتیک» استفاده گردیده است.

### روش و ابزار جمع‌آوری داده‌ها

به‌منظور جمع‌آوری داده‌های موردنیاز پژوهش، براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از مطالعات اولیه و هم‌چنین براساس سؤال‌های اصلی و فرعی پژوهش، ابتدا پرسش‌نامه‌ای با ۱۵۱ سؤال تهیه گردید و با طرح این سؤال که آیا مؤلفه‌های برشمرده شده می‌تواند جبران خدمات پزشکان را ارزیابی و میزان اهمیت هر یک از آن‌ها را نشان دهد و این که آیا این سؤال‌ها مناسب هستند، طراحی و پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور، ضمن استفاده از نظرات ۲۰ نفر از خبرگان دانشگاهی و متخصصان بهداشت و درمان، پرسش‌نامه بررسی شد و تعداد سؤال‌ها به ۹۸ سؤال اصلاح و تعدیل شد و سپس داده‌های اصلی پژوهش از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید.

### سنجش پایایی و روایی ابزار پژوهش

در این پژوهش به‌منظور حصول اطمینان از روایی ابزار اندازه‌گیری از مدل‌های معادلات ساختارمند (تحلیل عاملی تأییدی) استفاده شده است هم‌چنین اعتبار به‌دست‌آمده از یافته‌های پرسش‌نامه‌ی نهایی، از طریق نرم‌افزار SPSS محاسبه شده است. اعتبار پرسش‌نامه‌ی مربوط به گروه خبرگان ۸۷/۳ درصد و پرسش‌نامه‌ی مربوط به گروه پزشکان ۹۱/۴ درصد به‌دست آمده است.

### تحلیل داده‌ها

در این‌جا داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه، با استفاده از نرم‌افزارهای LISREL و SPSS مورد بررسی قرار گرفته است. جدول (۱) معرف میانگین و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) متغیرهای پژوهش می‌باشد.

جدول ۱. میانگین واریانس تبیین شده (AVE) و میانگین متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	AVE	متغیرها
۱/۰۷	۳/۱۰	۰/۵۴	پرداخت حقوق و مزایا
۱/۳۱	۳/۱۷	۰/۴۴	سطح و ساختار پرداخت
۰/۷۴	۳/۹۵	۰/۵۸	امکانات و خدمات رفاهی
۰/۷۸	۳/۹۱	۰/۶۸	امنیت شغلی
۱/۰۴	۳/۴۰	۰/۴۹	خط‌مشی‌های سازمان
۰/۷۶	۳/۷۷	۰/۵۰	شرایط کاری مناسب در بیمارستان
۰/۸۷	۳/۳۰	۰/۶۹	ارتباطات اجتماعی
۰/۸۶	۳/۲۲	۰/۶۰	انسجام اجتماعی در محیط کار
۰/۷۶	۳/۶۶	۰/۵۹	سازگاری و تعادل مناسب بین شغل و سایر جنبه‌های فردی
۰/۷۸	۳/۳۶	۰/۶۹	فضای کاری
۰/۷۶	۳/۲۸	۰/۶۲	احترام در محیط کار
۰/۸۵	۳/۰۷	۰/۴۹	شرایط بیمار
۰/۸۶	۳/۵۱	۰/۵۶	پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی
۰/۷۸	۳/۳۰	۰/۵۹	بازخور متناسب با عملکرد
۰/۸۲	۳/۰۰	۰/۵۸	مشارکت در تصمیم‌گیری
۰/۷۸	۳/۳۶	۰/۶۳	برنامه‌های حمایتی مدیران
۱/۱۵	۲/۹۶	۰/۶۸	کیفیت مدیریت و سرپرستی
۰/۷۰	۳/۷۶	۰/۵۴	ویژگی‌های شغلی
۰/۸۳	۳/۵۵	۰/۶۷	استقلال شغلی
۰/۸۴	۳/۲۷	۰/۷۱	چالش و تنوع فعالیت‌ها
۰/۸۱	۳/۲۱	۰/۵۷	انتظارات و باورها
۱/۷۸	۳/۶۰	۰/۶۱	داشتن قدرت در محیط کار
۰/۸۱	۳/۰۳	۰/۷۸	درک پول

به منظور محاسبه‌ی روایی هم‌گرایی مؤلفه‌ها از شاخص AVE که حداقل برابر با ۰/۴ است، استفاده شد که شاخص‌ها، روایی هم‌گرایی مناسبی دارند. بیش‌ترین مقدار را در بین متغیرهای پژوهش «متغیر چالش و تنوع فعالیت‌ها» داشته است که مقدار آن برابر ۰/۷۱ می‌باشد و نشان می‌دهد این متغیر بهتر از سایر متغیرها اندازه‌گیری شده است. کم‌ترین مقدار نیز مربوط به متغیر «سطح و ساختار پرداخت» بوده است که این مقدار برابر ۰/۴۲ می‌باشد. در سایر ستون‌های جدول نیز میانگین و انحراف معیار به دست آمده برای هر متغیر را نشان می‌دهد.

### ارزیابی تناسب مدل جامع پژوهش

جدول (۲) نشان می‌دهد که الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است، تمامی این شاخص‌ها حاکی از تناسب مدل با داده‌های مشاهده‌شده می‌باشد. شاخص‌های تناسب مدل، بیانگر مناسب بودن مدل اندازه‌گیری در تمامی ابعاد و مدل جامع می‌باشد؛ زیرا نسبت کای دو بر درجه‌ی آزادی کم‌تر از ۳، شاخص RMSEA کم‌تر از ۰/۰۹ و مابقی شاخص‌ها نیز قابل قبول هستند. به بیان دیگر، مدل و چارچوب کلی معنادار و قابل پذیرش است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	بُعد سازمانی	بُعد اجتماعی	بُعد مدیریتی	بُعد روان‌شناختی	بُعد کل مدل	حد مجاز
(کای دو بر درجه‌ی آزادی)	۱/۵۰۹	۱/۹۷	۲/۱۲	۱/۸۳۷	۲/۰۹	کم‌تر از ۳
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۳	بالاتر از ۰/۹
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۰۹۲	۰/۰۶۱	۰/۰۷۲	۰/۰۸۶	۰/۰۷۴	کم‌تر از ۰/۰۹
CFI (برازندگی تعدیل‌یافته)	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۶	کم‌تر از ۳
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۸۶	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۸
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۲	کم‌تر از ۰/۰۹
NNFI (برازندگی نرم‌نرم شده)	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹



## تفسیر مدل<sup>۱</sup> جامع پژوهش

### الف- نتایج تحلیل عاملی تأییدی مدل جامع پژوهش - مرتبه‌ی اول

براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که برای بُعد سازمانی تمامی معیارها وزن معناداری را به‌وجود آورده‌اند و در سطح اطمینان ۹۹ درصد توانسته‌اند بارعاملی معناداری داشته باشند. براساس ضریب به‌دست آمده، معیار خط مشی‌های سازمان بیش‌ترین سهم (۰/۶۰) را داشته است، امنیت شغلی (۰/۴۷)، امکانات و خدمات رفاهی (۰/۴۳)، شرایط کاری مناسب در بیمارستان با ۰/۴۱ و پرداخت حقوق و مزایا ۰/۳۸ در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند و سطح و ساختار پرداخت کم‌ترین سهم (۰/۳۰) را نیز در اندازه‌گیری بُعد سازمانی داشته است.

برای بُعد اجتماعی، مؤلفه‌ی ارتباطات اجتماعی در محیط کار (۰/۱۵) نتوانست سهم معناداری داشته باشد؛ بنابراین، از مدل پیشنهادی حذف می‌شود. سازگاری و تعادل مناسب بین شغل و جنبه‌های فردی (۰/۶۴) بالاترین رتبه را دارد. فضای کاری (۰/۶۱)، انسجام اجتماعی در محیط کار (۰/۵۶)، احترام در محیط کار (۰/۵۵) و شرایط بیمار (۰/۴۶) نیز در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

برای بُعد مدیریتی، تمامی مؤلفه‌ها به‌جز کیفیت مدیریت و سرپرستی (۰/۱۲) نتوانسته‌اند سهم معناداری داشته باشند و بنابراین مؤلفه‌ی کیفیت مدیریت و سرپرستی از مدل حذف می‌گردد. مؤلفه‌ی پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی بالاترین رتبه (۰/۶۸) را داشته است، بازخور متناسب با عملکرد با ۰/۶۴، امکان مشارکت در تصمیم‌گیری با ۰/۵۶ و برنامه‌های حمایتی مدیران با ۰/۴۸ در اندازه‌گیری بُعد مدیریتی در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند.

برای بُعد روان‌شناختی، معیارهای چالش و تنوع فعالیت‌ها (۰/۱۹) و شاخص درک پول (۰/۱۶) نتوانسته‌اند سهم معناداری داشته باشند و این دو مؤلفه لازم است از مدل جامع حذف شوند. مابقی مؤلفه‌ها معنادار شده‌اند. مؤلفه‌ی استقلال شغلی بالاترین رتبه (۰/۵۹) را داشته است و ویژگی‌های شغلی با ۰/۵۴، انتظارات و باورها با ۰/۴۳ و داشتن قدرت در محیط کار با ۰/۴۰ در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند.

جدول ۳. بارهای عاملی<sup>۱</sup> مرتبه‌ی اول

شاخص‌های ابعاد	سازمانی	اجتماعی	مدیریتی	روان‌شناختی
پرداخت حقوق و مزایا	۰/۳۸**			
سطح و ساختار پرداخت	۰/۳۰**			
امکانات و خدمات رفاهی	۰/۴۳**			
امنیت شغلی	۰/۴۷**			
خط‌مشی‌های سازمان	۰/۶۰**			
شرایط کاری مناسب در بیمارستان	۰/۴۱**			
ارتباطات اجتماعی		۰/۱۵		
انسجام اجتماعی در محیط کار		۰/۵۶**		
سازگاری و تعادل مناسب بین شغل و جنبه‌های فردی		۰/۶۴**		
فضای کاری		۰/۶۱**		
احترام در محیط کار		۰/۵۵**		
شرایط بیمار		۰/۴۶**		
پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی			۰/۶۸**	
بازخور متناسب با عملکرد			۰/۶۴**	
مشارکت در تصمیم‌گیری			۰/۵۶**	
برنامه‌های حمایتی مدیران			۰/۴۸**	
کیفیت مدیریت و سرپرستی			۰/۱۲	
ویژگی‌های شغلی				۰/۵۴**
استقلال شغلی				۰/۵۹**
چالش و تنوع فعالیت‌ها				۰/۱۹
انتظارات و باورها				۰/۴۳**
داشتن قدرت در محیط کار				۰/۴۰**
درک پول				۰/۱۶

\*\*معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد.

1. Loading Factors

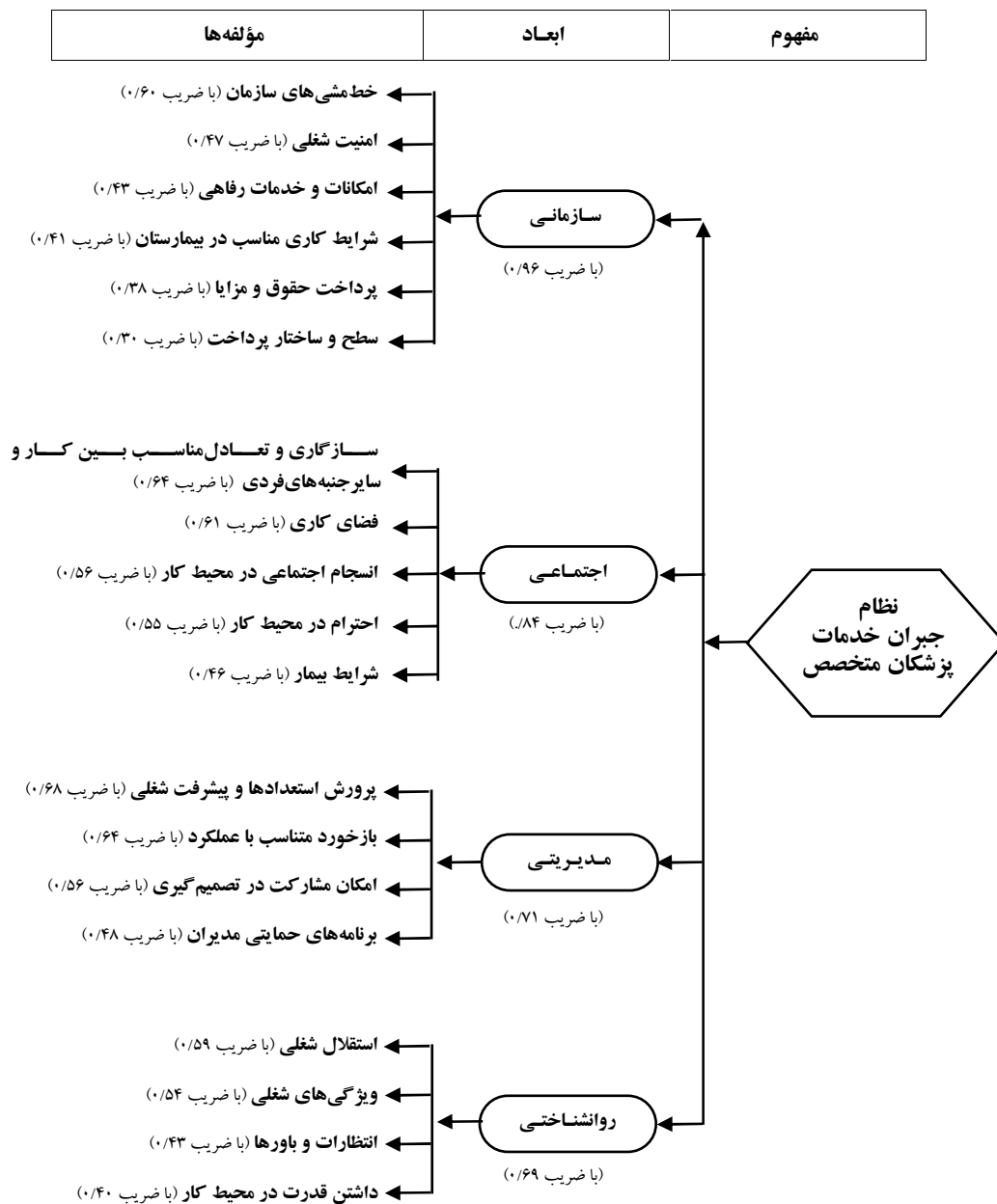
## ب- نتایج تحلیل عاملی تأییدی مدل جامع پژوهش - مرتبه‌ی دوم

جدول ۴. بارهای عاملی مرتبه‌ی دوم

بارعاملی	ابعاد
۰/۹۶**	سازمانی
۰/۸۴**	اجتماعی
۰/۷۱**	مدیریتی
۰/۶۹**	روان‌شناختی

\*\*معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد.

با توجه به نتایج تحلیلی عاملی مرتبه‌ی دوم، می‌توان گفت که هر چهار بُعد (سازمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، مدیریتی) وزن معناداری را به‌وجود آورده‌اند و در سطح اطمینان ۹۹ درصد توانسته‌اند بارعاملی معناداری داشته باشند. براساس ضریب به‌دست‌آمده، بُعد سازمانی (۰/۹۶) بیش‌ترین سهم را در ایجاد نظام جبران خدمات پزشکان متخصص داشته است. بُعد اجتماعی با ۰/۸۴ دومین سهم را داشته است. بُعد مدیریتی با ۰/۷۱ رتبه‌ی بعدی را داشته و کم‌ترین و آخرین رتبه را نیز بُعد روان‌شناختی (۰/۶۹) داشته است. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بُعد سازمانی، بیش‌ترین تأثیر را روی جبران خدمات پزشکان داشته و سایر عوامل در رتبه‌های بعدی قرار دارند؛ زیرا افراد در سازمان‌ها کار می‌کنند و خدمات ارایه می‌دهند و در مقابل، مطالبات لازم را از سازمان انتظار دارند و به همین دلیل، نقش سازمان در جبران خدمات مهم شناخته شده است. مدل نهایی تأییدشده که از طریق «فرایند تحلیل عاملی تأییدی» به‌دست‌آمده، در نمودار (۲) ارایه شده است.



نمودار ۲. مدل تحلیلی تأییدشده از طریق فرایند تحلیل عاملی تأییدی به همراه ضرایب

### یافته‌های مربوط به سؤال‌های پژوهش

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان به سؤال‌های این پژوهش پاسخ داد: در پاسخ به سؤال اول، چهار بُعد اصلی الگوی جبران خدمات پزشکان عبارتند از: بُعد سازمانی، بُعد روان‌شناختی، بُعد اجتماعی، بُعد مدیریتی. پاسخ سؤال دوم، براساس مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی، گزارش‌های علمی و جمع‌بندی نظرات نمونه‌ی آماری گروه نخبگان و پزشکان شاغل که در بیمارستان‌های دولتی شناسایی گردید تعداد ۴ بُعد و ۱۹ مؤلفه و ۷۵ شاخص مورد تأیید قرار گرفته است.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش، مبنی بر درجه‌ی اهمیت ابعاد و مؤلفه‌های نظام جبران خدمات پزشکان و نتایج تحلیلی عاملی مرتبه‌ی اول می‌توان گفت که کدام معیار در اندازه‌گیری ابعاد نظام جبران خدمات پزشکان سهم معناداری دارد و کدام معیار ندارد. هم‌چنین این معیارها را با توجه به ضریب بار عاملی می‌توان رتبه‌بندی نمود. در پژوهش حاضر، براساس ضریب تعیین  $R^2$  به‌دست آمده، مؤلفه‌ها بر اساس بیش‌ترین و کم‌ترین ضریب تعیین بر روی جبران خدمات پزشکان در نمودار (۲) نشان داده شده است:

جدول ۵. بیش‌ترین و کم‌ترین ضریب تعیین مؤلفه‌های مدل تحقیق

ابعاد	بیش‌ترین ضریب تعیین $R^2$	کم‌ترین ضریب تعیین $R^2$
سازمانی	مؤلفه: خط‌مشی‌های سازمان	مؤلفه: سطح و ساختار پرداخت
اجتماعی	مؤلفه: سازگاری و تعادل مناسب بین شغل و جنبه‌های فردی	مؤلفه: شرایط بیمار
مدیریتی	مؤلفه: پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی	مؤلفه: برنامه‌های حمایتی مدیران
روان‌شناختی	مؤلفه: استقلال شغلی	مؤلفه: داشتن قدرت در محیط کار

بُعد سازمانی عامل مهمی در کاهش یا افزایش جبران خدمات پزشکان به‌شمار می‌رود و این عامل می‌تواند تقویت‌کننده یا بازدارنده باشد. لذا، مدیران منابع انسانی باید به این مهم توجه داشته

باشند که آیا بایستی عامل مزبور را در سازمان تقویت کنند یا بازدارند.

نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که در درجه‌ی اول، چگونگی تعیین خط‌مشی‌های سازمان، بیش‌ترین تأثیر را روی جبران خدمات پزشکان دارد. در صورتی که سیاست‌های جبران خدمات در بخش دولتی با شرایط و مقتضیات روز و بخش خصوصی هم‌آهنگ نباشد (مانند تعرفه‌گذاری خدمات پزشکان) مشکلات جبران خدمات پزشکان حل‌نشده‌ی است. در این پژوهش، مؤلفه‌ی سطح و ساختار پرداخت آخرین رتبه‌ها را در بُعد سازمانی به خود اختصاص داده است؛ زیرا، پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی، از وضعیت حقوق دریافتی و شیوه‌های پرداخت نارضایتی داشته‌اند و معتقدند تا زمانی که سیاست‌گذاران تصمیمات و خط‌مشی‌های صحیحی را برای جبران خدمات اتخاذ نکنند، نارسایی‌های موجود برطرف نخواهد شد.

در بُعد اجتماعی، توجه به مؤلفه‌ی سازگاری و تعادل مناسب بین شغل و جنبه‌های فردی می‌تواند تعارضاتی را که پزشکان در زندگی خود با آن روبه‌رو هستند، را کاهش دهد. سیاست‌گذاران برای تصمیم‌گیری روی جبران خدمات در بخش دولتی، باید به این مؤلفه‌ی مهم توجه داشته باشند تا میزان استرس را برای پزشکان کمینه کنند که هم رضایت پزشکان و هم سلامت مراجعان را به همراه دارد. در جامعه‌ی کنونی کشور ما، توان مالی و دیگر شرایط بیماران برای جبران خدمات پزشکان مهم است؛ ولی تاکنون کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است.

در بُعد مدیریتی، مؤلفه‌ی «پرورش استعدادها و پیشرفت شغلی» به اهمیت پیشرفت شغلی در محیط کاری پزشکان توجه دارد و مسئولین نظام سلامت باید در جهت پرورش استعدادهای درخشان پزشکان به‌عنوان نیروهای کارآمد، تلاش نمایند. مدیران برای تصمیم‌گیری روی جبران خدمات پزشکان در بخش دولتی باید در جهت ارتقای علمی و پیشرفت آنان در مسیر شغلی شرایط لازم را فراهم نمایند. مؤلفه‌ی «برنامه‌های حمایتی مدیران» در رتبه‌ی آخر قرار داشته است؛ زیرا مدیران بیمارستان‌های دولتی زیر نظر قوانین و مقررات وزارت بهداشت قرار دارند و از اختیارات لازم برخوردار نیستند.

در بُعد روان‌شناختی، نتیجه‌ی به‌دست‌آمده، نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی «استقلال شغلی» بیش‌ترین تأثیر را روی جبران خدمات پزشکان دارد. پزشکان متخصص در انجام فعالیت‌های درمانی در بیمارستان‌های دولتی باید از آزادی و استقلال برخوردار باشند تا بتوانند خدمات

پزشکی مناسبی را ارایه دهند. مؤلفه‌ی «داشتن قدرت در محیط کار» رتبه‌ی آخر را دارد؛ زیرا مدیران به قدرت اعتبار و پرستیژ پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی توجه لازم را ندارند. در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش، مبنی بر این که «مدل نظام جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی، کدام است؟» به استناد یافته‌های پژوهش، نتایج و شمای کلی مدل به دست آمده، در نمودار (۲) ارایه شده است. مدل تأییدشده‌ی جبران خدمات پزشکان دارای ۴ بُعد و ۱۹ مؤلفه است. نتایج به دست آمده بدین شرح می‌باشد: عامل سازمانی با ۶ مؤلفه و ۲۹ متغیر، عامل اجتماعی با ۵ مؤلفه و ۱۷ متغیر، عامل مدیریتی با ۴ مؤلفه و ۱۴ متغیر و عامل روان‌شناختی با ۴ مؤلفه و ۱۵ متغیر.

هم‌چنین برخی مؤلفه‌های مدل حذف شده‌اند که عبارتند از: درک پول، ارتباطات اجتماعی در محیط کار، چالش‌ها و تنوع فعالیت‌ها و کیفیت مدیریت و سرپرستی.

### پیشنهادها بر اساس یافته‌های پژوهش

- با عنایت به تأثیر عوامل سازمانی بر جبران خدمات پزشکان و به‌علاوه با توجه به میزان ضریب تعیین، قوی‌ترین رابطه در الگوی مفهومی بین دو متغیر یادشده برقرار است، لازم به یادآوری است که دست‌اندرکاران نظام سلامت باید درخصوص تصمیم‌گیری جبران خدمات پزشکان در نظام سلامت، به نقش اصلی سازمان توجه خاصی داشته باشند.
- دست‌اندرکاران نظام سلامت درخصوص خط‌مشی‌های جبران خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی توجه ویژه‌ای مبذول نمایند.
- تعرفه‌گذاری خدمات پزشکان در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی یکسان باشد و تحت‌نظر یک کمیته‌ی واحد (متشکل از: نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی) تصمیم‌گیری شود. هم‌چنین پژوهش‌هایی درخصوص «حسابداری منابع انسانی» مربوط به چگونگی قیمت‌گذاری واقعی خدمات پزشکان انجام شود.
- سطح پرداخت حق‌الزحمه‌ی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی به‌صورت «هم‌آهنگ با بازار» انجام شود و ساختار پرداخت به پزشکان براساس «عملکرد» و «مهارت» آنان تنظیم گردد.
- انجام پژوهش‌های بیش‌تر در زمینه‌ی چگونگی تقویت انسجام اجتماعی در محیط کار در

بیمارستان‌های دولتی موردنیاز است.

- برای مشاغل ریاست و مدیران داخلی در بیمارستان‌های دولتی حتی‌الامکان از دانش‌آموختگان رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمان، مدیریت منابع انسانی یا مدیریت رفتار سازمانی استفاده شود.
- بیمارستان‌ها باید قبل از هر اقدامی به بررسی وضعیت پزشکان با استعداد و متخصص خود پردازد و سعی کنند که آن‌ها را حفظ و از توانایی‌های‌شان به‌نحو احسن بهره‌گیرند و در انتخاب درست تأمین‌کننده‌ی خدمات سلامت از نظر صلاحیت و عملکرد مطلوب، کوشش نمایند تا خدشه‌ای به سامانه‌ی درمان بیماران و تأمین سلامت آن‌ها پیش نیاید.
- نقش پشتیبانی مدیران بیمارستان‌های دولتی از پزشکان، سلامت مردم را تقویت می‌کند. بنابراین، لازم است مدیران، مشوق‌های مالی به پزشکان را در اولویت قرار دهند
- الگوی نهایی تبیین‌شده در این پژوهش، می‌تواند به‌عنوان یک راهنمای علمی و مستند برای مسؤولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی برای بهسازی سازمانی و راهنمایی برای ایجاد زمینه‌های رضایت‌مندی پزشکان با توجه به متغیرهای مورد بررسی مدنظر باشد.



## فهرست منابع

- اخوان بهبهانی، علی؛ طریقت، محمدحسین و حسن‌زاده، علی (۱۳۸۷). اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی. گزارش شماره ۷۵۷۶، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- پرداختچی، محمدحسن (۱۳۸۴). بررسی کیفیت زندگی کارکنان شرکت فولاد مبارکه. واحد تحقیقات شرکت فولاد مبارکه.
- جزئی، نسرین (۱۳۸۰). مدیریت منابع انسانی، تهران: نشر نی.
- رابینز، استیفن (۱۳۸۷). مدیریت رفتار سازمانی. ترجمه‌ی محمد اعرابی و علی پارسایان، تهران: انتشارات دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- روبرت، هسائو و برمن وریچ (۱۳۸۴). اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه‌ی احمدوند و همکاران، تهران: مؤسسه‌ی ابن سینای بزرگ.
- رونق، یوسف (۱۳۸۵). مدیریت حقوق و دستمزد. تهران: انتشارات فرمنش.
- سیدجوادین، سیدرضا (۱۳۸۷). مبانی مدیریت منابع انسانی. تهران: انتشارات دانشکده‌ی مدیریت دانشگاه تهران.
- شاکریان، عطا (۱۳۸۷). بررسی میزان رضایت شغلی کارکنان و اعضای هیأت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، مجله‌ی مدیریت صنعتی دانشکده‌ی علوم انسانی دانشگاه آزاد سنندج، ش ۴.
- قاسمی، محمد (۱۳۸۱). بررسی تأثیر کیفیت‌زندگی کاری بر بهره‌وری نیروی انسانی. وزارت کار و امور اجتماعی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- گریفین، مورهد (۱۳۸۷). رفتار سازمانی. ترجمه‌ی سیدمهدی الوانی و غلامرضا معمارزاده طهران، تهران: انتشارات مروارید.
- میرکمالی، محمد (۱۳۸۳). افزایش رضایت شغلی از طریق معنی‌داری‌سازی حرفه‌ی معلمی، فصلنامه‌ی مدیریت در آموزش و پرورش، ش ۳۷ تا ۴۰، تهران: بی‌نا.
- Baker, P. (2007). *The Relationship Between the Congruence of Physician Compensation Plan Components and Physician*, Ph.D Dissertation, Walden University.
- Baylor, T., Jessie, L. (2002). *Factors Influencing Physician Participation in Medicaid in the USA*. International Journal of Social Economics, Vol. 29, No. 9. pp. 753-762.
- Berger, R., Schmitt, O., Jankowitch, B. (1999). *Toward A European System of Social Reporting & Welfare Measurement*. European Commission Center For Survey Research & Methodology.

- Bloom, M., and Michel, J. (2002). **The Relationships Among Organization Context, pay, and Managerial Turnover**. *Academy of Management Journal, Special Issue*, 45: 33 -42.
- Carrell, M. R., & Kuzmits, F.E. (1988). **Personnel, Human Resource Management**. 2<sup>nd</sup> Edition, Merrill Publishing Company, p. 305.
- Dulebohn, J. H., Werling, S. E. (2007). **Compensation Research Past, Present and Future**. *Journal Human Resource Management*, 17: 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**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Heneman, H., and Judge, T. A. (2009). **Compensation Attitudes**. in Rynes, S. L. and Gerhart, B (Eds). *Compensation in Organizations: Current Research and Practice*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 61-103.
- Horton, F.T., & Hicks, D.L. (2006). **Productivity Based Compensation: Magic Bullet Vs Poison Pill**. *Group Practice Journal*, 36-39.
- McCal, L.B. (2004). **Marginalization Matters: Patients as Determinants of Physician Compensation**. Ph.D DisSertation, Vanderbilt University.
- Michael, C., Harris, M., & Park, S. (2008). **International Compensation**. *Handbook of Research in International Human Resource*.
- Milkovich, G. T. & Newman, J.M. (2002). **Compensation**. 7th ed. Mc Graw- Hill Irwin, Boston, MA.
- Pillary, R. (2008). **Work Satisfaction of Doctors in the South African Private Health Sector**. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, No. 3, pp: 254- 268.
- Pritchard, R., and Payne, S. C. (2003). **Performance Management Practices and Motivation Chapter 12. the New Workplace: A Guide to the Human Impact of Modern Working Practices**. Edited by David Holman, Toby D. Wall, Chris W. Clegg, Paul Sparrow and Ann Howard: John Wiley & Sons, Ltd.
- Robert, H.L. (2009). **The Impact of Changes in Payment Methods on the Supply of Physicians Services**.
- Rui, L. (2005). **Impact of Financial Incentives on Physician Productivity in Medical Groups**. Ph.D Dissertation: University of California.
- Rundell, A. G., Gomez-Mejia, L.R. (2002). **Power as a Determinant of Executive Compensation**. *Journal Human Resource Management Review*. Vol. 12 pp, 3-23.
- Rynes, S. L., Gerhart, B., Parks. L. (2005). **Personnel Psychology: Performance Evaluation and Pay for Performance**. *Review in Advance*. 56. pp: 571-600.
- Shieh, C. J. (2008). **Effect of Corporate Compensation Design on Organization Performance**. *Social Behavior and Personality*. Vol. 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 *Journal: Management Research News*, Vol. 31, No. 7.

- Tang, L. P., Luna-Arocas, T., Robert, O., Sutarso, T. & Shin-Hsiung, D. (2005). **Does the Love of Money Moderate and Mediate the Income-Pay Satisfaction Relationship?** Journal of Managerial Psychology Vol. 19, No. 2, pp. 111-135.
- World Health (2000). **Health Systems: Improving Performance.** Geneva, the World Health Report.