

راهکارهای اصلاحی ارتقاء عملکرد نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه ۱۳۹۴ (یک مطالعه کیفی)

محمدرضا توکلی^{۱*}، سعید کریمی^۲، مرضیه جوادی^۳، علیرضا جباری^۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۵

چکیده:

زمینه و هدف: در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان ها (کارانه) ابلاغ گردید و این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستانها اجرا شد. در اوایل مهر ۱۳۹۳ دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان طرح مبتنی بر عملکرد با هدف رفع نواقص طرح قبلی مورد بازبینی قرار گرفت و به اجرا درآمد. هدف اصلی پژوهش تعیین راهکارهای اصلاحی ارتقاء عملکرد نظارت و بهبود اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش ها: تحقیق حاضر به شیوه کیفی از نوع فنومنولوژی بود. از مصاحبه عمیق برای گردآوری داده ها استفاده شد. نمونه های مورد بررسی یازده نفر از مدیران میانی و ارشد و اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. روش تحلیل داده ها تحلیل محتوایی بود.

یافته ها: در این پژوهش، هشت تم اصلی و ده تم فرعی به دست آمد که هشت تم اصلی عبارت از سیاستگذاری صحیح، اصلاح سیستم مدیریت در نظام سلامت، بسترسازی فرهنگی در حمایت از نظارت، برنامه ریزی صحیح، ایجاد انگیزه در پزشکان، اصلاح زیرساختها، بهبود سیستم آموزش و اطلاع رسانی و ایجاد تعاملات سازنده مدیران ارشد و مسئولان مراکز بود.

نتیجه گیری: به منظور کارآمدتر بودن سیستم سلامت، بایستی نقاط ضعف دستورالعمل جدید طرح کارانه به خوبی بررسی شود و با برطرف کردن چنین نقاط ضعفی بتوان با اجرای طرح جدید باعث رضایت مندی بیشتر پزشکان و پرسنل رافراهم نمود. پیشنهاد می گردد برای بهتر اجرایی شدن طرح از راهکارهای اصلاحی موجود در این پژوهش استفاده شده و همچنین پایش مستمر و نظارت قویتر بر طرح ادامه پیدا کند تا طرح به اهداف اصلی خود که رضایت پرسنل و بیماران است برسد.

کلمات کلیدی: دستورالعمل طرح کارانه، مدیران ارشد، مدیران میانی، مطالعه کیفی، ارتقاء عملکرد، نظارت، طرح تحول سلامت

^۱ کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
(*نویسنده مسئول) آدرس الکترونیکی: [moslem6868@yahoo.com](mailto:muslim6868@yahoo.com); تلفن تماس: ۰۹۱۳۵۶۴۱۱۲۷

^۲ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه:

از بیمارستان می توان به عنوان یکی از پیچیده ترین سازمان ها نام برد. محلی که تقریباً اکثر افراد در آن به دنیا می آیند و در آن از دنیا می روند. کار در بیمارستان غالباً به صورت تیمی است. تیمی در نهایت ناهمگونی، افرادی با حداقل تحصیلات ممکن که در کنار عالی ترین سطوح تحصیلی در رشته های مختلف مشغول فعالیت اند. تنوع شغلی در محیط بیمارستان بسیار فراوان است. از برق و تاسیسات گرفته تا پلیس و انتظامات، از پزشک و پرستار تا حسابدار و کارپرداز، از کار در آزمایشگاه و داروخانه تا لنزری و استریلیزاسیون و از دریافت حداقل حقوق ها و درآمدها گرفته تا درآمدهای قابل توجه و مثال زدنی اما این نظام پیچیده، اقتصادی پیچیده تر دارد که در بیمارستان های دولتی خصوصاً پس از طرح خودگردانی بیمارستان ها بر پیچیدگی آن افزوده شد (۱).

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به عنوان یکی از مهمترین دغدغه های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته تا به گونه ای نظام مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند (۲). با توجه به اینکه در بیمارستانها نیز همانند سایر سازمان ها، انسان به عنوان محور اصلی سازمان نقش اساسی را ایفا میکند و کارکنان بر اساس قوانین و مقررات دولتی مشغول به کار می شوند، عدم کفایت حقوق و دستمزد یا ناعادلانه و ناکارآمد بودن سیستم پرداخت، باعث رواج مشکلاتی از قبیل: نارضایتی کارکنان، غیبت، ترک خدمت، اعتصاب و شکایت یا دیگر مشکلات سازمانی می گردد (۳). بنابراین هدف مدیریت در سازمان، جذب، نگهداری و بالنده سازی نیروی انسانی شایسته است که در این راه طراحی نظام پرداخت عادلانه یکی از مهمترین عوامل تحقق این هدف به شمار می رود (۴).

نظارت یکی از ابزارهای ارزشیابی محسوب می شود که طی آن عملکرد کارکنان مورد ارزیابی قرار می گیرد. در این زمینه، بر قضاوت ناظر در مورد ادراک توانایی های حرفه ای، روابط بین فردی و رضایت دریافت کنندگان خدمات تکیه می شود در حالی که بر حمایت کارکنان از جانب سازمان نیز تأکید دارد. استفاده مدیریت از این سبک نظارت می تواند به توسعه توانایی های رهبری، ارتباطات بین فردی و تکنیکی کارکنان منجر گردد. اهداف تکاملی نظارت شامل: رشد شخصی، راهنمایی شغلی، آموزش مداوم و مشاهده بالینی (در عرصه کار) می باشد. بنابراین، نظارت به عنوان راهی برای رشد و بهبود فعالیت های کارکنان و نیز عاملی برای تسهیل دستیابی به اهداف سازمانی است و یکی از فرایندهای مهم در سازمان ها محسوب می شود (۵).

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۱ در کشور سوئیس با عنوان کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران مبتلا به پنومونی اکتسابی از جامعه در بیمارستانهایی با نظام پرداخت DRG و بیمارستانهایی با نظام پرداخت کارانه صورت گرفت نشان داد که در بیمارستانهایی که از روش DRG استفاده می کنند، طول مدت اقامت بیماران در این بیمارستانها به طور قابل توجهی از بیمارستانهایی که از نظام پرداخت کارانه استفاده می کنند پائین تر بود. همچنین در این پژوهش هیچ تفاوت معناداری در فرآیند رضایت از ترخیص و کیفیت زندگی بیماران در بیمارستانهایی که از این دو روش پرداخت استفاده می کردند مشاهده نشد (۶).

رئیس و همکاران وی در تحقیقی با عنوان پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران به این نتیجه رسیدند که رضایت کلی کارکنان از روش پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد نشان داد که تنها ۴۴٪ درصد کارکنان از این روش پرداخت راضی بودند. ۲۱٪ درصد ناراضی و مابقی رضایتی در حد متوسط داشتند. کارکنان بیمارستان مورد مطالعه از اجرای طرح کارانه مبتنی بر عملکرد به شیوه جاری رضایتی بالاتر از متوسط داشته و اجرای این روش پرداخت توانسته است تا حدودی موجب رضایتمندی کارکنان گردد (۷).

در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان ها (کارانه) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان ها، و افزایش اختیارات بیمارستان ها برای اداره هر چه مطلوب تر امور اجرایی، توسط وزارت بهداشت وقت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید و به بیمارستان های دولتی اجازه داد از محل پرداخت های نقدی و بیمه ها، درآمدزایی نمایند. با وجود اینکه این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود (۳). مطابق این طرح درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می یابد و پس از کسر دیگر هزینه ها، الباقی مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می گیرد (۸). این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستانها اجرا شد.

در اوایل مهر ۱۳۹۳ دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان طرح مبتنی بر عملکرد با اصلاحات زیاد طرح قبلی و رفع نواقص طرح قبلی مورد بازبینی قرار گرفت و تا اواخر خرداد ماه ۱۳۹۴ در مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان و همه ی شهرهای کشور به صورت آزمایشی اجرا شد و از اوایل تیرماه ۱۳۹۴ به صورت قطعی به اجرا درآمد. این دستورالعمل، جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود که به شیوه فنومنولوژی انجام شد. روش گردآوری داده ها، مصاحبه عمیق با تنظیم سوالاتی در خصوص اهداف تحقیق بود. نمونه سوالات موردی از این قبیل بودند آیا جلسات و بازرسی های هیئت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه به صورت منظم برگزار می شود؟، آیا هیئت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه به درستی به وظایف خود عمل می کند؟، هیئت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه چه نقاط ضعف و قوتی دارد و چگونه ارزیابی می شود؟، راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقاء عملکرد، نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه کدام است؟، برای بهبود یافتن اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه چه مسائلی را باید در نظر گرفت؟.

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مدیران میانی و ارشد بیمارستانها و ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها و مسئولین بیمارستان های شهر اصفهان بودند که دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت و آشنا به طرح مبتنی بر عملکرد بودند که با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. بر این اساس ۱۱ مصاحبه حضوری انجام شد که یک نفر از آن ها از اعضای هیئت علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت بود. دو نفر از آن ها کارمند با سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت و هشت نفر بقیه از مدیران ارشد و میانی با سابقه طولانی مدت کار در سیستم سلامت و مدیریت نظام سلامت بودند. محل مصاحبه ها در دفتر مدیریت بیمارستانها، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اتاق اعضای هیئت علمی دانشکده ها بود.

زمان اجرای پژوهش در این مطالعه زمستان سال ۹۳ و بهار سال ۹۴ بود. در این مطالعه پس از تهیه یک راهنمای مصاحبه، تمامی مصاحبه ها انجام شد که در آن مصاحبه ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط شد. این کار به منظور بالابردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته ها انجام شد. طول زمان مصاحبه ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. برای تعیین روایی و اعتبار تحقیق در مطالعات کیفی همانند مطالعات کمی به ارزیابی و اندازه گیری داده ها پرداخته نمی شود. در مطالعات کمی اعتبار و روایی ابزار یا ابزارهای اندازه گیری مد نظر است اما در مطالعات کیفی معیارهایی مانند «مؤثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده ها مطرح است. بنابراین در مطالعات کیفی برای رسیدن به این امور تبحر محققین در ایجاد ارتباط با افراد مورد مطالعه،

بیمارستانها و اصلاحیه های بعدی آن بود. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل می باشد، با درآمدهای بخش محل فعالیت آنان در قالب یک تفاهم نامه بود. بر اساس این طرح، هیئت نظارت شامل دو قسمت اصلی هیئت نظارت عالی و هیئت نظارت مراکز (بیمارستان ها) می باشند. هیئت عالی نظارت دانشگاه از پنج نفر افراد که شامل رییس دانشگاه، دو نفر نماینده ی معاونت دارو و یک نفر معاونت آموزشی و پشتیبانی تشکیل می شود وظایف زیر را بر عهده دارند:

بررسی ضرورت های انجام اعمال جراحی، آسیب شناسی، تطبیق درمان با تشخیص، تطبیق علائم بیماری با تشخیص کامل بودن مدارک و گزارش پزشکان معالج در پرونده بیمار، نحوه درمان بیماران در درمانگاه و کلینیک های تخصصی و اورژانسی، دایر بودن کلینیک های تخصصی در ساعات مقرر و حضور متخصصین، رعایت حضور پزشکان عضو هیئت علمی در بیمارستان برابر ساعات کار موظف، شرکت پزشکان عضو هیئت علمی در فعالیت های آموزشی و دسته جمعی از قبیل راند صبحگاهی، کنفرانس هفتگی، گراندراند اتاق های عمل، آموزش دانشجویان انترن ها و رزیدنت و اجرای سایر ضوابط طرح برابر دستورالعمل مربوطه بر عهده دارد.

همچنین هیئت نظارت بیمارستان ها دارای سه عضو اصلی شامل رییس بیمارستان و دو نفر از نماینده ی پزشکان مختص می باشند که وظیفه تعیین درصد کارانه و نظارت بر روی متخصصین را دارا می باشند (۹).

تمام افراد یا سازمان هایی که اعتباراتی را برای بخش سلامت بسیج و تجهیز می کنند و به گردش درمی آورند (وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نهاد ها و سازمان های بیمه سلامت) باید تصمیم بگیرند که قرار است پرداخت به چه نهاد ها و یا افرادی صورت گیرد؟ این پول به چه دلیلی و چقدر باید پرداخت شود؟ پرداخت در قبال چه مستندات و با چه روش هایی باید انجام گیرد؟ نظارت چگونه باید انجام شود؟ و نظارت بر روی چه کسانی و چگونه انجام شود تا کمترین تخلف در بیمارستانها ایجاد شود؟ دستورالعمل های پرداخت چه نقاط ضعفی دارند؟ راهکارهای بهبود اجرایی شدن دستورالعمل های پرداخت کدام است؟ بر این اساس، این پژوهش با هدف مطرح نمودن روش پرداخت طرح مبتنی بر عملکرد به منظور یافتن راهکارهای اصلاحی ساختاری ارتقا کارانه با استفاده از تجربیات صاحب نظران می باشد تا نتایج آن را در اختیار مسئولان قرار دهد تا برای هر چه بهتر اجرا کردن این طرح اقدامات لازم را انجام دهند.

۱. دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت باشد.

۲. با مفهوم دستورالعمل جدید طرح کارانه در سیستم سلامت آشنایی کامل داشته باشد.

۳. تمایل به شرکت در مطالعه و انگیزه لازم برای مصاحبه و همکاری داشته باشد (۱۱).

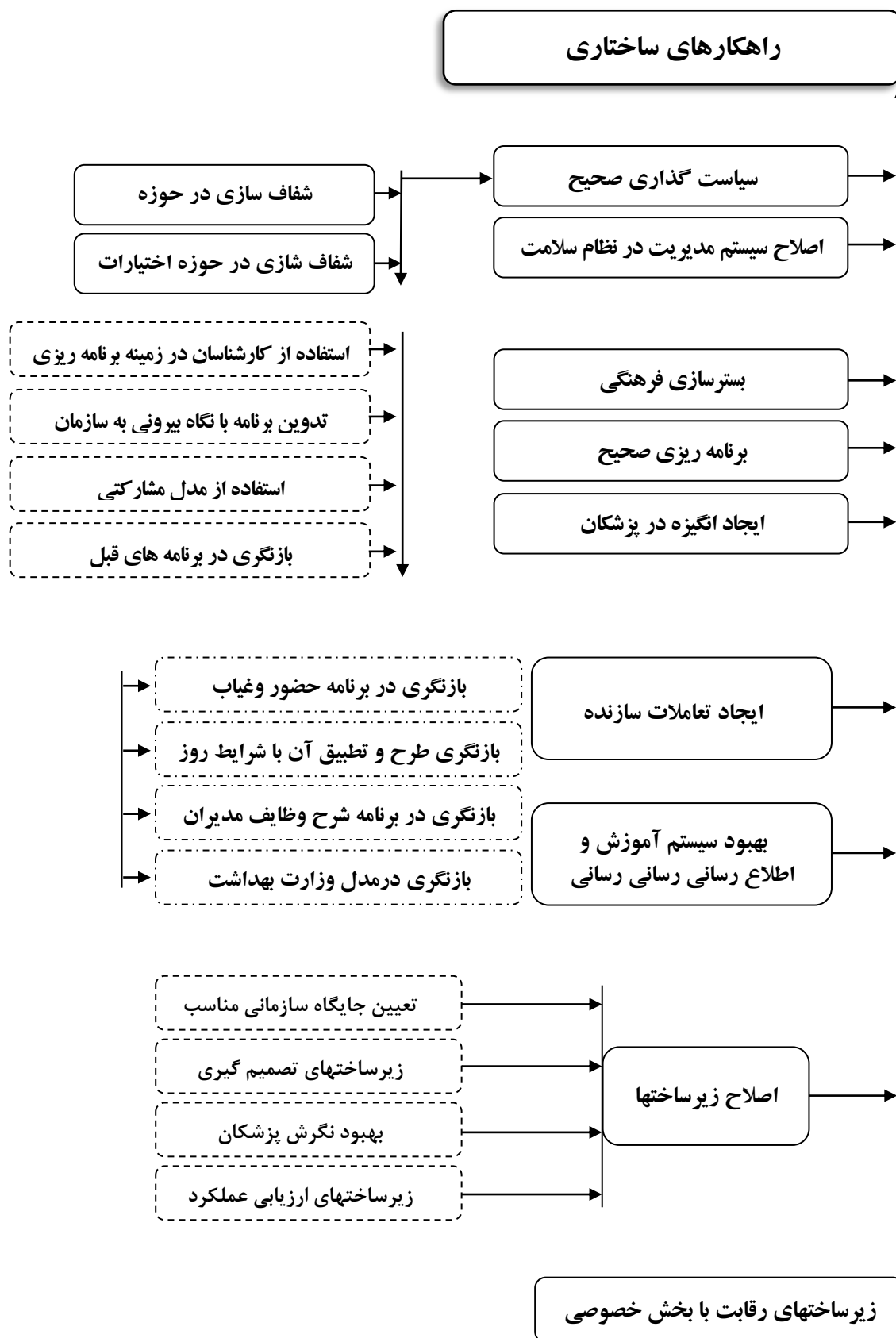
قانون نورنبرگ در سال ۱۹۴۷ استانداردهای اساسی را برای انجام پژوهش در موضوعات انسانی مشخص می کند. اولین و شاید مهمترین قسمت این قانون به این موضوع اشاره دارد که افراد مورد پژوهش باید کاملا داوطلبانه در پژوهش شرکت کنند و برای امر پژوهش رضایت داشته باشند. دوم اینکه تحقیق باید دارای فواید آشکار برای جامعه باشد و سوم اینکه تحقیق باید به گونه ای طراحی شود که کمترین ضرر بالقوه را داشته باشد. علاوه بر آن در انجام کار محققان دو موضوع وابستگی ویژه ای به هم دارند: الف. نگهداری و حفظ مواد محرمانه، ب. کسب اجازه و رضایت برای اطلاع رسانی (۱۲). موارد ذکر شده در قانون فوق به این ترتیب رعایت گردید: در آغاز هر مصاحبه توضیحاتی در مورد موضوع و هدف پژوهش به مصاحبه شونده‌گان داده شد و به اطلاع آن ها رسانده شد که برای رعایت سهولت پیاده سازی، مصاحبه ضبط شد. به مصاحبه شونده‌گان اطمینان داده شد که نامی از آن ها برده نمی شود و شواهدی که بتوان از آن طریق آنان را شناخت حذف خواهد شد و به صورت کلی بیان می گردد. به منظور رعایت این امر، در حین پیاده سازی متن مصاحبه ها تمامی اسامی به کد تغییر داده شد و در طول بحث و نتیجه گیری نیز با همان کدها تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

در این پژوهش، هشت تم اصلی راهکارهای اصلاحی ارتقا عملکرد نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه به دست آمد که عبارتند از: سیاست گذاری صحیح، اصلاح سیستم مدیریت در نظام سلامت، بستر سازی فرهنگی در حمایت از بحث نظارت، برنامه ریزی صحیح، ایجاد انگیزه در پزشکان، اصلاح زیرساختها، بهبود سیستم آموزش و اطلاع رسانی و ایجاد تعاملات سازنده ایجاد تعاملات سازنده مدیران ارشد و مسئولان مراکز. مشارکت کنندگان نظرات و پیشنهادات خود را نسبت به ارتقا عملکرد نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه با توجه به بازخوردهای به وجود آمده از طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها و نظام پرداخت کارانه در زمینه های مختلف مطرح نمودند. (جدول شماره ۱)

توانایی محقق در انجام مصاحبه، فراهم نمودن اطمینان لازم جهت اخذ داده های واقعی از مصاحبه شونده‌گان می تواند در درستی و اعتبار داده ها موثر باشد. علاوه بر آن مصاحبه مجدد با عامل یا مصاحبه شونده‌گان پیرامون داده های اخذ شده نیز در رسیدن به اعتبار و درستی اطلاعات موثر است. در این مطالعه هم برای کسب اعتبار تبصر محقق نیز، با استفاده از راهنمایی ها، تجربه و کمک اساتید راهنما و مشاور، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس نخستین مصاحبه ها توسط اساتید راهنما و مشاور مورد بررسی و تجزیه و تحلیل از نظر درستی انجام کار، قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم محقق دست به شروع مصاحبه زد. برای بالابردن قابلیت اطمینان یافته ها پس از استخراج، به برخی از مشارکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید (۱۰).

روش تحلیل داده ها در این پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی نوعی تحلیل محتوای داده هاست که طبقه بندی بر اساس موضوعات انجام می شود. مراحل تجزیه و تحلیل داده ها به صورت هفت مرحله و شامل استخراج و پیاده شدن داده ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آنها در کامپیوتر، غوطه ور شدن در داده ها، کد گذاری، ثبت علائم بازتابی، ثبت علائم حاشیه ای، اختصار سازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه ها رونویسی و سپس تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد به طوری که پژوهشگران در داده ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف های مرتبط با معنای اصلی شکسته شدند. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه ها، مقوله های فرعی از یکدیگر مجزا گردید و سپس آنها در هم ادغام شدند و تقلیل گرای صورت گرفت و نهایتا موضوعات اصلی مشخص شد. مرحله چهارم و پنجم ثبت علائم بازتابی و حاشیه ای، در واقع ثبت یادداشت ها از اندیشه ها و دیدگاه هایی است که در ذهن محقق به وجود می آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. در مرحله ششم کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. در نهایت داده ها در طبقه بندی های اصلی که کلی تر و مفهومی تر هستند، قرار گرفتند و سپس تم ها انتزاع و پیشنهادات ارایه شدند. افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفتند دارای ویژگی هایی به شرح زیر بودند:



جدول شماره ۱: راهکارهای اصلاحی ارتقاء عملکرد، نظارت و بهبود زیر ساخت های اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه از دیدگاه مدیران بیمارستانها و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سیاست گذاری صحیح

مشارکت کنندگان نظرات خود را در زمینه سیاست گذاری صحیح در دو بعد "شفاف سازی در حوزه تدوین دستورالعمل ها" و "شفاف سازی در حوزه اختیارات مدیران" را مطرح نمودند.

شفاف سازی در حوزه دستورالعمل ها

یکی از مشارکت کنندگان به مستند و قابل اتکا بودن دستورالعمل ها جهت پاسخگویی به اعتراضات اشاره نمود. و مطرح کرد که مستندات مکتوب قدرت بالاتری در اعمال نظارت بر پزشکان خواهد داشت. "هیئت نظارت آگه که مستند باشد به یه سری اسناد بالا دستی خب قوت و قدرتش بیشتره یعنی وقتی یکی میاد اعتراض می کنه میگه به استناد این دستورالعمل این کار رو کردیمو آگه مستندات مکتوب و قوی باشد این هم باعث میشه که جوابگویی بیشتر باشه چون ما به هر حال با یه عده از پزشک و پرسنل طرفیم که کارانه رو حق و حقوق خودشون میدونن" (مصاحبه شونده ۱).

مشارکت کننده همچنین بر الزام تشکیل هیئت نظارت و دستورالعمل جدید و انتقال مسئولیت به صورت شفاف تاکید داشت. "لازمه که آگه دستورالعمل جدید یا هیئت نظارتی شکل بگیره، خیلی شسته و رفته داشته باشه که آقا از فلان روز این اولین جلسه هیئت نظارت به این دلائل منتقل شد به معاونت پشتیبانی از امروز همه اونها لغو و از امروز ۱۳۹۴ این ایتم ها و بعد اولین جلسه، دومین جلسه، سومین جلسه به ترتیب این پکیج رو به صورت یه فایل می تونند توی سایت قرار بدن که هر کسی خواست بتونه استفاده کنه" (مصاحبه شونده ۱). یکی از مشارکت کنندگان نیز مطرح نمود که با اجرایی کردن ضوابط محکم و منسجم به نظارت نیازی نیست. "بله اگر ضوابطی باشد که مجبور باشه پزشکان رعایت بکنن دیگه نظارت هم نمیخواد" (مصاحبه شونده ۶). یکی از مشارکت کنندگان نیز بر تعیین استراتژیهای نظارتی مناسب در وزارتخانه و دانشگاه تاکید داشت. "آیا در استراتژیهای وزارتخانه رئیس دانشگاه، رئیس دانشکده ها همچین کنترلی، همچین نظارتی هست یا نه که باید بیارند و از روسای بیمارستانها بخواند" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان نیز مهندسی مجدد دستورالعملها و دیده شدن منافع بیمارستان و سایر پرسنل علاوه بر پزشک را مطرح نمود. "اینکه خود دستورالعمل باید مهندسی مجدد بشه همیشه به صرف اینکه پزشک زحمت می کشه فقط، ولی منافع بیمارستان هم باید در نظر گرفته بشه و منافع پرسنل هم باید در نظر گرفته بشه. همه با هم دیده بشه" (مصاحبه شونده ۱۰).

شفاف سازی در حوزه اختیارات

یکی از مشارکت کنندگان بر لزوم شفاف سازی حوزه اختیارات و مسئولیت های روسای بیمارستانها و پاسخگویی به

رده های بالا بر اساس شاخص های تعیین شده تاکید داشت. "برای این که شما بتونی یه برنامه منسجم رو بچینی این که میگم حوزه اختیارات باید مشخص بشه. ما در مورد متخصصین کارگزینی شون توی دانشکده پزشکی هستش، ارتقاشون رو توی گروهها با یه ایتمهایی میگیرن، ولی پاسخگویی و دادگاهش و نظام پزشکی با ماست! پس ما نیاز داریم که یک: حوزه اختیارات و مسئولیت های رئیس بیمارستان خیلی شفاف تر از این بشود. دو: روسای بیمارستانها طبق یه شاخص هایی پاسخگو باشند به بالا دسیشون" (مصاحبه شونده ۵).

اصلاح زیرساختها

مشارکت کنندگان در زمینه اصلاح زیرساختها به "تعیین جایگاه سازمانی مناسب"، "اصلاح زیرساختها در زمینه تصمیم گیری"، "اصلاح زیرساختهای ارزیابی و پایش عملکردها"، "اصلاح زیرساختها در زمینه رقابت با بخش خصوصی"، "بهبود نگرش پزشکان در حمایت از بحث نظارت" اشاره نمودند. مشارکت کنندگان عنوان کردند: "زیرساختهاش نیاز هست به یه دبیرخانه منسجم که در تشکیلات دانشگاه پیش بینی بشه" (مصاحبه شونده ۲). یکی از مشارکت کنندگان به پایبندی هیئت نظارت نسبت به اهداف اشاره داشت و اظهار داشت که هیئت نظارت باید از لحاظ تصمیم سازی در حوزه کلان بازنگری شود.

"هیئت نظارت خوب، هیئت نظارتی که به اهدافی که براش تعیین کردند پایبند باشه و اقدام کنه. منتها آیا اهدافی که برای هیئت نظارت تدوین شده اهداف خوبی هست یا نه؟ آیا نظام ارزشیابی که تعیین کردند خوبه یا نه؟ آیا این شرح و وظایف و این اعضا با هم هماهنگی دارند یا نه؟ آیا این آدمها به اهداف پیش بینی شده رسیدند یا نه؟ به نظر من هیئت نظارت هم از نظر زیرساخت تصمیم سازی در سطح کلان دانشگاه و وزارتخانه هم در افراد، هم در شرح وظایف، هم در شاخص ها به قولی نیاز به بازبین داره." (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان اعتقاد داشت که ارزیابی هیئت علمی و پزشکان نیاز به اصلاح زیرساختها و به کارگیری افراد هوشمند و نه ارزیابی شعار گونه دارد. "ما هر موقع بخواهیم یه هیئت علمی رو ارزیابی کنیم، نباید شعار گونه بگیریم پس کی ارزیابیش کنه، اینطوری نیست که اونها قابل ارزیابی نباشن. کنترلشون سخته یعنی زیرساخت ها و آدمهای هوشمندی میخواد که بتونه این ها رو ارزیابی کنه. حالا چرا باید این آدمها هوشمند باشند؟ چون شما نهایتا از ارزیابی به دنبال چی می گردین؟ به دنبال ارتقا هستیم دیگه. ارزیابی خاصیتش اینه که من دنبال هدفیم توی سازمان که مثلا پزشکان متخصصم با کیفیت بالا به مردم خدمات بدن. ایمنی بیمار من درست رعایت بشه و خطای پزشکی کاهش پیدا کنه

باید بیایی به سری مدیران حرفه ای در سطح بیمارستانها و در سطح دانشگاه و وزارتخانه داشته باشی که اینها برنامه پزشکها رو با مشارکت خودشون تدوین کنن" (مصاحبه شونده ۵). پس در واقع ما باید پیام قوانین حاکم بر در واقع حضور و غیاب هیئت علمی را، با حضور خود روسای بخش ها، مدیران گروه ها، رئیس دانشکده، بقیه مدیران دانشگاه این رو تصمیم سازی کنیم و به یه منطقی برسیم که قانونمون زیبا نوشته شود و بعد اون قانون رو بدیم رئیس بیمارستان اجراش کنه" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان بررسی مجدد شرح وظایف مدیران در ستادهای کشوری و استانی را مطرح نمود. "یعنی باید ستادهای کشوری، ستادهای استانی، بیاد یه بار دیگه شرح وظایف خودش رو بررسی کنن و بدونن که اونها تا کجای کار رو می خوانند مداخله کنن. ما در همین بحث قانون مدیریت خدمات کشوری وقتی می خواند ابلاغ یک رئیس یا یک مدیری رو بزنن، رئیس دانشگاه باید باهاش توافق نامه امضا کنه که بگه من چه انتظاراتی از شما دارم، این محدوده اختیاراتت هستش، این محدوده مسئولیتها و این متاسفانه انجام نمی شود" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان نیز به جداسازی آموزش از درمان در بیمارستانهای آموزشی و درمانی اذعان داشت. "بیمارستانها کار آموزش خودشون رو بکنن. بیمارستانهای درمانی هم کار درمانی بکنند" (مصاحبه شونده ۹). یکی از مشارکت کنندگان موضوع بازنگری در طرح و تطبیق آن با شرایط روز و مسائل جدید از جمله توریسم درمانی، طرح تحول سلامت و ... را مطرح نمود. "یکی دیگه اصلا اینکه خود طرح باید بازنگری بشه چون خیلی از مسائل به روز نباشه. خیلی چیزها شاید در شروع انگیزه بالایی ایجاد کرد ولی شاید الان جوابگو نباشه. خیلی از مسائل رو میشه با شرایط فعلی دید مثل بحث توریسم درمانی، بحث بیمه های تکمیلی، بخش خصوصی، بحث طرح تحول نظام سلامت" (مصاحبه شونده ۱۰). یکی از مشارکت کنندگان از نگاه فراتر داشتن به طرح و برنامه ها سخن گفت. "ما یه موقع داریم درون یه برنامه کاوش میکنیم و درون یه فرایند کاوش میکنیم یه موقعی شاید نیاز باشه یه نفر از بیرون نگاه کنه یعنی در واقع تحول ساختاری نیاز داشته باشه. ببین یکی از دوستانم تعریف میکرد برای من خاطره خیلی قشنگیه می گفت که یکی از دوستان رو ابلاغ زدن توی یه شهری بعد ما بهش زنگ زدیم که داری چیکار میکنی با این مسئولیت جدید. گفت من دارم فکر میکنم که این شهر نیاز به این سازمان داره یا نه؟! اون میخندید ولی من بعد فهمیدیم که چقدر آدم هوشمندی بوده گاهی اوقات ما لازمه که طرحهامون رو کلیتش رو از بیرون نگاه کنیم. اصلا واقعا وزارت بهداشت کار درستیه که داره کارانه میده، یه مدل نگاه اینه. اصلا ساختار بیمارستان رو میشه جابه جا کرد و یه مدل دیگه طراحی کرد؟" (مصاحبه شونده ۵).

یا رضایتمندی ارباب رجوع توی درمانگاه بره بالا" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان بر ایجاد زیرساختهای مستدل و مطمئن برای جلب اعتماد و همکاری متخصصین اشاره داشت. "خب اول من باید یه زیرساختی داشته باشم که آقای متخصص من تو رو با این زیر ساخت ارزیابی میکنم که فردا اولاً بتونم بهش اثبات کنم. اگه نتونم و فردا هزار و یه دلیل مخدوش کننده بیاره که آقا آمارت غلطه. ثانیا اگر تونستم این ارزیابی رو بهش اثبات کنم باید بهش بگم با اطمینان بالا اگه تو این تغییر رو کردی من به هدفم رسیدم. فرض کن مثلا ما بگیم توی درمانگاه، پزشکهامون باید این شکلی مریض ویزیت کنند، آیا رضایت مندی میره بالا یا نه؟" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان لزوم یکسان سازی ضوابط و مقررات بخش خصوصی با دولتی را مطرح نمود. "پزشکان ما زمانی اگه بدونن که بخش دولتی رو رها کرد و رفت توی بخش خصوصی با کار کمتر درآمد بیشتر نصیبش شدف این رو بدونید که حتی پزشکهای هم که خیلی متدین هستن انگیزه ای برای موندن توی بخش دولتی رو ندارن. من حرفم اینه که اگه ضوابطی برای بخش دولتی قائل شدیم باید برای بخش خصوصی هم قائل بشیم" (مصاحبه شونده ۶)

برنامه ریزی صحیح

مشارکت کنندگان نظرات خود را در زمینه انجام برنامه ریزی صحیح در ابعاد مختلف از جمله "استفاده از کارشناسان در زمینه برنامه ریزی"، "بازنگری در برنامه"، "استفاده از مدل مشارکتی در تدوین برنامه" و "تدوین برنامه با نگاه وسیع تر و بیرونی به سازمان" مطرح نمودند. یکی از مشارکت کنندگان به نیاز به افراد حرفه ای به منظور درک خوب از پزشکان و تدوین برنامه های کارآمد اشاره کرد (مصاحبه شونده ۵). ما به خاطر پیچیده بودن مسائل نیاز به آدمهای خیلی حرفه ای داریم که جنس پزشکی رو خوب درک کرده باشند و بتونند برای کشور برنامه بدن" (مصاحبه شونده ۵). یکی از مشارکت کنندگان به استفاده از مدل مشارکتی و تدوین برنامه مشارکتی توسط مدیران حرفه ای برای جلب مشارکت پزشکان اذعان داشت. "سازمانها قدرت ندارند هر کاری دلشون خواست بکنند، راه چیه؟ مدلت چیه؟ مدلت مشارکتی هستش! ما توی سازمان ها نمیدونم اون نمودار رو میدونید که کارمندها به چند دسته تقسیم می شوند؟ کارمندهایی که نه توانایی دارند نه می دانند و نه میخواهند کار کنند. یکسری کارمندان توانایی دارند ولی نمیدونن. یکسری بر عکس در واقع توانایی ندارند ولی میخوان و دسته آخر که هم دانش دارند و هم می توانند. پزشکها اگه یه روزی نخواهند با طرح ما همکاری کنند میاند توی رده سوم یعنی آدمهایی که دانش و مهارت دارند ولی نمیخواهند با برنامه های ما همراه بشند. اینجا توصیه به برنامه ریزی مشارکتی هستش یعنی شما

بهبود سیستم آموزش و اطلاع رسانی

یکی از مشارکت کنندگان، گذراندن آموزش های لازم و آشنا شدن با معیارها و آیتم های کارانه چه نرم افزاری و چه سخت افزاری و نیز گذاشتن کلاسهای توجیهی را مطرح نمود. "هیئت نظارتی که بیمارستان باید داشته باشد که باید به هیئت نظارتی باشد که اولاً اون ترکیب باید به سری آموزش های لازم رو ببینند یعنی دقیقاً با اون معیارها و آیتمهای کارانه چه نرم افزاری و چه سخت افزاری آشنا بشند. کلاسهای توجیهی براشون گذاشته بشه وقتی دقیقاً اونها مطلع بودن" (مصاحبه شونده ۱). مشارکت کننده دیگری از اطلاع رسانی آیتمها به پزشکان سخن گفت. "هم اطلاع رسانی آیتمها به پزشکان صورت بگیرد. هیئت نظارت به سری آموزش های لازم براشون گذاشته بشه، به علاوه اینکه طرفها یعنی کارانه بگیرها. اونها هم آموزش ببینند. این ها رو خود بیمارستان میتونه آموزش بده" (مصاحبه شونده ۱).

ایجاد تعاملات سازنده مدیران ارشد و مسئولان مراکز

استماع گزارشات و استفاده از نقطه نظرات هیئت نظارت، همفکری با مدیریت بیمارستان در پاسخگویی به شکایات پزشکان از موضوعاتی بود که یکی از مشارکت کنندگان مطرح نمود. "اونها گزارش رو استماع کنند و بعد نقطه نظرات هیئت نظارت رو بشنون. خود هیئت نظارت که نمیشینه کارانه ها رو تعیین کنه مثلاً درصدهاش رو بنویسه، بالاخره به عاملی این کار رو می کنه. اون عامل حالا یا توسط امور مالی یا مدیر بیمارستان باید بیاد توضیح داده بشه. اونها هم نقطه نظراتشون رو بگند و بعد با نظارتی که بر عملکرد امور مالی و مدیریت بیمارستان دارند بتونند جوابگوی پزشکان باشند که اگه به پزشک اومد شکایت کرد که چرا این درصد به من داده شده این هیئت بتونه جوابگو باشه، بگه که به این دلیل و این دلیل شما قراره که این میزان از کارانه رو بگیرین" (مصاحبه شونده ۱).

ارتقا سیستم های مدیریت اطلاعات

یکی از مشارکت کنندگان تهیه نرم افزار (برنامه HIS) قوی با آیتم های مشخص برای کاهش اشتباهات انسانی را مطرح نمود. "اگر به برنامه نرم افزاری HIS خوب وجود داشته باشه و بتونه حضور و غیاب، مستند سازی، تکریم ارباب رجوع، احترام به بیمار، این ها رو بشد حالا به صورت دوره ای سه ماهه وارد نرم افزار کرد، اعداد کارکردی پزشکها رو هم بخونه این سیستم و خودش بتونه این رو محاسبه کند از اشتباهات انسانی کاسته میشه" (مصاحبه شونده ۱).

بستر سازی فرهنگی در حمایت از بحث نظارت

یکی از مشارکت کنندگان اولویت دادن منافع اجتماعی به جای منافع شخصی و گروه خاص و فرهنگ سازی آن برای

رشد و ارتقا در همه رشته ها را مطرح نمودند. "اگه این رو تونستیم جا بندازیم برای مردم ایران، برای همه رشته ها برای همه آدمها اونوقت رشد هست. در جایی که منفعت شخصی مطرحه هزینه های بی مورد زیاد میشه" (مصاحبه شونده ۹). یکی از مشارکت کنندگان هم آموزش در جهت اجرای قوانین خوب در کشور را مطرح نمود که نیاز به فرهنگ سازی دارد. "در کشور ما قانونهای خیلی خوبی هست ولی خوب اجرا نمیشه. به نظر من یا باید آموزش داده بشه و یا فکر جدیدی بشه" (مصاحبه شونده ۱۰).

اصلاح سیستم مدیریتی در نظام سلامت

یکی از مشارکت کنندگان بر استفاده از کارشناسان و دانش آموختگان مدیریت در بیمارستانها اشاره داشت. "من خب با توجه به شناختی که از بیمارستان دارم و ستاد، من به نظرم جای مدیران تحصیلکرده رشته مدیریت خدمات درمانی خالیه در بیمارستانها که این افراد باید در بیمارستان ها حضور داشته باشند" (مصاحبه شونده ۱۰).

ایجاد انگیزه در پزشکان

یکی از مشارکت کنندگان اجرای قوانین محکم را برای ایجاد انگیزه برای پزشکان مطرح نمود. "این که میگم زیر ساخت ها درست بشه که تا زمانی میشه قوانین رو سفت و سخت اجرا کرد که بودن توی بیمارستان دولتی برای پزشک انگیزه ای داشته باشه" (مصاحبه شونده ۶۰).

بحث و نتیجه گیری:

در پژوهش حاضر، هشت راهکار اصلاحی ساختاری ارتقا عملکرد نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه به دست آمد که شامل «سیاست گذاری صحیح، اصلاح سیستم مدیریت در نظام سلامت، بستر سازی فرهنگی در حمایت از بحث نظارت، برنامه ریزی صحیح، ایجاد انگیزه در پزشکان، اصلاح زیرساختها، بهبود سیستم آموزش و اطلاع رسانی و ایجاد تعاملات سازنده مدیران ارشد و مسئولان مراکز» بود. فلسفه اصلی به کارگیری طرحهای تشویقی مادی به عنوان یک محرک و انگیزه این است که این گونه طرح ها ارتباط مستقیمی بین کارکرد و میزان پاداش دریافتی به وجود می آورد. درآمد پولی مهمترین روابط کارمندی کارفرماست. پیش نیاز روابط سالم آن است که کارمند اولاً مقدار معینی درآمد داشته باشد که برای نگهداری خود و خانواده اش کفایت نماید. ثانیاً، به طور کلی خود در مقایسه با اشخاص دیگر که همین کار را انجام می دهند نسبت به درآمد خود احساس رضایت و خشنودی نماید (۱۳). یافته های پژوهش نشان می دهد که در زمینه نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه دارای راهکارهای اصلاحی می باشد. یکی از این راهکارهای

همچنین یافته‌های پژوهش در زمینه بسترسازی فرهنگی در حمایت از بحث نظارت، برنامه ریزی صحیح، ایجاد انگیزه در پزشکان، اصلاح زیرساختها و و اصلاح سیستم مدیریت در نظام سلامت نشان را نشان می‌دهد. رجبی و همکاران در گزارش نهایی خود با عنوان تحلیل چالش‌ها و روندهای موثر بر نظام سلامت به این نتیجه رسیدند که چالش‌های حال حاضر نظام سلامت در کنار فرصت‌ها و تهدیدهای آینده که در اثر روندهای پیش روی نظام سلامت رخ خواهند داد؛ توجه به موارد زیر را برای برنامه ریزان و تصمیم گیران نظام سلامت در هر برنامه تحولی و اصلاحی ضروری می‌سازد ۱. تقویت نقش نظارت نظام مند وزارت بهداشت بر ارایه خدمات بخش دولتی و غیر دولتی در سطوح مختلف. ۲. ارتقای سواد سلامتی در جامعه به توانمندی جامعه، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، ارتقای سلامت جامعه. ۲. فناوری اطلاعات و ارتباطات در پزشکی به درستی مدیریت گردد تا فرصت‌های متصور از این فناوری در کارکردهای مختلف نظام سلامت محقق گردد (۱۷). همچنین فرزانه و همکاران در تحقیقی با عنوان چالش‌های نظارت بر ارایه خدمات بهداشتی و درمانی از نظر بیمه گر به این نتیجه رسیدند که نظام سلامت نیازمند توجه به جنبه‌های نظارتی است. به اتفاق نظارت، توجه به فرصت‌ها و تهدیدهای تکنولوژیکی و اقتصادی و ارزشی در سیاستگذاریها برای نظارت ارایه دهندگان خدمات یکی از استراتژیهای ضروری برای بخش بهداشت و درمان است. معیارهایی مانند پیاده سازی الکترونیکی خدمات بهداشتی و استانداردسازی خدمات با استفاده از تعریف دستورالعمل‌های درمان، تعرفه مناسب و رتبه بندی مراکز می‌توانند به عنوان استراتژی‌های کارآمد برای سازمان‌های بیمه در نظارت بر ارایه خدمات بهداشتی و درمانی نظر گرفته شوند (۱۸) برخی از یافته‌های این مطالعه با پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

به منظور عدالت بخشی در پرداخت‌ها باید برای پرداخت نظامی طراحی گردد که بتواند مشکلات نظام پرداخت فعلی را مرتفع نماید که استقرار نظام طرح مبتنی بر عملکرد می‌تواند بعنوان مکانیزمی جهت تحقق بخشیدن به این هدف و مبنایی برای اصلاح نظام پرداخت‌ها باشد زیرا رابطه بین پرداخت و عملکرد هنگامی اثربخش تر است که بر پایه آن، جنبه‌های عملکردی که تحت کنترل و تاثیر مستقیم کارمند است بنا شود. برای درست اجرا شدن این طرح و هیئت نظارت این طرح آیم‌هایی نظیر سیاست گذاری صحیح، برنامه ریزی صحیح، اصلاح زیرساختها، بهبود و ارتقا سیستم‌های نظارتی، استقرار سیستم آموزش و اطلاع رسانی، ارتقا سیستم مدیریت اطلاعات، بسترسازی فرهنگی، بهبود سیستم مدیریت در نظام سلامت، ایجاد تعاملات سازنده مدیران ارشد با مسئولین مراکز و ایجاد

اصلاحی بهبود سیستم آموزش و اطلاع رسانی و ارتقا سیستم‌های مدیریت اطلاعات بود. استماع گزارشات و استفاده از نقطه نظرات هیئت نظارت، همفکری با مدیریت بیمارستان در پاسخگویی به شکایات پزشکان، همچنین گذراندن آموزش‌های لازم و آشنا شدن با معیارها و آیم‌های کارانه چه نرم افزاری و چه سخت افزاری و نیز گذاشتن کلاسهای توجیهی و تهیه نرم افزار (برنامه HIS) قوی با آیم‌های مشخص برای کاهش اشتباهات انسانی از راهکارهای اصلاحی در این زمینه بود. بنا بر مطالعه راجش و همکارانش سیستم‌های اطلاعات یکپارچه و مرتبط ابزار مهمی در مدیریت بیمارستان، بهبود کیفیت خدمات، کنترل هزینه بهره برداری بهینه از تسهیلات محسوب می‌شوند که یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۴). همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در زمینه نظارت و بهبود زیر ساختهای اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه دارای راهکارهای اصلاحی می‌باشد. یکی از این راهکارهای اصلاحی سیاست گذاری صحیح بوده است. سیاست گذاری صحیح در دو بعد "شفاف سازی در حوزه تدوین دستورالعمل‌ها" و "شفاف سازی در حوزه اختیارات مدیران"، دستورالعمل جدید و انتقال مسئولیت به صورت شفاف و لزوم شفاف سازی حوزه اختیارات و مسئولیت‌های روسای بیمارستانها و پاسخگویی به رده‌های بالا بر اساس شاخص‌های تعیین شده. و اصلاح زیرساختها در زمینه تصمیم گیری، "اصلاح زیرساختهای ارزیابی و پایش عملکردها"، "اصلاح زیرساختها در زمینه رقابت با بخش خصوصی"، "بهبود نگرش پزشکان در حمایت از بحث نظارت و در زمینه انجام برنامه ریزی صحیح در ابعاد مختلف از جمله "استفاده از کارشناسان در زمینه برنامه ریزی"، "بازنگری در برنامه"، "استفاده از مدل مشارکتی در تدوین برنامه" و "تدوین برنامه با نگاه وسیع تر و بیرونی به سازمان" مطرح نمودند. طرح کارانه در ایران نشان می‌دهد که این طرح از ابتدا و قبل از اصلاح آن دارای ضعف‌هایی در زمینه قانون گذاری و دستورالعمل اولیه بوده است و شاید عدم اجرای صحیح کامل آن نیز از همین ضعف‌ها ناشی می‌گردد. در مطالعه ی برادلی و همکارانش به این نتیجه رسیدند که نگرش مدیران سلامت از نظارت در دو کشور تانزانیا و مالزی تفاوت وجود دارد. در کشور مالزی نظارت بیشتر در مرکز کنترل و بازرسی انجام می‌شود در حالی که در کشور تانزانیا نظارت نمونه‌ای است که با حمایت و بهبود انجام می‌شود (۱۵ و ۱۶). این مطالعات ضعف اولیه در ساختار طرح و نیاز به رسیدگی به آن و همچنین اجرای موفقیت آمیز طرح کارانه، در صورت تدوین صحیح این دستورالعمل را تایید می‌نماید که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

محقق برای تعدیل این موضوع به افراد مشارکت کننده اطمینان داد که نامی از آن ها برده نشود و اطلاعات آن ها کاملا محرمانه باقی بماند. تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند به بررسی بیشتر بر روی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستانها و هیات نظارت این طرح و مشکلات ساختاری طرح و هیئت نظارت این طرح بپردازد.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه، گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۳۹۴۱۳۹ بود که بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل حمایت مالی و همچنین از مدیران بیمارستان های الزهرا(س)، کاشانی، فیض، و همچنین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اعضای هیأت علمی و کارمندان محترم دانشگاه و بیمارستانها اعلام می دارند.

References:

- Ebadifard Azar F, Badloo M, Rezaei E. Examining the relationship between Payment based on new managerial approach for hospital administration, Expectancy theory and job satisfaction in selected hospital staff of Tehran university of medical sciences in 2013. Hospital. 2015;13(4):123-32.
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2008.
- Raeisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Fee for Service (FFS) payment on the basis of performance in Hasheminejad Hospital, Tehran. 2010.
- Kazemi H. Salary and fee system. Tehran, Iran: Management Education Center; 2002. [In Persian].
- Acheson, M. D. Gall. Supervision training. Translation: MR Behrangi. Tehran: Kamal tarbiat. 1376
- Schultz, P., Alb rich, W. C., Suter, I., Hug, B. L., Christ-Crain, M., Holler, T., & Mueller, B. (2011). Quality of care delivered by fee-for-service and DRG hospitals in Switzerland in patients with community-acquired pneumonia. Swiss Med Wkly, 141, w13228
- Raissi P, Alikhani M, Mobini M. Payment "fee For Service" Based on performance in Tehran Hashem Nejad hospital, Health system, 2010; 2(2, 1):27-36. [In Persian].
- Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide: MacMillan Education; 2000.
- Karimi Saeed, the design of the new system of administration of hospitals: success and failure, the Journal of the School of Management and Medical Information. 2001, Issue 10, 11.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Shtraves, a. and j. Kurbin, principles of qualitative research methods, ed. b. Mohammadi. 2006, Tehran: institute for humanities and cultural studies
- Astrbrg, J. K., Qualitative research methods in social sciences, ed. A. Poorahmed and A. Shamaei. 2006: Master's Thesis .Yazd University
- Bakhtiari Shahri S. The relationship between Mental Pressure and Job Burnout of nurses working in the centers of mentally disabled adults. Iranian Rehabilitation Journal. 2012;10(16):26-9.
- Rajesh M, Rana Sarosh D, Kolay Saroj K. Hospital information system in Medicare-an experience at Tatamain hospital, Jamshedpur. 2006.
- Susan Bradley, Francis Kamwendo, Honorati Masanja, Helen de Pinho⁴, achelWaxman⁴, Camille Boostrom¹and Eilis McAuliffe¹, District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania, <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/43>
- Athari Z, Sharif M, Nematbakhsh M, Babamohammadi H. Evaluation of Critical Thinking Skills in Isfahan University of Medical Sciences Students and Its Relationship with Their Rank in University Entrance Exam Rank. Iranian Journal of Medical Education 2009; 9(1): 5-12.
- Fatemeh Rajabi et al. , The final report analyzing the challenges and trends affecting health care system, Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education and the National Institute of Health Research, Islamic Republic, 1390. [In Persian].
- Baha Dori MK, Ibrahim pour H, Farzaneh A, The challenges of supervision on providing health services from the viewpoint of the insurer: A qualitative study, International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, (2012), Vol. 4 No. 9

Reform Strategies to Improve Monitoring Performance and Infrastructure Implementation development of the New Scheme of Fee Guidelines in 2014

(A Qualitative Study)

Tavakoli MR^{1*}, Karimi S², Javadi M³, Jabari AR⁴

Submitted: 2016.1.25

Accepted: 2016.5.15

Abstract

Background: In year 1995, new system administration plan of hospitals (fee for service) was notified. This scheme was implemented in hospitals for 20 years. In the early September 2104, new guidelines of performance-based fee for service plan with the aim of deficiencies in the previous plan was reviewed and implemented in hospitals in Isfahan. This study aimed at investigating reform strategies to improve monitoring performance and infrastructure implementation development of the new scheme of fee guidelines in 2014.

Materials and Methods: This study was a qualitative one based of phenomenology. Depth interviews were used to collect data. Eleven individuals assessed including top and middle managers and professors of Isfahan University of Medical Sciences using content analysis method.

Results: In this study, eight main themes and ten sub-themes extracted including appropriate policy making, health management reform in health system, cultural building in monitoring, proper planning, physicians' motivation, infrastructure improvement, improving training, informatics and constructive interactions between senior managers and hospitals' directors.

Conclusion: With the aim of rationalizing the health system, new instructions and fee for service plan should be considered well to tackle weak points. It seems that coping with these weak spots in new fee for service plan, has feasibility to provide more satisfaction among physicians and staff. To achieve main goal of the project which defined as patients and staff satisfaction, using new reform strategies to facilitate plan implementation, continuing observation and stronger mentoring recommended.

Keywords: Instructions of fee for service plan, Senior managers, Middle managers, Qualitative study, Performance improvement, Monitoring, Health reform plan

1. MSc, Department of Management of Healthcare Services, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical University, Isfahan, Iran (*Corresponding author), Email: moslem6868@yahoo.com, Tel: 09135641127

2. Associate Professor, Health Management and Economic Research Center, Department of Management of Healthcare Services, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical University, Isfahan, Iran

3. PhD in Health Care Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical University, Isfahan, Iran,

4. Assistant Professor, Department of Management of Healthcare Services, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical University, Isfahan, Iran