

راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی

علیرضا جباری^۱، سعید کریمی^۱، مرضیه جوادی^۲، محمدرضا توکلی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) ابلاغ گردید. مطابق این طرح، درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به پرسنل آن اختصاص می‌یافت. 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 حاضر، بررسی راهکارهای اصلاحی ساختاری ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه در سال ۱۳۹۳ بود.

روش: تحقیق حاضر به شیوه کیفی صورت گرفت. از مشارکت کننده عمیق برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نمونه‌های مورد بررسی، ۱۱ نفر از مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مسئولان بیمارستان‌های شهر اصفهان بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. تمامی مشارکت کننده‌ها ضبط شده و سپس، بر روی کاغذ نوشته شد و مدت زمان بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. روش تحلیل داده‌ها نیز بر مبنای روش تحلیل محتوا بود.

یافته‌ها: در این پژوهش، ۶ تم اصلی راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه به دست آمد که عبارت از اصلاح نظام پرداخت، اصلاح تعرفه‌ها، تعریف بسته خدمات در بیمارستان‌های دولتی، اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی، اصلاح سطوح ارجاع و پیاده‌سازی پزشک خانواده و حمایت سازمان بیمه‌گر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه را بیان می‌کند که بارزترین یافته‌های آن شامل اصلاح نظام پرداخت، اصلاح تعرفه، اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی می‌باشد. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بتوانند با در نظر گرفتن راهکارهای اصلاحی، راهبردهای مناسبی در جهت اجرای نظارت و بهبود آن در طرح کارانه جدید طراحی نمایند.

کلید واژه‌ها: بیمارستان، کارانه، نظارت

ارجاع: جباری علیرضا، کریمی سعید، جوادی مرضیه، توکلی محمدرضا. راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل طرح جدید کارانه ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۱۱۲-۱۱۳.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۲

۱- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: moslem6868@yahoo.com

نویسنده مسئول: محمدرضا توکلی

مقدمه

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته تا به گونه‌ای نظام‌مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند (۱). با توجه به این که در بیمارستان‌ها نیز همانند سایر سازمان‌ها، انسان به عنوان محور اصلی سازمان نقش اساسی را ایفا می‌کند و کارکنان بر اساس قوانین و مقررات دولتی مشغول به کار می‌شوند، عدم کفایت حقوق و دستمزد ناعادلانه و ناکارآمد بودن سیستم پرداخت، باعث رواج مشکلاتی از قبیل نارضایتی کارکنان، غیبت، ترک خدمت، اعتصاب و شکایت یا دیگر مشکلات سازمانی می‌گردد (۲). بنابراین، هدف مدیریت در سازمان، جذب، نگهداری و بالنده‌سازی نیروی انسانی، شایسته است که در این راه، طراحی نظام پرداخت عادلانه یکی از مهم‌ترین عوامل تحقق این هدف به شمار می‌رود (۳).

از بیمارستان می‌توان به عنوان یکی از پیچیده‌ترین سازمان‌ها نام برد. محلی که شاید اکثر افراد در آن به دنیا می‌آیند و در آن از دنیا می‌روند. کار در بیمارستان اغلب به صورت تیمی است. تیمی در نهایت ناهمگونی، افرادی با حداقل تحصیلات ممکن که در کنار عالی‌ترین سطوح تحصیلی در رشته‌های مختلف مشغول فعالیت هستند. تنوع شغلی در محیط بیمارستان بسیار فراوان است. از برق و تأسیسات گرفته تا پلیس و انتظامات، از پزشک و پرستار تا حسابدار و کارپرداز، از کار در آزمایشگاه و داروخانه تا لنثری و استریلیزاسیون و از دریافت حداقل حقوق‌ها و درآمد گرفته تا درآمدهای قابل توجه و مثال زدنی، اما این نظام پیچیده، اقتصادی پیچیده‌تر دارد که در بیمارستان‌های دولتی، به خصوص پس از طرح خودگردانی بیمارستان‌ها بر پیچیدگی آن افزوده شد (۴).

نظارت یکی از ابزارهای ارزشیابی محسوب می‌شود که طی آن عملکرد کارکنان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این زمینه، بر قضاوت ناظر در مورد ادراک توانایی‌های حرفه‌ای، روابط بین فردی و رضایت دریافت کنندگان خدمات تکیه می‌شود؛ در حالی که بر حمایت کارکنان از جانب سازمان نیز

تأکید دارد. استفاده مدیریت از این سبک نظارت می‌تواند به توسعه توانایی‌های 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) می‌باشد. بنابراین، نظارت به عنوان راهی برای رشد و بهبود فعالیت‌های کارکنان و نیز عاملی برای تسهیل دستیابی به اهداف سازمانی است و یکی از فرایندهای مهم در سازمان‌ها محسوب می‌شود (۵).

در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان‌ها و افزایش اختیارات بیمارستان‌ها برای اداره هرچه مطلوب‌تر امور اجرایی، توسط وزارت بهداشت وقت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید و به بیمارستان‌های دولتی اجازه داد که از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی نمایند. با وجود این که این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها 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 می‌یابد و پس از کسر دیگر هزینه‌ها، الباقی مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می‌گیرد (۶). 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، تا اواخر خردادماه ۱۳۹۴ در مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان به صورت آزمایشی اجرا شد و از اوایل تیرماه ۱۳۹۴ به صورت قطعی به اجرا درآمد. این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها و اصلاحی‌های بعدی آن بود. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیر مستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل می‌باشد، با درآمدهای بخش محل فعالیت آنان در قالب یک تفاهم‌نامه بود. بر اساس این طرح، هیأت نظارت شامل دو قسمت اصلی هیأت نظارت عالی و هیأت نظارت مراکز

هیأت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه چه نقاط ضعف و قوتی دارد و چگونه ارزیابی می‌شود؟ راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرایی 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 پژوهش مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مسؤولان بیمارستان‌های 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 نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مشارکت کننده قرار گرفتند. بر این اساس، ۱۱ مشارکت کننده حضوری انجام شد که یک نفر از آن‌ها از اعضای هیأت علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت بود. ۲ نفر از آن‌ها کارمند، با سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت و ۸ نفر بقیه از مدیران ارشد و میانی، با سابقه طولانی مدت کار در سیستم سلامت و مدیریت نظام سلامت بودند. محل مشارکت کننده‌ها در دفتر مدیریت بیمارستان‌ها، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اتاق اعضای هیأت علمی دانشکده‌ها بود. زمان اجرای پژوهش در مطالعه زمستان سال ۹۳ و بهار سال ۹۴ بود. در این مطالعه هم پس از تهیه یک راهنمای مشارکت کننده، تمامی مشارکت کننده‌ها انجام شد که در آن مشارکت کننده‌ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط شد. این کار به منظور بالا بردن ضریب دقت کار در جمع‌آوری یافته‌ها انجام شد. طول زمان مشارکت کننده‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. در این مطالعه هم برای کسب اعتبار تبحر محقق نیز با استفاده از راهنمایی‌ها، تجربه و کمک استادان راهنما و مشاور، ابتدا چند مشارکت کننده به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس، نخستین مشارکت کننده‌ها توسط استادان راهنما و مشاور، از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم، محقق دست به شروع کار زد. برای بالا بردن قابلیت اطمینان کدها پس از استخراج به برخی از مشارکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ

(بیمارستان‌ها) می‌باشد. هیأت عالی نظارت دانشگاه از پنج نفر افراد که شامل رییس دانشگاه، دو نفر نماینده معاونت دارو و یک نفر معاونت آموزشی و پشتیبانی تشکیل می‌شود که وظایفی همچون بررسی ضرورت‌های انجام اعمال جراحی، آسیب‌شناسی، 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 کلینیک‌های تخصصی و اورژانسی، دایر بودن کلینیک‌های تخصصی در ساعات مقرر و حضور متخصصان، رعایت حضور پزشکان عضو هیأت علمی در بیمارستان برابر ساعات کار موظف، شرکت پزشکان عضو هیأت علمی در فعالیت‌های آموزشی و دسته جمعی از قبیل راند صبحگاهی، کنفرانس هفتگی، گرانداند اطاق‌های عمل، آموزش دانشجویان انترن‌ها و رزیدنت و اجرای سایر ضوابط طرح برابر دستورالعمل مربوط بر عهده دارند.

همچنین، هیأت نظارت بیمارستان‌ها داری سه عضو اصلی شامل رییس بیمارستان و دو نفر از نماینده پزشکان متخصص می‌باشد که وظیفه تعیین درصد کارانه و نظارت بر روی متخصصان را دارا هستند (۷). بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مطرح نمودن روش پرداخت طرح مبتنی بر عملکرد به منظور یافتن راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرایی دستورالعمل طرح کارانه با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران انجام شد تا نتایج آن را در اختیار مسؤولان قرار دهد و برای هر چه بهتر اجرا کردن این طرح اقدامات لازم صورت گیرد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود که با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها، مشارکت کننده عمیق با تنظیم سؤالاتی در خصوص اهداف تحقیق انجام شد. نمونه سؤالاتی نظیر این که آیا جلسات و بازرسی‌های هیأت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه به صورت منظم برگزار می‌شود؟ آیا هیأت نظارت در دستورالعمل جدید طرح کارانه به درستی به وظایف خود عمل می‌کند؟

گردید. جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن Lincoln و Guba استفاده شد. این معیار معادل اعتبار و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین جهت، چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مورد بررسی قرار گرفت (۸).

تحلیل داده‌ها در پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی (Thematic analysis) نوعی تحلیل محتوای داده‌ها است که طبقه‌بندی بر اساس موضوعات انجام می‌شود (۹). مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هفت مرحله و شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ، ذخیره شدن آن‌ها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مشارکت کننده، بلافاصله مشارکت کننده‌ها رونویسی و سپس، تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مشارکت کننده‌ها چندین بار خوانده و مرور شد؛ به طوری که پژوهشگران در داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس، کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مشارکت کننده‌ها، مقوله‌های فرعی از یکدیگر مجزا گردید و سپس، آن‌ها در هم ادغام شد و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و در نهایت، موضوعات اصلی مشخص شد. مرحله چهارم و پنجم ثبت علایم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مشارکت کننده و تجزیه و تحلیل ثبت شد. در مرحله ششم کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. سپس، داده‌ها در طبقه‌بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفت و تم‌ها انتزاع و پیشنهادات ارائه شد. افرادی که مورد مشارکت کننده قرار گرفتند، دارای ویژگی‌هایی به شرح زیر بودند: دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت باشد، با مفهوم دستورالعمل جدید طرح کارانه در

سیستم سلامت آشنایی کامل داشته باشد و تمایل به شرکت در مطالعه و انگیزه لازم برای مشارکت کننده و همکاری داشته باشد. قانون Nuremberg در سال ۱۹۴۷ استانداردهای اساسی را برای انجام پژوهش در موضوعات انسانی مشخص می‌کند. اولین و شاید مهم‌ترین قسمت این قانون به این موضوع اشاره دارد که افراد مورد پژوهش باید کامل داوطلبانه در پژوهش شرکت کنند و برای امر پژوهش رضایت داشته باشند. دوم این که تحقیق باید دارای فواید آشکار برای جامعه باشد و سوم این که تحقیق باید به گونه‌ای طراحی شود که کمترین ضرر بالقوه را داشته باشد. علاوه بر آن، در انجام کار محققان دو موضوع الف. نگهداری و حفظ مواد محرمانه، ب. کسب اجازه و رضایت برای اطلاع‌رسانی وابستگی ویژه‌ای به هم دارند (۱۰). موارد ذکر شده در قانون فوق به این ترتیب رعایت گردید: در آغاز هر مشارکت کننده، توضیحاتی در مورد موضوع و هدف پژوهش به شرکت کنندگان داده شد و به اطلاع آن‌ها رسانده شد که برای رعایت سهولت پیاده‌سازی، مشارکت کننده ضبط شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود، شواهدی که بتوان از آن طریق آنان را شناخت حذف خواهد شد و به صورت کلی بیان می‌گردد. به منظور رعایت این امر، در حین پیاده‌سازی متن مشارکت کننده‌ها تمامی اسامی به کد تغییر داده شد و در طول بحث و نتیجه‌گیری نیز با همان کدها تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

مدرک و سمت افراد مشارکت کننده در پژوهش در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، شش طبقه اصلی راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرایی دستورالعمل جدید طرح کارانه به دست آمد که عبارت از اصلاح نظام پرداخت، اصلاح تعرفه‌ها، تعریف بسته خدمات در بیمارستان‌های دولتی، اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی، اصلاح سطوح ارجاع و پیاده‌سازی پزشک خانواده و حمایت سازمان بیمه‌گر بود (جدول ۲).

تحلیل داده‌ها در پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی (Thematic analysis) نوعی تحلیل محتوای داده‌ها است که طبقه‌بندی بر اساس موضوعات انجام می‌شود (۹). مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هفت مرحله و شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ، ذخیره شدن آن‌ها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مشارکت کننده، بلافاصله مشارکت کننده‌ها رونویسی و سپس، تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مشارکت کننده‌ها چندین بار خوانده و مرور شد؛ به طوری که پژوهشگران در داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس، کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مشارکت کننده‌ها، مقوله‌های فرعی از یکدیگر مجزا گردید و سپس، آن‌ها در هم ادغام شد و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و در نهایت، موضوعات اصلی مشخص شد. مرحله چهارم و پنجم ثبت علایم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مشارکت کننده و تجزیه و تحلیل ثبت شد. در مرحله ششم کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. سپس، داده‌ها در طبقه‌بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفت و تم‌ها انتزاع و پیشنهادات ارائه شد. افرادی که مورد مشارکت کننده قرار گرفتند، دارای ویژگی‌هایی به شرح زیر بودند: دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت باشد، با مفهوم دستورالعمل جدید طرح کارانه در

جدول ۱. مدرک و سمت افراد مشارکت کننده در مشارکت کننده

کد مشارکت کننده	مدرک مشارکت کننده شونده	سمت مشارکت کننده شونده	سابقه مشارکت کننده شونده
۱	دکتری تخصصی	هیأت علمی	هیأت علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت
۲	دکتری عمومی	مدیر	سابقه مدیریت در دانشگاه و دانش تخصصی در موضوع مدیریت
۳	دکتری عمومی	مدیر	سابقه طولانی کار در سیستم سلامت
۴	دکتری عمومی	مدیر	سابقه طولانی مدیریت در بخش‌های مختلف بیمارستان
۵	کارشناسی	مدیر	سابقه طولانی کار در سیستم سلامت
۶	کارشناسی	مدیر	سابقه مدیریت در سیستم سلامت
۷	دکتری عمومی	مدیر	سابقه طولانی مدیریت در بخش‌های مختلف بیمارستان
۸	دکتری عمومی	مدیر	سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت
۹	کارشناسی	مدیر	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه
۱۰	دکتری تخصصی	کارمند	سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت
۱۱	کارشناسی ارشد	کارمند	سابقه مدیریت در نظام سلامت

اصلاح نظام پرداخت

در زمینه اصلاح نظام پرداخت، مشارکت کنندگان به موضوعاتی از جمله «پایش و ارزیابی عملکردها»، «تدوین شاخص‌های ارزیابی عینی و معتبر»، «نظارت بر عملکرد پرسنل درمانی و غیر درمانی»، «اعمال تخلفات در تعیین درصد کارانه»، «تفویض اختیار در تعیین درصد کارانه»، «واقعی‌تر کردن فرمول محاسبه کارانه»، «اعمال صراحت در پرداخت کارانه» و «منطقی کردن تفاوت‌ها در پرداخت کارانه» اشاره نمودند.

پایش و ارزیابی عملکردها: برای هر طرح و اجرای درست و مداوم آن، نیاز به پایش مداوم و ارزیابی از آن می‌باشد تا نقاط قوت آن حفظ شود و نقاط ضعف آن رفع شود. یکی از مشارکت کنندگان به الزام پایش و ارزیابی و تهیه

بازخورد از اجرای طرح تحول سلامت اشاره نمود. «طرح تحول نظام سلامت باید پایان کار پایش بشه و فیدبک بگیره» (مشارکت کننده ۹).

تدوین شاخص‌های ارزیابی عینی و معتبر: حضور رؤسای بخش‌های مختلف بیمارستان در هیأت نظارت هر طرحی و استخراج ماهانه شاخص‌ها، تحلیل آن‌ها و گزارش دادن آن به هیأت نظارت می‌تواند راهکار مناسبی برای دادن کارانه به پزشکان و پرسنل باشد. یکی از مشارکت کنندگان تدوین مناسب آیت‌های ارزیابی و تعیین کارانه هر شخص و اجرای خوب آن را مطرح نمود. «آیت‌های خوبی که حالا تدوین بشه و بر اساس اون آیت‌ها بشود کارانه هر شخصی رو تعیین کرد، با اون آیت‌ها کار بشه» (مشارکت کننده ۱).

جدول ۲. راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه

راهکارهای اصلاحی اقتصادی			
تعریف بسته خدمات در بیمارستان‌های دولتی	حمایت سازمان‌های بیمه‌گر	اصلاح نظام ارجاع و پیاده‌سازی پزشک خانواده	اصلاح تعرفه‌ها
سیاست‌های مالی و اقتصادی	تأمین منابع مالی	دیدگاه اقتصادی در پرداخت	دخالتهای واقعی‌تر
تفاوت‌های مالی	امور مالی	نظارت بر عملکرد کارکنان	تفویض اختیار
پایش و ارزیابی عملکرد	تدوین شاخص‌های عینی	نظارت بر عملکرد کارکنان	صراحت در پرداخت‌ها
تفاوت‌های مالی	تفاوت‌ها	تخلفات	محاسبه کارانه

و توی دل هر مرکز از هر فرد داشته باشه به میزان همکاریش. از هر متخصص و از هر پرسنل. تعداد عمل جراحی، نوع عمل جراحی، این که اعمال جراحی با اندیکاسیون انجام شده باشه، بعدش کمترین عارضه رو داشته باشه. کمترین بستری بعد از عمل داشته باشه، بایدها رو دخیل کنیم توی هیأت نظارت، از هر بخشی که فیدبک می‌گیره. یعنی برای هر پزشکی یه پرونده باید داشته باشی برای ارزیابی. که این آیتها رو توش دخالت بدی. بعد مجموعه اون بخش به عنوان خدماتش که یک پکیجه با سایر بخش‌ها ارزیابی می‌شه که خوب عمل کرده یا بد کرده که بین بخش‌ها ایجاد انگیزه بکنه که کدوم مریض را راضی‌تر فرستادن بیرون. توی ۲۴ ساعت بیمارستان، توی یه ماه ۴۰ تا آدم می‌تونن توی یه بخش کار بکنن. مجموعه این باید نگاه بشه بهش» (مشارکت کننده ۹).

دخالت دادن تخلفات در تعیین میزان پرداخت‌ها: در تعیین میزان پرداخت به پزشکان و پرسنل درمانی، اگر تخلفات آن‌ها را در میزان کارانه‌های آن‌ها دخالت دهیم، از میزان تخلفات آن‌ها کم خواهد شد. یکی از مشارکت‌کنندگان از دخالت دادن تخلفات کادر درمانی در بحث تعیین درصد کارانه سخن گفت: «اگه الان توی معاونت آموزشی یه تذکر داد به پزشک که رعایت مقررات رو بکنه، یه بیماری داشت که در مورد اون کوتاهی شده بود، اگه این‌ها توی اون بحث تعیین درصد دخالت داشته باشه، خود به خود موجب اتهام می‌شه» (مشارکت کننده ۳).

تفویض اختیار در تعیین درصد کارانه: در تعیین درصد کارانه پرسنل درمانی در بیمارستان بهتر است که تمام اختیار به هیأت نظارت خارج از بیمارستان داده شود تا خود پرسنل هر بیمارستان. یکی از مشارکت‌کنندگان به تفویض اختیار به هیأت نظارت در تعیین کارانه پزشکان و عدم درگیری پزشکان در بحث نظارت اشاره داشت. «به نظر من مثلاً یه اختیاراتی داشته باشن که کارانه پزشک‌ها رو بر اساس عملکردشون تعیین بکنن. بهترین حالت برای هیأت نظارت اینه که کارانه‌ای که به پزشک پرداخت می‌شه، بر اساس هیأت نظارت باشه. این که پزشکان خودشون با خودشون

مشارکت کننده دیگری به گسترده و متنوع‌تر شدن تیم نظارت یا تعیین صاحب کمیته‌ها برای استخراج ماهانه شاخص‌ها و گزارش به هیأت نظارت جهت تصمیم‌گیری نهایی اذعان داشت و بیان نمود که حضور تعداد بیشتر رؤسای بخش‌های بیمارستان در هیأت نظارت برای گرفتن تصمیمات نافذتر تأثیر خواهد گذاشت؛ «ولی به نظر من ترکیب هیأت نظارت باید یکم گسترده‌تر بشه. یه تعداد زیادتری از رؤسای بخش‌ها و مدیران گروه‌ها در واقع عضو این باشند و همچنین، از مسؤولان بیمارستان باید دایره رو گسترش داد. به بحث پاسخگویی به شکایات، بحث مدیر پرستاری، بحث مدیر بیمارستان، بحث مددکاری، مدیر مالی و رییس اورژانس، این‌ها حتماً باید دخیل باشد و از اون مهم‌تر باید شاخص‌های ارزیابی رو عینی‌تر کنیم. یعنی باید هم مدل ارزیابی خیلی عینی‌تر بشود و قابل انجام باشد و هم حوزه آدم‌هایی که توی ارزیابی دخیلند. در واقع، یه مقدار بیشتر بشود یا حالا اگه می‌خواند تعداد آدم‌ها زیاد نباشه، می‌تونیم یه صاحب کمیته‌هایی رو مشخص کنیم که این‌ها یه سری شاخص‌های مشخصی رو برای متخصصان ماهانه استخراج کنند، گزارش بدن به اون هیأت نظارت و اون هیأت نظارت تصمیم نهایی رو بگیره. من مطمئنم توی هیأت نظارت باید تعداد بیشتری از رؤسای بخش‌ها حضور داشته باشند، برای این که تصمیماتش نافذتر باشه» (مشارکت کننده ۵).

نظارت بر عملکرد پرسنل درمانی و غیر درمانی: پرداختی کارانه به پرسنل و پزشکان مطابق با ارزیابی عملکرد فنی آن‌ها می‌تواند یک راهکار خوب برای جلوگیری از هزینه‌های بالا در بیمارستان‌ها باشد. نظارت بر پزشکان و ارسال گزارش ماهیانه توسط مسؤول کارانه‌های امور مالی بیمارستان، از موضوعاتی بود که مشارکت‌کننده مطرح نمود. «نظارت بکنه، یعنی مسؤول کارانه‌های امور مالی بیمارستان ماهیانه بیاد گزارش بده» (مشارکت کننده ۱). یکی از مشارکت‌کنندگان هم گزارش‌گیری مبتنی بر عملکرد پرسنل درمانی و غیر درمانی توسط هیأت نظارت و گرفتن فیدبک و ارزیابی عملکرد پزشکان بر اساس پرونده تعیین شده از قبل را مطرح نمود. «هیأت نظارت باید یه گزارش‌گیری از کارکرد هر بخش

این مبلغ باید به همه تقسیم بشه، ولی درست تقسیم بشه» (مشارکت کننده ۱۰).

اعمال صراحت در پرداخت کارانه: الزام صراحت در کار و درصدبندی کارانه بر اساس نوع خدمت و رضایت بیمار، یک راهکار پرداخت کارانه به پرسنل می‌باشد. مشارکت کننده‌ای می‌گوید: «به اون پزشک‌هایی که جزء طرحند، کارمندان یا اون مسایل رودربایستی و این‌ها رو بذارند کنار و بر اساس نوع خدمتی که ارائه می‌دن، رضایت بیمار، این‌ها بیاد درصدبندی بشه. خب این‌ها خیلی تأثیر داره» (مشارکت کننده ۵).

منطقی کردن تفاوت‌ها در پرداخت: یکی از مشارکت کنندگان به منطقی کردن تفاوت‌ها که معضل همیشگی نظارت و علت اعتراضات پرسنل بوده است، تأکید کرد. «یه مقدار این تفاوت‌ها باید منطقی می‌شد. همیشه ما این معضل رو داشتیم که توی نظارت اعتراض می‌کردن چرا این تفاوت‌ها وجود داره» (مشارکت کننده ۱۱).

اصلاح تعرفه‌ها

تعرفه‌گذاری تمامی خدمات ارائه شده در بیمارستان به منظور ارزش‌گذاری بر کلیه خدمات باعث جلوگیری از برخی ادعاهای پزشکان می‌شود. مشارکت کننده‌ای در همین زمینه می‌گوید: «همون طور که تعرفه خدمات پزشکی و کارانه پزشک رو از محل ارائه خدمات خودش می‌دیم، برای خدمات پرستاری هم بیاییم و از کارکرد خودش بدیم که این ذهنیت پیش نیاد که اگه پزشک نباشه، بیمارستان تعطیل می‌شه که آقا اگه من مریض نیارم توی پرستار توی خدماتی هم این جا کارانه‌ای گیرت نمیداد» (مشارکت کننده ۹).

تعریف بسته خدمات در بیمارستان‌های دولتی

تعریف کردن پکیجی برای تعریف برخی خدمات از سوی شورای نظارت و عدم حذف برخی از خدمات یک راهکار اصلاحی از نظر اقتصادی می‌باشد. مشارکت کننده‌ای می‌گوید: «چون بحث خودگردانی بیمارستان‌ها بود، خیلی از بیمارستان‌ها مجبور بودن دخل و خرجشون رو به هم برسونن. خب کم کم یکسری خدمات رو حذف می‌کردن. چیکار می‌شد کرد؟ یعنی شورای نظارت به نظر من جاش این چیز بود که یکسری خدمات رو مثلاً پکیجی تعریف می‌کرد. می‌گفت اگه

بخواند درگیر بکنن بعید میدونم اصلاً توی روحیاتشون بخواد باشه. اگر ضوابطی باشه پزشکان هم رعایت می‌کنن» (مشارکت کننده ۶). یکی از مشارکت کنندگان نیز مطرح نمود که ارائه دهندگان اصلی خدمت در بیمارستان‌ها نباید در تصمیم‌سازی و تقسیم درآمد بیمارستان دخیل باشند. «بنابراین، اگر که ما گاهاً می‌بینیم که این وضع پیش میاد، به این خاطر که شاید کسانی که انجام دهنده کار هستند، در بیمارستان‌ها خیلی در تصمیم‌گیری و تقسیم درآمد بیمارستان دخیل نباشند. یکی از دلایل اینه» (مشارکت کننده ۱۰).

واقعی‌تر کردن فرمول محاسبه کارانه: واقعی‌تر شدن فرمول‌های محاسبه کارانه به جای یکسان‌سازی، یکی دیگر از راهکارهای اصلاحی پرداخت می‌باشد. «توی سیستم‌های دولتی بعضی جاها گفته باشد که می‌تونید تفاوت بذارید، ولی سیستم دولتی از بس یه چیزهایی رو پرداخت کرده، خیلی‌ها این رو قسمتی از ترمیم حقوق می‌دونن؛ در صورتی که این طوری نیست. بایستی یه مقدار واقعی‌تر باشه. یعنی فرمول‌هاش جوروی باشد که بین کسی که کار می‌کنه با کسی که کار نمی‌کنه بشه تفاوت واضح گذاشت» (مشارکت کننده ۷). یکی دیگر از مشارکت کنندگان هم اعمال کف و سقف (تعیین بازه) در درصد کارانه در دستورالعمل نظارت در وزارتخانه را مطرح نمود. «بعد هیأت نظارت باید بیاد مثلاً بگه که گروه ایکس که توی بیمارستان است، این گروه برای این که ترغیب و تشویق بشود که بیمار بیشتر بیارند فلان گروه رو ۵۸ درصد کارانه بدیم فلان گروه ۶۰ درصد. یعنی عددش اون جا باید یه طیفی داشته باشه (مشارکت کننده ۱). مشارکت کننده دیگری هم از بازنگری در نحوه پرداخت کارانه و امتیازبندی ذی‌نفعان درمان، بیمارستان و پرسنل پزشک و غیر پزشک با توجه به محدود بودن بودجه بیمارستان‌ها سخن گفت و آن را عمده‌ترین مشکل بیمارستان دانست. «من به نظرم این طرح باید بازنگری بشه و هم نحوه دادن امتیازات و هم این که درصدهای افراد ذی‌نفع چه بیمارستان چه پزشکان و چه پرسنل. باید متناسب بشه، نه این که زیاد بشه. شما یه بودجه محدود دارید. درسته توی بیمارستان اگه به پزشک بیشتر بدی به بیمارستان کمتر دادی فرقی نمی‌کنه.

نظارت رصد بکنه بیمارستان رو از لحاظ مالی، بایستی روش‌های مانیتور کردن رو داشته باشه. یعنی یک سیستم اطلاعاتی بایستی باشه که این اطلاعات جمع بشه و مرتب بیاد توی هیأت نظارت. حتی خیلی از این اطلاعات که میاد اون جا، باید آنالیزش هم شده باشه که این اگه افزایش دارد یا کاهش دارد، مفهومی چیه. بعداً توی اون جلسه بشینند و بحث بکنند» (مشارکت کننده ۷). مشارکت کننده دیگری هم به الزام کنترل درآمدهای غیر متعارف برخی گروه‌های پزشکی (غیر قابل توجه، اما قابل کنترل) اذعان داشت. «چیزی که الان رها شده و سخت هم هست که هر وزیری بخواد کنترل بکنه، درآمدهای غیر متعارف و خیلی متفاوت بین خود تیم‌های پزشکیه. ما الان گروه‌هایی داریم که درآمدهای خیلی پایینی دارن، ولی به خصوص جراح‌ها درآمدهای خیلی کلان دارند. خیلی کلان که حالا قابل توجه نیست، ولی شدنیه سر و سامون دادن به این قضیه» (مشارکت کننده ۶).

اصلاح نظام ارجاع و پیاده‌سازی پزشک خانواده

اصلاح نظام ارجاع و اجرای برنامه پزشک خانواده، به عنوان یک راهکار اقتصادی در سیستم سلامت مطرح می‌باشد. به طور قطع، پیاده‌سازی جامع و صحیح سطوح ارجاع و اجرای پزشک خانواده از ارایه خدمات درمانی غیر ضروری جلوگیری کرده که این خود باعث کاهش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. یکی از مشارکت کنندگان به پیاده‌سازی جامع و صحیح سطوح ارجاع و اجرای پزشک خانواده به طور صحیح اشاره نمود. «اگر ما بتوانیم در نظام سلامت کشور، همون طور که تا الان دو سطح رو پیاده کردیم، یعنی باید شبکه‌های بهداشتی و درمانیون سطح یک خدمات، خانه بهداشت و بهورز و این‌ها در سطح دو خدمات درمانگاهی و پزشکی رو داریم، سطح سه و چهار هم تعریف بکنیم، جا بندازیم که از سطح دو به سه تخصص و سطح سه به چهار فوق تخصص رو بینیم توی اون تعریف‌های جامعی که بود و پزشک خانواده رو به صورت واقعی پیاده کنیم» (مشارکت کننده ۹). یکی از مشارکت کنندگان هم عقد قرارداد بیمارستان با پزشک خانواده برای جلوگیری از ارایه خدمات درمانی غیر

مثلاً بیمارستانی قراره این آزمایش رو انجام بده حتماً این رو هم باید روش انجام بده» (مشارکت کننده ۷).

اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی

مشارکت کنندگان در زمینه اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی به موارد «تأمین منابع مالی و پرداخت به موقع مطالبات»، «پیدایش دیدگاه اقتصادی در مدیریت»، «توجه به تفاوت‌های مالی» و «نظارت بر امور مالی» اشاره نمودند.

تأمین منابع مالی و پرداخت به موقع مطالبات: تأمین مالی مراکز برای پرداخت به موقع کارانه به عنوان مهم‌ترین عامل رضایت پرسنل مطرح می‌باشد. «منابع مالیش فراهم باشد که بشه به روز و به موقع کرد، خیلی از مشکلات را حل می‌کنه» (مشارکت کننده ۱).

پیدایش دیدگاه اقتصادی در مدیریت: توجه بیشتر مدیران به جنبه‌های اقتصادی در دستورالعمل جدید، باعث جلوگیری از اتلاف منابع می‌شود. مشارکت کننده‌ای در این باره می‌گوید: «انشالله با این دستورالعمل جدید که دیدگاهش اقتصادی، حداقل به مدبری به اقتصادش توجه داشته باشه شاید به یه جایی برسیم» (مشارکت کننده ۳).

توجه به تفاوت‌های مالی: تأکید به تفاوت‌های مالی در پرسنل درمانی احترام به جایگاه آنان در سیستم می‌باشد. «این متفاوت بودن بایستی یه جایی دیده بشه. به هر حال، سیستم دولتی موظفه این بیماران این جوری رو جمع کنه از سطح جامعه و بهشون سرویس بده. یعنی بایستی کارانه متفاوت‌تر دیده بشه، نه این که همه رو از دم بگیریم این جور» (مشارکت کننده ۷).

نظارت بر امور مالی: استفاده از نرم‌افزارهای مختلف و به روز و مانیتورینگ برای نظارت مالی در مراکز درمانی می‌تواند باعث بهینه‌تر شدن منابع و جلوگیری از اتلاف هزینه و وقت شود. «امتیازبندی برای دریافت کارانه توی یه نرم‌افزار می‌شه تعریف کرد. سیستم‌های مالی مثل اکسس و اکسل جواب می‌ده برای این کار» (مشارکت کننده ۹). یکی از مشارکت کنندگان به رصد کردن بیمارستان به لحاظ مالی با روش‌های مانیتورینگ اشاره کرد. «سیستم هیأت نظارت نمی‌تونه خودش بر اساس دیدن تصمیم‌گیری بکنه. اگه قراره هیأت

موارد زیر را برای برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران نظام سلامت در هر برنامه تحولی و اصلاحی ضروری می‌سازد (۱۰):

۱. بازنگری نظام تأمین مالی سلامت، اصلاح سیستم پرداخت، تعرفه‌گذاری منطقی، تهیه بسته پایه خدمات و حمایت بیمه‌ها از آن و با توجه به روندهای اقتصادی و با تلاش جهت افزایش سهم سلامت از منابع عمومی و مدیریت آن ضروری است.

۲. بازآرایی نظام ارجاع، طرح پزشک خانواده و سطح‌بندی خدمات جامع و یکپارچه سلامت با رویکرد عدالت توزیعی به خصوص با تأکید بر سطوح بالاتر نظام ارجاع.

۳. تقویت نقش نظارت نظام‌مند وزارت بهداشت بر رایجه خدمات بخش دولتی و غیر دولتی در سطوح مختلف.

۴. ارتقای سواد سلامتی در جامعه به توانمندی جامعه، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، ارتقای سلامت جامعه.

۵. فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در پزشکی به درستی مدیریت گردد تا فرصت‌های متصور از این فن‌آوری در کارکردهای مختلف نظام سلامت محقق گردد. همه این یافته‌ها با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

همچنین، در تحقیقی دیگر بیان می‌شود که نظام سلامت نیازمند توجه به جنبه‌های نظارتی است. به اتفاق نظارت، توجه به فرصت‌ها و تهدیدهای تکنولوژیکی، اقتصادی و ارزشی در سیاست‌گذاری‌ها برای نظارت رایجه دهندگان خدمات یکی از استراتژی‌های ضروری برای بخش بهداشت و درمان است. معیارهایی مانند پیاده‌سازی الکترونیکی خدمات بهداشتی و استانداردهای خدمات با استفاده از تعریف دستورالعمل‌های درمان، تعرفه مناسب و رتبه‌بندی مراکز می‌تواند به عنوان استراتژی‌های کارآمد برای سازمان‌های بیمه در نظارت بر رایجه خدمات بهداشتی و درمانی در نظر گرفته شود که یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۱). Bradley و همکاران 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 و با یافته‌های

ضروری و ارتباطات پولی بیماران با مراکز را مطرح نمود و اشاره داشت که اجرایی نشدن پزشک خانواده هزینه زیادی به بار خواهد آورد. «وقتی پزشک خانواده نیست، خیلی پرت هزینه زیاد می‌شه. اگه بخواهیم پزشک خانواده درست اجرا بشه، باید بیمار از طریق پزشک خانواده به سطح‌های تخصصی بره» (مشارکت کننده ۹).

حمایت سازمان‌های بیمه‌گر

حمایت از سوی سازمان بیمه و پرداخت به موقع مطالبات، به عنوان یک راهکار اقتصادی مطرح می‌باشد و باید دانست که حل شدن بسیاری از مشکلات بیمارستان‌ها در گرو پرداخت به موقع سازمان‌های بیمه می‌باشد. «من به نظرم باز اگر بیمه‌ها حل بشه و درآمدها شون به روز بشه، بیمارستان‌ها خیلی مشکلاتشون حل می‌شه» (مشارکت کننده ۱۰). مشارکت کننده به پرداخت به موقع هزینه‌ها توسط بیمه و وصول درآمد به موقع در بیمارستان‌ها اشاره کرد. «در دولت جدید تصمیم گرفتند که بیمه‌ها رو درست پرداخت کنند، سر موقع پرداخت کنند، درآمدها به موقع وصول بشه. این‌ها اگر بشه به نظرم هیأت نظارت می‌تونه متمر ثمر بشه» (مشارکت کننده ۱۰).

بحث

مشارکت کنندگان نظرات خود را در خصوص راهکارهای اقتصادی در زمینه‌های اصلاح نظام پرداخت کارانه، اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی، اصلاح سطوح ارجاع و پیاده‌سازی صحیح برنامه پزشک خانواده و حمایت سازمان‌های بیمه‌گر مطرح نمودند. در نظرات مشارکت کنندگان تفاوت بالا در پرداخت‌ها به عنوان معضل اصلی و علت اعتراضات پزشکان بوده است که راهکار منطقی کردن پرداخت‌ها را در مجموعه اصلاح نظام پرداخت مطرح نمودند. تأمین مالی مراکز برای پرداخت به موقع کارانه، مهم‌ترین عامل در اظهارات مشارکت کنندگان بود. رجیبی در گزارش نهایی خود به این نتیجه رسید که چالش‌های حال حاضر نظام سلامت در کنار فرصت‌ها و تهدیدهای آینده که در اثر روندهای پیش روی نظام سلامت رخ خواهد داد، توجه به

مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۲).

محدودیت‌ها: نتایج به دست آمده از پژوهش‌های کیفی اغلب به صورت موردی بیان می‌شود و اعتبارشان در محدوده موضوع با افراد مورد مطالعه صحت دارد. مطالعه حاضر در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مدیران بیمارستان‌ها و ستاد دانشگاه انجام شده است و نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون نمی‌تواند قابل تعمیم به همه دانشگاه‌ها و رشته‌ها باشد.

پیشنهادها: برای پژوهش‌های بعدی تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی بیشتر بر روی طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها و هیأت نظارت این طرح و مشکلات ساختاری طرح و هیأت‌های نظارت این طرح پردازد. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده بر روی طرح مبتنی بر عملکرد و بررسی مشکلات ساختاری این طرح پژوهش‌هایی انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

به منظور عدالت‌بخشی 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 به عنوان مکانیزمی جهت تحقق بخشیدن به این هدف و مبنایی برای اصلاح نظام پرداخت‌ها باشد؛ چرا که رابطه بین پرداخت و عملکرد هنگامی اثربخش‌تر است که بر پایه آن، جنبه‌های عملکردی که تحت کنترل و تأثیر مستقیم کارمند است، بنا شود. برای درست اجرا شدن این طرح و هیأت نظارت این طرح آیت‌هایی نظیر اصلاح نظام پرداخت کارانه، اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی، اصلاح سطوح ارجاع و پیاده‌سازی صحیح برنامه پزشک خانواده و حمایت سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند تا حدود زیادی باعث بهتر انجام

شدن این طرح شود. با بررسی راهکارهای اصلاحی اقتصادی ارتقای عملکرد نظارت و بهبود زیرساخت‌های اجرای دستورالعمل جدید طرح کارانه، پیشنهاد می‌گردد که برای بهتر اجرای شدن طرح، پایش مستمر و نظارت قوی‌تر بر طرح ادامه پیدا کند تا طرح به اهداف اصلی خود برسد که رضایت پرسنل و بیماران است. این یافته‌ها به سیاستگذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بتوانند با در نظر گرفتن راهکارهای اصلاحی، راهبردهای مناسبی در جهت اجرای نظارت و بهبود آن در طرح کارانه جدید طراحی نمایند.

مشکلات اجرایی پژوهش: ۱. پرمشغله بودن برخی افراد جامعه پژوهشی و نداشتن فرصت کافی برای انجام مشارکت کننده. محقق برای تعدیل این مشکل فرصت کافی و پیگیری‌های لازم برای به وجود آمدن فرصت مناسب برای انجام مشارکت کننده را در دستور کار قرار داد. ۲. حساس تلقی شدن موضوع برای برخی افراد، تشکیک در شرکت در مشارکت کننده و در برخی موارد عدم شرکت در مشارکت کننده. محقق برای تعدیل این موضوع به افراد شرکت کننده اطمینان داد که نامی از آن‌ها برده نشود و اطلاعات آن‌ها به طور کامل محرمانه باقی بماند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر، 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 بیمارستان‌های الزهرا (س)، کاشانی، فیض و نیز دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اعضای هیأت علمی، کارمندان محترم دانشگاه و بیمارستان‌ها اعلام می‌دارند.

References

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
2. Raeisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Fee for Service (FFS) payment on the basis of performance in Hasheminejad Hospital. Health System 2010; 2(1-2): 26-36. [In Persian].
3. Kazemi H. Salary and fee system Tehran, Iran: Management Education Center; 2001. [In Persian].
4. Ebadifard Azar F, Arab M, 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. [In Persian].
5. Acheson K, Gall MD. Supervision training. Trans. Behrangi MR. Tehran, Iran: Kamal Tarbiat; 1997. [In Persian].
 6. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Health economics for developing countries. A practical guide. London, UK: MacMillan Education; 2000.
 7. Tavakoli MR, Karimi S, Javadi M, Jabbari A. The survey of performance supervision board new system hospitals administration Alan in selected training hospitals of Isfahan: A qualitative study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2016; 14(1): 31-44. [In Persian].
 8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
 9. Astrbrg JK. Qualitative research methods in social sciences. Trans. Poorahmad A, Shamaei A. Yazd, Iran: Yazd University; 2006. [In Persian].
 10. Rajabi F. The final report analyzing the challenges and trends affecting health care system. Tehran, Iran: Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education, National Institute of Health Research; 2011. [In Persian].
 11. Bahadori M, Ibrahimipour H, Farzaneh A. The challenges of supervision on providing health services from the viewpoint of the insurer: A qualitative study. *Int J Collab Res Intern Med Public Health* 2012; 4(9): 1673.
 12. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Hum Resour Health* 2013; 11(1): 43.

Archive of SID

Economic Reform Strategies to Improve the Performance of Surveillance and Infrastructure for Implementation of New Fee for Service Guidelines, 2014: A Qualitative Study

Ali Reza Jabari¹, Saeid Karimi¹, Marzieh Javadi², Mohammad Reza Tavkoli³

Original Article

Abstract

Introduction: In year 1995, new hospital administration plan system (fee for service) was notified. Under the scheme, a dedicated percentage of specific revenues allocated as a fee for the hospital staff. In the early September 2014, new guidelines as performance-based fee for service plan with the aim to fix the deficiencies in the previous plan was reviewed and implemented in hospitals in Isfahan, Iran. This study aimed to investigate strategies for economic reforms to promote performance monitoring and improve infrastructure for implementation of the new fee for service guidelines in 2014.

Method: In this qualitative study, in-depth interviews were used to collect the data. Eleven samples consisting of middle managers and senior headquarters of university hospitals, and some faculty members and hospital officials were chosen via purposive sampling method. All interviews were recorded and then written on paper. The duration of interviews varied between 30 to 60 minutes. Data analysis in this research was based on content analysis.

Results: In this study, six main themes of strategies for economic reforms to promote performance monitoring and improve infrastructure for implementation of the new fee for service guidelines were obtained including payment system reform, price reform, defined package of services in public hospitals, financial and economic policies, reform and implementation of family physician referral system, and support of the insurers.

Conclusion: Our results define strategies for economic reforms to promote performance monitoring and improve infrastructure for implementation of the new fee for service guidelines. The most notable findings include pay reform, price reform, and financial and economic policies. These findings can help policy makers to consider the proposed revisions with appropriate strategies to monitor and improve the implementation of new fee for service plan.

Keywords: Hospitals, Fee for service, Monitoring

Citation: Jabari AR, Karimi S, Javadi M, Tavkoli MR. **Economic Reform Strategies to Improve the Performance of Surveillance and Infrastructure for Implementation of New Fee for Service Guidelines, 2014: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 112-23.

Received date: 13.11.2015

Accept date: 22.10.2016

1- Associate Professor, Department of Health Services Management AND Health Management and Health Economics Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Health Services Management AND Health Management and Health Economics Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Department of Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mohammad Reza Tavkoli, Email: moslem6868@yahoo.com