

## *Assessment of Resident Physician Program: A Case Study of Mazandaran*

Ghasem Abedi<sup>1</sup>,  
Roya Malekzadeh<sup>2</sup>,  
Afshin Amir Khanlou<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> PhD Student in Health Services Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> General Practitioner, Behshar Shohada Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received March 12, 2017 Accepted January 7, 2018)

### **Abstract**

**Background and purpose:** In order to increase the accountability of hospitals and ensuring proper medical treatments at any time of the day, physicians residing in non-administrative hours have active physical presence in the hospital and perform the diagnostic and therapeutic measures required. The purpose of this study was to assess the implementation of resident physician program in Mazandaran province, Iran.

**Materials and methods:** A qualitative study was carried out in which the participants included 27 individuals from university authorities, hospital managers, and specialists. Data was collected by semi-structured interviews using purposeful and snowball methods and continued until data saturation. Then, transcription of interview data was done to determine the meaning units, coding, classification based on similarity and proportion, and identifying themes using content analysis.

**Results:** According to the framework of the resident physician program, 13 primary themes and 47 secondary themes were extracted. This program improved the centers' responses, indicators, and processes. But some themes such as finance, infrastructures, monitoring, implementation of the program, and payments to doctors were found as challenging issues requiring more attention.

**Conclusion:** Considering the opportunities and threats, and the strengths and weaknesses of the resident physicians program, current findings could provide managers and healthcare authorities with a more comprehensive approach to the present situation.

**Keywords:** resident physicians, specialists, healthcare reform plan

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 27 (157): 181 - 193 (Persian).

## تحلیلی بر اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص: مطالعه موردی مازندران

قاسم عابدی<sup>۱</sup>  
رویا ملک زاده<sup>۲</sup>  
افشین امیرخانلو<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** به منظور افزایش پاسخگویی بیمارستان‌ها و تضمین دریافت خدمات درمانی مناسب در هر ساعت شبانه روز، پزشک مقیم در ساعات غیر اداری در بیمارستان حضور فیزیکی فعال داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام خواهد داد. هدف از مطالعه تحلیلی اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص در استان مازندران بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع مطالعه کیفی است. مشارکت کنندگان ۲۷ نفر خبره از مدیران دانشگاه، بیمارستان و پزشکان متخصص بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته به صورت مبتنی بر هدف و روش گلوله برفی جمع‌آوری شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. سپس پیاده کردن مصاحبه‌ها، تعیین واحدهای معنایی، کدگذاری، دسته بندی بر اساس تشابه و تناسب، شناسایی درون مایه‌ها انجام و با استفاده از روش تحلیل محتوا درون مایه‌ها تحلیل و تفسیر شد.

**یافته‌ها:** در مطالعه حاضر با بهره‌گیری از تحلیل چارچوبی برنامه مقیمی ۱۳ درونمایه اصلی و ۴۷ درونمایه فرعی استخراج گردید. این برنامه موجب بهبود درون مایه‌های مرتبط با پاسخگویی مراکز، شاخص‌ها و فرایندها گردید. ولی در مورد درون مایه‌هایی نظیر تامین منابع، زیر ساخت‌ها، نظارت، نحوه اجرا و پرداختی به پزشکان توجه جدی نیاز است.

**استنتاج:** با توجه به فرصت و تهدیدها، قوت و ضعف‌های اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها، یافته‌ها می‌تواند رویکرد جامع‌تری نسبت به وضعیت موجود که تصویری از ادراک مدیران و خبرگان نظام سلامت که در مواجهه با اجرای طرح بوده اند ارائه دهد.

**واژه‌های کلیدی:** مقیمی، پزشکان متخصص، طرح تحول نظام سلامت

### مقدمه

نیازهای مردم و جامعه رسالت اصلی نظام سلامت می‌باشد (۳) که تحت تاثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی پیوسته تغییر می‌کنند (۴). در دهه‌های اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه

فلسفه وجودی نظام سلامت، تولید سلامت از طریق ارائه خدمات به بیماران و رضایت مندی آن‌هاست و اگر مقبولیت و اعتماد به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت وجود نداشته باشد بخش سلامت هویت خود را از دست می‌دهد (۱، ۲). ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به

Email: roya.malekzadeh30@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** رویا ملک زاده - ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، معاونت آموزشی

۱. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. پزشک عمومی، بیمارستان شهداء بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۱۰/۱۷

کرده‌اند. اگر چه اهداف و اشکال اصلاحات بر حسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی ظاهری متفاوت دارند (۱) و در عین حال با اهداف مشترک روبرو بوده است (۵). در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامت (۱) به منظور دسترسی جامع مردم به خدمات، عدالت، کیفیت و پرداخت‌های منصفانه هدف اصلی نوآوری در نظام سلامت است (۶) و نیازمند ویژگی‌هایی نظیر بازدهی، سعی و کوشش و کار گروهی موثر است (۷). در این میان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است (۸) که پاسخ‌گویی به آن مهم‌ترین استدلالی بود که بر اساس آن بحث تحول نظام سلامت کشور طرح گردید (۹). طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با هفت برنامه یا دستورالعمل (۱۰) و با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات به عنوان اولویت در برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت (۳). که یکی از این دستورالعمل‌ها، برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش می‌باشد (۱۰) که با هدف ارائه به موقع خدمات درمانی، پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز، تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن، انجام به موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی، افزایش رضایت‌مندی مردم اجرا گردید (۱۱). استقرار سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات سلامتی و ارائه مراقبت‌های مناسب، به هنگام و کافی، جزو ضروریات سلامت انسان‌ها بوده و عمدتاً توسط دولت‌ها انجام می‌شود (۱۲). کمبود نیروی متخصص جزو چالش‌های نظام سلامت در ارائه به موقع خدمات به بیماران می‌باشد (۱۳). طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی یک سوم از تخت‌های بیمارستان به علت حوادث اشغال می‌شود که اولین مکان

بستری شدن این گونه بیماران، بخش‌های اورژانس می‌باشد (۱۴). برای بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس، دقایق و حتی ثانیه‌ها مهم هستند. چراکه ۸۵-۷۵ درصد مرگ و میرها در ۲۰ دقیقه اول بعد از حوادث رخ می‌دهند. بنابراین رسالت اصلی هر بخش اورژانس عبارت از ارائه مناسب‌ترین مراقبت‌ها در کوتاهترین زمان است (۱۵). چرا که طولانی شدن مدت زمان ویزیت، کیفیت مراقبت را کاهش و نتایج نامطلوب را افزایش می‌دهد (۱۶). در مقابل، با رسیدگی صحیح و به موقع می‌توان بیمار را از مرگ حتمی و معلولیت‌ها نجات داد (۱۵). برنامه‌ریزی و اجرای این طرح نیز به گفته صاحب‌نظران، دارای نقاط قوت و وضعی می‌باشد و با انتقادات و حمایت‌های گوناگونی همراه بوده و موافقین و مخالفین زیادی داشته است (۱۷). ادامه اجرای این طرح مستلزم شناخت فرصت‌ها و چالش‌های پیش روی متولیان اجرای این طرح است (۱۸). خیرگی و همکاران در مطالعه برنامه مقیمی پزشکان در سال ۱۳۹۴ نشان دادند بین تعداد پزشکان مقیم، حضور پزشکان مقیم مطابق با برنامه ماهیانه، گزارش ارزیابی عملکرد و رضایت‌سنجی از پزشکان مقیم و پایش عملکرد پزشک با درجه اعتبار بخشی بیمارستان‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۲). گودرزی و همکاران در مطالعه نحوه اجرای برنامه‌های شش‌گانه طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۴ نشان دادند در برنامه مقیمی پزشکان شاخص‌های حضور فعال پزشکان مقیم براساس برنامه و مناسب بودن امکانات و شرایط محل اسکان پزشکان در محیط بیمارستان مناسب بود (۱۹). با توجه به مطالعه اندکی که در زمینه حضور پزشکان متخصص مقیم در کشور انجام گرفته است، این ضرورت را ایجاب می‌کند که نقطه نظرات صاحب‌نظران در خصوص اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم و چالش‌های موجود دسته‌بندی شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تحلیل اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص طراحی و اجرا گردید. امید است که یافته‌های پژوهش بتواند مدیران ارشد دانشگاه و نیز

شبکه تصمیم‌گیری نظام سلامت کشور را در شناخت ضعف‌ها و نارسایی‌ها و تعیین نکات ضعف بحرانی در فرایند ارائه خدمات بیمارستانی یاری نماید. چنانچه این شرایط فراهم گردد کاهش هزینه درمان و ارتقاء خدمات بهداشتی و درمانی از جمله موفقیت‌هایی است که تحصیل خواهد شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا است که به صورت تحلیل ساختار و تحلیل درون مایه انجام شد. به منظور گردآوری دیدگاه‌های صاحب نظران برای دستیابی هدف مطالعه، شرکت کنندگان این پژوهش از افراد خبره و مطلع به دو برنامه تحول نظام سلامت و برنامه مقیمی، به صورت مبتنی بر هدف و با روش گلوله برفی انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع و در مرحله بعدی بر حسب معرفی این افراد، سایر کسانی که می‌توانستند با بیان دیدگاه‌های خود به پیشبرد اهداف تحقیق کمک کنند، مورد شناسایی قرار گرفتند. بدین ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت.

ملاک انتخاب شرکت‌کننده در مطالعه، آگاهی آن‌ها از برنامه مقیمی پزشکان بود و به دو گروه اصلی مدیران و پزشکان طبقه‌بندی شدند. گروه مدیران در دو زیرگروه مدیران سیاست‌گذار و برنامه ریز و مدیران مجری طبقه‌بندی شدند. مدیران برنامه ریز شامل مدیران ستادی دانشگاه و مدیران مجری شامل روسای مرکز آموزشی درمانی و بیمارستان درمانی بودند. گروه پزشکان متخصص به دو صورت مشمول برنامه و یا غیر بهره مند از برنامه بودند که تمایل به شرکت در مطالعه و بازگویی تجارب خود به محقق بودند.

روش جمع‌آوری نقطه نظرات صاحب نظران از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند مصاحبه عمیق صورت گرفت جهت

انجام مصاحبه‌ها فرم عنوانی راهنما که حاوی ۱۰ سوال کلی برای روشن کردن اهداف مطالعه بود، تهیه شد. در طراحی این سوالات علاوه بر مرور متون و از نظر کارشناسان و مدیران خبره در این حوزه استفاده گردید. در مرحله بعد به منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی دار بودن سوالات از نظر پاسخ دهندگان، با دو نفر از مدیران که از کارشناسان خبره این برنامه بودند، مصاحبه شد و بر حسب دیدگاه آنان و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام گردید. زمان جلسات مصاحبه‌ها از قبل پیش‌بینی شده و با افراد مورد نظر به صورت تلفنی و بعضاً "حضور، هماهنگی شده و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به افراد اطمینان داده شد که سخنان آنان به طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند می‌تواند از کار انصراف دهند. در صورت تمایل شرکت در مطالعه، مصاحبه ابتدا با یک سوال باز و کلی "نظرتان راجع به برنامه مقیمی چیست؟" شروع شد و با سوالاتی در خصوص نقاط قوت و ضعف برنامه مقیمی، تداوم برنامه مقیمی، فرصتها و تهدیدهای پیش‌روی برنامه، نحوه اجرای این برنامه و عواملی که موجب اجرای صحیح این برنامه در اجرا می‌شود از مشارکت کنندگان ادامه یافت. سپس سوالات بعدی و پیگیری کننده برای روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌شود، مثل "لطفاً در این باره بیشتر توضیح دهید؟"، "منظورتان چیست؟"، آیا می‌توانید با مثال عینی منظورتان را برایم روشن شرح دهید تا من حرف شما را بهتر بفهمم؟" در طول مصاحبه متناسب با پاسخ‌ها پرسیده شد. مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه با انحراف معیار ۱۰ دقیق بود. بدین منظور سعی شد، مکانی آرام و دور از هیاهوی محیط کار افراد برای انجام مصاحبه پیش‌بینی شود. ادامه مصاحبه روی

۲۷ نفر متوقف شد چرا که با مرور مکرر از استخراج مصاحبه‌های پیشین، اطلاعات اشباع شد. تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی مطالعه انجام شد. در زمان انجام مصاحبه‌ها، برای جلوگیری از مشکلات احتمالی، مباحث جلسات از طریق دو دستگاه ضبط شده و عمل پیاده‌سازی ضبط‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام شد. سپس جهت غوطه‌وری محقق در داده‌ها، مصاحبه‌ها در چند نوبت به طور میانگین مدت ۹۰ دقیقه به دقت گوش داده شد و متن تایپ شده آن چندین بار مرور، کدگذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد و برداشت‌های تایپ شده به رویت و تایید مصاحبه‌شوندگان رسانده شده و مورد بازبینی قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از یک فرایند هشت مرحله‌ای تحت عنوان تحلیل چارچوبی به شرح زیر استفاده شد:

۱) آماده کردن داده‌ها (پیاده کردن یا تایپ متن مصاحبه‌ها)

۲) تعیین واحدهای معنایی (مشخص کردن کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از بیان گفته‌های مشارکت کنندگان در مورد برنامه مقیمی به عنوان واحدهای معنایی تعیین می‌شود).

۳) کدگذاری متن (تبدیل واحدهای معنایی به برجسب‌ها، عنوان خلاصه‌ای که بیان‌گر معنای واحد انتخاب شده باشد).

۴) بازنگری کدها با متن (مرور مجدد، مقایسه کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌ها با یکدیگر و ادغام کدهای مشابه)

۵) دسته‌بندی و توسعه طبقات بر اساس تشابه و تناسب

۶) بازنگری طبقه‌ها و مقایسه مجدد با داده‌ها برای اطمینان از استحکام کدها

۷) شناسایی درون‌مایه‌ها با تأمل دقیق، عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر

۸) گزارش یافته‌ها

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی از روش‌های تعیین اعتبار شامل، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و داده‌ها، کنترل توسط خود مشارکت کنندگان (یعنی بخشی از متن مصاحبه همراه با کدهای اولیه به رویت مشارکت کنندگان رسید و میزان تجانس داده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت کنندگان مقایسه گردید). هم‌چنین تأییدپذیری یافته‌ها با کنترل توسط ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد. به این معنی که بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده توسط ناظر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر از نظرات ۲۷ نفر از مشارکت کنندگان آگاه به برنامه مقیمی پزشکان در دو گروه مدیران و پزشکان استفاده شد. گروه مدیران در دو زیرگروه مدیران سیاست‌گذار و مدیران مجری طبقه بندی شدند. ۷ نفر از مدیران برنامه ریز شامل مدیران ستادی دانشگاه و ۷ نفر از مدیران مجری شامل روسای مرکز آموزشی درمانی و بیمارستان درمانی بودند. گروه پزشکان متخصص به دو صورت ۷ نفر پزشکان مشمول برنامه و ۶ نفر غیر بهره‌مند از برنامه بودند که مایل به شرکت در مطالعه و بازگویی تجارب خود به محقق بودند. با بهره‌گیری از تحلیل چارچوبی مقیمی با ۱۳ درون‌مایه اصلی و ۴۷ درون‌مایه فرعی استخراج گردید. (جدول شماره یک).

### نگرش مثبت جامعه در باره طرح مقیمی

از دیدگاه مشارکت کنندگان یکی از پیامدهای مثبت برنامه مقیمی، نگرش مثبت جامعه به طرح تحول نظام سلامت بود و موجب اعتماد و گرایش مردم جهت مراجعه به مراکز دولتی گردید. از دیدگاه آنها «اقبال عمومی و اعتماد مردم به بیمارستان دولتی به دلیل حضور متخصص در تمامی ساعات در بیمارستان قابل توجه می‌باشد» (م ۱۲).

### نگاه و حمایت دولت

در گفته‌های مشارکت کنندگان دیده شد که «توجه به موضوع سلامت به عنوان یکی از برنامه‌های دولت، یکی از فرصت‌های مهم پیش روی برنامه بود» (م ۱۴). هم‌چنین مشارکت کننده دیگری ابراز نمود «حمایت همه جانبه دولت و مسئولین سیاسی و مذهبی از جمله فرصت‌های قابل تامل برنامه بود.» (م ۲). لحاظ نکردن نظرات ذی نفعان در تدوین و پایش برنامه

از دیدگاه مشارکت کنندگان «به نقطه نظرات دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها در تدوین آیین نامه برنامه توجه کافی نشده است.» (م ۳) هم‌چنین نفر دیگری بیان نمود «با توجه به تفاوت‌ها در کشور در اجرایی نمودن دستورالعمل مقیمی می‌بایست به نظرات ذینفعان توجه بیشتری صورت گیرد» (م ۷). «طراحی برنامه مقیمی و اهدافی که دنبال می‌کرد، بسیار خوب بود و می‌بایست در مرحله اجرا یکسری اصلاحاتی لحاظ می‌شد و وزارت متبوع با توجه به نظر دانشگاه‌ها یکسری تغییراتی در برنامه می‌داد.» (م ۱۱).

### محدودیت‌های محتوی برنامه (دستورالعمل)

بیش تر مشارکت کنندگان به مفاد دستورالعمل و محدودیت‌هایی که اجرای برنامه به وجود می‌آورد اتفاق نظر داشتند. یکی از آنها بیان نمود «برنامه به

صورت آرمانی تدوین شده و در بر نگرفتن برنامه برای بیمارستان‌های کم‌تر از ۶۴ تخت موجب دلسردی و عدم رغبت پزشکان برای پوشش این بیمارستان‌ها گردید و بیمارستان‌ها دچار مشکل شدند.» (م ۲۲). هم‌چنین «با شروع برنامه مقیمی، برنامه آنکالی در همان رشته‌ها عملاً فاقد کارایی سابق شدند و در سایر رشته‌هایی که پزشک مقیم مربوطه را ندارند، نیز موجب دلسردی پزشکان برای حضور در آنکالی به جهت تفاوت در پرداخت شد.» (م ۱۹).

### محدودیت‌های نیروی تخصصی

بیش تر مشارکت کنندگان به ناکافی بودن تعداد نیروی متخصص جهت پوشش برنامه مقیمی در بیمارستان‌ها اذعان داشتند. «در شروع برنامه به زیرساخت‌های نیروی متخصص توجه نشده است» (م ۱۴). مشارکت کننده دیگری این چنین بیان نمودند «تعداد نیروی متخصص برای پوشش کامل برنامه در بسیاری از مراکز کافی نیست و می‌بایست قبل از اجرای برنامه به زیرساخت‌ها توجه می‌شد» (م).

### محدودیت منابع مالی

در دیدگاه مشارکت کنندگان به ناپایداری منابع و تاخیر در پرداخت‌ها اشاره گردید. از دیدگاه یکی از مشارکت کنندگان «پایداری برنامه رکن اصلی برنامه است و تاخیر در پرداخت مطالبات موجب دلسردی پزشکان به همکاری با اجرای برنامه می‌شود.» (م ۲۱). «محدودیت منابع و ناپایداری و عدم همراهی سازمان‌های بیمه در پرداخت به موقع مطالبات از جمله تهدیدهای قابل تامل برنامه است.» (م ۱).

تعیین تکلیف به موقع، مدیریت موثری در اجرای مناسب برنامه داشتند» (م ۲۱).

#### رضایت مندی کارکنان

از نظر مشارکت کنندگان این برنامه «حضور پزشک مقیم در بیمارستان موجب احساس امنیت پرسنل بالینی شد» (م ۱۷). هم‌چنین مشارکت کننده دیگری بیان کرد «برنامه مقیمی علاوه بر ایجاد رضایت مندی در پزشکان متخصص به ویژه پزشکان تعهدی، موجب کاهش دغدغه پرستاران شد» (م ۲۰).

#### پایش و نظارت

تمام مشارکت کنندگان به اهمیت نظارت و نقش آن در اجرای موثر برنامه تاکید داشتند. یکی از مشارکت کنندگان این گونه بیان داشت «علاوه بر توجه به بعد نظارت در دستورالعمل برنامه مقیمی و مشخص نمودن راه کار برخورد با موارد تخلف، در اجرا به آن توجه جدی نشد.» (م ۱۳). مشارکت کننده دیگری بیان داشت «ممکن است روسای بیمارستان‌ها در برخی موارد از تخلفات پزشکان مقیمی را نادیده بگیرند و این نیازمند بازدیدهای مستمر توسط شبکه‌های بهداشت از بیمارستان‌ها و برخورد قاطع با موارد تخلف است» (م ۱۷). «در بسیاری از موارد حضور و غیاب پزشکان ثبت نمی‌شود و این کار نظارت را سخت‌تر می‌نماید» (م ۱۰). البته برخی ساز و کار نظارتی را کافی دانسته و نقص در اجرا را گوشزد نمودند. «برنامه نظارتی مقیمی خوب طراحی گردید و نیازمند توجه جدی روسای بیمارستان‌ها و مدیران شبکه‌ها به اجرای آن می‌باشد» (م ۳).

#### اجرا برنامه مقیمی

مشارکت کنندگان معتقد بودند که در اجرای برنامه می‌بایست توجه بیشتری معمول گردد. به نظر یکی از

#### محدودیت زیر ساخت‌ها

«نا کافی بودن زیر ساخت‌های لازم برای اجرای برنامه نظیر نیروی انسانی و تجهیزاتی از موانع جدی اجرای برنامه است» (م ۱۵). هم‌چنین مشارکت کننده دیگری معتقد بود «با مقیم کردن پزشک متخصص در مراکز درمانی، می‌بایست تجهیزات لازم جهت ارائه خدمت مناسب به بیماران لحاظ می‌شد تا اثربخشی برنامه بیش‌تر می‌شد» (م ۶).

#### تقویت پاسخ‌گویی

از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان «حضور پزشکان متخصص مقیم موجب پاسخ‌گویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌ها به مردم و کاهش ارجاع بیماران به مراکز خصوصی در ایام تعطیل یا زمان عصر و شب شد» (م ۹). «با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی نظام سلامت، پاسخ‌گویی مناسب به مراجعین می‌باشد، به نظر می‌رسد برنامه مقیمی توانسته است با ارائه ۲۴ ساعته خدمات اورژانسی، پاسخ‌گویی مراکز را افزایش دهد» (م ۱۷).

#### بهبود شاخص‌ها

از نظر تمامی مشارکت کنندگان برنامه مقیمی موجب بهبود شاخص‌های درمانی گردیده است. «برنامه مقیمی روی شاخص‌های کلیدی نظیر کاهش مرگ و میر، ترک با مسئولیت شخصی و افزایش رضایت مندی تاثیر داشته است» (م ۱۹). «این برنامه موجب ارتقاء شاخص‌های اورژانس گردیده است، به طوری که با حضور تمام وقت پزشکان در بیمارستان، تعیین تکلیف بیماران سریع‌تر انجام می‌گیرد.» (م ۲۳). هم‌چنین مشارکت کننده دیگری معتقد بود که «افزایش اقبال عمومی و افزایش تعداد مراجعین به مراکز درمانی، پزشکان مقیم با

آموزشی درمانی همکاری نمی‌نمایند.» (م ۶). « در برخی موارد، پزشکان مقیم هم زمان در برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت در درمانگاه‌های تخصصی و پزشک بیهوشی در ICU حضور دارند.» (م ۱۷).

#### پرداختی برنامه مقیمی

تمامی مشارکت کنندگان مبلغ مقیمی را مناسب برشمردند. «مبلغ حق مقیمی، موجب رضایت مندی و انگیزه در پزشکان جهت حضور در برنامه شد.» (م ۲۵). هم‌چنین «طولانی شدن زمان پرداخت حق مقیمی، موجب دلسردی پزشکان می‌گردد.» (م ۴).

مشارکت کنندگان « با توجه به اینکه اجرای این برنامه توقع پزشکان متخصص را جهت پاسخگویی به بیمارستان‌ها بالا برده است و با عدم تداوم برنامه و یا تاخیر در پرداخت‌ها تاثیر نامطلوب گذشته بر سیستم تکرار می‌گردد.» (م ۱۲). هم‌چنین مشارکت کننده دیگری بیان داشت « یکی از چالش‌های اجرای برنامه، عدم حضور موثر پزشکان مقیم مطابق با برنامه ماهیانه است و از طرف دیگر از عملکرد پزشکان مقیم ارزیابی صحیحی صورت نمی‌گیرد.» (م ۸). « اجرای برنامه معاونت آموزشی همکاری و درگیری جدی ندارد و گروه‌های آموزشی جهت پوشش برنامه در مراکز

جدول شماره ۱: درونمایه‌های اصلی و فرعی برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم

زیرطبقات	درونمایه‌های اصلی (طبقات)	درونمایه‌های فرعی (طبقات)
اعتماد آحاد جامعه به مراکز درمانی	نگرش مثبت جامعه در باره طرح مقیمی	نگاه مثبت به طرح مقیمی
اقبال عمومی و گرایش مردم جهت مراجعه به بیمارستان‌های دولتی	نگاه و حمایت دولت	
احساس امنیت مردم در مراجعه به مراکز درمانی	لحاظ نکردن نظرات ذی‌نفعان در تدوین و پایش برنامه	
نگاه مثبت دولت به موضوع سلامت و برنامه تحول نظام سلامت	محدودیت‌های محتوی برنامه	نقاط ضعف و محدودیت‌های طرح مقیمی
افزایش بودجه سلامت		
نظر مثبت گروه‌های سیاسی در حمایت از وزارت بهداشت		
عدم توجه به نقطه نظرات دانشگاه‌ها و مراکز درمانی جهت اصلاح برنامه		
عدم درگیری و مشارکت مناسب معاونت آموزشی وزارت بهداشت		
محدودیت ناشی از مفاد دستورالعمل و آرمانی بودن برنامه		
آسیب و تحت الشعاع قرار دادن برنامه ماندگاری		
نیود گاید لاین‌ها جهت کنترل بار مالی برنامه		
افزایش تقاضای القایی		
کم‌رنگ شدن جایگاه برنامه آنکالی		
کاهش انگیزه در پزشکان متخصص جهت حضور در بیمارستان‌های کمتر برخوردار	محدودیت‌های نیروی تخصصی	
کافی نبودن تعداد متخصص جهت پوشش برنامه مقیمی در بیمارستان		
پایدار نبودن منابع مالی	محدودیت منابع مالی	
همراهی نکردن سازمان‌های بیمه‌گر و تاخیر در پرداخت به بیمارستان‌ها	محدودیت زیر ساخت‌ها	
کافی نبودن زیر ساخت‌های نیروی انسانی		
کافی نبودن زیر ساخت‌های تجهیزاتی و ساختاری		
کافی نبودن زیر ساخت‌های فناوری اطلاعات		
درمانی درمانی و مراکز آموزشی مراکز ساخته ۲۴ پاسخگویی	تقویت پاسخگویی	
کاهش ارجاع بیماران به بیمارستان‌های خصوصی		
تسریع در ارائه خدمات اورژانسی با حضور پررنگ پزشکان مقیم در بیمارستان		
کاهش ارجاع بیماران برای خرید پروتز و برخی لوازم جراحی	بهبود شاخص‌ها	
بهبود شاخص‌های ساختاری: تعداد بیماران بستری، تعداد ویزیت، تعداد عمل جراحی		
بهبود شاخص‌های فرایندی: تعیین تکلیف بیماران، خروج بیماران زیر ۱۲ ساعت از اورژانس		
بهبود شاخص‌های نتیجه‌ای: مرگ و میر، رضایت مندی بیماران، ترک با مسئولیت شخصی		
احساس امنیت پرسنل بیمارستان	پایمدهای مثبت طرح مقیمی	
کاهش دغدغه و استرس پرسنل به ویژه ایم تحلیل و عصر و شب		
ایجاد انگیزه و امیدواری در پزشکان تمهیدی	افزایش رضایت مندی کارکنان	
افزایش رضایت مندی و انگیزه جهت حضور پزشکان متخصص مقیم		
نارضایتی و کم‌رنگ شدن ارتباط پزشکان غیرمقیم با بیمارستان		
لحاظ نمودن نظرات به عنوان یک بسته تحول سلامت		
مشخص نمودن ساز و کارهای نظارتی بر برنامه		
نظارت ضعیف روسای بیمارستان و اعضاء از تخلفات پزشکان مقیم	پایش و نظارت	
عدم ثبت ورود و خروج پزشکان مقیم توسط سوپر ویزیت‌های بیمارستان		
عدم نظارت بر عملکرد پزشکان مقیمی		
عدم برخورد قاطع با موارد تخلف از اهداف برنامه مقیمی		
اجرای ناقص و سلیقه‌ای برنامه مقیمی		
بالا رفتن توقع در کادر تخصصی		
عدم همکاری گروه‌های آموزشی جهت پوشش برنامه در مراکز آموزشی درمانی	اجرای برنامه مقیمی	
ICU: تبادل اجرای برنامه مقیمی با برنامه ارتقاء ویزیت، حضور پزشکان بیهوشی در		
از آنها سنجی رضایت و مقیم عملکرد پزشکان عدم ارزیابی موثر		
مناسب بودن مبلغ حق الزحمه برنامه مقیمی		
رضایت پزشکان مشمول برنامه از میزان پرداختی برنامه		
طولانی شدن زمان پرداخت حق الزحمه برنامه مقیمی	پرداختی برنامه مقیمی	



## بحث

با توجه به نظرات مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، برنامه مقیمی موجب بهبود شاخص‌ها و تقویت پاسخ‌گویی مراکز گردید و در مواردی نظیر اجرا و پایش و نظارت نیازمند اهتمام بیشتر می‌باشد. هم‌چنین در اجرای برنامه به زیرساخت‌های نیروی انسانی، مالی و تجهیزاتی بیشتر توجه گردد. حضور پزشکان تمام وقت موجب اعتماد مردم به مراکز دولتی و جلب حمایت و تمایل آن‌ها به این مراکز گردید. با توجه به دستورالعمل، بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت با کم‌تر از ۶۴ تخت از شمول این دستورالعمل خارج می‌شوند (۱۱) در حالی که از دیدگاه افراد مورد مطالعه این محدودیت، تهدیدی در اجرای برنامه محسوب می‌شود. بیمارستان‌های کمتر از ۶۴ تخت که شرایط برنامه ماندگاری را هم نداشته باشند، شامل هیچ مکانیزم پرداختی نمی‌شوند و این امر موجب دلسردی و بی‌انگیزگی پزشکان آن مرکز و عدم رغبت پزشکان تعهدی برای خدمت در آن مناطق می‌شوند.

برنامه پوشش کامل ماهیانه آرمانی تدوین شد و با ظرفیت متخصصین در مراکز و استان‌ها هم‌خوانی نداشت و همین امر سبب اجبار پزشکان به حضور در برنامه مقیمی گردید که خود موجب عدم پایداری پزشکان به قوانین و الزامات برنامه می‌شود. از طرفی با شروع برنامه مقیمی، پزشکانی که دارای مطب بودند و مشمول یا خواهان برنامه مقیمی نبودند، ارتباطشان با بیمارستان روز به روز کم‌تر شد و چنانچه تداوم برنامه مقیمی با مشکلی روبرو شود و مشارکت پزشکان مقیمی هم کم شود، بیمارستان‌ها با چالش جدی مواجه می‌شوند. در عمل کمبود نیروی انسانی متخصص و زیرساخت‌های لازم در بیمارستان‌ها از جمله تهدیدهای پیش روی اجرای صحیح برنامه است. علی‌دادی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان فرصت‌ها و

چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای طرح تحول نظام سلامت، عدم وجود زیرساخت‌ها، توجه نکردن به عوامل تهدید در حوزه منابع انسانی را جزو چالش‌های طرح تحول بیان داشتند (۱۸). که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد.

یافته‌ها نشان داد در زمان اجرای برنامه عدم درگیری جدی معاونت آموزشی در طرح تحول سلامت موجب گردید پزشکان هیئت علمی در این برنامه مشارکت کم‌تری داشته باشند و بعضاً آن را مقابل و در تضاد با اهداف آموزشی ببینند و در صورت اجرای این برنامه با پزشکان درمانی، شرح وظایف آن‌ها با مسائل آموزشی و کار رزیدنت‌ها تداخل پیدا می‌کند. ولی بر همگان روشن است که مسئله آموزش محدود به ساعت اداری نمی‌گردد و در تمامی ساعت شبانه روز می‌بایست از این فرصت بهره جست. مطالعه نعمت بخش (۱۳۹۴) با عنوان پژوهش در طرح تحول سلامت مویب مشخص نبودن وظایف سطوح مختلف ارائه خدمات و نحوه ارتباط بین سطوح است (۵).

دیدگاه مشارکت کنندگان پژوهش بیان‌گر افزایش تقاضای القایی بود. مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۵) تحت عنوان تاثیر طرح تحول سلامت بر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دانشگاهی همدان بیان‌گر افزایش در تعداد اعمال جراحی به دلیل اجرایی شدن کتاب ارزش‌های نسبی و افزایش چشم‌گیر تعرفه‌ها و به تبع آن شکل‌گیری نوعی تقاضایی القایی از طرف ارائه دهندگان بود که هزینه آن به دلیل هزینه پایین خدمات برای مراجع کنندگان بیش‌تر بر بیمارستان‌ها تحمیل خواهد شد (۶). که با نتایج مطالعه حاضر متجانس بود. قبل از شروع طرح تحول نظام سلامت نیز مسئله تقاضای القایی وجود داشت و الان با چند برابر شدن تعرفه‌ها، بیش‌تر نمایان گشت.

از دیدگاه مشارکت کنندگان برنامه مقیمی موجب تقویت پاسخگویی مراکز گردید. هم‌چنین حضور پزشکان متخصص تمام وقت در بیمارستان

نمودند. هم‌چنین پزشکان پس از اجرای طرح توصیه‌های کمتری در خصوص بهبودی و بهزیستی بیمار به وی ارائه نمودند که نشان دهنده افت عملکرد در اجرای طرح تحول نظام سلامت است (۴). که با یافته و اهداف اصلی طرح مغایرت دارد از طرفی با یافته‌های این مطالعه که تاکید بر حضور موثر پزشکان دارد هم‌خوانی دارد. علاوه بر این حضور پزشکان مقیم در اورژانس بیمارستان‌ها علاوه بر بهبود در شاخص‌های فرایندی و نتیجه‌ای، سطح آموزش و افزایش مهارت پرسنل پرستاری را تقویت نمود و استرس کارکنان را در رویارویی با بیماران اورژانسی و بدحال کاهش داد و موجب احساس امنیت و آرامش در آنها گردید. علاوه بر پرسنل پرستاری در پزشکان تعهدی نیز انگیزه و امیدواری ایجاد نمود. پزشکیانی که با شروع دوران تعهد برخلاف گذشته رقم قابل توجهی در قبال خدمات خود دریافت کردند.

در مطالعه حاضر از جمله عواملی که موجب ضعف در اجرای برنامه گردید، ضعیف بودن نظارت بر اجرای صحیح برنامه بود. بر خلاف اینکه سطوح نظارتی در آیین نامه دیده شده بود. ولی نظارت در سطح بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان را وارد چالش جدی با پزشکان متخصص کرد. با توجه به اینکه رئیس بیمارستان به خدمات فنی و مشارکت پزشکان در بیمارستان نیاز دارد، چالش بین روسای بیمارستان و پزشکان نباید از یک حد منطقی خارج شود، در غیر این صورت به صورت معکوس عمل می‌کند. و ممکن است در اجرای سایر برنامه‌های بیمارستان‌ها چالش ایجاد کند. از همین رو رئیس بیمارستان تخلف پزشکان و یا عدم حضور کامل در زمان مقیمی را نادیده گرفته و اغماض می‌کنند. علاوه بر این ساز و کارهای نظارتی باید تغییر نموده و از نظارت بر حضور پزشک به سمت نظارت بر حضور موثر پزشک تغییر باید و این امر به اثربخشی حضور پزشکان مقیم در بیمارستان و درگیری آن‌ها در برنامه‌های درمانی در ساعت غیر اداری منتج

موجب ارتقاء شاخص‌های ساختاری نظیر تعداد ویزیت، تعداد بستری، تعداد جراحی و بهبود شاخص‌های فرایندی نظیر تعیین تکلیف بیماران اورژانسی و خروج کم‌تر از ۱۲ ساعت بیماران از اورژانس، مشاوره‌های بیمارستان، ضریب اشغال تخت و متوسط اقامت بیماران و هم‌چنین بهبود شاخص‌های نتیجه‌ای نظیر کاهش مرگ و میر و ترک با مسئولیت شخصی و افزایش رضایت‌مندی بیماران و زایمان طبیعی شد. پژوهش فریدفر با عنوان تأثیر اجرای طرح تحول سلامت بر شاخص‌های کلینیکی، پاراکلینیکی، جراحی و هم‌چنین سطح رضایت‌مندی بیماران در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی حضرت رسول اکرم در سال ۱۳۹۵ نشان داد که گردش کار بیمارستان‌ها و میزان پذیرش‌ها بعد از اجرایی شدن طرح تحول در بیمارستان به طور کلی و در کلینیک‌ها و پاراکلینیک‌ها به طور اختصاصی افزایش یافت (۸). پژوهشی که توسط کثیری و همکاران (۱۳۹۴) در ارتباط با این شاخص‌ها تحت عنوان بررسی نقش اجرای طرح تحول سلامت بر بهره‌وری یک بیمارستان و بهره‌برداری از تخت‌ها قبل و بعد از اجرای طرح تحول انجام شد، موجب افزایش در درصد اشغال تخت و گردش تخت شد (۲۰). هم‌چنین ملک زاده و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه بررسی علل ترک با مسئولیت شخصی بر کاهش این شاخص بعد از اجرای طرح تحول اشاره داشتند (۲). که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت.

از دیدگاه مشارکت کنندگان طرح مقیمی فاصله بین ویزیت پزشک اورژانس و بستری بیمار را به ویژه در ایام تعطیل و زمان عصر و شب کوتاه کرد و شکاف عدم حضور پزشک متخصص در بیمارستان را پر کرد. مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه میزان رضایتمندی مراجعین اورژانس مرکز شهدای تجریش قبل و بعد از استقرار طرح تحول نظام سلامت موید این نکته بود که از دیدگاه بیماران، پس از اجرای طرح، پزشکان دقت و زمان کم‌تری صرف معاینه بیماران

شود. مطالعه‌ای که توسط اولیا منش و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان تأثیر اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و طرح تحول سلامت بر شاخص عدالت در هزینه‌های سلامت خانوار انجام شد بیان می‌کند که اجرای دقیق و صحیح قوانین مصوب در اصلاحات نظام سلامت می‌بایست مورد توجه قرار گیرد (۲۱) که با یافته‌های مطالعه هم‌سو می‌باشد.

از جمله موارد اجرای سلیقه‌ای و ناقص برنامه را می‌توان به عدم ارزیابی موثر عملکرد پزشکان مقیم و رضایت سنجی از آن‌ها نام برد. حق مقیمی بر اساس نمره عملکرد واقعی و احصاء شده محاسبه و پرداخت نمی‌گردد. مطالعه خیری و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان مطالعه برنامه مقیمی پزشکان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی نشان داد که بیش‌ترین میانگین مربوط به عدم دریافت وجه از بیماران خارج از روال صندوق بیماران و کم‌ترین میانگین مربوط به بعد گزارش ارزیابی عملکرد و رضایت سنجی از پزشکان مقیم بود (۱۲). هم‌چنین گودرزی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه نحوه اجرای برنامه‌های شش‌گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان نظارت بر درمان نشان دادند در برنامه مقیمی پزشکان شاخص‌های حضور فعال پزشکان مقیم براساس برنامه اگرچه وضعیت تحقق صد در صدی نداشته‌اند، اما در وضعیت نسبتاً مطلوبی بوده‌اند (۱۹). که با نتایج مطالعه حاضر هماهنگ بود.

زمان پرداخت حق الزحمه مقیمی پزشکان با توجه به تئوری دستورالعمل ماهیانه پیش‌بینی شده بود (۱۱) ولی در عمل با توجه به مشکلات مالی و تامین منابع مالی لازم طولانی شده است، که تداوم برنامه، رضایت و انگیزه پزشکان مقیم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه‌ای که توسط اولیا منش و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان تأثیر اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و طرح تحول سلامت بر شاخص عدالت در هزینه‌های سلامت خانوار انجام شد بر اجرای دقیق و صحیح قوانین مصوب، تأمین مالی به موقع در اصلاحات نظام سلامت

تاکید گردید (۲۱). حیدریان و وحدت (۱۳۹۴) در مطالعه تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت از جیب بیماران بر پایداری منابع و بستر لازم که بایستی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق‌های بیمه‌ای و درمانی کشور به منظور بالا بردن سطح کیفیت ارائه مطلوب خدمات به سرعت فراهم شود تأکید می‌کنند (۱). که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

رئیس بیمارستان موظف است فضا و امکانات رفاهی مناسب جهت اقامت پزشک مقیم فراهم نماید (۱۱) که یافته‌ها بیانگر نامناسب بودن امکانات اسکان پزشکان بود. گودرزی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه نحوه اجرای برنامه‌های شش‌گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان نظارت بر درمان نشان دادند مناسب بودن امکانات و شرایط محل اسکان پزشکان در محیط بیمارستان در برنامه مقیمی پزشکان مطلوب بود (۱۹) که با نتایج عملی مطالعه هم‌خوانی ندارد.

به نظر می‌رسد که طرح تحول نظام سلامت علی‌رغم همه محاسن احتمالی، در برخی جوانب با نقایصی روبروست و نیازمند پایش و ارزیابی دوره‌ای جهت رفع این نواقص می‌باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر برنامه مقیمی در تامین منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی، اطلاعاتی و نظارت دچار چالش می‌باشد ولی در شاخص‌های فرایندی و پیامدی موفق بود. لذا پیشنهاد می‌گردد در تعیین اولویت رشته‌ها به شرایط و الگوی بیماری بومی و منطقه‌ای توجه نمود و جهت استمرار آن به طراحی منابع پایدار و مکانیزم‌های مرتبط با پرداخت‌ها، تربیت نیروی انسانی مورد نیاز، تقویت مشارکت اعضای هیئت علمی در اجرای برنامه در مراکز آموزشی درمانی، توجه به عملکرد پزشکان در برنامه، تمرکز بر راهنماهای بالینی اقدام نمود. نظارت موثر از طریق باز تعریف سطوح نظارتی، تقویت نظارت موثر و مستمر در تمامی سطوح،

نویسندگان از حمایت‌های معاون و مدیران معاونت درمان و روسا و پزشکان بیمارستان‌های شرکت کننده در انجام پژوهش نهایت تشکر را دارند.

تقویت برخورد با متخلفین منطبق با دستورالعمل نیز جایگاه مهمی در اجرای صحیح برنامه دارد.

## سپاسگزاری

## References

1. Heidarian N, Vahdat S. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. *J Med Counc I.R. Iran.* 2015; 33(3):187-194.(persian)
2. Malekzadeh R, Araghian Mojarad F, Amir Khanlou A, Sarafraz S, Salmanpour M. Causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated with Mazandaran university of medical sciences, 2014. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2016; 26(140): 95-102.(persian)
3. Pirooz B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014-2015. *Iranian J Epidemiol.* 2016; 11(4): 1-9.(persian)
4. Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar MM, Motamedi M, Tarkhorani M. Patient satisfaction before and after executing health sector evolution plan. *Iranian Journal of Emergency Medicine.* 2015; 2(3):127-133.(persian)
5. Nematbakhsh M. Research on health system reform plan. *Iran J Med Edu.* 2015; 15(11): 64-66.(persian)
6. Rezaei S, Arab M. Effects of the New Health Reform Plan on the Performance Indicators of Hamedan University Hospitals. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2016; 14(2): 51-60.(persian)
7. Seaburg LA, Wang AT, West CP, Reed DA, Halvorsen AJ, Engstler G, et al. Associations between resident physicians' publications and clinical performance during residency training. *BMC Medical Education.* 2016; 16(1):22.
8. Faridfar N, Alimohammadzadeh K, Seyedin SH. The impact of health system reform on clinical, paraclinical and surgical indicators as well as patients' satisfaction in Rasoul-e-Akram hospital in 2013 to 2014. *Razi Journal of Medical Sciences(RJMS).* 2016; 22(140): 92-99.(persian)
9. Amalberti R, Nicklin W, Braithwaite J. Preparing national health systems to cope with the impending tsunami of ageing and its associated complexities: towards more sustainable health care. *Int J Qual Health Care.* 2016; 28(3): 412-414.
10. Tavan H, Menati R, Alimardani O, Sayadi F, Borgi Satisfaction M. with health reform plan from patients' and their accompaniment in Shahid Mostafa Khomeini Hospital of Ilam in 2015. *Nursing Journal of Valnerable (NJV).* 2016; 2(5): 27-39.(persian)

11. Iran:Ministry of Health and Social Services. Set guidelines for health system reform plan in:Ministry of Health of Iran ; 2014. p. 26-34.(persian)
12. Kheri F, Goudarzi L, Meshkini A, Khaki A. Resident physicians program in university hospitals. Criticism of the Government in Health XI; Tehran; 2015.
13. Mahdian S, Jahangard M. Challenges in the implementation of healthcare reform in three different time and provide ways to remove barriers. Criticism of the Government in Health XI; Tehran; 2015.
14. Asadi P, Kasmaie VM, Zohrevandi B, Ziabari SMZ, Marzbani BBMB. Disposition of Patients Before and After Establishment of Emergency Medicine Specialists. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2014; 1(1): 28-33.
15. Mohtasham Amiri Z, Haghdoost Z, Mohseni M, Asadi P, Kazemnezhad Leili E. Patients discharged before and after presence of medical emergency specialists. J Holist Nurs Midwifery. 2014; 24(1): 64-70.(persian)
16. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. Ann Emerg Med. 2010; 55(2): 133-141.
17. Akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors (Editorial). Journal of Anesthesiology and Pain(JAP). 2014; 5(1): 1-2.
18. Alidadi A, Zaboli R, Hosenishoko S, Chaghari M, Moenimatin H. Opportunities and challenges of main program to reduce Patients pay out of pocket. Criticism of the government in health XI; Tehran, 2015.
19. Goudarzi L, Kheri F, Meshkini A, Khaki A. How to implement six healthcare reform plan From the perspective of experts to monitor treatment. Criticism of the government in health XI; Tehran, 2015.
20. Kasiri K, Raeisi A, Ahmadi S, [editors]. Hospital productivity in Isfahan Feiz hospital: Before-after new health reform plan. The Second International Conference of Management: Challenges, Solutions; 2015.
21. Oliamanesh A, Rashidian A, Takian A, Hamaei Rad A, Zandian H. The effect of targeted subsidies law and health development plan based equity index of household health costs. Criticism of the Government in Health XI; Tehran, 2015.