مقاله پژوهشی

ارزشیابی برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران: یک رویکرد کیفی

ابراهیم جعفری پویان[۱]، امیرحسین جهانشیر[۲]، مریم‌السادات عسکری[۳]، مریم تاجور[۴]، مرتضی رابطی[۵*]

۱- دانشیار گروه علوم مدیریت واقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- دانشیار گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- استادیار گروه علوم مدیریت واقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت واقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** خیابان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، تهران، Email: rabeti73m@gmail.com.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰**

چکیده

مقدمه: *بیمارستان‌ها به عنوان یک مرکز شبانه‌روزی در همه نظام‌های سلامت شناخته می‌شوند. در یکی از بسته‌های مهم طرح تحول به منظور ارتقای پاسخگویی به مراجعه‌کنندگان در ساعات غیراداری و تعطیل، پزشکان مقیم با تخصص‌های مختلف از سال ۱۳۹۳ در بیمارستان به‌خصوص اورژانس مستقر شده‌اند که انتظار می‌رفت در عملکرد اورژانس و رضایت بیماران تاثیر به‌سزایی داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی بسته پزشکان متخصص مقیم اورژانس، به بررسی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌های بهبود آن پرداخته است.*

روش کار: *در این پژوهش کیفی با ۱۹ پزشک متخصص، ۲ پزشک فوق تخصص، ۴ پزشک عمومی و ۲ کارشناس که عمدتا از پزشکان مقیم و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند، مصاحبه نیمه ساختارمند به عمل آمده است. تحلیل داده‌ها با استراتژی تحلیل موضوعی و با کمک نرم‌افزار MAXQDA 10 انجام شد.*

یافته‌ها: *حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب و تسریع در تعیین تکلیف بیماران مهم‌ترین نقاط قوت بسته و نظام پرداخت، نبود نظارت بر عملکرد پزشکان و آسیب به آموزش دانشجویان چالش‌ها و نقاط ضعف اصلی طرح بوده است.*

نتیجه‌گیری: *اهمیت بیمارستان‌ها بدون حضور پزشکان به‌ویژه در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی بسیار ناچیز خواهد بود. دستورالعمل برنامه پزشکان متخصص مقیم نسبت به سایر بسته‌های طرح تحول نظام سلامت به طور دقیق اجرا نشد. علل و عوامل متعددی در این پژوهش برای این بی‌توجهی شناسایی شد که می‌توانند تا حدی راهگشای سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت باشند.*

واژگان کلیدی *بسته پزشکان متخصص مقیم، طرح تحول نظام سلامت، علوم پزشکی تهران، اورژانس، مقیم*

مقدمه

ماموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخگویی به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تاثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دائما در حال تغییر بوده و به‌خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌کنند. پاسخگویی به این تغییرات مهم‌ترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را تحول و ارتقا داد [۱]. در همین راستا طرح تحول سلامت به عنوان یکی از جامع‌ترین برنامه‌های اصلاحی در سال‌های اخیر در سال ۱۳۹۳ شروع شد که اصلاحات مرتبطی برای همه حوزه‌های درمان، بهداشت و آموزش در

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

آن پیش‌بینی شـده بود. برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامـه‌های طـرح تحول نظام سـلامت، به منظور بهره‌مندی به هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در مراکز درمانی مذکور اجرا می‌شود [۲-۴]. ارائه به‌موقع خدمات درمانی، پاسـخگویی ۲۴ سـاعته بیمارسـتان‌های آموزشی درمانی، تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن، انجام به هنگام ویزیت بیماران و افزایـش رضایت‌مندی مردم از جمله اهداف بسـته «حضور پزشکان متخصص مقیم» است [۵،۶].

حاضر نبودن تمام وقت پزشـکان در بیمارستان‌ها یکی از چالش‌های بسـیار مهم نظام‌های سلامت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به‌شمار می‌رود که عمدتا در قالب معضل فعالیت دو گانه[1] نمود بیشتری پیدا کرده است [۷]. این مسئله به‌ویژه در بیمارسـتان‌های آموزشی و با حضور دانشجویان پزشکی در بیمارسـتان که قادر هسـتند تا حد زیادی فعالیت‌های بالینی پزشـکان را پوشـش دهند و همچنین نوع نظـام پرداخت به پزشـکان، شدت بیشـتری پیدا کرده است. اسـتفاده از روش پرداخت متناسـب برای تنظیم نوع رفتار پزشـکان نیز در این زمینـه مورد توجه بوده اسـت [۸]. به‌طور مثـال در برخی از نظام‌هـا همانند نظام طب ملی انگلیس برای حل این مشـکل کلیه پزشـکان متخصص در استخدام بیمارستان‌ها و تمام‌وقت هستند و نظام پرداخت به صورت حقوق است [۹،۱۰].

حضـور تمام‌وقت پزشـکان در بیمارسـتان‌ها و در بخش اورژانـس به‌دلیل فوریـت خدمات ارائه شـده در این بخش از اهمیت خیلی بیشـتری برخوردار اسـت. بخش اورژانس یکی از پرمخاطره‌ترین و حسـاس‌ترین بخش‌های بیمارستان است [۱۱]. هدف اصلی واحد اورژانـس ارائه خدمات دارای کیفیت بـالا در کوتاه‌تریـن زمان ممکن اسـت و عملکـرد این بخش می‌تواند تاثیر فراوانی بر دیگر بخش‌ها، عملکرد کلی بیمارستان و رضایت بیماران داشـته باشد [۵]. بهره‌مندی از منابع انسانی باتجربه و مؤثر، نقشی بسیار حیاتی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارد. علاوه بر این، پیچیدگی و تخصصی بودن مراقبت و درمان در بخش اورژانس، اهمیت حضور کارکنان متخصص و باتجربـه در این بخش را چند برابر می‌کند [۱۲]. برای بیماران مراجعـه‌کننـده بـه اورژانـس، دقایق و حتـی ثانیه‌ها مهم هسـتند زیرا ۸۵-۷۵ درصـد مـرگ و میرهـا در ۲۰ دقیقـه اول بعـد از حـوادث رخ مـی‌دهنـد. بنـابراین رسـالت اصـلی هـر بخـش اورژانـس عبارت از ارائـه مناسـب‌ترین مراقبـت‌هـا در کوتـاه‌ترین زمان است، زیرا طولانی شدن مدت زمـان ویزیت، کیفیت مراقبت را کاهـش و نتایج نـامطلوب را افـزایش می‌دهد[۱۳].

برای پوشـش شـیفت‌های عصر و شـب معمولا از پزشک عمومـی یا متخصص طب اورژانس اسـتفاده می‌شـود که در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت‌های رشته‌های اصلی (جراحی عمومـی، داخلـی، قلب و ارتوپـدی) نیز حضـور دارند. فقدان دسترسـی به متخصصـان و اعضای هیئت علمی رشـته‌های تخصصی از یک‌سـو و پیاده نشـدن صحیح نظام آنکالی باعث افزایش مدت زمان حضور بیماران در اورژانس و تأخیر در ارائه خدمات شده اسـت. این موارد نهایتاً موجب نارضایتی بیماران از روند درمان می‌شود، بنابراین دسترسی به پزشکان متخصص در ۲۴ ساعت شبانه‌روز از اهمیت بالایی برخودار است.

مطالعات خیلـی محدودی در ارتباط با ایـن برنامه انجام گرفتـه اسـت. جعفـری سـیریزی و همـکاران در مطالعه‌ای در بیمارسـتان‌های دولتـی اسـتان آذربایجان غربـی به این نتیجه رسـیدند کـه حضور دائمی متخصصـان مقیم بر بهبود شـاخص‌های عملکردی بخش اورژانس تاثیرگذار بوده اسـت [۵]. در مطالعـه‌ای مهم‌ترین دلیـل افزایش مـدت اقامت بیماران در بخش اورژانس، غیبت پزشک آنکال متخصص طب اورژانس بر بالین بیمار است [۱۵]. به همین صورت، نصیری‌پور و همکاران در پژوهش خـود عنـوان کـرده‌انـد کـه حضور تمام‌وقت پزشک متخصـص عـلاوه بـر کـاهش مـدت اقامت در بیمارستان، باعث افزایش کارآیـی تخت‌های بیمارستانی و صرفه‌جویی در زمان، تجهیزات و نیروی انسانی می‌شود و با استفاده از این روش می‌توان کمبود تخت در ایران را تا حدی حـل کـرد [۱۱]. در نهایت بر اسـاس نتایج ملک‌زاده و همکاران، اجرای برنامه پزشـکان متخصص مقیم موجب بهبود

1.Dual Practice

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

درون‌مایه‌های مرتبط با پاسخگویی مراکز، شاخص‌ها و فرآیندها شد اما درمورد درون‌مایه‌هایی نظیر تامین منابع، زیرساخت‌ها، نظارت، نحوه اجرا و پرداختی به پزشکان توجه جدی نیاز است [۱۵]. ادامه اجرای این طرح مستلزم شناخت فرصت‌ها و چالش‌های پیش روی متولیان اجرای این طرح است. باتوجه به اهمیت حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها و تاثیر این حضور بر کیفیت خدمات و فقدان مطالعات کافی در این حوزه، پژوهش حاضر با بهره‌مندی از نظرات ذی‌نفعان اصلی این برنامه به شناسایی نقاط قوت، ضعف و چالش‌ها و عوامل تسهیل‌کننده پرداخته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعه کیفی است و با رویکرد استقرایی انجام شده که در آن برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته[۲] و راهنمای مصاحبه[۳] و برای تحلیل داده‌ها نیز از استراتژی تحلیل موضوعی[۴] استفاده شده است. پزشکان شرکت‌کننده در برنامه مقیمی بیمارستان‌ها، معاونین درمان بیمارستان‌ها، مدیران بیمارستان، کارشناسان آمار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت هدفمند و گلوله برفی مصاحبه شدند. ابتدا نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع و در مرحله بعدی برحسب معرفی این افراد، بقیه کسانی که می‌توانستند با بیان دیدگاه‌های خود به پیشبرد اهداف تحقیق کمک کنند، شناسایی شدند. باتوجه به هدف نهایی طرح که شناسایی نقاط قوت و ضعف و چالش‌ها و موانع اجرای طرح مقیمی پزشکان بود، با ۲۷ نفر که به‌طور اختصاصی شامل پزشکان فوق تخصص گوارش، متخصصان طب اورژانس، داخلی، بیهوشی، جراحی، ارتوپدی، پزشکان عمومی و کارشناسان آمار بودند، مصاحبه شد که در جایگاه‌های ریاست بیمارستان، پزشک مقیم، مدیر یا معاون درمان، رئیس بخش اورژانس و کارشناس مدیریت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه اشتغال داشتند. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع پیش رفت. اظهارات مصاحبه‌شوندگان پس از ضبط، به‌طور دقیق پیاده‌سازی شد تا تحریف و سوءبرداشت از اظهارات به حداقل برسد.

با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10 هریک از مصاحبه‌ها به صورت جداگانه کدگذاری شدند و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آنها با چارچوب مفهومی مصاحبه استخراج شد که از آن برای ایجاد مضامین اختصاصی و اصلی مرتبط قوت‌ها، ضعف‌ها و چالش‌های طرح استخراج شد. سپس این کدها توسط تیم پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شد و ارتباط بین هر کدام از اجزای الگو با زیرمجموعه آن مشخص شد.

این فرآیند چندین بار تکرار شد و با یک نگاه استقرایی[۵] جداول مضامین اصلی و فرعی تدوین و با یکدیگر مقایسه شد. در هر جا که لازم بود، برای درک بهتر اظهارات افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع شده و مطالب لازم به آن اضافه شد. درخصوص کیفیت[۶] فرآیند تحقیق، نتایج اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها با چند نفر از مصاحبه‌شوندگان و همچنین تیم پژوهش چک شد تا از کامل بودن آنها اطمینان حاصل شود[۷].

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش براساس ۲۷ مصاحبه با افراد فعال در طرح مقیمی (۱۹ نفر مرد و ۸ نفر زن با میزان تحصیلات ۲ کارشناسی، ۴ پزشک عمومی، ۱۹ پزشک متخصص و ۲ فوق تخصص) به‌دست آمد که به ترتیب نقاط قوت، ضعف و چالش‌ها در ۱۱ درون مایه اصلی و ۲۸ درون مایه فرعی دسته‌بندی شدند (جدول ۱).

الف- نقاط قوت:

حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب

اغلب مصاحبه‌شوندگان شاید مهم‌ترین نقطه قوت این طرح را حضور اساتید در شیفت‌های عصر و شب می‌دانستند که برخی مدعی بودند این امر به آموزش و کاهش استرس رزیدنت‌ها

2.Semi-structured

3.Topic guide

4.Thematic analysis

5. Inductive

6. Rigour

7. Respondent and Peer validation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۱- نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و تسهیل‌کننده‌های اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص

موضوع اصلی	مضمون اصلی	مضمون فرعی
نقاط قوت	حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب	◀دسترسی سریع‌تر به اساتید ◀کاهش استرس رزیدنت‌ها ◀آموزش بهتر رزیدنت‌ها ◀افزایش اعتماد بیماران
	کاهش مدت اقامت بیماران	◀افزایش کیفیت ویزیت در بیمارستان‌ها مخصوصا در مراکز غیرآموزشی ◀تسریع تعیین تکلیف بیماران با حضور پزشکان مقیم به‌خصوص طب اورژانس ◀امکان ترخیص در شیفت عصر و شب به دلیل حضور اساتید
نقاط ضعف و چالش‌ها	نظام پرداخت	◀پرداخت نامنظم حق مقیمی ◀فقدان جذابیت و کفایت حق مقیمی ◀نبود سیاست واحد در پرداخت حق مقیمی ◀تضاد نظام کلی پرداخت با ماهیت کار پزشکان طب اورژانس
	نبود نظارت بر عملکرد پزشکان	◀نبود برنامه نظارتی به منظور کنترل کیفیت خدمات پزشکان ◀مناسب نبودن سیستم نظارتی حضور غیاب
	آسیب به آموزش دانشجویان	◀کاهش اختیارات و قدرت تصمیم‌گیری رزیدنت‌ها ◀افزایش وابستگی رزیدنت به اساتید ◀مشخص نبودن رابطه آموزشی پزشک مقیم مدعو و فلوشیپ‌ها در شیفت عصر با رزیدنت‌ها
	کاهش کیفیت خدمات در شیفت صبح	◀کمبود پزشک متخصص جهت مقیمی ◀افزایش تعداد شیفت‌های هیت علمی ◀خستگی و کاهش عملکرد پزشکان در شیفت صبح
	اجباری بودن مقیمی	◀اجبار اجرایی کردن طرح بدون در نظر گرفتن انگیزه پزشکان
	نبود کار تیمی	◀افزایش بار مراجعه بخش اورژانس در شیفت عصر و شب ◀ثابت ماندن نیروی بخش‌های پاراکلینیک و پشتیبانی در شیفت‌های عصر و شب ◀ترخیص نکردن بیماران بخش‌های بستری
	تضاد برنامه مقیمی با آنکال	◀بستری بیمار به نام پزشک آنکال در شیفت پزشک مقیم ◀نپذیرفتن مسئولیت بیمار توسط پزشکان آنکال در شیفت صبح ◀قدرت پایین پزشکان مقیم در مقابل پزشکان آنکال
	نبود نیازسنجی برای تخصص‌های مقیم	◀بی‌توجهی به تفاوت‌های بیمارستان آموزشی و غیرآموزشی در برنامه‌ریزی
	نبود امکانات رفاهی	◀در نظر نگرفتن امکانات رفاهی مناسب در شأن هیئت علمی
عوامل تسهیل‌کننده	طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازسنجی	◀در نظر گرفتن نوع بیمارستان (آموزشی و درمانی) در طراحی برنامه ◀تفاوت قائل شدن بیمارستان‌های سطح دو و سه
	شفاف بودن ارتباطات و شرح وظایف	◀شفافیت رابطه آموزشی پزشک مدعو با رزیدنت‌ها ◀شفافیت رابطه پزشک آنکال با پزشکان مقیم
	مدل پرداخت متناسب	◀تفاوت در پرداخت حق مقیمی بیمارستان سطح یک و دو ◀پرداخت به موقع حق مقیمی ◀یکسان‌سازی پرداخت بیمارستان‌های مشابه و یکسان
	امکانات رفاهی	◀فراهم کردن امکانات رفاهی از قبیل (اتاق استراحت، امکانات مطالعه و پژوهش، تلویزیون، چای‌ساز و...)
	سیستم نظارت کیفی و کمی اثربخش	◀تغییرنظارت حضور غیاب به سیستم نظارتی کیفی و کمی اثربخش ◀بررسی کیفیت ویزیت‌های انجام شده پزشکان ◀بررسی برنامه درمانی انتخاب شده برای بیماران

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

کمک می‌کند. همچنین در بیمارستان‌های غیرآموزشی که اورژانس بیمارستان‌ها توسط یک پزشک عمومی و با سیستم آنکالی مدیریت می‌شد این طرح باعث رضایت‌مندی و افزایش اعتماد عمومی بسیاری شد. «در بیمارستان‌های غیرآموزشی، کوچک و دورافتاده که شب‌ها پزشک مقیم نداشتند و پزشک آنکال داشتند، یک شکاف زمانی و برخی مشکلات پیش می‌آمد از قبیل چطوری آنکال بیاید؟ احتمال از دسترس خارج شدن آنکال‌ها بود؟ در این بیمارستان‌ها بسیار مفید بود اما در بیمارستان‌های آموزشی که دستیار سال چهار حضور داشت، پزشک مقیم صرفاً حضور فیزیکی داشته و هیچ‌گونه عملکردی نداشت.»

کاهش مدت اقامت بیماران

به نظر برخی از مصاحبه‌شوندگان باتوجه به حضور اساتید در شیفت عصر و شب کیفیت ویزیت‌ها افزایش یافته بود و بیماران سریع‌تر از گذشته تعیین تکلیف می‌شدند. همچنین باتوجه به اینکه رزیدنت‌ها نسبت به ترخیص بیماران در ساعت عصر و شب با احتیاط بیشتری عمل می‌کردند، با حضور اساتید در ساعت عصر و شب ترخیص بیماران نسبت به گذشته افزایش یافته و بیماران زمان کمتری را در اورژانس می‌ماندند.

ب- نقاط ضعف و چالش‌ها:

نظام پرداخت

منابع مالی برنامه طرح تحول از مهم‌ترین چالش‌ها و نقاط ضعف آن تلقی می‌شود که از نظر مصاحبه‌شوندگان مهم‌ترین آن پرداخت‌های نامنظم و مکفی نبودن حق مقیمی بود که بعد از گذشت ۴ سال از طرح تحول افزایش نیافته که این امر منجر به خارج شدن برخی از جراحان از طرح تحول شده است. برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان بر اجرای غلط سیاست حق مقیمی تاکید داشتند و معتقد بودند در بیمارستان‌های مشابه و تخصص یکسان حق مقیمی‌ها متفاوت و با فاصله زمانی بهتر پرداخت می‌شود. در نهایت عده‌ای از مدیران ارشد بیمارستان‌ها بیان داشتند که ماهیت تخصص طب اورژانس با نظام پرداخت کارانه در تضاد است و همین باعث ایجاد تقاضای القایی می‌شود.

نبود نظارت بر عملکرد پزشکان

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان پروتکل‌های نظارتی مناسبی برای برنامه مقیمی پیش‌بینی نشده بود. آنها بر این عقیده بودند که باید عملکرد کیفی پزشکان بررسی و کنترل شود و همچنین حضور و غیاب دستی اصلا روش مناسبی برای کنترل پزشکان مقیم نبود.

آسیب به آموزش دانشجویان

اساتید هیئت علمی از تاثیر برنامه مقیمی بر آموزش رزیدنت‌ها رضایت نداشتند و معتقد بودند قدرت تصمیم‌گیری آن‌ها را در درازمدت کاهش می‌دهد زیرا باوجود پزشکان مقیم در شیفت‌های عصر و شب اختیارات آن‌ها کاهش یافته و وابستگی آن‌ها را به اساتید بیشتر می‌کند. همچنین در برخی از بیمارستان‌ها که اعضای هیئت علمی در برنامه مقیمی شرکت نداشتند و بیمارستان مجبور بود برای تکمیل شیفت‌های پزشک مقیم از پزشکان مدعو استفاده کند، رابطه آموزشی رزیدنت‌ها با پزشکان مقیم مدعو مشخص نبود.

کاهش کیفیت خدمات در شیفت صبح

باتوجه به بی‌میلی پزشکان به شرکت در برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت و اجبار در اجرای این طرح، بیمارستان‌ها ناگزیر از واگذاری شیفت‌های بیشتری برای پزشکان مقیم بودند. این امر در میزان کیفیت خدمات ارائه شده در شیفت‌های صبح تاثیرگذار بود. «بزرگ‌ترین ضعف خستگی پرسنل مقیمی به‌خاطر شیفت‌های کاری زیاد است. فردی که صبح، عصر و شب هم شیفت بوده است، تمرکز لازم را برای ارائه خدمت ندارد.»

اجباری بودن طرح تحول

شرکت در برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت برخلاف میل باطنی و رضایت قلبی باعث کم‌کاری و کاهش کیفیت خدمات در شیفت عصر و شب می‌شد.

ضعف کار تیمی

مصاحبه‌شوندگان به این موضوع اشاره داشتند که تمرکز برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت تمرکز آن بر پزشکان متخصص بوده و تصور بر این بود که با حضور پزشکان در شیفت عصر و شب، مشکلات اورژانس کامل

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

حل می‌شـوند اما برای اینکه شیفت عصر و شب مانند شیفت صبح فعال باشـد، علاوه بر حضور پزشـکان، سـایر بخش‌های پاراکلینیکی، پشـتیبانی و بستری نیز باید به‌صورت ۲۴ ساعت در دسترس خدمات اورژانس باشند.

۷. تضاد برنامه مقیمی با آنکال

از نظر مشـارکت‌کنندگان در بیمارسـتان‌های دانشگاهی بـه دلیل شـرکت نکـردن اسـاتید باتجربه در طـرح مقیمی بیمارستان‌ها به دلیل اجبار بودن اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت دو راهکار داشتند؛ یا پزشـکان کم‌سابقه مقیم شوند و یا پزشک مدعو بیاورند. در هر دو حالت بیمار در سـرویس پزشـک آنکال بستری می‌شد که این باعث ایجاد مشـکلاتی از قبیل نارضایتی بیمار، بلاتکلیفی بیمار و قابل بستری نبودن بیمار از نظر پزشک آنکال می‌شود.

۸. نبود نیازسنجی برای تخصص‌های مقیم

برخـی از مصاحبه‌شـوندگان معتقـد بودنـد قبـل از سیاسـت‌گذاری بهتر بود با پزشـکان در سـطح صف مشورت و نظرخواهی می‌کردند زیرا در بیمارسـتان‌های آموزشـی که رزیدنت سـال چهـار حضوردارد، نیازی به مقیم شـدن برخی تخصص‌ها از جمله پوست یا جراح ارتوپد یا عفونی نبود و وجود مقیم زنان و بیهوشی و طب اورژانس که قبل از اجرای طرح هم در بیمارستان بودند، کفایت می‌کرد.

۹. نبود امکانات رفاهی

برخی از پزشکان مقیم اظهار داشتند در ابتدای طرح قرار بود، امکانات رفاهی پزشکان مقیم به‌صورت جداگانه در محلی نزدیک و یا داخل اورژانس در نظر گرفته شود اما در اصل مقیم از همون پاویون رزیدنت‌ها اسـتفاده می‌کرد که برای پزشـک متخصص این مسئله واقعا فاجعه بود.

ج- عوامل تسهیل‌کننده:

طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازسنجی

مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان کردند بدون در نظر گرفتن سـطح بیمارستان، میزان ورودی اورژانس، نوع بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس و... یک طرح و فرمول یکسـان برای همه مراکز طراحی شـده که به‌نظر منطقی و درسـت نیست. بنابراین اغلب مصاحبه‌شـوندگان بر اینکه نیازسـنجی قبل از طرح انجام نشده، تاکید داشتند و معتقد بودند بیمارستان‌های آموزشی با بیمارستان غیرآموزشی متفاوت است و باید اقداماتی برای تقویت بیمارسـتان‌های اطراف مرکز شـهر انجام شود که مانع از شلوغی اورژانس‌های سطح یک شود.

شفاف بودن ارتباطات و شرح وظایف

مشـارکت‌کنندگان اظهار داشتند در شـرح وظایف مقیم باید انتظارات، وظایف، ارتباطات و... مشخص باشد که در نظام ارزیابـی عملکـرد و هماهنگی بین نیروها تاثیرگذار اسـت. به عبارت دیگر تا زمانی که شـرح وظایف هر شخص و ارتباطات آن متناسـب با جایگاه او مشخص نباشد، کار تیمی برای ارائه خدمات مناسـب در واحدی مانند اورژانس امکان‌پذیر نیست. مشـخص شـدن ارتباط پزشـکان مقیم با سیسـتم آموزشی و رزیدنت‌هـا همچنین شفاف‌سـازی رابطه پزشـکان مقیم با پزشکان آنکال تاثیر به‌سزایی در رفع چالش‌های برنامه دارد.

مدل پرداختی متناسب

اغلب مشـارکت‌کنندگان لازمه اجرای هـر طرح را تامین مالـی پایدار آن طرح می‌دانند. به همیـن دلیل باید یک مدل پرداخت مناسـب در نظر گرفته شـود کـه در آن حق مقیمی براسـاس یک‌سـری معیارها طراحی و پرداخت شـود. باتوجه به میزان تورم، حق مقیمی نیز سـالانه بازنگری شـود. میزان ورودی اورژانس بیمارسـتان، سـطح ارجاع بیمارسـتان، رتبه علمی‌اساتید، نوع بیمارستان از نظر آموزشی یا درمانی، کیفیت عملکـرد پزشـکان و... از معیارهای پیشـنهادی پرداخت حق مقیمی است.

امکانات رفاهی

از دیدگاه مشـارکت‌کنندگان برای اجـرای برنامه حضور پزشـکان متخصـص مقیم طـرح تحـول نظام سـلامت باید حداقل‌های امکانات رفاهی را برای پزشکان متخصص مقیم در نظر گرفت. بهتر اسـت علاوه برای تجهیز یک پاویون مناسـب در نزدیک‌ترین محل به بخش اورژانس، یک محل مناسـب نیز برای تبادل دانش پزشکان مقیم با دانشجویان تجهیز شود.

سیستم نظارت کیفی و کمی اثربخش

برخی از مصاحبه‌شوندگان درخصوص برنامه نظارتی معتقد بودند می‌بایسـت کیفیت عملکرد بالینی پزشـکان و همچنین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

حضور و غیاب آن‌ها به‌صورت جدی‌تری طراحی و اجرا شـود و نباید صرفا یک اقدام تشریفاتی قلمداد شود.

بحث

مهم‌ترین نقاط قوت این طرح که بیشتر مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند، دسترسی به پزشکان در شیفت‌های عصر و شـب بود که باعث تسریع در تعیین تکلیف بیماران و کاهش مـدت اقامت بیماران در اورژانس می‌شـد. در مطالعه‌ای دیگر نیـز به این نتیجه رسـیدند که از نقاط قـوت طرح تحول این بود که متوسـط ۸۵۶ پزشک متخصص در ۱۷ رشته تخصصی در هر شب در بیمارسـتان‌های دولتی حضور یافتند که علاوه بر افزایش دسترسـی و تسـریع درمان از ارجاع بیمار به بخش خصوصـی جلوگیری می‌کند که این مورد نیز به حفاظت مالی از بیماران می‌انجامد [۱۷].

تامین مالی پایدار در راسـتای پیشبرد اهداف هر پروژه‌ای از مهم‌ترین عوامل موثر بر آن است. بنابراین از مهم‌ترین نقطه ضعف این برنامه که تمام پزشـکان مقیم به آن اشـاره کردند می‌تـوان به نظام پرداخت اشـاره کرد کـه مهم‌ترین مورد آن پرداخت‌های نامنظم و مکفی نبودن حق مقیمی است.

پرداخت مالی به‌موقع و مناسـب با کارکرد نیروی انسانی در همه سـازمان‌ها و مشاغل امری حیاتی است. مبنای قرارداد ۵۰۰ هـزار تومان حق مقیمی و امکان افزایش و یا کاهش این مقدار تا ۵۰ درصد بر اسـاس یک‌سـری شاخص‌ها که به طور واقعی و دقیق اندازه‌گیری نمی‌شـود، مدل پرداختی مناسـبی برای پزشکان نبود.

برای بهره‌مندی از ظرفیت بیمارسـتان‌های غیرآموزشـی و یا آموزشـی خارج از مرکز شـهر به نظر می‌رسـد نیاز است مـدل پرداختی و حق مقیمی متفاوتی را با در نظر گرفتن یک سری معیار قابل اندازه‌گیری طراحی کرد. اصلاح روند پرداخت و منظم شـدن پرداخت حق مقیمـی، همچنین پرداخت حق مقیمی بیشتر به پزشکانی که در بیمارستان‌های خارج از مرکز شهر فعالیت می‌کنند، می‌تواند از ارجاع بیماران در شیفت‌های عصر و شب به اورژانس بیمارستان‌های مرکز استان پیشگیری کند.

◄معیارهای پیشنهادی مدل پرداختی به شرح ذیل است:
◄میزان ورودی اورژانس بیمارستان
◄سطح ارجاع بیمارستان
◄رتبه علمی‌اساتید
◄نوع بیمارستان از لحاظ آموزشی یا درمانی
◄موقعیت جغرافیایی بیمارستان
◄کیفیت عملکرد پزشکان

در مطالعه‌ای نیز بحث پرداخت مالی منظم و پیش‌پرداخت جـزو نـکات مهم طرح تحول بـود که با نتایـج مطالعه حاضر متفاوت اسـت اما با توجه به زمـان مطالعه رضایی و همکاران که مربوط به ابتدای طرح تحول اسـت، باید یادآور شـد برنامه پرداخت‌ها در ابتدا مناسب بود و به مرور زمان با مشکل مواجه شد [۱۷].

به نظر می‌آیـد مکلف کردن کلیه بیمارسـتان‌های تحت پوشش دانشـگاه علوم پزشکی کشـور به اجرای برنامه حضور پزشـکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سـلامت، بدون در نظر گرفتن نیاز هر بیمارستان و شرایط اورژانس هر بیمارستان یا به طور کلی طراحی یک دستورالعمل برای همه بیمارستان، کار درستی نباشد.

بیمارسـتان‌های آموزشـی در شـیفت‌های شـب توسط رزیدنت‌های هر گروه پزشـکی و نظام آنکالی مدیریت می‌شـد و اغلب مصاحبه‌شـوندگان بر این بـاور بودند که اجرای برنامه پزشـکان متخصص مقیم در این بیمارستان‌ها نیاز نبود زیرا در بیمارسـتان‌های آموزشی که رزیدنت سـال چهار حضور دارد، نیاز بـه اجرای برنامه حضور پزشـکان متخصـص مقیم طرح تحول نظام سـلامت نیسـت و صرفا همـان ۳ گروه متخصص پزشکی زنان ، بیهوشی و طب اورژانس کفایت می‌کند.

به‌منظور کنتـرل ورودی اورژانس بیمارسـتان‌های مرکز اسـتان نیاز است برنامه حضور پزشـکان متخصص مقیم طرح تحـول نظام سـلامت در دیگـر مراکز درمانی تحت پوشـش دانشـگاه علوم پزشـکی، اعم از بیمارسـتان خصوصی، خیریه، عمومی‌غیر دولتی و دولتی اجرا و تقویت شود تا بیماران حاشیه تهران و یـا بیمارانی که قابلیت مراجعه بـه مراکز خصوصی و خیریه و مراکز وابسـته به نهـاد را دارند، از مراجعه بی‌مورد به

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

اورژانس‌های بیمارستان‌های سطح یک دانشگاه علوم پزشکی تهران خودداری کنند.

در ماده ۵ دستورالعمل برنامه پزشکان متخصص مقیم طرح تحول تعهدات پزشک مقیم به شرح ذیل است: پزشک مقیم موظف است در تمام ساعات مقیمی، حضور فیزیکی فعال در بیمارستان‌های درمانی، آموزشی و درمانی داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام دهد. برای ارائه خدمات مناسب و در کمترین زمان ممکن نیاز است شرح وظایف پزشکان مقیم به تفکیک اساتید هیئت علمی و فلوشیپ‌ها و متخصصان مدعو به هر بیمارستان در ابتدای طرح تنظیم و به پزشکان مقیم آموزش داده شود.

شرح وظایف پزشکان مقیم هیئت علمی و مدعو به صورت دقیق تدوین و ابلاغ نشده و ارتباطات آن‌ها با دیگر گروه‌های پزشکی، پزشکان آنکال و رزیدنت‌ها کاملا شفاف و تعریف نشده است. باتوجه به اینکه کار در اورژانس یک کار کاملا تیمی است و نیاز است گروه‌های مختلف پزشکی، بخش‌های پاراکلینیکی، پزشکان آنکال و مقیم به صورت هماهنگ با هم عمل کنند، اجرای این امر نیازمند طراحی یک فرآیند ارائه خدمات مناسب با در نظر گرفتن ارتباط گروه‌های مختلف با هم است.

اجرای نظام آنکالی همراه با برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت در اغلب بیمارستان پذیرش و روند درمان بیماران را با مشکل مواجه کرده بود که درصورتی که برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های آموزشی تداوم پیدا کند، نیاز است تمایز این دو برنامه شفاف شود و شرح وظایف‌ها مشخص شود. بیماران در شیفت عصر و شب در لیست پزشک آنکال بستری می‌شوند اما پزشک متخصص مقیم وظیفه دارد تا صبح خدمات درمان طبی و جراحی ارائه دهد و ادامه روند درمان بیماران در شیفت صبح با پزشک آنکال است.

در مطالعه رضایی و همکاران به نظر می‌رسد افراد مورد مصاحبه اعلام کرده‌اند در مراکز آموزشی درمانی حضور پزشکان مقیم با وجود رزیدنت‌ها و اینکه شرح وظایف هر یک به طور کامل و شفاف مشخص نیست، منجر به تداخل کاری شده و همچنین به نظر برخی مصاحبه‌شوندگان ارائه نشدن آموزش‌های مناسب درمورد نحوه اجرا و شرح وظایف افراد ذی‌نفع هر یک از بسته‌های طرح تحول از مشکلات عمده بود که بر روی آن تفاهم داشتند [۱۷].

از الزامات اجرای برنامه پزشکان مقیم، فراهم کردن امکانات رفاهی مناسب برای آنها بود و این وظیفه به ریاست هر بیمارستان محول شده بود اما بعد از اجرای طرح تحول بعضا در برخی از بیمارستان‌ها از پاویون رزیدنت‌ها برای استراحت اساتید استفاده می‌شد و در برخی از بیمارستان محل پاویون در اورژانس نبود که این امر موجب نارضایتی پزشکان شده است.

مطالعه‌ای با عنوان «نحوه اجرای برنامه‌های ۶گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان نظارت بر درمان» به بررسی شاخص‌های هر یک از برنامه‌های طرح تحول پرداخته است. بررسی مربوط به شاخص‌های برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت نشان‌دهنده حضور فعال پزشکان مقیم بر اساس برنامه و مناسب بودن امکانات و شرایط محل اسکان پزشکان در محیط بیمارستان است [۱۸]. نتایج مطالعه خیری با نتایج و دیدگاه مصاحبه‌شوندگان کاملا در تضاد است.

همان‌طور که در دستورالعمل به اهمیت کیفیت عملکرد و تاثیرش در میزان پرداخت اشاره شده بود، نیاز است یک سیستم نظارتی اثربخش بر عملکرد پزشکان مقیم نظارت کند و کیفیت خدمات ارائه شده را بسنجد. برای سنجش کیفیت خدمات نیاز است یک پزشک متخصص بر روی عملکرد بالینی پزشکان نظارت داشته و به دقت تصمیم‌های اخذ شده برای ادامه درمان و دستورات صادر شده برای بیماران را بررسی کند.

سیستم نظارتی کنونی که صرفا مبتنی بر حضور و غیاب پزشکان است، نمی‌تواند درخصوص کیفیت خدمات و عملکرد پزشکان اظهار نظر کند. در بخشی از مطالعه رضایی و همکاران، دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان درخصوص برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت مطرح شده بود که برخی اعتقاد داشتند پزشکان مقیم به وظایف خود به خوبی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

عمل نمی‌کنند و در اورژانس‌ها حضور ندارند [۱۷].

نتیجه‌گیری

براســاس نتایج مطالعه، ایجاد اصلاحــات در برنامه‌ریزی و سیاســت‌گذاری برنامه پزشــکان متخصص مقیم باعث ارتقای عملکرد اورژانس و ارتقای میزان رضایت‌مندی جامعه از برنامه خواهــد بود و تمایــل کادر درمان به فعالیــت در این برنامه را افزایش خواهد داد. در همین راســتا این پژوهش پیشنهاداتی به‌منظور بهبود ارائه کرد.

بایــد یک بانــک اطلاعاتی از پراکندگــی تخت‌های خالی بیمارستان‌های کشور با در نظر گرفتن نوع بیمارستان‌ها توسط دانشــگاه‌های علوم پزشکی تهیه شود و به وزارت بهداشت ارائه شــود تا با هماهنگی ســتاد هدایت از ظرفیت تخت‌های خالی در کل کشــور اســتفاده شــود و به این صورت مدیریت تخت واقعی در کشــور شکل گیرد. همچنین اختیارات مسئول واحد مدیریت تخت در بیمارســتان‌ها را افزایش دهیم به طوری که با اختیار تام و تخصص بالینی بالا، بیماران بدون اندیکاسیون و یــا بیمارانی را که قابلیت ترخیص دارند و به هر علت ترخیص نمی‌شــوند، از اورژانــس و بخش‌های بســتری ترخیص کند تا اقامت بیماران در اورژانس نیز مدیریت شود.

عملیاتی شدن نظام ارجاع و کنترل ورودی بیمارستان‌ها به وســیله اهرم بیمه‌هــای پایه نیز اهمیــت دارد، زیرا آن‌ها بــا قــدرت مالی خود بیشــترین تاثیر را بر رونــد اجرای این طرح دارند. با پیاده‌ســازی نظام ارجاع فشار بر روی اورژانس بیمارستان‌های سطح ۳ برداشته می‌شود. همچنین با تجهیز و تقویــت نیروی انســانی متخصــص بیمارســتان‌های دیگر اســتان‌ها و شهرســتان‌ها، ورودی اورژانس بیمارســتان‌های سطح ۳ کاهش می‌یابد.

نظارت بیشــتر و جدی‌تر بر روند اجرای نظام آنکالی جزو مهم‌تریــن عوامل موثر بر بهبود عملکرد اورژانس اســت. نظام آنکالــی باید به طور صحیح و دقیق اجرا شــود و از طرف دیگر اصول حرفه‌ای و اخلاق پزشکی حکم می‌کند تا پزشکان مطابق بــا قوانین و تعهدی که به بیمارســتان‌ها دارند، در زمان مورد نیاز در اســرع وقت خود را به بیمارستان برساند. در کشورهای خارجی وجود قوانین ســخت آنکالی باعث شــده حاضر نشدن پزشکان در زمان مقرر برخوردهای شدیدی را به همراه داشته باشــد و حتــی تا ابطال پروانــه مطب آنها نیز پیــش می‌روند. بنابراین نیاز اســت نظارت شدیدتری بر نظام آنکالی انجام شود تا از هدررفت منابع جلوگیری شود.

از طــرف دیگر درخواســت‌های غیرضــروری رزیدنت‌های ســال یک را می‌توان با نظارت بیشتر بر آن‌ها کاهش داد تا در نهایت ماندگاری بیماران در اورژانس کاهش یابد. تعیین تکلیف صحیح بیماران توســط پزشکان طب اورژانس نیز جزو عواملی مهمی اســت که می‌تواند ســرعت و کیفیت درمان را به شدت بهبود بخشد.

لغــو برنامه حضور پزشــکان متخصص مقیــم طرح تحول نظــام ســلامت در بیمارســتان‌های آموزشــی و اجــرای آن در بیمارســتان‌های درمانــی (خصوصــی، خیریــه، عمومی و غیردولتی) می‌تواند در کنار عوامل ذکر شده کمک‌کننده باشد. در بیمارستان‌های آموزشی وجود پزشکان مقیم طب اورژانس، بیهوشــی، زنان و زایمان کفایت می‌کند و برای سایر گروه‌های آموزشی وجود رزیدنت سال چهار و سیستم آنکالی پاسخگوی نیاز مراجعه‌کنندگان خواهد بود.

از آنجایی که بیمارستان‌های خصوصی در شیفت‌های عصر و شب اغلب پزشک متخصص مقیم ندارند و صرفا توسط پزشک عمومی اداره می‌شوند، در شــیفت‌های عصر و شب نمی‌توانند بخشــی از فشار اورژانس بیمارســتان‌های دولتی را کم کنند و در این شیفت‌ها بیماران فقط به مراکز دولتی مراجعه می‌کنند.

به طور کلی برای بهبود بســته پزشــکان مقیم متخصص در اورژانــس، حذف برنامــه حضور پزشــکان متخصص مقیم طرح تحول نظام ســلامت برخی از رشته‌ها در بیمارستان‌های آموزشی، اجرای برنامه در بیمارستان‌های غیرآموزشی، کنترل ورودی اورژانس‌هــا از طریق پیاده‌ســازی نظام ارجاع و تقویت اورژانس‌هــای شهرســتان‌ها از لحاظ تمام منابع، پیاده‌ســازی دقیق و منظم نظام آنکالی پیشنهاد می‌شود.

بــه طور کلی تقویت سیســتم پشــتیبانی و تــدارکات و همچنین تقویت و تغییر شــیوه اجرا و نظارت بر برنامه حضور پزشــکان متخصــص مقیــم راهکارهایی در راســتای ارتقای عملکرد اورژانس و ارتقای میزان رضایت‌مندی جامعه از برنامه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

خواهد بود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

قبل از انجام پژوهش درمورد پزشکان مقیم اطلاعات اندکی درخصوص تخصص‌های مقیم داشتیم و بعد از تحقیق حاضر متوجه شدیم حضور پزشکان متخصص مقیم در همه بیمارستان‌ها کاربردی نیست و مشکلات اورژانس با حضور پزشکان در بیمارستان حل نمی‌شود. با استفاده از نتایج پژوهش، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ارشد نظام سلامت باید به این قضیه پی ببرند که قبل از سیاست‌گذاری ابتدا طرح‌های جدید را به صورت پایلوت اجرا کنند و در سیاست‌گذاری‌های جدید طرح‌ها و برنامه‌های جاری در آن موضوع را مجدداً بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کادر شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله حاصل پایان‌نامه با عنوان ارزشیابی برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت و تاثیر آن بر عملکرد اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران: ۱۳۹۶ دوره کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۶ و کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1396.4106 در دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1.Ministry of Health and Medical Education. Map transformation of the health system of Iran, based on Islamic-Iranian model. Tehran: health mo; 1390: 13. (in Persian)

2.Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International journal of Health Policy and Management. 2015; 4(10): 637-640.

3.Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar M M, Motamedi M, Tarkhorani M. Patient satisfaction before and after executing health sector evolution plan. Iranian Journal of Emergency Medicine.2015; 2(3): 127-133.

4.Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. The Lancet.2016; 387(10013): 29-30.

5.Jafari Sirizi M, Seyedin S, Aghlmand S, Seyed Mahmodi M. Performance indicators of emergency departments following the implementation of specialist residency program under the health sector evolution plan in public hospitals of West Azerbaijan province. Journal of Health Administration (JHA). 2017; 20 (67) :50-63.

6.Higher Institute of Social Security Research. In the path of sustainability of the health transformation plan. Tehran: Higher Institute of Social Security Research; 2016: 168.

7.Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. Health Policy. 2011; 102(1): 1-7.

8.Quinn AE, Trachtenberg AJ, McBrien KA, Ogundeji Y, Souri S, Manns L, et al. Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. Health Policy. 2020; 124(4): 345-358.

9.Ogundeji YK, Quinn A, Lunney M, Chong C, Chew D, Danso G, et al. Factors that influence specialist physician preferences for fee-for-service and salary-based payment models: A qualitative study. Health Policy. 2021; 125(4): 442-449.

10.Rudmik L, Wranik D, Rudisill-Michaelsen C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. Journal of Otolaryngol - Head & Neck Surgery. 2014; 43(34): 2-5.

11.Green LV. Using Operations Research to reduce delays for healthcare. In Tutorials in Operations Research. 2008; 12(5): 290-302.

12.Radcliff S. The effect of emergency department length of stay on clinical outcomes for critically ill or injured patients. Nursing Theses and Capstone Projects [dissertation]. Boiling Springs: Gardner-webb university school of Nursing theses and Capstonr Projects; 2011: 165.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

13.Malek Makan L, Haghpanah S, Moravej H, Sharifi M. The effect of intervention on patient's satisfaction in emergency departments of the hospitals affiliated to shiraz university of medical sciences. Pars Journal of Medical Sciences (Journal of Jahrom University of Medical Sciences) 2010; 7(3): 53-61. (in Persian)
14.Anaf S, Sheppard LA. Describing physiotherapy interventions in an emergency department setting: an observational pilot study. Accident and Emergency Nursing. 2007; 15(1): 34-39.
15.Abedi Gh, Malekzadeh R, Amirkhanlou A. Assessment of Resident Physician Program: A Case Study of Mazandaran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018; 27(157): 181-193. (in Persian)
16.Vaezi H, Aghajani M, Rastegar M, Shahrami A, Lotfi F, Olyaeemanesh A, et al. Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on the Presence of Specialist Physicians Residing in Public Hospitals Covered by Medical Universities: Results and Challenges. Hakim Health Systems research journal. 2017; 19(4): 238-247. (in Persian)
17.Rezaei SH, Rahimi Foroushani A, Arab M, Jaafaripooyan E. Effects of the New Health Reform Plan on the Performance Indicators of Hamadan University Hospitals. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016; 14(2): 51-60. (in Persian)
18.Vaezi H, Aghajani M, Rastegar M, Shahrami A, Lotfi F, Olyaeemanesh A, et al. Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on the Presence of Specialist Physicians Residing in Public Hospitals Covered by Medical Universities: Results and Challenges. Hakim Health Systems research journal. 2017; 19(4): 238-247.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Evaluating Health Transformation Plan's Specialist Residency Program in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences: A Qualitative Approach

Ebrahim Jaafaripooyan[1], Amir Hossein Jahanshir[2], Maryam Sadat Askari[3], Maryam Tajvar[4], Morteza Rabeti[5]

1. Associate professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Sina Hospital, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. M.Sc. in Health Economics, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. M.Sc. in Health Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Hospitals are recognized as a 24/7 center in all health systems. Under the health transformation plan, one specific program was envisaged to improve the response to clients during non-business hours and holidays via different specialties being stationed in the hospitals, especially emergency departments, since 2014. It was expected to have a significant impact on emergency performance and patient satisfaction. Therefore, the present study aims to qualitatively evaluate the program of specialists residing in the emergency department, examining its strengths and weaknesses and opportunities for improvement.

Methods: In this qualitative study, a semi-structured interview was conducted with 19 specialists, two super-specialists, four general practitioners and two experts, mainly as resident physicians and deputy director of treatment at Tehran University of Medical Sciences. Data analysis was performed using thematic analysis strategy with the help of MAXQDA software.

Results: The strengths included a transparent communication and job descriptions, a reliable access to specialist services at evening and night shifts and speeding up patients' care and discharge. As such, the lack of monitoring system for physicians' performance, payment issues and possible damage to student education were the main challenges and weaknesses

Conclusion: The importance of hospitals without the presence of physicians, especially in teaching and public hospitals, will be very small. The instructions of the resident physician's program were not strictly implemented as opposed to the other programs of the health transformation plan. Numerous causes and factors were identified in this study for this negligence that can to some extent pave the way for health policy makers and managers.

Keywords: Specialist Residency Program, Health Transformation Plan, Tehran University of Medical Sciences, Emergency services

Please cite this article as follows:

Jaafaripooyan E, Jahanshir A H, Askari M S, Tajvar M, Rabeti M. Evaluating Health Transformation Plan's Specialist Residency Program in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences: A Qualitative Approach. Hakim Health Systems research journal. HAKIM Health Sys Res. 2021; (24). 23-34

***Corresponding Author:** Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health, Department of Health Management and Economics, Tehran, Iran. Tel: 02142933078, Email: arabmoha@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]