

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

ابراهیم جعفری پویان<sup>۱</sup>، امیرحسین جهانشیر<sup>۲</sup>، مریم السادات عسکری<sup>۳</sup>، مرتضی تاجور<sup>۴</sup>، مرتضی رابطی<sup>۵\*</sup>

۱- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، 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، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول: خیابان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

### 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 به خصوص اورژانس مستقر شده‌اند که انتظار می‌رفت در عملکرد اورژانس و رضایت بیماران تاثیر بهسازایی 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 عمدتاً 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 تسريع 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 راهگشایی سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت باشند.

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

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

**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 دائماً در حال تغییر بوده و به خصوص در دوره حاضر

و درمان در بخش اورژانس، اهمیت حضور کارکنان متخصص و با تجربه در این بخش را چند برابر می‌کند [۱۲]. برای بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس، دقایق و حتی ثانیه‌ها مهم هستند زیرا ۷۵-۸۵ درصد مرگ و میرها در ۲۰ دقیقه اول بعد از حادث رخ می‌دهند. بنابراین رسالت اصلی هر بخش اورژانس عبارت از ارائه مناسب‌ترین مراقبتها در کوتاه‌ترین زمان است، زیرا طولانی شدن مدت زمان ویزیت، کیفیت مراقبت را کاهش و نتایج نامطلوب را افزایش می‌دهد [۱۳].

برای پوشش شیفت‌های عصر و شب معمولاً از پزشك عمومی یا متخصص طب اورژانس استفاده می‌شود که در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت‌های رشته‌های اصلی (جراحی عمومی، داخلی، قلب و ارتوپدی) نیز حضور دارند. فردان دسترسی به متخصصان و اعضای هیئت علمی رشته‌های تخصصی از یکسو و پیاده نشدن صحیح نظام آنکالی باعث افزایش مدت زمان حضور بیماران در اورژانس و تأخیر در ارائه خدمات شده است. این موارد نهایتاً موجب نارضایتی بیماران از روند درمان می‌شود، بنابراین دسترسی به پزشكان متخصص در ۲۴ ساعت شبانه‌روز از اهمیت بالایی برخودار است.

مطالعات خیلی محدودی در ارتباط با این برنامه انجام گرفته است. جعفری سیریزی و همکاران در مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دولتی استان آذربایجان غربی به این نتیجه رسیدند که حضور دائمی متخصصان مقیم بر بهبود شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس تاثیرگذار بوده است [۵]. در مطالعه‌ای مهم‌ترین دلیل افزایش مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس، غیبت پزشك آنکال متخصص طب اورژانس بر بالین بیمار است [۱۵]. به همین صورت، نصیری‌پور و همکاران در پژوهش خود عنوان کردند که حضور تمام وقت پزشك متخصص علاوه بر کاهش مدت اقامت در بیمارستان، باعث افزایش کارآیی 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 حل کرد [۱۱]. در نهایت بر اساس نتایج ملک‌زاده و همکاران، اجرای برنامه پزشكان متخصص مقیم موجب بهبود

آن پیش‌بینی شده بود. برنامه حضور پزشكان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، به منظور بهره‌مندی به هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشكان متخصص در مراکز درمانی مذکور اجرا می‌شود [۴-۲]. ارائه بهموقع خدمات درمانی، پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌های آموزشی درمانی، تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس در حادق‌ل زمان ممکن، انجام به هنگام ویزیت بیماران و افزایش رضایت‌مندی مردم از جمله اهداف بسته «حضور پزشكان متخصص مقیم» است [۵,۶].

حاضر نبودن تمام وقت پزشكان در بیمارستان‌ها یکی از چالش‌های بسیار مهم نظامهای سلامت بهویژه در کشورهای در حال توسعه به‌شمار می‌رود که عمدتاً در قالب معضل فعالیت دو گانه<sup>۱</sup> نمود بیشتری پیدا کرده است [۷]. این مسئله بهویژه در بیمارستان‌های آموزشی و با حضور دانشجویان پزشكی در بیمارستان که قادر هستند تا حد زیادی فعالیت‌های بالینی پزشكان را پوشش دهند و همچنین نوع نظام پرداخت به پزشكان، شدت بیشتری پیدا کرده است. استفاده از روش پرداخت مناسب برای تنظیم نوع رفتار پزشكان نیز در این زمینه مورد توجه بوده است [۸]. به‌طور مثال در برخی از نظام‌ها همانند نظام طب ملی انگلیس برای حل این مشکل کلیه پزشكان متخصص در استخدام بیمارستان‌ها و تمام وقت هستند و نظام پرداخت به صورت حقوق است [۹,۱۰].

حضور تمام وقت پزشكان در بیمارستان‌ها و در بخش اورژانس به‌دلیل فوریت خدمات ارائه شده در این بخش از اهمیت خیلی بیشتری برخوردار است. بخش اورژانس یکی از پرمخاطره‌ترین و حساس‌ترین بخش‌های بیمارستان است [۱۱]. هدف اصلی واحد اورژانس ارائه خدمات دارای کیفیت بالا در کوتاه‌ترین زمان ممکن است و عملکرد این بخش می‌تواند تاثیر فراوانی بر دیگر بخش‌ها، عملکرد کلی بیمارستان و رضایت بیماران داشته باشد [۵]. بهره‌مندی از منابع انسانی با تجربه و مؤثر، نقشی بسیار حیاتی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارد. علاوه بر این، پیچیدگی و تخصصی بودن مراقبت

1.Dual Practice

داشتند. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشیاع پیش رفت. اظهارات مصاحبه‌شونده‌ها 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<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup> 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.<sup>۷</sup>

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش براساس ۲۷ مصاحبه با افراد فعال در طرح مقیمه (۱۹ نفر مرد و ۸ نفر زن با میزان تحصیلات ۲ کارشناسی، ۴ پزشک عمومی، ۱۹ پزشک متخصص و ۲ فوق تخصص) به دست 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 استادی در شیفت‌های عصر و شب می‌دانستند که برخی مدعی بودند این امر به آموزش و کاهش استرس رزیدنت‌ها

5. Inductive

6. Rigour

7. Respondent and Peer validation

درون‌مایه‌های مرتبط با پاسخگویی مراکز، شاخص‌ها و فرآیندها شد اما درمورد درون‌مایه‌هایی نظری 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. با توجه 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<sup>۸</sup> و راهنمای مصاحبه<sup>۹</sup> و برای تحلیل داده‌ها نیز از استراتژی تحلیل موضوعی<sup>۱۰</sup> استفاده شده است. پزشکان شرکت‌کننده در برنامه مقیمه بیمارستان‌ها، معاونین درمان بیمارستان‌ها، مدیران بیمارستان، کارشناسان آمار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت هدفمند و گلوله بر فی مصاحبه شدند. ابتدا نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع و در مرحله بعدی بر حسب معرفی این افراد، بقیه کسانی که می‌توانستند با بیان دیدگاه‌های خود به پیشبرد اهداف تحقیق کمک کنند، شناسایی شدند. با توجه به هدف نهایی طرح که شناسایی نقاط قوت و ضعف و چالش‌ها و موانع اجرای طرح مقیمه 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 مقیمه، مدیر یا معاون درمان، رئیس بخش اورژانس و کارشناس مدیریت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه اشتغال

2.Semi-structured

3.Topic guide

4.Thematic analysis

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

موضوع اصلی	مضمون اصلی	مضمون فرعی
نقاط قوت	حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب	دسترسی سریع تر به استاد کاهش استرس رزیدنت‌ها آموزش بهتر رزیدنت‌ها افراش اعتماد بیماران
نقاط ضعف و چالش‌ها	آسیب به آموزش دانشجویان نیوود نظارت بر عملکرد پزشکان	افراش کیفیت ویژیت در بیمارستان‌ها مخصوصاً در مراکز غیرآموزشی تسريع تعیین تکلیف بیماران با حضور پزشکان مقیم بهخصوص طب اورژانس امکان ترجیح در شیفت عصر و شب به دلیل حضور استاد
عوامل تسهیل‌کننده	مدل پرداخت مناسب	پرداخت نامنظم حق مقیمه فقدان جذابیت و کفایت حق مقیمه نبود سیاست واحد در پرداخت حق مقیمه تضاد نظام کلی پرداخت با ماهیت کار پزشکان طب اورژانس
نیازمندی‌ها	نیوود کار تیمی تضاد برنامه مقیمه با آنکال	نیوود برنامه نظارتی به نظرور کنترل کیفیت خدمات پزشکان مناسب نبودن سیستم نظارتی حضور غایب کاهش اختیارات و قدرت تصمیم‌گیری رزیدنت‌ها افراش وابستگی رزیدنت به استاد مشخص نبودن رابطه آموزشی پزشک مقیم مدعو و فلوشیپ‌ها در شیفت عصر با رزیدنت‌ها
امکانات رفاهی	امکانات مطالعه و پژوهش	کمبود پزشک متخصص چهت مقیمه افراش تعداد شیفت‌های هیئت علمی خستگی و کاهش عملکرد پزشکان در شیفت صبح
سیستم نظارتی	نیوود نیازمنجی برای تخصص‌های مقیمه	اجباری بودن مقیمه افراش بار مراجعته بخش اورژانس در شیفت عصر و شب ثبت ماندن نیروی بخش‌های پاراکلینیک و پشتیبانی در شیفت‌های عصر و شب ترجیح نکردن بیماران بخش‌های بستری
سیستم نظارتی	نیوود امکانات رفاهی	بسترهای بیمار به نام پزشک آنکال در شیفت پزشک مقیمه نپذیرفتن مسئولیت بیمار توسط پزشکان آنکال در شیفت صبح قدرت پایین پزشکان مقیم در مقابل پزشکان آنکال
سیستم نظارتی	طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازمنجی	تفاوت قائل شدن بیمارستان‌های سطح دو و سه
سیستم نظارتی	شفاف بودن ارتباطات و شرح وظایف	شفافیت رابطه آموزشی پزشک مدعو با رزیدنت‌ها شفافیت رابطه پزشک آنکال با پزشکان مقیمه
سیستم نظارتی	مدل پرداخت مناسب	تفاوت در پرداخت حق مقیمه بیمارستان سطح یک و دو پرداخت به موقع حق مقیمه یکسان‌سازی پرداخت بیمارستان‌های مشابه و یکسان
سیستم نظارتی	فصلنامه تحقیقات نظام سلامت حکیم	فراهم کردن امکانات رفاهی از قبیل (اتاق استراحت، امکانات مطالعه و پژوهش، تلویزیون، چای ساز و...)
سیستم نظارتی	نیازمندی‌ها	تغییرناظارت حضور غایب به سیستم نظارتی کیفی و کمی اثربخش بررسی کیفیت ویژیت‌های انجام شده پزشکان بررسی برنامه درمانی انتخاب شده برای بیماران

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 اصلاح‌روش 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 با وجود 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 از 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 اجراء 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 به خاطر 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

اصحابه‌شوندگان 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

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 با توجه به حضور اساتید در شیفت عصر و شب کیفیت ویژیت‌ها افزایش یافته بود و بیماران سریع‌تر از گذشته تعیین تکلیف می‌شدند. همچنین با توجه 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 می‌مانندند.

#### 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 القابی می‌شود.

#### نبوت نظارت بر عملکرد پزشکان

طرح انجام نشده، تاکید داشتند و معتقد بودند بیمارستان‌های آموزشی با بیمارستان غیرآموزشی متفاوت است و باید اقداماتی برای تقویت بیمارستان‌های اطراف مرکز شهر انجام شود که مانع از شلوغی اورژانس‌های سطح یک شود.

#### شفاف بودن ارتباطات و شرح وظایف

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند در شرح وظایف مقیم باید انتظارات، وظایف، ارتباطات و... مشخص باشد که در نظام ارزیابی عملکرد و هماهنگی بین نیروها تاثیرگذار است. به عبارت دیگر تا زمانی که شرح وظایف هر شخص و ارتباطات آن متناسب با جایگاه او مشخص نباشد، کار تیمی برای ارائه خدمات مناسب در واحدی مانند اورژانس امکان‌پذیر نیست. مشخص شدن ارتباط پزشکان مقیم با سیستم آموزشی و رزیدنت‌ها همچنین شفافسازی رابطه پزشکان مقیم با پزشکان آنکال تاثیر بهسزایی در رفع چالش‌های برنامه دارد.

#### مدل پرداختی متناسب

اغلب مشارکت‌کنندگان لازمه اجرای هر طرح را تامین مالی پایدار آن طرح می‌دانند. به همین دلیل باید یک مدل پرداخت مناسب در نظر گرفته شود که در آن حق مقیمی براساس یکسری معیارها طراحی و پرداخت شود. با توجه به میزان تورم، حق مقیمی نیز سالانه بازنگری شود. میزان ورودی اورژانس بیمارستان، سطح ارجاع بیمارستان، رتبه علمی اساتید، نوع بیمارستان از نظر آموزشی یا درمانی، کیفیت عملکرد پزشکان و... از معیارهای پیشنهادی پرداخت حق مقیمی است.

#### امکانات رفاهی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برای اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت باید حداقل‌های امکانات رفاهی را برای پزشکان متخصص مقیم در نظر گرفت. بهتر است علاوه برای تجهیز یک پاویون مناسب در نزدیک‌ترین محل به بخش اورژانس، یک محل مناسب نیز برای تبادل دانش پزشکان مقیم با دانشجویان تجهیز شود.

#### سیستم نظارت کیفی و کمی اثربخش

برخی از مصاحبه‌شوندگان درخصوص برنامه نظارتی معتقد بودند می‌بایست کیفیت عملکرد بالینی پزشکان و همچنین

حل می‌شوند اما برای اینکه شیفت عصر و شب مانند شیفت صبح فعال باشد، علاوه بر حضور پزشکان، سایر بخش‌های پاراکلینیکی، پشتیبانی و بستری نیز باید به صورت ۲۴ ساعت در دسترس خدمات اورژانس باشند.

#### ۷. تضاد برنامه مقیمی با آنکال

از نظر مشارکت‌کنندگان در بیمارستان‌های دانشگاهی به دلیل شرکت نکردن اساتید با تجربه در طرح مقیمی بیمارستان‌ها به دلیل اجبار بودن اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت دو راهکار داشتند؛ یا پزشکان کم‌سابقه مقیم شوند و یا پزشک مدعو بیاورند. در هر دو حالت بیمار در سرویس پزشک آنکال بستری می‌شد که این باعث ایجاد مشکلاتی از قبیل نارضایتی بیمار، بلا تکلیفی بیمار و قابل بستری نبودن بیمار از نظر پزشک آنکال می‌شود.

#### ۸. نبود نیازسنجی برای تخصص‌های مقیم

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند قبل از سیاست‌گذاری بهتر بود با پزشکان در سطح صف مشورت و نظرخواهی می‌کردند زیرا در بیمارستان‌های آموزشی که رزیدنت سال چهار حضور دارد، نیازی به مقیم شدن 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 به صورت جداگانه در محلی نزدیک و یا داخل اورژانس در نظر گرفته شود اما در اصل مقیم از همون پاویون رزیدنت‌ها استفاده می‌کرد که برای پزشک متخصص این مسئله واقعاً فاجعه بود.

#### ج- عوامل تسهیل‌کننده:

طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازسنجی مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان کردند بدون در نظر گرفتن سطح بیمارستان، میزان ورودی اورژانس، نوع بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس و... یک طرح و فرمول یکسان برای همه مراکز طراحی شده که به نظر منطقی و درست نیست. بنابراین اغلب مصاحبه‌شوندگان بر اینکه نیازسنجی قبل از

◀ معيارهای پيشنهادی مدل پرداختی به شرح ذیل است:  
◀ ميزان ورودی اورژانس بيمارستان

◀ سطح ارجاع بيمارستان  
◀ رتبه علمی اساتید

◀ نوع بيمارستان از لحاظ آموزشی یا درمانی  
◀ موقعیت جغرافیایی بيمارستان

◀ کیفیت عملکرد پزشکان

در مطالعه‌ای نیز بحث پرداخت مالی منظم و پیش‌پرداخت جزو نکات مهم طرح تحول بود که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است اما با توجه به زمان مطالعه رضایی و همکاران که مربوط به ابتدای طرح تحول است، باید یادآور شد برنامه پرداختها در ابتدا مناسب بود و به مرور زمان با مشکل مواجه شد [۱۷].

به نظر می‌آید مکلف کردن کلیه بيمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کشور به اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت، بدون در نظر گرفتن نیاز هر بيمارستان و شرایط اورژانس هر بيمارستان یا به طور کلی طراحی یک دستورالعمل برای همه بيمارستان، کار درستی نباشد.

بيمارستان‌های آموزشی در شیفت‌های شب توسط رزیدنت‌های هر گروه پزشکی و نظام آنکالی مدیریت می‌شد و اغلب مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که اجرای برنامه پزشکان متخصص مقیم در این بيمارستان‌ها نیاز نبود زیرا در بيمارستان‌های آموزشی که رزیدنت سال چهار حضور دارد، نیاز به اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت نیست و صرفا همان ۳ گروه متخصص پزشکی زنان، بیهوشی و طب اورژانس کفایت می‌کند.

به‌منظور کنترل ورودی اورژانس بيمارستان‌های مرکز استان نیاز است برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت در دیگر مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی، اعم از بيمارستان خصوصی، خیریه، عمومی غیر دولتی و دولتی اجرا و تقویت شود تا بيماران حاشیه تهران و یا بيمارانی که قابلیت مراجعته به مراکز خصوصی و خیریه و مراکز وابسته به نهاد را دارند، از مراجعه بی‌مورد به

حضور و غیاب آن‌ها به صورت جدی‌تری طراحی و اجرا شود و نباید صرفاً 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 شب بود که باعث تسريع در تعیین تکلیف بيماران و کاهش مدت اقامت بيماران در اورژانس می‌شد. در مطالعه‌ای دیگر نیز به این نتیجه رسیدند که از نقاط قوت طرح تحول این بود که متوسط ۸۵۶ پزشک متخصص در ۱۷ رشته تخصصی در هر شب در بيمارستان‌های دولتی حضور یافتند که علاوه بر افزایش دسترسی و تسريع درمان از ارجاع بيمار به بخش خصوصی جلوگیری می‌کند که این مورد نیز به حفاظت مالی از بيماران می‌انجامد [۱۷].

تامین مالی پایدار در راستای پیشبرد اهداف هر پروژه‌ای از مهم‌ترین عوامل موثر بر آن است. بنابراین از مهم‌ترین نقطه ضعف این برنامه که تمام پزشکان مقیم به آن اشاره کرددند می‌توان به نظام پرداخت اشاره کرد که مهم‌ترین مورد آن پرداخت‌های نامنظم و مکفی نبودن حق مقیمی است.

پرداخت مالی به‌موقع و مناسب با کارکرد نیروی انسانی در همه سازمان‌ها و مشاغل امری حیاتی است. مبنای قرارداد ۵۰۰ هزار تومان حق مقیمی و امکان افزایش و یا کاهش این مقدار تا ۵۰ درصد بر اساس یکسری شاخص‌ها که به طور واقعی و دقیق اندازه‌گیری نمی‌شود، مدل پرداختی مناسبی برای پزشکان نبود.

برای بهره‌مندی از ظرفیت بيمارستان‌های غیرآموزشی و یا آموزشی خارج از مرکز شهر به نظر می‌رسد نیاز است مدل پرداختی و حق مقیمی متفاوتی را با در نظر گرفتن یک سری معیار قابل اندازه‌گیری طراحی کرد. اصلاح روند پرداخت حق و منظم شدن پرداخت حق مقیمی، همچنین پرداخت حق مقيمي بيشتر به پزشكاني که در بيمارستان‌های خارج از مرکز شهر فعالیت می‌کنند، می‌تواند از ارجاع بيماران در شیفت‌های عصر و شب به اورژانس بيمارستان‌های مرکز استان پیشگیری کند.

شده و همچنین به نظر برخی مصاحبہ‌شوندگان ارائه نشدن آموزش‌های مناسب درمورد نحوه اجرا و شرح وظایف افراد ذی‌نفع هر یک از بسته‌های طرح تحول از مشکلات عمدۀ 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 بعضًا در برخی از بیمارستان‌ها از پاویون‌زیبندی‌ها 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 «تحوّل اجرای برنامه‌های ۶گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان ناظر 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 مصاحبہ‌شوندگان کاملاً در تضاد است.

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

سیستم ناظری کنونی که صرفاً 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 مصاحبہ‌شوندگان درخصوص برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت مطرح شده بود که برخی اعتقاد داشتند پزشکان مقیم به وظایف خود به خوبی

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 ساعت‌های 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 رزیبندی‌ها کاملاً شفاف و تعریف نشده است. با توجه به اینکه کار در اورژانس یک کار کاملاً 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 بیمارستان‌ها پذیرش و روند درمان بیماران را با مشکل مواجه کرده بود که در صورتی 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 مصاحبہ اعلام کرده‌اند در مراکز آموزشی درمانی حضور پزشکان مقیم با وجود رزیبندی‌ها و اینکه شرح وظایف هر یک به طور کامل و شفاف مشخص نیست، منجر به تداخل کاری

پزشکان در زمان مقرر برخوردهای شدیدی را به همراه داشته باشد و حتی تا ابطال پروانه مطب آنها نیز پیش می‌رond. بنابراین نیاز است نظارت شدیدتری بر نظام آنکالی انجام شود تا از هدررفت منابع جلوگیری شود.

از طرف دیگر در خواستهای غیرضروری رزیدنت‌های سال یک را می‌توان با نظارت بیشتر بر آن‌ها کاهش داد تا در نهایت ماندگاری بیماران در اورژانس کاهش یابد. تعیین تکلیف صحیح بیماران توسط پزشکان طب اورژانس نیز جزو عواملی مهمی است که می‌تواند سرعت و کیفیت درمان را به شدت بهبود بخشد.

لغو برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های آموزشی و اجرای آن در بیمارستان‌های درمانی (خصوصی، خیریه، عمومی و غیردولتی) می‌تواند در کنار عوامل ذکر شده کمک‌کننده باشد. در بیمارستان‌های آموزشی وجود پزشکان مقیم طب اورژانس، بیهوشی، 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 صرفاً توسط پزشک عمومی اداره می‌شوند، در شیفت‌های عصر و شب نمی‌توانند بخشی از فشار اورژانس بیمارستان‌های دولتی را کم کنند و در این شیفت‌ها بیماران فقط به مراکز دولتی مراجعه می‌کنند. به طور کلی برای بهبود بسته پزشکان مقیم متخصص در اورژانس، حذف برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت برخی از رشته‌ها در بیمارستان‌های آموزشی، اجرای برنامه در بیمارستان‌های غیرآموزشی، کنترل ورودی اورژانس‌ها از طریق پیاده‌سازی نظام ارجاع و تقویت اورژانس‌های شهرستان‌ها از لحاظ تمام منابع، پیاده‌سازی دقیق و منظم نظام آنکالی پیشنهاد می‌شود.

به طور کلی تقویت سیستم پشتیبانی و تدارکات و همچنین تقویت و تغییر شیوه اجرا و نظارت بر برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم راهکارهایی در راستای ارتقای عملکرد اورژانس و ارتقای میزان رضایتمندی جامعه از برنامه

عمل نمی‌کنند و در اورژانس‌ها حضور ندارند [۱۷].

### نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه، ایجاد اصلاحات در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برنامه پزشکان متخصص مقیم باعث ارتقای عملکرد اورژانس و ارتقای میزان رضایتمندی جامعه از برنامه خواهد بود و تمایل کادر درمان به فعالیت در این برنامه را افزایش خواهد داد. در همین راستا این پژوهش پیشنهادهای بهمنظور بهبود ارائه کرد.

باید یک بانک اطلاعاتی از پراکندگی تخت‌های خالی بیمارستان‌های کشور با در نظر گرفتن نوع بیمارستان‌ها توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی تهیه شود و به وزارت بهداشت ارائه شود تا با هماهنگی سтاد هدایت از ظرفیت تخت‌های خالی در کل کشور استفاده شود و به این صورت مدیریت تخت واقعی در کشور شکل گیرد. همچنین اختیارات مسئول واحد مدیریت تخت در بیمارستان‌ها را افزایش دهیم به طوری که با اختیار تام و تخصص بالینی بالا بیماران بدون اندیکاسیون و یا بیمارانی را که قابلیت ترخیص دارند و به هر علت ترخیص نمی‌شوند، از اورژانس و بخش‌های بستری ترخیص کند تا اقامت بیماران در اورژانس نیز مدیریت شود.

عملیاتی شدن نظام ارجاع و کنترل ورودی بیمارستان‌ها به وسیله اهرم بیمه‌های پایه نیز اهمیت دارد، زیرا آن‌ها با قدرت مالی خود بیشترین تاثیر را بر روند اجرای این طرح دارند. با پیاده‌سازی نظام ارجاع فشار بر روی اورژانس بیمارستان‌های سطح ۳ برداشته می‌شود. همچنین با تجهیز و تقویت نیروی انسانی متخصص بیمارستان‌های دیگر استان‌ها و شهرستان‌ها، ورودی اورژانس بیمارستان‌های سطح ۳ کاهش می‌یابد.

نظارت بیشتر و جدی‌تر بر روند اجرای نظام آنکالی جزو مهم‌ترین عوامل موثر بر بهبود عملکرد اورژانس است. نظام آنکالی باید به طور صحیح و دقیق اجرا شود و از طرف دیگر اصول حرفه‌ای و اخلاق پزشکی حکم می‌کند تا پزشکان مطابق با قوانین و تعهدی که به بیمارستان‌ها دارند، در زمان مورد نیاز در اسرع وقت خود را به بیمارستان برسانند. در کشورهای خارجی وجود قوانین سخت آنکالی باعث شده حاضر نشدن

## References

- 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)
- 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.
- Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar M M, Motamed M, Tarkhorani M. Patient satisfaction before and after executing health sector evolution plan. Iranian Journal of Emergency Medicine.2015; 2(3): 127-133.
- Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. The Lancet.2016; 387(10013): 29-30.
- Jafari Sirizi M, Seyedin S, Aghlmand S, Seyed Mahmoodi 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.
- 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.
- Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. Health Policy. 2011; 102(1): 1-7.
- Quinn AE, Trachtenberg AJ, McBrien KA, Ogundele Y, Souris 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.
- Ogundele 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.
- 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.
- Green LV. Using Operations Research to reduce delays for healthcare. In Tutorials in Operations Research. 2008; 12(5): 290-302.
- 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.

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:** بدین وسیله نویسندهان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

- 
- 
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.

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

Ebrahim Jaafaripooyan<sup>1</sup>, Amir Hossein Jahanshir<sup>2</sup>, Maryam Sadat Askari<sup>3</sup>, Maryam Tajvar<sup>4</sup>, Morteza Rabeti<sup>5</sup>

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