

اجرای طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر محور حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی: نتایج و چالش‌ها

حسن واعظی^{۱*}، محمد آفاجانی^۲، میترا رستگاری^۳، علی شهرامی^۴، فریبا لطفی^۵، علیرضا اولیایی‌منش^۶، سعید معنوی^۷، لیلیا پورآقاسی^۸، علی ماهر^۹، موسی طباطبایی^{۱۰}، فرح بابایی^{۱۱}، جمشید کرمانچی^{۱۲}، پیرحسین کولیوند^{۱۳}، مرضیه زنگنه^{۱۴}، آرزو دهقانی^{۱۵}، سیده‌سنا حسینی^{۱۶}

۱- رییس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- کارشناس اورژانس بیمارستانی ۴- معاون اجرایی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵- کارشناس آمار و مدارک پزشکی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۸- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس اداره مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۲- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳- رئیس سازمان اورژانس کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۴- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵- مدیر روابط عمومی معاونت درمان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۶- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بلوک A- طبقه ۷. تلفن: ۰۲۱-۸۷۴۵۴۵۳۹

پست الکترونیک: vaezi.h@health.gov.ir

دریافت: ۹۵/۷/۲۵ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۷

مقدمه

به‌ویژه در مناطق روستایی منجر شده است (۸)، با این حال پاسخگوی نیازهای رو به رشد سلامت مردم در چند دهه اخیر نیست. گسترش خدمات در مناطق شهری و برون‌شهری و پویایی مسیر ارجاع بیماران همیشه مسئله‌ای چالشی بوده است (۹). از سال ۱۳۸۴ برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کوچک آغاز شد که در دولت بعدی ادامه یافت (۱۰). علی‌رغم افزایش جمعیت زیرپوشش بیمه درمانی، مسایل مربوط به دسترسی به خدمات سلامت و برابری در دسترسی و استفاده از این خدمات کماکان باقی‌مانده بود (۷، ۱۱-۱۳). از این‌رو در دولت یازدهم مجموعه‌ای از برنامه‌های اصلاح و بازنگری نظام سلامت پیگیری شد (۱۰). نتیجه این اصلاحات با عنوان طرح تحول نظام سلامت (HSE)^۴ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه به‌منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت معرفی شد.

به‌طور کلی اصول ۲، ۳ و ۲۹ قانون اساسی کشور و بند ۱ اصل ۴۳ بر ضرورت شکل‌گیری طرح تحول نظام سلامت تأکید دارد. اسناد بالادستی مربوط به محور مقیمی شامل بند ب ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه ناظر بر پایداری نیروی انسانی متخصص و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت و بند الف

سلامتی دارایی ارزشمندی است که با فراهم آوردن امکان توسعه قابلیت‌های فردی به توسعه پایدار جامعه یاری می‌رساند (۱). پوشش فراگیر خدمات سلامت (UHC)^۱ به‌عنوان مدلی جهانی از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ معرفی شده است. این پوشش با هدف دسترسی عموم به خدمات باکیفیت و مقرون به‌صرفه شکل گرفت. سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۲ نقش مهمی در حمایت از کشورها به‌منظور پاسخگویی در زمینه پوشش همگانی سلامت و نظارت بر اجرای آن دارد (۱). پوشش همگانی سلامت بر دسترسی به خدمات موردنیاز باکیفیت و بدون تحمل فشارهای مالی در دو سطح فردی و اجتماعی تأکید دارد (۲) و مطابق با تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت، اعلامیه کنفرانس آلماتا (۳) و سیستم‌های بهداشت کمیسیون عوامل اجتماعی سلامت، شبکه دانش سیستم سلامت (۴) و گزارش‌های سلامت در زمینه تجدید مراقبت‌های اولیه (۵) و تأمین مالی درمان است (۶).

گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت اولیه (PHC)^۳ در ایران نیز به‌طور عمده بر اساس اصول بهداشت همگانی کنفرانس آلماتا است (۷). مراقبت‌های اولیه سلامت به‌طور چشمگیری به بهبود نتایج سلامت و بهداشت

¹ Universal Health Coverage (UHC)

² World Health Organization (WHO)

³ Primary Health Care (PHC)

⁴ Health System Evaluation (HSE)

پیروی از مقررات به همراه جذب و حفظ متخصصان واجد شرایط است (۲۱). در واقع پیگیری وقایع گذشته و حال، به پیش‌بینی و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد سیستم‌های سلامت و در نتیجه ارتقا و بهبود آن منتهی می‌شود (۲۲). برای اغلب افراد بخش اورژانس بیمارستان ویتترین و دروازه ورودی دریافت خدمات بهداشتی و درمانی است. در کانادا حدود ۶۰٪ موارد بستری در بیمارستان از طریق بخش اورژانس صورت می‌پذیرد (۲۳). جلب رضایت بیماران در این بخش مسئله‌ای چالشی است و علی‌رغم ویتترین بودن این بخش تعامل افراد در واحد اورژانس ماهیت خاصی دارد (۲۴-۲۸). به‌طور معمول هیچ‌گونه سابقه آشنایی بین بیمار یا خانواده وی با کارکنان بخش اورژانس وجود ندارد و در چنین شرایط آشنوبناکی که ارتباطات حداقلی در آن حاکم است، اعتماد باید به‌سرعت شکل گیرد. گزارش‌ها حاکی از آن است که رضایتمندی بیمار به رعایت رژیم‌درمانی و کسب نتایج بهتر می‌انجامد (۲۴) از این‌رو در پیش گرفتن تدابیری از سوی بیمارستان برای رضایتمندی بیمار حایز اهمیت است.

انتظار و تأخیر در دریافت خدمات سلامت مسئله جدیدی نیست (۲۹، ۳۰). یافته‌های یک نظرسنجی (HSE)^۵ در ایالات متحده حاکی از آن است که ۲۷٪ افراد بیمه‌شده کم‌تر از ۶۵ سال فاقد دسترسی به‌موقع به پزشک هستند (۳۱) و ۴۰٪ از ویزیت‌های بخش اورژانس، فوری صورت نمی‌پذیرد. دلیل اصلی آن در اغلب موارد عدم دستیابی به خدمات اولیه برای مراقبت‌های سریع است (۳۱، ۳۲). از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۱، افراد ناموفق در دستیابی فوری به مراقبت‌های اولیه از ۲۳٪ به ۳۳٪ افزایش یافته است (۳۳). در سال ۲۰۰۱، ۴۳٪ از بزرگسالانی که درخواست مراقبت‌های اولیه داشته‌اند، با تأخیر مواجه شده‌اند (۳۴). از این‌رو مؤسسه پزشکی کمیته کیفیت مراقبت‌های پزشکی آمریکا «به‌موقع بودن» را یکی از شش هدف اساسی بهبود سیستم سلامت تعیین کرده است (۳۵).

بر خلاف اعتقاد رایج تنها در موارد نادری تأخیر، انتظار و دسترسی محدود به مراقبت‌های اولیه ناشی از کمبود نیرو است. بررسی اغلب مسایل ناشی از تأخیر در ارائه خدمات سلامت نشان می‌دهد، مشکل اصلی بیشتر ناشی از عدم تطبیق مناسب ظرفیت پزشک برای پاسخگویی به درخواست بیمار است (۳۶). سیستم مراقبت‌های بهداشتی و سلامت می‌تواند با استفاده از اصول مهندسی صنایع و تئوری صف بسیاری از مسایل مربوط به تأخیر در ارائه خدمات را بدون افزودن نیروی جدید کاهش داده یا به‌طور کل برطرف نماید (۳۷). یکی از راه‌های کاهش زمان انتظار بیماران استفاده از مدل دسترسی پیشرفته است (۳۸). بر اساس این درخواست

ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه ناظر بر پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کم‌تر توسعه‌یافته است (۱۴، ۱۵). بر این اساس طرح تحول نظام سلامت با ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری و بررسی اسناد بالادستی و کار پژوهشی سیاست‌گذاران این حوزه، با سه هدف حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت در سراسر کشور، ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستان‌های سراسر کشور، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد. برای کسب اهداف مذکور این طرح در قالب چندین بسته اجرایی طراحی و اجرا شده است؛ یکی از محورهای اجرایی این طرح حضور پزشک متخصص مقیم به‌صورت شبانه‌روزی و به‌خصوص در روزهای تعطیل و شب‌ها، در بیمارستان‌های دولتی بالای ۶۴ تخت است که امکان دسترسی سریع بیماران اورژانسی به پزشک متخصص را فراهم می‌کند تا از این طریق انجام رویه‌های مناسب درمانی در کوتاه‌ترین زمان ممکن توسط متخصص مقیم برای بیماران اورژانسی انجام شود.

اهداف

اهداف اصلی

این برنامه به منظور بهره‌مندی به‌هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضوردایم پزشکان متخصص در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا می‌شود.

اهداف اختصاصی

- افزایش رضایتمندی مردم
- پاسخ‌گویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی
- انجام به‌موقع ویزیت بیماران
- تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن
- افزایش کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده
- حضور به‌موقع در اتاق عمل و در طی اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیمار
- رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌های ویژه مخصوصاً بخش ICU (۱۶)

مبانی نظری و اسناد بالادستی

وجود شکاف آشکار در کیفیت و ایمنی خدمات سلامت و از طرف دیگر هزینه‌های فزاینده دریافت آن منجر به توجه روزافزون به عملکرد سیستم‌های سلامت و بهداشت و نظارت و ارزیابی آن شده است (۱۷-۲۰). هدف از این توجه یادگیری، انطباق، تغییر و بهبود سیستم سلامت به‌منظور جلب رضایت بیمار، مهار هزینه‌ها،

⁵ The Kaiser Family Foundation Survey. <http://kff.org/>

می‌دهد طرح اولیه محور مقیمی از حدود سال ۱۳۸۸ وزارت بهداشت مطرح شده است و به‌ویژه پزشکان حوزه اورژانس بر ضرورت آن تأکید داشته‌اند. عدم حضور پزشکان متخصص در ساعات غیر اداری و تعطیل علت اصلی موارد تشخیص ناصحیح بیماری بود که امکان ارائه خدمات مناسب به بیماران را با مشکل مواجه می‌کرد و گاه پیامدهای جبران‌ناپذیری را در پی داشت. با بررسی شکایات‌های ثبت شده در بیمارستان‌ها می‌توان دریافت که بیش از نیمی از این شکایات‌ها به دلیل تشخیص ناصحیح و ناکارآمد و نداشتن تسلط کافی در حوزه مربوطه اتفاق افتاده است. با اجرای برنامه تحول نظام سلامت به یکی از نقص‌های این حوزه توجه شد و بسته «حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در ساعات شب و تعطیل راهکاری بود که برای رفع این نقص و افزایش رضایت‌مندی مردم و بالا بردن کیفیت خدمات سلامت عنوان شد. به‌عبارت‌دیگر، همه بیمارستان‌های دولتی درمانی-آموزشی به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات درمانی و مراقبت‌های سلامت و تضمین ارائه خدمات مناسب در هر ساعت از شبانه‌روز و در همه نقاط کشور مکلف شده‌اند از پزشکان متخصص یا فوق‌تخصص و فلوشیپ در برخی از رشته‌های خاص و حیاتی‌تر به‌عنوان پزشک مقیم استفاده کنند.

بیمار برای ویزیت شدن توسط پزشک خود در همان روز، در لیست پزشک ثبت می‌شود. در مدل‌های سنتی با اینکه پزشک موردنظر بیمار حضور دارد اما به دلیل بسته بودن برنامه معمول پزشک، بیمار توسط پزشک دیگری ویزیت می‌شود. در این حالت مزایای پیوستگی تحت نظر یک دکتر بودن از بین می‌رود (۳۹). به‌علاوه در این مدل ایده مرتب‌سازی تقاضاها بر اساس دو حالت در صف و حالت فوری نقض می‌شود. هدف اولیه از طراحی این مدل تأکید بر انجام کارهای هر روز در همان روز است. این حالت شبیه همان چیزی است که به‌عنوان استانداردهای اکثر صنایع تولیدی و خدماتی نوین اجرا می‌شود (۴۰-۴۴).

طرح تحول سلامت در ایران پس از یک مرحله مطالعاتی شش‌ماهه از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز شد. در این میان محور حضور متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، با هدف ارائه خدمات با کیفیت به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی توسط تخصص‌های مهم در تمام اوقات شبانه‌روز در بیمارستان، مورد توجه قرار گرفت و تدوین و اجرایی شد. به دلیل عدم وجود زیرساخت‌های مناسب، امکان پیاده‌سازی مدل دسترسی پیشرفته وجود نداشت و از ابتدای مطالعات مرتبط با برنامه، بر حضور فیزیکی پزشک متخصص تأکید شد. همچنین بررسی اسناد و مدارک و مصاحبه با مسئولان این بسته نشان

اسناد بالادستی

برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی

| قوانین پایه | ناظر بر | قانون برنامه پنجم توسعه | ناظر بر | سیاست‌های کلی سلامت | ناظر بر |
|---|--------------------------------------|---|---------|---------------------|---------|
| قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | - بند ب ماده ۳۴ - بند الف ماده ۳۶ | - پایداری نیروی انسانی متخصص - ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت - پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کم‌تر توسعه‌یافته | | | |

روش اجرا

اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ابلاغ نامه‌ای از اولین ساعت روز ۹۳/۳/۱ آغاز شد. در این ابلاغیه بر موارد زیر تأکید شده است:

- فراهم آوردن شرایط رفاهی محل استقرار پزشکان برای حفظ شأن آن‌ها؛
- تهیه فهرست پزشکان مقیم بیمارستان‌ها و لیست کشیک ماه اول اجرای برنامه تا حداکثر هفتم خرداد (۱۳۹۳) از طریق پرتال برنامه تحول نظام سلامت^۷

- ارایه فرم تعهدنامه‌ای به‌منظور شفاف‌سازی تعهدات پزشکان رسمی، پیمانی، قراردادی و ضریب کای مشمول این برنامه
- تفویض مسئولیت نظارت بر حسن اجرای برنامه به معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده مطابق با دستورالعمل و ابلاغیه‌های مربوط
- تعیین مسئول تهیه گزارش عملکرد واحدهای اجرایی برنامه مذکور و تقدیم آن به ستاد کشوری طرح تحول نظام سلامت

ذکر این نکته ضروری است که ۸۰٪ بار مراجعه بیماران به بیمارستان‌های دولتی اختصاص دارد.^۶
^۷ www.hse.health.gov.ir

دستاوردها

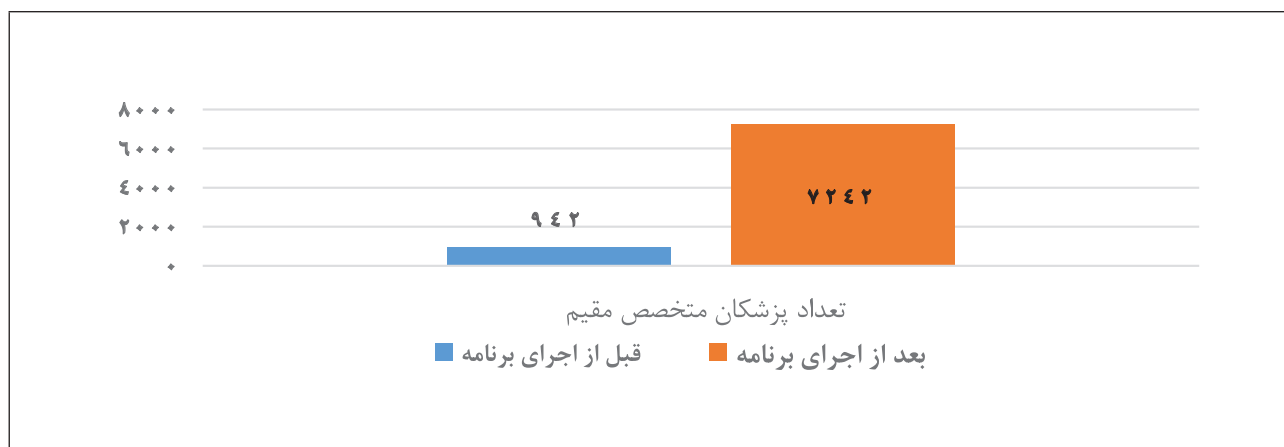
اجرای برنامه حضور پزشک متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی نتایج ملموسی به همراه داشته است که زیر به دستاوردهای ۲ ساله این برنامه در طرح تحول نظام سلامت اشاره می‌شود (حسن واعظی، ۱۳۹۵):

- ۴۱۲ بیمارستان در ۲۹۱ شهر مشمول برنامه حضور پزشک مقیم شدند لذا بیماران اورژانسی مراجعه کننده به این بیمارستان‌ها با سرعت و دقت و در نتیجه کیفیت بیشتری تحت درمان قرار می‌گیرند (این مورد نیازمند بررسی آماری است و تاکنون (زمان تدوین مقاله) بررسی دقیقی در مورد تأثیر افزایش دسترسی بیماران اورژانسی به پزشک متخصص بر دقت یا کیفیت خدمات ارائه شده، نشده است با این وجود انجام سریع تر خدمات بالینی به بیماران اورژانسی از سوی پزشک متخصص مقیم در بیمارستان، مسجل شده است)
- تعداد پزشکان مقیم از ۹۴۲ نفر قبل از اجرای برنامه به ۷۲۴۲ پزشک افزایش یافته است لذا دسترسی بیماران به پزشک متخصص افزایش می‌یابد.
- به طور متوسط ۸۵۶ پزشک متخصص در ۱۷ رشته تخصصی در هر شب در بیمارستان‌های دولتی حضور یافتند که علاوه بر افزایش دسترسی و تسریع درمان از ارجاع بیمار به بخش خصوصی جلوگیری می‌کند که این مورد نیز به حفاظت مالی از بیماران می‌انجامد.
- در ابتدای انجام این طرح ۱۳۰۰ مجوز متخصص مقیم در کل کشور ارائه شده است؛ در حالی که این رقم قبل از اجرای طرح در حدود ۹۱ مجوز بوده است. به طور کلی، وضعیت قبل و بعد از اجرای محور مقیمی در جدول ۲ ارائه می‌شود. همچنین در جدول ۳ متوسط مقیمی ده ماهه سال‌های ۹۳ و ۹۴ ارائه شده است.

در ابتدای شروع طرح تحول با توجه به متغیر بودن شاخص‌های مختلف هر بیمارستان جهت تخصیص تعداد و نوع مجوز متخصص مقیم به ازای هر بیمارستان، از شاخص ثابت تعداد تخت بیمارستانی جهت این امر استفاده شد؛ به این صورت که برنامه مقیمی تنها در بیمارستان‌هایی که تعداد تخت آن‌ها بیش از ۶۴ تخت است، اجرا شود. البته در شرایط خاص در بیمارستان‌های درمانی زیر ۶۴ تخت فعال که به تشخیص دانشگاه حضور پزشک مقیم الزامی بود با درخواست دانشگاه و تأیید معاونت درمان وزارت متبوع و همچنین بیمارستان‌های درمانی و آموزشی- درمانی تک تخصصی کمتر از ۶۴ تخت فعال نیز مشمول آیین نامه مربوط به برنامه مقیمی شدند. بر اساس دستورالعمل مربوط به این برنامه، تمامی بیمارستان‌های ۶۴ تا ۱۰۰ تختخواهی حداقل یک متخصص داخلی، جراحی یا طب اورژانس حضور خواهند داشت و در مراکز بزرگ‌تر، بسته به نوع خدمات ارائه شده و تعداد تخت بیمارستان، ۴ تا ۶ متخصص حضور خواهند داشت. آمار کلی بیمارستان‌های کشور به منظور شفاف‌سازی تعداد پزشک متخصص مقیم ارائه می‌شود. پس از گذشت ۲ سال از اجرایی شدن محور حضور پزشک متخصص مقیم، بستری برای ارائه خدمات سلامت به خصوص در زمان‌های غیراداری ایجاد شد که در مجموع توانست به افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دولتی منجر شود (حسن واعظی، ۱۳۹۵).

جدول ۱- آمار ظرفیت پذیرش بیمارستان‌های کشور

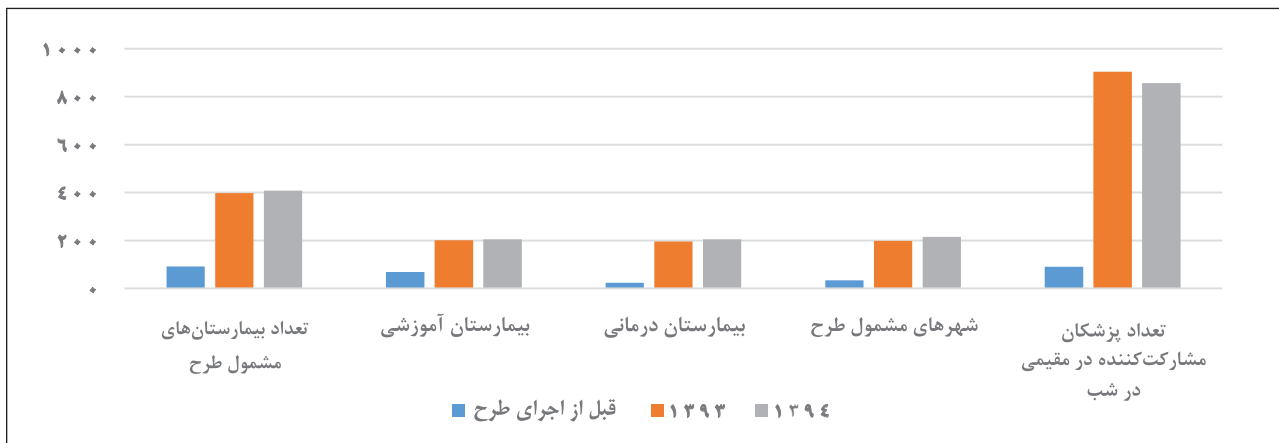
| تعداد تختخواب | تعداد بیمارستان |
|---------------|-----------------|
| کمتر از ۶۴ | ۱۸۲ |
| ۶۴ تا ۱۰۰ | ۸۴ |
| بیشتر از ۱۰۰ | ۲۹۰ |



نمودار ۱- افزایش حضور پزشکان متخصص در کشیک بیمارستان‌های دانشگاهی

جدول ۲- مقایسه قبل و بعد از اجرای بسته مقیمی بر اساس نوع و تعداد بیمارستان، رشته‌های تخصصی، مجوز و مشارکت پزشکان

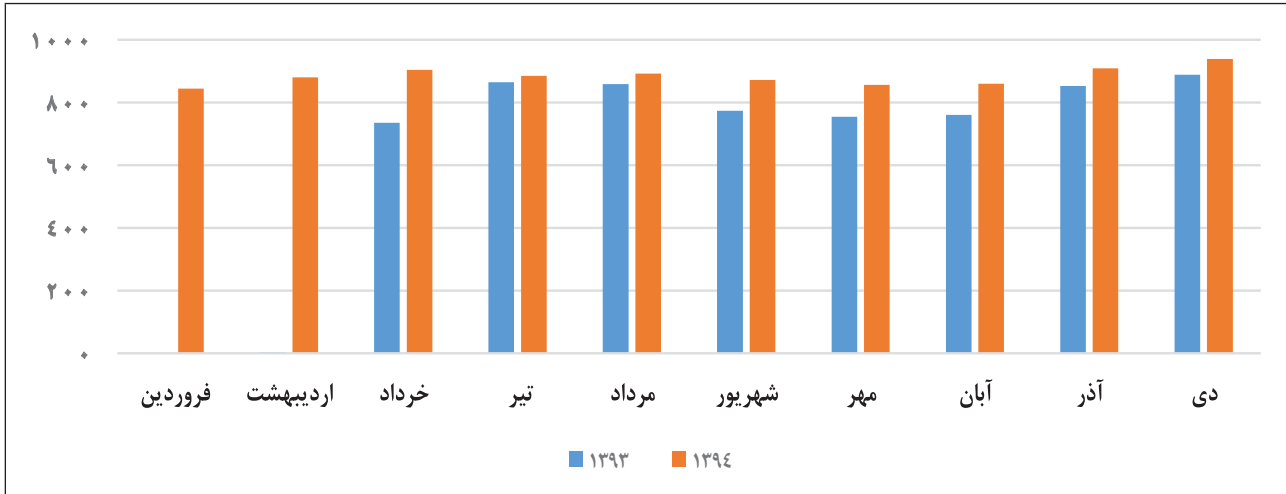
| عنوان | قبل از طرح | در سال ۹۳ | در سال ۹۴ |
|---|------------|-----------|-----------|
| تعداد بیمارستان‌های مشمول طرح | ۹۱ | ۳۹۷ | ۴۰۸ |
| بیمارستان آموزشی | ۶۸ | ۲۰۱ | ۲۰۴ |
| بیمارستان درمانی | ۲۳ | ۱۹۶ | ۲۰۴ |
| شهرهای مشمول طرح | ۳۴ | ۱۹۸ | ۲۱۵ |
| تعداد رشته‌های تخصصی | ۹ | ۱۷ | ۱۳ |
| تعداد کل مجوز پزشکان مقیم | ۹۱ | ۱۳۰۲ | ۱۶۱۹ |
| تعداد پزشکان مشارکت‌کننده در مقیمی در ماه | ۹۴۱ | ۴۶۴۲ | ۴۴۲۰ |
| تعداد پزشکان مشارکت‌کننده در مقیمی در شب | ۷۵-۹۰ | ۹۰۴ | ۸۵۷ |
| میزان رضایت‌مندی بیماران از حضور متخصص | | ٪۷۷ | |



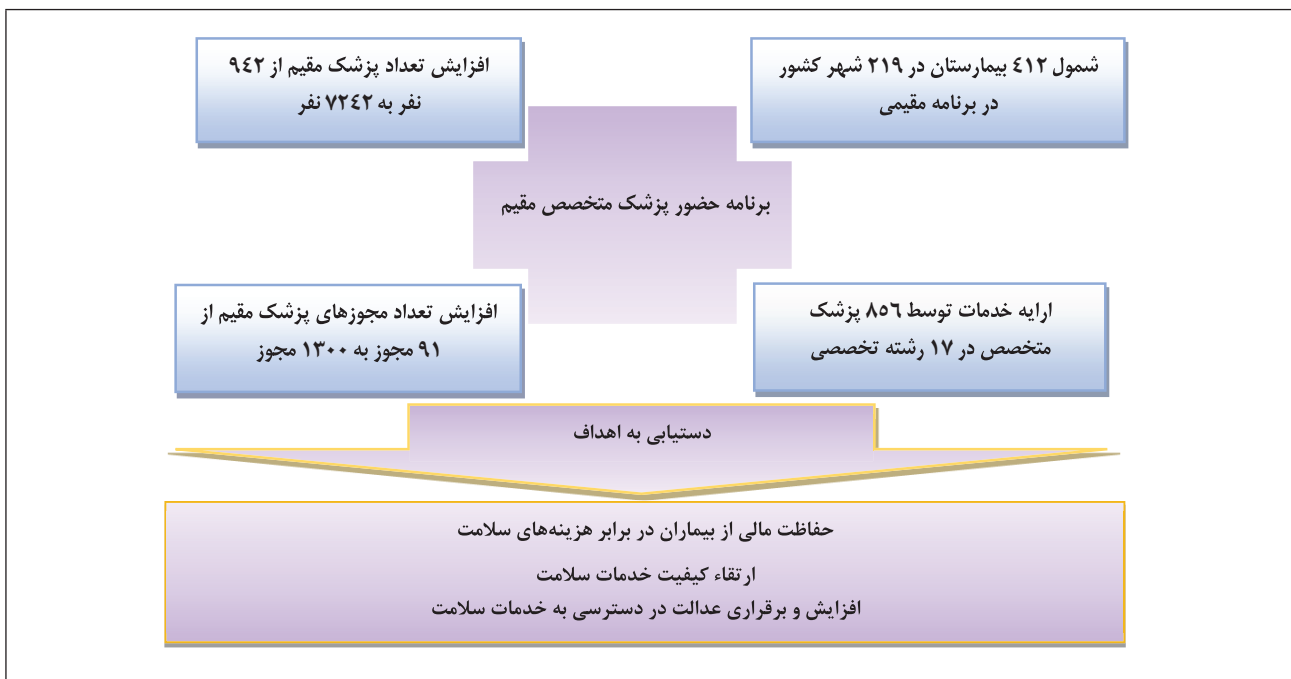
نمودار ۲- مقایسه قبل و بعد از اجرای بسته مقیمی بر اساس نوع و تعداد بیمارستان، شهرهای مشمول و میزان مشارکت پزشکان

جدول ۳- مقایسه متوسط مقیمی هر شب در ۱۰ ماه سال ۹۳ و ۹۴

| متوسط مقیمی هر شب در سال ۹۳ | | متوسط مقیمی هر شب در سال ۹۴ | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| تعداد | ماه | تعداد | ماه |
| ۰ | فروردین | ۸۴۴ | فروردین |
| ۳ | اردیبهشت | ۸۸۰ | اردیبهشت |
| ۷۳۵ | خرداد | ۹۰۴ | خرداد |
| ۸۶۴ | تیر | ۸۸۵ | تیر |
| ۸۵۹ | مرداد | ۸۹۲ | مرداد |
| ۷۷۴ | شهریور | ۸۷۲ | شهریور |
| ۷۵۴ | مهر | ۸۵۶ | مهر |
| ۷۶۰ | آبان | ۸۶۰ | آبان |
| ۸۵۳ | آذر | ۹۰۹ | آذر |
| ۸۸۸ | دی | ۹۳۹ | دی |
| ۶۴۹ | متوسط مقیمی در سال ۹۳ | ۸۸۴ | متوسط مقیمی در سال ۹۴ |



نمودار ۳- مقایسه متوسط مقیمی هر شب ۱۰ ماه سال ۹۳ و ۹۴



که نشان‌دهنده نیاز به توجه بیشتر در این برنامه از سوی دولت و وزارت بهداشت است (۴۵).

همچنین خیری و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی دیگر با عنوان «نحوه اجرای برنامه‌های شش‌گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان نظارت بر درمان به بررسی شاخص‌های هر یک از برنامه‌های طرح تحول پرداخته‌اند. بررسی مربوط به شاخص‌های برنامه مقیمی نشان‌دهنده حضور فعال پزشکان مقیم بر اساس برنامه و مناسب بودن امکانات و شرایط محل اسکان پزشکان در محیط بیمارستان است (۴۶).

شهبایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «چالش‌ها و فرصت‌های پیرامون برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کرمان» به بررسی

در کل دستاوردهای برنامه حضور پزشک متخصص مقیم که دربرگیرنده، نشان‌دهنده موفقیت این برنامه در راستای دستیابی به اهداف کلان طرح تحول نظام سلامت که برگرفته از مدل پوشش همگانی سلامت سازمان بهداشت جهانی است، می‌باشد. در شکل زیر به نتایج نهایی این برنامه اشاره می‌شود (حسن واعظی، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر خیری و همکاران (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان «برنامه مقیمی پزشکان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی» انجام داده‌اند. در این پژوهش همه بیمارستان‌های پایش شده، در ابعاد برنامه مقیمی پزشکان به‌جز بعد گزارش ارزیابی عملکرد و رضایت‌سنجی از پزشکان مقیم و حضور پزشکان مقیم مطابق با برنامه ماهیانه علی‌رغم پرداخت هزینه مقیمی به پزشکان، باقی ابعاد وضعیت متوسط به بالایی داشتند

متخصص در بیمارستان‌ها و تأمین منابع مالی مربوطه تا حدودی موفق دانست؛ اما اظهار نظر در مورد میزان تحقق اهداف اختصاصی این برنامه در درازمدت با بهره‌گیری از معیارهای سنجش عملکرد و با در نظر گرفتن زمان‌بندی برای دستیابی به اهداف مورد نظر در هر مرحله و مقایسه وضع موجود با وضعیت قبلی امکان‌پذیر می‌شود. به‌طور کلی، تحقق اهداف این برنامه به عوامل مختلفی وابسته بوده است؛ یکی از عوامل مؤثر جهت دستیابی به موفقیت لازم در اجرای این برنامه تأمین منابع مالی لازم و پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه مقیمی بوده که این کار تاکنون صورت گرفته است. از دیگر عوامل مؤثر جهت دستیابی به موفقیت لازم در اجرای این برنامه نظارت مستمر مسئولان بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه‌های مربوطه بر اجرای ضابطه‌مند و صحیح این برنامه به‌ویژه حضور پزشک مقیم در نوبت مقیمی است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که مسئولان مربوطه به‌ویژه در سطح معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها (مسئولان بسته‌ها و اداره نظارت بر درمان) بر حضور پزشکان متخصص مقیم نظارت دارند و این نظارت در هر بیمارستان از طریق سوپروایزر بیمارستان، مسئولان بسته‌ی مقیمی و کارشناسان اداره نظارت بر درمان معاونت‌های درمان صورت می‌گیرد؛ اما هنوز این نظارت‌ها از کارآمدی و اعتبار لازم برخوردار نیست. لازم به ذکر است پرداخت مبتنی بر عملکرد نیز از دیگر عوامل مؤثری است که اجرای بهینه برنامه و توفیق دستیابی به اهداف را در بردارد؛ از این‌رو، در ماده ۱۱ دستورالعمل معیارهایی جهت ارزیابی عملکرد پزشکان مقیم پیش‌بینی و جداول امتیازاتی مشخص شده است تا اجرای هر چه اثربخش‌تر این محور امکان‌پذیر شده و به تحقق اهداف این محور منتهی شود.

در نهایت به منظور بررسی همسوی برنامه حضور پزشک متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی پیشنهاد می‌شود که شاخص‌های بلندمدتی تعریف و آنها را در دوره‌های زمانی مشخص مورد مطالعه قرار داد.

تأثیر حضور پزشکان مقیم بر آرایه به‌موقع خدمات درمانی و پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی دانشگاهی بعد از اجرای طرح تحول سلامت پرداخته‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد اجرای این محور باعث افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان شده است و با توجه به در دسترس بودن پزشک متخصص و انجام به‌موقع ویزیت‌ها و مشاوره‌های بیماران و تعیین تکلیف بیماران، امکان پاسخگویی ۲۴ ساعته برای مراکز درمانی فراهم شده است (۴۷).

مطابق با گزارش ارزیابی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در سال ۱۳۹۳، از تعداد ۵۶۱ بیمارستان دانشگاهی کل کشور ۳۸۲ بیمارستان معادل ۶۷٪ دارای پزشک مقیم متخصص بودند و میانگین پزشکان مقیم متخصص در مردادماه سال ۹۳ در این ارزیابی ۸۱۳ نفر گزارش شده است (۴۸). این درصد در گزارش ۲ ساله برنامه، به ۷۳٪ رشد یافته است و ۶۳۷.۸۵۶ کشیک در ۴۱۲ بیمارستان انجام شده است.

پیشنهادات

در دولت یازدهم و با نظر وزیر محترم بهداشت، اجرای طرح تحول باهدف اصلاح و رفع بسیاری از مشکلات نظام سلامت کشور و به‌خصوص سامان‌دهی وضعیت بیمارستان‌های دولتی و افزایش میزان رضایتمندی گیرندگان و آرایه‌کنندگان خدمت در دستور کار آن وزارتخانه قرار گرفت و منابع مالی و اعتباری قابل‌توجهی به این طرح اختصاص یافت که شاید در تاریخ فعالیت وزارت بهداشت بی‌سابقه باشد. همچنین تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و بیمارستان‌های دولتی وابسته به آنها برای اجرای طرح بسیج شدند.

در مجموع، تاکنون اجرای برنامه مقیمی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران را می‌توان به لحاظ اجرایی شدن در بیشتر بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت و فراهم شدن شرایط نسبتاً مناسب برای حضور دایم پزشکان

References

- 1- World Health Organization. Universal health coverage: WHO; 2012 [cited 2014 July]. Available from: http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/.
- 2- World Health Organization. Strategy of WHO Human Resources for Health 2010-2015: WHO; 2006 [cited 2014 July]. Available from: <http://www.who.int/hrh/strategy/en/>
- 3- Alma-Ata USSR. International Conference on primary health care. Alma-Ata 1978 [cited 2014 July]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- 4- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the CSDH. Geneva: WHO, 2008.
- 5- World Health Organization. Primary health care: now more than ever: WHO 2008 [cited 2014 July]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- 6- World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage: WHO; 2010 [cited 2014 July]. Available from: <http://www.who.int/wht/2010/en/>
- 7- Manenti A. Health situation in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2011;25(1):1-7.
- 8- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2000;6(4):822-5.
- 9- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coinci-

- dence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(2):163-73.
- 10- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013;30(5):551-9.
 - 11- Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran*. 2013;27(1):42-9.
 - 12- Moradi-Lakeh M, Bijari B, Namiranian N, Olyaeemanesh AR, Khosravi A. Geographical disparities in child mortality in the rural areas of Iran: 16-years trend. *Journal of epidemiology and community health*. 2013;67(4):346-9.
 - 13- Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984-2010). *International journal for equity in health*. 2014;13:42.
 - 14- Constitution of Islamic Republic of Iran. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution.
 - 15- I.R.Iran 5th 5 year economic, social and cultural development plan Act. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>.
 - 16- Instructions of The presence of specialist physicians residing in hospitals affiliated with the Ministry of Health and Medical Education. Instruction set health transformation plan, Rev. 1. 2014.
 - 17- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 1999.
 - 18- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(Suppl. 1):5-13.
 - 19- Department of Health and Children. *Building a Culture of Patient Safety: Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance 2008*. Available from: http://www.dohc.ie/publications/pdf/en_patientsafety.pdf?direct=1.
 - 20- Fineberg HV. Shattuck Lecture. A successful and sustainable health system--how to get there from here. *The New England journal of medicine*. 2012;366(11):1020-7.
 - 21- Business Intelligence for Healthcare. *The New Prescription for Boosting Cost Management, Productivity and Medical Outcomes*. An Exclusive Report from BusinessWeek Research Services 2009 Available from: http://www.scribd.com/saviop_4/d/48948985-Whitepaper-Business-Intelligence-in-Health.
 - 22- Health Service Executive. *Corporate Planning & Corporate Performance Directorate. Role and function of CPCP 2010*. Available from: <http://www.hse.ie/eng/serv>.
 - 23- Canadian Institute for Health Information report, *Health Indicators*. Ottawa: CIHI, 2008.
 - 24- Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*. 2010;25(1):64-72.
 - 25- American College of Emergency Physicians. *Emergency department patient satisfaction surveys*. ACEP Now 2012. Available from: <http://www.acepnow.com/article/emergency-department-patient-satisfaction-surveys/>.
 - 26- Blank FS, Tobin J, Jaouen M, Smithline E, Tierney H, Visintainer P. A comparison of patient and nurse expectations regarding nursing care in the emergency department. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2014;40(4):317-22.
 - 27- Meade CM, Kennedy J, Kaplan J. The effects of emergency department staff rounding on patient safety and satisfaction. *The Journal of emergency medicine*. 2010;38(5):666-74.
 - 28- Soremekun OA, Takayesu JK, Bohan SJ. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*. 2011;41(6):686-92.
 - 29- Goitein M. Waiting patiently. *The New England journal of medicine*. 1990;323(9):604-8.
 - 30- Waiting patiently. *The New England journal of medicine*. 1991;324(5):335-7.
 - 31- *National Survey of Consumer Experiences With Health Plans*. Menlo Park, Calif: Kaiser Family Foundation, 2000.
 - 32- Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Willets M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *Medical care research and review : MCRR*. 1995;52(4):453-74.
 - 33- Strunk BC, Cunningham PJ. *Treading Water: Americans' Access to Needed Medical Care, 1997-2001*. Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2002.
 - 34- Greenblatt J. *Access to Urgent Medical Care*. Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
 - 35- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
 - 36- Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family practice management*. 2000;7(8):45-50.
 - 37- Hall R. *Queueing Methods for Services and Manufacturing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1991.
 - 38- Murray M, M. BD. Advanced access reducing waiting and delays in primary care. *Innovations in Primary Care*. 2003;289(8):1035-40.
 - 39- Starfield B. *Primary Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
 - 40- Ohno T. *Toyota Production System*. Cambridge, Mass: Productivity Press; 1988.
 - 41- Spear K, Bowen HK. Decoding the DNA of the Toyota production system. *Harvard Bus Rev*. 1999;77:96-106.
 - 42- Womack J, Jones D, Roos D. *The Machine That Changed the World*. New York, NY: HarperPerennial; 1991.
 - 43- Womack J, Jones D. *Lean Thinking*. New York, NY: Simon & Schuster; 1996.
 - 44- Goldratt E, Cox J. *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*. Great Barrington, Mass: North River Press; 1992.
 - 45- Goodarzi L, Kheiri F, Meshkini A, Khaki A, editors. *Program resident physicians in hospitals affiliated to medical universities. National Conference on Criticism of the Performance of the Eleventh Government in the Area of Health*; 2015.
 - 46- Goodarzi L, Kheiri F, Meshkini A, Khaki A, editors. *How to*

run six programs IN health transformation plan OF the perspective of experts to monitor treatment. National Conference on Criticism of the Performance of the Eleventh Government in the Area of Health; 2015.

47- Challenges and Opportunities for the Presence of Physicians Residing in Hospitals affiliated with the Ministry of Health

and Medical Education of Kerman. National Conference on Criticism of the Performance of the Eleventh Government in the Area of Health; 2015.

48- Report on the evaluation of health transformation plan in the field of treatment 2014. Available from: <http://nihr.tums.ac.ir>.

Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on the Presence of Specialist Physicians Residing in Public Hospitals Covered by Medical Universities: Results and Challenges

Hassan Vaezi^{1*}, Mohammad Aghajani², Mitra Rastegar³, Ali Shahrami⁴, Fariba Lotfi⁵, Alireza Olyaeemanesh⁶, Saeid Manavi⁷, Leila Poraghasi⁸, Ali Maher⁹, Mosa Tabatabaei¹⁰, Farah Babaei¹¹, Jamshid Kermanchi¹², Peirhossein Kolivand¹³, Marziyeh Zangeneh¹⁴, Arezoo Dehghani¹⁵, Seyedeh Sana Hosseini¹⁶

¹ Head of Hospital Emergency. Ministry of Health and Medical Education.

² Deputy for Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

³ Expert of Hospital Emergency. Ministry of Health and Medical Education

⁴ Executive Vice of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

⁵ Expert of Statistician & Medical Documents Hospital Management and Clinical Services Excellence Department. Ministry of Health and Medical Education

⁶ Director General of the Office of Technology Assessment, Standards & Health Tariffs. Ministry of Health and Medical Education

⁷ Head of The Tariff Policy Department & Payment System. Ministry of Health and Medical Education

⁸ Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources. Ministry of Health and Medical Education

⁹ Vice Deputy of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

¹⁰ Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education

¹¹ Head of Department of Midwifery. Ministry of Health and Medical Education

¹² Adviser of Curative Affairs in the Disease Management. Ministry of Health and Medical Education

¹³ Head of the Emergency Department of the Country. Ministry of Health and Medical Education

¹⁴ Expert of the Coordination Office and Planning of Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education

¹⁵ Director of Public Relations of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

¹⁶ Expert of Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

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 Sys Res* 2017; 19(4): 238-247

* **Corresponding Author:** 7 Th Floor, Block A Eyvanak E Qods, Tehran, Iran. Tel: +98-21-81454539, Email: Vaezi.H@Health.Gov.Ir

زمستان ۹۵، دوره نوزدهم، شماره چهارم، پیاپی ۷۵