

اعتبارسنجی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی کشور ایران با استفاده از روش دلفی

جعفر صادق تیریزی^۱، رعنا غلامزاده نیکجو^{۲*}

۱- گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۲- گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نویسنده مسئول: عضو هیات علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، قطب علمی مدیریت سلامت ایران، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۲۵۱۲۷۶-۰۴۱
پست الکترونیک: gholamzadehr@tbzmed.ac.ir

دریافت: ۹۸/۴/۱۰ پذیرش: ۹۸/۸/۹

چکیده

مقدمه: حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، از سال ۱۹۹۹ با ورود پزشکان خانواده به گروه‌های مراقبت‌های اولیه محلی در نظام سلامت کشور انگلستان مطرح گردید. این مفهوم به دنبال تضمین استفاده‌ی گروه‌های مراقبت اولیه از پزشکی مبتنی برشواهد و کاهش نوسانات دسترسی به مراقبت‌های اولیه در جهت ارتقای پیامدهای خدمات سلامت و استاندارد خدمات ارائه‌شده به مشتریان است. مطالعه‌ی حاضر با هدف اعتبارسنجی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور ایران انجام پذیرفت.

روش کار: مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی است. ارکان و مولفه‌های حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه حاصل از بررسی متون، جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه، از طریق فرم دلفی به ۴۰ نفر از متخصصین واجد شرایط ارسال گردید و بر اساس نمره‌ی میان‌ه‌ی کسب‌شده، با برگزاری ۴ جلسه نشست متخصصین، مدل تایید گردید. شاخص‌های سنجش مدل به دنبال بررسی متون و نشست متخصصین پیشنهاد گردید و با ارائه‌ی این شاخص‌ها در کنار سایر اجزای مدل در قالب پرسش‌نامه‌ی دلفی به ۳۰ نفر از متخصصین، با محاسبه‌ی شاخص‌های CVI و CVR در دو راند دلفی، مدل نهایی تایید گردید.

یافته‌ها: مدل پیشنهادی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، با رکن زیربنایی رهبری و ۵ رکن اصلی مدیریت کیفیت، مشارکت جامعه، مدیریت اطلاعات سلامت، توسعه‌ی نیروی انسانی، پایش و ارزشیابی، ۲۲ مولفه و ۶۴ شاخص سنجش مدل با هدف کاهش این نقاط ضعف و چالش‌ها، با تکیه بر نقاط قوت و فرصت‌های موجود در سیستم، طراحی شد.

نتیجه‌گیری: مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی کشور ایران، پتانسیل ارتقای کیفیت و بهبود پاسخ‌گویی در نظام سلامت کشور را داشته و همچنین، توان ارزیابی پیشرفت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه به سمت تعالی را دارا می‌باشد.

کل واژگان: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، حاکمیت، مدیریت کیفیت، مشارکت جامعه، پایش و ارزشیابی

مقدمه

وسیع‌ی از افراد و سازمان‌ها مسئول است؛ از جمله جامعه‌ی محلی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، گروه‌های مراقبت‌های بهداشتی-درمانی هم‌کار، بیماران، موسسات تنظیم مقررات و افراد حرفه‌ای [۳]. در سال‌های اخیر، علاوه بر این که مرز میان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ثانویه (حاد) مبهم و غیرشفاف شده، شکایت‌هایی نیز در خصوص کیفیت خدمات ارائه‌شده در این سطح به گوش می‌رسد [۴، ۲]. بر اساس اطلاعات اداره‌ی بهبود ارزیابی‌ها و مراقبت‌های بهداشتی بریتانیا^۱، یک‌درصد ویزیت پزشکان عمومی در مراقبت‌های اولیه، دارای عوارض جانبی است

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، مراقبت‌های ضروری و اساسی در زمینه‌ی سلامت را گویند که برای همه‌ی افراد و خانواده‌ها قابل دسترسی باشد. این خدمات، بخش اصلی نظام سلامت و توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی کشورها را تشکیل می‌دهد [۱]. رویکردهای اخیر سازمان جهانی بهداشت، گویای ضرورت این سطح در سیستم مراقبت‌های بهداشتی-درمانی است؛ چرا که اولین سطح تماس افراد، خانواده‌ها و جوامع با تسهیلات بهداشتی-درمانی بوده و سنگ بنای تمام اقدامات مرتبط با سلامتی محسوب می‌شود [۲]. مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مقابل دامنه‌ی

² Bettering The Evaluation And Care Of Health In United Kingdom (BEACH)

¹ Primary Health Care (PHC)

برای شناسایی ارکان و مولفه‌های حاکمیت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده گردید. منابع اطلاعاتی انگلیسی زبان، شامل PubMed، Web of Knowledge ScienceDirect و سایت‌های اختصاصی کشورهای که در زمینه‌ی PHC Governance فعالیت می‌کنند، با استفاده از کلیدواژه‌های Primary Health Care، PHC، Governance، Clinical Governance و Corporate Governance بدون محدودیت زمانی مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه، در برداشتن ارکان و مولفه‌های مدل حاکمیت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه/مراقبت اولیه بود. تعداد ۲۰۸ مطالعه در این جست‌وجو به دست آمد که پس از بررسی ارتباط موضوعی عناوین و چکیده با هدف مطالعه، بررسی معیارهای ورود به مطالعه، ارزیابی کیفی توسط دو نفر از پژوهش‌گران به شکل جداگانه و حل و فصل مغایرت‌ها با بحث و تبادل نظر، نهایتاً ۲۴ مطالعه مورد بررسی تکمیلی قرار گرفت (پیوست شماره ۱). ارکان و مولفه‌های مدل‌های حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه/مراقبت اولیه به همراه ویژگی‌های توصیفی هر مطالعه استخراج شده و در جداول خلاصه‌سازی ثبت شد و سپس، ارکان و مولفه‌های پرتکرار در مدل‌های حاکمیت مراقبت بهداشتی اولیه/مراقبت اولیه استخراج گردید. نهایتاً ۸ رکن و ۷۸ مولفه برای حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه که به‌دفعات در مدل‌های کشورهای مختلف تکرار شده، به دست آمد (پیوست شماره ۲). در ادامه، یک بررسی کیفی با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه صورت پذیرفت. در این مرحله، برای جمع‌آوری داده، از دیدگاه متخصصین و صاحب‌نظرانی استفاده شد که معیارهای لازم را برای ورود به مطالعه داشتند. این افراد شامل مدیران، معاونین و اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند که پنج سال سابقه‌ی کاری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشتند. از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در مطالعه‌ی حاضر استفاده شد. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان، جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته تشکیل گردید. در ابتدا، به منظور توصیف شرکت‌کنندگان، اطلاعات دموگرافیک آن‌ها ثبت و فرم رضایت آگاهانه توسط ایشان تکمیل گردید. زمان تخصیص‌یافته به هر جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز و مصاحبه، ۷۵-۴۰ دقیقه (میانگین ۶۰ دقیقه) بود. پیش از شروع جلسات، پژوهشگران در خصوص هدف جلسه، دلایل انتخاب شرکت‌کنندگان، منافع شرکت در مطالعه و همچنین نحوه‌ی دستیابی به نتایج مطالعه، توضیحات کافی را به شرکت‌کنندگان ارائه نمودند. پرسش کلیدی جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه به شرح زیر بود:

چه ارکان و مولفه‌هایی را برای طراحی مدل حاکمیت

پاییز ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره سوم، پیاپی ۸۶

[۴]. مطالعه‌ای دیگر، ۳/۷ مورد عوارض جانبی به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ ویزیت پزشکان عمومی در مراقبت‌های اولیه را گزارش کرده است [۵].

در سازمان مراقبت‌های اولیه‌ی استرالیا، خطاهای اتفاق افتاده در ویزیت‌ها ۱ در هر ۱۰۰۰ مورد بوده که تقریباً ۷۰٪ مربوط به ضعف در فرآیندهای مراقبت سلامت و ۳۰٪ مربوط به ضعف دانش و مهارت‌های فردی پزشک عمومی است [۶].

به موازات رشد و افزایش پیچیدگی خدمات بهداشتی اولیه، دولت مستلزم تضمین کیفیت بالینی و بهبود ایمنی در جهت ارتقای پیامدهای سلامتی برای مشتریان سطح اول است [۴]. اگرچه نظام‌های بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجود دارد، ولی تلاش اندکی برای درگیری همه‌ی اعضای سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در فعالیت‌های بهبود کیفیت شده است. مثال‌های بین‌المللی متعددی در خصوص فعالیت‌های بهبود کیفیت در مراقبت‌های اولیه وجود دارد؛ از جمله بررسی هم‌کاران و بازخوردهای فردی بر عمل‌کرد بالینی در نیوزیلند، یادگیری مادام‌العمر در آلمان، اعتباربخشی مجدد به پزشکان در نروژ، مشارکت عمومی در مقررات پزشکی و پاسخ‌گویی در کانادا و برنامه‌های ارزیابی فناوری در انگلستان، اسپانیا، هلند و دیگر کشورها [۷].

اقدامات بهبود کیفیت، تحت عنوان حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه، در کشورهایی مانند انگلستان، استرالیا و نیوزیلند در حال اجرا می‌باشد [۸، ۶]. هدف نهایی اجرای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه، تضمین استفاده‌ی گروه‌های مراقبت بهداشتی اولیه از پزشکی مبتنی بر شواهد و کاهش نوسانات دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در جهت ارتقای پیامدهای خدمات سلامت و ارتقای استاندارد خدمات ارائه‌شده به بیماران است. حاکمیت مراقبت‌های اولیه، یک رویکرد مدون و چندوجهی است که برای بهبود کیفیت، از دامنه‌ی وسیعی از استراتژی‌های قابل‌اجرا در محیط، به جای استراتژی‌های منفرد، بهره می‌گیرد.

با توجه به این‌که شواهد بی‌شماری از نوسانات کیفیت در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران وجود دارد [۹] و این‌که مطالعاتی در خصوص شناسایی الگوهای بهبود کیفیت در کشورهای مختلف و معرفی ارکان بهبود کیفیت در این سطح از ارائه‌ی خدمت [۱۰] صورت پذیرفته، لازم است مطالعه‌ای برای معرفی ارکان و مولفه‌های پیش‌نهادی برای بهبود کیفیت و اعتبارسنجی این اجزا صورت پذیرد تا موارد مناسب، از دید خبرگان و متخصصین داخلی انتخاب شده و در اختیار نهادهای نظارتی قرار گیرد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی است. از بررسی متون

انگلیسی زبان شامل PubMed Web of Knowledge، ScienceDirect و سایت‌های اختصاصی کشورهای که در زمینه‌ی PHC Governance فعالیت می‌کنند با استفاده از کلیدواژه‌های Primary Health Care, Indicator, Clinical governance, PHC governance, Quality management, Community involvement, Health information management, Evaluation و Human resource development, Monitoring و Sid Iran Doc فارسی آن‌ها در پایگاه‌های فارسی Magiran و هم‌چنین سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انتشارات متعلق به این وزارتخانه بدون محدودیت زمانی برای یافتن شاخص‌های سنجش اجرا مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مورد بررسی قرار گرفت. حاصل این جست‌وجو، ۱۰۷ شاخص مربوط به سنجش حاکمیت بالینی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. در ادامه، ۹ جلسه نشست متخصصین برای نهایی‌سازی شاخص‌ها برگزار شد. در این جلسات، فهرست شاخص‌های به‌دست آمده از بررسی متون در اختیار متخصصین قرار گرفت. با توجه به ارکان و مولفه‌های مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی، برخی شاخص‌ها حذف شده و برخی نیز تغییر عنوان یافتند و تعدادی نیز به روش بارش افکار توسط متخصصین پیشنهاد شدند و در پایان این جلسات، با استفاده از دو معیار ضرورت شاخص و تناسب شاخص با اجزای مدل، با استفاده از روش گروه اسمی، ۸۱ شاخص نهایی انتخاب شدند. در مرحله‌ی آخر، مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌همراه شاخص‌های ارزیابی مدل به‌منظور تایید اعتبار وارد پرسش‌نامه‌ی دلفی گردید. این پرسش‌نامه برای تایید اعتبار به ۳۰ نفر از متخصصین واجد شرایط از طریق پست الکترونیکی برای افراد خارج از دانشگاه و مراجعه‌ی حضوری برای شرکت‌کنندگان دانشگاهی ارسال گردید (پیوست ۵ و ۶ بیانگر اطلاعات دموگرافیکی پاسخ‌دهندگان مطالعه‌ی دلفی است).

پس از ارسال پرسش‌نامه، یادآوری‌های هفتگی جهت تکمیل پرسش‌نامه در قالب ایمیل و تماس تلفنی به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. بعد از جمع‌آوری ۲۵ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده (ضریب پاسخگویی ۸۳٪)، شاخص‌های CVR^۳ و CVI^۴ برای هر آیت‌م محاسبه گردید. CVI به‌صورت تجمیع امتیازات موافق برای هر آیت‌م که امتیاز مرتبط، اما نیاز به بازبینی و کاملاً مرتبط را کسب کرده تقسیم بر تعداد کل متخصصان محاسبه می‌شود. برای تعیین CVR، از متخصصان خواسته شد تا هر آیت‌م را بر اساس طیف سه قسمتی ضروری است، مفید است ولی ضرورتی ندارد و ضرورتی ندارد بررسی نمایند [۱۱].

مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران ضروری می‌دانید؟ سوالات بعدی بر اساس پاسخ شرکت‌کنندگان طرح گردید. نهایتاً پس از برگزاری ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز و ۱ جلسه مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته، اشباع داده‌ها حاصل شد. کلیه‌ی بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان ضبط گردید و سپس کلمه به کلمه پیاده شد. در پایان هر جلسه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی MAXQDA نسخه‌ی ۱۰ و با روش تحلیل درون‌مایه‌ای تحلیل گردید. پس از تحلیل داده‌های به‌دست آمده از جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه، ۸ رکن و ۴۹ مولفه برای طراحی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران حاصل شد. با ادغام ارکان و مولفه‌های به‌دست آمده از بررسی متون و مطالعه‌ی کیفی، موارد تکراری حذف و موارد مشابه با عناوینی که بیش‌تر در شواهد به‌دست آمده به آن‌ها استناد شده بود، نام‌گذاری شدند. با ادغام ارکان و مولفه‌های به‌دست آمده، پرسش‌نامه‌ی دلفی طراحی گردید. آیت‌م‌های مدل، بر اساس دو معیار اهمیت و قابلیت اجرایی، به ۴۰ نفر از صاحب‌نظران واجد شرایط (اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها، مدیران و معاونین بهداشت دانشگاه‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان با سابقه‌ی بیش از ۵ سال که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند) از طریق پست الکترونیکی برای افراد خارج از دانشگاه و مراجعه‌ی حضوری برای شرکت‌کنندگان دانشگاهی ارسال گردید. در پرسش‌نامه‌ی مذکور، برای هر آیت‌م چهار گزینه (ضرورت و قابلیت اجرایی بالا/ ضرورت بالا، قابلیت اجرایی پایین / ضرورت پایین، قابلیت اجرایی بالا/ ضرورت و قابلیت اجرایی پایین) در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری ۳۱ پرسش‌نامه (ضریب پاسخگویی ۷۷/۵٪)، نمره‌ی میان‌ه‌ی به‌دست آمده برای هر آیت‌م محاسبه گردید. پس از ارسال پرسش‌نامه، یادآوری‌های هفتگی جهت تکمیل پرسش‌نامه در قالب ایمیل و تماس تلفنی به شرکت‌کنندگان ارائه شد. تعداد ۳۱ پرسش‌نامه‌ی تکمیل‌شده، جمع‌آوری گردید. حدود ۹۲/۳٪ از افراد شرکت‌کننده در این مرحله را مردان تشکیل دادند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۴۵/۴ سال و میانگین تجربه کاری آن‌ها ۱۷/۸ سال بود. اکثر افراد شرکت‌کننده (۶۱/۳٪) دارای مدرک تحصیلی دکتری تخصصی بودند. اطلاعات دموگرافیکی متخصصین شرکت‌کننده در این مرحله، به شرح پیوست ۳ و ۴ ارائه گردیده است.

پس از برگزاری چهار جلسه نشست متخصصین با حضور ۷ نفر از صاحب‌نظران واجد شرایط، نهایتاً مدل اولیه‌ی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران مورد تایید متخصصین قرار گرفت. در مرحله‌ی بعدی، منابع اطلاعاتی

³ Content Validity Ratio

⁴ Content Validity Index

انسانی، پایش و ارزش‌یابی و ۲۲ مولفه مورد تایید قرار گرفت.

پس از طبقه‌بندی شاخص‌های به‌دست آمده از بررسی متون طی ۹ جلسه نشست متخصصین با حضور صاحب‌نظران واجد شرایط، در پایان ۸۱ شاخص مناسب تایید گردید. با تعیین ارکان، مولفه‌ها و شاخص‌های مناسب برای سنجش مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای تایید اعتبار مدل، پرسش‌نامه‌ی دلفی طراحی گردید. آیت‌های مدل بر اساس دو معیار اهمیت و قابلیت‌اجرایی در مرحله‌ی اول به ۳۰ نفر و در مرحله‌ی دوم به ۲۵ نفر از صاحب‌نظران ارسال گردید.

بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده، شاخص‌های CVR و CVI برای هر شاخص محاسبه گردید. شاخص‌هایی که نمره CVR و CVI آن‌ها بالاتر از ۰/۷ بود، انتخاب‌شده و وارد مدل شدند. شاخص‌هایی که هر کدام از نمره‌های CVR و CVI آن‌ها ۰/۷-۰/۴ بود، وارد مرحله‌ی دوم دلفی شده و شاخص‌هایی که نمره‌ی CVR و یا CVI معادل ۰/۴-۰ داشتند، از مدل حذف گردیدند. از ۸۱ شاخص پیش‌نهادشده در مرحله اول دلفی، ۴۴ شاخص پذیرفته شده و وارد مدل گردید. تعداد ۹ شاخص حذف شده و از مدل خارج گردید و ۲۸ شاخص، وارد مرحله‌ی دوم دلفی شد. پرسش‌نامه‌ی مرحله‌ی دوم دلفی به ۲۵ نفر از متخصصین شرکت‌کننده در مرحله‌ی اول دلفی ارسال شد و با جمع‌آوری ۱۵ پرسش‌نامه (ضریب پاسخگویی ۶۰٪) و تحلیل آن‌ها، ۲۲ شاخص تایید و ۸ شاخص رد شد. نتایج مرحله‌ی اول و دوم مطالعه‌ی دلفی در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است.

پرسش‌نامه‌ی مرحله‌ی دوم دلفی نیز به شرکت‌کنندگان مرحله اول ارسال شد و با جمع‌آوری ۱۵ پرسش‌نامه و تحلیل آن‌ها، مدل نهایی تایید گردید (پیوست ۷ روش کار مطالعه را نشان می‌دهد).

ازجمله ملاحظات اخلاقی مطالعه‌ی حاضر، می‌توان به این موارد اشاره کرد که مشارکت افراد در هر مرحله از مطالعه کاملاً آزادانه و داوطلبانه بود؛ هم‌چنین، اسامی شرکت‌کنندگان محرمانه بود و تنها نقطه نظرات ایشان بدون ذکر نام منعکس گردید.

یافته‌ها

برای تدوین مدل اولیه‌ی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران، ارکان و مولفه‌های حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه حاصل از بررسی متون، جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه، در جلسه‌ی نشست متخصصین در دسترس افراد صاحب‌نظر واجد شرایط قرار گرفت. پس از تحلیل پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده، ۱۲ مولفه، نمره‌ی میانه‌ی بالای ۳ را کسب کرده و پذیرش شدند، ۶۶ مولفه نمره‌میانه‌ی کمتر از ۲ را کسب کرده و حذف گردیدند. تعداد ۴۴ مولفه، نمره‌ی میانه ۳-۲ را به‌دست آورده و برای تصمیم‌گیری نهایی در جلسات نشست متخصصین انتخاب شدند. چهار جلسه نشست متخصصین برای تصمیم‌گیری نهایی در خصوص ارکان و مولفه‌های مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه تشکیل گردید. نهایتاً، مدل نهایی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه با ۱ رکن زیربنایی رهبری، ۵ رکن اصلی مدیریت کیفیت، مشارکت جامعه، مدیریت اطلاعات سلامت، توسعه نیروی

جدول ۱- نتایج مرحله‌ی اول و دوم مطالعه‌ی دلفی در خصوص اعتبارسنجی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران

| وضعیت نهایی شاخص | نتایج مرحله‌ی دوم مطالعه‌ی دلفی | | نتایج مرحله‌ی اول مطالعه‌ی دلفی | | شاخص‌های پیشنهادی برای مدل | مولفه‌های مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه | ارکان مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه |
|-----------------------|---------------------------------|----------|---------------------------------|----------|---|---|---|
| | نمره CVI | نمره CVR | نمره CVI | نمره CVR | | | |
| پذیرش شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۷۶ | ۰/۷ | وجود برنامه راهبردی مبتنی بر نیاز | برنامه‌ریزی راهبردی مبتنی بر نیاز | مراقبت‌های بهداشتی اولیه |
| پذیرش شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۸۴ | ۰/۹۲ | وجود برنامه‌ی عملیاتی مبتنی بر برنامه‌ریزی راهبردی | | |
| رد شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۳۸ | ۰/۷۶ | درصد برآورده‌شدن نیازهای جامعه | مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی | رهبری |
| پذیرش شاخص (راند دوم) | ۰/۷۳ | ۱ | ۰/۵۲ | ۱ | در دسترس بودن ارزیابی‌ها و گزارش‌های مرتبط با کیفیت و هزینه‌ی خدمات سلامت | | |
| رد شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۳۶ | ۰/۶۸ | میزان رعایت عدالت در برخورد‌های سازمانی | جو سازمانی | رهبری |
| پذیرش شاخص (راند دوم) | ۰/۸ | ۰/۸۷ | ۰/۶۸ | ۰/۵۲ | سطح امنیت شغلی کارکنان سازمان | | |
| پذیرش شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۷ | ۰/۷۶ | وجود جو انسانی و محترمانه در سازمان | تمرکززدایی | رهبری |
| پذیرش شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۷ | ۰/۷۶ | میزان اعتماد سازمانی | | |
| پذیرش شاخص (راند اول) | - | - | ۰/۷۶ | ۰/۷۶ | درصد برنامه‌های تفویض‌شده به هر سطح سازمان، طبق برنامه‌ریزی عملیاتی | تمرکززدایی | رهبری |
| رد شاخص (راند دوم) | ۰/۴ | ۰/۲ | ۰/۶۸ | ۰/۴۴ | درجه‌ی اختیار کارکنان برای انجام/تکمیل وظایف سازمانی | | |

| | | | | | |
|--|------|------|------|------|-----------------------|
| وجود ساختار مناسب برای بهبود کیفیت | ۰/۸۴ | ۰/۴ | ۰/۸۷ | ۰/۵۳ | رد شاخص (راند دوم) |
| بهبود مستمر کیفیت | ۱ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت بیماران مبتلا به دیابت که برنامه‌ی مراقبتی کامل منطبق با راهنماهای بالینی دارند | ۰/۸۴ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت بیماران مبتلا به فشارخون که برنامه‌ی مراقبتی کامل منطبق با راهنماهای بالینی دارند | ۰/۸۴ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت بیماران مبتلا به افسردگی که برنامه‌ی مراقبتی کامل منطبق با راهنماهای بالینی دارند | ۰/۸۴ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت بیماران مبتلا به دیابت که بیماریشان کنترل شده است | ۰/۶ | ۰/۶۸ | ۱ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیماران مبتلا به فشارخون که بیماریشان بهبود یافته / کنترل شده است | ۰/۶ | ۰/۶۸ | ۰/۸۷ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیماران مبتلا به افسردگی که بیماریشان بهبود یافته / کنترل شده است | ۰/۶ | ۰/۶۸ | ۱ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیماران مبتلا به دیابت که طبق برنامه‌ی ثبت‌شده، مراقبت دریافت نموده‌اند | ۰/۵۲ | ۰/۶۸ | ۰/۷۳ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیماران مبتلا به فشارخون که طبق برنامه‌ی ثبت‌شده، مراقبت دریافت نموده‌اند | ۰/۵۲ | ۰/۶۸ | ۰/۷۳ | ۰/۹۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیماران مبتلا به افسردگی که طبق برنامه‌ی ثبت‌شده، مراقبت دریافت نموده‌اند | ۰/۵۲ | ۰/۶۸ | ۰/۸۷ | ۱ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت بیمارانی که فهرست داروهای آن‌ها در طول ۱۲ ماه گذشته مرور شده است | ۰/۵۲ | ۰/۶ | ۰/۷۳ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| میزان اجرای درست بهداشت دست | ۰/۷۶ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| وجود سیاست‌های مقابله با استفاده نامناسب از داروهای که شکل مشابه، نوشتار مشابه و ... دارند | ۰/۷۶ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نرخ خطاهای دارویی | ۰/۷۶ | ۰/۳۶ | ۰/۷۳ | ۰/۳۳ | رد شاخص (راند دوم) |
| وجود راهبردهای مرتبط با آگاه‌سازهای دارویی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه | ۰/۷۳ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد مراقبت‌هایی که توام با ارائه‌ی آموزش انجام می‌شود | ۰/۶۸ | ۰/۴۸ | ۱ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نسبت نیروی انسانی واجد شرایط که آموزش‌های کنترل عفونت را در طول سال گذشته دریافت کرده‌اند | ۰/۷۳ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| میزان بروز نیدل استیک (فرورفتن سوزن در دست) | ۰/۹۲ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد کارکنان دارای پرونده‌ی سلامت فعال و جامع | ۱ | ۰/۸۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد آسیب‌های شغلی کارکنان سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه | ۰/۹۲ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| دسترسی جغرافیایی به تسهیلات مراقبت سلامت | ۰/۹۲ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد مردم محلی دارای پرونده‌ی سلامت فعال و جامع | ۰/۹۲ | ۰/۸۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد ارجاعات استاندارد منطبق با پروتکل | ۰/۸۴ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد ارجاعات صورت‌پذیرفته با هم‌آهنگی رابط ارجاع | ۰/۶ | ۰/۸ | ۰/۷۳ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| درصد ارجاعات دارای پس‌خوراند | ۰/۹۲ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| میانگین زمان انتظار برای ویزیت پزشک در مواقع غیر اورژانس | ۰/۳۶ | ۰/۶۴ | ۰/۷۳ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| درصد مراقبت‌های اورژانس به‌موقع | ۰/۷۶ | ۰/۴۸ | ۰/۷۳ | ۰/۴۷ | رد شاخص (راند دوم) |
| درصد مشتریانی که ارتباطات مناسب از نظر فرهنگی و زبانی دریافت نموده‌اند | ۰/۲۸ | ۰/۴۸ | - | - | رد شاخص (راند اول) |
| درصد اقدامات تشخیصی تکرار شده در هر سال | ۰/۳۶ | ۰/۵۶ | ۰/۳۳ | ۰/۴۷ | رد شاخص (راند دوم) |
| متوسط هزینه‌های جاری سرانه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه | ۰/۸۴ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد کارکنان دارای دانش مناسب مدیریت خطر | ۰/۷۶ | ۰/۳۶ | - | - | رد شاخص (راند اول) |
| وجود فهرست خطرات اولویت‌بندی‌شده‌ی سالانه در واحد بهداشتی-درمانی | ۰/۸۴ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد کاهش خطرات انجام‌شده در واحد بهداشتی-درمانی | ۰/۹۳ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نرخ رضایت مشتری | ۰/۸ | ۰/۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نرخ توصیه‌ی گیرندگان خدمات بهداشتی اولیه به دیگران | ۰/۳۶ | ۰/۴۴ | - | - | رد شاخص (راند اول) |
| درصد مراجعات به‌موقع و برنامه‌ریزی‌شده‌ی مشتریان | ۰/۷۲ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نرخ سواد بهداشتی جامعه | ۰/۸۴ | ۰/۴۸ | ۱ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نرخ خودمراقبتی عمومی در جمعیت | ۰/۹۲ | ۰/۵۲ | ۱ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| میزان آشنایی مشتریان با حقوق خود | ۰/۸۴ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در منطقه در حوزه‌ی سلامت | ۰/۵۲ | ۰/۸۴ | ۰/۶ | ۰/۷۳ | رد شاخص (راند دوم) |
| وجود هیات امنای سلامت در منطقه | ۰/۸ | ۰/۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| درصد تصمیمات اتخاذشده‌ی عملیاتی‌شده زیر نظر هیات امنای محلی سلامت | ۰/۹۲ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت اعضای غیردولتی در هیات امنای سلامت | ۰/۲۸ | ۰/۸ | - | - | رد شاخص (راند اول) |
| نسبت پاسخ به‌موقع به شکایات مشتریان | ۱ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبتی از تقاضاهای مشتریان که به اصلاح فرآیند منجر شده است | ۰/۸۴ | ۱ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت خدمات خریداری‌شده از بخش خصوصی | ۰/۷۶ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| نسبت خدمات سلامت ارائه‌شده توسط بخش خصوصی | ۰/۶ | ۰/۲۸ | - | - | حذف شاخص (راند اول) |

مدیریت کیفیت

مراقبت کیفیت

رضایت مشتری

توانمندسازی مشتری و جامعه

مشارکت جامعه

صدای مشتری

مشارکت دولتی-خصوصی

| | | | | | | | |
|---|---|--|------|------|------|-----------------------|-----------------------|
| بهبود کیفیت داده‌های سلامت | کیفیت داده‌های سلامت | ۰/۹۲ | ۱ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) | |
| استقرار شناسنامه‌ی شاخص‌های سلامت در همه‌ی سطوح | درصد وجود شاخص سلامت با شناسنامه‌ی کامل در هر سطح | ۰/۸۴ | ۰/۷۶ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) | |
| انتشار اطلاعات سلامت | میزان در دسترس بودن اطلاعات سلامت مورد نیاز مردم | ۰/۶۸ | ۰/۴۸ | ۱ | ۰/۸ | پذیرش شاخص (راند دوم) | |
| مدیریت اطلاعات سلامت | درصد واحدهای سلامت با دسترسی به اینترنت دائم و مطمئن | ۰/۷۶ | ۰/۸۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) | |
| | درصد جمعیت دارای پرونده‌ی سلامت الکترونیک | ۰/۹۲ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) | |
| | درصد واحدهای سلامت با وبسایت استاندارد | ۰/۳۸ | ۰/۶۸ | - | - | رد شاخص (راند اول) | |
| | توسعه‌ی فناوری اطلاعاتی و ارتباطی | دانش و مهارت استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی در واحدهای سلامت | ۰/۹۲ | ۰/۶۸ | ۰/۸۴ | ۰/۸۴ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| توسعه‌ی نیروی انسانی | وجود ارتباطات الکترونیکی دوطرفه در واحدهای سلامت | ۰/۴۸ | ۰/۲۸ | - | - | رد شاخص (راند اول) | |
| | توسعه‌ی فردی و حرفه‌ای کارکنان | درصد کارکنان دریافت‌کننده‌ی آموزش های مداوم | ۰/۹۲ | ۰/۹۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| | | درصد کارکنان دارای برنامه‌ی توسعه‌ی فردی | ۰/۹۲ | ۰/۷۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| | | درصد انتخاب‌ها یا ارتقاهاى منطبق بر معیارهای شفاف | ۰/۷۶ | ۰/۴۸ | ۰/۸۷ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| نظام تشویق و انگیزه‌دهی به کارکنان | درصد بهترین عمل‌کردهای قدرانی‌شده | ۰/۵۲ | ۰/۵۶ | ۰/۷۳ | ۰/۳۳ | رد شاخص (راند دوم) | |
| | درصد فرسودگی شغلی کارکنان | ۰/۸۴ | ۰/۴۸ | ۰/۸۷ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) | |
| | میزان رضایت کارکنان از سازمان | ۰/۹۲ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) | |
| | نظام پایش و ارزش‌یابی کارکنان | درصد کارکنان مطلع از شرح وظایف شغلی‌شان | ۰/۷۲ | ۰/۸۴ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| میزی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه | درصد کارکنانی که در طول پنج سال گذشته شایستگی شغلی‌شان محرز شده | ۰/۴۴ | ۰/۷۶ | ۰/۸۴ | ۰/۸۷ | پذیرش شاخص (راند دوم) | |
| | میزی مراقبت‌های بهداشتی اولیه | درصد خدمات سلامت ممیزی شده | ۱ | ۰/۹۲ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| | اعتباربخشی | درصد واحدهای سازمانی اعتباربخشی‌شده | ۰/۹۲ | ۰/۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| | مراقبت‌های بهداشتی اولیه | میزان تحقق برنامه‌ی ارزش‌یابی سالانه‌ی واحدها | ۰/۷۶ | ۰/۸۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |
| پایش و ارزش‌یابی | استفاده از نتایج ممیزی و ارزش‌یابی | میزان ارتقای کارکنان / مدیران بر اساس نتایج ارزش‌یابی | ۰/۹۲ | ۰/۵۶ | ۱ | ۰/۷۳ | پذیرش شاخص (راند دوم) |
| | | میزان تخصیص منابع بر اساس نتایج ارزش‌یابی | ۰/۹۲ | ۰/۴ | ۱ | ۰/۴ | رد شاخص (راند دوم) |
| | | تعداد اصلاحات انجام‌شده مطابق نتایج ارزش‌یابی | ۱ | ۰/۸ | - | - | پذیرش شاخص (راند اول) |

بحث

ارکان در مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران وجود داشت.

در مطالعه‌ی استاری و همکاران (۱۹۹۹) تحت عنوان «حاکمیت بالینی چیست؟»، مدل حاکمیت بالینی استرالیا توصیف شد. مدل مذکور از ۱۱ رکن اصلی اثربخشی، ایمنی، شایستگی و آموزش برای حمایت از ارائه‌کنندگان، دسترسی، مشارکت مشتری و جامعه، مدیریت اطلاعات و گزارش‌دهی، حاکمیت، رهبری و اجزای فرهنگ، تناسب، قابلیت پذیرش، کارایی و اجزای مربوطه تشکیل شده است [۱۳]. ارکانی مثل شایستگی و آموزش برای حمایت از ارائه‌کنندگان، مشارکت مشتری و جامعه، مدیریت اطلاعات و گزارش‌دهی، حاکمیت، رهبری و فرهنگ در مدل استرالیا با ارکان توسعه‌ی نیروی انسانی، مشارکت جامعه، مدیریت اطلاعات سلامت و رهبری در مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران مشابهت داشت؛ سایر ارکان مدل استرالیا نیز تماماً در مولفه‌ها و یا شاخص‌های پیش‌نهادی مدل ایران به‌چشم می‌خورد.

مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران با ۱ رکن پیش‌نیاز رهبری، ۵ رکن اصلی مدیریت کیفیت، مشارکت جامعه، مدیریت اطلاعات سلامت، توسعه‌ی نیروی انسانی، پایش و ارزش‌یابی، ۲۲ مولفه و ۶۴ شاخص سنجش مدل، به تأیید متخصصین نظام سلامت کشور رسید.

در مطالعه‌ی ویلسون^۵ و همکاران (۲۰۰۳) تحت عنوان «بالابردن ایمنی عمومی در مراقبت‌های اولیه»، مدل حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه انگلستان تشریح شده و بیان گردید که این مدل از شش محور اصلی اثربخشی بالینی، مدیریت خطر، آموزش و توسعه‌ی ارائه‌کننده، ممیزی بالینی، بهبود کیفیت مستمر، تضمین کیفیت و تحقیق و توسعه تشکیل شده است [۱۲]. همان‌طور که مشاهده شد، مدل فوق در خصوص ارکانی مثل بهبود مستمر کیفیت و آموزش و توسعه‌ی ارائه‌کننده با ارکان مدیریت کیفیت و توسعه‌ی نیروی انسانی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه‌شده برای ایران مشابهت داشته و سایر ارکان اشاره شده در این مطالعه، به‌جز رکن تحقیق و توسعه، به‌عنوان زیرمجموعه‌ی سایر

⁶ Starey

⁵ Wilson

برای حاکمیت بالینی در گروه‌های مراقبت‌های اولیه»، ابعادی چون وجود فرآیندهای بهبود کیفیت در محل به شکل یک پارچه، عمل‌کرد مبتنی بر شواهد، عمل نوآورانه، تحقیق و توسعه، برنامه‌های توسعه‌ی کارکنان، شکایات، عوارض جانبی، کاهش خطر بالینی و مواجهه با عملکرد بالینی ضعیف از جمله مهم‌ترین ارکان برنامه‌های بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه شده است [۱۷]. از میان مهم‌ترین ارکان برنامه‌های بهبود کیفیت، ابعادی چون وجود فرآیندهای بهبود کیفیت در محل به شکل یک پارچه، برنامه‌های توسعه‌ی کارکنان، مواجهه با عملکرد بالینی تحت عناوینی مثل مدیریت کیفیت، توسعه‌ی نیروی انسانی و پایش و ارزش‌یابی در ارکان مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ارائه‌شده برای ایران مشاهده شد؛ ولی ابعاد عمل نوآورانه و تحقیق و توسعه در هیچ‌یک از ارکان، مولفه‌ها و شاخص‌های مدل پیشنهادی ارائه نشده بودند.

در مطالعه‌ای که توسط مرکز حاکمیت خدمات سلامت استرالیا (۲۰۰۹) انجام شد، ابعاد مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایالت ویکتوریا تشریح گردید و مشخص شد که این مدل، از دو بعد اساسی عناصر سازمانی و ابعاد کیفیت تشکیل شده که بعد عناصر سازمانی دارای زیرمجموعه‌هایی چون حاکمیت، رهبری، فرهنگ/ مشارکت مشتری و جامعه، مهارت و آموزش برای حمایت از تدارک‌دهندگان خدمت، مدیریت اطلاعات و گزارش‌دهی و ابعاد کیفیت شامل ارکانی چون ایمنی، اثربخشی، تناسب، قابلیت پذیرش، دسترسی و کارایی بود [۱۸]. این مدل بیش‌ترین شباهت را به مدل ارائه‌شده برای حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران داشت و اغلب ارکان عناصر سازمانی و ابعاد کیفیت مدل ایالت ویکتوریا تحت عناوینی مشابه در مدل ایران مشاهده شدند.

با بررسی مدل پیشنهادی ایران با انواع مدل‌های حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه‌ی کشورهای پیش‌رو و همچنین مدل‌های بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، شباهت‌های بسیاری میان این مدل‌ها مشاهده شد، درحالی‌که اندک تفاوت در برخی ارکان‌ها ناشی از وضعیت خاص نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه هر کشور است که مدل حاکمیت بر اساس آن طراحی شده است.

نتیجه‌گیری

مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی ایران از رکن پیش‌نیاز رهبری، ۵ رکن اصلی مدیریت کیفیت، مشارکت جامعه، مدیریت اطلاعات سلامت، توسعه‌ی نیروی انسانی، پایش و ارزش‌یابی، ۲۲ مولفه و ۶۴ شاخص سنجش مدل تشکیل شده است. ارکانی مثل رهبری برای برطرف کردن مشکلات حاکمیتی نظام مراقبت‌های بهداشتی و بهبود پاسخ‌گویی در قبال جامعه و ذینفعان،

در مطالعه‌ی هریس^۷ و همکاران (۲۰۰۴) با عنوان «دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه: سه چالش برای عدالت» چنین بیان شده که مدل حاکمیت بالینی نیوزیلند از ۷ رکن ارائه‌ی خدمات مبتنی بر شواهد، ایمنی بالینی و اثربخشی، کیفیت و توسعه‌ی کارکنان، کاهش موانع دسترسی، پاسخ‌گویی به نیازهای مشتری، نظام‌های مدیریت و تناسب فرهنگی تشکیل شده است [۱۴]. دو رکن کیفیت و توسعه‌ی کارکنان و پاسخ‌گویی به نیازهای مشتری که در مدل نیوزیلند وجود دارد، تحت عناوین مشابه توسعه‌ی نیروی انسانی و مشارکت جامعه در مدل ایران دیده شد؛ سایر ارکان مدل استرالیا، به‌جز نظام‌های مدیریت و تناسب فرهنگی، به‌عنوان مولفه‌ها و شاخص‌های مدل ایران، تحت عناوین متفاوتی مشاهده گردید.

در مطالعه‌ی کروسلند^۸ و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان «عناصر کلیدی عمل‌کرد باکیفیت در سازمان‌های مراقبت بهداشتی اولیه»، عناصری چون رویکردهای مبتنی بر مشتری، رهبری و هدایت، تمرکز بر کارکنان، حاکمیت بالینی، تیم‌های چندحرفه‌ای، ارتباطات، آموزش و تربیت، بهبود فرآیندها، نتایج عمل‌کرد، اطلاعات و فناوری اطلاعات، انگیزاننده‌ها و پاداش، حاکمیت سازمانی، تغییر و مدیریت تغییر به‌عنوان عناصر مشترک سازمان‌های دارای عمل‌کرد باکیفیت معرفی گردید [۱۵]. اکثر عناصر معرفی‌شده برای سازمان‌های دارای عمل‌کرد باکیفیت، به‌جز تیم‌های چندحرفه‌ای و تغییر و مدیریت تغییر، در طراحی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران لحاظ شدند.

در مطالعه‌ی ویلکینسون^۹ و همکاران (۲۰۰۴) تحت عنوان «حاکمیت بالینی برای طب مکمل و جایگزین در مراقبت‌های اولیه»، ارکانی چون مشارکت بیمار و جامعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی (هزینه - اثربخشی)، توسعه مداوم حرفه‌ای و یادگیری و همکاری میان حرفه‌ای برای اجرای حاکمیت بالینی در مراقبت بهداشتی اولیه بیان گردید [۱۶]. ارکانی مثل مشارکت بیمار و جامعه و توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای، یادگیری و همکاری میان حرفه‌ای در مطالعه‌ی حاضر با ارکانی مثل مشارکت جامعه و توسعه‌ی نیروی انسانی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه پیش‌نهادشده برای ایران هم‌خوانی داشت. سایر ارکان نیز در قالب مولفه‌ها و شاخص‌های مدل پیشنهادی ایران مشاهده شدند؛ به‌عنوان مثال، اثربخشی بالینی به‌عنوان شاخص رکن مدیریت کیفیت و مولفه‌ی مراقبت کیفی آورده شده و ممیزی بالینی به‌عنوان یکی از شاخص‌های رکن پایش و ارزش‌یابی است.

در مطالعه‌ی بکر^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۹) با عنوان «مدلی

⁷ Harris

⁸ Crossland

⁹ Wilkinson

¹⁰ Baker

سیاست‌گذاران و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی کشور فراهم نماید، قادر است با ارائه‌ی شاخص‌های عملکردی مناسب، پیشرفت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه به سمت تعالی را ارزیابی کرده، از قضاوت‌های ذهنی افراد در این راستا جلوگیری کند.

محدودیت‌های مطالعه

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به تعدد جلسات کیفی این مطالعه، نیاز به صرف زمان طولانی توسط شرکت‌کنندگان و فاصله‌ی مکانی متخصصین بهداشتی کشور اشاره کرد که پژوهش‌گران را وادار به انتخاب استانی و محلی شرکت‌کنندگان نمود تا آنها به راحتی در دسترس بوده و در جلسات حضور داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی تبریز به شماره‌ی ۵/۷۷/۲۹۲۷ مورخ ۹۳/۹/۱۵ استخراج شده است. نویسندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به سبب حمایت‌های مالی و همچنین کلیه‌ی متخصصین و خبرگان به جهت شرکت در مطالعه اعلام می‌دارند.

رکن مدیریت کیفیت برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها با تاکید ویژه بر مراقبت‌های بیماری‌های مزمن، رکن مشارکت جامعه برای توانمندسازی افراد و جوامع برای درگیری در امور بهداشتی، رکن مدیریت اطلاعات سلامت برای بهبود کیفیت داده‌های سلامت، استقرار شاخص‌های عملکردی در سطوح مختلف و استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی در نظام مراقبت‌های بهداشتی مثل نظام‌های پشتیبان تصمیم‌گیری، نظام‌های یادآوری، پرونده‌ی الکترونیک سلامت و ... رکن توسعه‌ی نیروی انسانی برای بهبود وضعیت آموزش و توسعه‌ی فردی و حرفه‌ای کارکنان سلامت و بهبود نظام ارزیابی عملکرد و تشویق و تنبیه کارکنان و نهایتاً، رکن پایش و ارزشیابی برای ارتقای وضع فعلی و ارزشیابی عملکرد واحدهای مراقبت بهداشتی-درمانی در این مدل در نظر گرفته شده‌اند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

با توجه به ضرورت احساس شده در عملکرد فعلی سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران، این مدل با ارائه‌ی ارکان و مولفه‌های لازم برای بهبود کیفیت و پاسخگویی، علاوه‌بر این که می‌تواند زمینه‌ای برای تغییر نگرش و رفتار مدیران،

References

- 1- Bagyani-Mogadam H, Ehraampoosh MH. Principles of Health Services. 1 ed. Tehran: Cherag-E Danesh; 2003:47. [In Persian].
- 2- Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ*. 2000;321(7261):608-11.
- 3- Swerissen H. Strengthening clinical governance in primary health and community care. *Aust J Prim Health*. 2005;11(1):7-8
- 4- Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract*. 1997;45(1):40-7.
- 5- Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, De Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust*. 2010;193(10):602-7.
- 6- Rosen R. Improving quality in the changing world of primary care. *BMJ*. 2000;321(7260):551-4.
- 7- Godden S, Majeed A, Pollock A, Bindman AB. How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London. *J Public Health (Oxf)*. 2002;24(3):165-
- 8- Park JE, Park AK. Park's textbook of preventive and social medicine. 1 ed. Tehran: Samat; 2004.[In Persian].
- 9- Tabrizi Js, Pourasghar F, Gholamzadeh Nikjoo R. Status of Iran's Primary Health Care System in Terms of Health Systems Control Knobs: A Review Article. *Iran J Public Health*. 2017 Sep;46(9):1156-1161.
- 10- Tabrizi JS, Pourasghar F, Gholamzadeh Nikjoo R. Governance of Iranian Primary Health Care System: Perceptions of Experts. *Iran J Public Health*. 2019 Mar;48(3):541-548.
- 11- Asghari M, Hajiabadi E. Statistical Analysis Methods Looking at Research Methods in Biological and Health Sciences. 1 ed. Tehran: Academic Jihad; 2011:536. [In Persian].
- 12- Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ*. 2002; 324(7337):584-7.
- 13- Starey N. What is clinical governance? Hayward Medical Communications:UK, Derby. 2003:330.
- 14- Harris MF, Harris E, Roland M. Access to primary health care: three challenges to equity. *Aust J Prim Health*. 2004;10(3):21-9.
- 15- Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Med J Aust*. 2014;201(3 Suppl):S47-S51.
- 16- Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. Clinical governance for complementary and alternative medicine in primary care: School of Integrated Health of University of Westminster: UK, London .2004:3.
- 17- Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*. 1999; 318(7186):779-83.
- 18- Anonymous. Clinical Governance Policy and Procedures. The Australian Centre for Healthcare Governance: Australia. 2009: 1-9.

پیوست ۱- خلاصه‌سازی شواهد به‌دست‌آمده از بررسی متون مربوط به ارکان و مولفه‌های مدل‌های حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه

| نام مطالعه | نویسنده‌ی اول (سال چاپ) | نوع مطالعه | محل مطالعه | یافته‌ها |
|---|-------------------------|----------------|------------|---|
| Seeking Quality Improvement in Primary Care in Crete, Greece: the First Actions | Lionis(2004) | توصیفی | یونان | <ul style="list-style-type: none"> مدیریت نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثربخشی بالینی انتشار اصول راهنما و دستورالعمل‌های کتبی |
| Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care?A systematic review of the evidence | Phillips(2010) | مرور نظام‌مند | استرالیا | <ul style="list-style-type: none"> به‌گزینی^{۱۱} ملی و تنظیم انگیزاننده‌ها هم‌کاری جوامع یا یک‌دیگر مدیریت کیفیت ممیزی بالینی محاسبه‌ی شاخص‌های عمل‌کردی ملی |
| Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review | Crossland(2014) | مرور نظام‌مند | استرالیا | <ul style="list-style-type: none"> رویکردهای بیمارمحور رهبری و هدایت تمرکز بر کارکنان هم‌کاری و مشارکت ایمنی بالینی رسیدگی به شکایات بیمار ساختارهای مراقبت بالینی و مدیریت خطر هشدارها و یادآوری‌های پزشکی تیم‌های میان‌حرفه‌ای ارتباطات رسمی و غیررسمی تفویض اختیار فرآیندهای مربوط به ارجاع به‌موقع به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به بیمار با هم‌کاران حرفه‌ای به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات با بیماران آموزش و تعلیم بهبود فرایندها فرآیندهای بالینی مراقبت وجود نظام نظارت بر روند ارائه‌ی خدمات سلامت اصلاحات داخلی عمل‌کرد اطلاعات و فناوری اطلاعات جمع‌آوری و استفاده صحیح از اطلاعات استفاده‌ی بهینه از فناوری (نرم‌افزارهای عمل‌کرد بالینی) اطلاعات بالینی بیمار به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات بالینی بیمار با هم‌کاران داخل یا خارج سازمان انگیزاننده‌ها و جوایز حاکمیت سازمانی^{۱۲} تعریف جهت، مأموریت و ارزش‌های مشترک برنامه‌ریزی راهبردی و پیاده‌سازی آن جمع‌آوری و ورود داده‌های اجرایی تغییر و مدیریت تغییر توانایی، تمایل و انعطاف کارکنان برای انطباق با استانداردها و روش‌های جدید توانایی و تمایل کارکنان برای مدیریت و حفظ و اجرای تغییر |
| New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? | Malcolm(1999) | مطالعه‌ی مروری | نیوزیلند | <ul style="list-style-type: none"> ممیزی بالینی مدیریت ریسک بالینی تضمین کیفیت اثربخشی بالینی توسعه‌ی کارکنان و سازمان |
| Clinical Governance for Complementary and Alternative Medicine in Primary Care | Wilkinson(2004) | کتاب | انگلستان | <ul style="list-style-type: none"> مشارکت بیمار و جامعه ممیزی بالینی اثربخشی بالینی (اثربخشی هزینه) توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای^{۱۳} (CPD) آموزش و هم‌کاری میان‌حرفه‌ای |
| Clinical Leadership and Clinical Governance: A Review Developments in New Zealand and Internationally | Wright(2001) | مطالعه‌ی مروری | نیوزیلند | <ul style="list-style-type: none"> کشور انگلستان: توسعه و آموزش حرفه‌ای مدیریت خطر بالینی ممیزی بالینی اثربخشی بالینی و مدیریت دانش رویکرد کل نظامی به بهبود کیفیت تنظیم دورنما و ارزش‌ها تنظیم اهداف کلی و اختصاصی سازمانی رهبری سیاسی راهبردی^{۱۴} بهبود مداوم کیفیت مسئولیت‌پذیری نسبت به جامعه و ذی‌نفعان اداره‌ی منابع کشور نیوزیلند: کیفیت و توسعه‌ی کارکنان: |

¹³ Continuing Professional Development(CPD)

¹⁴ Strategic Policy Leadership

¹¹ Benchmarking

¹² Organizational Governance

- آموزش‌های مستمر پزشکی و پرستاری
- گروه‌های مرور هم‌پسان^{۱۵}
- آموزش‌هایی برای پزشکان شامل جراحی‌های کوچک، مهارت‌های مشاوره، مصاحبه‌های انگیزاننده، مهارت‌های تجاری و اعتباربخشی حرفه‌ای
- ارائه‌ی خدمت مبتنی بر شواهد:
 - استفاده از راهنماها برای تجویز و مدیریت بیماری
 - بررسی و ارائه‌ی پس‌خوراند در خصوص داروها، آزمایش‌ها، بیماری‌ها و خطرات ثبت‌شده ایمنی بالینی و اثربخشی:
 - ایجاد فرآیند ثبت خطرات
 - ایجاد راهنماهایی برای مدیریت بیماری‌ها
 - ایجاد نظام ثبت و بازخوانی بیماران برای پایش و مصونیت (ایمنی)
- تناسب فرهنگی
 - مهارت‌های مشاوره^{۱۶}
 - پاسخ‌گویی به نیازهای مشتری
 - سیاست‌ها و فرآیندهای شکایت بیماران
 - بررسی رضایت بیماران
 - ایجاد کمیته‌های رابطه با بیماران
 - تماس با تحقیقات بازاری برای ایجاد سطوح نیازها و رضایت بیماران^{۱۷}
- کاهش موانع دسترسی
 - خدمات رایگان
 - مراقبت‌های پایانی^{۱۸}
 - خدمات تشخیصی
 - ارتباط با دامنه‌ی وسیعی از گروه‌های نژادی و اجتماعی
- مدیریت نظام‌ها برای:
 - بهبود مستمر کیفیت
 - ایمنی و اثربخشی بالینی
 - کامپیوتری کردن برای حمایت از یادآوری‌ها، ثبت ریسک، خطرات و...

| | | | | |
|--|----------|----------------|----------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌های یادگیری شخصی • آموزش و یادگیری • مدیریت خطر • بررسی شکایات • بررسی رخدادهای مهم؛ ممیزی • تشریح بهترین عمل کرد^{۱۵} • توسعه و اجرای پروتکل‌ها و راهنماها • گزینه‌های تشویقی • داده‌های حاصل از به‌گزینی | انگلستان | مطالعه‌ی کیفی | Campbell(2002) | Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance |
| <ul style="list-style-type: none"> • کار مشارکتی و هم‌کاری • تربیت کارکنان حرفه‌ای • فناوری اطلاعات و ارتباطات • مدیریت خطر • عمل‌کرد مبتنی بر شواهد • مدیریت عمل‌کرد • برنامه‌ی توسعه‌ی شخصی و برنامه‌ی یادگیری کارکنان • ممیزی بالینی • مشارکت بیمار، جامعه و کاربر • راهنماهای بالینی، پروتکل‌ها و استانداردهای محلی • ارتباطات • فرآیندهای شکایت • پایش حوادث حیاتی، خطرناک و مهم | انگلستان | مطالعه‌ی مروری | Godden(2002) | How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London |
| <ul style="list-style-type: none"> • عمل‌کرد مبتنی بر شواهد • ممیزی • مدیریت خطر • مکانیسم‌هایی برای پایش نتایج مراقبت • یادگیری مادام‌العمر کارکنان بالینی • نظام‌هایی برای مدیریت عمل‌کرد ضعیف | انگلستان | مطالعه‌ی مروری | Rosen(2002) | Improving quality in the changing world of primary care |
| <ul style="list-style-type: none"> • وجود فرآیندهای بهبود کیفیت در محل به شکل یک پارچه • عمل‌کرد مبتنی بر شواهد، عمل نوآورانه و تحقیق و توسعه‌ی • برنامه‌های توسعه‌ی کارکنان • شکایات، عوارض جانبی و کاهش خطر بالینی • عمل‌کرد بالینی ضعیف | انگلستان | مطالعه‌ی مروری | Baker(1999) | A model for clinical governance in primary care groups |
| <ul style="list-style-type: none"> • ممیزی اتفاقات مهم • ممیزی معمول (مبتنی بر عرف) • پس‌خوراند به بیمار • آموزش مستمر • تحقیق • اثربخشی بالینی • یادگیری گروهی و مشارکتی | انگلستان | مطالعه‌ی مروری | Campbell(2002) | The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care |
| <ul style="list-style-type: none"> • دسترسی • تناسب • پذیرش و مشارکت بیمار • اثربخشی • هم‌آهنگی مراقبت • تداوم مراقبت • ایمنی • کنترل عفونت | استرالیا | مطالعه‌ی مروری | Hanley(2012) | Practice-level indicators of safety and quality for primary health care: Consultation paper |

¹⁸ Terminal Care

¹⁹ Sharing Best Practice

¹⁵ Peer Review Groups

¹⁶ Maori Consultation Skills

¹⁷ conducting market research to establish needs and satisfaction levels

| Evaluation of the mental health nurse incentive program, comparison of with ATAPS clinical governance framework | AMLA(2012) مطالعه‌ی مروری استرالیا | <ul style="list-style-type: none"> • مشارکت جامعه و مصرف‌کننده <ul style="list-style-type: none"> ◦ فرم رضایت مشتری ◦ بروشور اطلاعاتی ◦ فرم بازخورد مشتری ◦ فرم شکایت ◦ سیاست و خط‌مشی شکایت ◦ روش‌های شکایت ◦ خط‌مشی حفظ حریم خصوصی و محرمانه‌بودن ◦ چارچوب بهبود کیفیت ◦ بیانیه‌ی حقوق و مسئولیت‌های مشتری ◦ راهبرد مشارکت مشتری ◦ چارچوب ارزیابی نیاز ◦ خط‌مشی پاداش برای مصرف‌کنندگان و شاغلین • دسترسی و ارائه‌ی خدمات <ul style="list-style-type: none"> ◦ بروشورهای اطلاعاتی ◦ تریاژ و روند ارجاع ◦ فرم بازخورد مشتری ◦ مسیر بالینی²⁰ برای مشتریان ◦ خط‌مشی و روش نظارت بالینی ◦ چارچوب ارزیابی نیازها ◦ ابزار ارزیابی امکان دسترسی به خدمات ◦ قرارداد استاندارد برای ارائه‌دهندگان خدمات وابسته سلامت بخش خصوصی • ارزش‌یابی خدمات، بهبود کیفیت و نوآوری <ul style="list-style-type: none"> ◦ فرم بازخورد مشتری ◦ مسیر بالینی برای مشتریان ◦ خط‌مشی و روش نظارت بالینی ◦ چارچوب بهبود کیفیت ◦ شرایط و مقررات مرجع برای کیفیت بالینی و کمیته‌ی مدیریت خطر ◦ فرم خلاصه‌ممیزی مدارک بالینی ◦ راهنمایی برای انجام ممیزی بالینی • مدیریت خطر <ul style="list-style-type: none"> ◦ ثبت‌نام اعتباربخشی و توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات وابسته‌ی سلامت²¹ ◦ چک‌لیست ورودی کارکنان و فرم بازخورد ◦ دستورالعمل ورودی کارکنان ◦ فرآیند ارجاع و تریاژ ◦ مسیر بالینی برای مشتریان ◦ دستورالعمل مدیریت ریسک بالینی ◦ کد سیاست رفتار²² ◦ دستورالعمل و سیاست حوادث بحرانی ◦ فرم گزارش حوادث بحرانی ◦ توضیحات نقش کلی برای متخصصین پیراپزشکی خصوصی سلامت ◦ وظایف گزارش‌دهی اجباری ◦ سیاست استخدام و اشتغال ◦ شرایط و مقررات مرجع برای کیفیت بالینی و کمیته‌ی مدیریت خطر ◦ ثبت‌نام خطر بالینی ◦ دستورالعمل‌های ویژه‌ی یادداشت‌های بالینی متخصصین پیراپزشکی ◦ فرم مرور و توسعه‌ی حرفه‌ای ◦ کتاب راهنمای کارکنان ◦ ساختار حمایت کارکنان ◦ قرارداد استاندارد برای ارائه‌دهندگان خدمات وابسته‌ی سلامت بخش خصوصی • نظام‌های مدیریت اطلاعات و فناوری <ul style="list-style-type: none"> ◦ فرم رضایت مشتری ◦ مسیرهای بالینی برای مشتریان ◦ روش بررسی قرارداد ◦ سیاست مدیریت اطلاعات ◦ خط‌مشی حفظ حریم خصوصی و محرمانگی ◦ فرم خلاصه‌ممیزی مدارک بالینی ◦ راهنماهایی برای یادداشت‌های بالینی متخصصین پیراپزشکی ◦ راهنماهایی برای اجرای ممیزی بالینی ◦ قرارداد استاندارد برای متخصصین پیراپزشکی خصوصی ◦ تفاهم‌نامه‌های استاندارد برای ارائه‌دهندگان خارجی • توسعه‌ی نیروی انسانی و اعتباردهی <ul style="list-style-type: none"> ◦ ثبت‌نام اعتباربخشی و توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای متخصصین پیراپزشکی ◦ چک‌لیست ورودی کارکنان و فرم بازخورد ◦ دستورالعمل معرفی و ورود کارکنان ◦ مسیر بالینی برای مشتریان ◦ توصیف موقعیت بالینی برای مستخدمین ◦ دستورالعمل و روش نظارت بالینی ◦ دستورالعمل مرور قرارداد ◦ شرایط و مقررات مرجع برای کیفیت بالینی و کمیته‌ی مدیریت خطر ◦ توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای ◦ فرم مرور و توسعه‌ی عملکرد ◦ قرارداد استاندارد برای متخصصین پیراپزشکی خصوصی ◦ الگوی تفاهم‌نامه‌ها و قراردادها برای شبه‌بیماران • پاسخ‌گویی بالینی <ul style="list-style-type: none"> ◦ ثبت‌نام اعتباربخشی و توسعه‌ی مداوم حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات وابسته‌ی سلامت ◦ دستورالعمل ارجاع و تریاژ ◦ مسیرهای بالینی برای مشتریان ◦ توصیف موقعیت بالینی ◦ دستورالعمل و سیاست نظارت بالینی ◦ دستورالعمل بررسی قرارداد ◦ توصیف نقش کلی برای متخصصین پیراپزشکی خصوصی ◦ الزامات گزارش‌دهی اجباری ◦ سیاست‌های استخدام و اشتغال ◦ شرایط و مقررات مرجع برای کیفیت بالینی و کمیته‌ی مدیریت خطر ◦ ثبت‌نام خطر بالینی ◦ قرارداد استاندارد برای متخصصین پیراپزشکی خصوصی |
|---|--|---|
| Quality in primary care , final report of the quality working group to the primary healthcare planning group | Aggarwal(2011) گزارش کانادا | <ul style="list-style-type: none"> • حاکمیت • پاسخ‌گویی • کیفیت • دسترسی • کارایی |

22 Code of Conduct Policy

20 Clinical Pathway

21 Allied Health

| | | | | |
|---|----------|-------|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • اثربخشی بالینی (عمل مبتنی بر شواهد) • اثربخشی مدیریت ریسک (ایمنی بیمار) • تجربه و مشارکت بیمار • رهبری، کار گروهی و ارتباطات • اثربخشی منابع • اثربخشی راهبردی • اثربخشی یادگیری | انگلستان | گزارش | Lakhani(2006) | Clinical governance One in a series of curriculum statements produced by the royal college of general practitioners |
| <ul style="list-style-type: none"> • تضمین رهبری بالینی موثر • حفظ ظرفیت و توانایی ارائه خدمات • شناسایی فعالانه‌ی خطرات بالینی به بیماران و کارکنان • جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات هوشمند در مراقبت‌های بالینی • درگیر کردن گروه‌های حرفه‌ای در ممیزی بالینی چندحرفه‌ای • درگیر کردن مردم و جامعه در طراحی و ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه • تضمین کیفیت تجربه‌ی بیمار • بهبود خدمات بر اساس درس‌های فراگرفته‌شده از شکایات • بهبود خدمات بر اساس درس‌های فراگرفته‌شده از ایمنی بیمار، حوادث و اتفاقات نزدیک‌به‌خطر | انگلستان | گزارش | MEDIX(2006) | Improving quality and safety Progress in implementing clinical governance in Primary care: lessons for the new primary care trusts |
| <ul style="list-style-type: none"> • مشارکت بیمار و جامعه • ارائه‌ی خدمت و دسترسی به خدمات • ارزش‌یابی خدمت، بهبود کیفیت و نوآوری • مدیریت خطر • نظام‌های مدیریت اطلاعات و تکنولوژی • توسعه‌ی نیروی انسانی • پاسخ‌گویی بالینی | استرالیا | گزارش | Wells(2012) | Clinical Governance Framework |
| <ul style="list-style-type: none"> • اثربخشی بالینی • تضمین کیفیت • آموزش و توسعه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمت • ممیزی بالینی (بهبود مداوم کیفیت) • مدیریت خطر • تحقیق و توسعه | نیوزیلند | گزارش | Kane(2005) | Clinical governance a guide for primary health care organization |
| <ul style="list-style-type: none"> • ممیزی بالینی • مدیریت خطر بالینی • اثربخشی بالینی • مدیریت دانش • آموزش و توسعه‌ی حرفه‌ای • رویکردهای کل نظام به بهبود کیفیت | نیوزیلند | گزارش | Best Practice Advocacy Centre New Zealand (2007) | Governance guide for Primary health organizations |
| <ul style="list-style-type: none"> • بعد عمل کرد بالینی <ul style="list-style-type: none"> ◦ برنامه‌ریزی و تدارک مراقبت ◦ ایمنی ◦ اثربخشی ◦ تناسب ◦ دسترسی ◦ تداوم ◦ نقد و بررسی چندگانه <ul style="list-style-type: none"> ◦ ممیزی بالینی ◦ بررسی نمودار گذشته‌نگر ◦ استفاده از شاخص‌های بالینی ◦ مدیریت حوادث ◦ مدیریت بالینی <ul style="list-style-type: none"> ◦ برنامه‌های شناسایی و بهبود ◦ حمایت رهبری ◦ توسعه‌ی تیم • بعد حمایت برنامه <ul style="list-style-type: none"> ◦ مدیریت نیروی انسانی ◦ انتخاب و استخدام ◦ صلاحیت و تعیین امتیازات بالینی ◦ برنامه‌های تربیتی و آموزشی ◦ مرور عمل کرد، پایش و مدیریت ◦ مدیریت خطر <ul style="list-style-type: none"> ◦ مدیریت حوادث ◦ مدیریت شکایات ◦ شناسایی خطر بالادرنگ، ثبت دستورات و کاهش اثرات ◦ محرمانگی و رضایت ◦ بهبود مداوم <ul style="list-style-type: none"> ◦ بهبود عمل کرد بالینی ◦ به‌گزینی ◦ اطلاعات و مدیریت دانش ◦ نظام‌ها ◦ ارتباطات ◦ مدیریت داده ◦ تعامل با مشتری ◦ مشارکت برنامه‌ریزی‌شده‌ی مشتری در مراقبت، خدمات، برنامه‌ریزی و ارزش‌یابی • بعد حمایت شرکتی^{۲۳} <ul style="list-style-type: none"> ◦ ساختار کمیته | استرالیا | گزارش | Australian Medicare Local Alliance (2010) | A Clinical Governance Framework For Medicare Locals |

²³ Corporate support

- حاکمیت بالینی
- مدیریت خطر
- سایر کمیته‌ها به محض نیاز
- چارچوب عمل کرد و گزارش دهی
- برای پاسخ گویی و مدیریت خدمات
- بر اساس ابعاد کیفیت
- چارچوب سیاست‌ها
- صلاحیت
- مدیریت خطر
- برنامه‌ریزی خدمات
- مدیریت عمل کرد
- برنامه‌ریزی برنامه/خدمت و توسعه
- مشارکت
- سلامت جمعیت
- بررسی خارجی
- تطابق با استانداردها
- اعتباربخشی

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • خدمات بالینی <ul style="list-style-type: none"> ◦ درمان ◦ پیش‌گیری و مداخله‌ی زودرس ◦ بازتوانی و ریکاوری ◦ نظام‌های حمایت بالینی • ارتقای سلامت <ul style="list-style-type: none"> ◦ تدوین سیاست جامعه‌ی سالم ◦ ایجاد محیط‌های حمایتی ◦ حمایت از فعالیت جامعه و توسعه ◦ اطلاعات سلامت، آموزش و توسعه‌ی مهارت ◦ سازمان‌دهی خدمات بهداشتی و درمانی در جهت ارتقای سلامت ◦ شواهد و ارزشیابی در ارتقای سلامت • خدمات شرکتی و زیرساختی <ul style="list-style-type: none"> ◦ مدیریت و رهبری ◦ مدیریت نیروی انسانی و نیروی کار ◦ توسعه، آموزش و تربیت نیروی انسانی ◦ مدیریت مالی ◦ اداری، حقوقی و دیگر خدمات ◦ زیرساخت‌ها و مدیریت زیرساختی ◦ فناوری اطلاعات ◦ نظام‌های کیفیت • حمایت، دانش و تحقیقات، سیاست و برنامه‌ریزی: <ul style="list-style-type: none"> ◦ حمایت ◦ دانش و تحقیق ◦ سیاست و برنامه‌ریزی • تعهد جامعه، کنترل و امنیت فرهنگی <ul style="list-style-type: none"> ◦ تعامل با مشتریان و خودمراقبتی ◦ حمایت از مشارکت جامعه ◦ حاکمیت و کنترل جامعه ◦ امنیت فرهنگی^{۲۳} | استرالیا گزارش Tilton(2011) | Core functions of primary health care: a framework for the Northern Territory |
| <ul style="list-style-type: none"> • مدیریت خطر(و یا عمل کرد ایمن) • توسعه نظام‌های اطلاعات • ممیزی • ممیزی رخدادهای مهم • توسعه حرفه‌ای • کارکردن با اولویت‌ها، به حساب آوردن اولویت‌های محلی و ملی و نیاز عمل کردی خود | انگلستان مطالعه‌ی مروری Roland(1999) | Clinical governance: A practical guide for primary care teams |
| <ul style="list-style-type: none"> • عناصر سازمانی <ul style="list-style-type: none"> ◦ حاکمیت، رهبری و فرهنگ ◦ سیاست‌های حاکمیتی ◦ ساختار سازمانی ◦ برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی ◦ الزامات گزارش در برابر بورد ◦ تفویض اختیار مالی، نیروی انسانی و کلی • مشارکت مشتری و جامعه <ul style="list-style-type: none"> ◦ اعضای انتخابی بورد ◦ بررسی‌های رضایت مشتری و بحث‌های گروهی متمرکز ◦ فرایندهای شکایت مشتری ◦ مشارکت مشتری در بررسی خدمت • مهارت و آموزش برای حمایت از تدارک‌دهندگان خدمت <ul style="list-style-type: none"> ◦ استخدام متخصصین با کیفیت و مجرب ◦ ارزیابی عمل کرد سالانه برای همه‌ی کارکنان ◦ سرپرستی کارکنان ◦ ارتقای شایستگی و صلاحیت^{۲۴} • مدیریت اطلاعات و گزارش دهی <ul style="list-style-type: none"> ◦ گزارش شکایات ◦ گزارش حوادث ◦ گزارش فعال | استرالیا مطالعه‌ی مروری Wellington | Clinical governance policy and procedures |

²³ Credentialing

²⁴ Cultural Safety

- ابعاد کیفیت:
 - گزارش زمان انتظار
 - گزارش برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی
 - ایمنی
 - ممیزی‌های اعتباربخشی (QICSA/HACC/GP)
 - ممیزی‌ها؛ به‌عنوان مثال، کنترل عفونت/ایمنی غذا/ذخیره‌ی دارو
 - بررسی حادثه
 - بررسی شکایت
 - اثربخشی
 - شاخص‌های بالینی
 - بررسی‌های رضایت مشتری
 - فرآیندهای شکایت مشتری
 - تناسب
 - مسیرهای بالینی
 - ابزارهای ارزیابی استاندارد
 - برنامه‌های مراقبت مشتری
 - ممیزی‌های مدارک مشتری
 - قابلیت پذیرش
 - برنامه‌ریزی راهبردی (شامل مشورت با جامعه و مشتریان)
 - پایش شکایات
 - بررسی‌های رضایت بیمار و بحث‌های گروهی متمرکز
 - توسعه‌ی حرفه‌ای کارکنان
 - دسترسی
 - نظام ارزیابی نیاز مشتری^{۲۶}
 - اطلاعات خدمات
 - نظام ترجمه
 - نظام مدیریت تقاضا
 - خدمات کمک‌رسانی (مناطق دوردست)
 - سیاست خدمات رایگان
 - ساختمان‌های قابل دسترسی
 - کارایی
 - برنامه‌ریزی خدمت، گزارش‌دهی و چارچوب‌های ارزشیابی
 - پایش مالی

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| | Gillam(2013) مطالعه‌ی توصیفی انگلستان | A primer for quality improvement in primary care |
| <ul style="list-style-type: none"> • عملکردمبیتی‌برشواهد • ممیزی بالینی • مدیریت ریسک • مکانیزمی برای نظارت بر نتایج مراقبت • یادگیری مادام‌العمر • نظام‌های مدیریت عمل کرد ضعیف | | |

پیوست ۲- ارکان و مولفه‌های مدل‌های حاکمیت مراقبت‌های اولیه به‌دست‌آمده از بررسی متون

| ارکان حاکمیت مراقبت‌های اولیه (درصد تکرار در متون) | تعریف رکن حاکمیت مراقبت‌های اولیه | مولفه‌های مربوط به هر رکن حاکمیت مراقبت‌های اولیه (درصد تکرار در متون) |
|--|--|--|
| توسعه حرفه‌ای کارکنان (۶۲/۲٪) | فراهم کردن فرصت‌های یادگیری برای ارتقای نقاط قوت و استعدادهای کارکنان؛ همچنین تدارک دانش و مهارت‌های جدیدی که به بهتر شدن آن‌ها کمک می‌کند (۲۸٪). | <ul style="list-style-type: none"> • آموزش و تعلیم (۵۷/۷٪) • ارزیابی‌های عمل کرد کارکنان (۳۸/۵٪) • اعتبارسنجی مجدد حرفه‌ای (۲۳/۱٪) • نظام پرداخت کارکنان (۱۵/۴٪) • استخدام و به‌کارگیری کارکنان (۱۵/۴٪) • حفظ و به‌کارگیری کارکنان (۳/۸٪) • برنامه‌ریزی نیروی انسانی (۳/۸٪) • رضایت کارکنان (۳/۸٪) • استقلال کارکنان (۳/۸٪) • استرس‌های شغلی (۳/۸٪) • ساعات کار انعطاف‌پذیر (۳/۸٪) • مدیریت شکایات کارکنان (۳/۸٪) • محیط کار حمایتی (۳/۸٪) • نظارت بر کارکنان (۳/۸٪) |
| ممیزی (۵۳/۸٪) | پایش مداخلات خاص یا خدمت ارائه‌شده به مشتریان در قبال استانداردهای مورد توافق. هرگونه انحراف از بهترین عمل کرد شناسایی شده، دلایل آن مشخص و برنامه‌ی اصلاحی تدوین می‌گردد (۲۹٪). | <ul style="list-style-type: none"> • ارزشیابی خدمات (۲۳/۱٪) • اعتباربخشی (۷/۷٪) • استفاده از شاخص‌های عمل کردی (۷/۷٪) • تطابق عمل کرد با استانداردها (۳/۸٪) • پایش خدمات (۳/۸٪) |
| اثربخشی بالینی (۵۰٪) | استفاده از بهترین دانش به‌دست‌آمده از پژوهش، تجربه‌ی بالینی و ترجیحات بیمار برای رسیدن به نتایج مطلوب در روند مراقبت از بیماران (۲۹٪). | <ul style="list-style-type: none"> • ارائه‌ی خدمات مبتنی برشواهد (دستورالعمل‌ها، پروتکل‌های محلی، استانداردها، مسیرهای بالینی) (۸۴/۶٪) • تحقیق و توسعه (۱۹/۲٪) • مدیریت دانش (۱۱/۵٪) • عمل کرد نوآورانه (۱۱/۵٪) |
| مدیریت خطر (۴۶/۱٪) | به فرهنگ‌ها، فرآیندها و یا ساختارهایی مربوط است که برای تحقق فرصت‌های بالقوه برای مدیریت اتفاقات نامطلوب ایجاد شده‌اند؛ شامل شناسایی خطر، تحلیل و ارزش‌یابی خطر، کنترل و درمان خطر و یادگیری و تبادل تجربیات مدیریت خطر (۳۰٪). | <ul style="list-style-type: none"> • مدیریت حوادث (۵۷/۷٪) • ثبت خطرات (۱۱/۵٪) • تحلیل خطرات (۷/۷٪) • یادگیری از حوادث (۳/۸٪) • پیش‌گیری و کنترل خطر (۳/۸٪) • مدیریت عوارض مراقبت (۳/۸٪) |

²⁶ Standardize intake system

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • مشارکت بیمار و جامعه (۴۶/۱٪) • شریک‌بودن اعضای جامعه در خدمات سلامت از طریق جمع‌آوری ایده‌ها، ارزیابی نیازهای آن‌ها، مشارکت آن‌ها در فرایندهای تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و حتی ارزش‌یابی خدماتی که دریافت می‌کنند (۳۱). | <ul style="list-style-type: none"> • مدیریت شکایات مشتریان (۴۶/۱٪) • مشارکت مشتری در برنامه‌ریزی، ارزش‌یابی و بهبود کیفیت خدمت/ برنامه‌ها (۲۳/۱٪) • رضایت مشتری از خدمات دریافت‌شده (۵۴/۴٪) • برگزاری کمیته‌های ارتباط با مشتریان (۱۱/۵٪) • ارزیابی نیازهای جامعه و مشتریان (۷/۷٪) • پاسخ‌گویی به نیازهای مشتری (۷/۷٪) • ارائه‌ی پس‌خوراند به مشتری (۷/۷٪) • حریم خصوصی و محرمانه‌ی مشتریان (۷/۷٪) • رضایت آگاهانه‌ی مشتری (۷/۷٪) • استفاده از منابع جامعه (۳/۸٪) • محوریت مشتری (۳/۸٪) • ارائه‌ی پاداش به مشتریان (۳/۸٪) • بررسی تجارب بیمار (۳/۸٪) • حمایت از فعالیت‌های جامعه (۳/۸٪) |
| <ul style="list-style-type: none"> • جمع‌آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات مفید در پیش‌گیری، تشخیص و درمان بیماران با استفاده از فناوری‌های مناسب (۳۲) | <ul style="list-style-type: none"> • جمع‌آوری و استفاده‌ی موثر از اطلاعات (۲۳/۱٪) • مدارک بیمار (۱۵/۴٪) • نظام‌های یادآوری برای ایمن‌سازی و غربال‌گری (۱۱/۵٪) • استفاده‌ی موثر از فناوری (۷/۷٪) • اطلاعات خدمات (۷/۷٪) • فرآیندهای گزارش‌دهی (۷/۷٪) |
| <ul style="list-style-type: none"> • یک علم اجتماعی که با رفتارهای مردم و موسسات انسانی سروکار داشته و وظایفی چون تنظیم اهداف، سازمان‌دهی، ایجاد انگیزه، برقراری ارتباط و توسعه‌ی کارکنان را به‌عهده دارد (۳۳). | <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی و اجرای راهبردی (۳۰/۸٪) • کار تیمی (۲۶/۹٪) • ارتباطات (۱۹/۲٪) • پاسخ‌گویی در قبال جامعه و ذی‌نفعان (۱۹/۲٪) • به‌گزینی (۱۵/۴٪) • کارآمدی (۱۱/۵٪) • مدیریت منابع (۱۱/۵٪) • مدیریت مالی (۷/۷٪) • مدیریت نظام‌ها (۷/۷٪) • ساختار کمیته‌ی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۳/۸٪) • در نظر گرفتن اولویت‌های محلی و ملی (۳/۸٪) • فرهنگ و جو سازمانی (۳/۸٪) • تفویض اختیارات (مالی، امور مربوط به کارکنان، کلی) (۳/۸٪) • ساختار سازمانی (۳/۸٪) • تبادل دانش و تجارب (۳/۸٪) • مدیریت تغییر (۳/۸٪) |
| <ul style="list-style-type: none"> • درجه‌ای از خدمات سلامتی که احتمال دستیابی به نتایج مورد نظر سلامت را برای افراد و جمعیت افزایش می‌دهد و با دانش حرفه‌ای روز سازگار است (۳۴). | <ul style="list-style-type: none"> • بهبود کیفیت (۴۶/۱٪) • دسترسی (۳۴/۶٪) • ایمنی (مشتری، کارکنان، سازمان) (۲۳/۱٪) • استمرار خدمت (فرآیند ارجاع، اختصاص مدیر ارجاع و ...) (۱۹/۲٪) • تناسب خدمت (۱۵/۴٪) • هم‌آهنگی خدمت (۱۱/۵٪) • برنامه‌ی مراقبتی کامل (۱۱/۵٪) • برنامه‌ی مراقبتی و دارویی (۷/۷٪) • خدمات ترجمه (۷/۷٪) • قابلیت پذیرش خدمت (۷/۷٪) • کنترل عفونت (۷/۷٪) |

پیوست ۳- اطلاعات دموگرافیک متخصصین شرکت‌کننده بر حسب متغیرهای کمی

| متغیر مورد بررسی | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|------------------|-------|--------|---------|--------------|
| سن | ۳۱ | ۶۲ | ۴۵/۴ | ۷/۴۶ |
| سابقه‌ی کاری | ۵ | ۳۳ | ۱۷/۸۰ | ۷/۶۰ |

پیوست ۴- اطلاعات دموگرافیک متخصصین شرکت‌کننده بر حسب متغیرهای کیفی

| متغیر | فراوانی | درصد |
|---------------|---------|-------|
| جنسیت افراد: | | |
| - زن | ۳ | ۹/۶۸ |
| - مرد | ۲۸ | ۹۲/۳۲ |
| محل فعالیت: | | |
| - بومی | ۱۴ | ۴۵/۱۶ |
| - غیربومی | ۱۷ | ۵۴/۸۴ |
| مدرک تحصیلی: | | |
| - پزشکی عمومی | ۵ | ۱۶/۱۳ |
| - تخصص | ۶ | ۱۹/۳۵ |
| - فوق تخصص | ۱ | ۳/۲۳ |
| - دکتری تخصصی | ۱۹ | ۶۱/۲۹ |

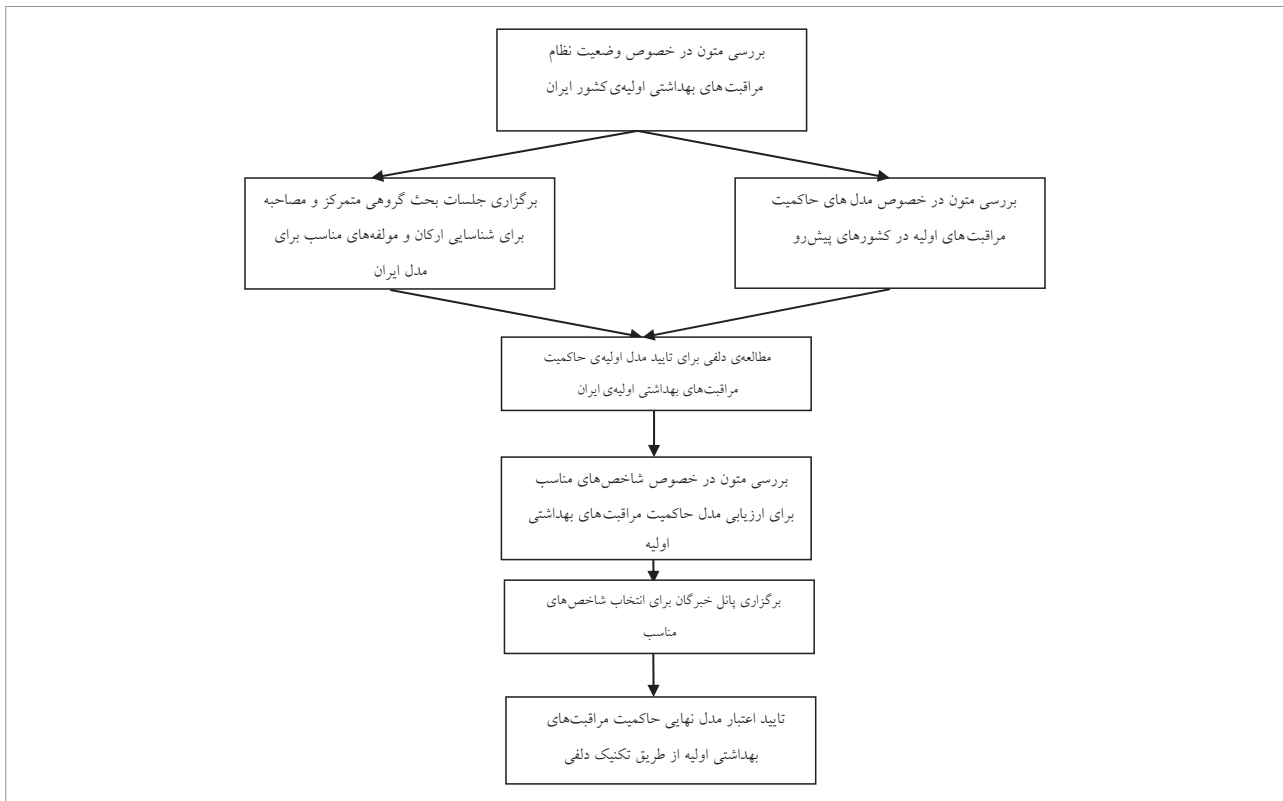
پیوست ۵- اطلاعات دموگرافیک متخصصین شرکت‌کننده در اعتبارسنجی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی کشور بر حسب متغیرهای کمی

| متغیر مورد بررسی | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|------------------|-------|--------|---------|--------------|
| سن | ۳۲ | ۶۳ | ۴۶/۸ | ۸/۰۵ |
| سابقه‌ی کاری | ۵ | ۳۶ | ۱۸/۴ | ۸/۷۴ |

پیوست ۶- اطلاعات دموگرافیک متخصصین شرکت‌کننده در اعتبارسنجی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی کشور بر حسب متغیرهای کیفی

| متغیر | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|-------|
| جنسیت افراد: | | |
| - زن | ۳ | ۱۳/۶۴ |
| - مرد | ۲۲ | ۸۶/۳۶ |
| محل فعالیت: | | |
| - بومی | ۱۱ | ۴۴ |
| - غیربومی | ۱۴ | ۵۶ |
| مدرك تحصیلی: | | |
| - کارشناسی ارشد | ۱ | ۴ |
| - پزشکی عمومی | ۷ | ۲۸ |
| - تخصص | ۹ | ۳۶ |
| - دکتری تخصصی | ۸ | ۳۲ |

پیوست ۷: فرآیند روش کار مطالعه‌ی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی کشور ایران



Validation of Primary Health Care Governance Model of Iran Using the Delphi Method

Jaafarsadegh Tabrizi¹, Raana Gholamzadeh Nikjoo^{2*}

¹MD, Phd, Department of Health policy and Management, Health Services Management Research Center, Faculty of Management and Medical Informatic, Tabriz University of Medical Sciences

²Phd, Department of Health Policy and Management, Iranian center of excellence in health management. Health Services Management Research Center. Faculty of Management and Medical Informatic, Tabriz University of Medical Sciences.

Abstract

Introduction: Primary care governance has been in force since 1999 with the introduction of general practices into local primary care groups in the United Kingdom. The aim of primary health care (PHC) governance is to ensure the use of evidence-based medicine in PHC groups and to reduce the variability in access to PHC services to improve health outcomes and promote the standards of services provided to customers. This study was conducted to validate the primary health care governance model of Iran.

Methods: This is a qualitative study. The primary health care governance model components came from the literature review, focus group discussions, and interviews were sent to 40 qualified professionals through the Delphi form. Based on the median score and by holding four experts' panel sessions, the model was approved. Evaluation indicators of the model were proposed through literature review and expert meetings. By sending these indicators along with other components of the model in the Delphi questionnaire to 30 qualified specialists, the final model was confirmed with the calculation of CVR and CVI in two Delphi rounds.

Results: Proposed Iran's PHC governance model, with a fundamental pillar, leadership, five main pillars (quality management, community involvement, health information management, human resource development, monitoring and evaluation), 22 components, and 64 assessment indicators, was designed to reduce the weaknesses and challenges by relying on strengths and opportunities of the system.

Conclusion: Iran's primary health care governance model has the potential to improve the quality and increase accountability level in the health system of the country and to evaluate the progress of the health care system toward the excellence.

Keywords: Primary Health Care; Governance; Quality Management; Community Participation; Monitoring and Evaluation

Please cite this article as follows:

Tabrizi JS, Gholamzadeh Nikjoo R. Validation of Primary Health Care Governance Model of Iran Using the Delphi method. *Hakim Health Sys Res.* 2019; 22(3): 164-180.

*Corresponding Author: Department of Health policy and Management, Health Services Management Research Center, Faculty of Management and Medical Informatic, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Tel: +98-4133251376, Email: gholamzadehr@tbzmed.ac.ir