

## 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>، مریم‌السادات عسکری<sup>۳</sup>، مریم تاجور<sup>۴</sup>، مرتضی رابطنی<sup>۵\*</sup>

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

۲- دانشیار گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

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

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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۰

### 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 به‌سزایی داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی بسته پزشکان متخصص مقیم اورژانس، به بررسی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌های بهبود آن پرداخته است.

**روش کار:** در این پژوهش کیفی با ۱۹ پزشک متخصص، ۲ پزشک فوق تخصص، ۴ پزشک عمومی و ۲ کارشناس که 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 تسریع در تعیین تکلیف بیماران مهم‌ترین نقاط قوت بسته و نظام پرداخت، نبود نظارت بر عملکرد پزشکان و آسیب به آموزش دانشجویان چالش‌ها و نقاط ضعف اصلی طرح بوده است.

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

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

### مقدمه

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

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 به‌خصوص در دوره حاضر

و درمان در بخش اورژانس، اهمیت حضور کارکنان متخصص و باتجربه 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 حوادث 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 پزشک عمومی یا متخصص طب اورژانس استفاده می‌شود که در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت‌های رشته‌های اصلی (جراحی عمومی، داخلی، قلب و ارتوپدی) نیز حضور دارند. فقدان 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 پزشکان متخصص در ۲۴ ساعت شبانه‌روز از اهمیت بالایی برخوردار 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 تأثیرگذار بوده است [۵]. در مطالعه‌ای مهم‌ترین دلیل افزایش مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس، غیبت پزشک آنکال متخصص طب اورژانس بر بالین بیمار است [۱۵]. به همین صورت، نصیری‌پور و همکاران در پژوهش خود عنوان کرده‌اند که حضور تمام‌وقت پزشک متخصص علاوه بر کاهش مدت اقامت در بیمارستان، باعث افزایش کارایی 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 پزشکان متخصص مقیم موجب بهبود

آن پیش‌بینی شده بود. برنامه حضور پزشکان 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 پزشکان متخصص در مراکز درمانی مذکور اجرا می‌شود [۲-۴]. ارائه به‌موقع خدمات درمانی، پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌های آموزشی درمانی، تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن، انجام به هنگام ویزیت بیماران و افزایش رضایت‌مندی مردم از جمله اهداف بسته «حضور پزشکان متخصص مقیم» است [۵،۶].

حاضر نبودن تمام وقت پزشکان 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 پزشکی در بیمارستان که قادر هستند تا حد زیادی فعالیت‌های بالینی پزشکان را پوشش دهند و همچنین نوع نظام پرداخت به پزشکان، شدت بیشتری پیدا کرده است. استفاده از روش پرداخت متناسب برای تنظیم نوع رفتار پزشکان 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 پزشکان متخصص در استخدام بیمارستان‌ها و تمام‌وقت هستند و نظام پرداخت به صورت حقوق است [۹،۱۰].

حضور تمام‌وقت پزشکان 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 تأثیر فراوانی بر دیگر بخش‌ها، عملکرد کلی بیمارستان و رضایت بیماران داشته باشد [۵]. بهره‌مندی از منابع انسانی باتجربه و مؤثر، نقشی بسیار حیاتی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارد. علاوه بر این، پیچیدگی و تخصصی بودن مراقبت

1. Dual Practice

داشتند. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع 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 مقیمی (۱۹ نفر مرد و ۸ نفر زن با میزان تحصیلات ۲ کارشناسی، ۴ پزشک عمومی، ۱۹ پزشک متخصص و ۲ فوق تخصص) به‌دست آمد که به ترتیب نقاط قوت، ضعف و چالش‌ها در ۱۱ درون‌مایه اصلی و ۲۸ درون‌مایه فرعی دسته‌بندی شدند (جدول ۱).

### الف- نقاط قوت:

#### حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب

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

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

### روش کار

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

5. Inductive

6. Rigour

7. Respondent and Peer validation

2.Semi-structured

3.Topic guide

4.Thematic analysis

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

موضوع اصلی	مضمون اصلی	مضمون فرعی
نقاط قوت	حضور پزشک متخصص در شیفت عصر و شب	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی سریع‌تر به اساتید</li> <li>کاهش استرس رزیدنت‌ها</li> <li>آموزش بهتر رزیدنت‌ها</li> <li>افزایش اعتماد بیماران</li> </ul>
	افزایش کیفیت ویزیت در بیمارستان‌ها مخصوصاً در مراکز غیرآموزشی	<ul style="list-style-type: none"> <li>تسریع تعیین تکلیف بیماران با حضور پزشکان مقیم به‌خصوص طب اورژانس</li> <li>امکان ترخیص در شیفت عصر و شب به دلیل حضور اساتید</li> </ul>
نقاط ضعف و چالش‌ها	نظام پرداخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>پرداخت نامنظم حق مقیمی</li> <li>فقدان جذابیت و کفایت حق مقیمی</li> <li>نبود سیاست واحد در پرداخت حق مقیمی</li> <li>تضاد نظام کلی پرداخت با ماهیت کار پزشکان طب اورژانس</li> </ul>
	نبود نظارت بر عملکرد پزشکان	<ul style="list-style-type: none"> <li>نبود برنامه نظارتی به منظور کنترل کیفیت خدمات پزشکان</li> <li>مناسب نبودن سیستم نظارتی حضور غیاب</li> </ul>
نقاط ضعف و چالش‌ها	آسیب به آموزش دانشجویان	<ul style="list-style-type: none"> <li>کاهش اختیارات و قدرت تصمیم‌گیری رزیدنت‌ها</li> <li>افزایش وابستگی رزیدنت به اساتید</li> <li>مشخص نبودن رابطه آموزشی پزشک مقیم مدعو و فلوشیپ‌ها در شیفت عصر با رزیدنت‌ها</li> </ul>
	کاهش کیفیت خدمات در شیفت صبح	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود پزشک متخصص جهت مقیمی</li> <li>افزایش تعداد شیفت‌های هیئت علمی</li> <li>خستگی و کاهش عملکرد پزشکان در شیفت صبح</li> </ul>
عوامل تسهیل‌کننده	اجباری بودن مقیمی	<ul style="list-style-type: none"> <li>اجبار اجرایی کردن طرح بدون در نظر گرفتن انگیزه پزشکان</li> </ul>
	نبود کار تیمی	<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش بار مراجعه بخش اورژانس در شیفت عصر و شب</li> <li>ثابت ماندن نیروی بخش‌های پاراکلینیک و پشتیبانی در شیفت‌های عصر و شب</li> <li>ترخیص نکردن بیماران بخش‌های بستری</li> </ul>
عوامل تسهیل‌کننده	تضاد برنامه مقیمی با آنکال	<ul style="list-style-type: none"> <li>بستری بیمار به نام پزشک آنکال در شیفت پزشک مقیم</li> <li>نپذیرفتن مسئولیت بیمار توسط پزشکان آنکال در شیفت صبح</li> <li>قدرت پایین پزشکان مقیم در مقابل پزشکان آنکال</li> </ul>
	نبود نیازسنجی برای تخصص‌های مقیم	<ul style="list-style-type: none"> <li>بی‌توجهی به تفاوت‌های بیمارستان آموزشی و غیرآموزشی در برنامه‌ریزی</li> </ul>
عوامل تسهیل‌کننده	نبود امکانات رفاهی	<ul style="list-style-type: none"> <li>در نظر نگرفتن امکانات رفاهی مناسب در شأن هیئت علمی</li> </ul>
	طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازسنجی	<ul style="list-style-type: none"> <li>در نظر گرفتن نوع بیمارستان (آموزشی و درمانی) در طراحی برنامه</li> <li>تفاوت قائل شدن بیمارستان‌های سطح دو و سه</li> </ul>
عوامل تسهیل‌کننده	شفاف بودن ارتباطات و شرح وظایف	<ul style="list-style-type: none"> <li>شفافیت رابطه آموزشی پزشک مدعو با رزیدنت‌ها</li> <li>شفافیت رابطه پزشک آنکال با پزشکان مقیم</li> </ul>
	مدل پرداخت متناسب	<ul style="list-style-type: none"> <li>تفاوت در پرداخت حق مقیمی بیمارستان سطح یک و دو</li> <li>پرداخت به موقع حق مقیمی</li> <li>یکسان‌سازی پرداخت بیمارستان‌های مشابه و یکسان</li> </ul>
عوامل تسهیل‌کننده	امکانات رفاهی	<ul style="list-style-type: none"> <li>فراهم کردن امکانات رفاهی از قبیل (اتاق استراحت، امکانات مطالعه و پژوهش، تلویزیون، چای‌ساز و...)</li> </ul>
	سیستم نظارت کیفی و کمی اثربخش	<ul style="list-style-type: none"> <li>تغییر نظارت حضور غیاب به سیستم نظارتی کیفی و کمی اثربخش</li> <li>بررسی کیفیت ویزیت‌های انجام شده پزشکان</li> <li>بررسی برنامه درمانی انتخاب شده برای بیماران</li> </ul>

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

### آسیب به آموزش دانشجویان

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

### کاهش کیفیت خدمات در شیفت صبح

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

### اجباری بودن طرح تحول

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

### ضعف کار تیمی

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

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 چطور آنکال بیاید؟ احتمال از دسترس خارج شدن آنکال‌ها بود؟ در این بیمارستان‌ها بسیار مفید بود اما در بیمارستان‌های آموزشی که دستیار سال چهار حضور داشت، پزشک مقیم صرفاً حضور فیزیکی داشته و هیچ‌گونه عملکردی نداشت.»

### کاهش مدت اقامت بیماران

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

### ب- نقاط ضعف و چالش‌ها:

#### نظام پرداخت

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

### نبود نظارت بر عملکرد پزشکان

طرح انجام نشده، تاکید داشتند و معتقد بودند بیمارستان‌های آموزشی با بیمارستان غیر آموزشی 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 پايون 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 در خصوص 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 به‌صورت ۲۴ ساعت در دسترس خدمات اورژانس باشند.

#### ۷. تضاد برنامه مقیمی با آنکال

از نظر مشارکت‌کنندگان در بیمارستان‌های دانشگاهی به دلیل شرکت نکردن اساتید باتجربه 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، بلاتکلیفی 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 به‌صورت جداگانه در محلی نزدیک و یا داخل اورژانس در نظر گرفته شود اما در اصل مقیم از همون پايون رزیدنت‌ها استفاده می‌کرد که برای پزشک متخصص این مسئله واقعا فاجعه بود.

#### ج- عوامل تسهیل‌کننده:

#### طراحی و اجرای مداخله مبتنی بر نیازسنجی

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

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 تسریع در تعیین تکلیف بیماران و کاهش مدت اقامت بیماران در اورژانس می‌شد. در مطالعه‌های 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 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 [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 کردند می‌توان به نظام پرداخت اشاره کرد که مهم‌ترین مورد آن پرداخت‌های نامنظم و مکفی نبودن حق مقیمی است. پرداخت مالی به موقع 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 بیمارستان‌های 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 و منظم شدن پرداخت حق مقیمی، همچنین پرداخت حق مقیمی بیشتر به پزشکانی که در بیمارستان‌های خارج از مرکز شهر فعالیت می‌کنند، می‌تواند از ارجاع بیماران در شیفت‌های عصر و شب به اورژانس بیمارستان‌های مرکز استان پیشگیری کند.

- ◀ معیارهای پیشنهادی مدل پرداختی به شرح ذیل است:
- ◀ میزان ورودی اورژانس بیمارستان
- ◀ سطح ارجاع بیمارستان
- ◀ رتبه علمی اساتید
- ◀ نوع بیمارستان از لحاظ آموزشی یا درمانی
- ◀ موقعیت جغرافیایی بیمارستان
- ◀ 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 بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کشور به اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت، بدون در نظر گرفتن نیاز هر بیمارستان و شرایط اورژانس هر بیمارستان یا به طور کلی طراحی یک دستورالعمل برای همه بیمارستان، کار درستی نباشد.

بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌ها نیاز نبود زیرا در بیمارستان‌های آموزشی که رزیدنت سال چهار حضور دارد، نیاز به اجرای برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم طرح تحول نظام سلامت نیست و صرفاً همان ۳ گروه متخصص پزشکی زنان، بیهوشی و طب اورژانس کفایت می‌کند.

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

اورژانس‌های بیمارستان‌های سطح یک دانشگاه علوم پزشکی تهران خودداری کنند.

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

شرح وظایف پزشکان مقیم هیئت علمی و مدعو به صورت دقیق تدوین و ابلاغ نشده و ارتباطات آن‌ها با دیگر گروه‌های پزشکی، پزشکان آنکال و رزیدنت‌ها کاملاً شفاف و تعریف نشده است. باتوجه 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 بیمارستان 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 وظایف مشخص شود. بیماران در شیفت عصر و شب در لیست پزشک آنکال بستری می‌شوند اما پزشک متخصص مقیم وظیفه دارد تا صبح خدمات درمان طبی و جراحی ارائه دهد و ادامه روند درمان بیماران در شیفت صبح با پزشک آنکال است.

در مطالعه رضایی و همکاران به نظر می‌رسد افراد مورد مصاحبه اعلام کرده‌اند در مراکز آموزشی درمانی حضور پزشکان مقیم با وجود رزیدنت‌ها و اینکه شرح وظایف هر یک به طور کامل و شفاف مشخص نیست، منجر به تداخل کاری

شده و همچنین به نظر برخی مصاحبه‌شوندگان ارائه نشدن آموزش‌های مناسب درمورد نحوه اجرا و شرح وظایف افراد ذی‌نفع هر یک از بسته‌های طرح تحول از مشکلات عمده بود که بر روی آن تفاهم داشتند [۱۷].

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

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

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

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

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

از طرف دیگر درخواست‌های 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 چهارم 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 پیشنهادهایی 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 ستاد 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

1. Ministry of Health and Medical Education. Map transformation of the health system of Iran, based on Islamic-Iranian model. Tehran: health mo; 1390: 13. (in Persian)
2. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(10): 637-640.
3. Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar M M, Motamedi M, Tarkhorani M. Patient satisfaction before and after executing health sector evolution plan. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2015; 2(3): 127-133.
4. Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. *The Lancet*. 2016; 387(10013): 29-30.
5. Jafari Sirizi M, Seyedin S, Aghlmand S, Seyed Mahmodi M. Performance indicators of emergency departments following the implementation of specialist residency program under the health sector evolution plan in public hospitals of West Azerbaijan province. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2017; 20 (67) :50-63.
6. Higher Institute of Social Security Research. In the path of sustainability of the health transformation plan. Tehran: Higher Institute of Social Security Research; 2016: 168.
7. Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. *Health Policy*. 2011; 102(1): 1-7.
8. Quinn AE, Trachtenberg AJ, McBrien KA, Ogundeji Y, Souri S, Manns L, et al. Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. *Health Policy*. 2020; 124(4): 345-358.
9. Ogundeji YK, Quinn A, Lunney M, Chong C, Chew D, Danso G, et al. Factors that influence specialist physician preferences for fee-for-service and salary-based payment models: A qualitative study. *Health Policy*. 2021; 125(4): 442-449.
10. Rudmik L, Wranik D, Rudisill-Michaelsen C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngol - Head & Neck Surgery*. 2014; 43(34): 2-5.
11. Green LV. Using Operations Research to reduce delays for healthcare. In *Tutorials in Operations Research*. 2008; 12(5): 290-302.
12. Radcliff S. The effect of emergency department length of stay on clinical outcomes for critically ill or injured patients. *Nursing Theses and Capstone Projects [dissertation]*. Boiling Springs: Gardner-webb university school of Nursing theses and Capstonr Projects; 2011: 165.

خواهد بود.

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

## تشکر و قدردانی

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

**تعارض منافع:** بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی 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, Amir Khanlou 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, Jaafari Pooyan 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