

Original Article

Explanation of the Management Challenges of Health System Reform in Health Care Domain city QOM: A Qualitative Study (Iran)

Narges Eskandari¹ , Marziyeh Raisi¹ , Mohammad Abbasi^{2*} 

¹Department of Midwifery,
School of Nursing &
Midwifery, Qom University
of Medical Sciences, Qom,
Iran.

²Department of Nursing,
School of Nursing &
Midwifery, Qom University
of Medical Sciences, Qom,
Iran.

***Corresponding Author:**
Mohammad Abbasi;
Department of Nursing,
School of Nursing &
Midwifery, Qom University
of Medical Sciences, Qom,
Iran.

Email:
dr.mabbasi@muq.ac.ir

Received: 13 Agu, 2018
Accepted: 8 Jan, 2019

Abstract

Background and Objectives: Assessment, identification, and presentation of management challenges of running programs can help policymakers and administrators to overcome these deficiencies and achieve the objectives of the plan. This study was conducted with the aim of explanation of the management challenges and solutions for its elimination in the health sector of health system reform plan Qom city.

Methods: In this qualitative study, participants were the experts and the executives of Qom health center, health services providers in the health centers affiliated to the deputy of health of Qom University of Medical Sciences and health services recipients referring to health centers in Qom city, selected by convenience sampling. The data were collected through individual interviews using a semi-structured questionnaire and analyzed by qualitative content analysis and an inductive approach. Challenges for health system reform in the field of health, were extracted by qualitative method.

Results: The data of this study were categorized in 21 categories and 7 themes. From the perspective of the participants, the management challenges of health system reform in the health sector included waste of resource, the unexceptionable system, hasty implementation of the program, emphasis on quantity and directional reporting, ineffective monitoring, shortcomings in implementation of the program, and reduced quality of health services.

Conclusion: Based on the findings of this study, it is necessary to design effective strategies for management of resources, establishment of a system for collecting criticisms and suggestions and their application, judgment based on the quality of services, modification of the existing monitoring system, eliminating executive failures, and paying attention to the improvement of the quality of services.

Keywords: Health Care Reform; Qualitative research; Health services; Organization and administration; Qom, Iran.

DOI: 10.29252/qums.13.2.78

تبیین چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم: یک مطالعه کیفی

فرگس اسکندری^۱، مرضیه رئیسی^۱، محمد عباسی^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی، شناسایی و معرفی چالش‌های مدیریتی برنامه‌های در حال اجرا، می‌تواند سیاست‌گذاران و مجریان را در رفع این نواقص و دستیابی به اهداف طرح کمک کند. مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های مدیریتی و راه کارهای رفع آن در حوزه بهداشت طرح تحول نظام سلامت شهر قم انجام شد.

روش بررسی: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی را کارشناسان و مدیران اجرایی مرکز بهداشت شهر قم، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی شاغل در پایگاه‌های سلامت وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم و دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر قم تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها به کمک مصاحبه‌های فردی، با استفاده از پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته، جمع‌آوری و با روش تحلیل محتوای کیفی و رویکرد استقرایی آنالیز شدند.

یافته‌ها: داده‌های این مطالعه پس از تحلیل، در ۲۱ طبقه و ۷ درون‌مایه دسته‌بندی شدند. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت عبارت بودند از: هدر رفت منابع، نقدناپذیری سیستم، اجرای شتاب‌زده برنامه، کمیت‌مداری و گزارش‌محوری، نظارت غیرمؤثر، کاستی‌ها در اجرای برنامه و کاهش کیفیت خدمات بهداشتی.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، طراحی راهکارهای مؤثر جهت مدیریت منابع، ایجاد سیستم گردآوری انتقادات، پیشنهادها و به‌کارگیری آن‌ها، قضاوت براساس کیفیت خدمات، اصلاح سیستم نظارتی موجود، رفع نقایص اجرایی و توجه به ارتقای کیفیت خدمات، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تحول نظام سلامت؛ مطالعه کیفی؛ خدمات بهداشتی؛ سازماندهی و مدیریت؛ قم، ایران.

آگروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آگروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

محمد عباسی؛ آگروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

dr.mabbasi@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۸

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Eskandari N, Raisi M, Abbasi M. Explanation of the management challenges of health system reform in health care domain: A Qualitative Study. Qom Univ Med Sci J 2019;13(2):78-89. [Full Text in Persian]

مقدمه

طرح تحول نظام سلامت، یکی از خدمات ارزشمند دولت یازدهم در حوزه سلامت به شمار می‌رود (۱)، و به معنای تغییرات پایدار و هدفمند برای بهبود کارایی، عدالت و اثربخشی در بخش سلامت می‌باشد (۲). در اوایل سال ۱۳۹۳ این طرح با هدف ارتقای خدمات سلامت و افزایش رضایت دریافت‌کنندگان خدمت، اجرا شد (۳). برای نخستین بار، طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت برای حاشیه‌نشینان و ساکنان سکونت‌گاه‌های غیررسمی با هدف افزایش سطح سلامت جمعیت مورد مطالعه، افزایش دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، افزایش کیفیت خدمات‌رسانی، افزایش رضایتمندی، افزایش مشارکت منصفانه در تأمین مالی خدمات، افزایش کارایی و حرکت به سمت مدیریت منابع در کشور اجرا شد، سپس به‌طور آزمایشی و برای اولین بار در سال ۱۳۹۴، عموم مردم در کلان‌شهر قم از آن بهره‌مند شدند (۴). اهداف وزارت بهداشت از اجرای این طرح به شرح زیر بیان شده است:

- ۱- کاهش مرگ‌ومیر مادر و کودک با بهره‌مندی رایگان از خدمات بهداشت مادر و کودک؛
 - ۲- بهبود وضعیت سوءتغذیه در گروه‌های هدف (شامل: کودکان، دانش‌آموزان، دختران، مادران باردار و سالمندان) از طریق ارائه خدمات مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و مشکلات اولویت‌دار (بیماری‌های رفتاری و سل)؛
 - ۳- پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، چربی و فشارخون بالا)؛
 - ۴- بهبود وضعیت سلامت روان از طریق مداخلات مشاوره‌ای و درمانی، و کنترل آسیب‌های اجتماعی مثل اعتیاد و رفتارهای پرخطر با بهره‌مندی رایگان از خدمات سلامت اجتماعی (۴).
- اگرچه اجرای این طرح با تأثیر بر برخی شاخص‌های سلامتی موجب جلب رضایتمندی مردم شده است (۲)، ولی با چالش‌ها و مشکلاتی نیز همراه بوده که نیازمند همت مسئولین جهت رفع این نواقص و مشکلات می‌باشد (۳).
- دهقان و همکاران، مهم‌ترین مشکل این طرح را کمبود نیروی انسانی از دیدگاه مدیران (۳) و نخعی و همکاران نیز نارضایتی از

شرایط محیط کار را به عنوان مهم‌ترین علت نارضایتی پرستاران از اجرای طرح تحول نظام سلامت گزارش کردند (۵). محمودی و همکاران، چالش‌های طرح تحول سلامت را مواردی از جمله عدم استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توجه نکردن به نظام خودمراقبتی، پاسخ‌گویی نامطلوب به نیازهای بهداشتی مردم، کم‌توجهی به سیاست‌های کلان بخش بهداشت و ارائه نکردن راه کارهایی برای بهبود کیفیت خدمات، عنوان کردند (۶). کلهر و سمیعی‌راد تأکید داشتند در این طرح لازم است توجه ویژه‌ای به تأمین نیرو و افزایش کارانه، حقوق، مزایا و رضایتمندی کارکنان درمانی شود (۷). در مطالعه گلمکانی، چالش‌های طرح تحول نظام سلامت شامل موارد زیر بود: افزایش مراجعات کاذب بیماران به مراکز درمانی، افزایش بارکاری کارکنان، ناکافی بودن زیرساخت‌های فیزیکی اجرای طرح، افزایش خطاهای پزشکی، اختلال در ارتباط درمانگر و بیمار، افت کیفیت خدمات به دلیل افزایش بارکاری و دغدغه استمرار طرح (۸).

با توجه به اینکه طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت برای اولین بار در استان قم اجرا شده و تاکنون در مطالعه‌ای به دستاوردها و چالش‌های این قسمت از طرح پرداخته نشده و دانش کافی در این زمینه در دسترس نیست، همچنین ابزاری جامع و کامل جهت ارزیابی چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت موجود نمی‌باشد؛ لذا محققین مطالعه حاضر بر آن شدند تا با بهره‌گیری از روش تحقیق کیفی، چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت را از دیدگاه مشتریان داخلی و خارجی این حوزه تبیین کنند.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کیفی و به روش تحلیل محتوا، با هدف تبیین چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم در سال ۱۳۹۶ انجام شد. محیط پژوهش شامل مرکز بهداشت شهرستان قم و پایگاه‌های سلامت وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم بود و مشارکت‌کنندگان در مطالعه را کارشناسان و مدیران اجرایی مرکز بهداشت شهرستان قم، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی شاغل در پایگاه‌ها، مراکز سلامت وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم و

طبقات استخراج شده با هم مقایسه و در صورت مشابهت در کنار هم قرار گرفتند و درون‌مایه‌ها ظهور یافتند. همچنین دست‌نوشته‌های مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفت. نمونه‌گیری تا زمانی که محقق اطلاعات جدیدی در حین تحلیل و کدگذاری داده‌ها حاصل کند ادامه یافت. آنالیز داده‌ها به کمک نرم‌افزار MAXQDA انجام شد.

پس از استخراج چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت به طریق کیفی، این چالش‌ها در قالب پرسشنامه دلفی جهت اولویت‌بندی از نظر اهمیت و قابلیت حل بودن، در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای {از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵)} آماده و در اختیار کارشناسان و مدیران اجرایی مرکز بهداشت شهرستان قرار گرفت، این روش در اولویت‌بندی کاربرد دارد (۹). در این پژوهش برای نهایی کردن اولویت‌ها، از فن دلفی کلاسیک تعدیل شده (متشکل از ۲ راند) استفاده شد.

نمونه‌گیری برای این مرحله به روش سرشماری انجام گرفت؛ بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار تمامی کارشناسان و مدیران مرکز بهداشت شهرستان (که با طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت مرتبط بودند) قرار داده شد. در نهایت، ۱۹ نفر در این مرحله، پرسشنامه را تکمیل کردند. در طی راند اول، از اعضا به‌طور رسمی برای شرکت در هیئت‌رئیس دعوت شد و کسب رضایت برای همکاری به شکل شفاهی اخذ گردید. نسخه اولیه به‌صورت نسخه چاپی برای اعضا ارسال شد. پس از ۷ روز، نظرها و پیشنهادهای اعضای هیئت‌رئیس جمع‌آوری شد. در ادامه، نظرهای صاحب‌نظران آنالیز و نتایج آن در طی راند دوم، به همراه نتایج آنالیز نظرها متخصصین و میزان توافق آن‌ها در راند اول، در اختیار اعضای هیئت‌رئیس قرار گرفت. پاسخ‌های مکتوب اعضا به پرسشنامه دلفی مجدداً آنالیز و اولویت‌بندی شد و چالش‌ها با میزان توافقی حدود ۹۲٪ تصویب و نهایی گردید.

با استفاده از تلفیق در انتخاب مشارکت‌کنندگان، بازبینی دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی هم‌ترازی توسط همکاران پژوهشی، تلاش گردید تا مقبولیت داده‌ها افزایش یابد و قابلیت اعتماد بودن با ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تقویت شود (۱۰).

دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر قم تشکیل می‌دادند. کارشناسان و مدیران اجرایی به‌روش سرشماری وارد مطالعه شدند؛ به‌این‌ترتیب که محقق با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان قم از تمامی کارشناسان و مدیران اجرایی مرکز خواست تا نظرهای خود را در مورد دستاوردهای طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت بیان کنند. در نهایت، ۲۲ نفر از کارشناسان و مدیران اجرایی مرکز بهداشت شهرستان در این پژوهش مشارکت کردند. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی شاغل در پایگاه‌های سلامت وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم و مراجعین به پایگاه‌های سلامت به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. در مجموع، ۱۱۸ ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی (مراقب سلامت، روانشناس، کارشناس تغذیه، پزشک، دندانپزشک، کارشناس بهداشت محیط و مراقبین مرد) و ۱۵ نفر از مراجعین، به سؤالات مصاحبه پاسخ دادند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمایل برای شرکت در مطالعه، توانمندی در بیان دیدگاه‌ها و تجارب فردی، از معیارهای ورود به مطالعه بود. انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه به‌عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. تجارب و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در مورد چالش‌های ساختاری و راهکارهای رفع آن در حوزه بهداشت طرح تحول نظام سلامت در شهر، به روش مصاحبه فردی و با استفاده از پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و سؤالاتی به شرح زیر بود: از نظر شما چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت کدام‌اند؟ چه راه‌کارهایی را برای رفع این چالش‌ها پیشنهاد می‌کنید؟ سؤالات اکتشافی بیشتر با توجه به پاسخ مشارکت‌کنندگان پرسیده شد.

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و با رویکرد استقرایی تحلیل شدند؛ به‌این‌ترتیب که محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه از مصاحبه، مصاحبه‌ها را کلمه به کلمه مکتوب کرد، سپس متن پیاده‌شده سطر به سطر قرائت گردید. در ادامه، جملات و عبارات مهم تعیین و زیر آن‌ها خط کشیده شد و جوهره آن نام‌گذاری شد (کدگذاری). کدهای مشابه ادغام و دسته‌بندی شدند و طبقات شکل گرفته براساس ایده مدنظر نامگذاری شدند.

اطلاعات آنان به‌صورت محرمانه حفظ شده و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه شرکت در مطالعه انصراف دهند.

یافته‌ها

داده‌های مطالعه حاضر پس از تحلیل در ۱۶۵ کد، ۲۱ طبقه و ۷ درون‌مایه دسته‌بندی گردید که در جدول بیان شده است.

جدول: چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم، از دیدگاه مدیران و مراقبین سیستم بهداشتی

طبقه	درون‌مایه
اتلاف منابع مالی	هدر رفت منابع
بهره‌وری نامناسب از منابع انسانی	
ترس مراقبین از بیان مشکلات	نقدناپذیری سیستم
کمبود کانال‌های ارتباطی	
بی‌توجهی به انتقاد مراقبین	
اجرای طرح مختص حاشیه شهر در سطح شهر	اجرای شتاب‌زده برنامه
عدم اجرای برنامه به‌صورت آزمونه	
مهیا نبودن زیرساخت‌ها برای اجرای برنامه	
ثبت در سامانه ملاک ارزیابی برنامه	کمیت‌مداری و گزارش‌محوری
اولویت دادن به میزان پوشش	
تمرکز برافزایش تعداد خدمات	
تعداد زیاد مراکز و مراقبین	نظارت غیرمؤثر
تبدیل پایش به بازرسی	
تخصّص ناکافی پایشگر	
عدم اجرای کامل و صحیح برنامه	کاستی‌ها در اجرای برنامه
زمان‌بندی نامناسب در اجرای فازهای مختلف	
ارتباط ناکافی کارشناسان ستادی با محیط	
خرید خدمت از بخش خصوصی	کاهش کیفیت خدمات بهداشتی
عدم گزینش صحیح مراقبین	
ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات	
حجم زیاد کار	

الف) اتلاف منابع مالی: مشارکت‌کنندگان در مطالعه به اسراف، استفاده از منابع مالی در کارهای بیهوده، هزینه اثربخش نبودن طرح و فقدان توجیه اقتصادی برای ارائه برخی خدمات در سطح شهر؛ به‌عنوان مثال‌هایی از هدر رفت منابع مالی اشاره کردند: «از نظر سلامت باروری، مراقبت اطفال، واکسیناسیون و ...، آمار به‌اندازه سال‌های قبل بوده که کل این خدمات با ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی و ۶۰ پایگاه بهداشت ارائه می‌شد، نه با ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی و بیش از ۱۴۰ پایگاه».

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شامل: هدر رفت منابع، نقدناپذیری سیستم، اجرای شتاب‌زده برنامه، کمیت‌مداری و گزارش‌محوری، نظارت غیرمؤثر، کاستی‌ها در اجرای برنامه و کاهش کیفیت خدمات بهداشتی بود که در ادامه به توضیح این درون‌مایه‌ها می‌پردازیم:

۱- هدر رفت منابع: مشارکت‌کنندگان در مطالعه بر عدم مدیریت صحیح و به هدر رفتن منابع مالی و انسانی در طرح تحول نظام سلامت به شرح زیر تأکید داشتند:

مورد استقبال قرار نمی‌گیرد. در نتیجه، مراقبین انگیزه خود را برای بیان پیشنهادها، انتقادات و اصلاح محیط کاری خود از دست می‌دهند.

«من از روز اول این مشکل را مطرح کردم، ولی... کو گوش شنوا»
۳- اجرای شتاب‌زده برنامه: به دلیل طراحی برنامه برای حاشیه شهرها، عدم اجرای برنامه به صورت آزمون و مهیا نبودن زیرساخت‌ها برای اجرای برنامه، مشارکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند اجرای برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت در سطح کلان‌شهر قم به صورت شتاب‌زده انجام شده است.

الف) اجرای طرح مختص حاشیه شهر در سطح شهر: مشارکت‌کنندگان در مطالعه بیان کردند از آنجاکه برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، خاص حاشیه شهرها برنامه‌ریزی شده، اجرای آن در سطح کلان‌شهر قم اشتباه است؛ چراکه هزینه سنگینی بر دولت تحمیل کرده، درحالی‌که تحول قابل توجهی در بهداشت و سلامت مردم شهر قم ایجاد نشده است.

«به صورت کاملاً غیرعلمی و بدون مطالعه در تمام نقاط شهر اجرا شد که این مسئله باعث صرف هزینه‌های هنگفت از اموال عمومی، ریخت‌وپاش‌های فراوان و بدون نظارت گردید»

ب) عدم اجرای برنامه به صورت آزمون: اجرای برنامه به شکل آزمون جهت مشخص شدن نواقص، کاستی‌های برنامه و رفع این مشکلات قبل از اجرای برنامه در سطوح وسیع، یک ضرورت محسوب می‌شد که نادیده گرفته شد.

«نباید کل شهر را درگیر طرحی می‌کردند که هنوز پخته نشده»
ج) مهیا نبودن زیرساخت‌ها برای اجرای برنامه: مشارکت‌کنندگان در مطالعه به این موضوع اشاره کردند که زیرساخت‌های اجرای این برنامه بزرگ، قبل از اجرا در سطح شهر فراهم نبوده و تصمیم‌گیری جهت اجرای برنامه در سطح شهر قم با شتاب‌زدگی صورت گرفته؛ در نتیجه در روند اجرای برنامه چالش‌های زیادی ایجاد شده است.

«زیرساخت‌های اساسی هنوز به طور کامل وجود ندارد، نبودن این زیرساخت‌ها کار را به مشکل می‌رساند؛ مانند نبودن مکان درمانی مناسب»

۴- کمیت‌مداری و گزارش‌محوری: از آنجاکه ثبت در سامانه، ملاک ارزیابی قرار گرفته است؛ بنابراین به میزان پوشش اولویت

ب) بهره‌وری نامناسب از منابع انسانی: عدم استفاده از دانش و مهارت تخصصی مراقبین، عدم حفظ و حمایت نیروهای آموزش‌دیده، موازی‌کاری و ارجاع بی‌مورد مراجعین، مصادیقی از مدیریت نامناسب نیروهای انسانی محسوب می‌شوند که مشارکت‌کنندگان در مطالعه به آن اشاره کردند:

«مثلاً جهت تأیید تشخیص پدیکلوز و دادن شامپو به مورد مبتلا باید حتماً پزشک تأیید کند که این نادیده گرفتن توانمندی همکاران بیماری‌ها (کارشناسان واحد بیماری‌ها) و استفاده نکردن از حداکثر پتانسیل نیروهای متخصص آن رشته و هدر دادن نیروی انسانی است».

«خانم یا هیپوتیروئیدی بارداری و یا چاقی و یا... میاد که ما همه می‌دونیم ارجاع به زنان دارن. ما ابتدا باید به پزشک مرکز بفرستیم و ایشان هم به زنان».

۲- نقدناپذیری سیستم: مشارکت‌کنندگان، به خصوص ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از نقدناپذیر بودن سیستم مدیریت طرح تحول گله‌مند بودند؛ چراکه اعتقاد داشتند مراقبین جرئت بیان مشکلات را ندارند، و ارتباط کارشناسان ستادی و مدیران با ارائه‌دهندگان خدمات ضعیف است و به انتقاد مراقبین توجه نمی‌شود.

الف) ترس مراقبین از بیان مشکلات: ارائه‌دهندگان خدمات به دلیل ترس از به خطر افتادن جایگاه شغلی خود، درج امتیاز منفی در پرونده و تغییر محل کار (تبعید)، از بیان انتقاد اجتناب کرده و یا سخنان خود را در لفافه بیان می‌کنند.

«اگر افرادی نیز اعتراض کنند در صورتی که قراردادی باشند با آنان قرارداد نمی‌بندند و اگر کارکنان رسمی باشند، به جابه‌جایی محل کار تهدید می‌شوند»

ب) کمبود کانال‌های ارتباطی: عدم وجود ارتباط و در دسترس نبودن مدیران و طراحان طرح تحول، موجب اختلال در انتقال انتقادات و پیشنهادها ارائه‌دهندگان خدمت به سطوح بالاتر شده است.

«عدم وجود ارتباط بین کاربران واقعی سامانه (پزشکان، مراقبین و کارشناسان) و نویسندگان برنامه به صورت واقعی و فوری»

ج) بی‌توجهی به انتقاد مراقبین: ارائه‌دهندگان خدمات بیان کردند در مواردی که پیشنهاد یا انتقادی از سوی مراقبین مطرح گردد،

داده شده و تمرکز بر افزایش تعداد خدمات است. از دیدگاه شرکت‌کنندگان، طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، یک طرح کمیت‌مدار و گزارش‌محور محسوب می‌شود.

الف) ثبت در سامانه ملاک ارزیابی برنامه: ملاک پایش و ارزشیابی طرح تحول در حوزه بهداشت، مستندات و موارد ثبت‌شده در سامانه سیب است. از سوی دیگر، ارائه‌دهندگان خدمات برای دستیابی به شاخص‌های آماری، میزان پوشش و ارائه مراقبت به تعداد مشخص، تحت فشار هستند و لزوماً در صورت دستیابی به این شاخص‌ها، اعداد و ارقام، کارکرد آن‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ به‌طوری‌که تکمیل پرونده و افزایش آمار به دغدغه مراقبین تبدیل شده و مراقبت با کیفیت در اولویت بعدی قرار می‌گیرد. یکی از چالش‌های این روش ارزشیابی، سوق دادن ارائه‌دهندگان خدمات به مستندسازی و ثبت موارد غیرواقع در سامانه برای جلوگیری از تنبیه و مؤاخذه است.

«ملاک اصلی در طرح تحول سلامت، مستندات است که باید آنچه خواسته می‌شود داده شود نه آنچه واقعاً هست»
«در حال حاضر، کاربران بیشتر دغدغه تکمیل پرونده‌های الکترونیکی و کامل بودن آن‌ها را دارند تا سلامت و ارتقای سلامت مردم»

ب) اولویت دادن به میزان پوشش: تأکید بر میزان پوشش و تعداد دریافت‌کنندگان خدمات، موجب کم‌رنگ شدن اهمیت کیفیت خدمات و ایجاد فشار کاری برای ارائه‌دهندگان خدمات شده است.

«ناچارم آمار موردنظر و پوشش را تأمین کنم دیگر فرصتی برای پرداختن به کیفیت خدمات و ارتباط با بیمار را ندارم»

ج) تمرکز بر افزایش تعداد خدمات: توجه به تنوع، توسعه و افزایش تعداد بسته‌های خدماتی ارائه‌شده به دریافت‌کنندگان خدمات موجب افزایش استرس، بارکاری، همچنین لزوم کسب دانش و مهارت‌های بسیار متعدد و متنوع برای ارائه‌دهندگان خدمات و در نتیجه کاهش کیفیت خدمات شده است.

«خدمات سطحی هستند و عمق ندارند. ۲-۳ کار ابلاغ می‌کنند کار بچه‌ها افزایش می‌یابد ماشین که نیستند باید بتوانند کار را درست انجام دهند.»

۵- نظارت غیرمؤثر: به‌علت تعداد زیاد مراکز و مراقبین، همچنین تبدیل پایش به بازرسی، نظارت‌ها بر سیستم کافی و اثربخش نیست.

الف) تعداد زیاد مراکز و مراقبین: مشارکت‌کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که به دلیل افزایش سریع تعداد مراکز و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، نیروی کافی جهت نظارت بر سیستم فراهم نشده و نظارت‌ها از نظر کمیت و کیفیت قابل قبول نیستند.

«گسترده‌گی حیطه فعالیت و عدم نظارت دقیق باعث ازهم‌گسیختگی و فاصله گرفتن از طرح مصوب کشوری شد»
ب) تبدیل پایش به بازرسی: اغلب مشارکت‌کنندگان بر ناکارآمدی و غیرمؤثر بودن پایش‌ها تأکید داشتند و دلیل این باور را تخصص ناکافی پایشگر و تبدیل پایش به ارزیابی می‌دانستند. مراقبین بهداشتی از این امر شاکی بودند که پایش‌ها به ارزیابی و بازرسی تبدیل شده‌اند و هدف اصلی از پایش که شناسایی نقایص و اشتباهات در اجرای دستورالعمل‌ها و ارائه راهنمایی جهت رفع این نقایص است به فراموشی سپرده شده و به‌جای آن از پایش برای مچ‌گیری و کسر حقوق مراقبین استفاده می‌شود. به‌همین دلیل مراقبین از بیان مشکلات و ابهاماتشان اکراه دارند.

«بیشتر پایش‌های مرکز، جنبه آموزشی و افزایش کیفیت ندارد و صرفاً جهت بهانه‌ای برای کسورات صورت می‌گیرد»

ج) تخصص ناکافی پایشگر: ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به این موضوع اشاره کردند که پایشگران در زمینه ارائه خدمات بهداشتی از دانش و تجربه کافی برخوردار نیستند؛ بنابراین در هنگام پایش بسیاری از نکات مهم از دید آن‌ها مخفی می‌ماند و در مواردی که نقص در اجرای مراقبت‌ها وجود دارد پایشگران نمی‌توانند راهنمایی‌های لازم را در اختیار مراقبین قرار دهند.

«کارشناسان ستادی روی یک مورد خاص مهارت دارند و باید به یک نفر نظارت کنند که یازده مراقبت دارد و این امکان‌پذیر نیست»

۶- کاستی‌ها در اجرای برنامه: عدم اجرای کامل و صحیح برنامه، زمان‌بندی نامناسب در اجرای فازهای مختلف و ارتباط ناکافی کارشناسان ستادی با محیط، ازجمله کاستی‌ها در روند اجرای برنامه است.

الف) عدم اجرای کامل و صحیح برنامه: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند برنامه طراحی شده در سطح وزارتخانه به‌طور کامل و صحیح در سطح قم اجرا نشده است.

«بر روی کاغذ اهداف و وظایف تعریف شده خوب است، ولی در عمل پیاده نمی‌شود یا ظرفیت‌های پیاده شدن هنوز در جامعه نیست»

ب) زمان‌بندی نامناسب در اجرای فازهای مختلف: افزایش سریع تعداد بسته‌های خدماتی موجب ابلاغ همزمان برنامه‌های مختلف و همپوشانی در زمان اجرای آن‌ها شده است که نتیجه این وضعیت افزایش بارکاری و استرس برای ارائه‌دهندگان خدمات، همچنین اجرای ناقص و سطحی مراقبت‌ها می‌باشد.

«برنامه‌ریزی واحدهای مختلف ستادی ناهماهنگ است و گاهی از لحاظ اجرایی متناقض نیز می‌باشد؛ مثلاً به‌طور همزمان برنامه وارنیش فلوراید که مستلزم رفتن مراقبین سلامت به مدارس و برنامه معاینه‌های پایه‌های مختلف دانش‌آموزان که مستلزم ماندن مراقب سلامت در پایگاه می‌باشد، با ضرب‌الاجل زمان اجرا، ابلاغ می‌شوند و یا نوبت دوم وارنیش فلوراید در فاصله کمتر از ۶ ماه ابلاغ می‌گردد»

ج) ارتباط ناکافی کارشناسان ستادی با محیط: از آنجاکه کارشناسان محیطی شخصاً به ارائه خدمات نمی‌پردازند و تجربه عملی در این زمینه ندارند نمی‌توانند چالش‌ها و مشکلات اجرایی در ارتباط با برنامه‌ها و ارائه بسته‌های خدماتی را درک کنند که همین امر موجب می‌شود برخی دستورالعمل‌ها از قابلیت اجرایی ضعیفی برخوردار باشند و کارشناسان ستادی از قابلیت کافی برای حمایت از ارائه‌دهندگان خدمات و پاسخگویی به مشکلات آن‌ها برخوردار نباشند. ارائه‌دهندگان خدمات از در دسترس نبودن کارشناسان ستادی و طراحان برنامه نیز گله‌مند بودند.

«عدم اطلاع درست و کامل کارشناسان ستادی از نحوه کار و جزئیات کار همکاران محیطی، به دلیل تغییر برنامه‌ها و دوری کامل از برنامه‌های محیطی و در نتیجه ارائه نظرهای و برنامه‌های دور از ذهن، بدون قابلیت اجرایی و عدم توانایی پشتیبانی و حمایت از واحدهای محیطی به دلیل بی‌اطلاعی»

۷- کاهش کیفیت خدمات بهداشتی: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که به دلیل خرید خدمت از بخش خصوصی، عدم گزینش صحیح مراقبین، ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات و حجم زیاد کار؛ کیفیت ارائه خدمات کاهش یافته است.

الف) خرید خدمت از بخش خصوصی: واگذاری خدمات به بخش خصوصی موجب می‌گردد پیمانکاران جهت کسب درآمد بیشتر به کمیت و تعداد خدمات توجه داشته باشند؛ در نتیجه کیفیت خدمات مورد بی‌توجهی و غفلت قرار می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان در مطالعه تأکید داشتند که سلامت مردم نباید با معیارهای مالی سنجیده شود و به بخش خصوصی واگذار گردد. «وجود پیمانکار باعث شده به طرح تحول به‌عنوان کسب درآمد نگاه شود و توجه به سلامتی در اولویت پایین‌تری از دید بعضی کارکنان قرار گرفته است»

ب) عدم گزینش صحیح مراقبین: با توجه به نیاز سیستم بهداشتی به جذب نیروهای جدید، تعداد زیادی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی با در نظر گرفتن حداقل معیارها جذب شدند. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند این وضعیت موجب ورود افرادی به سیستم شده که از معیارها، دانش و مهارت لازم برای ارائه خدمات به مراجعین سیستم بهداشتی برخوردار نبوده‌اند.

«برای هر ۲۰۰۰ نفر یک مراقب، به هر قیمتی فراهم می‌شود»

ج) ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات: باهدف آماده‌سازی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی جهت ورود سریع به سیستم بهداشتی، یک دوره ۱۲۰ ساعته فشرده برای آن‌ها برگزار شد. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند این دوره کوتاه‌مدت و فشرده، اثربخشی کافی بر افزایش دانش و مهارت مراقبین بهداشتی نداشته است. از سوی دیگر، مشارکت‌کنندگان بیان کردند دوره‌های بازآموزی به تعداد کافی برگزار نشده و نیازهای آموزشی مراقبین برطرف نمی‌شود. همچنین در طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی، از نظرهای ارائه‌دهندگان خدمات استفاده نمی‌شود.

«نیروهای مراقب سلامت با یک دوره ۱۲۰ ساعته نمی‌توانند با کیفیت خوب و کامل، مراقبت‌ها را انجام دهند و شاید کمیت، بالا رفته باشد، ولی این کیفیت خیلی پایین آمده است»

د) حجم زیاد کار: براساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان، تعداد زیاد مراجعین و حجم زیاد کار موجب کاهش تمرکز بر مراجعین و در نتیجه کاهش کیفیت ارائه خدمات شده است.

«ما در پایگاهمون وقت نمی‌کنیم حتی واکسن بچه‌ها رو پیگیری کنیم. تعداد افراد زیادی داریم که واکسنشون تأخیری می‌شه. با این کارا واقعاً سرمون را شلوغ کردند. خودمون نمی‌فهمیم داریم چی کار می‌کنیم. باردارا رو که اصلاً وقت نمی‌شه پیگیری کنیم»

بحث

براساس نتایج این مطالعه، چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شامل: هدر رفت منابع، نقدناپذیری سیستم، اجرای شتاب‌زده برنامه، کمیت مداری و گزارش‌محوری، نظارت غیرمؤثر، کاستی‌ها در اجرای برنامه، و کاهش کیفیت خدمات بهداشتی بود. محمودی و همکاران نیز چالش‌ها، تهدیدات بهداشت و پیشگیری در طرح تحول سلامت را عدم استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عدم توجه به نظام خودمراقبتی، پاسخ‌گویی نامطلوب به نیازهای بهداشتی و پیشگیری مردم از نظام سلامت، کم‌توجهی به سیاست‌های کلان بخش بهداشت و ارائه راه‌کارهایی برای بهبود کیفیت خدمات گزارش کردند (۶).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بر عدم مدیریت صحیح و به‌هدر رفتن منابع مالی و انسانی در طرح تحول نظام سلامت تأکید داشتند. در بخش دلفی این دو گزینه، امتیازی بالاتر از ۴ را کسب کردند و در گروه اولویت‌های برتر قرار گرفتند، ولی از نظر قابل حل بودن، امتیاز ۳ به آنان تعلق گرفت. همسو با نتایج مطالعه حاضر، علیدادی به سیستم برنامه‌ریزی مدیریتی عقب‌مانده و پزشک سالار، عدم هماهنگی و تعامل بین دستگاه‌های اجرایی، عدم وجود برنامه از پیش تعیین‌شده، تصمیمات مقطعی و برنامه‌ریزی‌نشده و عدم مدیریت صحیح در جهت افزایش اثربخشی منابع به‌عنوان چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت اشاره می‌کند (۱۱). دهقان و همکاران نیز مهم‌ترین مشکل این طرح از دیدگاه مدیران را کمبود نیروی انسانی (۳) و کله‌ر و سمیعی‌راد، چالش‌های اجرایی طرح تحول نظام سلامت را، افزایش بارکاری بیان کرده و تأکید دارند لازم است

توجه ویژه‌ای به تأمین نیرو و افزایش کارانه، حقوق، مزایا و رضایتمندی کارکنان شود (۷). مشارکت‌کنندگان در مطالعه قبری معتقد بودند این طرح، بار مالی سنگینی به همراه دارد و لازم است مسئولین برای حفاظت از منابع مالی، برنامه‌ریزی‌های دقیق و همه‌جانبه‌ای داشته باشند و نظارت دقیق بر پرداخت‌ها و دریافت‌های مبتنی بر طرح نیز باید در دستور کار سیستم قرار گیرد (۱۲). راه‌کارهای پیشنهادشده توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر جهت مدیریت بهتر منابع مالی و انسانی شامل: واگذاری وظایف بیشتر به پرستاران جذب‌شده، پرداخت عادلانه دستمزدها، به‌کارگیری کارکنان با توجه به بارکاری مرکز، استفاده از مراقبین با تجربه، حذف هزینه‌های غیرضروری، خودداری از موازی‌کاری، خریداری ساختمان‌های استیجاری و دریافت هزینه از افراد دارای تمکن مالی بود.

همچنین مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، به‌خصوص ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از نقدناپذیر بودن سیستم مدیریت طرح تحول گله‌مند بودند؛ چراکه معتقد بودند مراقبین جرئت بیان مشکلات را ندارند، ارتباط کارشناسان ستادی و مدیران با ارائه‌دهندگان خدمات ضعیف است و به انتقاد مراقبین توجه نمی‌شود. در بخش دلفی نیز نقدناپذیر بودن، سیستم امتیاز ۳ را از منظر اولویت و امتیاز ۲ را از منظر قابل حل بودن کسب کرد. این در حالی است که شرکت‌کنندگان در پژوهش قبری معتقد بودند برای دستیابی به نتایج معتبر، همواره باید از ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت، نظرخواهی کرد و نظرهای آنان را در جهت ارتقای طرح و در صورت لزوم، ایجاد تغییرات و اصلاحات به کار گرفت (۱۲). در این راستا، مشارکت‌کنندگان در مطالعه بر لزوم ارتباط میان مدیران ستادی و ارائه‌دهندگان خدمات، فراهم‌شدن فرصت جهت دریافت پیشنهادها و انتقادها ارائه‌دهندگان خدمات، پذیرش نقد و تعهد مسئولین برای انجام اصلاحات تأکید کردند.

به دلیل طراحی برنامه برای حاشیه شهرها، عدم اجرای برنامه به‌صورت آزمون و مهیا نبودن زیرساخت‌ها برای اجرای برنامه، مشارکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند اجرای برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت در سطح کلان شهر قم به‌صورت شتاب‌زده انجام شده است.

در بخش دلفی لزوم اجرای آزمون طرح در حاشیه شهر، امتیاز بالاتر از ۴ را کسب کرد و در گروه اولویت‌های برتر قرار گرفت، ولی از نظر قابل حل بودن، امتیاز ۳ را به دست آوردند. در مطالعه قنبری نیز مشارکت کنندگان در مطالعه بر لزوم فراهم ساختن زیرساخت‌ها که ضامن اجرای برنامه است تأکید داشتند (۱۲). از دیدگاه مدیران، شتاب‌زدگی در اجرای این برنامه، نتایج نامطلوب به بار آورده و از طرف دیگر این برنامه با مشکلاتی مانند کمبود شدید نیروی انسانی، احتمال کمبودهای مالی، تجهیزاتی و نقص در ساختار مواجه است. مشارکت کنندگان در مطالعه بر بازگشت به طرح مصوب کشوری و اجرای با کیفیت طرح در مناطق حاشیه شهر تأکید داشتند. آن‌ها معتقد بودند اجرای این طرح در سطح شهر مقرون به صرفه نبوده و موجب به هدر رفتن منابع می‌شود.

از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه، طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت یک طرح کمیت‌مدار و گزارش محور محسوب می‌شود؛ چراکه ثبت در سامانه، ملاک ارزیابی بوده و به میزان پوشش اولویت داده می‌شود و تمرکز بر افزایش تعداد خدمات است. در بخش دلفی نیز از نظر اولویت، گزارش محور بودن طرح امتیاز ۳، کمیت‌مداری امتیاز ۴ و از نظر قابل حل بودن، دو گزینه امتیاز ۳ را کسب کردند. کمیت‌مداری و گزارش محوری موجب می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات جهت دریافت حقوق و کارانه تعیین شده، خود را ملزم به تمرکز و توجه بر کمیت خدمات بدانند؛ چراکه تأکید سیستم بر تعداد افراد تحت پوشش و تعداد خدمات ارائه داده شده است و در نتیجه کیفیت خدمات نادیده گرفته می‌شود. این یافته در سایر مطالعات مورد اشاره قرار نگرفته است.

به علت تعداد زیاد مراکز و مراقبین، تبدیل پایش به بازرسی و تخصص ناکافی پایشگران، مشارکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند نظارت‌ها بر سیستم بهداشتی، کافی و اثربخش نیست. مدیران ستادی با این چالش‌ها موافق نبودند؛ بنابراین در بخش دلفی از نظر اولویت، این چالش امتیاز ۲ و از نظر قابل حل بودن امتیاز ۳ را کسب کرد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، یکی از چالش‌های پیشروی برنامه اصلاح نظام بهداشتی در پنجاب نیز عدم وجود سیستم نظارت و ارزیابی قوی در بخش برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بود (۱۳).

وثوقی و همکاران گزارش کردند عدم کنترل مؤثر بر عرضه خدمات بهداشتی در بخش‌های مختلف، یکی از چالش‌های عملکردی سیستم بهداشتی در ایران است (۱۴). در این راستا، شرکت کنندگان در مطالعه قنبری بیان کردند از مهم‌ترین مشکلات طرح تحول نظام سلامت، عدم وجود پایش و نظارت مؤثر بوده و برای داشتن برنامه بهداشتی پایدار و پویا که بتواند به تحقق اهداف کمک کند باید نظارت‌های کامل و همه‌جانبه‌ای صورت گیرد (۱۲). برخلاف نتایج مطالعه حاضر، علیدادی نظارت کامل و بدون اغماض بر عملکرد پزشکان، پایش روزانه اجرای طرح تحول نظام سلامت و برنامه جامع پایش دوره‌ای مراکز ارائه خدمات را به عنوان نقاط قوت طرح تحول نظام سلامت برشمرد (۱۱). در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان بر اصلاح روند پایش، پایش باهدف اصلاح و نه مچ‌گیری، پایش براساس کیفیت، نه کمیت و پایش توسط افراد آگاه، باتجربه و بی‌غرض تأکید داشتند. عدم اجرای کامل و صحیح برنامه، زمان‌بندی نامناسب در اجرای فازهای مختلف و ارتباط ناکافی کارشناسان ستادی با محیط به عنوان مهم‌ترین کاستی‌ها در روند اجرای برنامه تحول ذکر گردید. مدیران ستادی با ارتباط ناکافی کارشناسان ستادی با محیط موافق نبودند؛ بنابراین در بخش دلفی از نظر اولویت این چالش، امتیاز ۲ و از نظر قابل حل بودن امتیاز ۲ را کسب کردند. در مطالعه قنبری نیز مشارکت کنندگان در مطالعه بر لزوم برنامه‌ریزی در سطح کلان و منطقه‌ای برای دستیابی به بهترین نتایج اجرایی تأکید داشتند (۱۲). نعمت‌بخش در مطالعه خود به این نتیجه رسید که طرح تحول نظام سلامت بالقوه می‌تواند اثرات مثبتی داشته باشد، اما شرط اصلی آن به حداقل رساندن عواملی است که به عنوان نقاط ضعف و یا تهدید، اجرای این طرح را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۵).

مشارکت کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که به دلیل خرید خدمت از بخش خصوصی، عدم گزینش صحیح مراقبین، ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات و حجم زیاد کار، کیفیت ارائه خدمات کاهش یافته است. در بخش دلفی نیز از نظر اولویت، این چالش‌ها امتیاز ۳ و از نظر قابل حل بودن امتیاز ۳ را کسب کردند. نتایج سایر مطالعات نشان داده‌اند وزارت بهداشت در عین حال که در واگذاری و تفویض اختیارات و مسئولیت‌ها به بخش

نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، طراحی راه‌کارهای مؤثر جهت مدیریت منابع، ایجاد سیستم گردآوری انتقادات، پیشنهادها و به‌کارگیری آن‌ها، قضاوت براساس کیفیت خدمات، اصلاح سیستم نظارتی موجود، رفع نقایص اجرایی و توجه به ارتقای کیفیت خدمات، ضروری به‌نظر می‌رسد. امید می‌رود مطالعه حاضر بازخوردهای مفیدی را برای سیاست‌گذاران و مدیران عرصه سلامت در راستای اصلاح و ارتقای سیستم بهداشتی فراهم آورد. مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله قدردانی و سپاس خود را از مدیران، مراقبین و مراجعین شرکت‌کننده در این مطالعه، همچنین معاونت محترم پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم ابراز می‌دارند. لازم به یادآوری است این مقاله برگرفته از طرح مصوب پژوهشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم به شماره (No. p/34/11924, ir.muq.REC.1395.104, 28 September 2016) می‌باشد.

کد ارکید نویسندگان:

Orcide Code: Narges Eskandari; 0000-0001-9592-4625.
Orcide Code: Marziyeh Raisi; 0000-0002-5486-6382.
Orcide Code: Mohammad abbasi; 0000-0003-2766-5443.

غیردولتی، گام‌های متعددی برداشته؛ لیکن به دلیل نبود نظارت کافی بخش خصوصی با اتخاذ رویکرد بیمارمحوری موجبات بروز مشکلات متعددی را فراهم ساخته است. از طرفی، به جهت پراکندگی اقدامات و عدم یک‌پارچگی در نوع و نحوه واگذاری‌ها به بخش خصوصی، وزارت بهداشت نتوانسته اهداف و شاخص‌های کمی مناسبی در جهت ارزیابی نظارت بر واحدهای تابعه تدوین و ارائه کند. بر این اساس، ازجمله موارد پیشنهادی جهت ارتقای کارایی می‌توان به کیفیت و اثربخشی طرح تحول سلامت، ارتقای کنترل و نظارت بر خدمات بخش خصوصی اشاره کرد (۱۶). همسو با یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه کاهش کیفیت ارائه خدمات، نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه باستانی و همکاران نیز حاکی از نارضایتی پزشکان از تعداد زیاد مراجعین، افزایش حجم کاری، کمیت و کیفیت تسهیلات و تجهیزات پزشکی محل کار خود بوده است. بیشترین نارضایتی پرستاران و کارکنان درمان نیز افزایش تعداد مراجعین و کمبود نیروی انسانی گزارش شد (۱۷). در راستای افزایش کیفیت ارائه خدمات، راه‌کارهای ارائه‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر شامل: افزایش تعداد ارائه‌دهندگان خدمات، اصلاح روند گزینش و ارتقا آموزش، توزیع خدمات با توجه به نیاز مردم و ارائه مراقبت‌ها به شکل تخصصی بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم امکان دسترسی به برخی از خبرگان و افراد کلیدی اشاره کرد. جهت کنترل این محدودیت محقق پس از حضور در محیط پژوهش، در مورد اهداف و اهمیت مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داد تا بتواند مشارکت بیشتر آن‌ها را جلب کند.

References:

- Shariati A, Jamshidbeigi Y, Baraz pardnjati S, Haghighizadeh M H, Abbasi M. Assessment of nurses, patient satisfaction, patient attendants in educational hospitals in Ahvaz city health development plan in 2015. J Clin Nurs Midwifery 2017;6(1):9-18. [Full Text in Persian] Link
- Heidarian N, Vahdat SH. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. J Med Counc Islamic Republic Iran 2015;33(3):187-94. [Full Text in Persian] Link

3. Dehghan A, Mirjalili M, Zare Mehrjardi M, Raghebian M, Samiyezargar A, Kazemeini SK. Performance of health care system reform plan from the perspective of university hospitals Executives in Yazd province in 2015. *Manag Strat Health Sys* 2017;14(11):896-905. [Full Text in Persian] Link
4. Census of health development plan in Qom metropolitan area. Iran: Qom University of Medical Sciences; 2016. [Text in Persian]
5. Nakhaei Z, Abdolreza Gharehbagh Z, Ja lalmanesh S. A survey on nurses' satisfaction concerning the health system reform plan in hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences in 2016. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017;16(1):61-72. [Full Text in Persian] Link
6. Mahmodi N GG, Baboli R, Alidadi A. Challanges and threats of health and preventhion in health reform plan. National Congress In Criticism 11`Th Iranian Government In Health Domain. Tehran; 2015. [Text in Persian]
7. Kalhor M SF .Challanges and results of health reform plan in kosar hospital: Qazvin. National Congress In Criticism 11`Th Iranian Government In Health Domain. Tehran. 2015.[Text in Persian]
8. Golmakani A, Mortazavi H MHH, Eftekhari N, Jahani R. Health reform plan stakeholder comments: A qualitative approach. National Congress In Criticism 11`Th Iranian Government In Health Domain Tehran. 2015. [Text in Persian]
9. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008-15. Pubmed
10. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. Sage; 2007. Link
11. Alidadi A, Ameryoun A, Sepandi M, Shokouh SMH, Abedi R, Zibadel L, et al. The opportunities and challenges of the ministry of health and medical education in the implementation of healthcare reform. *Health Res J* 2016;1(3):173-84. [Full Text in Persian] Link
12. Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, Jafaraghaee F, Barari F. Health system evolution plan; a new approach to health care delivery: Challenge Ahead. *Hakim Health Sys Res* 2017;20(1):1-8. [Full Text in Persian] Link
13. Siddique S. Punjab Health Sector Strategy 2018. In: Department PD, editor. Government of the Punjab: International Growth Centre (IGC); 2015. Link
14. Vosoogh Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years development plan of iran: Main challenges, general policies and strategies. *Iran J Public Health* 2013;42(Supple1):42-9. pubmed
15. Nematbakhsh M. Letter to editor: Research on health system evolution. *Iran J Med Educ* 2015;15:64-66. Link
16. Ferdosi M, Kabiri S, Keyvanara M, Yarmohammadian MH. Challenges of iran health transformation plan about inpatients payment: Viewpoint of experts. *Health Scope* 2017;6(3):E14388. Link
17. Bastani P, Mousa KZ, Ahmadzadeh MS. A comprehensive evaluation of the satisfaction rate related to implementation of health transformation plan in southern Iran in 2015. *J Daneshvar Med* 2017;24(129):75-87. [Full Text in Persian] link