

تبیین ابعاد ارزشیابی عملکرد پزشکان در دانشگاه علوم پزشکی تهران (مطالعه‌ی پدیدارشناسی)

سعید ناطقی^۱، علی گنجعلی خان حاکمی^۲، سهیلا دمیری^۳، سمیرا رئوفی^۴، الهام حق شناس^۵، سارا اخوان رضایت^۶

شمسی اختیار^۵، سارا صالحی^۵، مریم رادین منش^{۶*}

چکیده

زمینه و هدف: پایش و ارزشیابی اثربخش نیروی انسانی در کشورها مستلزم یک مجموعه‌ی مورد توافق از نشانگرها و ابزار اندازه‌گیری آن‌هاست و باتوجه به وجود ساز و کارهای مختلف پرداخت، این مطالعه با هدف شناسایی شاخص‌های ارزشیابی عملکرد در بیمارستان‌های زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. روش بررسی: این مطالعه به صورت کیفی پدیدارشناختی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته، نمونه‌گیری هدفمند و مشارکت ۲۳ نفر از تیم ریاست، مدیریت و درآمد بیمارستان‌های زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوا و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-10 تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: در این پژوهش ۲۳ نفر از متخصصان شرکت کردند که ۷۸/۲ درصد مرد و ۲۱/۷ درصد زن بودند و در مجموع ۵۲۶ کدنهایی شناسایی شده و طبق ابزار مدیریتی کارت امتیازی متوازن در ۴ مضمون اصلی مالی، مشتریان، فرایندهای داخلی و رشد و توسعه و ۸ مضمون فرعی بهره‌وری منابع با ۸۶ درصد، گردشگری پزشکی با ۵۲ درصد، اخلاق حرفه‌ای با ۶۵ درصد، رضایت‌مندی با ۷۸ درصد، اعتباربخشی با ۴۸ درصد، تشخیص و درمان با ۷۸ درصد، آموزش با ۵۶ درصد و پژوهش با ۷۸ درصد دسته‌بندی شدند. نتیجه‌گیری: ارزیابی خدمات درمانی مطلوب مستلزم آگاهی مدیران از عملکرد پرسنل زیرمجموعه می‌باشد که انتخاب معیارهای مناسب این امر را امکان‌پذیر می‌سازد، فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای تدوین سامانه‌های ارزشیابی عملکرد و انجام ارزشیابی صحیح، اطلاع‌رسانی به پزشکان در خصوص شاخص‌های در نظر گرفته شده جهت ارزشیابی دقیق‌تر از جمله پیشنهادهایی است که می‌توانند در راستای مشکلات موجود راه‌گشا باشند. از دیگر نکات حایز اهمیت با توجه به محدودیت منابع موجود، نقش پزشکان در حوزه‌ی گردشگری سلامت است که توجه به آن منجر به افزایش منابع مالی خواهد شد. واژه‌های کلیدی: ارزیابی عملکرد، پزشکان، بیمارستان، مطالعه پدیدارشناسی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱/۲۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۸/۱۰

* نویسنده مسئول:

مریم رادین منش؛
دانشکده پزشکی دانشگاه جندی شاپور علوم
پزشکی اهواز

Email:

radinmanesh-m@ajums.ac.ir

۱ استادیار گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ پزشک عمومی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۶ استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه جندی شاپور علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

نظام‌های سلامت شامل همه‌ی سازمان‌ها، نهادها، منابع و افرادی هستند که هدف اولیه‌ی آن‌ها بهبود سلامت است (۱). توانایی یک کشور برای تامین اهداف سلامت به مهارت‌ها و استقرار بهینه‌ی نیروی انسانی برای سازماندهی و ارایه‌ی خدمات سلامت وابسته است. در بسیاری از سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان، توجه فزاینده‌ای بر مدیریت منابع انسانی معطوف شده است (۲). مدیریت منابع انسانی در موسسات مراقبت سلامت برای ارایه خدمات درمانی کارآمد و موثر و جلب رضایت بیماران ضروری است (۳). یکی از وظایف مدیران منابع انسانی، طراحی، ترسیم و اجرای سیستم حقوق و دستمزد و مزایا برای کارکنان است (۲). مشوق‌ها، ایجاد انگیزه برای کار و پیگیری سیستم پاداش مبتنی بر شایستگی، عملکرد افراد شاغل در بیمارستان‌ها را بهبود می‌بخشد و می‌تواند تفاوت قابل ملاحظه‌ای میان سازمان‌های سلامت با عملکرد خوب و سازمان‌های دارای عملکرد ضعیف و کمتر از متوسط ایجاد کند (۳).

پزشکان، ستون فقرات هر سیستم پزشکی هستند که عملکرد و رفتار آن‌ها تاثیر عمده‌ای بر عملکرد و نتایج سیستم‌های پزشکی دارد. رفتار پزشک متأثر از مجموعه‌ای از مشوق‌هاست که به سه گروه تقسیم می‌شود: (۱) مشوق‌های اخلاقی شامل: حرفه‌ای بودن، همدلی، احساس نوع دوستی (۲) مشوق‌های اجتماعی: مانند شهرت، قوانین، محدودیت‌های اداری و محیط کار، (۳) مشوق‌های مالی: یعنی پرداخت‌ها، حقوق و پاداش‌ها. رفتار پزشک متأثر از ترکیبی از هر سه نوع انگیزه است (۴). مشوق‌های مالی از پول به عنوان یک عامل انگیزشی استفاده می‌کنند. برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) Pay for performance متداول‌ترین مثال برای این مشوق است که در آن پرداخت‌کنندگان در پی بهبود عملکرد و پیامدها از طریق فراهم‌سازی مشوق‌های مالی هستند (۵).

سازوکارهای مختلفی برای پرداخت به پزشکان وجود دارد که برخی خوب و برخی بد هستند. سه مورد از نامناسب‌ترین آن‌ها کارانه، سرانه و حقوق است. پرداخت مبتنی بر عملکرد که در حال حاضر در برخی کشورها توسط خریداران خدمت انجام می‌شود، یک رویکرد ترکیبی است که در آن نسبتی از پرداخت به عملکرد پزشکان در زمینه‌ی اقدامات مراقبت پزشکی هدف‌گذاری شده پیوند می‌خورد (۶). نمونه‌های متعددی از این قبیل طرح‌ها در کشورهای مختلف مشاهده می‌گردد؛ به عنوان مثال بریتانیا یک طرح بزرگ P4P را برای بازپرداخت به پزشکان مراقبت‌های اولیه با شاخص‌های کلینیکی و سازمانی طراحی کرده

است (۷). در ایالات متحده آمریکا، صلیب آبی کالیفرنیا برنامه‌ای را اعلام کرده است که براساس آن به هریک از پزشکان طرف قرارداد خود بر اساس عملکرد آن‌ها در ۱۶ معیار تا ۵۰۰۰ دلار پرداخت می‌کند. یک برنامه مشابه (پل‌هایی برای تعالی) توسط ائتلافی از کارفرمایان بزرگ راه‌اندازی شده است و براساس آن the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) مرکز خدمات مدیر و مدیکید پایلوت برنامه‌ای را آغاز کرده است که در آن ۱۰ گروه بزرگ پزشکی باید اهداف صرفه‌جویی در هزینه را برآورده کنند تا پرداخت‌های پاداش مربوط به سنج‌های کیفیت را دریافت کنند. مطالعات موجود تا سال ۲۰۰۴ حدود ۱۰۰ برنامه‌ی P4P در مراحل مختلف توسعه را در ایالات متحده آمریکا شناسایی کرده‌اند (۸). طراحی و توسعه‌ی این قبیل طرح‌ها صرفاً مربوط به کشورهای توسعه‌یافته نیست و ابتکارات متعددی نیز در این راستا در کشورهای با درآمد کم و متوسط در حال اجراست. Kovacs و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ انجام داده‌اند ۴۱ طرح مختلف P4P را در نظام مراقبت‌های سلامت ۲۹ کشور دارای درآمد کم و متوسط شناسایی کرده‌اند که به میزان قابل توجهی متفاوت از یکدیگر هستند (۹). سنج‌های P4P عمدتاً به این دلیل انتخاب می‌شوند که کم‌هزینه هستند، اما این روش ممکن است سبب شود تا کل رویکرد به بهبود قابل توجهی در سلامت جمعیت منجر نشود و یا اینکه باز تخصیص منابع به نحوی باشد که از حرکت به سمت فعالیت‌هایی که باعث ایجاد بهبودهای ارزشمندتری در کارایی می‌شوند، دور سازد (۸). در واقع پایش و ارزشیابی اثربخش نیروی انسانی با هدف توسعه‌ی پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورها مستلزم یک مجموعه مورد توافق از نشانگرها و ابزار اندازه‌گیری آن‌ها است که با تصمیم‌گیری مقامات دولتی و ذینفعان به صورت آگاهانه صورت گیرد (۲).

در ایران در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان‌ها (کارانه) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان‌ها و افزایش اختیارات بیمارستان‌ها برای اداره‌ی هر چه مطلوب‌تر امور اجرایی توسط وزارت بهداشت وقت تدوین گردید و سپس اجرایی شد. بر این اساس به بیمارستان‌های دولتی اجازه داده شد تا از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمذزایی کنند. مطابق این طرح، درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان با عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می‌یافت و پس از کسر سایر هزینه‌ها مقادیر باقی‌مانده از درآمد اختصاصی برای خودگردانی در اختیار بیمارستان‌ها قرار می‌گرفت. این طرح به مدت ۲۰ سال در بیمارستان‌ها اجرا شد.

زیادی به پارادایم علمی مورد بررسی بستگی دارد. اشباع نظری می تواند مبنای مناسبی برای تعیین حجم نمونه در تحقیقات کیفی باشد. تحقیقات عملی نشان می دهد که در یک جمعیت نسبتاً همگن نمونه های ۱۲ تایی می تواند تامین کننده ی حدود اشباع در دیدگاه مشارکت کنندگان باشد (۱۰ و ۱۱). در این مطالعه، تعیین حجم نمونه با استفاده از رویکرد تامین حدود اشباع، مشخص شده است.

گردآوری داده ها با استفاده از راهنمای مصاحبه که براساس اهداف پژوهش و مطالعات پیشین تهیه شده است و بعد از انجام ۲ مصاحبه ی عمیق به صورت پایلوت، با نظر تیم پژوهش، سوالات راهنمای مصاحبه تنظیم و نهایی گردید. مصاحبه ها به صورت نیمه ساختاریافته و عمیق در فضای مورد توافق با مصاحبه شونده به شکل حضوری و مجازی صورت گرفت. تمرکز سوالات بر هدف اصلی مطالعه «شناسایی شاخص های ارزیابی عملکرد» بود (جدول ۱). جهت روایی راهنمای مصاحبه ابتدا ۳ مصاحبه انجام و تحلیل اولیه آن ها صورت گرفت، سپس نحوه ی ترتیب سوالات و نوع آن ها توسط استادان تایید شد و راهنمای مصاحبه نهایی گردید. دامنه ی زمان مصاحبه ها ۶۰ تا ۹۰ دقیقه و میانگین زمانی مصاحبه ها ۷۵ دقیقه بود؛ تمامی مصاحبه ها بعد از کسب رضایت از افراد ضبط و پیاده سازی شدند و هم زمان در طول مصاحبه یادداشت برداری نیز انجام می شد.

جدول ۱: راهنمای مصاحبه

۱. فرایند پرداخت مزایا در بیمارستان شما به چه شیوه ای است؟
۲. از چه معیارهایی برای پرداخت عملکرد استفاده می کنید؟
۳. به نظر شما آیا معیار شما برای پرداخت عملکرد در سطح بیمارستان/ دانشگاه صحیح می باشد؟
۴. آیا شما معیارهایی برای پرداخت صحیح می شناسید؟ شاخص های پیشنهادی شما در بعدها ی مختلف کاری چیست؟
۵. نقطه نظر دیگری در خصوص ارزیابی عملکرد دارید؟

در نهایت، باتوجه به بررسی مضامین و مضمون های فرعی و تفاسیر پژوهشگران از مصاحبه ها، چارچوبی از روابط به عنوان چارچوبی که معرف شاخص های ارزیابی عملکرد در بیمارستان است، ساخته شد. جهت افزایش ثبات داده ها و جلوگیری از پیش داوری، محققان در طول مصاحبه و تجزیه و تحلیل، هرگونه فرض احتمالی در مورد موضوع را کنار گذاشتند (۱۲). برای صحت محتوای مصاحبه و شفافیت هرگونه ابهام، بلافاصله به هر مصاحبه گوش داده شد و در کوتاه ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، کلمه به کلمه رونویسی و سپس برای تایید به مصاحبه شونده ارسال شد.

یافته ها

در مهرماه ۱۳۹۳ دستورالعمل جدید طرح کارانه با عنوان طرح مبتنی بر عملکرد با اعمال اصلاحات زیاد در طرح قبلی معرفی گردید و تا اواخر خردادماه ۱۳۹۴ در مراکز آموزشی-درمانی شهر اصفهان به صورت پایلوت اجرا شد و از اواخر تیرماه ۱۳۹۴ به صورت قطعی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور به اجرا درآمد. منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل باشد با درآمدهای بخش محل فعالیت آن در قالب یک تفاهم نامه بوده است (۹). از این رو این مطالعه با هدف تبیین ابعاد ارزیابی عملکرد پزشکان در راستای طراحی سیستم یکپارچه ی ارزیابی عملکرد پزشکان به صورت کیفی انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه ی حاضر به روش کیفی و از نوع پدیدارشناسی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. مشارکت کنندگان در این مطالعه، شامل ۲۳ نفر از افراد بیمارستانی در حوزه ی مدیریتی، ریاست و درآمد بیمارستان که به نوع نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند و جامعه ی پژوهش، بیمارستان های دولتی زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. در مطالعات کیفی تعیین حجم نمونه زمینه ای است و تا حد

• تحلیل داده ها

ابتدا مصاحبه ها پیاده سازی شدند و تحلیل محتوای اولیه با بررسی رونوشت ها و یادداشت ها از طریق نرم افزار maxqda-10 انجام شد. به این ترتیب که پس از تهیه رونوشتی از مصاحبه های ضبط شده، محقق با در نظر داشتن هدف اصلی پژوهش و پس از چندین بار مرور، واحدهای معنایی یا کدها را تعیین کرد و با خلاصه سازی و شناسایی کدهای تکرار شده، به زیرطبقات و طبقات اصلی کدگذاری شده رسید. پس از آن، طبقات خلاصه و نام گذاری شده و تصویر کلی داده ها که نشان دهنده ی درون مایه و عناصر وابسته به آن هاست، شکل گرفت. در مرحله ی پایانی یعنی مرحله ی نگاشت و تفسیر، یافته ها توصیف شده یعنی گونه شناسی لازم صورت گرفته و مفاهیم و وابستگی آن ها توضیح داده شدند.

جدول ۲: مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیرها	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۸
	زن	۲۱/۷
سن	۳۰-۴۰	۱۷/۳
	۴۱-۵۰	۴۳/۴
	<۵۰	۳۹/۱
وضعیت ازدواج	مجرد	۱۳/۰۱
	متاهل	۸۶/۹
تحصیلات	کارشناسی	۲۱/۷
	کارشناسی ارشد	۱۷/۳
	دکتری	۶۰/۸
سابقه کاری	۱-۱۰	۲۶
	۱۱-۲۰	۵۲/۱
	۲۱-۳۰	۱۲/۷
حوزه کاری	ریاست	۲۶
	مدیریت	۳۴/۷
	درآمد	۱۲/۷
	مسئول مدارک پزشکی	۱۷/۳

۲۳ نفر در پژوهش با مشخصات درج شده در جدول ۲ شرکت کردند و در مجموع ۵۲۶ کد نهایی شناسایی و در ۴ مضمون اصلی مطابق با کارت امتیازی متوازن مالی - مشتریان - فرایندهای داخلی و رشد و یادگیری دسته‌بندی شدند و مضامین فرعی شامل: بهره‌وری منابع، گردشگری پزشکی - اخلاق حرفه‌ای، رضایت‌مندی - اعتباربخشی، تشخیص و درمان - آموزش و پژوهش می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳: دسته‌بندی مولفه‌های اصلی و زیرمولفه‌ها

مؤلفه اصلی	زیرمولفه	نقل قول	فراوانی
مالی	بهره‌وری منابع	«فعالیت‌های زیادی هستند که نشون میده کار پزشک در راستای افزایش منابع مالی هست یا نه، با در نظر گرفتن اونا برای ارزیابی می‌تونیم انگیزه‌ی پزشکان رو در راستای افزایش این شاخص‌ها بهبود بدیم»	۲۰
	گردشگری پزشکی	«واحد بیماران بین‌الملل خیلی غیرفعال، بیماری هم میاد فرایند پذیرش تا ترخیص اون به درستی صورت نمی‌گیره مثلاً یکی از موارد ارزیابی همین همکاری پزشکان یا فعالیت اونا در زمینه‌ی توریسم باشه خوب میشه»	۱۲
مشتریان	اخلاق حرفه‌ای	«خب مثلاً باید تفاوتی بین پزشکی که موقع آنکالی دردسترس هستند با اونایی که نیستند باشه، یا مثلاً پزشکی که با سایر همکاراشون به صورت تیمی کار می‌کنند و نظرخواهی می‌کنند از اونا، تو مشاوره‌ها فعالیت می‌کنند»	۱۵
	رضایت‌مندی	«کارنامه ارزیابی عملکردی که دانشجویها تکمیل می‌کنند، گزینه خوبی هست ولی برای موارد دقیق‌ترش طبق اعتباربخشی نظرسنجی‌هایی که میشه اونام بهتر هستند و ی ارزیابی کلی‌تر هست برای پزشک که از چند جهت پزشک رو ارزیابی می‌کنه مثل رضایت‌مندی بیمار و همراهاشون، تعداد شکایاتی که از ی پزشک می‌شه و ...»	۱۸
فرایندهای داخلی	اعتباربخشی	«پزشکانی که خودشون استانداردها رو می‌دونن این موارد رو به دانشجویها یاد میدن و باعث میشه کلاً استانداردهای اعتباربخشی تو بیمارستان پیاده شه این ی گزینه خیلی خوبیه که بخوایم تو ارزیابی هم ازش استفاده کنیم»	۱۱
	تشخیص و درمان	«ی سری از پزشکان هستند واقعا مدیریتی عمل می‌کنند تو کیس‌های پیچیده، خیلی خوب کنترل می‌کنند فرایند درمان رو، تعداد خطاهای پزشکی‌شون کمه، دقت بالایی دارن اینا به نظرم خیلی مهمه تو درمان مریضا و رضایت‌مندی اونا که سریع‌تر هم جواب می‌گیرند.»	۱۸
رشد و یادگیری	آموزش	«خیلی از پزشکامون هستند که فعالیت آموزشی‌شون زیاده، تعداد زیادی وینار میذارن و بازخوردهای خوبی هم گرفته شده از اونا ولی خب بعضی‌ها هم هستن خیلی فعالیت خاصی ندارند و ی سری کارا در چارچوب وظایفشون انجام میدن و تمام»	۱۳
	پژوهش	«خب باید دقت کنیم مثلاً تعداد مقاله مهمه ولی این‌که این مقالات کجا چاپ و نمایه شدند مهم‌تر هست، ما اساتیدی داریم واقعا کارای آموزشی پژوهشی فوق‌العاده انجام میدن و خیلی فعال هستند»	۱۸

امور بالینی، بیماران و همراهان در پاسخ‌گویی به سوالات مربوط به بیماری و پیشرفت درمان و برخورد محترمانه با آن‌ها تعداد شکایات از پزشک و همچنین میزان رضایت مدیرگروه و ریاست از پزشک است.

«کارنامه‌ی ارزیابی عملکردی که دانشجویها تکمیل می‌کنند، گزینه خوبی هست ولی برای موارد دقیق‌ترش طبق اعتباربخشی نظرسنجی‌هایی که میشه اونام بهتر هستند وی ارزیابی کلی‌تر هس برای پزشک که از چند جهت پزشک رو ارزیابی می‌کنه مثل رضایت مندی بیمار و همراهشون، تعداد شکایاتی که از ی پزشک میشه و...»

۳- فرایندهای داخلی: آن دسته از شاخص‌هایی است که مربوط به فرایندهای اصلی بیمارستان و فعالیت‌های مربوط به تشخیص و درمان است:

• اعتباربخشی

رعایت استانداردها و پروتکل‌های تعیین شده در استانداردهای اعتباربخشی و آن‌دسته از دستورالعمل‌های ابلاغی از جانب معاونت و یا سایر سازمان‌های بالادستی از جمله موارد مطرح شده در این زمینه هستند و شامل حضور در کمیته‌های مرتبط، رعایت استانداردهای پوشش پرسنلی، حفظ حریم خصوصی بیمار، رعایت استانداردهای مربوط به کنترل عفونت و گزارش دهی خطاها و نحوه‌ی برخورد با خطاهاست.

«پزشکانی که خودشون استانداردها رو میدونن این موارد رو به دانشجویهام یاد میدن و باعث میشه کلا استانداردهای اعتباربخشی تو بیمارستان پیاده شه. این ی گزینه خیلی خوبیه که بخوایم تو ارزیابی هم ازش استفاده کنیم»

«اعتباربخشی، مستقیم با درجه‌ی بیمارستان سروکار داره و رعایت اونها برای مسئولان بیمارستان الزامیه بنابراین ابزار خوبیه که تا حدی قدرتمند هم هست و میشه تو ارزیابی پزشکا ازش استفاده کرد»

• تشخیص و درمان

حضور به موقع و موثر بر بالین بیمار، مهارت ارتباطی با بیماران و همراهان آن‌ها برای تشخیص و درمان، توانایی رهبری در بیماران پیچیده، نوع و تعداد بیماران تحت درمان، همکاری با سایر گروه پزشکی برای تشخیص سریع‌تر، تعداد قصورهای پزشکی و قضاوت بالینی صحیح از موارد مهم و پرتکرار مطرح شده در زمینه تشخیص و درمان هستند.

«ی سری از پزشکان هستند واقعا مدیتریتی عمل می‌کنند. تو کیسه‌ای پیچیده، خیلی خوب کنترل می‌کنند فرایند درمان رو، تعداد خطاهای پزشکی شون کمه،

۱- مالی: این مضمون تمام مواردی است که موجب رشد منابع مالی در سازمان می‌شود و شامل:

• بهره‌وری منابع

از پرتکرارترین کدها در این زمینه می‌توان به تعداد بیماران بستری و سرپایی، تعداد مشاوره‌های انجام شده، تعداد بالای جراحی‌ها و تعداد کم کنسلی جراحی‌ها، ساعت‌های کاری فعال در بیمارستان و ترغیب دانشجویان رزیدنتی به حضور فعال در درمانگاه‌های بیمارستان اشاره کرد.

«فعالیت‌های زیادی هستند که نشون میده کار پزشک در راستای افزایش منابع مالی هست یا نه، با در نظر گرفتن اونا برای ارزیابی می‌تونیم انگیزه‌ی پزشکان رو در راستای افزایش این شاخص‌ها بهبود بدیم»

«مسایل مالی تو ارزیابی عملکرد پزشکان خیلی مهم و تعیین‌کننده است، بنابراین باید تو این زمینه و تعیین شاخص‌های مربوط دقت نظر خاصی بشه و از طرفی پزشک می‌تونه نقش پر رنگی در درآمد زایی بیمارستان داشته باشه»

• گردشگری پزشکی

همکاری در زمینه‌ی گردشگری پزشکی و جذب بیماران بین‌الملل و فعالیت در راستای افزایش تعداد بیماران از جمله موارد مطرح شده در این زمینه می‌باشند. «واحد بیماران بین‌الملل خیلی غیرفعال، بیماری هم میاد فرایند پذیرش تا ترخیص اون به درستی صورت نمی‌گیره مثلاً یکی از موارد ارزیابی همین همکاری پزشکان یا فعالیت اونا در زمینه‌ی توریسم باشه خوب میشه»

۲- مشتریان: آن دسته از شاخص‌هایی است که در خصوص مشتریان داخلی و خارجی بیمارستان می‌باشد و شامل:

• اخلاق حرفه‌ای

مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف محوله، همکاری در راهنمایی و مشاوره‌های پزشکی با سایر همکاران، پاسخ‌دهی در زمان آنکالی و وفاداری به سازمان و مدیریت تعارض منافع از جمله شاخص‌های مطرح شده در زمینه‌ی اخلاق حرفه‌ای هستند.

«خب مثلاً باید تفاوتی بین پزشکانی که موقع آنکالی در دسترس هستند با اونایی که نیستند باشه، یا مثلاً پزشکانی که با سایر همکاراشون به صورت تیمی کار می‌کنند و نظرخواهی می‌کنند از اونا، تو مشاوره‌ها فعالیت می‌کنند.»

• رضایت مندی

شامل رضایت مندی دانشجویان در موارد مربوط به تدریس و همکاری در

دقت بالایی دارند. اینها به نظرم خیلی مهمه تو درمان مریضا و رضایت مندی اونا که سریع تر هم جواب می گیرند.»

۴- رشد و یادگیری: آن دسته از شاخص هایی که موجب توسعه فردی پزشک و سایر افراد می شود و شامل:

• آموزش

به روزرسانی دانش پزشکی، تعداد دوره های آموزشی برگزار شده برای گروه و دانشجویان، راهنماهای بالینی تدوین شده، همکاری در اجرای پروتکل ها و استانداردها، تعداد دانشجویان و آموزش موثر آن ها، داشتن برنامه آموزشی مشخص در چارچوب برنامه های گروه و شرکت در برنامه ریزی های آموزشی گروه، تسلط به زبان انگلیسی و تعداد اعمال جراحی مهم برای آموزش موثر فراگیران از موارد مهم مطرح شده در این زمینه هستند.

«خیلی از پزشکامون هستند که فعالیت آموزشی شون زیاده، تعداد زیادی وینار می ذارن و بازخوردهای خوبی هم گرفته شده از اونا ولی خب بعضی هام هستن خیلی فعالیت خاصی ندارند و ی سری کارا در چارچوب وظایف شون انجام میدن و تمام»

• پژوهش

تعداد مقالات پژوهشی چاپ شده در مجلات معتبر، شرکت در کنفرانس ها و همکاری در راستای برگزاری آن ها، همکاری در طرح های تحقیقاتی گروه، تعداد کتاب های چاپ شده، همکاری با سایر دانشگاه های داخلی و خارجی و راهنمایی پایان نامه های دانشجویان از موارد مطرح شده در این زمینه هستند.

«خب باید دقت کنیم، مثلاً تعداد مقاله مهمه؛ ولی این که این مقالات کجا چاپ و نمایه شدن مهم تر هست، ما اساتیدی داریم واقعا کارای آموزشی پژوهشی فوق العاده انجام میدن و خیلی فعال هستند»

بحث

ارایه خدمات درمانی مطلوب مستلزم آگاهی مدیران از عملکرد پرسنل زیرمجموعه می باشد که با انتخاب معیارهای مناسب این امر امکان پذیر است و ارزیابی عملکرد در مراکز بیمارستانی، اطلاعات لازم را برای مدیران به منظور پایش وضعیت فعالیت های جاری فراهم می کند (۱۳). از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین شاخص های ارزیابی عملکرد پزشکان در بیمارستان های زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و نتایج پژوهش در ۴ شاخص

اصلی مالی، مشتریان، فرایندهای داخلی و رشد و یادگیری دسته بندی شدند. یکی از یافته های مطالعه به نقش پزشکان در بهره وری منابع موجود و فعالیت های آن ها در راستای گردشگری سلامت اشاره دارد و در مجموع دربرگیرنده فعالیت هایی است که باعث افزایش منابع مالی برای سازمان می گردد. مطالعات مختلفی به نقش منابع انسانی از جمله کادر درمانی که مسلط به استانداردهای بین المللی و زبان های غالب بیماران هستند، تاکید کرده اند و همچنین رثوفی، میرزایی و همکاران در مطالعه خود نبود منابع انسانی کارآمد در بیمارستان ها را به عنوان یکی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی ذکر کردند (۱۶-۱۴).

از مهم ترین یافته ها در حیطه مشتری، موضوع اخلاق حرفه ای است که در سازمان ها از اهمیت بسزایی برخوردار است و در این مطالعه نیز مورد توجه مدیران بود. مطالعه کشمیری و همکاران در راستای مطالعه فوق نشان داد که حساسیت فعالیت های آموزشی و پیچیدگی ماموریت های دانشگاه ها، لزوم پاسخ گویی به انتظارات، پایش نظام مدیریتی در سیستم های آموزشی، ارزشیابی عملکرد مدیران و ارایه بازخورد به آن ها را بیش از پیش ضروری کرده است. بنابراین ارزشیابی در دانشگاه ها یک اقدام راهبردی محسوب می شود و مدیران نظام آموزشی در فرایند رهبری آموزشی نیازمند شناخت نقاط ضعف و قوت خود و برنامه ریزی مبتنی بر نتایج ارزشیابی هستند که این عمل باید از جنبه های مختلف همچون اخلاقی، عدالت، وظیفه شناسی و ... بررسی گردد (۱۷).

رضایت از پزشک از دیگر یافته های مربوط به این حیطه است که از دیدگاه افراد مختلف چون بیمار یا همراه وی و دانشجویان و افراد بالادستی مورد ارزیابی قرار می گیرد، تامین نیازها و برآوردن توقعات بیماران، یکی از مهم ترین وظایف موسسات خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می رود. در بازار رقابت، موسساتی موفق تر خواهند بود که رضایت گیرندگان خدمات را سرلوحه برنامه های خویش قرار دهند. رضایت بیماران از جنبه های دیگر نیز دارای اهمیت ویژه ای می باشد. تحقیقات نشان داده اند که بیماران ناراضی کمتر از سایر بیماران، دستورات پزشک و استفاده صحیح از داروها را رعایت می کنند و روند بهبود این بیماران کندتر از دیگران می باشد (۱۸). بنابراین جلب رضایت هر چه بیشتر بیماران، آنان را به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل های درمانی خویش ترغیب نموده و موجب تسریع پیشرفت معالجات و دستیابی به هدف اصلی درمان یعنی بهبود بیماران می گردد. از طرف دیگر بیماران منابع اطلاعاتی با ارزشی جهت

دانشجویان جهت انجام کارهای پژوهشی و پایان نامه به استادان خاصی مراجعه می کنند، توصیه می شود تا با اقدامات و برنامه ریزی لازم تناسب در این زمینه ایجاد کنند (۲۸ و ۲۷).

از جمله محدودیت های مطالعه ی حاضر می توان به عدم اولویت بندی شاخص های مذکور به منظور بهره برداری صحیح از آن ها در طراحی نظام ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر عملکرد اشاره کرد.

نتیجه گیری

ارایه خدمات درمانی مطلوب مستلزم آگاهی مدیران از عملکرد کارکنان زیر مجموعه می باشد که انتخاب معیارهای مناسب این امر را امکان پذیر می سازد؛ فراهم سازی زمینه های لازم برای تدوین سامانه های ارزیابی عملکرد و انجام ارزشیابی صحیح، اطلاع رسانی به پزشکان در خصوص شاخص های در نظر گرفته شده جهت ارزشیابی دقیق تر از جمله پیشنهادهایی است که می توانند در راستای مشکلات موجود راه گشا باشند. از دیگر نکات حایز اهمیت با توجه به محدودیت منابع موجود، نقش پزشکان در حوزه ی گردشگری سلامت است که توجه به آن منجر به افزایش منابع مالی خواهد شد.

پیشنهاد می شود، مطالعات تکمیلی در راستای مطالعه فوق جهت اولویت بندی شاخص های مذکور انجام گرفته تا بهره برداری صحیحی از آن ها در طراحی نظام ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر عملکرد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی «طراحی سامانه ارزشیابی عملکرد پزشکان در دانشگاه علوم پزشکی تهران» مصوب جلسه شورای پژوهشی و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1400 می باشد. بدین وسیله از تمامی همکاران بیمارستان های زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران که ما را در انجام این پژوهش و جمع آوری داده ها یاری کردند، سپاس و قدردانی می گردد.

References

1. World Health Organization. The world health report 2000/ Health systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000: 77-81.
2. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010: 23-5.

قضاوت در مورد کیفیت مراقبت ها نیز هستند (۱۸). حیدری و سیدی، Busse, Cortese, Eijkenaar و همکاران، Krauth و همکاران، Smoldt و همکاران، در مطالعات خود رضایت مندی بیمار را از شاخص های مهم برای پرداخت مبتنی بر عملکرد بیان کردند (۲۴-۱۹).

یکی از یافته های مهم در فرایندهای داخلی موارد مربوط به مستندسازی پزشکان است که علاوه بر این که جز استانداردهای اعتباربخشی است برای پیگیری پس از درمان بیماران و ادامه ی فرایند درمان نقش مهمی دارد. نتایج مطالعه ی موسوی و همکاران در راستای مطالعه ی فوق بوده است و نشان داد که مستندسازی صحیح پرونده پزشکی برای تضمین کلیه مراقبت های ارایه شده به بیمار حیاتی است. این امر در بخش اورژانس، اهمیت دو چندان پیدا می کند، زیرا بخش اورژانس یکی از حیاتی ترین بخش های بیمارستان است و از این رو ثبت شکایت اصلی بیمار و تشخیص دقیق بیماری وی، ثبت تاریخچه داروهای مصرفی و روند سیر بیمار و تکمیل برگه های مشاوره پزشکی و رضایت آگاهانه از شاخص های مهم ارزیابی مستندسازی پزشکان در بخش اورژانس بوده است (۲۵).

Habicht و همکاران و Mehrotra و همکاران استفاده از سیستم الکترونیک پزشکی را به عنوان یکی از شاخص های موثر در پرداخت مبتنی بر عملکرد در مطالعات خود بیان کرده بودند. مطالعه ی حاضر نیز تکمیل پرونده های پزشکی را یکی از شاخص های مهم برای پرداخت به پزشکان عنوان کرده است (۲۷ و ۲۶). از یافته های مهم حیطه ی رشد و یادگیری، بحث آموزش به ویژه در بیمارستان های آموزشی با توجه به رسالت اصلی دانشگاه در راستای تربیت نیروی انسانی کارآمد برای ارایه مراقبت های بهداشتی است و نتایج این مطالعه نیز بر ابعاد مختلف نقش آموزشی پزشکان در بیمارستان ها تاکید کرد. مطالعه ی سرورانی و همکاران و مهر و ترا و همکاران نیز در این راستا بوده و نشان داد که شاخص ارزیابی دوره های آموزشی و برنامه های درسی بالاترین نمره را از میان سایر شاخص های ارزیابی کسب کرده است و ارزیابی اعضای هیات علمی در وضعیت مطلوب قرار دارد؛ حال آن که فعالیت های پژوهشی و اجرایی اعضای هیات علمی بیشتر نیاز به بازبینی و برنامه ریزی دارد. هم چنین از آن جایی که



3. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA & Leduc R. The importance of human resources management in health care: A global context. *Human Resources for Health* 2006; 4(20): 1-17.
4. Elarabi HM & Johari F. The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian Journal of Management Sciences and Education* 2014; 3(1): 13-22.
5. Vardy DA, Kayam R & Kitai E. Physician incentives--An overview. *Harefuah* 2008; 147(12): 999-1003.
6. Herzer KR & Pronovost PJ. Physician motivation: Listening to what pay-for-performance programs and quality improvement collaboratives are telling us. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2015; 41(11): 522-8.
7. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly* 2001; 79(2): 149-77.
8. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *The New England Journal of Medicine* 2004; 351(14): 1448-54.
9. Kovacs RJ, Powell-Jackson T, Kristensen SR, Singh N & Borghi J. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low-and middle-income countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Services Research* 2020; 20(291): 1-14.
10. Zarrabian M, Farzianpour F, Razmi H, Sharifian MR, Khedmat S, Sheykh-Rezaee MS, et al. Internal evaluation of the endodontics department school of dentistry Tehran university of medical sciences. *Strides in Development of Medical Education* 2009; 5(2): 135-42[Article in Persian].
11. Boddy CR. Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal* 2016; 19(4): 426-32.
12. Tavkoli MR, Karimi S, Javadi M & Jabari AR. The survey weaknesses performance - based scheme (new guidelines fee for service design) in selected teaching hospitals of Isfahan 2014, a qualitative study. *Journal of Healthcare Management* 2016; 6(4): 81-9[Article in Persian].
13. Fischer CT. Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research* 2009; 19(4-5): 583-90.
14. Jokar M, Ardan Sh & Khalesi N. Designing a method of performance evaluation for physicians and nurses of heart failure clinic based on the analytic network process. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2020; 8(4): 54-65[Article in Persian].
15. De-Gagne JC, Oh J, So A & Kim SS. The healthcare experiences of Koreans living in North Carolina: A mixed methods study. *Health and Social Care in the Community* 2014; 22(4): 417-28.
16. Mirzaii H, Rahmani H, Arab M & Saeidpour J. Strategic analysis of the establishment of an international patient department: A case study of specialized and sub-specialized hospitals of Tehran university of medical sciences. *Journal of Hospital* 2021; 20(1): 36-49[Article in Persian].
17. Raoofi S, Khodayari-Zarnaq R, Ghasemyani S, Hamidi H & Vatankhah S. Barriers of medical tourism development in Iran. *An International Journal of Tourism and Hospitality Research* 2022; 33(1): 91-103.
18. Keshmiri F & Heidari A. Design and implementation of evaluation process for educational leadership based on multilevel model: Experience of Shahid Sadoughi university of medical sciences, Yazd. *Journal of Medical Education and Development* 2022; 16(4): 271-5[Article in Persian].
19. Heidari A & Seidi M. Patients satisfaction from general physicians and its determinants in Qom (2005-2006) *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2008; 26(4): 530-40[Article in Persian].
20. Busse R. Pay-for-performance: Time to act but also to provide further evidence. *Health Policy* 2016; 120(10): 1123-4.

21. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics* 2013; 14(1): 117-31.
22. Chalmers LM, Ashton T & Tenbensen T. Measuring and managing health system performance: An update from New Zealand. *Health Policy* 2017; 121(8): 831-5
23. Krauth C, Liersch S, Jensen S & Amelung VE. Would german physicians opt for pay-for-performance programs? A willingness-to-accept experiment in a large general practitioners' sample. *Health Policy* 2016; 120(2): 148-58.
24. Smoldt RK & Cortese DA. Pay-for-performance or pay for value? *Mayo Clinic Proceedings* 2007; 82(2): 210-3.
25. Mousavi AS, Yousefi M, Jamali J, Meraji M & Fazaeli S. Design and implementation of tools for rapid assessment of the status of documentation of emergency department' physicians. *Journal of Modern Medical Information Sciences* 2022; 7(4): 52-61[Article in Persian].
26. Habicht T, Habicht J & Van-Ginneken E. Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality. *Health Policy* 2015; 119(8): 1011-6.
27. Mehrotra A, Pearson SD, Coltin KL, Kleinman KP, Singer JA, Rabson B, et al. The response of physician groups to P4P incentives. *The American Journal of Managed Care* 2007; 13(5): 249-55.
28. Saravani S, Esmaeli N, Rezaei-Keikhaei Kh, Rezaei-Kahkhae L & Esmaeli Z. Internal evaluation of social medicine department of Zabol university of medical sciences. *Medical Education Journal* 2022; 10(1): 31-44[Article in Persian].

Explaining the Performance Evaluation Dimensions of Physicians in Tehran University of Medical Sciences (Phenomenological Study)

Saeed Nateghi¹ (M.D.), Ali Ganjali Khan Hakemi² (M.D.), Soheila Damiri³ (M.S.), Samira Raoofi⁴ (M.S.),
Elham Haghshenas⁴ (M.S.), Sara Akhavan Rezayat⁵ (M.S.), Shamsi Ekhtiyar⁵ (M.S.), Sara Salehi⁵ (M.S.),
Maryam Radin Manesh^{6*} (Ph.D.)

1 Assistant Professor, Department of Cardiovascular Diseases, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 General Physician, Vice-Chancellor for Treatment Affairs, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Ph.D. Candidate in Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Ph.D. Candidate in Health Care Management, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Science in Health Care Management, Vice-Chancellor for Treatment Affairs, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6 Assistant Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Received: 9 Apr. 2022

Accepted: 1 Nov. 2022

Background and Aim: Effective monitoring and evaluation of human resources in countries require an agreed set of indicators and measurement tools. Due to the existence of different payment mechanisms, this study aimed to identify performance evaluation indicators in hospitals affiliated with the Tehran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: A qualitative phenomenological study was conducted in 2022. Data were collected using semi-structured interviews, purposive sampling, and participation of 23 members of the Senior executives and financial team of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences and analyzed by content analysis method using MAXQDA-10 software.

Results: Twenty-three experts participated in this research, 78.2% were men and 21.7% were women, and a total of 526 final codes were identified and according to the balanced scorecard management tool in 4 main themes of finance, customers, internal processes, and growth and Development. Also 8 sub-themes of resource efficiency with 86%, medical tourism with 52%, professional ethics with 65%, satisfaction with 78%, accreditation with 48%, diagnosis and treatment with 78%, education with 56% and The research was categorized with 78%.

Conclusion: The provision of optimal medical services requires managers to be aware of the performance of subordinate personnel, which makes it possible to choose the appropriate criteria, develop performance evaluation systems and conduct correct evaluation, informing Doctors regarding the indicators considered for more accurate evaluation are among the suggestions that can be a solution to the existing problems. Another important point considering the limited available resources is the role of doctors in the field of health tourism to which attention will lead to an increase in financial resources.

Keywords: Performance Evaluation, Physicians, Hospital, Phenomenological Study

* Corresponding Author:

Radin Manesh M

Email:

radinmanesh-m@ajums.ac.ir