

Process, Tools, and the Results of Seasonal Monitoring of Family Physicians Performance in Health Network of Northern Provinces in Iran

Ashrafian Amiri H¹, Mikaniki E², Nasrollahpour Shirvani SD*³, Kabir MJ⁴, Jafari N⁵,
Mirzaee MR⁶, Dadashi A⁷, Nahimi Tabihi M⁸

1. Specialist in internal medicine, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
 2. Ophthalmologist, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
 3. PhD in Health Management, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
 4. PhD in Health Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
 5. Specialist in Social Medicine, Vice-Chancellery for Health, Ministry of Health, Tehran, Iran
 6. GP, Vice-Chancellery for Health, Ministry of Health, Tehran, Iran
 7. Specialist in General Surgery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
 8. Infectious disease specialists, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
- *Corresponding author. Tel: +989112165468 Fax: +981112199016 E-mail: dnshirvani@gmail.com

Received: Jun 11, 2014 Accepted: Aug 24, 2015

ABSTRACT

Background & Objectives: Monitoring and evaluation of family physicians performance are applied to identify strengths, design and implement improving projects, and also to determine the performance indices. The present study aimed to assess the process, tool and results of seasonal monitoring of family physicians performance in northern provinces of Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in the second half of 2012. Study population and samples were all the 47 district health networks in Golestan, Mazandaran and Gilan provinces. Data-collecting instrument was a researcher-made questionnaire consisting of 3 parts and 32 questions and the data were collected through interviews and observation of documents. Data were analyzed by SPSS17.

Results: From 47 cities studied, 36 cities (77%) underwent seasonal monitoring during four seasons of 2011 and the first and second seasons of 2012. 43 cities (92%) underwent seasonal monitoring by a team from headquarter units. 28 cities (60%) used Excel software for the calculation of seasonal results. Monitoring checklists for 32 cities (68%) were exactly the same as national guidelines while the other 15 cities used different checklists. None of the cities analyzed and interpreted the seasonal performance scores of family physicians in terms of their personal characteristics. Feed back of patient refer to second health service level, laboratory, radiology, average cost and drug list were not performed in all the cities.

Conclusion: The monitoring process and instrument of family physicians performance were not complete in all the cities and need to be reviewed and improved.

Key words: Family Physician; Rural Insurance; Performance Evaluation; Seasonal Monitoring; Health Network.

فرایند، ابزار و نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران

حسن اشرفیان امیری^۱، ابراهیم میکانیکی^۲، سید داود نصرالله پور شیروانی^{۳*}، محمد جواد کبیر^۴، ناهید جعفری^۵، محمدرضا میرزایی^۶، ارسلان داداشی^۷، محمد نعیمی طبیعی^۸

۱. متخصص بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲. متخصص بیماری‌های چشم، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۵. دکتری پزشکی اجتماعی، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ۶. پزشک عمومی، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ۷. متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۸. متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۲۱۶۵۴۶۸ فکس: ۰۱۱۱۲۱۹۹۰۱۶ ایمیل: dnshirvani@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: پایش و ارزشیابی از عملکرد پزشکان خانواده به منظور شناسایی نقاط قوت، طراحی و اجرای پروژهای بهبود و همچنین تعیین ضریب عملکرد انجام می‌گیرد. این مطالعه به منظور بررسی فرایند، ابزار و نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

روش کار: مطالعه از نوع مقطعی بوده که در شش ماهه دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه و نمونه پژوهش شبکه بهداشت و درمان کل ۴۷ شهرستان در سه استان گلستان، مازندران و گیلان بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۳ بخش با ۳۲ سؤال بوده که به روش مصاحبه و مشاهده مستندات جمع‌آوری گردید. داده‌ها در SPSS-17 توصیف شد.

یافته‌ها: از ۴۷ شهرستان مورد مطالعه، ۳۶ شهرستان (۷۷٪) پایش فصلی را در ۴ فصل سال ۱۳۹۰ و ۲ فصل اول و دوم ۱۳۹۱ بطور کامل انجام دادند. در ۴۳ شهرستان (۹۲٪) پایش فصلی به شکل تیمی متشکل از واحدهای ستادی انجام گرفت. ۲۸ شهرستان (۶۰٪) برای محاسبات نتایج پایش فصلی از نرم‌افزار اکسل بهره‌مند شدند. ابزار پایش ۳۲ شهرستان (۶۸٪) عینا فرم‌های دستورالعمل کشوری و ۱۵ شهرستان دیگر متفاوت با آن بود. هیچ کدام از شهرستان‌ها نمره عملکرد فصلی پزشکان خانواده را با متغیرهای فردی تحلیل و تفسیر نکردند. ارائه پسخوراند موارد ارجاع به سطح ۲، آزمایشگاه، رادیولوژی، میانگین قیمت و اقلام دارویی در همه شهرستان‌ها انجام نگرفت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که فرایند، ابزار و نتایج پایش عملکرد پزشکان خانواده در همه شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران کامل نبوده و نیازمند به بازنگری و بهبود می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، بیمه روستایی، ارزیابی عملکرد، پایش فصلی، شبکه بهداشت و درمان

دریافت: ۹۳/۴/۲۰ پذیرش: ۹۴/۶/۲

مقدمه

قوت، نسبت به رفع نارسایی‌ها اقدام گردد (۲). در عین حال ارزیابی ضمن مکمل شدن در چرخه نظام برنامه‌ریزی سازمان، باید به صورت صحیح و با تاکید بر هر دو جنبه کمیت و کیفیت انجام شود (۳). در عرصه خدمات بهداشتی درمانی به لحاظ کمبود منابع و اهمیت و حساسیت مساله درمان و سلامت جامعه،

ارزیابی از دیدگاه توسعه جزء لاینفک نظام مدیریت است (۱). نتایج ارزیابی می‌تواند مدیران را از میزان پیشرفت فعالیت‌ها، برنامه‌ها و اهداف آگاه سازد. در آن صورت ارزیابی موجب می‌شود نقاط قوت و ضعف برنامه شناخته و با تاکید بر گسترش و تقویت نقاط

ارزیابی عملکرد از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۴). دست اندرکاران بخش سلامت همواره در تلاش‌اند با ارزیابی عملکرد و بهره‌گیری از منابع در دسترس، بهترین و کیفی‌ترین خدمات سلامت را به جامعه ارائه نمایند (۵). اما علی‌رغم تاکید به ارزیابی عملکرد، بررسی‌ها نشان می‌دهد هنوز بیش از نیمی از منابع ملی بهداشتی در کشورهای مختلف به هدر می‌رود و در کشورهای توسعه نیافته، منابع محدود به صورت ناکارآمد مصرف می‌شود و اعتبارات عمومی صرف خدماتی می‌شود که تناسب و اثربخشی لازم را ندارند (۶). حتی در کشورهای پیشرفته اقتصادی نیز که بیش از ۸ درصد تولید ناخالص ملی را صرف سلامت می‌کنند، سالانه رقم قابل توجهی از آن تلف می‌شود (۷، ۸). طبیعی است که اگر نیمی از منابع هدر رفته به دلیل بهره‌وری کم و استفاده نامناسب از منابع انسانی باشد، معقول خواهد بود با ارزیابی و بهبود عملکرد، کاهش اساسی در منابع هدر رفته بوجود آید (۹). از این رو کسب اطمینان از ارائه چنین خدماتی، مستلزم ارزیابی عملکرد بخش سلامت می‌باشد و بالتبع با ارزیابی عملکرد این بخش و تولید بینه خدمات سلامت، یقیناً پاسخ‌گویی متناسب با انتظارات جامعه ممکن خواهد بود (۱۰).

با وجود اهمیت ارزیابی عملکرد در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، هنوز بسیاری از سازمان‌های بهداشتی درمانی از ابزار، مدل یا شاخص‌های جامعی که قابلیت اندازه‌گیری همه ابعاد موثر بر کمیت و کیفیت عملکرد و شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های نیاز به بهبود را داشته باشد، بهره‌مند نشدند. در مطالعه عامریون و خالصی تنها ۲۰ درصد مدیران در حد زیاد اعتقاد داشتند که ابزار فعلی ارزیابی عملکرد می‌تواند باعث افزایش کارایی، اثربخشی و بهبود عملکرد شود و تنها ۱۰ درصد مدیران در حد زیاد به شیوه امتیازدهی موافق بودند (۱۱). گیتز^۱ و همکاران در تحقیق خود تأیید نمودند

که مدیران ضمن ناکارآمد دانستن شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد، خواهان بازنگری و اصلاح سیستم ارزیابی عملکردشان بوده‌اند (۱۲). قاسمی در مطالعه خود نتیجه‌گیری می‌نماید، نظارت و ارزیابی مستمر در اداره سازمان‌های بهداشتی درمانی بسیار واضح و غیرقابل انکار است، اما این نظارت بایستی ضابطه‌مند، منطقی، بی‌طرفانه و در راستای ارتقای کیفی خدمات باشد (۱۳). یانسر^۲ و همکاران در ارزیابی خدمات درمانی بر اجرای ارزیابی سیستماتیک تاکید می‌نمایند (۱۴).

طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی که بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه با اهداف: ۱- تقویت نظام ارجاع در کشور؛ ۲- افزایش پاسخگویی و کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت؛ ۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت؛ و ۴- افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۸۴ در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا گردید به ازای حداکثر هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت، یک پزشک خانواده در نظر گرفته شد (۱۵). مدت کوتاهی بعد از بکارگیری و استقرار پزشکان خانواده، ابزار پایش و ارزشیابی عملکرد در سطح کشوری طراحی و هر سال همراه با دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌گردد (۱۶). ابزار پایش و ارزشیابی عملکرد پزشک خانواده ۱۰۰ امتیازی و حاوی بخش‌های مدیریت (تحلیل وضعیت موجود، برنامه عملیاتی و فعالیتهای جاری مرکز)، مدیریت عملکرد، عملکرد فنی، قرارداد و دستورالعمل‌ها، مشارکت جامعه، نتایج شاخص‌های فنی، نتایج شاخص‌های پشتیبانی، نتایج رضایت‌مندی مردم، نتایج رضایت‌مندی پرسنل، رضایت مرکز بهداشت شهرستان می‌باشد که به طور معمول در مقاطع فصلی تکمیل می‌گردد. بر اساس دستورالعمل کشوری هر کدام از پزشکان خانواده با توجه به نتایج

² Yancer

¹ Gates

اجرای استانی و شهرستانی) رسیده و پایایی آن هم با انجام طرح پایلوت و یکسان‌سازی برداشت پرسشگر که داده‌های مربوطه را صرفاً با مصاحبه ساختاریافته و مشاهده مستندات موجود ثبت می‌کردند با بیش از ۹۵ درصد تأیید شده است. سئوالات از نوع باز و بسته ۲ تا ۶ گزینه‌ای بوده که پاسخ هر کدام از سئوالات بسته با کدهای عددی تعریف شده و سئوالات باز به همان شکل کمی و عددی وارد نرم‌افزار اکسل گردید و در SPSS-17 توصیف شد.

یافته‌ها

از ۴۷ شبکه بهداشت و درمان شهرستان مطالعه شده، ۳۶ شهرستان (۷۷٪) پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده را در هر ۴ فصل سال ۱۳۹۰ و ۲ فصل اول و دوم ۱۳۹۱ بطور منظم و کامل و ۱۱ شهرستان (۲۳٪) بطور نامنظم یا ناکامل انجام دادند. ۴۳ شهرستان (۹۲٪) پایش فصلی را به شکل تیمی متشکل از واحدهای ستادی، ۲ شهرستان انحصاراً توسط واحد گسترش و ۲ شهرستان با مشارکت اداره بیمه انجام دادند. جدول ۱ میزان مشارکت واحدهای ستادی در فرایند پایش فصلی را در ۴۷ شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های مطالعه شده نشان می‌دهد.

از نظر مقطع زمانی، در ۲۰ (۴۳٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان پایش فصلی در طول همان فصل، ۲۵ (۵۳٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان بعد از انتهای فصل و ۲ (۴٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان در داخل همان فصل و فصل بعدی انجام گرفت. از نظر سهم‌بندی واحدهای ستادی در امتیازدهی به پزشکان خانواده، در کل ۱۶ شبکه بهداشت و درمان شهرستان استان گیلان از ۱۰۰ امتیاز کل، ۴۵ امتیاز در اختیار گسترش و ۵۵ امتیاز دیگر در اختیار بقیه واحدهای ستادی و مدیریت بوده است. در استان گلستان و مازندران بعضی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها عیناً از ضریب مثل

پایش فصلی باید در یکی از ۴ گروه بالاتر از ۹۰ امتیاز (واجد شرایط برای اعطای مزایای تشویقی)، ۸۰ تا ۹۰ امتیاز (دریافت کامل مزایا)، ۷۰ تا ۸۰ امتیاز (تذکر و برقراری فرصت دوباره) و کمتر از ۷۰ (تنبیه و اخراج) قرار داده شوند که این گروه‌بندی مبنای پرداختی ۲۰ درصد مزایای باقی مانده ماهانه آن فصل و همچنین تمدید قرارداد برای سال بعد خواهد بود (۱۷). آیا پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در همه استان‌ها و یا شهرستان‌ها برابر با دستورالعمل کشوری انجام می‌گیرد؟ سئوالی خواهد بود که نیاز به تحقیق دارد. لذا این مطالعه به منظور بررسی فرایند، ابزار و نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی بوده که به صورت مقطعی در نیم‌سال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه پژوهش شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها در سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴ شهرستان) بودند که به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. در شبکه بهداشت و درمان شهرستان، مسئولین یا کارشناسان مرتبط واحدهای گسترش شبکه، امور دارویی، حسابداری و بعضاً سایر واحدها که داده‌ها، اطلاعات و مستندات مرتبط با پایش فصلی پزشکان خانواده را در اختیار داشتند، مورد پرسشگری و مصاحبه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که از ۳ بخش شامل: ۱- فرایند انجام پایش با ۱۲ سئوال، ۲- آنالیز و اقدامات بعدی پایش عملکرد با ۸ سئوال و ۳- محاسبه شاخص‌های کلیدی یا استراتژیک با ۱۲ سئوال بوده که به روش مصاحبه و مشاهده مستندات جمع‌آوری گردید. روایی پرسشنامه با استناد به منابع (۱۷) به شکل صوری مورد تأیید خبرگان (۸ نفر از مدیران

بهره‌مند شدند که ۸۸ درصد این شهرستان‌ها خود نسبت به طراحی آن اقدام نمودند.

ابزار پایش ۳۲ (۶۸٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان عینا همان فرم‌های دستورالعمل کشوری بوده و ۱۵ (۳۲٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیگر با بازنگری شاخص‌ها و سئوال‌ات کشوری، فرم‌های جدیدی را طراحی و مورد استفاده قرار دادند. در ۳۲ (۶۸٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستانی که از فرم‌های کشوری استفاده می‌کردند، ۱۰۰ درصدشان، بخش مدیریت (تحلیل وضعیت موجود، برنامه عملیاتی و فعالیت‌های جاری مرکز)، مدیریت عملکرد، عملکرد فنی، قرارداد و دستورالعمل‌ها، مشارکت جامعه، نتایج شاخص‌های فنی را تکمیل، ۹۴ درصدشان نتایج شاخص‌های پشتیبانی و تنها یک مرکز (۳٪) نتایج رضایت‌مندی مردم، نتایج رضایت‌مندی پرسنل را کتباً تکمیل نمودند.

از نظر محاسبه شاخص‌های کلیدی یا استراتژیک، ۲۷ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۵۷٪) میانگین قیمت و اقلام دارویی نسخه شده و ۲۶ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۵۵٪)، درصد موارد ارجاع به سطح ۲، آزمایشگاه، رادیولوژی را به ازای مرکز یا پزشکان خانواده در مقاطع ماهانه یا فصلی و بعضاً شش ماهه محاسبه و اعلام می‌کردند. فقط ۶ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۱۳٪) تعداد یا درصد نسخ با قیمت بیش از ۵۰۰۰ تومان به ازای هر مرکز بهداشتی درمانی محاسبه و اعلام می‌نمودند.

هیچ کدام از شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها نمره عملکرد فصلی پزشکان خانواده را با متغیرهایی مثل سابقه خدمت، جنس، بومیت، نوع جذب پزشکان خانواده، تحلیل و تفسیر نمی‌کردند.

از نظر شیوه اعلام نتایج پایش عملکرد فصلی پزشکان خانواده، در ۱۲ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۲۶٪) نتایج پایش فصلی کتباً طی نامه اداری به کلیه پزشکان خانواده ابلاغ می‌گردید. در ۳۲ شبکه

استان گیلان و تعداد دیگری از شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها متفاوت با آن عمل می‌کردند. در یکی از شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های استان مازندران به جای امتیازدهی به پزشکان خانواده، به مراکز مجری برنامه پزشک خانواده امتیاز می‌دادند و نتایج را به چهار گروه A, B, C و D گروه‌بندی و بر اساس آن ضریب عملکرد پزشکان خانواده را تعیین می‌کردند.

جدول ۱. فراوانی مشارکت واحدهای ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها در فرایند پایش فصلی

ردیف	نام واحد ستادی	میزان مشارکت	
		تعداد	درصد
۱	گسترش شبکه	۴۷	۱۰۰
۲	بهداشت خانواده	۴۵	۹۶
۳	پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها	۴۴	۹۴
۴	بهداشت محیط و حرفه‌ای	۴۴	۹۴
۵	آموزش سلامت / بهداشت	۳۸	۸۱
۶	آمار	۳۵	۷۴
۷	بهداشت مدارس	۳۴	۷۲
۸	بهداشت روان	۳۳	۷۰
۹	تغذیه	۳۱	۶۶
۱۰	امور دارویی	۲۶	۵۵
۱۱	آموزشگاه بهورزی	۲۳	۴۹
۱۲	مالی/حسابداری	۱۰	۲۱
۱۳	بهداشت دهان و دندان	۳	۶

گرچه همه ۴۷ شبکه بهداشت و درمان شهرستان نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده را به صورت انفرادی و بعضاً پراکنده در فایل‌های کامپیوتری یا کاغذی بایگانی کرده بودند ولی ۲ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۴٪) نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده را برای همه فصول به طور کامل و منظم و ۱۴ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۳۰٪) بطور ناقص به ۴ گروه بالاتر از ۹۰ امتیاز، ۸۰ تا ۹۰ امتیاز، ۷۰ تا ۸۰ امتیاز و کمتر از ۷۰ دسته‌بندی و شاخص‌های آن را محاسبه می‌کردند.

۲۸ (۶۰٪) شبکه بهداشت و درمان شهرستان برای محاسبات نتایج پایش فصلی از نرم افزاری مثل اکسل

که هر ۱۳ دانشگاه مورد مطالعه عملکرد سازمانی خود را سالانه ارزشیابی می‌کنند، ولی هیچ کدامشان در این خصوص از ابزار علمی و جامع که بر اساس وظایف و کارکردهای سازمانی بخش‌بندی و امتیازدهی شده باشد، بهره‌مند نشدند. بنابراین به همین خاطر کل شاخص‌های مورد استفاده هر دانشگاه از نظر محتوا و تعداد با دیگر دانشگاه‌ها متفاوت می‌باشد (۱۹). ابزار پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده که در سطح کشوری طراحی و برای اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده، گرچه ممکن است دارای ضعف و نارسایی و نیازمند به بازنگری باشد که بعضی از شهرستان‌ها با اعتقاد به موارد فوق، فرم جدیدی را طراحی و بکار گرفتند، اما تا حدودی شبیه به مدل‌های تعالی سازمانی که حاوی معیارها و زیرمعیارهای وزن‌دهی شده هستند، طراحی شده است (۲۰). ابزارهایی که به بخش‌ها و سئوالات آن به صورت منطقی وزن‌های متناسب داده شود و در قالب کلی دارای سقف ۱۰۰ یا ۱۰۰۰ امتیازی باشد، طبیعتاً فاصله نتایج ارزیابی عملکرد، ارزیابی‌شونده چه افراد باشند، چه سازمان یا واحدهای آن، بهتر درک و تفسیر می‌گردد و ارزیابی‌شونده هم بهتر می‌تواند جایگاه و نقاط قوت (موارد دارای امتیاز بیشتر) و نقاط ضعف (موارد دارای امتیاز کمتر) خود را درک و لمس نماید و فاصله جایگاه فعلی خود را تا شرایط مطلوب تشخیص داده و بر اساس آن برنامه‌های بهبود و ارتقا را طراحی و اجرا نماید (۲۱).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد زمان انجام پایش فصلی در شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها متفاوت، بعضی قبل از اتمام فصل و بعضی بعد از اتمام فصل انجام می‌دهند. در شکل صحیح باید فصل به پایان برسد و با ورود به فصل بعدی، فصل ماقبل مورد ارزشیابی قرار گیرد. ظاهراً بعضی از شهرستان‌ها به دلیل تعداد زیاد پزشکان خانواده، یا ناکافی بودن تعداد تیم پایش به ناچار قبل از اتمام

بهداشت و درمان شهرستان (۶۹٪) در جلسات ستادی یا داخل مراکز بهداشتی درمانی شفاهی به پزشکان خانواده اعلام می‌شد و در ۳ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۶٪) به شکل‌های دیگر عمل می‌نمودند.

در خصوص اقدامات تشویقی برای پزشکان خانواده با عملکرد مطلوب (بیش از ۹۰ امتیاز)، در هیچ کدام از شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها اسامی پزشکان با عملکرد مطلوب، طی نامه اداری یا به صورت شفاهی به مراکز مجری و یا به واحدهای ستادی اعلام نمی‌شد. ولی از نظر برقراری مزایای مالی، ۴۲ شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۹۰٪) مزایای مالی برابر با دستورالعمل (۱۷) به ازای هر یک امتیاز بالاتر از ۹۰، دو درصد به سقف دریافتی پزشکان اضافه می‌نمودند. اما در ۵ شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیگر (۱۰٪) اقدام خاصی انجام نمی‌گرفت.

بحث

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که فرایند پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در کلیه شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها جاری و نهادینه شده و اکثریت قریب به اتفاق آنها از ابزار بخش‌بندی و امتیازدهی شده استفاده می‌کنند که این می‌تواند یکی از نکات مثبت ارزشیابی برنامه پزشکان خانواده محسوب شود. چراکه همانند فرم ارزشیابی عملکرد کارکنان با امتیازدهی و کمی شدن نتایج که از سال ۱۳۷۰ در سازمان‌های دولتی مرسوم شده است در تصمیم‌گیری بعدی می‌تواند کمک بزرگی نماید (۱۸). انجام پایش و ارزشیابی عملکرد فردی به صورت امتیازدهی خیلی زودتر از پایش و ارزشیابی عملکرد سازمانی عملیاتی شده است. در مطالعه ملکی و همکاران که به منظور بررسی شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گرفت گزارش شده است

فصل، پایش را انجام می‌دهند که نتایج آن ممکن است با واقعیت اتفاق افتاده کل فصل مطابقت پیدا نکند.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر، مشارکت نسبتاً بالای واحدهای ستادی در فرایند پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده می‌باشد، اگر در سطح ستاد پذیرفته شود که پزشکان خانواده باید در پنج حیطه مدیریت سلامت، همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه، آموزش و ارتقای سلامت، ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری و ارائه خدمات درمانی با تاکید بر نظام ارجاع ایفای نقش نمایند (۲۲)، آن وقت تقریباً تمامی واحدهای ستادی باید به نوعی درگیر در فرایند پایش شوند. بنابراین در شهرستان‌هایی که پایش عملکرد پزشکان تنها توسط واحد گسترش شبکه یا با مشارکت محدود واحدهای ستادی انجام می‌گیرد، نمی‌توان توجیه کافی برای این کار مطرح نمود.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت مرکز بهداشت شهرستان‌ها در سنجش رضایتمندی مردم و رضایتمندی پرسنل، فرم‌های مرتبط را تکمیل نمی‌کردند. در صورتی که سنجش رضایتمندی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات یکی از فاکتورهای مهم سنجش کیفیت به حساب می‌آید (۲۶-۲۳). عدم توجه به نظرات مشتریان و کارکنان شاید یکی از مشکلات مدیریتی و سازمانی نظام سلامت کشور ما باشد. در مطالعه ملکی و همکاران گزارش شده است که از ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه، تنها دو دانشگاه در طول سه سال گذشته نسبت به سنجش نظرات کارکنان و یک دانشگاه برای سنجش نظرات مشتریان اقدام نمودند (۱۹).

یکی از نکات مثبت در پایش فصلی، انجام گروه‌بندی نتایج به چهار گروه (بالتر از ۹۰ امتیاز، ۸۰ تا ۹۰ امتیاز، ۷۰ تا ۸۰ امتیاز و کمتر از ۷۰ امتیاز) و مبنای تعیین ضریب عملکرد می‌باشد که اگر پایش در عمل به شکل مطلوبی انجام گیرد می‌تواند باعث بهبود عملکرد شده و در حذف پزشکان با عملکرد نامناسب کمک‌کننده باشد.

عدم بررسی مقبولیت و رضایتمندی پزشکان خانواده از فرایند، ابزار و نتایج پایش فصلی عملکرد که توسط مدیران و کارشناسان شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها انجام می‌گیرد، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. چنانچه در مطالعه‌ای دیدگاه پزشکان خانواده در این خصوص مورد بررسی قرار گیرد، می‌توان از زوایای دیگر به محاسن و معایب پایش فصلی عملکرد آگاهی یافت و با لحاظ کردن نقطه‌نظرات ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، نسبت به اصلاح و ارتقای آن اقدام نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که فرایند (زمان انجام، مشارکت واحدها، شیوه ارائه نتایج)، ابزار (چک لیست) و نتایج (محاسبات شاخص‌های استراتژیک، گروه‌بندی نتایج و تاثیر آن بر تعیین مزایای مرتبط) پایش عملکرد پزشکان خانواده در همه شهرستان‌های استان‌های شمالی کشور یکسان و کامل نبوده که برای ایجاد پویایی و اثربخش‌تر شدن آن پیشنهاد می‌گردد پایش فصلی پزشکان خانواده در سطوح مختلف کشوری، استانی و شهرستانی مورد بازنگری و ارتقا قرار گیرد.

References

- 1- Nazari AA. The comparative study assessing the managers of sanitary network in Semnan and Mazandaran provinces. Thesis of health care management. Tehran. Azad Islamic University. Science and Researches Unit 1998. 1998.
- 2- Zande Parsa AH. Acquaintance with research principle. Scientific publication of Azad Islamic University 1997; 1-2: 7.

- 3- Ferasis E. Hospital Management. Teransleted by Ali Kebriaee. Tehran: High Institute of Social assurance. 1999.
- 4- Esfahani MM. Professional Ethics in Health care. Tehran. Iran Medical University. 1993.
- 5-Sajadi H, Hariri M, Karimi S, Baratpoor S. Self-evaluation of Hospitals and Medical education centers performance under Isfahan University of Medical Sciences using EFQM in 2007. Medical research. 2008; 3: 227-31.
- 6- Nabarro D, Cassels A. Strengthening health management capacity in developing countries. London Overseas Development Administration. 1994.
- 7- Hall J. Incremental change in the Australian health care system. Hall off. 1999; 18(3): 95- 110.
- 8-Burchardi H, Schustar HP, Zielmann S. Cots ontainment: Europe: Gernany: Newhoriz. 1994; 2(3): 364-374.
- 9- Neamat R, Naghevi M. Determintion of the cost of servicese in health unite in 11 cities in 1995. M. s. Thesis. Tehran: Tehran University of Medical Sciences: 1996.
- 10- Abd-Elaheian H, Shariaty SH, Sooshtarizadeh E. Measuring the functionality of rural management impact in Iran based on the analysis of factors. Journal of Modares Human Sciences. 2006; 10(46): 227-67.
- 11- Ameriyoon A, khalesi N. Tehran's hospitals evaluation methods from chief executives (CEO) points of views and headquarter. Journal of Health Administration (Iran Univ Med Sci). 2007; 9(26): 39-44.
- 12-Gates GE, Holdt CS. Evaluation the performance of clinical diatitiance. Journal Am Diet Hssoe. 1993; 93(5): 54-57.
- 13- Ghasemi A. The role of continuous evaluation and monitoring in the management of hospital. Collection of papers in overall seminar of bosses and managers of Iran hospital 2000. 2001.
- 14- Yancer DA, Lonow Ski LR. Combining a clinical lader and performance appraisal system as a reward strategy: the clinical lader program. Semi Nursing Management. 1994; 2(3): 175-182.
- 15- Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran:2008. J Babol Med. Sci. 2010; 11(6): 46-52.
- 16- Family physician Instruction. Iran: Ministry of Health and Medical Education; Version 9. Sep 2009; 4: 102.
- 17- Family physician Instruction. Iran: Ministry of Health and Medical Education; Version 12. 2012; 85- 142.
- 18- Nasrollahpour Shirvani SD, Raैसे P, Shabestani Monfared A, Alizadeh E, Taheri N. Assessment of knowledge level , justiability and attitude of supervisors , experts and staff of Bobol University of Medical sciences from evaluation process of annual performance: 2007. Iran University of Medical Sciences. Abstract Book. 6Th Congress of Health Services Administration Students. Tehran. 19-20 February 2009.
- 19- Maleki MR, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Tofighi S, Kabir MJ, Jafari N. Necessity of Reviewing Common Performance Evaluation Methods in Vice-Chancellery for Health of Universities/Schools of Medical Sciences in Iran Using Excellence Models. Hakim Research Journal. 2011; 14(1): 50- 56.
- 20- Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Self assessment of Iran Universities of Medical Sciences based on European Foundation for Quality Management (EFQM) and Iran excellence model. World Applied Sciences Journal. 2011, 15 (10): 1391-1397.
- 21- Maleki MR, Tofighi S, Nasrollapour Shirvani SD, Motlagh ME, Kabir MJ, Jafari N. Comprehensive Performance assessment models & Organizational Excellence. 1st ed. Babolsar: Nima; 2010.
- 22- Shiri M, Asgari H. Talebi M, karamalian H. Rohani M, Narimani S. Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains. Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(5):726-34.

- 23- Nasrollahpour Shirvani SD, Raeissi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2008. *Journal of Homa-ye-salamat* 2012; 39:41-46. (Full Text in Persian)
- 24- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Tourani S, Shabestani Mounfared A. Satisfaction of Service Recipients from Health Centers With Family Physician Program in Northern provinces of Iran: 2008. *Rasanjan Nursing And Midwifery Faculty* 2019; 3(4): 1-10. (Full Text in Persian)
- 25- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, Nahvijoy A. Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in northern Provinces of Iran: 2008. *Journal of Guilan University of medical sciences* 2010; 19(76): 48-55. (Full Text in Persian)
- 26- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mouodi S, Nahvijoy A. Satisfaction in health teams about the function of family physician (FPs) in medical Universities of northern provinces of Iran. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011; 9(3): 180-187. (Full Text in Persian)