



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مدیریت تجویزها در سطح بیمارستان در پاسخ به سیاست مبتنی بر بودجه گلوبال از سمت سازمان‌های بیمه‌گر

پروژه ۲۶

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی	۴
(۱-۱) کلیات و بیان مساله	۵
(۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان	۶
(۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان	۷
(۲-۲-۱) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان	۷
(۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی	۱۱
(۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی	۱۲
(۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی	۱۲
(۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی	۱۴
(۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه	۱۸
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح	۱۹
(۱-۲) مبانی نظری	۲۰
(۱-۱-۲) نقش تجویز کننده در کنترل هزینه های درمانی	۲۰
(۲-۱-۲) کانون تصمیم گیری در بیمارستان	۲۰
(۳-۱-۲) مفهوم و تعریف تقاضای القایی	۲۶
(۲-۲) مرور متون	۲۶
(۳-۲) روش کار و چارچوب طرح	۲۹
(۱-۳-۲) روش کار	۲۹
(۲-۳-۲) چارچوب طرح	۳۵
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان	۳۸
(۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان	۳۹
(۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا	۴۵
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی	۴۶
(۱-۴) روش اجرا	۴۷

-
- ۴-۱-۱) اصلاح زیرساخت نرم افزاری HIS برای شناسایی پزشک معالج..... ۴۷
- ۴-۱-۲) آموزش کارشناسان HIM و کاربران HIS..... ۵۰
- ۴-۱-۵) انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی..... ۵۱
- ۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه..... ۵۱
- ۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان..... ۵۲
- ۴-۴) یافته های اجرای پروژه..... ۵۲
- منابع..... ۵۴

فصل ۱

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

۱. کلیات و بیان مساله

۲. شناسایی و تحلیل ذینفعان

أ. گام اول: شناسایی ذینفعان

ب. گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

ج. گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

۳. حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

أ. بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

ب. راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی

ج. نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مسأله^۱

بیش از ۶۰ درصد مراجعین به بیمارستان های دولتی تحت پوشش بیمه سلامت ایران می باشند. سازمان بیمه سلامت ایران را در ماهیت میتوان یک سازمان بیمه گر دولتی نامید. سازمان های دولتی عمدتاً به لحاظ تامین مالی همانند سایر نهادها و دستگاه های دولتی می بایست از طریق قانون بودجه منابع مورد نیاز خود را دریافت کنند. فارغ از اینکه یکی از مهمترین منابع تامین مالی سازمان های بیمه گر مانند بیمه سلامت وجوه دریافتی از سمت بیمه شدگان تحت عنوان حق بیمه می باشد اما با توجه به ماهیت بودجه این سازمان همواره ظرفیت منابع آنها تابعی از بودجه تصویب شده برای آنها می باشد.

در همین راستا سازمان بیمه سلامت ایران در یک دوره اقدام به تعیین سقف بودجه برای هر یک از استانهای کشور نمود. در سطح استان ها نیز این سقف بودجه به صورت آشنایی توسعه یافت و سهم دانشگاه های علوم پزشکی و به تبع بعد از آن سقف بودجه ای قابل دریافت از سازمان بیمه سلامت برای هر یک از بیمارستان های دولتی تعیین شد. این سیاست که به نوعی هنوز هم وجود دارد و به صورت شدید چند سال ادامه یافت حاوی این پیام مهم بود و آن اینکه اگر بیمارستانی در یک ماه بیش از یک دوازدهم سقف بودجه تعیین شده برای خود را مصرف می نمود احتمالاً مجبور خواهد بود در ماه های بعدی آن را جبران کند و در صورتی که سقف ریالی پرونده های ارسالی به سازمان بیمه سلامت بیش از سقف بودجه ای تعیین شده برای بیمارستان می شد سازمان بیمه سلامت از پذیرش و پرداخت مبالغ مربوط به آن پرونده ها خودداری می کرد و این به معنی انتقال ریسک به سمت بیمارستان به عنوان ارائه دهنده خدمات درمانی بود. از طرف دیگر بیمارستان ها مجاز به دریافت مبلغ کل پرونده از بیماران نبودند و این نیز به عنوان یک تخلف از سمت بیمارستان لحاظ می شد. واکنش اصلی سازمان بیمه سلامت در پاسخ به این محدودیت ها دقت و تمرکز و اصلاح تجویز ها در سطح بیمارستان و بهبود تخصیص منابع برای گروه های مختلف بیماران بر اساس نیاز ایشان بود.

نکته مهم دیگر که ریسک افزایش هزینه ارائه خدمات را به سمت بیمارستان سوق می داد گسترش تعداد خدمات در قالب گلوبال بود. این خدمات که لیست آن به بیش از ۹۰ مورد رسیده بود شامل اقدامات شایع درمانی بیمارستان ها و عمدتاً در حوزه خدمات جراحی بود. خدمت گلوبال در واقع نوعی تعیین سقف ریالی قابل پرداخت به بیمارستان ها در مواردی است که بیمار در قالب یک خدمت گلوبال خدمت خود را دریافت میکند. در این موارد در صورتی که بیمارستان هزینه بیشتر از مبلغ تعیین شده

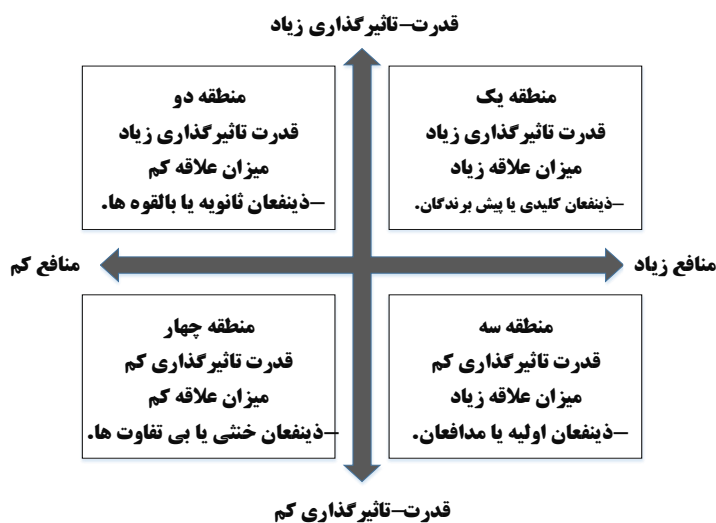
^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

برای خدمت مذکور انجام می داد سازمان های بیمه گر از جمله سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح از پرداختن هزینه مازاد بر مبلغ تعیین شده به عنوان مبلغ گلوبال خودداری می کردند. این موضوع نیز اهمیت مدیریت تجویز ها را در سطح بیمارستان نمایانگر می ساخت.

در پاسخ به این محدودیت ها و ریسک های هزینه ای در بیمارستان، پروژه حاضر با هدف مدیریت تجویز شروع و در سطح بیمارستان استقرار یافت. دلیل اتخاذ رویکرد مدیریت تجویز در سطح بیمارستان نه به عنوان یک فعالیت با رویکرد خودسانسوری بلکه برای بهینه سازی تخصیص منابع در سطح بیمارستان انجام شد. دلیل انتخاب پزشکان برای تمرکز بر بهینه سازی تخصیص منابع این بود که کل هزینه های درمانی بیمارستان با سفارش و درخواست پزشک معالج انجام می شود. اگر یک خدمت تصویربرداری یا آزمایشگاهی انجام می شود حتماً بر اساس یک درخواست از سمت یک پزشک معالج صورت گرفته است. لذا پروژه مدیریت تجویز بر نقش پزشک نه به عنوان اقدام کننده بلکه به عنوان پزشک معالج متمرکز شد.

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تاثیرگذاری و منافع که شاخصه تاثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می دهد. شکل ۱ الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می دهد.



شکل ۱. ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود دینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا دینفعان کلیدی نامگذاری شده‌اند (۱). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ساختار یافته است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع دینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به فرآیند ارزشیابی فراگیران هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که دینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تاثیرگذار و یا تاثیرپذیرند. جهت تحلیل دینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت بندی و شناخت دینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی دینفعان

اولین گام جهت طراحی سیستم مدیریتی تجویزها در سطح بیمارستان، شناسایی دینفعان است. دینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. دینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۲). اسامی دینفعان مرتبط با پروژه مدیریت تجویزها در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی دینفعان

اولویت بندی دینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر دینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت دینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می‌باشد. سرچشمه منافع دینفعان در مدیریت تجویزهای بیمارستان نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

¹ key informants

جدول ۱. ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه تجویزها در سطح بیمارستان ناشی از اختیار در تصویب ، هزینه ها و کیفیت پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، منافع اقتصادی، توسعه فرصت ها و حق قانونی می باشد. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت بیمارستان مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، سلامت و ایمنی، حفظ شرایط موجود معاونت می باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل برنامه ریزی و ارائه طرح برای ارتقاء کیفی و کمی امور درمانی در سطح بیمارستان، پیگیری مسائل و مشکلات تشخیصی و درمانی موجود در بیمارستان و بررسی و ارائه راه حل های مناسب جهت رفع آن ها، بررسی تجزیه و تحلیل شاخص های درمانی و برنامه ریزی جهت ارتقای مستمر شاخص های

ارزشیابی و هماهنگی بین بخشی و تدوین پروتکل های درمانی استاندارد در راستای اجرای دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده اشاره دارد.

حیطه منافع معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، منافع اقتصادی و توسعه فرصت ها می باشد. برنامه ریزی برای تحقق اهداف این معاونت شامل پیش بینی و تدوین برنامه ها و اقدامات لازم در حوزه مدیریت ساماندهی منابع مالی و ... ، ارزیابی عملکرد حوزه های مختلف تحت پوشش و مقایسه آن با هدف های از پیش تعیین شده و اصلاح احتمالی عملکردها با توجه به اهداف کلی بیمارستان، نظارت و کنترل بر تهیه و تدوین، اجرا و پایش بودجه ی سالانه واحدهای تابعه و نظارت بر عملکرد پزشکان و فراگیران پزشکی در مدیریت هزینه ها از جمله وظایف معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان در راستای منافع مذکور می باشد. قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد (۳). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد (۴). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه طراحی و استقرار نظام ارزیابی مستمر چند بعدی فراگیران گروه های پزشکی در جدول ۲ ارائه شده است.

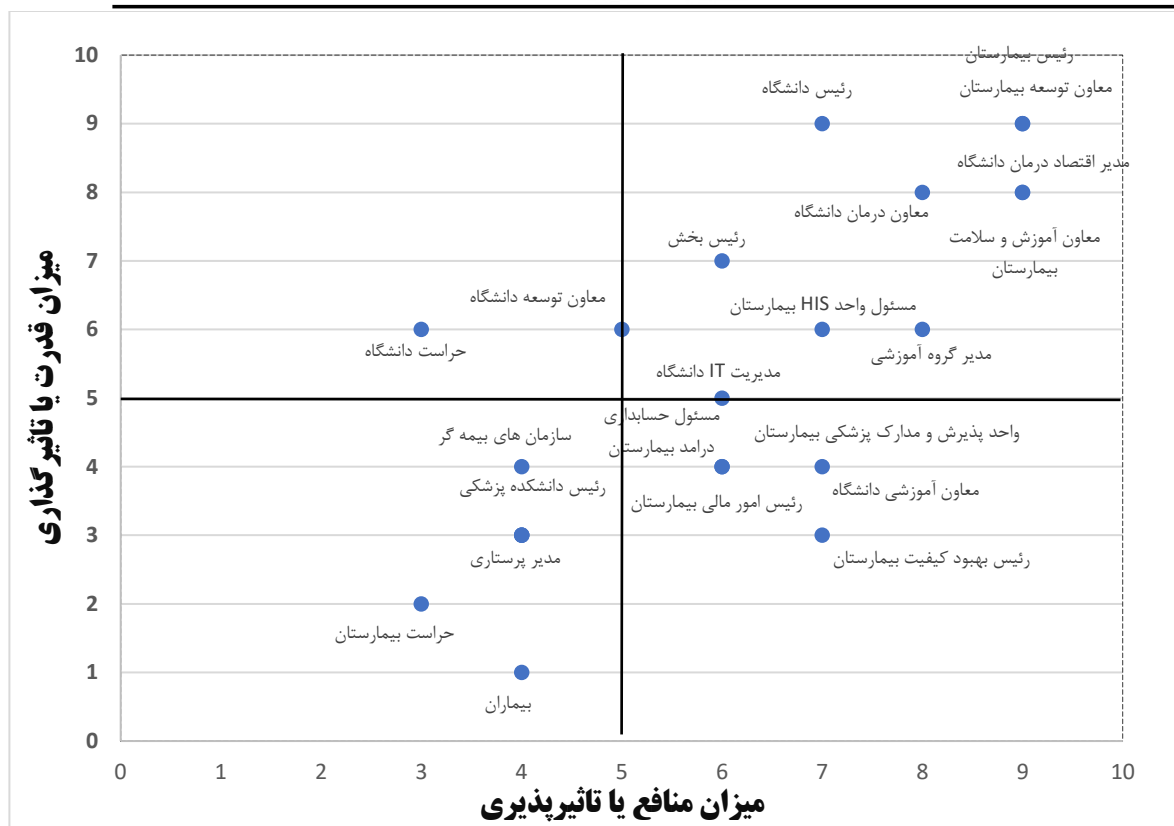
جدول ۲. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه مدیریت تجویزها در بیمارستان

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری
معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	هزینه، کیفیت و زمان	توسعه فرصت ها و منافع اقتصادی	۹	۹
معاون آموزش و سلامت بیمارستان	هزینه، کیفیت و زمان	توسعه فرصت ها و منافع اقتصادی	۹	۸
مدیر اقتصاد درمان دانشگاه	کیفیت و زمان	توسعه فرصت ها	۹	۸
رئیس بیمارستان	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، توسعه فرصت ها	۹	۹
معاون درمان دانشگاه	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود	۸	۸

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

۶	۸	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان	هزینه و زمان	مدیر گروه آموزشی
۴	۷	توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	واحد پذیرش و مدارک پزشکی بیمارستان
۳	۷	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت دانشکده، توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	معاون آموزشی دانشگاه
۶	۷	توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	مسئول واحد HIS بیمارستان
۹	۷	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی، منافع اقتصادی و توسعه فرصت‌ها	تصویب، زمان و هزینه	رئیس دانشگاه
۵	۶	توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	مدیریت IT دانشگاه
۷	۶	توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	رئیس بخش
۴	۶	منافع اقتصادی	هزینه	رئیس امور مالی بیمارستان
۶	۵	منافع اقتصادی	هزینه و زمان	معاون توسعه دانشگاه
۴	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	هزینه، کیفیت و زمان	مسئول حسابداری درآمد بیمارستان
۳	۴	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، سلامت و ایمنی	کیفیت و زمان	مدیر پرستاری
۳	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	کیفیت و زمان	سازمان‌های بیمه گر
۳	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	کیفیت	رئیس دفتر بهبود کیفیت بیمارستان
۶	۴	حفظ شرایط موجود	کیفیت	رئیس دانشکده پزشکی
۱	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	کیفیت و زمان	بیماران
۶	۳	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت دانشکده، توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	حراست دانشگاه
۲	۳	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان	کیفیت	حراست بیمارستان

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از ذینفعان شناسایی شده در قسمت بعدی ذینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر ذینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن‌ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی ذینفعان، مدل‌ها و چارچوب‌های مختلفی ارائه شده است (۵) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



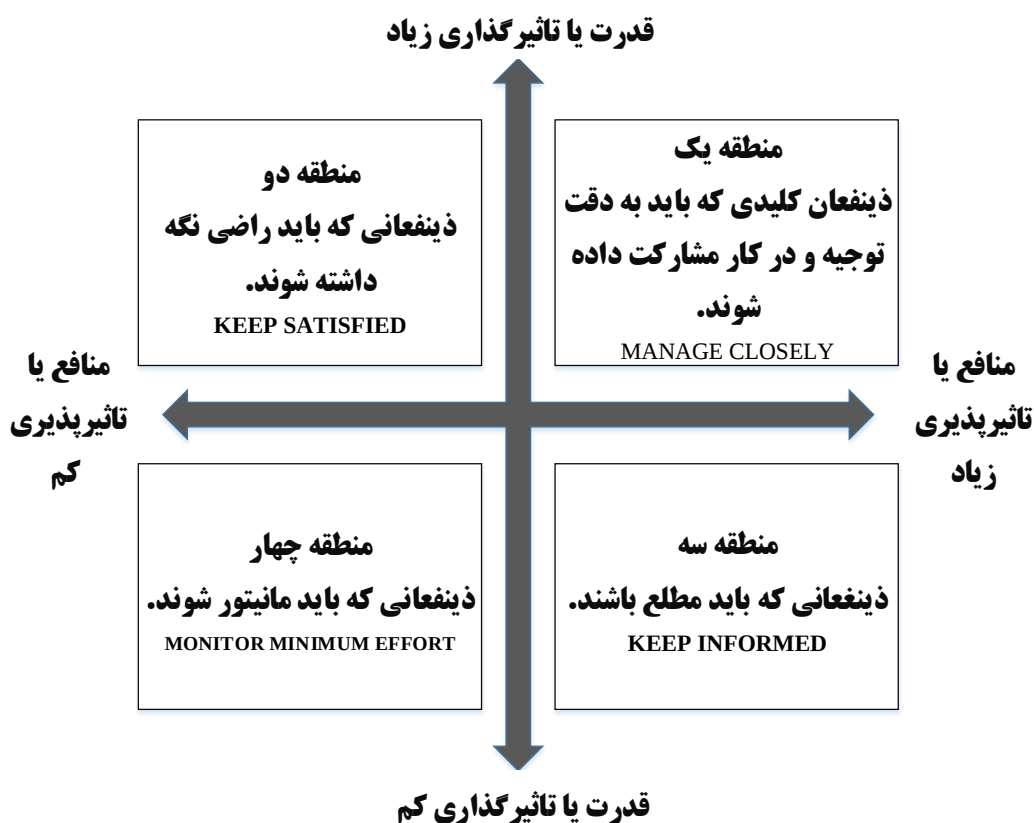
شکل ۲. ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیر گذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثر پذیری بالا در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می بایست شناسایی گردند. بر این اساس رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، رئیس دانشگاه، معاون درمان دانشگاه، رئیس بخش، مدیر گروه آموزشی و مدیریت فناوری اطلاعات دانشگاه و بیمارستان به عنوان ذینفعان کلیدی مدیریت تجویزها در بیمارستان شناسایی شدند.

۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر هستند، کسانی هستند که می بایست به دقت به لحاظ علاقه مندی‌ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل ۳ دیده می شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳. جهت گیری در خصوص حمایت طلبی ذینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق

ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت تجویزها در بیمارستان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۴. سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت تجویزها در بیمارستان

ذینفع کلیدی	سطح پذیرش	نام سطح ^۱	ویژگی های اساسی سطح		
			پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه
رئیس بیمارستان	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
رئیس دانشگاه	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد
معاون آموزش و سلامت	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
مدیریت اقتصاد درمان دانشگاه	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
رئیس بخش	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
مدیر گروه آموزشی	اول	عدم اعتقاد یا باور	ندارد	ندارد	ندارد
مدیریت فناوری اطلاعات دانشگاه	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
معاون درمان دانشگاه	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۵ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص مدیریت تجویزها در بیمارستان ارائه شده

است.

جدول ۵. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه مدیریت تجویزها

[illegible]

یکی از مهم‌ترین دینفعان کلیدی در اجرای پروژه مدیریت تجویزها در بیمارستان، مدیران گروه‌های آموزشی بالینی بودند که در ادامه نمونه‌ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می‌گردد:

مدیر تغییر: خیلی خوش آمدید همانطور که مستحضر هستید اخیراً سازمان بیمه سلامت برای استانها و در ادامه برای دانشگاه و بیمارستان‌ها یک سقف بودجه‌ای تعریف کرده است. سقف بودجه‌ای به این معنی هست که ما در بیمارستان اگر مبلغ پرونده‌هایی که در واقع تحت پوشش بیمه سلامت هستند و برای بیمه ارسال میکنیم بیش از این مبلغ بشه اینها پرونده‌های مازاد رو پذیرش نمیکند و عملاً خدمتی که ارائه شده رایگان میشه برای بیمارستان و ریسک این هزینه اومده به سمت بیمارستان. در این شرایط ما نیازمند این هستیم که فکر میکنیم برای اینکه ببینیم چه میشه کرد. شما مدیران گروه‌های آموزشی هستید و نقشتون هم به لحاظ مشورتی هم به لحاظ اینکه در محیط هستید بسیار برای ما مهم است.

مدیر گروه آموزشی: من هم یک موضوعاتی شنیده بودم در خصوص این مسئله اما فکر نمی‌کردم که موضوع جدی باشه و در واقع اجرایی شده باشه. یعنی شما می‌گید که الان این موضوع داره اعمال میشه در سطح بیمارستان‌های دانشگاه؟

مدیر تغییر: بله استاد عزیز بیمه سازمان بیمه سلامت به استناد قانون بودجه و همچنین پشتیبانی وزیر اجرا داره میکنه و همین الان هم ما در این چند ماه گذشته در برخی ماه‌ها از یک دوازدهم بیشتر اسناد ارسال کردیم و صرفاً با تعهد مبنی بر جبران در ماه‌های آینده اسناد ما را پذیرش کردند.

مدیر گروه آموزشی: خوب اینکه خیلی مسئله جدی هست یعنی دانشگاه در این خصوص اعتراضی نکرده. به فرض اگر سهم مبلغ ما بیشتر شد از این مبلغی که برای بیمارستان در نظر گرفتند تکلیف بیماراران اورژانس چه میشه؟

مدیر تغییر: برای همین ما داریم صحبت می‌کنیم تا آنجایی که ما در جریان هستیم در دانشگاه و نه تنها دانشگاه علوم پزشکی مشهد بلکه در سایر دانشگاه‌ها اعتراضات خیلی زیادی انجام شده اما متأسفانه این اعتراضات به نتیجه نرسیده. به همین دلیل هم ما الان چند ماه از این پروژه و وضعیت جدید گذشته ما هم مثل شما امیدوار بودیم که این اجرا نشه و طبق روال قبل فعالیتمون رو انجام بدیم. شرایطی که الان ایجاد شده، ما باید براساس آن یک تصمیم بگیریم و همزمان باید رو به جلو حرکت کنیم و در نهایت اعتراضاتمون رو هم انجام بدیم شاید نتیجه رسیدیم. ولی فعلاً در جایی که الان هستیم ما در واقع باید چاره‌ای بیاندیشیم که دچار چالش نشیم مردم هم دچار مشکل جدی نشوند.

مدیر گروه آموزشی: الان انتظار شما دقیقاً از ماها به عنوان مدیران گروه آموزشی چه هست؟ چه کاری باید انجام دهیم؟

اصلاً چه کاری از دست ما ساخته هست؟

مدیر تغییر: بیمه سلامت یک سقف مشخصی حدود ۱۰۰ میلیارد تومان را برای بیمارستان برای امسال تعیین کرده و گفته اگر شما بیش از این هزینه کنید اصلاً پرونده های شما رو پذیرش نمی کنیم. ممکنه با مذاکرات و لابی هایی که انجام میشه ما بتونیم مبلغی رو به اون اضافه کنیم ولی حتماً مبلغ زیادی نخواهد بود. چالش هایی که ما ممکنه در آینده به ویژه در نیمه دوم سال با اون مواجه بشیم عمدتاً به این برمیگرده که ما پولی برای ارائه خدمت به بیمارمان نخواهیم داشت و از طرف دیگه حدود ۵۰ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند ورودی آنها از اورژانس هست یعنی ما حتماً باید آنها را پذیرش کنیم و به آنها خدمت ارائه بدیم. اگر هیچ کاری انجام ندیم احتمالاً ما در نیمه دوم سال مجبوریم انگار به صورت رایگان بیمارمان را پذیرش کنیم و به آنها خدمت ارائه بدیم. دلیل این موضوع هم به این برمیگرده که بیش از ۶۰ درصد بیمارمان ما متاسفانه تحت پوشش بیمه سلامت هستند و چشم انداز هم این رو نشون میده که با بیمه تامین اجتماعی هم کم کم وارد این فرایند بشه و چالش بیشتر خواهد شد.

مدیر گروه آموزشی: چالش برای گروه های داخلی در آینده بیشتر بشه یعنی اگر گروه های جراحی روال سابق فعالیتشان را انجام بدهند کل مبلغ رو به سمت خودشون می کشند و احتمالاً دیگه مبلغی برای پذیرش بیمارمان داخلی حالا به صورت عمده احتمالاً الکتیو نخواهد بود.

مدیر تغییر: نظر شما کاملاً درست است این یکی از ترس های جدی ما است. ما برآورد کردیم که اگر فقط چند تا از گروه های جراحی ما و قلب با همان روال سابق فعالیت کنند ما تقریباً ظرف هفت ماه سقف سال را پر میکنیم و از این نظر با چالش جدی مواجه خواهیم شد. پزشکان ما نیروهای کلیدی ما در بیمارستانها هستند و در بیمارستان های آموزشی هم پزشکان ما در قالب گروه های آموزشی فعالیت دارند. باید یک روشی برسیم در حوزه مدیریت تجویزها به صورتی که واقعاً مشخص بشه که سهم هر پزشک چقدر است و به پزشک به عنوان نه اقدام کننده بلکه به عنوان پزشک معالج نگاه کنیم و از این طریق شرایط رو مدیریت کنیم که با حداقل آسیب از این وضعیتی که هستیم خارج بشیم.

مدیر گروه آموزشی: تفاوت پزشک معالج و اقدام کننده در چی هست و چطور باید این وضعیت مدیریت بشه؟

مدیر تغییر: ببینید در حال حاضر در سیستم اطلاعات بیمارستانی ما پزشک در نقش اقدام کننده می شناسیم. یعنی ما پزشکی رو می شناسیم که ویزیت کرده یا پزشکی را می شناسیم که عمل جراحی را انجام داده یا پزشکی را می شناسیم که یک خدمت تصویربرداری انجام داده و یا یک خدمت آزمایش رو انجام داده که همه اینها نقش پزشک به عنوان اقدام کننده هست. نقشی که در واقع ما برای پزشکان به عنوان پزشک معالج قائل هستیم همان نقش اوردر دهنده خدمات برای بیمار هست. پزشک معالج سفارش دهنده خدمات برای بیمار هست و در نتیجه کانون اصلی ما بر پزشکان به عنوان پزشک معالج است.

مدیر گروه آموزشی: چطور حالا با این نقش می‌خواهید شرایط رو مدیریت کنید؟

مدیر تغییر: طرح کاملی در این خصوص فعلاً نداریم. و هنوز در مرحله حمایت طلبی اولیه هستیم. گفتیم حتماً باید شما در ابتدای کار در جریان این موضوع باشید. ما احتمالاً ناچار بشیم به یک سهمیه بندی در واقع روی بیاریم. سهمیه بندی که در اون خدمات اورژانس را از غیر اورژانس تفکیک بشن و در کنار اون یک سهمی برای فعالیت هر پزشک تعیین بشه. این سهم از کل مبلغ خدمات درخواست شده توسط پزشک بدست خواهد امد.

مدیر گروه آموزشی: این خیلی مسئله حساسی هست که شما می‌خواهید روی مدیریت تجویز پزشکان وارد بشید. احتمالاً چالش‌هایی رو خواهد داشت.

مدیر تغییر: ما کاری به گایدلاین‌هایی که وجود داره نخواهیم داشت احتمالاً از یک سیستم بنچ‌مارکینگ در بین اعضای هیات علمی یک گروه آموزشی یا بخش استفاده کنیم. برای ما مهمه اینه که مثلاً برای تشخیص مشابه و به صورت متوسط همکاران مختلف در یک گروه آموزشی چگونه اقدام کردند؟ و بیشتر هم موضوع به اطلاع رسانی همراه خواهد بود. احتمالاً برای هر پزشک یک داشبورد تولید بشه و میتونه عملکرد خودش رو در مقایسه با بقیه ببینن. امیدواریم این باعث میشه که همه پزشکان به سمتی پیش برن که تجویزهاشون را بهینه کنند تا ما بتوانیم در نهایت با همین سقف اعتباری که تعیین شده بیمار بیشتری ببینیم یعنی اگر قرار هست با ده میلیون تومان در مجموع ۵ بیمار ببینیم خوب ده میلیون تومانی که در اختیارمان هست ۸ بیمار ببینیم. هدف نهایی ما افزایش پوشش بیماران هست که با هزار دردسر و مشکلات و با امید میان بیمارستان و می‌خواهند که خدمات مورد نیازشان را دریافت کنند.

مدیر گروه آموزشی: با این حال ما باید منتظر وایسیم که طرح آماده بشه و با جزئیات بیشتر روی اون بحث کنیم و صحبت کنیم. به نظر من ادامه مباحث باشه تا اون زمان. حتماً قبل از اجرا ذی‌نفعان کامل درگیر کار بشوند تا چالش‌ها و مشکلاتی که ممکنه ایجاد بشه به حداقل خودش برسه.

مدیر تغییر: شما درست می‌فرمایید ما با همین رویکرد ایشالله حرکت می‌کنیم جلو میریم و احتمالاً یک ماه دیگه ما یک جلسه خواهیم داشت برای بررسی جزئیات بیشتر کار و نشون دادن اون سامانه‌ای که آماده شده و قابلیت ارائه داره. تشکر می‌کنم از همه شما که شرکت کردید و فعالانه موضوع را درک می‌کنید و ما کمک می‌کنید.

۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از دینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مراودات بین ایشان با دینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این دینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با دینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموماً دینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه دینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات دینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر دینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند دینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.
- در این پروژه باید تا حد امکان تلاش کرد معاون آموزشی بیمارستان به عنوان پیشران تغییر فعالیت کند.
- در صورتی که مدیر تغییر هیات علمی نیست یا پزشک نیست ترجیحاً بهتر هست بیشتر به صورت غیر مستقیم فرآیند تغییر و اجرا پروژه را هدایت کند.

فصل ۲

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح

فهرست مطالب فصل:

➤ مبانی نظری

○ مفهوم و تعریف ارزشیابی

○ روش های ارزشیابی در محیط بالینی

➤ مرور متون

○ مرور تجربیات و شواهد داخلی

○ مرور تجربیات و شواهد خارجی

➤ روش کار و چارچوب طرح

○ روش کار

▪ گام اول: شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه

▪ گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

▪ گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

▪ گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

○ چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) نقش تجویز کننده در کنترل هزینه های درمانی

مدیریت هزینه ها ، افزایش درآمد و نظارت دقیق بر تجویزهای مستند شده برای بیماران ، از ارکان های کلیدی در ارتقاء و بهبود عملکرد سیستم آموزشی، درمانی و مالی محسوب می شوند. از این رو ارتقاء و بهبود عملکرد تجویزکنندگان اقدامات درمانی از دغدغه های جدی مسئولین اجرایی و سیاستگذاران نظام سلامت است (۶). یکی از مسائل مهم و چالش برانگیز در مدیریت هزینه ها و درآمدهای نظام سلامت که به عنوان یک رکن مهم در بهبود عملکرد نیز موثر می باشد، مسئله نظارت و مسئولیت پذیری تجویزکنندگان اقدامات درمانی یا به نوعی پزشک معالج است (۷). با انجام نظارت دقیق تر، می توان نقاط قوت و ضعف را در مسئولیت پذیری پزشک درمانگر در سطوح مختلف (از اینترنت و رزیدنت تا متخصص و استاد) شناسایی کرد و با تقویت جنبه های مثبت و رفع نارسایی ها، در راستای ایجاد تحول و اصلاح نظام آموزشی و کاهش هزینه هایی که تاکنون دیده نشده اند گام برداشت (۸). بر همین اساس اصلاح فرآیندها با هدف منطقی سازی تجویزها و بعد از آن ثبت صحیح تجویزها در سطح بیمارستان از مهم ترین فعالیت های توسعه مدیریت و منابع بیمارستان قلمداد می گردد (۹). یادآوری و تاکید مسئولیت اساتید و پزشک درمانگر بر دستورات پزشک مستندشده در پرونده بستری بیمار توسط فراگیران ، باعث ارتقاء آموزش ، کارگروهی و برقراری ارتباطات می گردد (۱۰).

در همین راستا می توان انتظار داشت عدم قبول مسئولیت در نظام های درمانی و آموزشی بالینی موجب رکود آن ها می گردد (۱۱). سهولت دسترسی پزشکان به گزارشات عملکردی خودشان و مشاهده پزشکان هم تراز، که همراه با بازخورد باشند، باعث ارتقای یادگیری نیز می شوند (۱۲). از آنجایی که خودارزیابی و مشاهده عملکرد شخصی هر پزشک، یک فعالیت مستمر و پویا است و مشکلات و هزینه های مالی و زمانی را برای اعضاء هیات علمی و ارزیابان در سطح بیمارستان و همچنین مدیران و دست اندرکاران در امر برنامه ریزی و سیاست گذاری تحمیل می کند. این فرآیند زمان بر و گران قیمت برای مشخص کردن عملکرد پزشک معالج در حوزه های مختلف می شود (۱۳).

۲-۱-۲) کانون تصمیم گیری در بیمارستان

بیمارستان ها بخصوص بیمارستان های آموزشی، سازمان های مشترک و دارای اصلی ترین نقش در نظام سلامت تمام کشورها و به طور خاص در کشورهای در حال توسعه می باشند (۱۴-۱۶). از جمله اقدامات مهم نظام سلامت تصمیم گیری برای اولویت گذاری و تخصیص منابع، خرید فناوری های سلامت، توزیع منابع و خدمات است که غالباً از رویکردهای فنی و

قضاوتی برای اخذ تصمیمات در این خصوص استفاده می شود (۱۷). در یک تقسیم بندی می توان تصمیم گیران نهادهای ارائه دهنده خدمات درمانی و مراقبتی را در دسته های زیر بررسی نمود:

الف) تصمیم گیران بالینی

فرآیندهای تصمیم گیری بالینی، بر تشخیص (تجزیه و تحلیل وضعیت بیمار) و پیش بینی تأثیر گزینه های درمانی بر بیمار تأکید می کند (۱۸). تصمیم گیران بالینی دو گروه هستند:

۱- **پزشکان:** پزشکان پزشکی را تمرین می کنند و نگران ارتقاء یا ترمیم سلامتی و معلولیت هستند (۱۹). اما این واقعیت نیز شناخته شده است که ممکن است پزشکان تا حدودی در سیاست های بیمارستان اثر بگذارند (۲۰). درگیری پزشکان در تصمیم گیری دو شکل اصلی دارد: رسمی و غیر رسمی. حالت های اصلی درگیری رسمی پزشک در تصمیم گیری در بیمارستان شامل: شرکت در جلسات هیئت امنا و در ساختار هیئت مدیره، مدیریت و کادر پزشکی است. روش های اصلی درگیری غیررسمی شامل: تعامل با هیئت مدیره، مدیران، کارمندان پزشکی و پرستاران است (۲۱).

۲- **پرستاران:** وظایف آنها شامل برنامه ریزی و مدیریت مراقبت از بیماران، نظارت بر کارکنان مراقبت های بهداشتی و کار با پزشکان و دیگران در استفاده عملی از اقدامات پیشگیرانه و درمانی در محیط های بالینی و جامعه است (۱۹).

ب) تصمیم گیران غیر بالینی

تصمیمات غیر بالینی ماهیت اداری دارند. آنها شامل هیچ نوع درمان پزشکی یا آزمایش نمی شوند. به عنوان مثال، تصمیمات غیر کلینیکی توسط مدیران بیمارستان و پرسنل اداری اخذ می شوند. اگرچه برخی از تصمیم گیرندگان غیر بالینی با بیماران تعامل دارند، اما آنها خدمات پزشکی ارائه نمی دهند که شامل موارد زیر هستند:

۱- **هیئت مدیره (هیئت امنا):** یک بیمارستان توسط یک هیئت مدیره تحت نظارت است (۲۲). آرنوین^۱ (۲۰۰۲) نقش هیئت مدیره را به عنوان ایجاد کننده سیاست ها، برنامه استراتژیک و نظارت توصیف کرد (۲۳). میلار^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نقشی را که هیئت مدیره در کیفیت و امنیت بیمار ایفا کرده است، شرح دادند (۲۴). کولیکا^۳ و پریزو^۴ (۲۰۰۹) بر نقشی که هیئت مدیره در رابطه با عملکرد مالی ایفا کردند، متمرکز شدند (۲۵). بیگز^۵ (۲۰۱۱) به عبارت ساده اذعان داشت،

¹ Arnwine

² Millar

³ Culica

⁴ Prezio

⁵ Biggs

مدیریت پیشنهاد می کند و هیئت مدیره تصویب می کند. بنابراین مطالعات قبلی بر اهمیت تمایز بین حاکمیت و مدیریت تأکید کرده اند (۲۶).

۲- تیم مدیریت اجرایی بیمارستان: تیم مدیریت اجرایی بیمارستان که شامل مدیر ارشد اجرایی (مدیرعامل یا رئیس بیمارستان)، مدیر ارشد عملیات اداری مالی (معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان)، رئیس ارشد پزشکی (معاون درمان و معاون آموزشی بیمارستان)، مدیر ارشد مالی و رئیس ارشد پرستاری (مترون) است. آنها در تصویب بودجه، تخصیص منابع، دستیابی به فناوری و برنامه ریزی استراتژیک، بهبود و تلاش برای کیفیت بالینی و کنترل اختلافات، تصمیم گیری و نقش ایفا می کنند (۲۷-۳۲).

۳- مدیران میانی: یک مدیر میانی شکاف بین پزشکان و مدیران ارشد و کارمندان حرفه ای (تخصصی) را پر می کند. امبرتسون^۱ (۲۰۰۶) در مورد نقش هایی که مدیران میانی در کاهش بودجه، اهداف سازمان و اهداف اختصاصی بازی می کنند، بحث کرد و اینکه آنها همچنین ارزش ها را در کارکنان با توسعه روابط، حمایت و تشویق تقویت می نمایند (۳۳). بیرکن^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نظریه ای درباره چگونگی تأثیرگذاری مدیران میانی بر اجرای نوآوری مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه دادند. آنها غالباً از پیشینه های حرفه ای متنوعی برخوردار هستند، عملکردهای متنوعی دارند و تمایل دارند موقعیت های متنوعی را به خود اختصاص دهند. لی-مین (۲۰۰۷) دریافت که مدیران پرستاری سطح میانی بیشتر به مسائل مربوط به کنترل مدیریت توجه داشته اند (۳۴). مطالعات مربوط به مدیران میانی پراکنده است و مطالعات قبلی بیشتر بر مسئولیت های آنها متمرکز بوده است، اما تصمیمی را که می گیرند توصیف نکرده اند.

۴- مدیران سطح اول (سطح عملیات): یک مدیر سطح اول، که بعضاً به عنوان مسئول واحد یا سرپرستار یا ناظم فنی توصیف می شود، مسئولیت رسیدگی به مسائل مربوط به پرسنل در یک بخش خاص و انجام کارهای روزانه در یک سازمان بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. اگرچه اندازه بیمارستان بر نقش مدیران سطح اول تأثیر می گذارد، بیگان^۳ (۲۰۱۱) پیشنهاد کرد که آنها می توانند ساختار، استراتژی ها و فرهنگ سازمان را برای بهینه سازی مراقبت های مشترک بین حرفه های مختلف در بیمارستان شکل دهند (۳۵). مدیر پرستاری سطح اول (سرپرستار) مسئولیت استانداردهای مراقبت از بیمار، نظارت و توسعه کارکنان، برنامه ریزی و کنترل مالی و مدیریت محیط را بر عهده دارد (۳۶). آکرون و کرافورد^۴ (۱۹۹۶)

¹ Embertson

² Birken

³ Begun

⁴ Acorn & Crawford

دریافتند که مدیران پرستاری غالباً مسئولیت بیش از یک واحد پرستاری و تا حدود ۱۷۵ پرسنل را بر عهده داشتند و بودجه های چند میلیون دلاری را مدیریت می کردند. آنها همچنین در ادغام فرهنگی و حفظ و نگرش مستقیم کارکنان نقش دارند (۳۷، ۳۸).

با توجه به مطالب فوق می توان گفت که بیمارستان یک سیستم پیچیده است که شامل بخش ها، واحدها، افراد و بازیگرانی است که دارای ترکیبی از ابهام، عدم اطمینان در مورد اطلاعات و ترجیحات متنوع است که پیچیدگی در هر فرآیند تصمیم گیری آن با درک وظایف و اهداف حرفه های مختلف به عنوان ذینفع افزایش می یابد (۳۹). این ذینفعان از یک طرف به دنبال ارتقا، حفظ و بازگرداندن سلامت جسمی هستند (۴۰)، اما از طرف دیگر تحت فشار برای پاسخگویی در جهت افزایش تقاضا، ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها و افزایش درآمدها می باشند (۴۱-۴۴). برای همین با وجود پیشرفت در تکنولوژی پزشکی که منجر به تشخیص و درمان بیماری ها شده است، کارآیی، ایمنی و هزینه اثربخشی ارائه خدمات بهداشتی درمانی نسبتاً بهبودی نداشته است، این عدم بهبود می تواند به علت تصمیم گیری ها در بیمارستان ها باشد چرا که ممکن است اقداماتی انتخاب شوند که با استراتژی کلی سازمان مطابقت نداشته باشد (۴۴، ۴۵). بنابراین این سوالات وجود دارد که کانون های تصمیم گیری در بیمارستان چگونه است. آیا قدرت تصمیم گیری در داخل واحد (مدیران خط اول و کارکنان حرفه ای) وجود دارد یا در سطح بالاتری در سازمان (پزشک سرپرست و سرپرستار) و یا در خارج از سازمان (اتحادیه ها، سیاستمداران) است (۳۹، ۴۶، ۴۷).

برای درک ضرورت تصمیم گیری، ابتدا باید بیمارستان ها، به عنوان یک نوع سازمان مدنظر قرار بگیرند و باید از تئوری تصمیم گیری سازمانی استفاده شود. تمایل به درک تصمیم گیری در سازمان ها، یک جریان تحقیقاتی کامل را شکل داده است بطوریکه می توان تصمیم گیری را به عنوان جنبه اصلی رفتار یک سازمان مورد بررسی قرار داد (۱۶). برای بررسی و شناخت کانون های تصمیم گیری در بیمارستان ها می توان از تئوری های رفتاری بیمارستان ها استفاده کرد (۴۸). مدل های رفتاری برای اجراء اغلب مختصر و دشوار هستند اما آنها یک دید برای رفتار انسان ها ارائه می دهند. هر سازمانی ممکن است با یک موقعیت منحصر به فرد مواجه باشد که به یک مدل ویژه برای نشان دادن آن نیاز خواهد داشت (۴۹). این نظریه ها تصمیم گیران را در گروه های متفاوتی طبقه بندی می کنند و نشان می دهد که بیمارستان چگونه بر اساس تعادل بین این کانون ها مسیر خود را طی می کند (۴۸). در ادامه به مهمترین آنها می پردازیم:

الف) مدل نیوهاوس^۱ یا کمیت-کیفیت خدمات^۲ (۱۹۷۷)

بیمارستان مدل نیوهاوس به بررسی تمایل به ارائه خدمات به جامعه که کیفیت مراقبت ها اغلب به اندازه کمیت آن دارای اهمیت است می پردازد. در این مدل بیمارستان محدودیت بودجه دارد و برای ارائه خدماتی که سودآور نیستند سوبسید دریافت می کند. در این مدل تصمیم گیران ارشد در بیمارستان شامل هیئت مدیره، مدیر بیمارستان و پزشکان می باشند که بهترین ترکیب دلخواه از کمیت و کیفیت ارائه مراقبت ها را با توجه به نقطه سر به سری (که درآمد باقیمانده بیمارستان صفر است) انتخاب می کنند تا هدف به حداکثر رساندن نفع خارجی به جامعه تحقق یابد. این کمیت و کیفیت از طریق معیارهایی قابل اندازه گیری است مثلاً برای کمیت؛ تعداد روزهای بستری، تعداد بیماران درمان شده. برای کیفیت؛ نسبت پرسنل به بیمار یا نسبت پرسنل متخصص به بیمار یا دسترسی به آزمایش های مشخص را پیشنهاد می کند (۵۰). مدل نیوهاوس یک تئوری رفتاری است که رفتار بیمارستان را دو حوزه کمیت و کیفیت تعریف می کند سپس برای هر یک از این حوزه ها موضوعاتی (شاخص های کمی و کیفی) را که برای بیمارستان مهم هستند مد نظر می گیرد. بعد براساس اینکه چه کسانی برای اجرای این شاخص ها در بیمارستان تصمیم گیری می کنند کانون های تصمیم گیری در بیمارستان را مشخص می کند. در این مدل سه گروه تصمیم گیر (پزشکان، مدیران و هیئت مدیره) شناسایی شده اند که با در نظر گرفتن سطحی از کمیت و کیفیت خدمات تصمیم گیری انجام می دهند. اما در مورد شاخص های تصمیم گیری بطور ضمنی بحث نموده است و بطور آشکار آنها را بررسی و مشخص نکرده که یک خلاء دانشی در این خصوص وجود دارد.

ب) مدل فلیپسون و لاکداوالا^۳ یا سود-انحراف^۴ (۲۰۰۶)

فلیپسون و لاکداوالا بیمارستان را به گونه ای متفاوت و به عنوان ترکیبی از نوع دوستی (نسخه ای که در آن تصمیم گیرنده هیچ توجهی به سود شخصی خود ندارد) و انگیزه های مرتبط با سود (که در آن تصمیم گیرندگان بر سود حاصل از خدمات سلامت نیز توجه دارند) در نظر گرفته اند که در آن بیمارستان هم برای سود و هم برای خدمات نوع دوستانه به جامعه ارزش قائل است و رفتار ورود و خروج بیمارستان به بازار را در پاسخ به تغییر شرایط بازار و مقررات دولتی مشخص می کند (۵۱). مدل فلیپسون و لاکداوالا، مدل نیوهاوس را با سودآوری در هدف و عملکرد شرکت تعمیم می دهد و به بررسی رفتار بیمارستان در تعادل می پردازد اما در مورد تصمیم گیرندگان بحث نمی کند (۵۲). در این مدل هدف هم می تواند

¹ Newhouse

² The Quality-Quantity

³ Lakdawalla and Philipson

⁴ Profit-Deviating

حداکثرسازی سود و هم حداکثر سازی ارایه خدمات باشد. اما با توجه اینکه کدام هدف غالب می شود، حاشیه سود بالا یا پایین منتج خواهد شد. در این مدل علاوه بر اینکه صحبتی در خصوص تصمیم گیرندگان نمی کند درباره معیارهایی که بوسیله آنها بتوان تصمیم گیری را مشخص کرد هم نمی شود.

(ج) مدل پائولی- ردیش^۱ یا تعاونی پزشکان^۲ (۱۹۷۳)

مدل تعاونی پزشکان، بیمارستانی را به تصویر می کشد که تحت کنترل پزشک برای به حداکثر رساندن درآمد متوسط پزشکان تلاش می نماید. در این مدل مبنای انتخاب درون دادهای بیمارستان به حداکثر رساندن درآمد باقی مانده پزشکان است. این مدل در واقع کنترل غیر رسمی توسط پزشکان را ثابت می کند که بطور موثری گزینه هایی را انتخاب می کنند که در راستای به حداکثر رساندن بهره مالی پزشکان به عنوان مجموعه ای قاطع از تصمیم گیرندگان است (۵۳). مدل پائولی و ردیش^۳ آنچنان نیست که بتواند واقعیت های تلطیف شده از بازار بیمارستان را توضیح دهد و دارای این محدودیت است که نویسندگان در صورت رقابت با تولید مختلط، پیامدهای تعادلی را از مدل خود به دست نمی آورند (۵۲). زیرا در این مطالعه فرض این است که هدف بیمارستان فقط حداکثرسازی سود است و بیمارستان فقط توسط عده ای از پزشکان کنترل می شود.

(د) مدل هریس^۴ (۱۹۷۷)

مدل هریس در اینکه واقع گرایی بیشتری را به تصویر بیمارستان می افزاید متمایز است. هریس بیمارستان را به عنوان برون داد دو شرکت غیرتعاونی در تعامل با هم که در یک طرف مدیران و در طرف دیگر پزشکان قرار دارند به تصویر می کشد. هریس عنوان می کند که ساختار داخلی بیمارستان در واقع دو بنگاه مجزاست که به روش پیچیده ای با یکدیگر در تعامل هستند. دو گروه قدرت اصلی در بیمارستان ها؛ گروه پزشکان و گروه هیئت مدیره هستند. گروه هیئت مدیره به عنوان تامین کننده درون دادها عمل می کنند و گروه پزشکان به عنوان متقاضی (دروندها) عمل می کنند و در نهایت منافع متضادی دارند (۵۴). در این مطالعه فقط دو گروه تصمیم گیر در بیمارستان معرفی می شوند و نقش سایر گروه ها نادیده گرفته می شود و در مورد نحوه تصمیم گیری آنها و شاخص ها مطلبی بیان نمی شود. در زمینه رفتار بیمارستان، پژوهش های دیگری انجام

¹ Mark Pauly and Michael Radisch

² Phisicion Cooperative

³ Pauly and Redisch

⁴ Harris

شده است که یا مطالعات آنها (فلدستین^۱ ۱۹۷۱ و هانسمن^۲ ۱۹۸۱) منجر به ارائه مدل نشده است (۵۲) و یا در آن به تصمیم گیران در بیمارستان اشاره ای نشده است (۵۵-۵۷).

۲-۱-۳) مفهوم و تعریف تقاضای القایی

مطابق با فرضیه القایی پزشک، یک پزشک می تواند بر پایه اطلاعات دارویی بیشتری که نسبت به بیمار دارد وی را مجبور کند که داروهای بیشتری را مصرف کند. لذا این عدم تقارن منجر به مشکلاتی می گردد. در یک بازار معمولی اگر تعداد عرضه کنندگان فزونی یابد در نتیجه بازار رقابتی تر گشته و سطح قیمت در این بازار پایین می آید. اما هنگامی که ما به بررسی و بیان تقاضای القایی پزشک در بازار مراقبت دارویی می پردازیم، ذکر می شود که یک افزایش در تعداد سرانه پزشکان منجر به افزایش تقاضا برای خدمات دارویی می گردد. لذا در صورت برقراری و صحت فرضیه تقاضای القایی پزشک رقابت میان پزشکان منجر به استفاده از مراقبت های دارویی غیرضروری خواهد شد (۵۸). تقاضای القایی در سلامت به مفهوم ارائه خدمات غیرضروری و یا مازاد به بیماران یا مراجعه کنندگان با نیت های مختلف می باشد (۵۹).

تقاضای القایی یک پدیده پیچیده و چندوجهی است که باعث تقابل نیاز نامحدود با منابع محدود شده، موجب بالا رفتن سهم مردم در هزینه های سلامت و همچنین رشد شاخص هزینه های تحمل ناپذیر می شود (۶۰). با این فرض که اکثر هزینه های درمان توسط بیمار یا سازمان بیمه گر پرداخت شود، باز هم تقاضای القایی در نهایت کارایی را کاهش می دهد و موجب می شود تا درآمد ملی به طریق هزینه - اثربخش تخصیص داده نشود. این وضعیت می تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل بین عرضه و تقاضا را در بازار سلامت بر هم زند و باعث تحمیل هزینه های غیرضروری بر بیمار و هدر رفت وقت او شود. در برخی موارد نیز با تجویز دارو خدمات پاراکلینیکی غیرضروری و تشخیص و درمان نامناسب نه تنها بیمار بهبود نمی یابد بلکه عوارض جدید نیز در گیرندگان خدمت برجای می گذارد و در سطح ملی ضرر و زیان های اقتصادی چشمگیری، به خصوص زمانی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می کند ایجاد می شود (۶۱، ۶۲).

۲-۲) مرور متون

بهبهانی و اسماعیلی (۱۳۹۷) تقاضای القایی پزشکی از سوی ارائه کنندگان خدمات سلامت را مورد بررسی قرار دادند. بیشترین علل ناشی از عملکرد پزشکان شامل تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی مورد و

¹ Feldestein

² Hansman

زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها و عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی بودند. در این مطالعه اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور به عنوان مهم‌ترین راه کاهش تقاضای القایی ایجاد شده توسط پزشک گزارش شد (۶۳).

انصاری و همکاران (۱۳۹۷) در تحلیل داده‌های پژوهش خود برای تقاضای القایی ۶ مقوله و ۴۰ زیر مقوله شامل عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست گذاری و عوامل اجتماعی موثر بر کاهش تقاضای القایی را شناسایی کردند (۶۴).

امیر اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود برای بررسی تقاضای القایی از اثرات متغیرهای توضیحی بر متغیرهای هزینه و زمان کل استفاده کردند، نتایج بدست آمده نشان داد بیشترین اثر مربوط به نوع قرارداد پزشک است و بارزترین اثر را بر هزینه و زمان دارد (۶۱).

نتایج مطالعه کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که تقاضای القایی منجر به چالش‌هایی برای سیستم سلامت، بیمار و سازمان‌های بیمه‌گر می‌شود. تخصیص نادرست منابع، افزایش تقاضای خدمات، کاهش کیفیت خدمات، مخدوش شدن عدالت در سلامت، مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی، عدم آرایه درمان واقعی در مراکز دولتی، افزایش سالیانه سهم سلامت از GDP و GNP، کاهش سهم هزینه‌ها در بخش بهداشت و پیشگیری، سردرگمی بیمار، افزایش سهم پرداخت از جیب مردم، پایین نگه داشتن تعرفه در بیمه، محدود شدن خدمات تحت پوشش و انتظار غیر واقعی از بیمه‌ها برای تایید داروهای غیرضروری از جمله چالش‌های مطروحه در این مطالعه بود (۶۵).

ورهرامی (۱۳۸۸) در مطالعه خود بیان کرد خدمات سرپایی و بیمارستانی جانشین یکدیگر هستند و یک تغییر در نرخ جمعیت پزشک منجر به تغییر در نرخ استفاده از مراقبت‌های بیمارستانی نسبت به استفاده از مراقبت‌های سرپایی می‌گردد و ممکن است این تغییر به گونه‌ای در تغییر مخارج دارویی افراد نمایان گردد. او در مطالعه خود تا حدودی وجود تقاضای القایی پزشک را تایید نمود (۵۸).

در مطالعه که توسط عبدلی و همکاران (۱۳۸۴) در تهران، بر روی بررسی تقاضای القایی پزشکان انجام شد؛ از دو متغیر وابسته تعداد آزمایشات، زمان کل و از دو گروه پزشکی با دو نوع قرارداد متفاوت برای مدل استفاده نمودند (حقوق بگیر، شاغل در مطب خصوصی)؛ با وجود تفاوت‌ها از لحاظ نوع قرارداد و متغیرهای لحاظ شده، نتایج به دست آمده تاثیر متغیرهای جنس بیمار،

سن بیمار و نوع قرارداد پزشک بر هزینه کل و زمان کل (وجود فرضیه تقاضای القایی در نوع قرارداد کارانه) را نشان می‌دهد، که بالاترین اثر در هزینه و زمان را نوع قرارداد پزشک دارد که وجود تقاضای القایی در نوع قرارداد کارانه را تأیید می‌کند (۶۶).

شیجی یوکا و فوشیمی (۲۰۱۴) در ژاپن با مطالعه بر روی اسناد و مدارک مالی بیمارستانی نشان دادند در صورت استفاده از مکانیسم پرداخت بیمه‌ای آینده‌نگر در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان این بخش از بیمارستان قابلیت سوددهی دارد و به محض تغییر روش به سایر مکانیسم‌های پرداخت، بیمارستان‌ها با دست کاری در گزارش‌ها و افزایش طول اقامت بیمار موجب افزایش هزینه‌ها می‌شوند. این خود یک القای تقاضای ارائه دهنده خدمات است (۶۷).

لی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه بر روی داده‌های آماری موجود در نظام سلامت چین با توجه به فرضیه القایی ارائه دهنده خدمت نشان داد کاهش کمک‌های مالی دولتی به بیمارستان‌ها عرضه خدمات را کاهش نمی‌دهد، بلکه در دراز مدت تفاوت آن در رشد هزینه‌ها در جریان عرضه مراقبت‌های بهداشتی و دارو به عنوان عامل خارج از بیمارستان نمایان می‌شود (۶۸).

آمپورفو^۱ (۲۰۱۱) بیان کرد که تقاضای القایی ممکن است باعث شود بیمار هزینه‌های زیادی بپردازد، بدون آن که سلامت بیمار تغییری کند. افزایش هزینه‌ها ممکن است به علت مقدار یا ماهیت استفاده از خدمات باشد. تقاضای القایی می‌تواند هزینه‌های اضافی را به بیماران در زمان صرف شده در بیمارستان به جای گزینه‌های دیگر تحمیل کند. در نتیجه تقاضای القایی هزینه‌های غیر مستقیم زیادی به بیماران تحمیل می‌کند (۶۹).

آندراده و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود بر روی داده‌های موجود در یک مرکز تصویر برداری و توموگرافی مغناطیسی در منطقه‌ای از برزیل به این نتیجه رسید که اطلاع مردم از عرضه یک خدمت جدید مثل تصویربرداری یا یک روش جراحی یا استفاده از یک فناوری بالا در درمان منجر به افزایش استفاده بدون نیاز واقعی به آن خدمت می‌شود (۷۰).

پتک استر^۲ و دیگران (۲۰۰۸) با استفاده از داده‌های مقطعی ۴۲ پزشک عمومی اسلوانیا و ۳۰۰ ویزیت برای هر کدام، به بررسی عوامل مؤثر بر مدت زمان مشاوره پزشکان پرداختند. آن‌ها دریافتند که مدت زمان ویزیت به ویژگی‌های بیمار از قبیل جنسیت، سن، تحصیلات، تعداد مشکلات سلامتی و تغییر پزشک در یک سال اخیر و ویژگی‌های پزشکان از قبیل سن پزشک، حجم کاری پزشک و نوع مراجعه (مشاوره یا آزمایش بالینی) بستگی دارد (۷۱).

تای سیل^۳ و دیگران (۲۰۰۷) با استفاده از یک نمونه ۳۹۲ نفری از ویزیت‌های پزشکان در سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ در ایالات متحده و با به کارگیری یک روش تجزیه و تحلیل ویدئویی به بررسی این سؤال پرداختند که زمان ویزیت، چگونه بین بیماران

¹ Amporfu

² Petek Ster

³ Tai Seal

سالمندی که به پزشکان مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، سپری می‌گردد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد که عوامل کلان مربوط به هر مکان مثل ساختار سازمان و انگیزه‌های مالی پزشک بیشتر از ماهیت مشکلی که بیماران دارند، بر طول زمان معاینه اثر می‌گذارند (۷۲).

سائول^۱ (۲۰۰۶) در گزارش خود بیان کرد که تعداد زیادی از بیماران برای منفعت مالی فرستاده می‌شوند که این هزینه‌ها در حدود ۴۰۰۰ دلار به ازای هر بیمار است که مدیکر^۲ آن را پرداخت می‌کند (۷۳).

لابل^۳ و همکاران (۱۹۹۴) مطرح کردند که منافع شخصی پزشک همراه با عدم تقارن اطلاعات در تقاضای القایی باعث سرویس دهی نامناسب می‌شود (۷۴).

بلومثال^۴ و دیگران (۱۹۹۹) با استفاده از داده‌های مراقبت‌های درمانی ایالات متحده برای سال ۱۹۹۲ و ۱۹۹۱ به تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر مدت زمان ارائه خدمات پزشکی پرداختند. نتایج تحقیق آن‌ها حاکی از آن است که مدت زمان ارائه خدمات پزشکی تحت تأثیر عواملی همچون قدیمی یا جدید بودن بیمار و تعداد آزمایش‌های تشخیصی توصیه شده می‌باشد (۷۵).

۳-۲ روش کار و چارچوب طرح

۳-۲-۱ روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می‌باشد که با ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به حدود ۶۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۹ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می‌دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر پزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیات علمی، ۳۰۰ عضو هیات علمی و ۵۰۰ فراگیر در رشته‌های مختلف پزشکی فعالیت دارند. به طوری که این مرکز علاوه بر درمان بیماران مراجعه کننده به عنوان یک پایگاه تحقیقات آموزش پزشکی و یک مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان و دانش پژوهان رشته‌های علوم پزشکی در دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی می‌باشد.

مراحل انجام پروژه شامل گام‌های زیر می‌باشد:

¹ Saul

² Medicare

³ Labelle

⁴ Blumenthal

- شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه
- مطالعه، طراحی و برنامه ریزی
- مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی
- اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

جرقه اول شناسایی مساله:

جرقه اول پروژه از ابلاغ سقف بودجه بیمه سلامت برای بیمارستان شروع شد. نامه ای از دانشگاه به دست بیمارستان رسید مبنی بر اینکه برای کل سال مربوطه ما صرفاً مجاز به ارسال پرونده هایی با ارزش ریالی حدود ۱۰۰ میلیارد تومان در کل خواهیم بود و پرونده های مازاد بر آن از سمت سازمان بیمه سلامت پذیرش نخواهد شد. این مکاتبه و پیگیری هایی که در خصوص آن انجام شد یک تلنگر جدی به رئیس و معاونین بیمارستان زد معنی و اینکه خوب تکلیف چه میشود و با توجه به جدیت موضوع چگونه باید سوالات زیر را پاسخ دهیم؟

ا. به چه نحوی درخواست های آزمایش، تصویربرداری، مشاوره و ... که به صورت روتین یا چندین باره درخواست می شود، مدیریت می گردد؟

ب. چگونه مدت زمان اقامت بیماران در بیمارستان مدیریت می شود؟

ج. به چه طریقی کنترل دارو، لوازم مصرفی و ثبت دقیق آن در پرونده بیمار صورت می پذیرد؟

د. چگونه رئیس بیمارستان و معاونین می توانند میزان تجویزهای پزشکان را مورد پایش قرار دهند؟

ه. آیا روالی وجود دارد که رئیس بیمارستان، معاونین و همچنین پزشکان امکان مقایسه تجویزها در بین پزشکان با متخصصین همتا را در خصوص خدمات پاراکلینیک، دارو، تخت روز و داشته باشند؟

و. آیا ساز و کاری طراحی شده است که پزشکان بتوانند هر لحظه نسبت به میزان ریالی پرونده بیماران خود آگاهی یابند؟

ز. چگونه پزشکان می توانند دسترسی به گزارشات کسورات سازمان های بیمه گر را داشته باشند؟

ح. آیا بیماران پذیرش شده در اورژانس، بخش های مراقبت ویژه و بخش های عمومی به شکل صحیح در سرویس پزشک معالج قرار می گیرند؟

ط. آیا کاربران HIS اطلاعات لازم در مورد پزشک بستری کننده، پزشک معالج و پزشک اقدام کننده را دارند؟

ی. چه اختیاراتی بیمارستان در خصوص فراگیران گروه‌های پزشکی به ویژه رزیدنت‌ها دارد؟ بیمارستان با چه ابزار

و چه فرآیندی این اختیار را محقق می‌کند؟

ک. آیا میزان تجویزهای فلوشیپ‌ها و رزیدنت‌ها توسط پزشکان معالج به طور دقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد؟

ل. آیا فلوشیپ‌ها و رزیدنت‌ها می‌توانند به عنوان پزشک معالج بیمار در HIS تعریف شوند؟

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در یک جلسه بحث گروهی متمرکز

با حضور افراد مرتبط شامل دو نفر از اعضای هیات علمی بالینی، دو نفر از فراگیران، دو نفر از روسای بخش‌های بالینی، یک نفر سرپرستار، مسئول واحد HIS بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان و معاون آموزش و سلامت بیمارستان موضوع به بحث گذاشته شد. در جلسه مذکور ابتدا به مدت ۲۰ دقیقه موضوع به بحث گذاشته شد و سپس از هر فرد درخواست شد تا تأثیرات موضوع مدیریت تجویزها را روی یک کاغذ ثبت نماید. سپس از نفر اول درخواست شد موارد مدنظر خود را بگوید و موارد همزمان در یک فایل ورد تایپ و در معرض دید سایرین قرار گرفت و سپس از نفر دوم در جلسه خواسته شد مواردی که به این لیست اضافه می‌شود را بیان کند و این فرآیند تا نفر آخر ادامه یافت. در مرحله بعد یافته‌های حاصل از مرحله اول در یک نشست متخصصان با حضور اعضای کمیته مدیریتی بیمارستان، سه نفر از اعضای هیات علمی بالینی، مسئول واحد HIS بیمارستان و مسئول حسابداری درآمد بیمارستان یافته‌های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز بررسی گردید.

ابعاد مساله: مدیریت تجویزهای گروه‌های پزشکی (اعضای هیات علمی، فلوشیپ‌ها و رزیدنت‌ها) در بخش‌های بالینی

بیمارستان از جنبه‌های زیر می‌بایست مورد توجه و بررسی قرار گیرد:

• درمانگران و عملکرد ایشان در ارتباط با ارائه خدمات تخصصی

○ عدم اطلاع رسانی به بیماران در خصوص ارائه خدمت

○ عدم همکاری استاف در حضور مستمر

○ کنسلی یا تاخیر در اعمال جراحی

○ عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار

○ انجام ویزیت اولیه توسط فلوشیپ و رزیدنت

○ طولانی بودن مدت زمان انتظار بیماران

○ انجام خدمات توسط رزیدنت‌های سال یک و دو

● درمانگران و عملکرد ایشان در ارتباط با منابع و امکانات

○ کمبود تخت‌های بیمارستانی

○ مقاومت پزشکان و کارکنان در برابر تغییر

○ مدیریت ضعیف منابع

○ فرسودگی تجهیزات پزشکی بدلیل ماهیت بیمارستان آموزشی

○ کمبود منابع مالی

○ کمبود نیروی انسانی

● درمانگران و عملکرد ایشان در ارتباط با سازمان‌های بیمه‌گر

○ نامناسب بودن وضعیت استقرار بیمه‌ها در بیمارستان

○ نبود نظارت دقیق در بیمه‌ها

○ تمایل به افزایش مدت اقامت بیمار بر اساس نوع بیمه

○ وجود بیمه‌های تکمیلی و تقبل هزینه توسط آن‌ها

● درمانگران و رفتار ایشان در ارتباط با ساختار سازمانی

○ رایج نبودن راهنماهای بالینی

○ نقص در سیستم مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان

○ نظارت ناکافی بیمارستان بر فعالیت پزشکان و دستیاران

○ نادیده گرفتن اخلاق پزشکی

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان

جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا در

خواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث

شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰

نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد.

بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از دینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از دینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان دینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی دینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از دینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب سه مرحله به شرح ذیل انجام شد.

مرحله اول: بررسی متون و تجربیات موجود: در این مرحله به منظور اطلاع از تجربیات موجود و همچنین متون

مرتبط با مدیریت تجویزها اقدام به بررسی مستندات، مقالات و کتب مرتبط با مدیریت تجویز پزشکان با عناوین زیر شد:

- ا. روش اجرایی استقرار نظام گروه های تشخیصی وابسته در کشور های مختلف
- ب. نظام کنترل هزینه های بیمارستانی با تأکید بر هزینه های پرونده های پزشکی در سیستم سلامت ملی انگلستان
- ج. بررسی تئوری های مرتبط با نحوه شکل گیری رفتار بیمارستان و سهم پزشکان در نظام تصمیم گیری بیمارستان
- د. بررسی مقالات با موضوعات مرتبط با مدیریت تجویز پزشکان و همچنین راهکارهای کنترل هزینه در سطح بیمارستان ها
- ه. بررسی کتاب های مرتبط با موضوع مدیریت و اقتصاد بیمارستان و با محوریت محتوای قابل استفاده در مدیریت تجویز بیمارستان ها

مرحله دوم تولید چهارچوب اولیه دستورالعمل مدیریت تجویز پزشکان برای مدیریت سقف بودجه ای بیمه

سلامت: در این مرحله به صورت عمده از روش نشست متخصصان استفاده شد. اعضای نشست شامل دو نفر دکترای تخصصی اقتصاد سلامت، یک نفر دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دو نفر متخصص بالینی و یک نفر متخصص سیستم های اطلاعات بیمارستانی و نرم افزارهای کامپیوتری بود. در این نشست یافته های خلاصه شده حاصل از مرحله قبل ابتدا ارائه گردید و به سوالات اعضای نشست در خصوص مستندات بررسی شده پاسخ داده شد و جزئیات بیشتر در موارد درخواست شده ارائه گردید. مجموعاً در این مرحله پنج نشست تخصصی حدود ۱۲۰ دقیقه ای برگزار شد. در این نشست ها پیش نویس دستورالعمل مدیریت تجویزها تدوین شد.

مرحله سوم: بررسی پیش نویس دستورالعمل تهیه شده با حضور ذینفعان کلیدی: در این مرحله که عمدتاً با

استفاده از بحث گروهی متمرکز انجام شد، از روسای بخش های بالینی و همچنین مدیران گروه های آموزشی دعوت شد تا پیشنویس تهیه شده را مورد بررسی و نقد قرار دهند. در این جلسه ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه پیش نویس دستورالعمل تهیه شده ارائه گردید. سپس از هر یک از اعضاء درخواست شد بر روی کاغذ های سفیدی که در اختیار داشتند نکات مورد نظر خود را به مدت ۱۵ دقیقه یادداشت نمایند. در مرحله بعد و به صورت داوطلبانه از هر یک از گروه های آموزشی درخواست شد که یک نفر نظرات و بیانات خود را ارائه دهد. مجموعه پنج نفر هر کدام به مدت ۵ دقیقه نظرات خود را ارائه دادند. در مرحله پایانی مجدد از افراد شرکت کننده درخواست شد لیست و نکات اولیه که روی کاغذ نوشته بود را مجدداً مورد بازبینی قرار دهند و در صورتی که بعد از توضیحات همکارانشان مطلبی را می بایست به آن اضافه کنند اضافه کنند. در پایان کلیه برگه ها جمع آوری شد و نظرات ایشان در یک نشست متخصصان شامل افراد حاضر در مرحله قبل مورد بررسی قرار گرفت. در برخی موارد که نیاز به حضور فرد نویسنده بود از ایشان دعوت شد در حضور ایشان و پیشنهادات مورد بحث قرار گرفت. نتیجه این چند جلسه دستورالعملی بود که تا حدودی مورد توافق ذینفعان اصلی نیز واقع شده بود.

مرحله چهارم: تصویب دستورالعمل در تیم مدیریتی بیمارستان و اخذ نظرات ستاد دانشگاه: در این مرحله

دستورالعمل تدوین شده در تیم مدیریت مدیریتی بیمارستان ارائه شد و مورد تصویب قرار گرفت. علاوه بر این دستورالعمل به صورت مکتوب برای معاونت درمان دانشگاه ارسال گردید و جلساتی نیز با مدیران مرتبط ستادی به ویژه مدیر اقتصاد درمان دانشگاه برگزار گردید و نظرات اصلاحی ایشان نیز در دستورالعمل پیاده سازی گردید.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه در خصوص نسخه نهایی دستورالعمل و سامانه طراحی شده برای استقرار دستورالعمل نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه ۲ (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه ۳ (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردید (شکل ۳).

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا تغییر زیر ساخت HIS برای شناسایی پزشک معالج تعریف گردید. سپس برای کلیه پزشکان، کارشناسان مدیریت اطلاعات سلامت بخش (کارشناس HIM) و

کاربران HIS یک دوره آموزشی تعریف شد. بعد از این دوره، فرآیند اجرای آزمایشی آغاز گردید. نتایج اجرا در قالب پیامک و ایمیل بازخورد داده شد. به جهت پایدار سازی فرآیند اقدامات لازم برای طرح موضوع در هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی مشهد و توسعه فرآیند طراحی شده در سایر بیمارستان‌ها انجام شد. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است)

۲-۳-۲) چارچوب طرح

عنوان

دستورالعمل مدیریت تجویز ها در سطح بیمارستان در پاسخ به سیاست مبتنی بر بودجه گلوبال از سمت

سازمان های بیمه گر

ماده یک: مقدمه و کلیات: پزشکان به عنوان کانون اصلی تصمیم گیری و سفارش خدمات درمانی در بیمارستان ها هستند کنترل هزینه ها جز با مشارکت و خودکنترلی پزشکان در بیمارستان ها به نظر عملی نمی باشد ابلاغ سقف بودجه ای بیمه سلامت باعث شد که دستورالعمل فعلی با هدف ایجاد یک سیستم به منظور خودکنترلی هزینه ها از طریق پزشکان در نقش پزشک معالج تدوین و اجرایی گردد.

ماده دو: اهداف

- ا. بهینه سازی تجویز پزشکان به منظور مدیریت سقف بودجه تعیین شده برای بیماران تحت پوشش بیمه سلامت
- ب. ایجاد یک رقابت مثبت بین پزشکان از طریق یک سیستم الگو کاوی و معرفی بنچمارک ها در حوزه تجویز های منطقی
- ج. استفاده از ظرفیت ثبت کد های تشخیصی در پرونده های پزشکی به منظور تحلیل منابع صرف شده برای مدیریت بیماران
- د. ایجاد یک مکانیسم خودکار برای تضمین دریافت خدمات توسط بیماران اورژانسی

ماده ۳: فرایند اجرایی دستورالعمل

به منظور دستیابی به مدیریت تجویزها در سطح بیمارستان فرایند زیر طی خواهد شد

- ا. لیست کردن کلیه پزشکان با مشخصات ایشان شامل رشته تخصصی و فوق تخصصی فعالیت
- ب. قرار دادن پزشکان در قالب دپارتمان هایی که به لحاظ رشته همگن هستند. در این خصوص برای گروه هایی مانند گروه آموزشی داخلی دپارتمان ها شامل عناوینی مانند دپارتمان گوارش، ریه، هماتولوژی و مواردی از این دست خواهد بود. پزشکان حاضر در هر یک از این دپارتمان ها به لحاظ فعالیت کاملاً همگن هستند. به عبارت دیگر در این دپارتمان ها امکان فعالیت پزشکان مختلف برای تشخیص های مشابه وجود خواهد داشت.
- ج. برآورد سقف ریالی پرونده هایی که پزشکان هر یک از دپارتمان ها به عنوان پزشک معالج مدیریت درمان بیماران مذکور را در سال گذشته برعهده داشتند.
- د. محاسبه کل مبلغ همه پرونده هایی که توسط پزشکان دپارتمان در طول یک سال گذشته تحت معالجه بودند.
- ه. تخصیص میانگین ۵۰ درصد از کل مبلغ مربوط به هر دپارتمان برای پذیرش بیماران اورژانس بدون سقف برای هر یک از پزشکان فعال در دپارتمان.
- و. ارائه گزارش عملکرد پزشکان دپارتمان بر اساس درمان بیماران با تشخیص های مشابه و همچنین سرانه تجویز خدمات تصویربرداری، آزمایشگاهی و سایر خدمات پاراکلینیک به تفکیک هر یک از پزشک دپارتمان و پیشنهاد سقف فعالیت هریک از پزشکان بر اساس عملکرد سال گذشته برای رئیس بخش و رئیس دپارتمان و مدیر گروه آموزشی
- ز. تغییر مقدار عملکرد هر یک از پزشکان توسط رئیس دپارتمان با توجه به سیستم بنچ مارکینگ ایجاد شده و همچنین با توافق بین اعضای گروه
- ح. نظارت مدیریتی و نحوه تخصیص و تعیین سقف ریالی عملکرد هر پزشک به عنوان پزشک معالج در دپارتمان های تعریف شده توسط معاون آموزش و سلامت بیمارستان و بررسی گزارش های عملکردی در کمیته های اقتصاد درمان بیمارستان

ماده ۴: سایر موارد اجرایی

- ا. رئیس دپارتمان موظف می باشد به صورت ماهانه جلساتی را با پزشکان دپارتمان برگزار و نسبت به بررسی گزارشات عملکردی هر یک از اعضا اقدام نماید.

- ب. در هر حال اولویت پذیرش بیمار و تخصیص سقف ریالی تعیین شده با بیماران اورژانس می باشد. لذا رئیس دپارتمان می بایست بر اساس تعداد بیماران اورژانس و گزارش های آنلاین وضعیت مصرف سقف ریالی دپارتمان نسبت به تعیین سهم خدمات اورژانس از کل مبلغ دپارتمان اقدام نماید.
- ج. مسئولیت تعیین سهم هر یک از پزشکان فعال در دپارتمان و سهم بیماران اورژانس بر عهده رئیس دپارتمان خواهد بود.
- د. در مواردی که معاون آموزش سلامت بیمارستان به صورت کتبی درخواست تغییر سهم بیماران اورژانس از کل را داشته باشد رئیس دپارتمان موظف به اجرای آن خواهد بود علاوه بر این در مواردی که با بررسی معاون آموزش سلامت یا کمیته اقتصاد درمان بیمارستان و به استناد بررسی داده های عملکردی مربوط به درمان بیماران با تشخیص مشابه به صورت مکتوب از رئیس دپارتمان درخواست کاهش یا افزایش سهم هر یک از پزشکان ارائه شود، رئیس دپارتمان موظف به اصلاح سهم ها بر اساس آن می باشد.
- ه. همزمان با رئیس دپارتمان، مدیر گروه آموزشی، معاون آموزش سلامت، رئیس بیمارستان و معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان نیز به عملکرد پزشکان دسترسی و نظارت خواهند داشت.
- و. با توجه به چالش های موجود در خصوص صحت تشخیص های ثبت شده، رئیس دپارتمان موظف می باشد با مشارکت واحد پذیرش و مدارک پزشکی بیمارستان و از طریق کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت بخش نسبت به برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان، دستیاران و فلوشیپ های فعال در درمان بیماران جهت ثبت صحیح تشخیص ها اقدام نماید.
- ز. اداره مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان و کمیته مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت بیمارستان موظف به تولید محتوای آموزشی لازم برای افزایش کیفیت کدهای تشخیصی خواهد بود.
- ح. کلیه پزشکان می بایست به کارتابل ویژه خود دسترسی داشته باشند و به صورت پیامکی برای پزشکان به محض بستری بیمار به نام ایشان (به عنوان پزشک معالج) اطلاع رسانی صورت پذیرد.

فصل ۳

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

➤ **شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان**

➤ **نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا**

۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان طور که در فصل ۱ بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می باشند. این گروه که همانطور که در شکل ۳ (فصل اول) نشان داده شده است ذینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می گیرند و می بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد.

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه ۲ قرار گرفته اند. این ذینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائماً ذینفعانی که در این منطقه قرار می گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد.

ذینفعان در منطقه ۱، به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجیه شوند.

بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲

➤ ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

نمونه ای از مکاتبات در این مرحله در ادامه ارائه شده است.

شماره: ۹۷/۳۳۷۸۸۹
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۵/۱۹
پیوست: ندارد



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

باسمه تعالی

معاون محترم درمان دانشگاه

سلام علیکم

احتراما با توجه به سیاست های بیمه مبنی بر تعیین سقف ریالی بیمارستان ها در سال جاری و همچنین برنامه های دانشگاه در خصوص مدیریت منابع و کاهش هزینه های غیر ضرور، بیمارستان امام رضا (ع) برای اجرای این برنامه ها و با هدف مشارکت بیشتر پزشکان در این خصوص پیشنهاد ایجاد گرنت درمانی برای هر درمانگر مجاز به شرح ذیل خدمت جنابعالی ارائه میگردد.

موضوع: پیشنهاد برای اجرای موثر سقف ریالی بیمه و کاهش هزینه به ازای هر پرونده با استفاده از

ایجاد گرنت درمانی

جمعیت هدف: درمانگران مجاز در بیمارستان (پزشکان فعال در کلیه بخش های بیمارستان که می توانند به عنوان پزشک معالج فعالیت نمایند)

روش تعیین مبلغ گرنت درمانی: مبلغ گرنت درمانی هر درمانگر مجاز برای سال ۹۷ معادل ۷۵ درصد کارکرد پزشک در سال ۱۳۹۶ می باشد. این مبلغ مربوط به خدماتی می باشد که پزشک به عنوان پزشک معالج فعالیت داشته است و در فاز اول مربوط به پرونده های بیمه سلامت می باشد. مبلغ گرنت می تواند با نظر هیات اجرایی مرکز و با توجه به سیاستهای بیمارستان در خصوص توسعه برخی خدمات تغییر نماید. در این روش مبلغ گرنت هر پزشک معادل کل هزینه های پرونده پزشکی بیمار (در زمانی که وی پزشک معالج بوده است) می باشد و هم به صورت سالانه و هم ماهانه تعیین خواهد شد. پزشک می تواند با مدیریت هزینه پرونده و حذف و کاهش هزینه های غیر ضرور تعداد پرونده ها را افزایش داده و درآمد خود را نیز افزایش دهد. در صورت بهبود عملکرد پزشک و با تایید هیات اجرایی گرنت تشویقی به پزشک تعلق خواهد گرفت.

زیرساخت مورد نیاز: در HIS بیمارستان بایستی امکان بررسی آنلاین هزینه های پرونده به تفکیک پزشکان (در زمان هایی که ایشان پزشک معالج بوده اند) فراهم گردد و حسابداری درآمد بتواند نسبت به مدیریت آن

شماره: ۹۷/۳۳۷۸۸۹
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۵/۱۹
پیوست: ندارد



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

اقدام نماید. در صورتی که مقدار ریالی هزینه های پرونده پزشک به سقف گرنت وی برسد بعد از آن دیگر ایشان تا آغاز ماه بعد نمی تواند به عنوان پزشک معالج در فرآیند درمان بیمار مشارکت نماید. با نظر به اهمیت موضوع لطفا بررسی و ارشاد فرمایید. لازم به ذکر است بیمارستان امام رضا (ع) آماده همکاری و پایلوت پیشنهاد می باشد.

قائم مقام رئیس و معاون توسعه مدیریت و منابع مرکز

رونوشت:

- ریاست محترم دانشگاه جهت استحضار
- دبیر محترم کارگروه توزیع درآمدهای اختصاصی دانشگاه جهت استحضار
- مدیر محترم آمار و فناوری اطلاعات و ارتباطات دانشگاه جهت استحضار
- معاون محترم درمان مرکز جهت استحضار

شکل ۴: نمونه ای از مکاتبات در مرحله حمایت طلبی برای اجرای پروژه

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۷. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱)

پروژه مدیریت تجویزها

[illegible]

جدول ۸. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۲)

و (۳) پروژه مدیریت تجویزها

رویکرد	تکنیک	معاون توسعه دانشگاه	حراست دانشگاه	مسئول حسابداری درآمد	امور مالی بیمارستان	معاون آموزشی دانشگاه	رئیس دفتر بهبود	واحد پذیرش و مدارک پزشکی
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع			✓	✓			✓
	مکاتبات با ذینفعان				✓		✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓		✓	✓		
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی							
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها							
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی							
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه های							
	ارزیابی محیط کار							
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع			✓	✓		✓	✓
	تربییون های دائمی							
	کمیته های مشورتی ذینفع			✓	✓		✓	✓
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر							
گفتگو، دیالوگ	گردهمایی ذینفعان چندگانه							
	جلسات سیاستگذاری							
منافع کارکنان و مشارکت ها	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک							
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع			✓	✓		✓	✓
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع			✓	✓		✓	✓
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع							

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه مدیریت تجویزها در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت

که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

مدیر تغییر: باتوجه به فرآیندهای تکمیل درخواست ها و اقدامات در HIS، آنچه که پزشک (رزیدنت، استاف یا پزشک

معالج) در برگ دستورات پزشک مستند می نماید، به نام پزشک تجویز کننده باید ثبت HIS گردد و این مهم باتوجه به حضور

رزیدنت ها نیاز به تایید و نظارت استاف دارد. متأسفانه در شرایط فعلی باتوجه به چرخشی بودن رزیدنت ها ، هیچ نظارتی روی این درخواستها نیست و در اکثر موارد بدون مشاهده نتیجه درخواست (آزمایش یا گرافی) ، برای بیمار دستور ترخیص صادر می شود. متأسفانه فقط ایجاد هزینه برای بیمار و بیمارستان است و هیچ کمکی به درمان یا تشخیص بیماری نمی کند.

رئیس دفتر بهبود کیفیت : در کنترل کیفی برخی از پرونده ها نیز این موضوع مشاهده شده که برای بیمار آزمایشی درخواست کردن که طولانی بودن جوابدهی آن کاملاً محرز مثل آزمایشات هورمونی ولی متأسفانه همان پزشک ، و در برخی موارد پزشک دیگر ، در فاصله کوتاهی بدون توجه به اوردهای داده شده قبلی ، دستور ترخیص بیمار را با حال عمومی خوب ، داده است. و یا انجام سی تی اسکن ، بیمار با کلی پیگیری و دردسر، سی تی می شود ولی پزشک بدون مشاهده گزارش و جواب ، بیمار را ترخیص می کند.

معاون آموزش و سلامت : باتوجه به آموزشی بودن مجتمع و حضور فراگیران ، این چالش وجود دارد خصوصاً در مورد رزیدنت های سال یک و دو .

مدیر تغییر : پیشنهاد می شود انجام دستورات داده شده توسط رزیدنت های سال یک و دو منوط به تایید استاف و یا پزشک معالج باشد.

رئیس دفتر بهبود کیفیت : با توجه به عدم پیگیری جواب های آزمایش و تصویربرداری ، قطعاً کیفیت جوابدهی پاراکلینیک ها نیز مخدوش شده و حس مسئولیت و همکاری آنها در پاسخدهی سریع و دقت در انجام اقدام کاهش پیدا میکند. و درصد زیادی از انجام کار، فقط برای مواردی اورژانسی ست ، یا تاکید پرستار و یا سفارش دوستان و همکاران. بقیه موارد در فرآیند روتین متداول زمان بر خواهد بود.

در جلسه آموزشی اساتید

رئیس بخش سوختگی : کارتابل عملکردی باید در دسترس باشد.

مسئول HIS دانشگاه : با راه اندازی سامانه سپید ، کارتابل پزشک تحت وب خواهد بود و دسترسی به آن نیز آسان است.

رئیس بخش قلب اطفال : نمایش مقایسه ای عملکرد با تخصص های هم تراز گزینه ی خوبی است. توضیح بیشتر در این قسمت بدهید.

مستل HIS/دانشگاه : کلیه خدماتی که در مدت بستری بیمار در HIS ثبت شده است و پزشک معالج برای آن مشخص

شده است، در کارتابل شما نمایش داده می شود . مثلا کلیه آزمایشاتی که برای بیمار انجام شده است و این فرآیند دقیقا برای پزشک هم طراز شما نیز تنظیم شده است و در کارتابل شما بدون نام پزشک ، نمایش داده می شود.

در ضمن کلیه خدمات ثبت شده برای بیماران بستری که شما پزشک معالج شان بوده اید، نمایش داده می شود و می توانید کنترل و نظارت های لازم را در کاهش یا افزایش آنها داشته باشید . مثلا شما پزشکی هستید که انجام سی تی اسکن کلیه اصلا در محدوده کاری شما نیست ولی در کارتابل تان ۵ مورد از این اقدام مشاهده می شود . با ردیابی پرونده و بررسی جزئیات می توانید دقیقا پیگیری نمایید که کدام یک از فراگیران دستور انجام را داده است!!!

حتی لیست بیماران سرپایی هم در اینجا قابل مشاهده است و نوبت های VIP جهت معرفی بیمار نیز قابل ثبت است.

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن ها غیرممکن خواهد بود.
- در بیمارستان های آموزشی مدیر گروه آموزشی نقش بسیار مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت پروژه های مرتبط با فراگیران دارد. بر این اساس در پروژه فعلی توجه کامل مدیر گروه آموزشی و سپس استفاده از ایشان برای حمایت طلبی برای اجرا در خصوص اعضای هیات علمی و رئیس بخش بسیار موثر خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به فراگیران در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می باشد.

فصل ۴

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل:

➤ روش اجرا

○ تغییر زیرساخت نرم افزاری HIS برای شناسایی پزشک معالج

○ آموزش کارشناسان HIM و کاربران HIS

○ آموزش پزشکان

○ اجرای آزمایشی بدون محدودیت سقف

○ اجرای کامل در همه دپارتمان ها

➤ چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

➤ روش های بازخورد به ذینفعان

➤ نتایج و یافته های اجرای پروژه

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه مدیریت تجویزها در سطح بیمارستان در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- تغییر زیر ساخت نرم افزاری HIS برای شناسایی پزشک معالج
- آموزش کارشناسان HIM و کاربران HIS
- آموزش پزشکان
- اجرای آزمایشی بدون محدودیت سقف
- اجرای کامل در همه دپارتمانها

۴-۱-۱) اصلاح زیر ساخت نرم افزاری HIS برای شناسایی پزشک معالج

دستیابی به داده های صحیح علاوه بر اینکه به وجود یک ابزار موثر وابسته است به روش جمع آوری داده ها نیز وابسته می باشد. یکی از بارزترین و مهم ترین ارکان مدیریت تجویزها در سطح بیمارستان، تجویزکننده اقدام درمانی یا همان پزشک معالج است. در این مرحله بعد از شناسایی پزشکان درمانگر، لیست اسامی ایشان در HIS بازبینی و اطلاعات هویتی، احراز هویت، نحوه قرارداد با مجتمع، رتبه علمی و عناوین تخصص و فوق تخصص مجدد اصلاح و یا اضافه گردید.

جهت دریافت شناسه و ایمیل دانشگاه نیز، اطلاع رسانی به کارشناسان گروه های آموزشی انجام گردید. کارشناسان دفتر معاونت آموزشی بیمارستان موظف شدند هر گونه تغییر در اطلاعات هویتی یا نحوه قرارداد یا شروع بکار جدید اعضای هیات علمی، اساتید، فلوشیپ ها و رزیدنت ها را در اولین فرصت در سامانه جامع پزشکان ثبت و به واحد HIS اعلام نمایند.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

فرم مشخصات پرسنل

اطلاعات هویتی | سطح دسترسی (تکمیلی) | سطح دسترسی

شناسه: [] فعال ☒ اتباع خارجی ☐

نوع کارکنان: RS : رزیدنت نگاشت سیاس : وانشجوی تخصصی زنان و زایمان : 170300

شماره شناسه/نظام : [] استعلام نظام پزشکی حساب کاربری : []

مقادیر نظام پزشکی کد تخصص مقدار

اطلاعات فردی

نام: [] نام خانوادگی: [] جنسیت: F : F وضعیت تاهل: S : مجرد

تاریخ تولد: 10/09/ [] روش تماس: [] تلفن منزل: [] تلفن: 0915 [] ایمیل: []@mums.ac.ir

عنوان شغل: [] شناسه شخص جابگزین: [] کد ملی: 0944958486

آدرس منزل/اداره: [] فعال تا: 1398/04/29

وزیت عادی/ویژه: A : کلیه پذیرش ها نوع وزیت: A : همه بیماران نوع قرارداد: انتخاب نمایید

نوع تخصص: 20 : زنان و زایمان

اطلاعات تخصصی

تخصص رده علمی: [] پزشک تمام وقت ☐ مشاهده سوابق نوع رزیدنت: 13 ورودی مهر

اطلاعات تکمیلی

مدرک تحصیلی: [] وضعیت هیات علمی: [] مرتبه علمی: []

ثبت | انصراف | تاریخچه فعال شدن

شکل ۵: ثبت اطلاعات پزشکان در HIS

مرحله دوم شناسایی؛ بازبینی فرآیندهای ثبت اطلاعات در HIS و شناسایی نقاط ارتباطی بین پرونده پزشکی بیمار (مستندات برگ دستور پزشک) با اطلاعات ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی می باشد. نمونه هایی از نقاط ارتباطی با HIS در این پروژه که محتوای خروجی گزارشات بر اساس آن تهیه خواهد شد، در جدول زیر لیست شده است.

جدول ۹. نقاط ارتباطی تجویزکننده با اطلاعات ثبت شده توسط کاربران در HIS

HIS	مستند پرونده	بستری بیمار و اقدام درمانی تجویز شده
همزمان با اختصاص تخت به بیمار ، تعیین پزشک معالج اجباری گردد	مشخص شدن پزشک معالج ، با مهر و امضاء مستند شده در برگ "دستور پزشک"	پذیرش بیمار در بخش بستری و تعیین تکلیف پزشک معالج الزامی است. در صورت مشخص نبودن ، پزشکی که دستور بستری داده است ، یا اولین پزشکی بیمار را در بخش بستری ویزیت نمایید ، پزشک معالج شناسایی می گردد.
انتخاب نام پزشک و ثبت ویزیت در HIS با ثبت تاریخ و ساعت بصورت اتومات	مهر و امضاء استاف در ادامه ویزیت رزیدنت در برگ "دستور پزشک"	در صورت ویزیت توسط رزیدنت ، تایید پزشک معالج الزامی است
کلیه اقدامات درمانی و پاراکلینیکی در HIS برای بیمار درخواست می شود	آزمایش ، تصویربرداری ، اقدام طبی و دارو و لوازم مصرفی مستند شده	کلیه اقدامات درمانی مستند شده در برگ "دستور پزشک" بنام پزشک معالج می باشد

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

HIS	مستند پرونده	بستری بیمار و اقدام درمانی تجویز شده
(این فرآیندهای اجرایی قبلاً انجام شده است) بنام پزشک معالج گزارش گیری شود	در پرونده کاغذی بیمار که تایید پزشک ویزیت کننده یا معالج را دارد	
تعیین مبلغ سقف و محدودیت پذیرش برای پزشک در بیمار بیمه سلامت	محاسبه عملکرد واقعی پزشک	تعریف سقف بیمه برای پزشکان

در ادامه ، نمونه ای از گزارش مورد نیاز برای نمایش عملکرد پزشک معالج تنظیم گردید.

نام پزشک معالج	هزینه کل	نام سرویس
Grand Total	63 : نوزادان	
27359392	27359392	بستری-اتاق عمل
111194406	111194406	بستری-آزمایشگاه
7044800	7044800	بستری-بیهوشی
134931720	134931720	بستری-جراحی
171757452	171757452	بستری-خدمات پرستاری
24444636	24444636	بستری-خدمات متفرقه
4818600	4818600	بستری-دارو اتاق عمل
331355215	331355215	بستری-دارو بخش
9093352	9093352	بستری-سایر اقدامات
0	0	بستری-کمک جراح
154381452	154381452	بستری-لوازم مصرفی اتاق عمل
130751580	130751580	بستری-لوازم مصرفی بخش
36461600	36461600	بستری-مشاوره
49642580	49642580	بستری-نوارنگاری
85822800	85822800	بستری-ویزیت
3797141000	3797141000	بستری-هتلینگ
3101944	3101944	بستری_MRI
32470149.6	32470149.6	بستری_Radiography
25709682	25709682	بستری_Sonography
5,137,482,361	5137482361	Grand Total

شکل ۶: نمونه‌ای از گزارش مورد نیاز برای نمایش عملکرد پزشک معالج

مرحله بعدی برای آماده سازی زیرساخت HIS آماده سازی بستر نرم افزاری HIS برای خروجی گزارشات مورد انتظار بود.

چارچوب آماده سازی بستر نرم افزاری HIS و نکات مهم برای خروجی گزارشات مورد انتظار شامل موارد زیر می باشد:

- در HIS باید علاوه بر فیلد پزشک بستری کننده ، فیلد پزشک معالج نیز طراحی گردد.
- همزمان با اختصاص تخت در بخش بستری ، کاربر HIS ملزم به انتخاب پزشک معالج باشد.
- کلیه اقدامات طبی ، پاراکلینیکی ، دارو و لوازم مصرفی ثبت شده در HIS باید بنام پزشک معالج گزارش گردد.

د. در گزارش جزئیات بیشتر در مورد پزشک تجویز کننده یا اقدام کننده نمایش داده شود (در صورتی که تجویز کننده اصلی رزیدنت باشد) .

۴-۱-۲) آموزش کارشناسان HIM و کاربران HIS

آموزش و توانمندسازی کاربران ثبت کننده اطلاعات در HIS نقش بسزایی در دستیابی به اهداف پروژه دارد. اگر بهترین استانداردها و مناسبترین روش به کار گرفته شود، و لیکن کاربر در خط اول پروژه، از دانش و مهارت لازم برخوردار نباشند، سیستم گزارش گیری اثربخش نخواهد بود. کاربران باید هم از نظر فنی و هم از نظر کارکردی آموزش های لازم را دریافت دارند. در راستای این هدف مهم، اولین جلسه کارگروهی و آموزشی با مشارکت مدیریت فناوری اطلاعات دانشگاه برگزار گردید. در این جلسه کلیه مسئولین و روسای بخش ها حضور داشتند و سامانه سپید و کارتابل پزشک در قسمت های بستری و سرپایی توضیح داده شد و شناسه کاربری پزشکان نیز مجدداً بررسی و رفع خطا گردید. علاوه بر این، اطلاع رسانی در سامانه اتوماسیون اداری نیز صورت گرفت.

پایه نامه

مخبر محترم گروه
رئیس محترم بخش
روابط ارشد محترم گروه
سرپرستار محترم بخش

سلام علیکم

احتراماً، با نظر به اینکه بیمارستان در حال ایجاد و زیر ساخت برای اجرای گزینش درمانی برای مدیریت هزینه به ازای پرونده و ارتقای کیفیت اطلاعات پرونده پزشکی می باشد، لطفاً ترتیبی اتخاذ فرمایید تا همکاران محترم "نام پزشک معالج" رابه صورت دقیق در فیلد مربوطه در HIS تکمیل کنند. از آنجا که این فیلد معیار بررسی عملکرد پزشکان و بخش ها می باشد و کلیه هزینه های پرونده به پزشک درخواست کننده (پزشک معالج) متصوب می گردد، لطفاً به صورت جدی پیگیری فرمایید. ۶۶۰۱۵۶۹

شکل ۷: نمونه ای از نامه ارسال شده به بخش ها و واحدها

از آنجاییکه در مدت درمان بیمار در بیمارستان ممکن است چندین بار پزشک معالج بیمار تغییر کند و با توجه به اینکه بیمارستان در حال ایجاد و زیرساخت برای اجرای گزینش درمانی برای مدیریت هزینه به ازای پرونده و ارتقای کیفیت اطلاعات پرونده پزشکی می باشد، در نرم افزار تغییراتی بدین منظور ایجاد شده است؛ بدین صورتکه هنگام اختصاص تخت به بیمار از لیست انتظار بخش، فرم زیر باز خواهد شد که کاربر باید حتماً نام پزشک معالج را انتخاب و تایید کند در غیر این صورت اختصاص تخت به بیمار

انجام نخواهد شد. اگر در بخش قبلی برای بیمار پزشک معالج دیگری انتخاب شده باشد، تاریخ پایان برای پزشک معالج قبلی در این فرم ثبت نخواهد شد.

۴-۱-۵) انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی

هر طرح خلاقانه و نو ممکن است در مرحله اجرا دارای مشکلات و چالش های پیش بینی نشده ای باشد. بر این اساس انجام مرحله پایلوت در پروژه های جدید به شدت توصیه می شود. در پروژه فعلی نیز از پزشکان درخواست شد میز کار خود را در HIS بررسی و سپس نظر خود را در خصوص فرایند گزارش گیری و نمای صفحات طراحی شده اعلام کنند تا تغییرات لازم جهت ارتقاء برنامه و گزارشات در اولین فرصت انجام گردد. خوشبختانه در پروژه فعلی پیش بینی های صورت گرفته کافی بود و پروژه بر اساس روند تعریف شده استمرار یافت.

۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

۱- مشخص نبودن وضعیت محاسبه عملکردی برای اقدامات پاراکلینیکی انجام شده ، اینکه به عنوان مثال هزینه های تصویربرداری

باید در گرنت درمانی رادیولوژیست باشد یا پزشک درخواست کننده؟

✓ برگزاری جلسات توجیهی برای پزشکان و تاکید بر کسر گرنت از پزشک درخواست کننده و معالج در تجویز اقدامات

پاراکلینیکی و سایر اقدامات

۲- عدم شفافیت عنوان های پزشک بستری کننده ، پزشک معالج ، پزشک اقدام کننده ، جراح ، پزشک آزمایشگاه ، رادیولوژیست

و جهت ارتباط دادن مستندات پرونده کاغذی با اطلاعات ثبت شده در HIS

✓ تکرار عنوان "پزشک معالج" و تعریف آن در جلسات پزشکان و پرستاران و سایر کاربران HIS

۳- دستور بیمه سلامت در تعریف سقف پرداختی به بیمارستان و تکمیل سقف بیمه سلامت پزشکان و بیمارستان

✓ مکاتبه با اقتصاد درمان دانشگاه و افزایش سقف بیمارستان

۴- انتصاب فلوشیپ یا رزیدنت به عنوان پزشک معالج در HIS

✓ مصوبه کمیته اقتصاد درمان بیمارستان که به موجب آن طبق ابلاغ رئیس بیمارستان به کلیه بخش ها مبنی بر

عدم ثبت فلوشیپ یا رزیدنت عنوان پزشک معالج در HIS

✓ امکان ثبت فلوشیپ به عنوان پزشک معالج در صورت تفاهم نامه با بیمارستان

۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان

پیامک مربوط به یادآوری مشخصات بیماران تحت بستری هر پزشک معالج به صورت روزانه به وی پیامک می گردد و قبل و بعد از انجام مداخله مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. متن پیامک به صورت زیر طراحی شده بود:

دکتر (نام خانوادگی پزشک) شما پزشک معالج بیمار (نام خانوادگی بیمار) با ش.پ
(شماره پرونده بستری) در تاریخ (تاریخ به تفکیک روز-ماه-سال) ساعت (ساعت
و دقیقه) توسط کاربر (نام خانوادگی کابر ثبت کننده) در اچ آی اس بخش (نام
بخش بستری) تعیین شده اید. ب. امام رضا ع

۴-۴) یافته های اجرای پروژه

در ادامه چند نمونه از گزارشات سامانه مدیریت تجویزها در بیمارستان نشان داده شده است.


ورود به پورتال پزشکان

نام کاربری
rezaeir

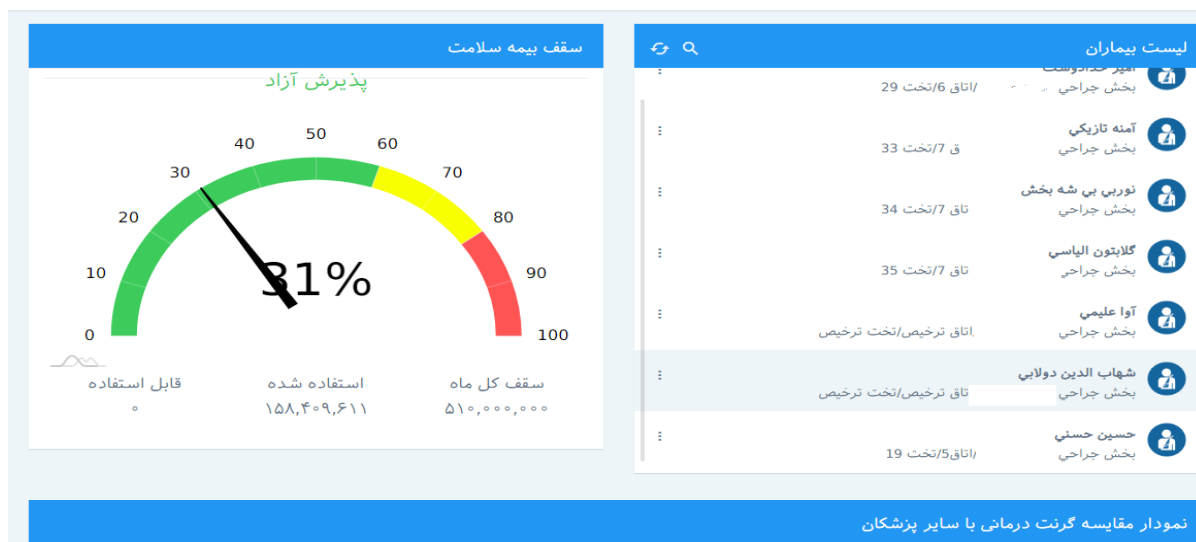
رمز عبور
••••••••

بیمارستان
قائم

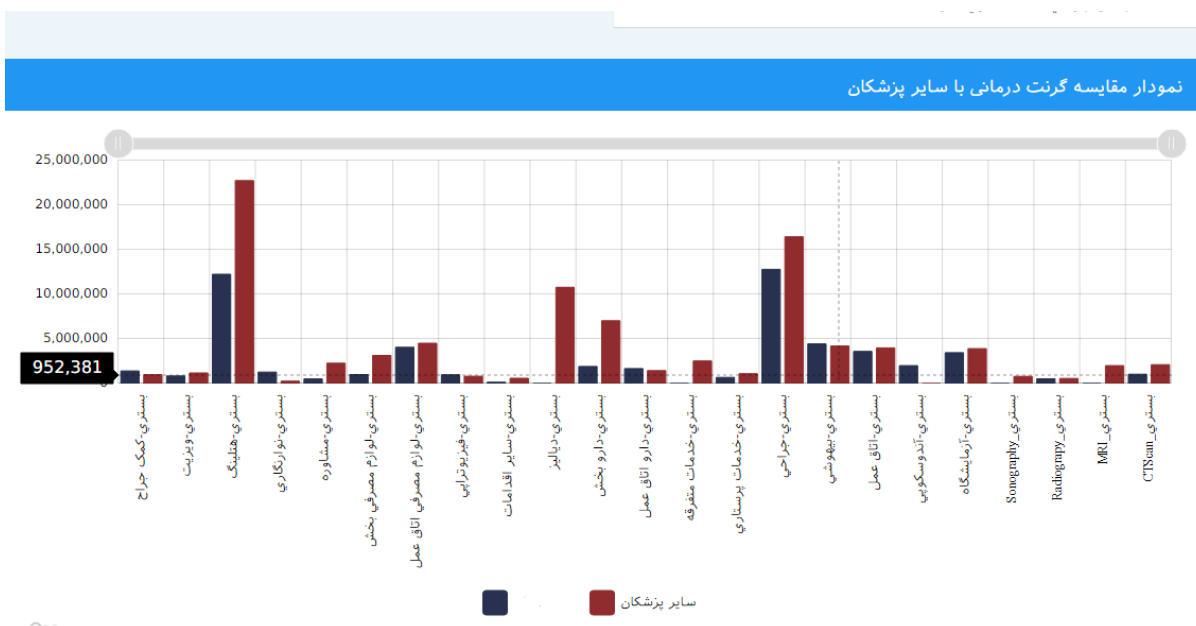
ورود

شکل ۸: صفحه ورود به سامانه برای پزشکان

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



شکل ۹: صفحه اولیه پزشک معالج



شکل ۱۰: مقایسه گرنت درمانی پزشکان با متخصصین هم‌تار در دپارتمان

منابع

۱. Ginige K, Amaratunga D, Haigh R. Mapping stakeholders associated with societal challenges: A Methodological Framework. *Procedia engineering*. 2018;212:1195-202.
۲. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. *Built Environment Project and Asset Management*. 2013.
۳. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. *Business and society review*. 2005;110(4):407-31.
۴. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M-H, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis. *Motaleate Shahri*. 2021;10(37):71-84.
۵. Lin X, Ho CM-F, Shen GQ. For the balance of stakeholders' power and responsibility: A collaborative framework for implementing social responsibility issues in construction projects. *Management Decision*. 2018.
۶. بررسی شایستگی بالینی دانشجویان سال چهارم پزشکی دانشگاه et al سلیمانها، مهران، جلالی، میرمحمد، میربلوک، اتحاد، علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۰: یک گزارش کوتاه. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۰۱۵;۱۳(۸):۷۳۱-۶.
۷. یقینی، امید، پرنیا، آیدین، منجمی، دریازاده. طراحی ابزاری برای ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان پزشکی در بخش اطفال. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*. ۲۰۱۸;۱۰(۱۱):۳۹-۴۷.
۸. Using a 360 degree feedback system for performance appraisal of midwifery students in Shahid Akbar Abadi Maternity Hospital. *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*. ۲۰۱۶;۱۳(۱):۷۳-۸۰.
۹. Imanipour M, Peyrovi H. Evaluation of nursing students' performance related to cardiopulmonary resuscitation skills in critical care master course by objective structured clinical examination. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;2(4):26-34.
۱۰. GH TK. ADVANCED ASSESSMENT OF MEDICAL STUDENTS' CLINICAL PERFORMANCE: CHALLENGES, METHODS AND APPROACHES. 2014.
۱۱. مهناز خ، عباس چغ، توکل حش. مقایسه نظرات و نگرش اساتید و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در خصوص ارزشیابی مستمر به روش آزمون کوتاه کلاسی.
۱۲. تدوین و تأثیر برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی بر et al قادیلاپی ا، پوری، یوسف، رضاپور، شریفی، محمدنیا، نتایج ارزشیابی و اعتباربخشی. *آموزشی بیمارستان شهید دکتر بهشتی بابل. دوفصلنامه آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی بابل*. ۲۰۲۰;۲(۲):۴۴-۵۰.
۱۳. طراحی سیستم ارزشیابی مستمر عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری از et al زند، سلیمان، منش ج، هادی، رضایی، ناصر، طریق تلفن همراه. *فصلنامه توسعه آموزش در علوم پزشکی زنجان*. ۲۰۱۵;۸(۱۹):۴-۱۰.
۱۴. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health policy*. 2009;91(3):219-28.
۱۵. Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model For Iran's public hospitals. *Iranian journal of management sciences*. 2013;8(32):1-26.
۱۶. Gurtner S. Making the right decisions about new technologies: a perspective on criteria and preferences in hospitals. *Health care management review*. 2014;39(3):245-54.
۱۷. Mirelman A, Mentzakis E, Kinter E, Paolucci F, Fordham R, Ozawa S, et al. Decision-making criteria among national policymakers in five countries: a discrete choice experiment eliciting relative preferences for equity and efficiency. *Value in health*. 2012;15(3):534-9.
۱۸. Smith M, Higgs J, Ellis E. Factors influencing clinical decision making. *Clinical reasoning in the health professions*. 2008;3:89-100.
۱۹. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations: ISCO-08 (www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm). 2008.

۲۰. Feldstein MS. Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics. *The American Economic Review*. 1971;61(5):853-72.
۲۱. Gray BH. Physician involvement in hospital decision making. *The new health care for profit: doctors and hospitals in a competitive environment*: National Academies Press (US); 1983.
۲۲. Jha A, Epstein A. Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*. 2010;29(1):182-7.
۲۳. Arnwine DL, editor *Effective governance: the roles and responsibilities of board members*. Baylor University Medical Center Proceedings; 2002: Taylor & Francis.
۲۴. Millar R, Mannion R, Freeman T, Davies HT. Hospital board oversight of quality and patient safety: a narrative review and synthesis of recent empirical research. *The Milbank Quarterly*. 2013;91(4):738-70.
۲۵. Culica D, Prezio E. Hospital board infrastructure and functions: the role of governance in financial performance. *International journal of environmental research and public health*. 2009;6(3):862-73.
۲۶. Biggs E. *Healthcare governance: A guide for effective boards*: Health Administration Press; 2011.
۲۷. Bradley EH, Holmboe ES, Mattera JA, Roumanis SA. The roles of senior management in quality improvement efforts: What are the key components?/Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*. 2003;48(1):15.
۲۸. Lai H-M, Lin I-C, Tseng L-T. High-level managers' considerations for RFID adoption in hospitals: an empirical study in Taiwan. *Journal of medical systems*. 2014;38(2):1-17.
۲۹. Friedman LH, Goes JB. The timing of medical technology acquisition: strategic decision making in turbulent environments. *Journal of Healthcare management*. 2000;45(5):317-30.
۳۰. Guo KL. An assessment tool for developing healthcare managerial skills and roles. *Journal of Healthcare Management*. 2003;48.(۶)
۳۱. Li-Min L, Wu J-H, Ing-Chung H, Kuo-Hung T. Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of healthcare management*. 2007;52(3):156.
۳۲. Longest Jr BB. Management challenges at the intersection of public policy environments and strategic decision making in public hospitals. *Journal of health and human services administration*. 2012:207-30.
۳۳. Embertson MK. The importance of middle managers in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*. 2006;51.(۴)
۳۴. Birken SA, Lee S-YD, Weiner BJ. Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*. 2012;7(1):1-12.
۳۵. Begun JW, White KR, Mosser G. Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. *Journal of interprofessional care*. 2011;25(2):119-23.
۳۶. Acorn S, Crawford M, editors. *First-line managers: scope of responsibility in a time of fiscal restraint*. Healthcare management forum; 1996: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
۳۷. KANG CM, CHIU HT, HU YC, CHEN HL, LEE PH, CHANG WY. Comparisons of self-ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators. *Journal of nursing management*. 2012;20(7):938-47.
۳۸. Mathena KA. Nursing manager leadership skills. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2002;32(3):136-42.
۳۹. Simon HA. *Administrative behavior*: Simon and Schuster; 2013.
۴۰. Organization WH. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*: World Health Organization; 2002.
۴۱. Keith JM. A Trust Relationship. *Health Progress (July/August)*.. 1991:37-9.
۴۲. Shortell SM. *Effective hospital-physician relationships*: Health Administration Press; 1991.
۴۳. Klint R. *The Revolution Revisited*. Physician Executive. 1990;16(2):6-7.
۴۴. Hamrock E, Paige K, Parks J, Scheulen J, Levin S. Discrete event simulation for healthcare organizations: a tool for decision making. *Journal of Healthcare Management*. 2013;58(2):110-24.

- ۴۵ Rouse WB. Health care as a complex adaptive system: implications for design and management. Bridge-Washington-National Academy of Engineering-. 2008;38(1):17.
- ۴۶ Isosaari U. Power in health care organizations: Contemplations from the first-line management perspective. Journal of Health organization and management. 2011.
- ۴۷ Vitalis B. Power Relations among District Health Managers and the Delivery of Health Centre Clinical Care in Ghana: University Of Ghana; 2018.
- ۴۸ Folland SH, Goodman A, Stano M. The Economics of Health and Health Care. 7th ed. ed: Prentice Hall; 2013.
- ۴۹ Bruce A. Seaman, Dennis R. Young. Handbook of Research on Nonprofit Economics and Management. USA: Edward Elgar; 2010.
- ۵۰ Newhouse JP. Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital. The American economic review. 1970;60(1):64-74.
- ۵۱ Lakdawalla D, Philipson T. The nonprofit sector and industry performance. Journal of Public Economics. 2006;90(8-9):1681-98.
- ۵۲ Anup Malani, Tomas Philipson, Guy David. Theories of Firm Behavior in the Nonprofit Sector. University of Chicago Press 2003:186-88.
- ۵۳ Pauly M, Redisch M. The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative. The American Economic Review. 1973;63(1):87-99.
- ۵۴ Harris JE. The internal organization of hospitals: some economic implications. The Bell Journal of Economics. 1977:467-82.
- ۵۵ Dranove D, Ludwick R. Competition and pricing by nonprofit hospitals: a reassessment of Lynk's analysis. Journal of Health Economics. 1999;18(1):87-98.
- ۵۶ Clotfelter CT. Who benefits from the nonprofit sector?: University of Chicago Press; 1992.
- ۵۷ Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behavior. Handbook of health economics. 2000;1:1141-74.
- ۵۸ ورهرای و. بررسی تقاضای القایی پزشک. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۰؛ ۲(شماره ۱ و ۲): ۳۷-۴۲.
- ۵۹ عسگری، حامد، خالصی، پور ن، امیراشکان، زیاری. عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران. مجله راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۲۰۲۰؛ ۵(۲): ۱۴۳-۵۴.
- ۶۰ Abdoli G, Varharami V. The role of asymmetric information in induced demands: a case study of medical services. Journal of Health Administration (JHA). 2011;14.(۴۳)
- ۶۱ AMIREMAILI M, FATAHPOUR AH, BAROONI M, RAFIEE N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013. 2017.
- ۶۲ MAHBOUBI M, GHIASI M, AFKAR A. Study of knowledge and abilities of chemical veterans and other people on Gilangharb city in during crisis: second half of 2010. 2010.
- ۶۳ علي اب, ابرج ا. تقاضاي القايي پزشكي ازسوي ارائه كنندگان خدمات سلامت در ايران (سياستگذاري و كنترل).
- ۶۴ HOSSEINI SM, Bahadori M. DETERMINATS OF REDUCTION OF INDUCED DEMAND INSELECTED HOSPITALS THAT AFFILIATED WITH IUMS IN 2017; A QUALITATIVE STADY ON PROVIDER, S VIEW. 2018.
- ۶۵ آرا مك, كريمي س, خراساني ا, جزي مج. چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت؛ یک مطالعه کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت. ۲۰۱۸؛ ۴(۴): ۵۳۸-۴۸.
- ۶۶ Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. Econ Res J. 2005;68:91-114.
- ۶۷ Shigeoka H, Fushimi K. Supplier-induced demand for newborn treatment: evidence from Japan. Journal of health economics. 2014;35:162-78.
- ۶۸ Li J-S, He P-P, He R-B. Theoretical and empirical analysis of the supplier induced demand in health care market in China. Grey Systems: Theory and Application. 2014.
- ۶۹ Amporfu E. Private hospital accreditation and inducement of care under the ghanaian national insurance scheme. Health economics review. 2011;1(1):1-9.

- .۷۰ de Oliveira Andrade E, de Andrade EN, Gallo JH. Case study of supply induced demand: the case of provision of imaging scans (computed tomography and magnetic resonance) at Unimed-Manaus. Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition). 2011;57(2):136-41.
- .۷۱ Petek Šter M, Švab I, Živčec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. Scandinavian journal of primary health care. 2008;26(1):29-34.
- .۷۲ Tai-Seale M, McGuire TG, Zhang W. Time allocation in primary care office visits. Health services research. 2007;42(5):1871-94.
- .۷۳ Saul S. Profit and questions as doctors offer prostate cancer therapy. The New York times on the Web. 2006:A1-C7.
- .۷۴ Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. Journal of health economics. 1994;13(3):347-68.
- .۷۵ David Blumenthal M, Culpepper L, Stafford R, Starfield B. The duration of ambulatory visits to physicians. The Journal of family practice. 1999;48(4):264-72.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به‌کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت برروی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات بپردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم‌یاری کند.



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

nihr.tums.ac.ir