

## عملکرد هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان: یک مطالعه کیفی

**محمد رضا توکلی:** کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران-نویسنده رابط: moslem6868@yahoo.com

**سعید کریمی:** دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**مرضیه جوادی:** دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**علیرضا جباری:** استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان ها (کارانه) ابلاغ گردید. مطابق این طرح درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می یابد و پس از کسر دیگر هزینه ها، الباقی مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می گیرد. بر اساس این طرح هیأت نظارت شامل دو قسمت اصلی هیأت نظارت عالی و هیأت نظارت مراکز (بیمارستانها) می باشد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی عملکرد هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ می باشد.

**روش کار:** روش تحقیق به شیوه کیفی می باشد. از مصاحبه نیمه ساختار یافته برای گردآوری داده ها استفاده شد. نمونه گیری به روش هدفمند انجام شد و تعداد ۱۱ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. از روش تجزیه و تحلیل موضوعی برای تحلیل داده ها استفاده گردید.

**نتایج:** در این پژوهش، براساس تحلیل موضوعی انجام شده، درون مایه اصلی ضعف در عوامل ساختاری و زیربنایی (تدوین برنامه) و ضعف در عوامل ساختاری و زیربنایی (مرحله اجرا) هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها استخراج شد.

**نتیجه گیری:** بارزترین یافته های این پژوهش شامل نقاط ضعفی در عوامل ساختاری و زیربنایی (در تدوین برنامه) و ضعف عوامل ساختاری و زیربنایی (در اجرای برنامه) بود. این یافته ها به سیاست گذاران بخش سلامت کمک می کند تا بتوانند با در نظر گرفتن نقاط ضعف، راهبردهای مناسبی در جهت کاهش آنها در طرح کارانه جدید طراحی نمایند.

**واژگان کلیدی:** بیمارستان، هیأت نظارت، کارانه، عملکرد

### مقدمه

صورت تیمی است. تیمی با ناهمگونی فراوان، افرادی با حداقل تحصیلات ممکن، در کنار عالی ترین سطوح تحصیلی در رشته های مختلف مشغول فعالیت اند. تنوع شغلی در محیط بیمارستان بسیار فراوان است. از برق و تاسیسات گرفته

از بیمارستان می توان به عنوان یکی از پیچیده ترین سازمان ها نام برد. محلی که تقریباً اکثر افراد در آن به دنیا می آیند و در آن از دنیا می روند. کار در بیمارستان غالباً به

مطابق این طرح درصدی از درآمدهای اختصاصی بیمارستان تحت عنوان کارانه به کارکنان آن اختصاص می یابد و پس از کسر دیگر هزینه ها، الباقی مبلغ برای خودگردانی در اختیار بیمارستان قرار می گیرد. از سال ۱۳۸۰ مقدمات طرحی با عنوان اصلاح ساختار اقتصادی، مدیریتی بیمارستان ها در کشور به طور آزمایشی آغاز گردید (Witter et al. 2000).

یکی از موارد مهم اجرای این طرح تغییر در نحوه ی پرداخت کارانه بود. این امید وجود داشت که با تغییر در نحوه پرداخت پاداش های مالی کارکنان به صورت عادلانه و مبتنی بر عملکرد، انگیزش و رضایت شغلی کارکنان را به همراه داشته باشد و در نتیجه منجر به تغییراتی در امر مراقبت و درمان بیماران نیز گردد.

براساس این طرح هیأت نظارت شامل دو قسمت اصلی هیأت نظارت عالی و هیأت نظارت مراکز (بیمارستان ها) می- باشد. هیأت عالی نظارت دانشگاه از پنج نفر افراد که شامل رییس دانشگاه، دو نفر نماینده ی معاونت دارو و یک نفر معاونت آموزشی و پشتیبانی تشکیل می شود. همچنین هیأت نظارت بیمارستان ها داری سه عضو اصلی شامل رییس بیمارستان و دو نفر از نماینده ی پزشکان متخصص می باشند که وظیفه تعیین درصد کارانه و نظارت بر روی متخصصان را دارا می باشند که هم اکنون نیز به همین شکل اجرا می شود (Karimi 2002). فرزانه و همکاران وی در تحقیقی با عنوان چالش های نظارت بر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از نظر بیمه گر به این نتیجه رسیدند که نظام سلامت نیازمند توجه به جنبه های نظارتی است. به اضافه نظارت، توجه به فرصت ها و تهدیدهای فن آوران و اقتصادی و ارزشی در سیاست گذاری ها برای نظارت ارائه دهندگان خدمات یکی از راهبردهای ضروری برای بخش بهداشت و درمان است. معیارهایی مانند پیاده سازی الکترونیکی خدمات بهداشتی و استاندارد سازی خدمات با استفاده از تعریف دستورالعمل های درمان، تعرفه مناسب و رتبه بندی مراکز می توانند به عنوان راهبردهای کارآمد برای سازمان های بیمه در نظارت بر ارائه

تا پلیس و انتظامات، از پزشک و پرستار تا حسابدار و کارپرداز، از کار در آزمایشگاه و داروخانه تا لژری و استرالیزاسیون، و از دریافت حداقل حقوق ها و درآمد گرفته تا درآمدهای قابل توجه و مثال زدنی، اما این نظام پیچیده اقتصادی پیچیده تر دارد که در بیمارستان های دولتی خصوصاً پس از طرح خودگردانی بیمارستان ها بر پیچیدگی آن افزوده شد (Ebadifard Azar et al. 2015).

نظارت یکی از ابزارهای ارزشیابی محسوب می شود که طی آن عملکرد کارکنان مورد ارزیابی قرار می گیرد. در این زمینه، بر قضاوت ناظر در مورد ادراک توانایی های حرفه- ای، روابط بین فردی و رضایت دریافت کنندگان خدمات تکیه می شود در حالی که بر حمایت کارکنان از جانب سازمان نیز تأکید دارد. استفاده مدیریت از این سبک نظارت می تواند به توسعه توانایی های رهبری، ارتباطات بین فردی و تکنیکی کارکنان منجر گردد. اهداف تکاملی نظارت، شامل: رشد شخصی، راهنمایی شغلی، آموزش مداوم و مشاهده بالینی (در عرصه کار) می باشد. بنابراین، نظارت به عنوان راهی برای رشد و بهبود فعالیت های کارکنان و نیز عاملی برای تسهیل دستیابی به اهداف سازمانی است و یکی از فرآیندهای مهم در سازمان ها محسوب می شود (Acheson and Gall 1998). در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل اداره نظام نوین امور بیمارستان ها (کارانه) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، افزایش توانمندی مالی بیمارستان ها، و افزایش اختیارات بیمارستان ها برای اداره هر چه مطلوب تر امور اجرایی، توسط وزارت بهداشت وقت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید و به بیمارستان های دولتی اجازه داد از محل پرداخت های نقدی و بیمه ها درآمدزایی نمایند. با وجود اینکه این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود (Kazemi 2002).

هیأت علمی دانشکده ها بود. در این مطالعه هم پس از تهیه یک راهنمای مصاحبه با کمک اساتید راهنما و مشاور، تمامی مصاحبه ها انجام و صوت آنها ضبط شد. این کار به منظور بالابردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته ها انجام شد. طول زمان مصاحبه ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود.

در این مطالعه هم برای کسب اعتبار تبحر محقق نیز، با استفاده از راهنمایی ها، تجربه و کمک اساتید راهنما و مشاور، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس نخستین مصاحبه ها توسط اساتید راهنما و مشاور، از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم محقق دست به شروع مصاحبه زد. برای بالابردن قابلیت اطمینان کدها پس از استخراج، به برخی از مشارکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. جهت دستیابی به صحت و پایایی داده ها از معیارهای موثق بودن لینکلن و گوبا استفاده شد. این معیار معادل اعتبار و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین جهت چهار معیار اعتبار، تاییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال پذیری مورد بررسی قرار گرفت (Polit and Beck 2004). روش تحلیل داده ها در این پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی بود. تحلیل موضوعی نوعی تحلیل محتوای داده هاست که طبقه بندی بر اساس موضوعات انجام می شود. مراحل تجزیه و تحلیل داده ها به صورت هفت مرحله و شامل استخراج و پیاده شدن داده ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آنها در کامپیوتر، عمیق شدن در داده ها، کد گذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه ای، اختصار سازی و توسعه پیشنهادات بود (Shtraves and Kurbin 2006).

در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه ها رونویسی و سپس تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد به طوری که پژوهشگران در داده ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف های مرتبط با معنای اصلی شکسته شدند. واحدهای

خدمات بهداشتی و درمانی نظر گرفته شوند (Bahadori et al. 2012).

بر این اساس این پژوهش بر آن است تا با هدف مطرح نمودن روش پرداخت نظام نوین اداره بیمارستان ها، عملکرد هیأت نظارت این طرح را مورد بررسی قرار دهد و ضعف این هیأت را در انجام وظایف محوله مورد بررسی قرار دهد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود که با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام گردید. روش گردآوری داده ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مدیران میانی و ارشد بیمارستان ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه ها و مسئولین بیمارستان ها بودند که دارای سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در سیستم سلامت و آشنا به طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها بودند که با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

با توجه به ویژگی های تحقیق تعداد مشارکت کنندگان به اشباع اطلاعات بستگی دارد. زیرا که در تحقیقات کیفی بر خلاف تحقیقات کمی به تعیین حجم نمونه از طریق محاسبات آماری اهمیت داده می شود، تکرار اطلاعات قبلی و یا تکرار مضمون یا نکات برجسته، نشانه کیفیت حجم نمونه است. گردآوری داده ها تا جایی ادامه داشت که محقق مطمئن شد احتمال پدیدار شدن مفهوم نو در بین نیست. بر این اساس ۱۱ مصاحبه حضوری انجام شد که یک نفر از آنها از اعضای هیأت علمی با سابقه مدیریت در سیستم سلامت بود. دو نفر از آنها کارمند، با سابقه طولانی مدیریت در نظام سلامت و هشت نفر بقیه از مدیران ارشد و میانی، با سابقه طولانی مدت کار در سیستم سلامت و مدیریت نظام سلامت بودند. محل مصاحبه ها در دفتر مدیریت بیمارستان ها، ستاد مرکزی دانشگاه و اتاق اعضای

میخواه. اقا شما گایدلاین دارین توی مملکت ما یا نه؟ نداریم. پس وقتی گایدلاین نداریم هر جراحی که جراح بکنه، شما نمی‌تونن چیزی بهش بگی. نمیتونی بگی چرا اینجوری جراحی کردی. شما الان اینجا ممیزی بالینی دارید فیدبک به جراح میدی که ۱۰۰۰ تا دونه جراحی که کردی این همه مشکل داشت، میانگین کشوری ما اینقدره. شما درصد عفونت یا درصد خطای عملت نسبت به میانگین کشوری بالاتره. حالا بیا جواب بده. حالا اصلا ما همچین آماری داریم؟ پس ببین!" (مصاحبه ۵).

" بعد دستورالعمل‌ها هم بر اساس واحد به واحد دیده نشده بود. یه چیز کلی بود و خیلی تاثیر آن چنانی نداشت." (مصاحبه ۸).

" در واقع یه تعریف خاصی هم از وظایف هیأت نظارت هم نبود. که بهش آگاهی داشته باشن (مصاحبه ۹).

۲. ضعف عوامل ساختاری و زیر بنایی (در اجرای برنامه) (شکل ۲):

مشارکت کنندگان ضعف‌های ساختاری و زیربنایی در اجرای برنامه هیأت نظارت در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها را در قالب موارد زیر مطرح نمودند:

در زمینه تصمیم‌گیری و ابلاغ دستورالعمل‌ها: تفویض اختیار بدون اعمال نظارت، استقرار سیستم تصمیم‌گیری و نظارت متمرکز، ضعف واحدهای تصمیم‌گیری و ورود سلیقه در اجرای قوانین " ما تا اون جایی که خبر داریم. البته هیأت عالی نظارت چون می‌خواست پرداخت بکنه به کارکنان باید نظارت می‌کرد." (مصاحبه ۲).

"یکی هم مشکلیش این بود که اون هیأت می‌تونست درصدها رو افزایش بده. وقتی که شما راه‌ها رو باز بذارید این درصدها همش افزایش پیدا می‌کنه" (مصاحبه ۲).

"یکی از علت‌های قوی ترش این هست که هیأت نظارت دانشگاه فعال نبوده، یعنی هیأت نظارت دانشگاه باید می‌خواست از بیمارستان‌ها (مصاحبه ۱).

معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی از یکدیگر مجزا گردید و سپس آنها در هم ادغام شدند و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. مرحله چهارم و پنجم ثبت علائم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. در مرحله ششم کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. در نهایت داده‌ها در طبقه‌بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر هستند، قرار گرفتند و سپس درون مایه‌ها انتزاع و پیشنهادات ارائه شدند.

## نتایج

در این پژوهش، براساس تحلیل موضوعی انجام شده یک درون مایه اصلی نقاط ضعف هیأت نظارت و زیرموضوعاتی شامل ضعف در عوامل ساختاری و زیر بنایی (در تدوین برنامه) و ضعف در عوامل ساختاری و زیر بنایی (در اجرای برنامه) استخراج شد

۱- ضعف در عوامل ساختاری و زیر بنایی (در تدوین برنامه) (شکل ۱):

مشارکت کنندگان ضعف‌های ساختاری و زیربنایی در تدوین برنامه هیأت نظارت در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها را در قالب موارد زیر مطرح نمودند "عدم وجود قوانین و دستورالعمل‌های شفاف و منسجم، بی-برنامگی و ضعف کارشناسی در زمینه برنامه‌ریزی برای اجرای نظارت، عدم تعریف نمودار سازمانی مشخص هیأت نظارت و ضعف در تعریف شرح وظایف‌ها" را مطرح نمودند، مشارکت کنندگان می‌گویند؛ "شما فکر میکنی حالا ما اگه بخواهیم جراحی‌های یه جراح رو رصد کنیم توی دنیا چیکار میکنن؟ یک عالمه ساختار و پیش زمینه

بعد مالی شامل: مشکلات مالی و تاخیر در پرداخت ها، سواستفاده های مالی در اجرای نظارت،

"کارانه ها با تاخیر پرداخت می شد، بعد کارانه که شش ماه هفت ماه یکسال عقبه دیگه اصلا کم کردن نداره" (مصاحبه ۱).

"اینه که ما توی بیمارستان ها و وزارت بهداشت باز به دلیل گستردگی کار و تعدد مسائل مبتلا به بیمارستان ها به خاطر کمبود شدید منابع و با توجه به نیازها و انتظارات مردم اینه که ارزیابی به مقدار میره توی حاشیه. همه تدارکات هستند و سخت میشه کار" (مصاحبه ۵).

"بعدش هم عدم پرداخت مناسب متناسب بیمه ها هست. یعنی شاید درآمد بیمارستان هیچوقت به موقع به دستشون نمیرسه." (مصاحبه ۱۰).

"توی همچین فضایی قانونی نیست ولی شاید توجهی پذیر باشه که سیستم دست این ها رو بازتر بذاره که به لحاظ پرداختی ها، دریافتی ها" (مصاحبه ۴).

در زمینه عدم ارتقا کمی و کیفی نظارت در بیمارستان ها شامل: عدم اهتمام جدی به تشکیل تیم نظارت، ضعف ابزارهای نظارتی و کنترلی، عدم وجود نگرش مثبت نسبت به بحث نظارت، انجام بازدیدهای مقطعی هیأت نظارت و عدم تشکیل منظم جلسات هیأت نظارت، "دلیلش این بوده که هیأت نظارت بیمارستانی حالت صوری داشته" (مصاحبه ۱).

اون نظارت بر کار پزشکان به نظر من ضعیف بوده. دلیلش هم نمی دونم واقعا چرا اینطور بوده. بالاخره پزشک سالاری دخیل بوده در این قضیه" (مصاحبه ۲).

"هر چند وقت به بار به صورت جلسه ای می فرستادن که حالا مثلا نحوه پرداخت پزشکان اینطوره این کار رو بکنید. پزشکی رو میخواید به کار بگیرید اینجور بگیرید. حضور فعالی که بگند ما هیأت نظارت داری و بیانند بازدید وجود نداشت" (مصاحبه ۷).

"یه ایراد اساسی این که همه کارهای رو میذاریم توی بالادست انجام بدیم" (مصاحبه ۳).

"یکی بحث هیأت های بیمارستانی. حالا یه بخشی از مشکلات هیأت عالی بود یه بخشیش هیأت بیمارستانی. توی بخش هیأت بیمارستانی شاید نظارت کافی نبود بعضا. چرا؟ خب به هر حالا حالا توی بیمارستان ها بیشتر منتظر این هستن که از بالا یه چیزی بهشون ابلاغ بشه و اینها" (مصاحبه ۱۱).

"اینکه مدیریت ها خیلی اختیاراتشون زیاد نیست" (مصاحبه ۷).

"در زمینه چینش نامناسب اعضای هیأت نظارت،" ببینین اولاً ساختار سازمانی هیأت نظارت تا حالا با این وضعی که هست زیاد خوب نبوده، چون یه محدودیتی داشته که سه نفر بودن. رئیس و معاون آموزشی و یه پزشک که اون یه پزشک اصلا هیچ ارتباطی با کارهای مالی و اداری نداشته فقط میومده اسناد رو امضا می کرده. معاون و آموزش رئیس بیمارستان هم تا چند ماه پیش یک نفر بوده!" (مصاحبه ۱).

در زمینه بعد مدیریتی شامل: عدم ثبات مدیریت و عدم استفاده از مدیران حرفه‌ای، "می گم طی سالها فراز و نشیب زیاد بود. بستگی به مدیرهایی داشتند که اومدن تو ۸ سال گذشته تعداد معاونین پشتیبانی که تغییر کردن و معاون درمانمون از تعداد انگشتان دست بالاتره. شاید همشون ۶ ماه یکسال اومده و رفتن. ثبات مدیریت نداشتیم توی این دو جایی که باید به این موضوع توجه جدی میکردیم. امیدواریم ی ثبات ایجاد بشه. توی همین مدیریت حداقل توی ده سال گذشته ده نفر مدیر عوض شده، کسی فرصت کار نداشته، یه افراد بیگانه به کار" (مصاحبه ۳).

"توی این مملکت هم اصلا مدیریت ثبات نداره. برای همین من هیچوقت نمیام خودم رو خراب کنم که مثلا به خاطر این یه سالی که اینجا هستم بخوام کاری بکنم، مدیریتها طولانی نیست" (مصاحبه ۷).

"جلسات هیأت نظارت بیمارستان بسیار کم بود و جلسات هم تشکیل نمیشده." (مصاحبه ۱).

"هر طرحی که میاد اولش جلسات زیاده ولی خب بعدش شل میشه!" (مصاحبه ۲).

در زمینه بروکراسی اداری شامل: عدم کارایی ساختار و روش نظارت در بیمارستان ها، "من خودم به هیأت نظارتی که باشند راه بیافتند و بباند، من این رو اسمش رو نمیذارم نظارت. من این رو اسمش رو نمیدونم چی بذارم! بیشتر اثر روانی داره این باز دیده‌ها." (مصاحبه ۴).

ضعف در زمینه منابع انسانی شامل: کمبود نیروی انسانی متخصص، عدم آموزش و توجیه کامل کارکنان از بحث نظارت و مدون نبودن استانداردها در خصوص قضاوت عملکرد کارکنان، "مثلا من دیدم توی فلان بیمارستان جراح نمی‌ره یا مثلا توی فلان بیمارستان رادیولوژیست کم دارن. درصدهش رو در واقع زیاد کرده که پزشک انگیزه حضور داشته باشه." (مصاحبه ۵).

"برداشت ها متفاوت از تغییراتی که توی این دستورالعمل در حقیقت توی هیأت‌های عالی نظارت میدادن و ابلاغ می‌کردن به بیمارستان‌ها." (مصاحبه ۸).

ضعف در سیستم های اجرایی در پیاده سازی نظارت در مراکز درمانی، "یعنی میزان افراط و تفریط زیاد بود توی این کار، خیلی بالا و پایین داره، یکی خوب اجرا می کرده، کنترل می کرده و یکی اصلا توجه نداشته." (مصاحبه ۳).

"ولی با این اوصاف قبول دارم که نظارت ها همه جا ضعیفه." (مصاحبه ۶).

"عملا کسی دنبال اون کارکرد اصلی نبوده، دنبال فلسفه این که اصلا چرا این ابلاغ شده نبوده. بیمارستان ها انقدر مشکلات دیگه داشتند که دست و پا میزدن که خودشون مشکلاتشون رو بیان بالا. دنبال این نبودن که حالا اون بخشنامه رو عملیاتی بکنن یا نه." (مصاحبه ۷).

همچنین مشارکت کنندگان به دیگر نقاط ضعف هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها شامل

موازی کاری در انجام وظایف نظارت، پرکار بودن و تعدد وظایف وزارت بهداشت، پزشک سالاری در سیستم سلامت و نظارت ضعیف بر پزشکان، عدم استقرار مناسب سیستم های مدیریت اطلاعات، عدم به روز رسانی برنامه ها و دستورالعمل های نظارت، عدم حمایت دولت از بحث نظارت، عدم وجود رقابت بخش دولتی با بخش خصوصی، عدم ایجاد بسترهای لازم جهت واگذاری نظارت به بخش خصوصی، حاکمیت روابط بر ضوابط، مشکلات فرهنگی در اجرای نظارت پرداختند "مشارکت کنندگان می گویند: "خیلی از مسائل، مسائل صنفیه، عملکرد این که مثلا من کیفیت درمانم چطوره، من میگم من تشخیصم این بود. کی باید روی من نظارت کنه؟ نظام پزشکی. نظارم پزشکی که به من گواهینامه داده باید روی عملکرد من نظارت بکنه." (مصاحبه ۷).

"اولا آدمهایی که توی ترکیب هیأت نظارت ستادی هستند آدمهایی هستند که زمانی ندارند! همه زمانه شون صرف مسائل مدیریت میشه، توی حوزه خودشون. شما ترکیب می بینید رئیس دانشگاه، معاونینشون." (مصاحبه ۳).

"حالا شما ما در علوم پزشکی و بخش بهداشت و درمان در کشور ما ساختاری که ما داریم بالاخره پزشکان و اعضای هیأت علمی اثرگذار هست." (مصاحبه ۲).

"اصلا خیلی واحدها اچ آی اس نداشتن و با دست حساب میکردن." (مصاحبه ۳).

"متأسفانه هیأت‌های نظارت توی بیمارستان ها تشکیل نمیشده. فقط به امضا بسنده میشده. یعنی به بحث روتین پیدا کرده بود. سالهایی بود تقریبا، مواردی که پیش میومد جزئی بود و دیگه تکراری شده بود." (مصاحبه ۳).

مشارکت کننده سودجویی و سوء استفاده‌های مالی را علت عدم حمایت دولت از اجرایی شدن نظارت مطرح نمود. "بله تعطیل کرده بود نظارت رو که بقیه جاها هم نباشه! چرا؟ چون می‌خواستن ببرن و بخورن! ما توی بیمارستان هامون مثل بیمارستان الزهرا، حالا مصوباتشون بوده نمیدونم. ۹۵ درصد رئیس بیمارستان کارانه می گرفته! چقدر؟ ۹۵ درصد. وقتی که

کنندگان اعتقاد داشتند که پیش زمینه و ساختار لازم در کشور جهت ارزیابی و نظارت وجود نداشته است. نقاط ضعف مطرح شده در زمینه هایی چون عدم وجود قوانین و دستورالعمل های شفاف و منسجم، کلی بودن دستورالعمل ها که باعث ایجاد چند دستگی و افزایش سبک های عملکردی شده است. همچنین عدم انسجام قوانین و دستورالعمل ها، تعریف نادرست شرح وظایف، و تغییرات دائمی در مصوبه اولیه، نبود پکیج کامل دستورالعمل و بخشنامه از مواردی بود که در این زمینه مطرح گشت. نبود برنامه و ضعف کارشناسی در زمینه برنامه ریزی، عدم وجود برنامه نظارت فعال در سیستم، ناتوانی سیستم مدیریتی در هدف نویسی، ناکارآمدی برنامه به علت عدم پویایی لازم در بخشنامه از نکاتی بود که در موضوع مربوطه عنوان شد. عدم تعریف چارت سازمانی مشخص، ندیدن جایگاه قانونی مشخص برای نظارت و عدم وجود دبیر خانه قانونی و فعال از کمبودهای برنامه در زمینه سازمان یافتگی طرح بود.

نتایج مطالعات فتحی، اسماعیلی، صدر زاده، Stib، نشان می دهد که از نظر پرستاران و مدیران روش جاری طرح کارانه بر عملکرد پرستاران (بهبود مراقبت ها، رضایت شغلی، حجم کار، روابط بین کارکنان و میزان خطاها) تاثیر قابل توجهی نداشته است. ضمن آنکه اکثریت آنها از روش فعلی ناراضی هستند (Fathi 1993; Strib 1995; Sadrzadeh 2000). طرح کارانه در ایران نشان می دهد که این طرح از ابتدا دارای ضعف هایی در زمینه قانون گذاری بوده است و شاید عدم اجرای صحیح و کامل آن نیز از همین ضعف ها ناشی می گردد. عدم وجود سیستم ارزش دهی مناسب، عدم توجه به اینکه ارزشیابی کننده خود نباید ارائه دهنده خدمات باشد، عدم بررسی نتایج طرح پس از اجرا همه از ضعف های اولیه طراحی اولیه می باشند (Nemat bakhsh 2007). این مطالعات ضعف اولیه در ساختار طرح و نیاز به رسیدگی به آن و همچنین اجرای موفقیت آمیز طرح کارانه در صورت تدوین

بیمه ها میخواند پرداخت کنند، علاوه بر کسورات ده درصدش رو کم میکنه. این چقدر میشده؟ میشده ۹۰ تا. یا حالا بیابین اضافه کنیم به ۹۵ تا ده تا که بیمه ها کم میکردن میشده ۱۰۵ تا کسورات هم بوده. ده درصد هم دانشگاه از درآمد واحد بر میداشته. که مجموعا میشده ۱۱۵ تا اگه که تحقق پیدا میکرده این درآمدی که کسب میکرده. اگه ۱۰۰ تومن در می آورده ۱۱۵ تومن خرج می کرده. ۱۵ تومن هم ضرر میداده. نه برای یه فرد هم باشه. من به فرد کاری ندارم. درمورد خیلی اتفاق ها افتاده". (مصاحبه ۳).

" بیمارستان های خصوصی خیلی راحت هر عددو رقمی که خودشون بخواهند به پزشک پرداخت می کنن خیلی هم دفاترشون رسمیت نداره برای دارایی که حالا حتما عملکرد پزشکهاشون توی دفاترشون ثبت بشه دارایی هاشون دقیقا حساب بشه و پرداخت بشه". (مصاحبه ۶).

" واگذاریش هم به بخش خصوصی ممکنه مفسده ایجاد کنه، چون هنوز کامل ندیدیم این موضوع رو. هنوز استاندارد نداریم اینجاما باید اول یه استاندارد قرار بدیم برای نظارت بعد بدیم به بخش خصوصی. (مصاحبه ۳).

" به نظر من نه! چون بعضی رودریاستی ها و رابطه ها بود. اینها نمیگذاشت که کار انجام بشه". (مصاحبه ۱۰).

" اصلا توی کشور نظارت مفهومی نداشته. نبوده دیگه. عموما باز شده بوده. هرکی هر کاری میخواست می کرده!" (مصاحبه ۳).

## بحث

هدف این مقاله بررسی نقاط ضعف عملکرد هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان بود. یافته های پژوهش در مورد نقاط ضعف هیأت نظارت طرح نظام نوین نشان داد که هیأت نظارت در ابعاد مختلفی ضعف دارد که شامل ضعف در عوامل ساختاری و زیربنایی از بعد تدوین و تنظیم برنامه ها و دستورالعمل طرح می باشد. مشارکت

صحیح این دستورالعمل را تایید می کند که با مطالعه حاضر همسو است.

همچنین یافته های پژوهش از لحاظ ساختاری و زیر بنایی در اجرای برنامه نشان داد که هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها در ابعاد مختلفی ضعف دارد. نظیر: در زمینه تصمیم گیری و ابلاغ دستورالعمل ها: تفویض اختیار بدون اعمال نظارت که مواردی مانند: تفویض اختیار را به هیأت نظارت دانشگاه در بالا بردن بی رویه درصدها (بدون نظارت)، عملکردهای خارج از چارچوب را به علت عدم نظارت وزارتخانه بر هیأت عالی نظارت در دانشگاه و بیمارستان ها و عدم نظارت و بازدید منظمی از سوی هیأت عالی نظارت دانشگاه بر مراکز. استقرار سیستم تصمیم گیری و نظارت متمرکز: متمرکز بودن نظارت و تصمیم گیری در هیأت نظارت دانشگاه و فعال نبودن هیأت نظارت بیمارستان در تصمیم گیری ها و عدم دخالت موثر هیأت نظارت بیمارستان ها در تغییر کارانه ها و نظارت. ضعف واحدهای تصمیم گیری و ورود سلیقه در اجرای قوانین: پیچیده بودن فرایندهای بیمارستانی و نبود تعریف درست از حوزه اختیارات و تصمیم گیری در صف و ستاد نظارت مطرح شد. در زمینه بعد مدیریتی شامل: عدم ثبات مدیریت و عدم استفاده از مدیران حرفه ای: بی ثباتی مدیریت در معاونت پشتیبانی و توسعه و نیز معاونت درمان در ۸ سال گذشته مطرح شد. و همچنین عنوان شد که به علت جابجایی زیاد مسئولیت مدیریت، افراد آشنایی کافی با راه اندازی امور نداشتند. عدم موفقیت مدیران ارشد را در تصمیم سازی و برنامه ریزی، غیر متخصص بودن و ارجاع مسائل متعدد به آنها و نیاز به مدیران حرفه ای را برای طراحی نیازها و راهبرد ها مطرح شد.

در زمینه بعد مالی شامل: مشکلات مالی و تاخیر در پرداخت ها، سوء استفاده های مالی در اجرای نظارت: عدم تامین هزینه های دانشگاه و بیمارستان در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها، عدم کاهش کارانه ها را به دلیل

تاخیر در پرداخت آنها، مطرح نبودن نظارت در برخی واحدها از بعد اقتصادی، انتقاد از طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان به علت افزایش بار مالی بیمارستان ها، تحمیل هزینه به بیمارستان به جای کمک به آن به عملکرد خارج از چارچوب و دستکاری در دستورالعمل ها را به علت عدم پرداخت مناسب و به موقع هزینه های درمانی توسط بیمه ها، اجرایی نشدن بخشنامه ها را به علت منفعت طلبی ها و وجود لابی و زدو بند در تعیین سهم متخصصین از مواردی بود که مطرح شد. کریمی در مطالعه خود، عدم توانایی مردم در پرداخت هزینه های درمانی، تفاوت فاحش در درآمد پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی، استهلاک ساختمان و تاسیسات بیمارستان و عدم بازسازی و رسیدگی به آنها و کاهش انگیزه کارکنان غیر پزشک نسبت به پزشکان را از ناکامی های طرح نظام نوین ذکر کرده است (Karimi 2002). گهرت و میکلوویچ در سال ۱۹۹۲ نشان دادند که درآمد تعیین کننده ی مهمی برای نگرش ها و رفتارهای کارکنان است (Gerhart and Milkovich 1992). همکاران وی نشان دادند که ناخشنودی از درآمد می تواند به کاهش ناخشنودی شغلی، انگیزش و عملکرد و افزایش غیبت کار شود (Currall et al. 2005). بعضی از نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو می باشد.

در زمینه عدم ارتقا کمی و کیفی نظارت در بیمارستان ها شامل: عدم اهتمام جدی به تشکیل تیم نظارت، ضعف ابزارهای نظارتی و کنترلی، عدم نگرش مثبت نسبت به بحث نظارت، انجام بازدیدهای مقطعی هیأت نظارت و عدم تشکیل منظم جلسات هیأت نظارت: صوری بودن هیأت نظارت بیمارستان، عدم وجود ابلاغیه در مراکز درمانی مبنی بر تشکیل هیأت نظارت، نظارت ضعیف بر عملکرد بیمارستان به ویژه پزشکان، عدم نظارت بر عملکرد متخصصین، عدم اعمال نظارت بر لیست های کارانه توسط تیم نظارت به علت عدم نیاز به نظارت بر آنها، عدم نگرش و دید مثبت به بحث نظارت مانع انجام یا عدم درگیری مسئولین مربوطه در اجرای



نظارت، پاسخگو بودن مسئولین به رئیس دانشگاه فقط در صورت پیگیری مداوم گزارشات، بالا بودن میزان افراط و تفریط در امر نظارت، عدم توانایی اجرای نظارت توسط هیأت نظارت در طرح نظام نوین اداره بیمارستان ها و ضعیف بودن نظارت در تمام بخش ها. همچنین مشارکت کنندگان به دیگر نقاط ضعف هیأت نظارت شامل موازی کاری در انجام وظایف نظارت: فعال نبودن هیأت نظارت را به علت انجام نظارت بر اسناد توسط امور مالی دانشگاه، مرجع رسیدگی به تخلفات پزشکان هیأت نظارت نیست! و نظارت بر کیفیت درمان و عملکرد پزشکان وظیفه سازمان نظام پزشکی بودن مطرح شد. پرکار بودن و تعدد وظایف وزارت بهداشت: وزارت بهداشت به عنوان پر مشغله ترین، بزرگترین و متنوع ترین وزارتخانه از حیث ارائه خدمات، پرمشغله بودن مدیران حوزه نظارت ستاد و برگسترده گی دانشگاه علوم پزشکی و بالا بودن حجم کاری مدیران ارشد به علت ادغام دانشگاه با وزارت بهداشتی در گذشته. نویسنده مقاله "مشکلات بهداشتی درمانی و نقش بیمارستانها در کشورهای در حال توسعه" ضمن بر شمردن همه مشکلات این کشورها در دهه هفتاد، اشاره می کند که ارائه طرح نظام نوین اداره بیمارستانها منجر به نزول کارایی واحدهای درمانی، افزایش تبادل نیروی انسانی به سود بخش خصوصی و رها شدن خدمات درمانی از مکانیسم های نظارتی، شده است و در این طرح هیچگونه مطلب تازه ای درباره چگونگی اعمال نظارت بر عملکرد گروه های حرفه پزشکی ارائه نشده و هیچ سهمی برای نظارت از سوی مصرف کنندگان خدمات در مورد سرنوشت درمانی گروه نیازمند، پیشبینی نشده است و آنچه نظارت نامیده شده، از سوی ارائه دهندگان خدمات صورت می گیرد که در واقع شیوه ای است که در هیچ شرایطی عینیت لازم را جز در مسیر تأمین منافع گروه های حرفه ای نخواهد یافت (Sadaghiani, 1998). بعضی از نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همسو می باشد.

آن می شود، عدم درگیر شدن مدیران در نظارت، عدم پذیرش نظارت از سوی هیأت علمی ها (بالا بودن قدرت آنها)، بازدیدهای مقطعی هیأت نظارت به جای حضور فعال در بیمارستان، عدم وجود بازدید هیأت نظارت در مراکز درمانی آموزشی و عدم تشکیل جلسات هیأت و یا کم بودن جلسات هیأت نظارت بیمارستان اشاره کرد. در زمینه بروکراسی اداری شامل: عدم کارایی ساختار و روش نظارت در بیمارستان ها: عدم نظارت دقیق بر پرداخت کارانه ها را به دلایل مختلف از جمله نامه نگاری های بسیار و اصولی نبودن تعرفه ها قبل از ابلاغ تعرفه های جدید. ضعف در زمینه منابع انسانی شامل: کمبود نیروی انسانی متخصص، عدم آموزش و توجیه کامل کارکنان از بحث نظارت و مدون نبودن استانداردها در خصوص قضاوت عملکرد کارکنان: کمبود نیروی انسانی متخصص در مراکز، هیأت نظارت را مجبور به تغییر بی رویه درصد کارانه می کرد و مانع اجرای موفق نظارت در مراکز می گشت لذا مشارکت کنندگان این عامل را نیز به عنوان یکی از نقاط ضعف طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها بر شمردند. در مطالعه Bradley و همکارانش به این نتیجه رسیدند که نگرش مدیران سلامت از نظارت در دو کشور تانزانیا و مالزی تفاوت وجود دارد. در کشور مالزی نظارت بیشتر در مرکز کنترل و بازرسی انجام می شود در حالی که در کشور تانزانیا نظارت نمونه ای است که با حمایت و بهبود انجام می شود. در هر دو کشور فقدان شاخص های مبتنی بر شایستگی و یا استانداردهای روشن برای ارزیابی کارکنان بهداشت وجود داشت. همچنین کمبود کارکنان و امکانات در هر دو کشور به عنوان یک مانع اساسی برای نظارت بازدید کننده ها از سیستم سلامت بوده است (Bradley et al. 2013). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو می باشد.

ضعف در سیستم های اجرایی در پیاده سازی نظارت در مراکز درمانی: عدم استفاده از تمام ظرفیتها در بحث

## نتیجه گیری

هیأت نظارت طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها از موضوعات مهم و بحث بر انگیز در مدیریت سلامت و اقتصاد سلامت است. در این مطالعه سعی شد نقاط ضعف نظارت این طرح مورد کنکاش وسیع قرار بگیرد. هر کدام از یافته‌های این مطالعه دریچه ای تازه ای برای پژوهش های آینده گشوده است. با توجه به اصول اصلی در علم اقتصاد و مدیریت سلامت و نیز پیش نیازهای موجود در بخش سلامت و از سوی دیگر سهم پرداختی مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های سلامت از سوی دریافت کنندگان خدمات سلامت به نظر می‌رسد به منظور کارآمدتر بودن سیستم سلامت و هیأت نظارت بیمارستان‌ها، بایستی نقاط ضعف هیأت نظارت و طرح کارانه به خوبی بررسی شود و به کار گرفته شود تا بتوان کمتر شاهد نقاط ضعف هیأت نظارت در بیمارستان‌ها بود و این به سیاستگذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بتوانند با در نظر گرفتن نقاط ضعف موجود، راهبردهای مناسبی در جهت استفاده آنها در طرح کارانه جدید طراحی نمایند. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی هم بود که به دو مورد آن اشاره می‌شود: ۱. حجم بالای کار برخی افراد جامعه پژوهشی و نداشتن فرصت کافی برای انجام مصاحبه. محقق برای تعدیل این مشکل فرصت کافی و پیگیری های لازم برای به وجود آمدن فرصت مناسب برای انجام مصاحبه را در دستور کار قرار داد. ۲. حساس تلقی شدن موضوع برای برخی افراد و تشکیک در شرکت در مصاحبه و در برخی موارد عدم شرکت در مصاحبه. محقق برای تعدیل این موضوع به افراد مصاحبه شونده اطمینان داد که نامی از آنها برده نشود و اطلاعات آنها کاملاً محرمانه باقی بماند.

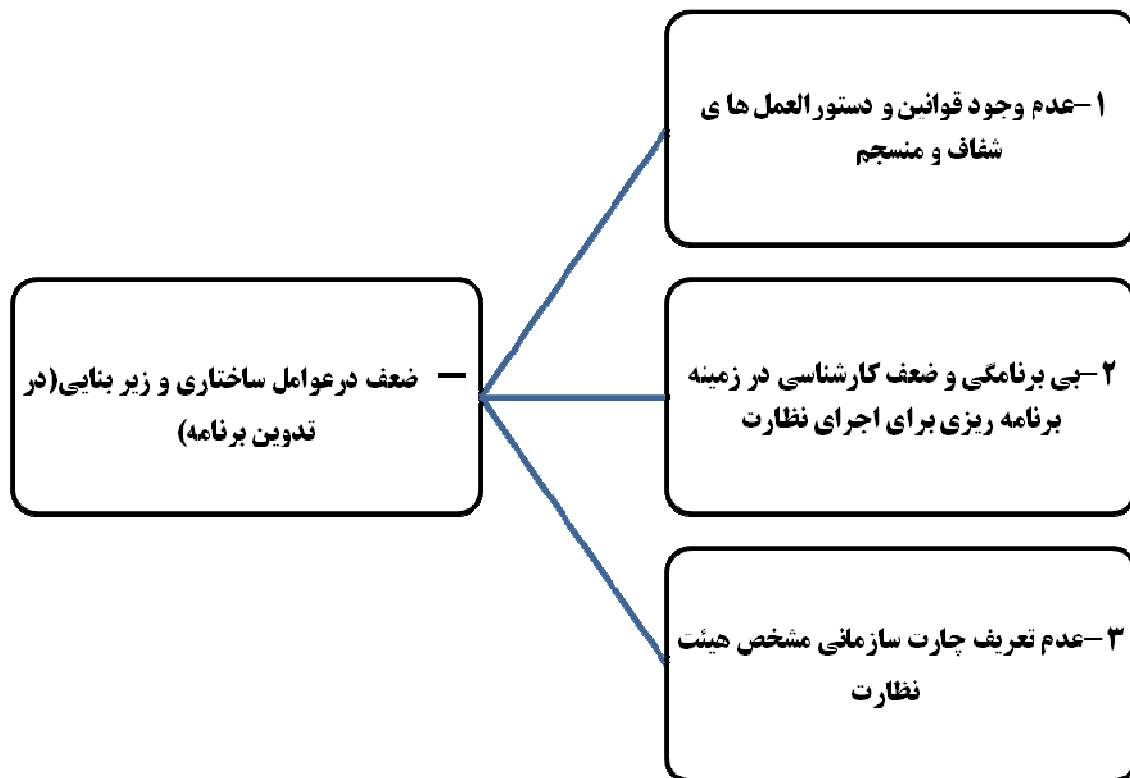
## تشکر و قدردانی

این مطالعه، گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره ۳۹۴۱۳۹ است که بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از

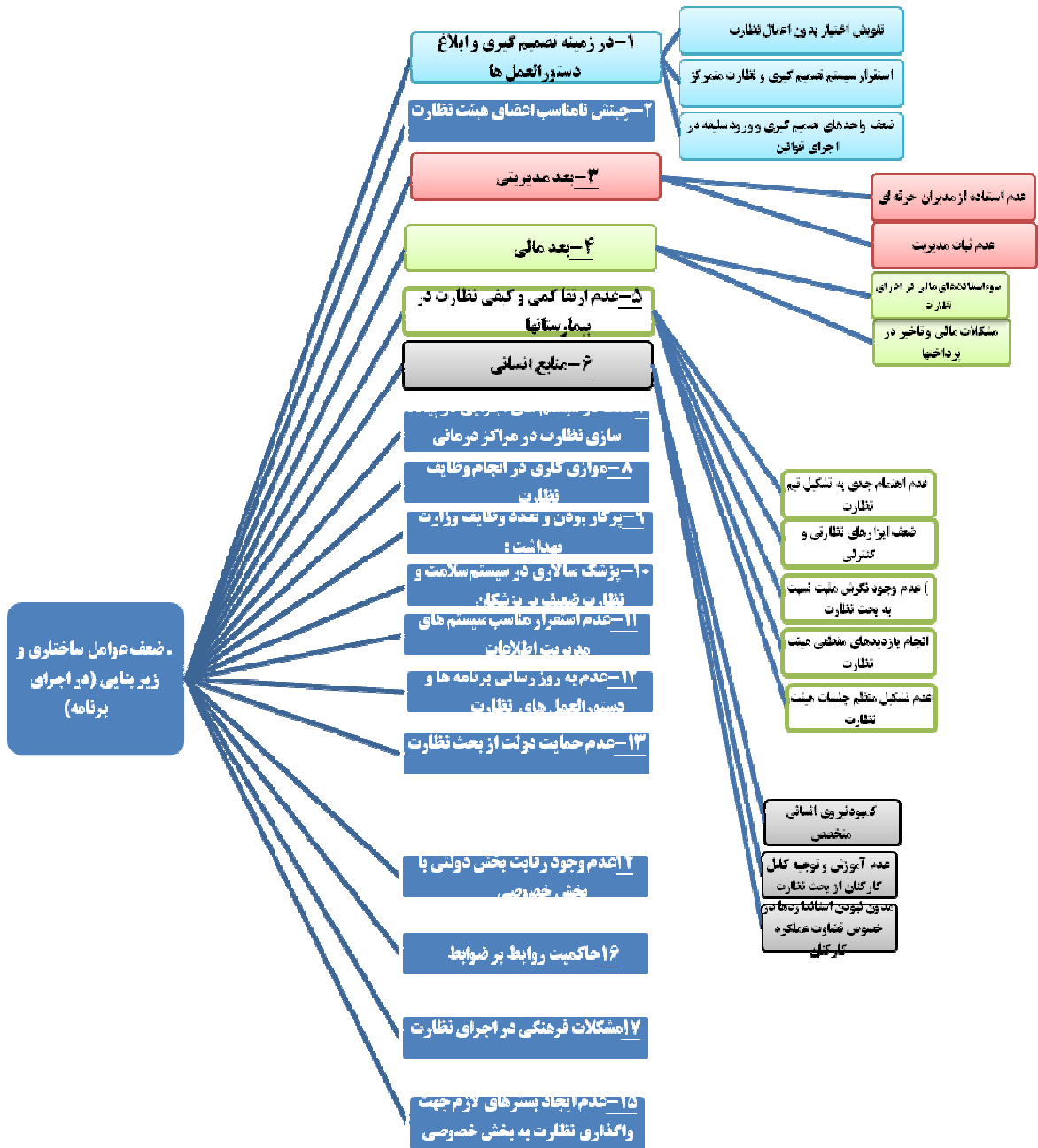
پزشک سالاری در سیستم سلامت و نظارت ضعیف بر پزشکان: عدم قدرت بیمارستان در برخورد قاطع با پزشکان، در تمامی کشورها ارزیابی کار پزشکان چالش برانگیز می‌باشد. مسائل پزشکان به علت پیچیده بودن آن کمتر پرداخته شده و عدم کنترل پزشکان را به علت منحصر بودن آنها در کارکرد، موقعیت اجتماعی و فرهنگی، نوع ارتباط آنها. مشارکت کنندگان همچنین به عدم استقرار مناسب سیستم‌های مدیریت اطلاعات، عدم به روز رسانی برنامه ها و دستورالعمل‌های نظارت، عدم حمایت دولت از بحث نظارت، عدم وجود رقابت بخش دولتی با بخش خصوصی، عدم ایجاد بسترهای لازم جهت واگذاری نظارت به بخش خصوصی، حاکمیت روابط بر ضوابط و مشکلات فرهنگی در اجرای نظارت بهتر از سوی هیأت نظارت اشاره داشتند. عبادی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بسیاری از اعتصاب‌ها، کم کاری‌ها، عدم انگیزش و نارضایتی‌های شغلی، ترک خدمت و کاهش بهره وری نیروی انسانی، زائیده بی توجهی و نابرابری در پرداخت و روش‌های ناعادلانه حقوق مزایاست (Ebadi et al. 2005). همچنین در مطالعه‌ای اسماعیلی نشان داد که ۴۹/۹ درصد پرستاران به غیر منصفانه بودن طرح کارانه شان نسبت به سایر کارمندان هم رده و همگروهشان اعتراض دارند و اکثریت آنها معتقد بودند که اجرای طرح کارانه بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیری نداشته است (Shimon et al. 1993). در مطالعاتی که پژوهشگران روی طرح کارانه انجام داده‌اند بیشتر بر روی خروجی و فایده این طرح مطالعه کرده‌اند تا بررسی ساختار و خود طرح. البته بخشی از یافته‌های مطالعات پژوهشگران در زمینه طرح کارانه و هیأت نظارت آن با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد ولی پژوهش حاضر به طور جامع و کامل به نقاط ضعف خود طرح و هیأت نظارت این طرح پرداخته است که دیگر پژوهشگران کمتر در این زمینه کار کرده بودند.

پزشکی اصفهان و اعضای هیأت علمی و کارمندان محترم دانشگاه و بیمارستان‌ها اعلام می‌دارند.

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل حمایت مالی و همچنین از مدیران بیمارستان‌های الزهرا(س)، کاشانی، فیض، و همچنین دانشگاه علوم



شکل ۱- ضعف در عوامل ساختاری و زیربنایی (در تدوین برنامه)



شکل ۲- ضعف در عوامل ساختاری و زیربنایی (در اجرای برنامه)

## References

- Acheson, A. and Gall, MD., 1998. Supervision training. Translation: MR Behrang. Tehran: kamal tarbiat.
- Bahadori, M., Ibrahimipour, H. and Farzaneh, A., 2012. The challenges of supervision on providing health services from the viewpoint of the insurer: A qualitative study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*. 4(9), pp. 1673-1685.
- Bradley, S., Kamwendo, F., Masanja, H., de Pinho, H., Waxman, R. and Boostrom, C., 2013. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Human resources for health*. 11(1), P. 43.
- Currall, CS., Towler, AJ., Judge, TA. and Kohn, L., 2005. Pay satisfaction and organizational outcomes, *Personnel Psychology*, 58, pp. 613-640.
- Ebadifard Azar, F., Badloo, M. and Rezaei, E., 2015. Examining the relationship between Payment based on new managerial approach for hospital administration, Expectancy theory and job satisfaction in selected hospital staff of Tehran university of medical sciences in 2013. *Hospital*. 13(4), pp. 123-132.
- Ebadi, A., Hadad, M., Sirati, M. and Karimi, A., 2005. Survey in to the Impact of Fee for Service Plan on Nurses' Work Output. *Journal of Health Administration*. 7(18), pp. 52-59.
- Fathi, B., 1993. *Survey results, Plan rewards productivity in the Rubber Company of Sahand*, Islamic Azad University, Tehran, 1993.
- Gerhart, B. and Milkovich, GT., 1992. Employee compensation: Research and practice, Cornell University ILR School, CAHRS Working Paper Series, May 1992, <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cahrs/wp/311>
- Kazemi, H., 2002. Salary and Fee System Tehran: Management Education Center. in press.
- Karimi, S., 2002. The design of the new system of administration of hospitals: *success and failure, the Journal of the School of Management and Medical Information*, 10(11).
- Nemat bakhsh, M., 2007. A Survey of Medical School faculty members of the university in the conservative medical education at teaching hospitals. *Journal of Medical Education Development Center, third period: the second issue*. pp. 77-69.
- Polit, DF. and Beck, CT., 2004. *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Sadaghiani, A., 1998. *Health problems and the role of hospitals in developing countries*. Tehran: scientific and cultural; 236: 219.
- Shtraves, A. and Kurbin, J., 2006. *Principles of qualitative research methods*, ed. b. Mohammadi. 2006, Tehran: institute for humanities and cultural studies.
- Shimon, L. and Dovlan Vorndal, S., 1993. Managing staff and resources human, Translators: Muhammad Ali Tusi, Muhammad Sabeen, Public Administration Training Center Press, 1993.
- Strib, G., 1995. Nigrol Pay for Performance in Local Government. The Views of Personal Directors. *International Journal of Public Administration*. P. 12. [ In Persian]
- Sadrzadeh, M., 2000. *The Study of Clinical Personal Satisfaction from Remuneration of Fee for Service*. MS. Thesis, Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences. [In Persian]
- Witter, S., Ensor, T., Thompson, R. and Jowett, M., 2000. *Health Economics for Developing Countries*. A Practical Guide: MacMillan Education.

## **The Survey of Performance Supervision Board New System Hospitals Administration Alan in Selected Training Hospitals of Isfahan: A Qualitative Study**

**Tavakoli, M.R.**, MSc. Student, Department of Health Services, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran- Corresponding Author: moslem6868@yahoo.com

**Karimi, S., Ph.D.** Associate Professor, Department of Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Javadi, M., Ph.D.** Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Jabbari, A., Ph.D.** Assistant Professor, Department of Health Services, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Received: Jun 30, 2015**

**Accepted: Jan 21, 2016**

### **ABSTRACT**

**Background and Aim:** In 1995 the new plan (system) of hospital administration plan/scheme (fee for service) was communicated. According to this plan a proportion (percentage) of the hospital income would be allocated to the hospital staff as a fee for service; the remaining would, after deducting other expenditures, be allocated for the autonomy of the hospital. Based on the plan/scheme, the Supervisory Board will consist of two main committees, namely, the High Supervisory Board and the Supervisory Board for the Centers (hospitals). The main objective of this study was to evaluate the performance of the Supervisory Board in the new system of hospital administration plan in selected teaching hospitals of Esfahan, Iran in 2014.

**Materials and Methods:** This was a qualitative research. Eleven individuals were selected by targeted sampling and interviewed using semi-structured interviews. The thematic analysis method was used to analyze the data.

**Result:** Based on the thematic analysis results, the main source of weakness in the underlying and structural factors (developing programs and the implementation phase) was the Hospital Administration Supervisory Board in the new system.

**Conclusion:** It can be concluded that the most notable findings in this study are weaknesses in the underlying and structural factors (developing the program) and weak underlying and structural factors (implementation of the program). The findings will help health policy-makers to develop suitable strategies and a plan of action to minimize weaknesses of the new fee for service scheme/plan.

**Key words:** Hospital, Supervisory Board, Fee for Service, Operation