

تدوین و اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی برای بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران

صابر اعظمی آعداش^۱، جعفر صادق تبریزی^۲، حسین عبداللهی^۳، مهدی نوری^۴

چکیده

مقدمه: تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی برای بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم تأمین اجتماعی و اندازه‌گیری آن‌ها می‌تواند برای ارتقای عملکرد این بیمارستان‌ها مؤثر باشد. از این رو هدف مطالعه حاضر تدوین و اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی برای بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران است.

روش کار: برای تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی از چهار مرحله مرور متون شامل مقالات علمی، کتاب‌ها، گزارش‌های سازمانی و سایر منابع، نظرخواهی از صاحب‌نظران (۱۰ نفر)، دو راند فن دلفی و داوری توسط متخصصین و صاحب‌نظران کلیدی تأمین اجتماعی استفاده گردید. برای تمامی شاخص‌ها «شناسنامه شاخص» نوشته شد.

یافته‌ها: از جست‌وجوی متون ۴۵۶۳ شاخص شناسایی شد. بعد از غربالگری اولیه شاخص‌ها توسط دو نفر از محققان به صورت مستقل، در نهایت ۷۹۰ شاخص انتخاب گردید (غربالگری اولیه). در مرحله بعد هر دو محقق در مورد شاخص‌های انتخاب‌شده بحث کردند که در نتیجه این مرحله ۱۲۶ شاخص به دلیل تکراری و مشابه بودن حذف گردید (غربالگری ثانویه). در نهایت ۶۶۴ شاخص برای اصلاح اولیه شاخص‌ها به ۱۰ نفر صاحب‌نظر ارسال گردید (غربالگری ثالثیه). بعد از چند دور نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر و تحلیل نظرات آن‌ها در نهایت ۶۰ شاخص انتخاب و وارد فاز دلفی شد. پس از انجام دو مرحله فن دلفی (دور اول ۲۴ نفر، دور دوم ۸ نفر)، ۵۰ شاخص انتخاب شدند. بر اساس نتایج داوری صاحب‌نظران تأمین اجتماعی، ۲ شاخص حذف و یک شاخص اضافه شد. در نهایت ۴۹ شاخص در چهار حیطه دروندادی (۵ شاخص)، فرایندی (۱۱ شاخص)، بروندادی (۱۸ شاخص) و عملکرد مالی (۱۵ شاخص) نهایی شد.

نتیجه‌گیری: مدیران ارشد تأمین اجتماعی می‌توانند با استفاده از شاخص‌های تدوین‌شده در این مطالعه نسبت به ارزیابی بیمارستان‌های خود اقدام کنند تا ضمن شناسایی نقاط ضعف، برای برنامه‌ریزی و ارتقای عملکرد بیمارستان‌های خود اقدام نمایند.

واژگان کلیدی: شاخص، بیمارستان، ارزیابی عملکرد، سازمان تأمین اجتماعی.

- ۱- دکتری سیاست‌گذاری سلامت، استادیار مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
s.azami.a90@gmail.com
- ۲- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استاد مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
js.tabrizi@gmail.com
- ۳- دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
hm_abdolahi@yahoo.com
- ۴- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مربی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
mehdiinouri@gmail.com

مقدمه

بیمارستان‌ها مهم‌ترین جزء نظام سلامت در تمامی کشورهای دنیا هستند و در حدود ۵۰٪ تا ۸۰٪ هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. در سراسر جهان، سیستم‌های بهداشتی درمانی به‌ویژه بیمارستان‌ها به طراحی مکانیسم‌ها و برنامه‌های مختلفی برای ارتقای کیفیت خدمات پرداخته‌اند (عبادی‌فرد آذر و همکاران، ۱۳۹۴: ۶۹؛ رضاپور و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین در این راستا امروزه استراتژی‌های ارتقای کیفیت نقش بسزایی در سیاست‌های کلان نظام سلامت در تمام کشورها دارد و دولت‌ها را وادار به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می‌کند (کمبل و همکاران، ۱۳۸۱: ۹-۱۴، موس و همکاران، ۱۳۸۱: ۶-۶۳؛ مقری و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۷-۵۲). برای تحقق این امر وجود سیستم مناسبی برای پایش عملکرد سازمان بسیار ضروری است. از جمله ابزارها و سیستم‌هایی که در این خصوص کاربرد دارند، اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی است. شاخص‌های عملکردی نقش بسزایی در شفافیت، مسئولیت‌پذیری و کیفیت دارد. همچنین اهمیت دیگر شاخص‌ها، نشان‌دادن میزان دستیابی به اهداف می‌باشد (تبریزی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۶-۳۰، اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶-۲۱). طراحی مجموعه شاخص‌های عملکردی به‌عنوان اولین گام برای ارتقای عملکرد در حیطه‌های مختلف است (آوانز و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۱-۱۳۰).

بیان مسئله

بیمارستان‌ها همانند هر سازمان دیگری نیازمند پایش و ارزیابی هستند (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۴-۳۵). امروزه اندازه‌گیری عملکرد خدمات بهداشتی و درمانی یکی از اجزای عملکردی ارتقای کیفیت بوده و جزو انتظارات روبه‌رشد از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است (گراوز و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۱-۳۴). به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان می‌توان از مدل‌ها و روش‌های گوناگون استفاده کرد (اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۱۶-۱۱۰؛ فرح‌بخش و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۶۷-۱۳۷۵). یکی از روش‌هایی که امروزه با توجه به ضرورت توجه به کیفیت مراقبت‌ها و رعایت اصل بهره‌وری در استفاده از منابع کاربرد دارد، استفاده از شاخص‌های ارزیابی عملکرد است (بلیلی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۸-۲۲، کرام و همکاران: ۱۰۶۹، بارر و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۹۷-۶۰۰؛ پیترز، جی، ۱۳۸۸: ۹-۴۸).

شاخص‌های عملکردی نقش بسزایی در شفافیت، مسئولیت‌پذیری و کیفیت دارد. همچنین اهمیت دیگر شاخص‌ها، نشان‌دادن میزان دستیابی به اهداف است (اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶، تبریزی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۶-۳۰). طراحی مجموعه شاخص‌های عملکردی به‌منابه نخستین گام برای ارتقای عملکرد در حیطه‌های مختلف است (آوانز و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۱). در این راستا شاخص‌های ارزیابی عملکرد در بسیاری از جنبه‌های علوم پزشکی تدوین و جهت ارتقای استانداردهای مراقبت‌های

بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (هولمز و همکاران، ۱۳۷۹: ۴۹۶-۵۰۳). شاخص‌های ارزیابی عملکرد سیستمی هستند که در پزشکی و سایر زمینه‌های مرتبط با پزشکی، عملکرد مراکز ارائه‌دهنده خدمات را اندازه‌گیری می‌کنند (فیلد جی، ۱۳۷۶) که معمولاً مقادیر کمی از اندازه‌گیری‌ها را ارائه می‌دهند که می‌توانند استاندارد و گایدلاینی برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران و همچنین خدمات پشتیبانی باشند (صادقی بازرگانی و همکاران، ۱۳۹۳). در سال‌های گذشته تدوین، توسعه و گزارش شاخص‌های ارزیابی عملکرد در قالب روشی برای ارتقای کیفیت خدمات و همچنین افزایش پاسخگویی، به طور گسترده در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است (گزارش سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۰۰، لوب جی ام، ۱۳۸۳: ۵-۹؛ ماتک و همکاران، ۱۳۸۵).

در سال‌های اخیر در ایران مطالعات محدود و منطقه‌ای با هدف تدوین و ارزیابی شاخص‌های ارزیابی عملکرد طراحی و انجام گرفتند (صادقی بازرگانی و همکاران، ۱۳۹۳، اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۱۶-۱۱۰؛ اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۳)، اما براساس نتایج مرور متون، به نظر می‌رسد تدوین و استفاده از شاخص‌های ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در ایران در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. سازمان تأمین اجتماعی ایران یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که پوشش بیمه‌ای کارگران حقوق‌بگیر و مزدی (به‌صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌صورت اختیاری) را بر عهده دارد. سازمان تأمین اجتماعی دارای وظایف عمده در دو بخش بیمه‌ای و درمانی است که برای اجرای وظایف خود دارای تشکیلات مرکزی، واحدها، شعب، نمایندگی‌ها، مراکز درمانی و بیمارستانی، کلینیک، پلی کلینیک و دی کلینیک می‌باشد. این سازمان دومین ارائه‌کننده خدمات درمانی در ایران است که نقش مهمی در تأمین سلامت جامعه ایفا می‌کند. افزون بر ارائه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی بزرگ‌ترین خریدار درمان در کشور قلمداد می‌شود. براساس آخرین آمار سازمان تأمین اجتماعی تا پایان ماه نهم سال ۱۳۹۸، حدود ۴۴ میلیون و ۱۳۷ هزار و ۵۷۳ نفر تحت پوشش این سازمان قرار گرفتند (وبسایت سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۸).

نتایج مطالعات مختلف در ایران نشانگر این موضوع است که اداره بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی کارا نبوده و در مقایسه با انتظارات از عملکرد مناسبی برخوردار نیستند (براتی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۰-۲۴، سپهردوست و همکاران، ۱۳۹۲). از این رو تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی برای بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم این سازمان و اندازه‌گیری آن‌ها می‌تواند در شناسایی ضعف‌ها و موارد مورد نیاز برای ارتقاء مؤثر واقع شوند؛ بنابراین هدف مطالعه حاضر تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی برای بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران می‌باشد.

مبانی نظری

دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا در طی پروژه‌های Performance assessment tool (PATH) (for quality improvement in hospitals) با استفاده از پانل خبرگان و مرور نظام‌مند منابع، ۱۰۰ شاخص اندازه‌گیری عملکرد را در شش حیطه اثربخشی بالینی، ایمنی، بیمارمحوری، کارمندمحوری، کارایی خدمات و پاسخگویی را با همکاری ۲۰ کشور اروپایی تدوین و به‌صورت پایلوت در ۸ کشور اجرا کرد (لوب جی ام، ۱۳۸۳: ۵-۹).

در مطالعه اعظمی آغداش و همکاران (۲۰۱۵) با استفاده از مرور متون، پانل خبرگان، مصاحبه و فن دلفی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران در حیطه‌های اثربخشی بالینی و مدیریت خطر حاکمیت بالینی، ۱۳۳ شاخص تدوین کردند (۴۳ شاخص در حیطه مدیریت خطر در ۴ بعد و ۷۰ شاخص برای اثربخشی بالینی در ۱۱ بعد) (بور دوگنا، ال، ۱۳۸۷: ۳۸۱-۴۰۰).

در مطالعه حامد رحیمی و همکاران (۲۰۱۶) ۴۹ شاخص ارزیابی عملکرد در چهار حیطه مالی، فرایندهای داخلی، یادگیری و مشتری‌مداری معرفی شده است (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۷-۲۴). براساس نتایج مرور متون مطالعه‌ای که در زمینه ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی طراحی کرده باشد یافت نگردید؛ بنابراین شاخص‌های ارائه‌شده در این مطالعه که با توجه به شرایط بیمارستان‌های تأمین اجتماعی از بین مجموعه بزرگی از شاخص‌ها انتخاب شدند، می‌تواند در ارزیابی عملکرد و برنامه‌ریزی برای ارتقای عملکرد این بیمارستان‌ها مؤثر واقع شود.

از مهم‌ترین تجارب توسعه و استفاده از شاخص‌های ارزیابی عملکرد می‌توان به شاخص‌های انجمن مشاوره استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استرالیا اشاره کرد که در سال ۱۹۹۳ برای انجام اعتباربخشی بیمارستان‌های استرالیا تدوین گردید که در طی آن ۱۸۵ شاخص از بیش از ۵۰۰ مرکز و بیمارستان جمع‌آوری و تدوین شد (زلند، ات، ۱۳۷۲، کولویی و همکاران، ۱۳۷۹: ۶-۲۱۱). کشور هند نیز در سال ۲۰۰۸ با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد برای مراقبت‌های سطح دوم خود اقدام کرد که در نهایت منجر به تدوین ۲۱ شاخص شد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته دیگر مانند آمریکا، انگلیس، هلند و سایر کشورهای اتحادیه اروپا و تایوان نیز استفاده از شاخص‌های ارزیابی عملکرد در سیستم‌های بهداشتی و درمانی رایج شده است. (بور، اس، ۱۳۹۱: ۱-۲۰۱-۲۱۵؛ وود، پی و همکاران، ۱۳۷۴: ۳۹-۴۶؛ تامسون، آ و همکاران، ۱۳۸۳: ۵-۶؛ چپو، دلبیو و همکاران، ۱۳۹۳: ۸-۲۱).

در مورد عملکرد مالی بیمارستان‌های ایران، در طی سالیان اخیر با درک شرایط و مشکلات کمبود

منابع، برخی محققان کوشیدند شاخص‌های اختصاصی ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها را تدوین کنند. در این زمینه جنتی و همکاران (۲۰۱۴) طی مطالعه‌ای ۵۲ شاخص اختصاصی برای ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها ارائه کردند (جنتی و همکاران، ۱۳۹۳: ۸-۲۱). همچنین میرزایی و همکاران (۲۰۱۵) طی مطالعه با استفاده از روش‌های مختلف از جمله مرور متون، نظرخواهی از صاحب‌نظران، پانل خبرگان و تحلیل سلسله مراتبی در ۹ حیطة ۲۹ شاخص شناسایی و اولویت‌بندی کردند (بوسرت و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۴-۳۱).

روشن کار

در این مطالعه برای تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی از چهار مرحله مرور متون جامع، نظرخواهی از صاحب‌نظران، دو راند فن دلفی و داوری توسط متخصصین و صاحب‌نظران کلیدی تأمین اجتماعی استفاده شد که در قسمت روش کار هر یک از این مراحل به‌صورت جداگانه توضیح داده شده است.

الف) مرور متون

از منابع مختلف برای شناسایی شاخص‌های موجود در متون استفاده گردید که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به مقالات علمی موجود، کتاب‌های منتشرشده، گزارش‌های سازمانی و تماس با افراد صاحب‌نظر و خبره در این زمینه اشاره کرد.

شاخص‌های مورد نیاز در قسمت مقالات علمی موجود، کتاب‌های منتشرشده و گزارش‌های سازمانی از بانک‌های اطلاعاتی، EMBASE, PubMed, Scopus, Google scholar IranDoc, IranMedex, SID, MagIran، وبسایت‌های (سازمان‌های بین‌المللی، وزارتخانه‌های بهداشت، انجمن‌ها و سایر وبسایت‌های سازمان‌های مرتبط)، موتورهای جست‌وجوگر (Google و Yahoo)، کتابخانه‌ها، گزارش‌های سازمانی و جست‌وجوی دستی وبسایت تعدادی از مجلات معتبر در زمینه موضوع مورد مطالعه جمع‌آوری شده است. بازه زمانی انتخاب‌شده برای جست‌وجوی شاخص‌ها از اول ژانویه ۲۰۰۰ تا ۳۰ ژوئن ۲۰۱۸ بود. اطلاعات مربوط به شاخص‌ها توسط فرم استخراج داده طراحی‌شده در نرم‌افزار Word ۲۰۱۰ استخراج گردید. اطلاعات استخراجی شامل نویسنده و سال انتشار، نوع سند (مقاله، کتاب و پروژه خاص و غیره)، حیطة شاخص‌ها و عنوان شاخص می‌شد.

ب) نظرات افراد خبره و صاحب‌نظر

بعد از جست‌وجوی متون و شناسایی شاخص‌های اولیه در کل ۴۵۶۳ شاخص شناسایی شد. بعد از غربالگری اولیه شاخص‌ها متناسب با اهداف مطالعه و نوع شاخص‌ها (موارد نامناسب برای

سنجش ساختار، موارد تکراری، موارد مشابه و غیره) توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق به صورت مستقل، در نهایت ۷۹۰ شاخص انتخاب گردید (غربالگری اولیه). در مرحله بعد هر دو محقق در مورد شاخص‌های انتخاب‌شده بحث و گفت‌وگو کردند و در مورد شاخص‌های انتخاب‌شده به توافق رسیدند که در نتیجه این مرحله ۱۲۶ شاخص به دلیل تکراری و مشابه بودن حذف گردید (غربالگری ثانویه). در نهایت ۶۶۴ شاخص جهت اعلام نظر و اصلاح شاخص‌ها به ۱۰ نفر صاحب‌نظر در زمینه ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها برای غربالگری ارسال شد (غربالگری ثالثیه). صاحب‌نظران در این مرحله شاخص‌ها را براساس قابلیت اجرایی، اهمیت، قابلیت مقایسه عملکرد بیمارستان‌های مختلف، مرتبط بودن و غیره بررسی کردند. بعد از چند دور نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر و تحلیل نظرات و پیشنهادهای آن‌ها در نهایت ۶۰ شاخص انتخاب و وارد فاز دلفی گردید. شاخص‌های وارد شده به دلفی توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق در چهار حیطه شاخص‌های دروندادی، شاخص‌های فرایندی، شاخص‌های بروندادی و شاخص‌های عملکرد مالی تقسیم‌بندی شد. در مورد تقسیم‌بندی شاخص‌ها، از مدل دونابدین (Donabedian Model) استفاده شد. الگوی دونابدین گسترده‌ترین الگوی ارزشیابی مراقبت‌های بهداشتی درمانی hsj که در سال ۱۹۶۶ معرفی گردید و شامل سه حیطه کلی درونداد/ساختار (شامل: داشتن امکانات و تجهیزات مناسب، نیروی انسانی کافی و ماهر، سرمایه و هر چیزی که مرتبط با ساختار و امکانات اولیه برای ارائه خدمات باشد)، فرایند (به چگونگی و کیفیت ارائه خدمات اشاره دارد) و برونداد یا نتیجه (که شامل پیامدها و نتایج مراقبت‌های بهداشتی می‌شود) است و مطالعات زیادی برای تقسیم‌بندی شاخص‌ها از این الگو استفاده شده است (صادقی بازرگانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ ماینز، جی، ۱۳۸۲: ۵-۱۱؛ لیندسی و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۱۳۹-۱۱۳۱). با وجود این در این مطالعه با توجه به نظرات اعضای تیم تحقیقاتی و تعدادی از صاحب‌نظران سازمان تأمین اجتماعی، حیطه «شاخص‌های مالی» نیز به سه حیطه فوق اضافه شد.

ج) فن دلفی

بعد از نهایی شدن شاخص‌ها از دیدگاه افراد صاحب‌نظر، شاخص‌ها وارد فرم دلفی شد. در دور اول فاز دلفی ۲۴ نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان حیطه ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها فرم‌های دلفی را تکمیل کردند و بازگشت دادند (جدول ۱ مشخصات شرکت‌کنندگان). در این مطالعه از فرم دلفی اصلاح‌شده که در مطالعه قبلی محققان (اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۶-۱۱۰) استفاده شده بود، با تغییرات جزئی استفاده گردید. در این فرم هریک از صاحب‌نظران به هر نقش از دو بعد اهمیت (آیا این شاخص دارای اهمیت است و باید مورد توجه قرار گیرد یا نه) و قابلیت اجرایی (استخراج اطلاعات این شاخص چقدر مقدور می‌باشد (از نظر دسترسی به اطلاعات، زمان و نیروی انسانی لازم

برای استخراج اطلاعات)) نمره می‌دادند. در این قسمت صاحب‌نظران نخست نظر کلی خودشان را از سه گزینه «مخالقم»، «نظری ندارم» و «موافقم» انتخاب می‌کردند و سپس بر حسب انتخاب قبلی خود نمره‌ای از ۱ تا ۹ به هر شاخص می‌دادند (۱ تا ۴ = مخالفم، ۵ نظری ندارم، ۶ تا ۹ موافقم). در این مرحله شاخص‌هایی که میانه نمره ۷ به بالاتر را کسب می‌کردند، به صورت نهایی پذیرش می‌شدند. شاخص‌هایی که میانه نمره آن‌ها بین ۴ تا ۷ بود به دور دوم دلفی می‌رفتند و شاخص‌هایی که نمره میانه آن‌ها کمتر از ۴ بود از مطالعه حذف می‌شدند. پرسشنامه دلفی از سه بخش مقدمه کوتاه در مورد اهداف و ضرورت مطالعه، قسمت راهنمای تکمیل فرم‌ها و قسمت فرم‌ها می‌شد. فرم‌های دلفی از طریق ایمیل به افراد ارسال می‌گردید و ۱ هفته جهت تکمیل آن‌ها وقت داده شده بود و بعد از این مدت دوباره یک ایمیل یادآور ارسال می‌شد.

معیارهای ورود برای افراد صاحب‌نظر شامل موارد زیر بود:

۱- مدیران فعلی و اسبق بیمارستان تأمین اجتماعی، دولتی و خصوصی با سابقه ۵ الی ۱۰ سال؛
 ۲- سیاست‌گذاران سازمان تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (منظور از سیاست‌گذاران رؤسا، معاونین و افراد رده‌بالای سازمان تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند که در زمینه اداره بیمارستان‌ها مسئولیت کلیدی، تجارب و اطلاعات کافی دارند)؛

۳- اعضای هیئت علمی از رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اقتصاد سلامت با سابقه فعالیت در زمینه فوق (کتاب، مقاله، پایان‌نامه) یا داشتن حداقل مرتبه دانشجویی.

با تحلیل نتایج دور اول تعداد ۷ شاخص از مطالعه حذف شد (امتیاز کمتر از ۴) و ۴۷ شاخص پذیرش شد (امتیاز بالاتر از ۷) و در نهایت ۶ شاخص به دور دوم راه یافت (امتیاز بین ۴ تا ۷). در دور دوم فرم‌های دلفی به ۱۰ نفر ارسال گردید که ۸ نفر از آن‌ها پاسخ دادند. در این مرحله نیز به افراد ۱ هفته جهت تکمیل فرم‌ها وقت داده شده بود. در این مرحله به دلیل توافق بالای مرحله اول و دوم، فن دلفی خاتمه داده شد و شاخص‌ها نهایی شدند. در نهایت در دور دوم از ۶ شاخص سه شاخص از مطالعه حذف و سه شاخص مورد پذیرش قرار گرفتند. در پایان دو دور فن دلفی از ۶۰ شاخص انتخاب‌شده، ۱۰ شاخص حذف و ۵۰ شاخص برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی نهایی شدند.

جدول شماره ۲۰. مشخصات صاحب نظران شرکت کنندگان در فن دلفی (تعداد ۲۴ نفر)

ردیف	مدرک تحصیلی	سابقه (سال)	محل کار	سمت
۱	کارشناسی ارشد پرستاری	۲۵	معاونت درمان	مسئول خدمات تعالی بالینی
۲	کارشناسی ارشد پرستاری	۲۶	بیمارستان نظامی (سپاه)	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۳	کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۸	بیمارستان دولتی	کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۴	کارشناس پرستاری	۱۳	بیمارستان تأمین اجتماعی	کارشناس بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۵	کارشناسی ارشد آموزش پزشکی	۲۹	بیمارستان تأمین اجتماعی	مترون
۶	دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۶	دانشگاه علوم پزشکی	عضو هیئت علمی
۷	دکتری تخصصی اقتصاد سلامت	۹	دانشگاه علوم پزشکی	عضو هیئت علمی
۸	کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۴	بیمارستان خصوصی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۹	دکتری پزشکی عمومی	۳۰	بیمارستان تأمین اجتماعی	مدیر بیمارستان
۱۰	متخصص داخلی، فوق تخصص گوارش	۳۵	بیمارستان دولتی	رئیس بیمارستان
۱۱	کارشناسی ارشد پرستاری	۱۷	بیمارستان تأمین اجتماعی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۱۲	کارشناسی ارشد پرستاری	۲۷	بیمارستان تأمین اجتماعی	مترون
۱۳	کارشناسی ارشد پرستاری	۱۶	بیمارستان تأمین اجتماعی	سوپروایزر آموزشی
۱۴	کارشناس پرستاری	۱۸	بیمارستان تأمین اجتماعی	سوپروایزر بالینی
۱۵	کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۹	بیمارستان خصوصی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

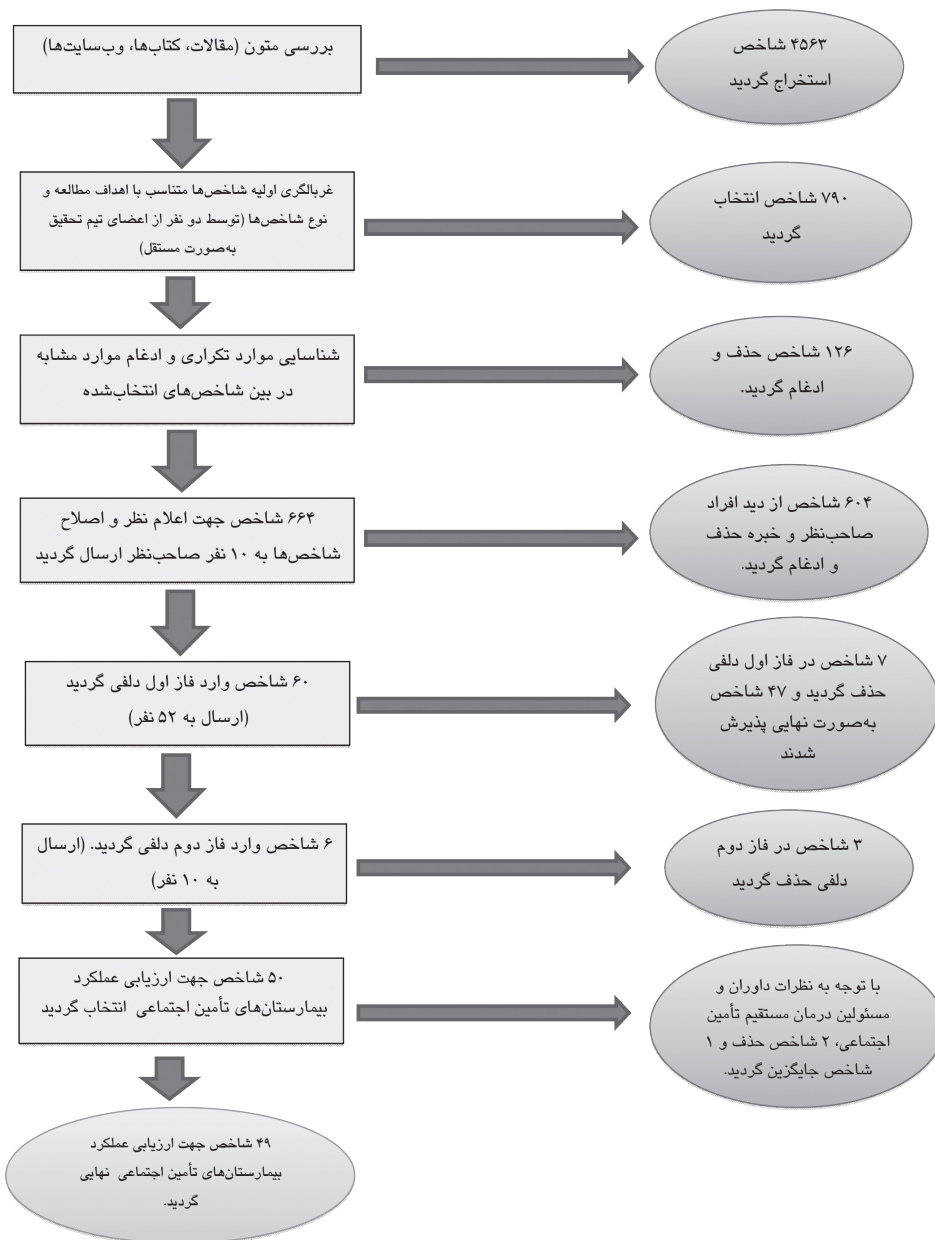
ردیف	مدرک تحصیلی	سابقه (سال)	محل کار	سمت
۱۶	دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۸	دانشگاه علوم پزشکی	عضو هیئت علمی
۱۷	دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۵	دانشگاه علوم پزشکی	عضو هیئت علمی
۱۸	کارشناسی ارشد مدیریت اجرایی	۱۶	بیمارستان خصوصی	مدیر اداری و مالی
۱۹	کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۸	بیمارستان نظامی	مدیر برنامه، بودجه و مالی
۲۰	دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۲۵	بیمارستان خیریه	مدیر بیمارستان
۲۱	کارشناسی ارشد پرستاری	۱۵	بیمارستان خصوصی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۲۲	کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۵	بیمارستان خیریه	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۲۳	کارشناسی ارشد پرستاری	۱۷	بیمارستان دانشگاهی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۲۴	دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۵	بیمارستان دانشگاهی	مدیر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

د) داوری توسط متخصصین و صاحب نظران کلیدی تأمین اجتماعی

شاخص‌های نهایی شده جهت داوری توسط متخصصین و صاحب نظران کلیدی به موسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی ارسال گردید و بعد از دریافت نظرات پیشنهادی افراد متخصص و خبره، اصلاحات مدنظر آنان انجام شده و نهایتاً شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی مجموعاً به تعداد ۴۹ شاخص در ۴ حیطه دروندادی (۵)، فرایندی (۱۱)، پیامدی (۱۸)، مالی (۱۵) نهایی شدند.

بعد از نهایی شدن شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها برای کتابچه راهنمای تکمیل شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها برای ۴۹ شاخص نهایی شده در چهار حیطه دروندادی، فرایندی، برون‌دادی و مالی با هدف افزایش دقت اطاعات استخراج شده از بیمارستان‌های و رسیدن به زبان مشترک در قالب قسمت‌های زیر تدوین گردید. کتابچه شاخص‌ها بعد از ۳ بار بازبینی و نظرخواهی از افراد متخصص و صاحب نظر در قالب کتابچه راهنمای تکمیل شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی به مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های مورد مطالعه فرستاده شد.

نتایج: در شکل ۱ فرایند و نتایج هریک از مراحل شناسایی و غربالگری شاخص‌ها نشان داده شده است.



شکل شماره ۱. فرایند و نتایج هریک از مراحل شناسایی و غربالگری شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تابعه درمان مستقیم بیمه‌های اجتماعی در ایران

در نهایت ۴۹ شاخص مطابق جدول ۲ برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی انتخاب شد که ۵ شاخص در حیطه دروندادی، ۱۱ شاخص در حیطه فرایندی، ۱۸ شاخص در حیطه برون‌دادی و ۱۵ شاخص در حیطه عملکرد مالی بیمارستان‌ها بود.

جدول شماره ۲. شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تابعه درمان مستقیم بیمه‌های اجتماعی در ایران

ردیف	حیطه	شاخص
۱	درون داد	۱- نسبت کل کادر پرستاری حرفه‌ای شاغل در بیمارستان به تخت موجود
		۲- سرانه نیروهای اداری، مالی و پشتیبانی به ازای تخت فعال
		۳- نسبت تعداد پرسنل درمانی به تعداد بیماران بستری
		۴- سرانه نیروهای درمانی در بیمارستان به ازای تخت فعال
		۵- سرانه نیروهای پاراکلینیکی در مرکز به ازای تخت فعال
۲	فرایندی	۱- میزان برگزاری کمیته‌های بیمارستانی
		۲- نسبت اعمال جراحی انجام‌شده به تخت عمل
		۳- میانگین مدت زمان تریاژ در سطح ۱ تریاژ
		۴- میانگین مدت زمان تریاژ در سطح ۲ تریاژ
		۵- میانگین مدت زمان تریاژ در سطح ۳ تریاژ
		۶- میانگین مدت زمان تریاژ در سطح ۴ تریاژ
		۷- میانگین مدت زمان تریاژ در سطح ۵ تریاژ
		۸- تعداد اعمال جراحی بستری کنسل شده
		۹- درصد بیماران بستری خارج‌شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت
		۱۰- تعداد خدمات پاراکلینیک انجام‌شده برای بیماران بستری
		۱۱- ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار
۳	بروندادی	۱- میزان مرگ‌ومیر بیمارستانی (Mortality Rate)
		۲- تعداد موارد سزارین
		۳- میزان عفونت بیمارستانی
		۴- درصد شکایات کلی بیمارستان
		۵- میزان CPR موفق
		۶- درصد موارد سقوط بیماران به کل بیماران در معرض خطر سقوط

ادامه جدول شماره ۲

شاخص	حیطه	ردیف		
۷- تعداد بیماران فوت شده در اتاق عمل بستری در یک ماه گذشته	بروندادی	۳		
۸- درصد بروز زخم بستر در بیماران، پس از بستری به کل بیماران پذیرش شده				
۹- درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت				
۱۰- درصد اشغال تخت				
۱۱- فاصله گردش (چرخش) تخت				
۱۲- میزان گردش تخت				
۱۳- متوسط طول مدت اقامت بیمار				
۱۴- تعداد موارد ترخیص با رضایت شخصی از بخش‌ها				
۱۵- تخت روز اشغالی				
۱۶- میزان رضایتمندی بیماران سرپایی				
۱۷- میزان رضایتمندی بیماران بستری				
۱۸- میانگین رضایتمندی کارکنان از فعالیت در بیمارستان				
۱- نسبت تخفیفات واحد مددکاری به کل درآمد بیمارستان			عملکرد مالی	۴
۲- سرانه مصرف انرژی (آب، برق و گاز) به ازای تخت فعال				
۳- نسبت درآمد به هزینه				
۴- هزینه تعمیر و نگهداری ساختمان				
۵- نسبت هزینه کرد دارویی و تجهیزات مصرفی به کل درآمد ماهانه بیمارستان				
۶- میانگین هزینه شب تخت				
۷- تعداد کل پرونده‌های راکد (دارای مانده مالی)				
۸- نسبت هزینه‌های سرمایه‌ای به هزینه‌های جاری				
۹- نرخ رشد درآمدهای اختصاصی				
۱۰- سهم حقوق و دستمزد کارکنان از کل هزینه‌ها				
۱۱- میزان درآمدهای وصول نشده از سوی بیماران بدون تسویه حساب				
۱۲- نسبت بدهی				
۱۳- درصد درآمد بیماران بستری به درآمد کل				
۱۴- میزان کسورات				
۱۵- میانگین میزان تأخیر در وصول قطعی مطالبات به تفکیک سازمان‌های بیمه‌گر				

برای هریک از شاخص‌های نهایی شده (جدول ۲) کتابچه راهنمای تکمیل شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها (شناسنامه شاخص) برای گردآوری اطلاعات دقیق و شفاف، داشتن زبان مشترک تدوین شد (نمونه شناسنامه شکل ۲). کتابچه از ۷ قسمت شامل حیطه شاخص (دروندادی، فرایندی، بروندادی و مالی)، عنوان شاخص، فرمول شاخص (صورت و مخرج شاخص)، منبع شاخص (منبعی که شاخص از آن استخراج شده بود)، تعریف و منطق استفاده از شاخص (توضیحاتی عمومی که به بیان عنوان شاخص پرداخته و توضیحاتی اختصاصی که در خصوص اهمیت گردآوری شاخص و ضرورت آن در بیمارستان‌ها)، نحوه اندازه‌گیری شاخص (این که از چه منابعی می‌توانند اطلاعات شاخص‌ها را گردآوری نمایند مانند شبکه HIS، پرونده بیماران، پرونده پرسنلی کارکنان، صورتحساب‌های مالی، دفاتر حسابداری و... به تناسب نوع شاخص پرداخته شد) و سطح اندازه‌گیری شاخص (منظور از این مفهوم این که این شاخص در چه سطحی یا سطوحی از بیمارستان قابل محاسبه و اندازه‌گیری می‌باشد) تشکیل شده است.

حیطه شاخص: فرایندی		
عنوان شاخص: نسبت اعمال جراحی انجام‌شده به تخت عمل		
فرمول	صورت	مخرج
	تعداد اعمال جراحی انجام‌شده در یک ماه * ۱۰۰	تعداد تخت عمل * تعداد روزهای آن دوره
منبع شاخص: شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت درمان، سال ۱۳۹۶		
<p>تعریف و منطق استفاده از این شاخص:</p> <p>بیمارستان‌ها منابع عمده‌ای را جهت مدیریت اتاق عمل و جذب کادر درمانی از جمله جراحان و پرسنل اتاق عمل اختصاص می‌دهند تا در قبال اعمال جراحی انجام‌شده بتوانند منابع تخصیص داده شده را جبران نمایند؛ بنابراین این شاخص می‌تواند در ارتقای کارایی بخش اتاق عمل نقش مؤثر داشته باشد.</p> <p>استاندارد این شاخص ۴ عمل در روز برای هر بیمارستان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام شده است و منظور از این شاخص تعداد اعمال جراحی که در سیستم HIS بیمارستان ثبت می‌شود در نظر گرفته می‌شود که شامل تمام اعمال جراحی می‌باشد که در تخت‌های اتاق عمل بیمارستان انجام می‌شود اطلاق می‌گردد. منظور از تعداد تخت عمل در مخرج شاخص به تخت‌های از اتاق عمل بیمارستان اطلاق می‌شود که آماده‌به‌کار می‌باشد و می‌توان بر روی آن عمل جراحی انجام داد.</p> <p>بازه زمانی محاسبه این شاخص به صورت ماهیانه است.</p>		
نحوه اندازه‌گیری شاخص: اطلاعات موجود در سیستم HIS بیمارستان، سیستم ثبت روزانه اعمال جراحی بخش اتاق عمل		
سطح اندازه‌گیری شاخص	بیمارستان ■	بخش □
	کارکنان □	بیمار، همراه □
		جامعه □

شکل ۲- نمونه شناسنامه شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تابعه درمان مستقیم بیمه‌های اجتماعی در ایران

بحث:

در این مطالعه ۴۹ شاخص در ۴ حیطة برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تدوین گردید؛ که ۵ شاخص در حیطة دروندادی، ۱۱ شاخص در حیطة فرایندی، ۱۸ شاخص در حیطة برونداد و ۱۵ شاخص در حیطة عملکرد مالی بیمارستان‌ها بودند. دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا در طی پروژه Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH) با استفاده از پانل خبرگان و مرور نظام‌مند منابع، ۱۰۰ شاخص اندازه‌گیری عملکرد را در ۶ حیطة اثربخشی بالینی، ایمنی، بیمار محوری، کارمند محوری، کارایی خدمات و پاسخگویی را با همکاری ۲۰ کشور اروپایی تدوین و به‌صورت پایلوت در ۸ کشور اجرا کرد.

در ایران نیز طی سال‌های اخیر هرچند محدود ولی به‌صورت نظام‌مند و علمی مطالعاتی در زمینه تدوین و استفاده از شاخص‌ها طراحی و انجام گرفت. در مطالعه اعظمی آغداش و همکاران (۱۵، ۲۰) با استفاده از مرور متون، پانل خبرگان، مصاحبه و فن دلفی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران در حیطة‌های اثربخشی بالینی و مدیریت خطر، ۱۳۳ شاخص تدوین کردند (۴۳ شاخص در حیطة مدیریت خطر در ۴ بعد و ۷۰ شاخص برای اثربخشی بالینی در ۱۱ بعد) (بوردوگنا، ال، ۱۳۸۷: ۳۸۱ - ۴۰۰). در مطالعه حامد رحیمی و همکاران (۱۶، ۲۰) ۴۹ شاخص ارزیابی عملکرد در چهار حیطة مالی، فرایندهای داخلی، یادگیری و مشتری‌مداری معرفی شده است (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷-۲۴).

یکی از مسائل بسیار حیاتی و حساس برای بیمارستان‌ها به‌ویژه در شرایط کنونی، موضوع عملکرد مالی است. از این‌رو در این مطالعه یک حیطة اختصاصی برای این موضوع اختصاص داده شده که در نهایت ۱۵ شاخص برای این حیطة در نظر گرفته شد. نبود کارایی و اثربخشی در بخش بهداشت و درمان، نه‌تنها کیفیت و سطح زندگی را کاهش می‌دهد، بلکه مانع بهبود در سایر بخش‌ها، افزایش بی‌عدالتی و نابرابری‌های اجتماعی و در نتیجه بروز مشکلات سیاسی خواهد شد (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۴، ۲۶۶). عمده‌ترین مشکلی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت با آن مواجه‌اند، مشکل اقتصادی است (گاینسکی و همکاران، ۱۳۸۶، خلیج، ۱۳۸۵) و در این میان بیمارستان‌ها به‌عنوان بزرگ‌ترین و مهم‌ترین نهاد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بخش سلامت حساسیت قابل‌سیاری دارند؛ به‌طوری‌که سازمان‌دهی آن‌ها به‌صورت غیرکارا، سبب کاهش اثر مثبت پتانسیل کلی نظام سلامت بر سلامت جمعیت خواهد شد (روانگرد و همکاران، ۱۳۹۵: ۸۵۵). از سوی دیگر، باور بیماران در مورد کیفیت خدمات نیز با عملکرد مالی بیمارستان رابطه مثبت دارد (پیزی، ام‌جی، ۱۳۸۵: ۱۷۹-۲۱۰). منابع علمی به این مسئله اذعان دارند که حتی بیمارستان‌های غیرانتفاعی هم، اگرچه هدف و رسالت آن‌ها کسب سود نیست، به منظور دستیابی به رسالت خود باید متغیرهای

مالی را به مثابه یک مؤلفه مهم، دائماً مدنظر داشته باشند (پیزی، ام جی، ۱۳۸۵: ۱۷۹-۲۱۰؛ سوآرز و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۲۵-۴۱۹). مشاهدات نشان می‌دهد که سیستم حسابداری می‌تواند در سازمانی به کار گرفته شود، درحالی‌که به‌عنوان سازکاری جهت کنترل و یا پاسخگویی مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد (آبراهام، آ، ۱۳۸۳). از طرف دیگر گاه مشاهده شده است که حجم انبوهی از داده‌های مالی تولیدشده در سازمان‌ها بیش از آن‌که فرآیند تصمیم‌گیری را برای مدیران تسهیل نماید، سبب گمراهی آن‌ها می‌شود (لاو، دی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۹-۳۳). به این ترتیب سازمان‌ها و به‌ویژه سازمان‌های مراقبت سلامت، به یک مدیریت مالی صحیح و حرفه‌ای‌تر نیازمندند تا به‌صورت فعال با تنگناهای مالی برخورد کرده و به‌صورت کارا و اثربخش به اهدافشان دست یابند (سوآرز و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۲۵-۴۱۹). به این منظور از دهه ۱۹۸۰، تجزیه و تحلیل عملکرد مالی بیمارستان‌ها شروع به رشد نموده است و نسبت‌های مالی مختص به بیمارستان‌ها که ویژگی‌های منحصر به فرد این صنعت را منعکس می‌نمایند، طراحی و به کار گرفته شده‌اند (واتیکانس، آل، ۱۳۷۷: ۷۳-۹۵). تجزیه و تحلیل نسبت، ابزاری بسیار مفید برای ارزیابی سودآوری، نقدینگی، پایداری مالی و خلاصه‌سازی داده‌های مالی به صورتی قابل فهم به منظور ارزیابی شرایط و عملکرد مالی یک سازمان است (آبراهام، آ، ۱۳۸۳، ایمانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۴-۱۱۱، دشمنگیر و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۰۷). هر نسبت، به منظور شناسایی یکی از نشانه‌های سلامت سازمان طراحی شده است. بنابراین با ارائه مجموعه‌ای از نشانه‌ها می‌توان یک طرح درمان مناسب برای سازمان پیشنهاد نمود (آبراهام، آ، ۱۳۸۳). از سوی دیگر، گرایش اخیر به استفاده از شاخص‌های مالی در ارزشیابی مدیران بیمارستان‌ها نیز جالب توجه است (پیزی، ام جی، ۱۳۸۵: ۱۷۹-۲۱۰)، به این ترتیب بهره‌گیری از شاخص‌های مالی برای سنجش عملکرد بیمارستان‌ها به امری مرسوم و متداول تبدیل شده است (لاو، دی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۹-۳۳، پینک و همکاران، ۱۳۸۵: ۸۷-۹۶).

جمع‌آوری و استفاده از شاخص‌های مالی نه‌تنها به‌عنوان یک ابزار مدیریت داخلی برای بیمارستان عمل می‌کند، بلکه اطلاعات مورد نیاز ذی‌نفعان خارجی آن را نیز فراهم کرده و می‌تواند موجب جذب منابع مالی به سازمان شود. به‌علاوه بیمارستان‌ها را قادر می‌سازد روندهای مالی خود را در یک دوره زمانی شناسایی کنند یا عملکرد خود را با بیمارستان‌های مشابه مقایسه کنند. به این ترتیب می‌توانند نقاط قوت و ضعف خود را به‌خوبی بشناسند (نویک و همکاران، ۱۳۸۴؛ گراوان و همکاران، ۱۳۸۴). تاکنون مطالعاتی با هدف شناسایی، طراحی و استفاده از شاخص‌های مالی برای بیمارستان‌ها در دنیا صورت پذیرفته است که در آن‌ها شاخص‌های مالی با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد و تعریف‌شده آن بیمارستان‌ها انتخاب گردیده‌اند. این امر به دلیل وجود تفاوت میان بیمارستان‌ها در رسالت و اهداف، شیوه‌های تأمین مالی، نیازهای جمعیت تحت پوشش، شیوه‌های بازپرداخت سازمان‌های بیمه‌گر، نوع مالکیت و مسائلی از این قبیل امری بدیهی است (پینک و همکاران، ۱۳۸۶: ۸۷-۹۶؛ واتسون و

همکاران، ۱۳۸۱؛ کلیورلی و همکاران، ۱۳۸۴: ۶۴-۷۰). به علاوه باید توجه داشت که سازمان‌های مختلف هر یک بر عناصر متفاوتی از عملکرد و پاسخگویی تأکید می‌کنند. برای مثال درحالی‌که یک سازمان انتفاعی به سنجش‌های سودآوری توجه ویژه دارد، سازمان‌های غیرانتفاعی به تمرکز بر رسالت خود بیش از سودآوری اولویت می‌دهند (چارلز و همکاران، ۱۳۸۰). نیز مهم است که تفسیر نسبت‌های مالی از منظر صحیحی صورت پذیرد و عوامل کیفی نظیر شرایط کلی اقتصاد، ویژگی‌های منحصربه‌فرد بخش مورد بررسی و موقعیت سازمان در آن بخش و در ارتباط با تکامل تاریخی و فرهنگی‌اش مد نظر قرار گیرد (آبراهام، آ، ۱۳۸۳، کبیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۶-۵۹).

در مورد عملکرد مالی بیمارستان‌های ایران، در طی سالیان اخیر با درک شرایط و مشکلات کمبود منابع، برخی محققان تلاش کردند تا شاخص‌های اختصاصی ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها را تدوین کنند. در این زمینه جنتی و همکاران (۲۰۱۴) طی مطالعه‌ای ۵۲ شاخص اختصاصی برای ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها ارائه کردند (کبیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۶-۵۹). همچنین میرزائی و همکاران (۲۰۱۵) طی مطالعه با استفاده از روش‌های مختلف از جمله مرور متون، نظرخواهی از صاحب‌نظران، پانل خبرگان و تحلیل سلسله مراتبی در ۹ حیطه ۲۹ شاخص شناسایی و اولویت‌بندی کردند (بوسرت و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۴-۳۱).

در این مطالعه برای تدوین شاخص‌ها از یک فرایند ۴ مرحله‌ای به ترتیب شامل: مرور جامع متون، نظرخواهی از خبرگان و فن دلفی و داوری متخصصین و ذی‌نفعان اصلی استفاده گردید. با بررسی مطالعاتی که به تدوین شاخص اقدام کردند، متوجه می‌شویم فرایندهایی مشابه برای تدوین شاخص‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (اعظمی آغداش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶؛ صادقی بازرگانی، ۱۳۹۳). در این مطالعه برخلاف برخی از مطالعات بعد از مرور متون، نسبت به کسب نظرات خبرگان و مصاحبه با افراد کلیدی اقدام گردید که نتایج آن سبب گردید که شاخص‌های یافت‌شده از مرور متون ابتدا اصلاح و بهبود یابند تا در مرحله دلفی با مشکلات کمتری مواجه شوند و همان‌طور که در بخش نتایج دلفی دیده شد، فقط از ۱۱ شاخص از ۶۰ شاخص نمره کمتری آورد و از مطالعه کنار گذاشته شد که می‌تواند به دلیل همین موضوع باشد. بنابراین، فرایند استفاده‌شده در این مطالعه می‌تواند با انجام مطالعات بیشتر به مثابه یک الگو برای تدوین شاخص‌ها استفاده شود.

یکی از محدودیت‌های اصلی مطالعه حاضر عدم همکاری و مشارکت برخی از افراد صاحب‌نظر و متخصص در زمینه سیستم مدیریت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه با استفاده از مرور متون گسترده، نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر و خبره و دو دور فن دلفی تعداد ۴۹ شاخص برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تدوین گردید. با توجه به پتانسیل‌ها و کارایی شاخص‌های ارزیابی عملکرد در ارتقای عملکرد سازمان‌ها و با توجه به این‌که براساس نتایج مرور متون، مطالعه‌ای که در زمینه ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شاخص‌های ارزیابی عملکرد اختصاصی طراحی کرده باشد یافت نگردید. مدیران ارشد و مسئولین ذی‌ربط تأمین اجتماعی می‌توانند با استفاده از شاخص‌های تدوین‌شده در این مطالعه برای ارزیابی بیمارستان‌های خود اقدام کنند تا ضمن شناسایی نقاط ضعف و قابل بهبود خود، برای برنامه‌ریزی و ارتقای عملکرد بیمارستان‌های خود گام بردارند.

منابع و مآخذ

- آبراهام، آ. (۱۳۸۳) *تجزیه و تحلیل کارکرد مالی سازمان های غیرانتفاعی*. آمریکا؛ انتشارات آمریکا.
- اعظمی آغداش، صابر و همکاران. (۱۳۹۲) «تدوین و اولویت بندی شاخص های عملکردی حاکمیت بالینی در ابعاد مدیریت خطر و اثربخشی بالینی از دیدگاه کارکنان سلامت»، *مجله بین المللی مدیریت سلامت و بحران*، سال ۱ (۱): ۱۶-۲۱.
- اعظمی آغداش، صابر و همکاران. (۱۳۹۲) «تدوین و اولویت بندی شاخص های عملکردی حاکمیت بالینی در ابعاد مدیریت خطر و اثربخشی بالینی از دیدگاه کارکنان سلامت»، *مجله بین المللی مدیریت سلامت و بحران*، سال ۲۷ (۲): ۶-۱۱۰.
- آونز ام و همکاران. (۱۳۸۹) «توسعه شاخص های بیمار محور در مراقبت های سرطان»، *مجله حمایت از درمان سرطان*، سال ۱۸: ۳۰-۱۲۱.
- ایمانی، علی و همکاران. (۱۳۹۵) «شناسایی شاخص های ارزشیابی عملکرد مالی و اقتصادی داروخانه: مرور نظام مند» *مجله علوم دارویی*، سال ۲۱(۲): ۲۴-۱۱۱.
- بارر، دی و کسیدی، ت. (۱۳۹۴) «اثرات تشخیص غیرضروری و طبقه بندی اشتباه بر شاخص های عملکردی برای مراقبت های حاد» *مجله پزشکی بالینی لندن*، سال ۱۴(۶): ۵۹۷-۶۰۰.
- براتی، امید و همکاران. (۱۳۹۵) «پژوهش در چالش های مدیریت بیمارستانی در بیمارستان های شیراز؛ مطالعه کیفی» *مجله علوم پزشکی شیراز*، سال ۲(۹): ۲۰-۲۴.
- بلیلی، ج. (۱۳۹۵) «بهره‌وری بیمارستان کلید صرفه جویی»، *مجله سلامت*، سال ۷۰(۱): ۱۸-۲۲.
- بوردر، اس. (۱۳۹۱) «جایگاه شاخص ها در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت» *مجله بین المللی مدیریت کیفیت در نظام سلامت*، سال ۱۴(۲): ۲۰۱-۲۱۵.
- بورردوگنا، ال. (۱۳۸۷) «مخاطرات اخلاقی، هزینه های جابه جایی و اصلاحات در نیروی انسانی خدمات سلامت» *مجله اروپایی صنایع*، سال ۱۴(۴): ۳۸۱-۴۰۰.
- بوسرت، تی و همکاران. (۱۳۸۱) «تمرکززدایی در نظام سلامت کشورهای آفریقایی منتخب؛ مطالعه مقایسه ای» *مجله بین المللی سیاست گذاری سلامت و برنامه ریزی*، سال ۱۷(۱): ۱۴-۳۱.
- پیترز، جی. (۱۳۸۸) «شاخص های عملکردی در بیمارستان های هلند» *ماهنامه بیماری های قلب و عروق هلند*، سال ۱۷(۲): ۹-۴۸.
- پیزینی، ام جی. (۱۳۸۵) «بررسی ارتباط بین هزینه طراحی سیستم و ارزشیابی مدیران و عملکرد مالی: مطالعه تجربی در بیمارستان های ایالات متحده آمریکا» *مجله حساب داری*، سال ۳۱(۲): ۱۷۹-۲۱۰.
- پینک، جی اچ. (۱۳۸۵) «شاخص های مالی برای تجزیه و تحلیل دسترسی بیمارستان ها»، *مجله سلامت شهری*، سال ۲۲(۳): ۲۲۹-۳۶۰.
- پینک، جی و همکاران. (۱۳۸۶) «گردآوری شاخص های مالی کلیدی: با رویکرد مرور متون» *ماهنامه خدمات سلامت*، سال ۱۰(۱): ۸۷-۹۶.
- تاکور، اچ و همکاران (۱۳۸۷) «طراحی شاخص های بالینی برای سطح دوم خدمات سلامت در کشور هند»، *مجله بین المللی کیفیت در خدمات سلامت*، سال ۲۰(۴): ۲۹۷-۳۰۳.
- تامسون، آ و همکاران (۱۳۸۳) «تدوین و به کارگیری شاخص های مرتبط با کیفیت در نظام سلامت انگلستان» *مجله بین المللی کیفیت در نظام سلامت*، سال ۱۶(۱): ۵-۶.
- تبریزی، جعفر صادق و همکاران. (۱۳۹۲) «توسعه شاخص های عملکردی در حوزه مشارکت بیماران و مردم در

- بیمارستان براساس دیدگاه افراد صاحب‌نظر و شواهد در دسترس» *مجله بین‌المللی پژوهش و حاکمیت بالینی*، سال ۲: ۲۶-۳۰.
- جنتی، علی و همکاران. (۱۳۹۳) «تدوین شاخص‌های مالی در عملکرد بیمارستانی» *مجله پژوهش و حاکمیت بالینی*، سال ۱(۳): ۸-۹۲.
- چارلز، تی و همکاران. (۱۳۸۰) *حسابداری هزینه: با رویکرد مدیریت*، آمریکا؛ انتشارات دانشگاه تسینگها.
- چپو، دبلیو و همکاران. (۱۳۸۶) «تدوین و پیاده‌سازی شاخص‌های کیفیت خدمات در سطح ملی در کشور تایوان» *مجله بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت*، سال ۱۹ (۱): ۸-۲۱.
- خلیج، مهدی. (۱۳۸۵) «تأثیر اقتصادی بیمارستان‌های عمومی در ایران» *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، سال ۸ (۳).
- دشمنگیر، لیلا و همکاران. (۱۳۹۵) «تجربه پیاده‌سازی بیمارستان‌های امنیت‌امنی در بیمارستان‌های آموزشی ایران: مثالی از تمرکززدایی در نظام سلامت» *مجله بین‌المللی مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت*، سال ۴(۴): ۲۰۷.
- رحیمی، حسین و همکاران. (۱۳۹۵) «شاخص‌های عملکردی کلیدی در بیمارستان» *مجله مدیریت و اطلاعات سلامت*، سال ۴ (۱): ۱۷-۲۴.
- رضابور، امین و همکاران. (۱۳۹۴) «کارایی فنی و کارایی تخصصی در بیمارستان‌های دانشگاهی تهران» *مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، سال ۲۹ (۱): ۲۶۶.
- رضابور، علی و همکاران. (۱۳۹۴) «فاکتورهای مؤثر بر بهره‌وری و دسترسی خدمات سلامت: مطالعه جمعیتی در کرمان» *مجله مدیریت سلامت*، سال ۱۸ (۶۰).
- رضابور، علی و همکاران. (۱۳۹۴) «فاکتورهای مؤثر بر بهره‌وری و دسترسی خدمات سلامت: مطالعه جمعیتی در کرمان» *مجله مدیریت سلامت*، سال ۱۸ (۶۰): ۲۴-۳۵.
- روانگرد، رامین و همکاران. (۱۳۹۵) «ارزشیابی عملکرد بیمارستانی در ایران: مرور نظام‌مند» *مجله آموزش بهداشت ایران*، سال ۴۵ (۷): ۸۵۵.
- زتلند، ات. (۱۳۷۲) *راهنمای استفاده از شاخص‌های بالینی در بیمارستان*، استرالیا؛ مؤسسه استاندارد استرالیا.
- سپهردوست، حسین و همکاران (۱۳۹۲) *عوامل مؤثر بر کارایی فنی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی*، تهران؛ سازمان تأمین اجتماعی.
- سوارز، وی و همکاران. (۱۳۹۰) «بررسی سنجش تأثیر شاخص‌های مالی بر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت» *مجله آمریکایی آموزش بهداشت*، سال ۱۰۱(۳): ۲۵-۴۱۹.
- صادقی بازرگانی، همایون و همکاران. (۱۳۹۳) «مرور نظام‌مند شاخص‌های بالینی» *مجله حاکمیت بالینی و پژوهش*، سال ۴ (۱).
- عبادی‌فرد آذر، فرید و همکاران. (۱۳۹۴) «آمادگی بیمارستان‌ها برای پیاده‌سازی حاکمیت بالینی» *مجله بین‌المللی مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت*، سال ۴ (۲): ۶۹.
- فرحبخش و همکاران. (۱۳۹۵) «طراحی مدل کیفی برای آموزش مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت به روش دلفی» *مجله آموزش سلامت ایران*، سال ۴۴ (۱۰): ۱۳۶۷-۱۳۷۵.
- فیلد جی. (۱۳۷۶) «شاخص‌های بالینی برای پرستاران؛ اندازه‌گیری پیامدهای درمان» *قانون پرستاری*.
- کبیری، ندا و همکاران. (۱۳۹۳) «سنجش عملکرد بیمارستان بر اساس شاخص‌های استاندارد درمانی» *مجله پژوهش و حاکمیت بالینی*، سال ۱(۲): ۵۶-۵۹.
- کرام، پ. (۱۳۹۴) «ارزیابی بهره‌وری بیمارستانی» *مجله سلامت*، سال ۳۴ (۶): ۱۰۶۹.

- کلیورلی، دبلیو و کلیورلی جو. (۱۳۸۴) «طراحی داشبورد شاخص‌های مالی برای بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها»
مجله مدیریت مالی خدمات سلامت. سال ۵۹(۷): ۶۴-۷۰
- کمبل اس و همکاران. (۱۳۸۱) «پایاده‌سازی حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی انگلستان: تضمین کیفیت و ارتقای کیفیت» مجله کیفیت و ایمنی، سال ۱۱(۱): ۹-۱۴.
- کولوپی، بی تی. (۱۳۷۹) «شاخص‌های بالینی در اعتباربخشی» مجله بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت. سال ۱۲(۳): ۶-۲۱۱.
- گاپنسکی، ال سی و همکاران. (۱۳۸۶) «مدیریت منابع مالی در نظام سلامت. آمریکا: انتشارات مدیریت اجرایی شیکاگو. گراوز اس و همکاران. (۱۳۸۳) «اعمال جراحی ارتوپدی در استرالیا؛ تعویض مفصل و رعایت حقوق بیماران» مجله بین‌المللی پزشکی، سال ۱۳۸۳(۱۸۰): ۴-۳۱.
- گراون، آر، هوراث، آ. (۱۳۸۴) «مدیریت مالی در نظام سلامت. انگلستان؛ انتشارات مک گرو-هیل.
- گروه نویسندگان. (۱۳۷۹) گزارش سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۰۰. سازمان جهانی بهداشت.
- لاه، دی و همکاران. (۱۳۸۷) «شاخص‌های کلیدی ارزیابی توانمندی رهبری مدیران نظام سلامت» مجله مدیریت مالی نظام سلامت. سال ۳۴(۳): ۱۹-۳۳.
- لوب جی ام. (۱۳۸۳) «سنجش عملکرد وضعیت خدمات سلامت» مجله بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت. سال ۱۶(۱): ۵-۹.
- لیندسی، پ و همکاران. (۱۳۸۱) «تدوین شاخص‌های اندازه‌گیری کیفیت در مراقبت‌های بالینی اورژانس با رویکرد دلفی» مجله بین‌المللی پزشکی اورژانس. سال ۹(۱۱): ۹-۱۱۳۱.
- ماتک، اس و همکاران (۱۳۸۵) پروژه شاخص‌های کیفیت در خدمات سلامت: گزارش اولیه. پاریس؛ موسسه همکاری اقتصادی و توسعه سلامت.
- ماینز، جی. (۱۳۸۲) «تدوین شاخص‌های مبتنی بر شواهد» مجله بین‌المللی کیفیت در سلامت. سال ۱۵(۱): ۵-۱۱.
- مقری، جواد و همکاران. (۱۳۹۲) «پیمایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های ایران» مجله حاکمیت و پژوهش بالینی. سال ۲(۲): ۴۷-۵۲.
- موس اف و همکاران. (۱۳۷۹) «ارتقای کیفیت در سراسر جهان: به اشتراک‌گذاری تجارب از یکدیگر» مجله کیفیت و ایمنی. سال ۹(۱): ۶-۶۳.
- نوبک، ال و همکاران. (۱۳۸۴) مدیریت نظام سلامت: اصولی بر پایه مدیریت عمومی. آمریکا: انتشارات جونز و بارتلت.
- هولمز، آ و همکاران (۱۳۷۹) «توسعه شاخص‌های بالینی برای خدمات مشاوره‌ای» مجله کودکان استرالیا و نیوزلند. سال ۳۴(۳): ۴۹۶-۵۰۳.
- واتسون، دی و همکاران. (۱۳۸۱) شاخص‌های مالی مرتبط با نظام مراقبت‌های حاد بیمارستانی. آمریکا: انتشارات سیج سی آ.
- واتیکانس، آل. (۱۳۷۷) «شاخص‌های مالی بازبینی شده بیمارستان» مجله حسابداری و سیاست عمومی. سال ۱۹(۱): ۷۳-۹۵.
- وبسایت سازمان تأمین اجتماعی، <https://www.tamin.ir/news/item/۹۹۶۸۰>.
- وود، پی و همکاران. (۱۳۷۴) «توسعه و استفاده از شاخص علمی در عمل: تجربه بیمارستان مریلند» مجله بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت. سال ۷(۱): ۳۹-۴۶.