

ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش ها و راه حل ها

بهزاد دماری: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
عباس وثوق مقدم: استادیار، گروه هماهنگی سیاست های بخشی سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران - نویسنده رابط: a.vosoogh@gmail.com
نرگس رستمی گوران: استادیار، گروه هماهنگی سیاست های فراهی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
محمدجواد کبیر: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، مهمترین اصلاح یک دهه اخیر در نظام ارایه خدمات سلامت کشور است. این برنامه با کمی تغییرات به سایر نقاط شهری در دو استان پیشروی فارس و مازندران توسعه یافت. برای گسترش برنامه به دیگر استان های کشور دستاوردها و آسیب شناسی چالش های مرتبط با این طراحی و اجرا بررسی شد.

روش کار: این پژوهش به شیوه کیفی در زمستان سال ۱۳۹۲ و با استفاده از روش های مرور اطلاعات موجود در متون و مستندات، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مطلعان کلیدی و بحث گروهی متمرکز انجام پذیرفت. جلسات مصاحبه و بحث گروهی با طیف های متفاوتی از سیاست گذاران مرتبط با برنامه پزشک خانواده تا ارائه دهندگان خدمات در دو استان مجری صورت گرفت. داده های به دست آمده بعد از جمع آوری به روش تحلیل محتوا صورت بندی شد.

نتایج: یافته های حاصل از مرور متون و مصاحبه ها حاکی از این امر است که برنامه پزشک خانواده شهری با چالش های متعددی در اهداف و حوزه های تولید، نحوه ارائه خدمات و تامین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است. هر چند که اجرای طرح در دو استان با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان های بیمه گر پایه و دانشگاه ها، و ساماندهی پرونده های سلامت همراه بوده است.

نتیجه گیری: بهتر است از توسعه برنامه به استان های دیگر پیش از بازطراحی آن جلوگیری کرد تا ارزش این کار بزرگ حفظ شده و اطمینان، تعهد و ضمانت کافی برای همه ذینفعان به وجود آید. ضروری است در مورد اهداف کلی و اختصاصی برنامه در یک دوره ۵ ساله بین ذینفعان توافق شود و برای هر هدف اختصاصی برنامه عملیاتی مشخصی تدوین و به اجرا درآید.

واژگان کلیدی: ارزیابی، پزشک خانواده، نظام ارجاع، فارس، مازندران

مقدمه

توجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه می باشد، دولت موظف به تأمین آن با رعایت عدالت است (Vosoogh-Moghaddam et al. 2013). بنابراین

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه در توسعه زیر ساخت بخش های مختلف جامعه دارد. با

متأسفانه این مشکل در بین مردم هم بصورت فرهنگ در آمده که با اولین دردی که احساس می‌کنند به پزشک متخصص یا زیرتخصص مراجعه نمایند. در صورتی که این وضعیت در اکثر کشورها خصوصاً کشورهای توسعه یافته وجود ندارد. مطالعه سال ۱۳۷۵ در شهر اصفهان نشان داد که تنها نیمی از افراد گروه‌های آسیب پذیر (شامل مادران باردار، زنان ۱۵ تا ۴۹ سال و کودکان زیر ۶ سال) برای مراقبت‌های جاری خود به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه کرده بودند (Sadri et al. 2009). بررسی میزان آگاهی و رضایت خانواده‌های ساکن شهر همدان از خدمات مراکز بهداشتی درمانی هم در سال ۱۳۷۶ نشان داد که بیش از ۸۰٪ خانواده‌ها دارای آگاهی متوسط یا ضعیف بودند و بیشترین آگاهی آنها در رابطه با خدمات واکسیناسیون بود (Khodaveisi and Allahverdi 2002). به خاطر همین نارسایی در نظام مراقبت سلامت و رفتارهای ناصواب درصد قابل ملاحظه‌ای از مردم، تامین نیازهای مرتبط با سلامت مردم، همواره دغدغه مهم مسئولین و سیاست‌گذاران سلامت بوده است. پیشینه توصیه سیاستی نظام یکپارچه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، تربیت پزشک خانواده و ایده ادغام آموزش پزشکی در خدمات سلامت به دهه ۱۳۵۰ (هدش) بر می‌گردد (MS and HE 1974; Rahnema 1977). طرح بیمه درمان مبتنی بر پزشک خانواده برای جمعیت تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در دهه ۱۳۷۰ آغاز شد (IKRF 1990s). پیش نویس‌های آیین نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۷۸ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تکامل یافت و نسخه نهایی آن توسط مرکز گسترش شبکه معاونت سلامت با همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، پس از وقوع زلزله فاجعه بار بم، برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم در سال ۱۳۸۳ عملیاتی شد (MOHME 2005; Shadpour 2006 a,b). این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد. ماده ۹۰ قانون

هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. از این رو فرصت دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است (Goudarzi and Azadi 2007). نظام ارائه خدمات سلامت ایران در سوابق خود بزرگترین تحول ساختاری را از آغاز سال ۱۳۶۴ تجربه کرده است (Moshir et al. 2016). در این اصلاحات وسیع، شبکه بهداشت و درمان شهرستان مبتنی بر الگوی مراقبت‌های اولیه سلامت طراحی و بتدریج در کلیه استان‌ها استقرار یافته و جمعیت قابل ملاحظه‌ای از کشور بویژه در مناطق روستایی تحت پوشش قرار گرفتند (Pileroudi and Shadpour 1997; Shadpour 2000). یادآوری این نکته ضروری است که کارآیی روش ارائه خدمات پایه بهداشتی درمانی توسط فردی بومی-غیرپزشک ولی آموزش دیده به نام بهروز مبتنی بر رویکرد پزشکی خانواده (Family Practice) در ابتدای دهه ۱۳۵۰ در استان آذربایجان غربی (پروژه چنغراندلو) از بوته آزمایش سربلند بیرون آمده بود (King 1983). این تجربه موفق در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، پس از پیروزی انقلاب اسلامی تکمیل و توسعه پیدا کرد. با این اصلاحات دسترسی مردم به خدمات سطح اول افزایش یافت و به موازات آن دستاوردهای چشم‌گیری در شاخص‌های بهداشتی بدست آمده است (Naghavi and Jamshidi 2005; Farzadfar et al. 2012). با این وجود دسترسی مردم به سطح دوم خدمات (تخصصی و زیر تخصصی) و کیفیت ارائه خدمات در سطح یک همواره با مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده است (Moghadam et al. 2012). یکی از دلایل مهم آن، نبود رویکرد سلامت محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با درمان در مجموعه نظام سلامت کشور است (Farokhi and Khadivzadeh 2008).

دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت باشد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (MOHME 2014). بنابراین، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه خدمات درمانی صرف استفاده کرد. کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده باید به شکل فعال به جمعیت تحت پوشش ارائه گردد (MOHME 2006). گزارش‌های کشوری نشان می‌دهد دانشگاه‌های علوم پزشکی که مسوولیت اصلی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در حوزه‌های تحت پوشش خود به عهده دارند، موفقیت‌های چشمگیری از نظر پوشش کمی خصوصا در زمینه تامین پزشک و مامای خانواده در روستاها به دست آورده اند (MOHME 2012; Khadivi et al. 2007). با این حال با گذشت نزدیک ۱۰ سال از شروع برنامه، هنوز اعتراضاتی هر چند وقت یکبار از ناحیه نمایندگان سیاسی مردم، رسانه‌های جمعی، نهادهای دولتی و غیردولتی از ناکارایی و نارسایی طرح پزشک خانواده مطرح می‌شد (ISNA 2014; Motlagh et al. 2011)، که عمدتا استانداردها و الزامات از پیش تعیین شده در مورد شرایط فیزیکی، کمیت و کیفیت تجهیزات، ایجاد و تقویت دسترسی مردم به پزشک خانواده، رعایت نظام ارجاع، کیفیت ارائه پسخوراند، ستاره بودن پزشکان خانواده را زیر سؤال می‌بردند (Motlagh et al. 2010; Chaman et al. 2011; Nasrollahpour-Shirvani et al. 2010). پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۷ و براساس الزامات قانونی با وجود آنکه پزشک خانواده و بیمه روستایی هنوز به خوبی نهادینه و ارزشیابی نشده و چالش‌های آن مرتفع نگردیده بود، اجرای

برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۹-۱۳۸۴) تصریح شد که "به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و درجهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰٪ افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به ۱٪ کاهش یابد" (RCICP 2005). شواهد نشان می‌دهد که روند شاخص‌های عدالت در تامین مالی خدمات سلامت به ویژه در مناطق روستایی به سطح هدف به طور مطلوب کاهش نیافته است (HPC 2011; Fazaeli et al. 2015). به منظور رفع و یا کاهش مشکلات مذکور، و افزایش اثربخش نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، بند ب و ج ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، شورای عالی بیمه خدمات درمانی را مکلف می‌نماید تا پایان برنامه چهارم تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید و به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستائیان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا شود (RCICP 2005). بر این اساس در بند الف تبصره ۱۴ قانون بودجه کشور، منابع مالی لازم پیش بینی (PLU 2005) و برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی- عشایری و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (Public Health Coverage) اجرا می‌شود (MOHME 2014; Moradi-Lakeh and Vosough Moghaddam 2015). اهداف این طرح عبارتند از: ۱- ایجاد نظام ارجاع در کشور ۲- افزایش پاسخگویی در بازار سلامت ۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ۴- کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات. پزشک خانواده به عنوان مسوول اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید

نسخه ۰۲ دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری که با مشارکت وزارت بهداشت، و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه و پس از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ازسوی دولت در ۱۳۹۱/۱/۲۶ ابلاغ و رونمایی گردید (MOHME 2012; PAGD 2012). اگرچه به طور رسمی استقرار نسخه ۰۲ در سه استان فارس، مازندران و سیستان و بلوچستان اعلام شد و مقدمات اجرای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی هم فراهم شد لیکن در نهایت تنها دو استان فارس، و مازندران، برای اجرای کامل آن پیشگام شدند (Shariati 2012). با تغییر وزیر بهداشت در دی ماه ۱۳۹۱، نسخه صفر دو مجدداً بازنگری شد و ۸ استان سیستان و بلوچستان، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، خوزستان، یزد، قزوین و خراسان جنوبی برای اجرای برنامه مد نظر قرار گرفتند (Salehi 2013) که با پایان دولت دهم این موضوع عملیاتی نگردید. پس از شروع به کار دولت یازدهم، بر اساس تعهدات رئیس جمهور و وزیر بهداشت در برنامه ارائه شده به مجلس شورای اسلامی مبنی برای اجرای راهبرد پزشک خانواده و نظام ارجاع (Ettelaat 2013; Hashemi 2013). با توجه به نظرات و توصیه کارشناسان (Golalizadeh 2013). ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت. تصویب نامه هیات وزیران در آبان ماه ۱۳۹۲، مبنی بر تشکیل کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و یکی از اولویت‌های آن، یعنی «استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری، براهمیت مرور برنامه پزشک خانواده افزود (RCICP 2011). این مطالعه به سفارش معاونت بهداشت، وزارت بهداشت با مشارکت دینفعان به منظور بررسی کیفیت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران، شناسایی چالش‌ها و دستاوردهای اصلی و ارائه مداخلات بهبود، طراحی گردید تا در تهیه طرح تحول سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

طرح پزشک خانواده شهری توسط دولت وقت مورد تاکید قرار گرفت که ابتدا قرار بود فقط در شهرهای کمتر از ۵۰ هزار نفر جمعیت اجرا گردد و بتدریج به شهرهای با جمعیت بیشتر تسری داده شود. کارگروه تخصصی سلامت در برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۸ مصوب می‌کند: "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است «شبکه ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت» را با تاکید بر مراقبت اولیه سلامت، خدمات سرپایی و مراقبت در خانواده مبتنی بر سطح بندی و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده تا پایان سال اول برنامه بازطراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید" (HPC 2009). این پیشنهاد در بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۵)، اینگونه مصوب می‌شود: "سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء بازطراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد" (RCICP 2011).

برنامه پزشک خانواده شهری در سال ۱۳۸۹ در ۳ استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری برپایه نسخه معروف به ۰۱ پایه‌گذاری شد (MOHME 2010). نتایج حاصل از این پایلوت نیز رسماً منتشر نشد. اجرای آزمایشی طرح پزشک امین سازمان تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ در گیلان و توقف آن پس از ۴ ماه به خاطر موازی کاری با برنامه پزشک خانواده و مخالفت وزارت بهداشت (Khabaronline 2011).

روش کار

این پژوهش به شیوه کیفی و با رویکرد مشارکتی در زمستان سال ۱۳۹۲ بر اساس الگوی ارزشیابی سریع برنامه‌ها که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است انجام گرفت (Foster-Fishman 2007; Anker et al. 1993). به طور خلاصه در این روش ابتدا برنامه اولیه توصیف و شاخص‌های ارزشیابی تعیین شد. سپس ابزار گرد آوری اطلاعات طراحی و داده‌ها با مرور اسناد موجود، تجربیات چند کشور پیشرو، مصاحبه/تکمیل پرسشنامه با ذینفعان و بحث گروهی متمرکز با خبرگان جمع‌آوری شد. با تحلیل داده‌های گرد آوری شده گزارش برای کمیته قضاوت آماده گردید. نتایج کمیته قضاوت در گزارش اولیه اعمال و برنامه کاربری نتایج ارزشیابی نوشته شد.

در مجموع منابع اطلاعاتی برای این مطالعه عبارت از مرور اسناد و تحقیقات داخل کشور، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته و جلسات بحث گروهی (FGD) بودند. برای مرور متون، تحقیقات داخل کشور، مجلات تخصصی پزشکی و رسانه‌ها و اخبار مرتبط با برنامه پزشک خانواده شهری بررسی شدند. پس از انجام تحلیل ذی‌نفعان، جلسات بحث گروهی با حدود ۴۰ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران موضوعی به تفکیک سازمانهای مندرج در جدول ۱ صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل سیاست‌گذاران و مدیران کشوری مسؤول طراحی و اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در دوره فعلی و دوره‌های قبلی بودند. دعوت‌نامه‌ای به همراه پرسشنامه دارای ۵ سوال باز دو هفته پیش از جلسه برای مطالعه و پاسخ به سئوالات ارسال گردید و سپس برای حضور افراد هماهنگی تلفنی به عمل آمد. سئوالات عبارت بودند از:

- ۱) برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه یکپارچه سلامت در مراکز شهری چه هدفی را دنبال می‌کند؟
- ۲) آیا نسخه صفر ۲ برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع به این اهداف توجه داشته است؟

۳) دستاوردهای برنامه پایلوت در هر حیطه چه بوده است؟ اهداف مورد نظر تا چه اندازه برآورد شده است؟

۴) چالش‌های برنامه چه بوده است؟

۵) راهکارهای ارتقای سیاست برنامه پزشک خانواده در شهرها چیست؟

در ابتدای جلسه هدف از نشست و روش کار به روشنی توضیح داده و پرسشنامه‌های از پیش تکمیل شده نیز جمع‌آوری شد. سپس براساس تمایل و خبرگی موضوعی، افراد در چهار گروه تولیت، تامین مالی، خدمات و تولید منابع تقسیم شدند و بر اساس روش ارائه شده در ابتدای جلسه به هر پنج سوال با استفاده از بارش افکار پاسخ دادند و سپس نتایج هر گروه در جمع‌ارایه و نسبت به این نتایج از طرف اعضای نشست بازخورد داده شد. به منظور تکمیل اطلاعات با افرادی که امکان دعوت آنها برای جلسه بحث گروهی وجود نداشت، مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختار یافته صورت گرفت. برای سوال از دست اندرکاران ارشد نظام سلامت یک نفر از اساتید رشته جامعه‌شناسی پس از توضیح در مورد اهداف طرح و ارائه سئوالات به جهت مصاحبه معرفی گردید. پس از تنظیم قرار ملاقات با افراد، ایشان در محل حضور یافته و با فرد مورد نظر مصاحبه کرده است. تمام مصاحبه‌ها با اجازه افراد ضبط شده و پیاده شده است.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از استانیهای فارس و مازندران تیم ارزیابی متشکل از کارشناسان ملی در حوزه بهداشت و درمان که در طراحی نسخه ۰۲ مشارکت داشتند تشکیل و پس از آموزش لازم دو بازدید استانی اجرا شد، سئوالات اصلی همان ۵ مورد اشاره شده در سطور بالا بوده است. فهرست دقیق جلسات و مصاحبه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات در دو استان به شرح جدول ۲ است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها پس از جلسه اول مصاحبه‌ها شروع و به موازات انجام مصاحبه‌های بعدی ادامه یافت (تحلیل همزمان). بدین صورت که مطالب به دقت پیاده

پزشک‌خانواده و نظام ارجاع به منظور دستیابی به اهداف نهایی نظام سلامت با رویکرد تامین مالی عادلانه و ارائه خدمات با کیفیت و کارآمد شروع و دنبال شده است. تسهیل دسترسی به خدمات، مدیریت بهینه منابع و سایر اهداف خردتر تابع این دو هدف اصلی هستند. برخی از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که آنچه در حال اجراست خیلی اهداف اولویت‌بندی‌شده‌ای ندارد. ولی قرار بر این بود که سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع در مناطق شهری تحقق یابد، روشن نیست آنچه که در حال اجراست آیا پایلوت است یا واقعیت؟

در پاسخ به این سوال که «آیا نسخه صفر ۲ دستورعمل پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع به این اهداف توجه داشته است؟» سه نوع جواب ارائه گردید: گروه اول پاسخ منفی دادند و معتقدند که برنامه بدون توجه به نقش‌هایی که قوانین نظام سلامت برای هر یک از اعضای تیم سلامت معین نموده است تدوین شده است؛ گویا اجرای برنامه مهم‌تر از نیاز جامعه است. برنامه درمان‌محور بوده و بخصوص به سایر اعضای تیم و استقلال حرفه‌ای و قانونی آنان توجه نشده است. به مستندات علمی و مبتنی بر شواهد به جهت تدوین برنامه توجه نشده است. با خرد جمعی ضعیف و فردمحوری تدوین شده است. برنامه یا باید الگو محور و تقلید از نمونه‌های موفق جهان باشد و یا توسط مجتهدان حوزه سلامت رشته‌های مختلف و ذینفع با استفاده از مستندات تدوین می‌شود، که نشده است. گروه دوم معتقد بودند که بله؛ به صورت نظری به آن توجه شده است، اما توجه داشتن و عمل کردن دو مقوله‌ی متفاوت است. قطعاً توجه بوده ولی در عمل به دلیل فراهم نبودن زیرساخت‌ها اجرا نشده است. گروه سوم معتقدند که تقریباً و تا حدی به این مسئله توجه داشته است و در بندهای مرتبط تا آنجا که می‌شد فیلترهای موضوعی تعبیه شده است.

دستاوردهای اجرای برنامه: در پاسخ به سوال «دستاوردهای برنامه پایلوت در هر حیطة چه بوده است؟ اهداف مورد نظر تا چه اندازه برآورد شده است؟» خبرگان شرکت‌کننده

شده از نوارها و یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متون، خط به خط خوانده می‌شود و کدگذاری سطح اول انجام و جملاتی که پاسخ سوالات مطرح شده در مصاحبه بودند مشخص می‌شود. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده می‌شود. با مقایسه مضامین با یکدیگر فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها به دست آمد. مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها، در کدگذاری سطح دوم بازخوانی می‌شد و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی و طبقات تشکیل شد. جهت اعتباربخشی به نتایج، مصاحبه‌ها مکرر خوانده می‌شد و از نظرات همکاران به طور مرتب استفاده می‌شد. همچنین برای افزایش پایایی آن از نظرات خارجی استفاده شد. بدین صورت که بخشی از داده‌ها به محقق‌ی که ارتباطی با مطالعه نداشت داده شد تا مشخص شود آیا او، به عنوان ناظر خارجی، نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد یا خیر.

نتایج

یافته‌های مطالعه درخصوص هدف برنامه پزشک خانواده شهری، دستاوردها و چالش‌های پیش روی برنامه براساس تحلیل متون و نظرات مشارکت‌کنندگان به ترتیب پیش رو صورت‌بندی شده‌اند.

هدف اجرای برنامه: در پاسخ به سوال "برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه یکپارچه سلامت در مراکز شهری چه هدفی را دنبال می‌کند؟" اغلب شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه معتقد بودند افزایش دسترسی آسان به خدمات اولیه بهداشتی، کاهش هزینه‌های سلامت و سهم خانوار از این هزینه‌ها، کاستن از بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و در نهایت ارتقای سطح سلامت مردم هدف بوده است. از دیدگاه تعدادی از خبرگان این دو عنوان یعنی برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه یکپارچه سلامت اهداف یکسانی را دنبال نمی‌کنند. برنامه

بخشی ضعیفی مشاهده می‌شود. یکی از نتایج این وضعیت عدم ثبات در تصمیم‌گیری‌ها و احساس موقتی بودن چارچوب‌ها و الزامات طرح در نظر همه‌ی گروه-های مخاطب برنامه است. در این میان، یکی از مهمترین اشکالات وارده به طرح این است که طرح بدون یک پروپوزال دقیق، واضح و مبتنی بر شواهد شروع شده و سند سیاستی برای آن نوشته نشده است. از نگاهی دیگر خط مشی‌های نسخه ۰۲ بدون پشتوانه است. اهداف طرح ابهام داشته و نظام پایش و ارزشیابی علمی برای آن طراحی نشده است و سیستم ارزیابی خارجی وجود نداشت. از سوی دیگر در اجرای همین طرح ملی نانوشته شتاب زدگی و ضعف مدیریت مشاهده می‌شود به همین دلایل نام برنامه به عنوان پزشک خانواده برای طرح در حال اجرا نامناسب است. بر اساس نظرات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، شتاب زدگی و عدم توجه به نظر کارشناسان، سیاسی شدن برنامه با طرح آن در هیات دولت و دستور اجرای دو ساله در کل کشور و تغییرات مدیریتی از برنامه پزشک خانواده وجهه مناسبی نداشت. براساس یافته‌های مرور متون و نظرات مشارکت‌کنندگان تطابق سریع برنامه پزشک خانواده با مشکلات کلان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین‌المللی و محیط زیست ضروری است و این پاسخگویی باید در ستاد ملی پزشک خانواده نهادینه شود، قانون هدفمندی یارانه‌ها، جهانی شدن، تحریم‌ها، تجاری شدن سلامت، افزایش جمعیت شهرنشین و افزایش فاصله اقتصادی و درآمدی بین افراد فقیر و غنی در کشور و حاشیه‌نشینی از آن جمله است. از طرف دیگر اجرا شدن برنامه در سطح دو استان و عدم اجرا شدن آن در کل کشور بخصوص تهران مانعی عنوان گردید که می‌توانست سبب توقف طرح گردد.

۱-۲- تاثیر طرح بر سایر بخش‌ها: نتایج مرور متون مربوطه حاکی از این امر است که برنامه پزشک خانواده تاثیر منفی بر عملکرد پزشکان بخش خصوصی دارد و بدون وجود سیاست‌های جبرانی موثر و چاره‌اندیشی

سه نوع پاسخ داده اند گروه اول گفته اند که اطلاعاتی ندارند، گروه دوم بیان کرده‌اند که به نظر می‌رسد دستاورد قابل توجهی نداشته است ولی با دریافت اطلاعات شفاهی چالش‌هایی هم به وجود آورده است از جمله اینکه نظام پرداخت به غیر پزشکان شفاف نبوده است، ارتباط کارفرمایی و کارگری بین پزشک عمومی و ماما یا پرستار آسیب‌زا بوده است، نحوه‌ی ارائه خدمات مامایی که خود حرفه‌ای مستقل، دارای شماره از نظام و پروانه کار است وابسته شده و در نتیجه بیماران سرگردان و ماماها ناراضی هستند. ارجاع مادران پرخطر که طبق بسته‌های خدمتی از ماما به پزشک متخصص است مشکل پیدا کرده است. ارجاعات غیرضروری و در نتیجه مداخلات و هزینه‌های غیرضروری افزایش یافته است. عدم هماهنگی کامل بین وزارت بهداشت و رفاه وجود دارد. برای دستیابی به اهداف سطح دوم و سوم نیاز به تامین اعتبار و مدیریت برنامه در سطح ملی و استانی است. برنامه پایلوت در ۲ استان باعث شد که پزشکان استان‌های دیگر به این دو استان مراجعه نمایند و سایر استان‌ها دچار کمبود پزشک شده‌اند. اما گروهی معتقدند که این برنامه دستاوردهایی نیز داشته است که در جدول ۳ آمده است.

چالش‌های برنامه: نتایج بازدید تیم ارزیاب به همراه ادراک مشارکت‌کنندگان در خصوص چالش‌ها و مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری در سه حیطه تولید، ارائه خدمات و منابع در جداول ۴ و ۵ خلاصه و با یافته‌های حاصل از مرور متون مقایسه شده است.

(۱) تولید

۱-۱- مسؤلیت اجرای برنامه: مرور متون و نتایج بازدید از استان‌ها حاکی از این امر بود که مسؤل طراحی و پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به روشنی مشخص نیست و ابهام در تقسیم وظایف میان وزارت خانه‌های بهداشت و رفاه وجود دارد. به عبارت دیگر مشارکت بین‌بخشی و درون-

مراقبتی ایجاد می شود تا افراد بتوانند مراقبتهای دوران زندگی خود را ارتقا دهند. با توجه به این موضوع، تشکیل پرونده سلامت در برنامه پزشک خانواده ایران مورد تاکید قرار گرفته و برای مدیریت بهتر فرایندهای درمانی جمعیت تحت پوشش، فرم هایی طراحی گردیده که در جمع آوری اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده در سطح اول و دوم کمک نماید. بر اساس نتایج این مطالعه زیرساختهای فنی پرونده الکترونیک فراهم نیست، ضمن آن که فعالیت جامع و به موقع سامانه خدمات سلامت ایرانیان وجود نداشته است، که این ناهماهنگی مشکلات زیادی را در اجرای طرح در استانهای پیشتاز پدید آورده است.

۲-۲- تامین منابع انسانی: کمبود پزشک در مناطق پیشگام یکی از مشکلات طرح در حوزه منابع انسانی می باشد. از سوی دیگر مهاجرت پزشکان عمومی به دو استان از استانهای مجاور به علت اختلاف درآمد از دیگر تبعات طرح عنوان گردید. تمایل پزشکان به تک شیفته بودن و عدم اشتغال در شیفت شب از جمله دلایل کمبود پزشک عنوان گردید.

۲-۳- آموزش نیروی انسانی: فقدان آموزش پزشکان عمومی و تیم درمانی مربوطه برای سلامت محوری و دانش کم تشخیص و درمان از دیگر اشکالات برنامه یاد شد. به نظر این افراد برنامه بیش از آن که سلامت محور باشد، درمان محور هست. عده ای از مشارکت کنندگان معتقد بودند که پزشکان عمومی برای پذیرش مسؤلیت و ایفای نقش پزشک خانواده توجیه نشده اند.

۳) ارائه خدمات

۳-۱- رضایت مردم از ارائه خدمات: رضایت مندی گیرندگان خدمات بهداشتی و درمانی و تاثیری که این مساله در کارکرد، پایداری و تداوم خدمات دارد، موضوعی است که به لحاظ نقش دیدگاه مراجعان در برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به رویکرد ارائه خدمات با کیفیت مطلوب است. براساس یافته های این مطالعه محدودیت ایجاد شده برای انتخاب پزشک خانواده و ازدحام

برای پزشکانی که در طرح جا نگرفته اند این طرح به سختی پیش می رود. مشارکت ذینفعانی چون سازمان نظام پزشکی، انجمن پزشکان عمومی و سایر انجمن-های علمی تخصصی در طراحی و اجرای برنامه ملحوظ نشده است، جلب مشارکت بخش خصوصی کل جامعه پزشکی، مردم، کلیه تشکلهای و سازمانهای صنفی برای تدوین و بهره گیری از یک استراتژی مطلوب ضروری است. این ضعف خود را در بازخوردهای رسانه ای و تاثیر بر افکار مردم نشان می دهد. از دید مشارکت کنندگان در طرح نیز دیده نشدن تمامی ذینفعان در برنامه (بیمه ها، بخش خصوصی، مردم، بخش پاراکلینیکی، تشکلهای صنفی نظام پزشکی، و انجمنها) از جمله ایرادات وارده به طرح می باشد.

۱-۳- فرهنگ سازی در جامعه: به نظر مشارکت کنندگان در این مطالعه در اجرای برنامه پزشک خانواده فرهنگ سازی مناسبی صورت نگرفته است. عده ای از مردم دانش پزشکان عمومی را کافی نمی دانند و همین سبب شده که سیستم ارجاع را رعایت نمایند. تخصص گرایی در پزشکان، مسؤولان و خانواده ها وجود دارد و افراد طبق تشخیص خود به متخصص یا فوق تخصص مراجعه می کنند.

۲) منابع

۲-۱- پرونده الکترونیک: بر اساس نتایج مرور متون، بازدیدهای صورت گرفته و نظرات مشارکت کنندگان در این مطالعه، اشکالات موجود در تامین منابع و زیرساختها از جمله پول، نظام الکترونیک، منابع انسانی، آموزش، سیستم انگیزشی، و نبود منابع پایدار از جمله مشکلات مهم مرتبط با طراحی و استقرار برنامه می باشد. پرونده سلامت منبعی از اطلاعات ذخیره شده در خصوص مراقبتهای بهداشتی و درمانی تمام طول دوران حیات فرد می باشد که با هدف پشتیبانی از استمرار مراقبتهای سرپایی و بستری، ارائه آموزش، تسهیل ارتباط بین پزشک و بیمار و حمایت از روش خود

پرستار/ماما توسط پزشکان خانواده به علت مشخص نبودن سهم سرانه و نوع قرارداد پرستار/مامای همکار از دیگر مشکلات طرح عنوان گردید. به نظر تعدادی از مشارکت کنندگان، استفاده نشدن از ماما/پرستار در تعداد قابل توجهی از مطب یا پایگاه های پزشک خانواده و در نتیجه عقیم ماندن انجام مراقبتهای بهداشتی تعریف شده در بسته خدمات از دیگر اشکالات طرح بود.

۳-۴- بسته خدمت: بر طبق یافته های مرور متون، بسته های خدمت با توجه به جایگاه همه گروه های پزشکی و تخصصی طراحی نشده است. در بسته های ابلاغی یا نسخه صفر ۲ به تیم سلامت مثل پرستار و ماما توجه نشده است و ماما در ارائه خدمات سلامت به مادران استقلال ندارد. بسته خدمتی علاوه بر کم توجهی به بخشی از بیماری های جسمی (بیماری های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی) در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت ضعیف ارزیابی گردید. یافته های این مطالعه حاکی از آن است که استقرار بهینه برنامه پزشک خانواده با بهبود و ارتقای باورها و رفتارهای جامعه در مصرف خدمات سلامت گره می خورد، حرکت از سمت درمان نگری به سلامت محوری و پیشگیری مهم است و باید مردم و مسئولان نقش مولفه های اجتماعی سلامت را بیش از پیش بها دهند. تعدادی از مشارکت-کنندگان چنین عنوان نمودند که «برنامه پزشک خانواده باید بر اساس نیازهای دائمی تغییر سلامت بازبینی شده و تغییرات اپیدمیولوژیک و بار بیماری ها، افزایش جمعیت سالمند کشور و تغییر هرم جمعیتی ملحوظ شود.» از سوی دیگر، فقدان گایدلاین های مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری های شایع از دیگر مشکلات برنامه عنوان گردید.

راهکارهای ارتقای برنامه: براساس نتایج این مطالعه موارد متعددی در بازطراحی برنامه باید مد نظر باشد و لازم است قبل از این بازنگری از اجرای آن در استان های دیگر جلوگیری شود تا ارزش این کار بزرگ (برای آرایه خدمات سلامت عادلانه) حفظ شده و اطمینان، تعهد و ضمانت کافی برای همه ذینفعان به وجود آید. به اعتقاد طراحان اصلی شبکه های بهداشتی درمانی در بازطراحی برنامه

بیش از حد درمانگاههای دولتی از جمله عواملی می باشد که بر رضایت گیرندگان خدمت تاثیر نامطلوب گذاشته است. رعایت نکردن ساعات کاری موظف توسط برخی از پزشکان خانواده و نبود پزشک جایگزین موجب کاهش کیفیت خدمات و ناراضایتی جمعیت تحت پوشش شده بود. به نظر مشارکت کنندگان در این پژوهش، نظام پرداخت کارانه باعث افزایش تقاضای القایی شده و افزایش تقاضا برای خدمات و در نتیجه ناراضایتی مردم شده است.

۳-۲- برقراری نظام ارجاع: در مصاحبه های صورت گرفته عدم همکاری لازم بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص سطح دو، عدم ارائه بازخورد توسط متخصصان و تکمیل شدن درصد قابل توجهی از برگه های ارجاع توسط پزشکان خانواده به شکل غیراستاندارد و نا مفهوم تکمیل شدن برگه های ارجاع توسط افرادی به جز پزشک خانواده مربوطه از عمده مشکلات طرح عنوان گردید. براساس نتایج این مطالعه، ارائه مشاوره و بازخورد از سوی پزشکان متخصص در نظام ارجاع ضعف جدی دارد. ۳-۳- تیم ارائه خدمت: بر اساس نتایج مرور متون، طراحی دستورعمل های اجرایی پر نوسان و بدون توجه به واقعیت حوزه سلامت و بدون بهره گیری از نظرات آحاد تیم سلامت به عنوان صاحبان اصلی فرایند بوده است. ویرایش های مکرر برنامه برداشت های متفاوت از طرح را نتیجه داده است. تعریف جداگانه و صریحی برای مراقبت های سلامتی در گروه های هدف نشده است. میزان مراجعه به پزشکان زیاد است و پزشک از انجام وظایف اصلی خود یعنی پایش و ارتقای سلامت باز می ماند. پراکندگی ارائه خدمات وجود دارد و ضعف در ارجاع به سطوح دوم و سوم مشاهده می شود. عدم اطمینان مردم از روند ارجاع موجب شده که سیستم خود ارجاعی به وجود بیاید. در پذیرش بیمار اورژانسی ابهام وجود دارد. از دید تعدادی از مشارکت کنندگان، کم توجهی به طب پیشگیری و تقلیل تیم ارائه کننده خدمات از دیگر مشکلات طرح می باشد. پایین بودن سطح بکارگیری

استقرار برنامه و قوانین مربوط مطابق دستورعمل نسخه ۰۲ در سطح یک ارائه خدمت انجام شده است و در حال حاضر ارتباط موثر و کارآمدی میان پزشکان عمومی استان و تیم اجرایی برنامه برقرار شده است. البته در همین سطح یک، ارابه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت در حداقل بوده و بیشتر خدمات درمانی انجام شده است.

در دستورعمل ۰۲ برنامه پزشک خانواده شهری ایران، پزشکان به عنوان سرپرست تیم سلامت و مسوول اصلی سلامت جمعیت دو نوع وظیفه مدیریتی و فنی بر عهده دارند، باید با جلب رضایت و مشارکت اعضای تیم سلامت و ساماندهی بهینه آنان در بهبود و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی تلاش نمایند (MOHME 2012). مطابق توصیه های سازمان جهانی بهداشت هم پزشک خانواده مسوول هماهنگی و هدایت تیم ارائه دهنده خدمات سلامت (اعم از خدمات بهداشتی و درمانی) در منطقه تحت پوشش خود می باشد و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی به عهده پزشک و تیم سلامت است (WHO 2008). بین کشورهای مختلف تفاوت هایی در اجرای برنامه پزشک خانواده دیده می شود اما در همه آنها به یک نکته اساسی توجه شده است و آن اینکه پزشکان خانواده نسبت به سایر تخصص ها به منابع کمتری نیاز دارند و مراقبت های موثرتری برای انواع معینی از بیماران و بیماری ها انجام می دهند (Niemen et al. 2001; Santana et al. 1999; Weiss 1995; Daniel et al. 2002) با عنایت به مشاهدات انجام گرفته متأسفانه در حال حاضر نمی توان برنامه در حال اجرا در این دو استان را پزشک خانواده واقعی نامید چراکه یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی استفاده کرد. نقص برقراری نظام ارجاع به عنوان یکی از پایه های اساسی این برنامه به علت عدم همکاری لازم بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص، تکمیل غیراستاندارد درصد

پزشک خانواده معیارهایی همچون: پوشش همگانی (نبود موانع فیزیکی، مالی و فرهنگی برای استفاده از خدمات)، برخورداری خدمات از بالاترین کیفیت، جامعیت خدمات (ارتقاء، پیشگیری، غربالگری، درمان و توانبخشی در حوزه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)، تعریف و تعیین جمعیت تحت پوشش و شناخت گروه های نیازمند به خدمات در این جمعیت، ارائه خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری و غربالگری به صورت فعال برابر برنامه مدون، دادن هویت مستقل ساختاری و برخورداری از نیروی انسانی ماهر و چندپیشه برای خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری و غربالگری، برخورداری از نظام ارجاع تعریف شده در عرصه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، برخورداری از نظام اطلاعات مناسب جهت تصمیم سازی بر اساس شواهد و ابزاری برای حمایت طلبی، استفاده از بخش خصوصی در نظام ارجاع، حضور فعال مردم در فرآیند مدیریت به خصوص تصمیم سازی و تصمیم گیری، تقویت همکاری های بین بخشی به منظور پاسخگویی به آسیب های اجتماعی و ایجاد محیط مشوق رفتارهای جسمی و روانی سالم، اولویت دادن به جمعیت حاشیه نشین شهرهای بزرگ و ساکنین شهرهای کوچک و محروم کشور، تجمیع منابع مربوط به مراقبت های بهداشتی اولیه و سپردن نحوه هزینه آن به وزارت بهداشت و مشارکت دادن شهرداری ها در فراهم سازی مراقبت های بهداشتی - درمانی اولیه با حفظ مسوولیت حکمرانی وزارت بهداشت باید مورد ملاحظه قرار گیرد.

بحث

به طور خلاصه نتایج این مطالعه نشان می دهد که علی رغم چالش های متعدد برنامه پزشک خانواده شهری که ریشه آنها را باید در عملکرد استقرار دهندگان جستجو کرد، اجرای برنامه در دو استان علاوه بر مشکلات و چالش ها دستاوردهای مهمی نیز داشته است که امید به تداوم برنامه را زیاد می کند. برآورد کلی اجرای برنامه در استان های پیشگام حاکی از آن است که

جابجایی بیماران از مبدا به مقصد و بالعکس را به عهده بگیرد. بدیهی است که ارجاع نباید به عنوان یک مسئله روزمره و عادی در بیاید. بلکه موارد ارجاعی باید حاصل معاینات دقیق و موشکافانه بیمار باشد. بیمارستان نیز باید در مورد توانایی برگشت بیمار به محل خود و پیگیری وی توسط مرکز ارجاع دهنده اطمینان حاصل نماید.

۴) پایش داروها: داروخانه ها و انبارهای داروئی محلی هرگز نباید در قبال تامین داروهای مورد نیاز مراکز سهل انگاری کنند. سفارشات داروئی مراکز بهداشتی درمانی باید مورد توجه ویژه قرار گیرد زیرا افزایش تقاضا برای یک یا چند قلم داروی خاص می تواند به علت تجویز افراطی دارو توسط پزشک یا کاردان بهداشتی و یا قرار گرفتن در معرض یک واقعه اپیدمیولوژیک باشد.

۵) قیمت خدمات: گرچه یک مرکز بهداشتی درمانی خوب در امر جلوگیری از مراجعه مستقیم به بیمارستان موثر می باشد، اما بطور کامل آن را متوقف نمی کند و محدودیت هایی دیگری نیز در این مورد باید اعمال شود. در مجموع ارایه خدمات بهداشتی درمانی مجانی منجر به تقاضای بیش از حد و هدر رفتن منابع می شود. بنابراین اکثر کشورها از مکانیسم کنترل مالی یعنی تعیین نرخ برای ارایه خدمات که متناسب با توان مالی اکثریت بیماران باشد، بهره می جویند (Palmer 1991).

برای ایجاد یک نظام ارجاع مناسب لازم است پزشک خانواده هماهنگی لازم با بیمارستان را برقرار کند (Khoja et al. 1997) همانطور که در بخش نتایج آمد خبرگان بیش از بیست هدف برای برنامه پزشک خانواده برشمرده اند و با اینکه اغلب آنها معتقدند که چهار هدف (۱) افزایش دسترسی آسان به خدمات اولیه بهداشتی، (۲) کاهش هزینه های سلامت و سهم خانوار، (۳) کاهش بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و (۴) در نهایت ارتقای سطح سلامت مردم از جمله اهداف اصلی هستند همچنان

قابل توجهی از برگه های ارجاع توسط پزشکان خانواده، ضعف جدی در ارائه مشاوره و بازخورد از سوی پزشکان متخصص و ضعف همکاری دستگاه های نظارتی انکارناپذیر است. اگرچه باید توجه کرد که به علت عمر کوتاهی که از استقرار برنامه در این دو استان می گذرد این موضوع دور از انتظار هم نیست. مطالعات مختلف حاکی از آن است که پس از دو دهه که از اجرای شبکه های بهداشت و درمان و پوشش تقریباً کامل آن در مناطق روستایی می گذرد و باوجود مقررات مختلف، هنوز کارکرد ارجاع بین مراکز بهداشتی-درمانی و درمانگاه های تخصصی بیمارستان به خوبی برقرار نیست (Moghadam 2012). موانع شناسایی شده در این مطالعه بسیار شبیه مواردی است که پالمر بر سر راه تحقق سیستم ارجاع به شرح زیر دسته بندی می کند:

۱) کیفیت خدمات اولیه: چنانچه بیماران از خدمات درمانی که دریافت می کنند، راضی بوده و نیازهایشان برآورده شود، تمایلی به دور زدن سیستم نخواهند داشت. بنابراین مراکز بهداشتی درمانی باید از نظر پرسنلی غنی بوده و بخوبی تجهیز شده باشند. مراکز فوق باید به تعداد کافی و در دسترس مردم تاسیس شوند.

۲) عدم مهارت پرسنل: بعضی از بیماران به کارکنان بهداشتی محلی اعتقاد ندارند و بعضی فکر می کنند این-ها به اندازه کافی سواد ندارند. از طرفی دیگر بعضی از بیماران از افراد بیگانه واهمه دارند و ترجیح می دهند مشکلشان را با کارکنان شناخته شده مطرح نمایند. این معضل را باید با تلفیق افراد محلی و افرادی که بصورت موقت به همکاری دعوت می شوند، برطرف نمود.

۳) حمل و نقل: ارجاع از یک مرکز بهداشتی درمانی به بیمارستان اغلب نیاز به مهیا بودن امکانات حمل و نقل دارد. مسلماً نوشتن برگ ارجاع و دادن آن بدست بیمار و او را به امان خدا رها کردن تکافو نخواهد کرد. مرکز ارجاع دهنده باید مسؤولیت

تدوین و اجرای سیاست‌های اصلاحی بعدی در کشور ذکر گردیده است (Moshiri et al. 2013).

نتیجه گیری

نظرات اعلامی در متون، بازدید استان‌ها و خبرگان همپوشانی‌ها و نزدیکی زیادی دارند و همگی مبین آن است که بخش عمده مشکلات در قسمت استقرار دهندگان شامل طراحان، مدیران، تامین کنندگان منابع و اختیارات و ناظران قرار دارد. می‌توان پیشنهاد کرد که در صورت داشتن یک برنامه خوب طراحی شده، تا حد زیادی به مشکلات استقرار هم غلبه کرد لذا مراحل زیر برای بازطراحی برنامه پزشک خانواده در طرح تحول سلامت توصیه می‌شود: در مرحله اول، لازمست که کارگروه تخصصی تحول PHC (یا ستاد ملی PHC) در وزارت بهداشت تشکیل گردد و کلیه اقدامات و پروژه‌های مرتبط به موضوع ارایه خدمات سلامت در شهرها، روستاها، عشایر و حاشیه شهرها در قالب این کارگروه هماهنگ و با همکاری کلیه ذینفعان طراحی، پایلوت، ارزشیابی و نهادینه شود. بر پایه بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم و بند ۵ ماده ۳ آیین نامه شرح وظایف و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، برنامه اجرایی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت پس از بازطراحی باید به تصویب این شورا برسد (RCICP 2011; GIS 2011). لازم است این کارگروه سند سیاست برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، برنامه راهبردی و عملیاتی آن تا سال ۱۴۰۴ را طراحی، تشکیلات اجرایی چابک برای هدایت استقرار برنامه تعریف و در ساختار معاونت بهداشت یا حوزه ای فرامعاونتی در وزارت بهداشت نهادینه کند. بازطراحی نسخه ۰۲ نیز با مشارکت همه ذینفعان و معیارهای اجماع شده طی قابلیت اجرا در این کارگروه تخصصی را دارد. ماده ۶ آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور اجازه تشکیل این کارگروه را ذیل ساختار شورا می‌دهد. مصوبات این کارگروه که با

که در برخی مطالعات مشابه نشان داده شده است (Van uden et al. 2003) اما اهداف دیگری هم برای این برنامه قائل هستند. حال سوال این است که یک برنامه واحد چگونه به همه این اهداف دست خواهد یافت؟ ضروری است اولاً در مورد اهداف کلی و اختصاصی برنامه در یک دوره ۵ ساله بین ذینفعان توافق شود و برای هر هدف اختصاصی برنامه عملیاتی مشخصی تدوین و به اجرا درآید، به عنوان مثال باید مشخص شود که شاخص‌های مربوط به بیماری‌های شایع بعد از ۵ سال اجرای برنامه چه وضعی باید پیدا کند و یا در مورد کاهش هزینه‌های سلامت خانواده یا کاهش بار مراجعه انتظار چه عددی را داریم. کاهش هزینه‌ها و بار مراجعه در سایر کشورها در برنامه ارائه خدمات سطح اول مد نظر قرار گرفته است و راهکارهایی مانند مشاوره تلفنی پیشنهاد شده است (Leibowitz et al. 2003). رضایت مندی مردم در سال‌های ابتدایی برنامه معیار مناسبی برای ارزشیابی موفقیت برنامه نیست چراکه نظام قبلی و رفتار قبلی مردم مورد نقد عملی قرار گرفته و مردم از نوعی محدودیت برخوردار می‌شوند اما به تدریج با افزایش درک مردم و ارایه کنندگان خدمات و تجربه جمعیتی نارضایتی تبدیل به رضایت‌مندی می‌شود. به طور حتم تعیین اهداف (هر چند با خطا) اشتراک نگاه در همه ذینفعان ایجاد میکند ضمن آنکه داشتن هدف‌های عینی و اختصاصی در هر برنامه‌های حق مسلم برنامه است.

نتایج بازدید از استان‌ها حاکی از این امر بود که مسؤول طراحی و پیاده سازی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به روشنی مشخص نیست و ابهام در تقسیم وظایف میان وزارتین بهداشت و رفاه وجود دارد. مشارکت بین‌بخشی و درون‌بخشی ضعیفی مشاهده می‌شود. یکی از نتایج این وضعیت عدم ثبات در تصمیم‌گیری‌ها در نظر گروه‌های مخاطب و ایجاد مانع برای بهبود برنامه است. ضعف تفاهم و همکاری در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بین ذی‌نفعان مختلف نیز وجود داشته و به عنوان سدی بزرگ برای

برون ده و پیامدی ناشی از اجرای برنامه است. در مقطع اجرای این مطالعه یک سال از شروع برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران سپری شده بود و این مدت برای قضاوت در مورد دستاوردهای برنامه و آن هم در سطح پیامدی کافی نیست چراکه تغییر محسوس شاخص های مذکور نیازمند دو تا سه سال زمان است. در همین زمینه می توان به فقدان مستند ارزشیابی از نتایج پیاده شدن نسخه صفر یک در سه استان خوزستان، چهار محال و بختیاری و سیستان و بلوچستان اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران سطح ملی، دکتر علی اکبرسیاری، دکتر ناصر کلانتری، دکتر داود مقیمی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر فرشاد فرزاد فر، دکتر حسین سالاریان زاده، دکتر سید تقی یمانی، دکتر موسی طباطبایی، دکتر شیرین احمدنیا، دکتر محمدرضا میرزایی، دکتر صادق حضرتی، خانم ها عصمت جمشید بیگی، نیلوفر مردفر، حمیده جوادی نسب، شیوا مافی مرادی، مدیران و کارشناسان مرتبط در استان های فارس و مازندران به ویژه دکتر جان بابایی، دکتر اعرابی، دکتر ایمانیه و دکتر مقدمی کمال تشکر را دارد.

مشارکت ذینفعان اصلی تدوین می شود به طور خودکار به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی منتقل و سپس توسط هیات دولت تصویب می شود. یکی از فواید این کارگروه هماهنگی سیاست های درون وزارت خانه در ارتباط به برنامه پزشک خانواده است، این هماهنگی علی رغم توصیه ها و مکاتبات مجلس شورای اسلامی و پیشکسوتان نظام مراقبت های اولیه سلامت در ایجاد تخصص پزشک خانواده مشهود است به طوری از دیدگاه منتقدان ایجاد تخصص در این رشته به بهانه ارتقای شغلی، ناقض عدالت محوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع است و به اعتبار حرفه ای پزشکان عمومی کشور کمکی نخواهد کرد ضمن اینکه به آگاهی مردم در دریافت خدمات پایه از پزشک عمومی به عنوان رهبر تیم خدمات سلامت کمکی نکرده و مطالبات مردم را به سمت تخصص گرایی سوق خواهد داد. در مرحله بعد، پس از تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی ستاد می تواند استقرار کامل برنامه را به صورت پلکانی تا سال ۱۴۰۴ هدایت کند اشکالات و چالش های ایجاد شده در دو استان پیشگام باید هرچه سریعتر از نزدیک ریشه یابی و رفع شده و برنامه ارتقاء یابد تا بتوان بر اساس تجربیات بهبود برنامه دو استان، کار سایر استان ها را نیز پیش برد.

یکی از محدودیت های مطالعه نبود یا آماده نبودن اطلاعات کمی دقیق برای ارزشیابی شاخص های سطح

جدول ۱- توزیع خبرگان شرکت کننده در نشست آسیب شناسی برنامه پزشک خانواده شهری

شماره	دستگاه ها	تعداد
۱	وزارت بهداشت (حوزه درمان، حوزه بهداشت، حوزه پرستاری)	۱۰
۲	سازمان تامین اجتماعی	۲
۳	سازمان بیمه خدمات درمانی	۲
۴	سازمان نظام پزشکی	۲
۵	دانشگاه های علوم پزشکی مجری برنامه شهری و روستایی	۱۰
۶	معاونت راهبردی ریاست جمهوری	۱
۷	انجمن های علمی (پرستاری، پزشکان عمومی، مامایی، پزشکی اجتماعی)	۴
۸	مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی	۲
۹	عضو هیات علمی دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۵

جدول ۲- فهرست جلسات و مصاحبه ها برای جمع آوری اطلاعات در دو استان مازندران و فارس

۱. برگزاری جلسه بحث گروهی با اعضای محترم هیات ریسه دانشگاه های علوم پزشکی شیراز و مازندران و دانشکده های علوم پزشکی بابل، فسا، جهرم و گراش
۲. برگزاری جلسه با کلیه اعضای محترم ستاد اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران
۳. برگزاری جلسه با انجمن پزشکان عمومی استانهای فارس و مازندران
۴. برگزاری جلسه با مدیران ستادی حوزه معاونت های بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز و مازندران
۵. برگزاری جلسه با جمعیت مامایی استان های فارس و مازندران
۶. برگزاری جلسه با نمایندگان محترم پزشکان عمومی مخالف اجرای برنامه
۷. تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با مراجعه کنندگان به پایگاه های پزشک خانواده، درمانگاه های تخصصی و فوق تخصص دولتی و مطب های منتخب پزشکان متخصص
۸. تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری برنامه و پایگاه های پزشک خانواده
۹. تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با پزشکان سطح دو و سه دولتی و غیر دولتی پذیرنده ارجاعات سطح یک
۱۰. تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با بیمارستان های دولتی پذیرنده ارجاعات
۱۱. انجام مصاحبه با مسولان فنی آزمایشگاه ها و مراکز تصویر برداری منتخب

جدول ۳- دستاوردهای برنامه پزشک خانواده شهری در استان های فارس و مازندران از دیدگاه خبرگان

۱. هماهنگی سازمان های بیمه گر با حوزه های وزارت بهداشت
۲. سازماندهی پزشکان در شهرهای پایلوت، البته تا آنجایی که در نسخه ۰۲ انتظار آن میرفت، اهداف برآورده نشده است.
۳. حمایت سیاسی مناسبی از اجرای برنامه وجود داشت و مستندات مناسبی از برنامه تهیه گردید.
۴. حجم خدمات ارائه شده به بیمه شدگان و جمعیت تحت پوشش در سطوح بالاتر کاهش یافته
۵. پرونده سلامت برای کلیه افراد تهیه شد و درصد بالایی از جمعیت تحت پوشش قرار گرفته اند، سرشماری از جمعیت کل استان و ورود ۹۲٪ اطلاعات جمعیتی به سامانه ملی
۶. تعمیر و تجهیز مراکز شهری
۷. اطلاع رسانی به مردم از طریق رسانه ها
۸. بلوک بندی جمعیت شهری کل استان در قالب مراکز مجری
۹. ویزیت رایگان سطح اول در استان مازندران: ۱۵۰,۰۰۰ بیمار در هر ماه توسط حدود ۴۰۰ پزشک طرف قرارداد
۱۰. ویزیت پایه ۳۰٪ جمعیت شهری تحت پوشش برنامه
۱۱. انتخاب پزشک خانواده توسط ۷۶٪ جمعیت شهری
۱۲. در دو استان صرفه جویی در منابع سازمان های بیمه ای بوده
۱۳. شکستن سد نتوانستن
۱۴. تدوین برنامه جامع عملیاتی
۱۵. گرد آمدن متولیان نظام سلامت منطقه
۱۶. استفاده از ظرفیت بخش خصوصی به صورت محدود
۱۷. تشکیل کمیته های فرعی و زیرمجموعه ستاد اجرایی
۱۸. آموزش کارکنان مراکز، پزشکان، پرستاران و...
۱۹. چالش های زیادی را مشخص کرده است از جمله مقاومت سازمان های بیمه گر و کمبود منابع
۲۰. افزایش اشتغال زایی گروه های پزشکی
۲۱. افزایش مطالبات مردم برای خدمات سلامت
۲۲. طی اجرای پایلوت هسته مرکزی در سطح ملی متشکل از همه ذینفعان و سازمان درگیر تشکیل گردید که برای هماهنگی برنامه بسیار موثر بود.

جدول ۴- مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری (گیرندگان و ارایه دهندگان خدمات)

حوزه	مشکلات	مرور متون	نظرات خبرگان	ارزیابی و مشاهده استان ها	
ارائه خدمات	۱. اطلاع رسانی ناقص و آموزش ناکافی مردم				
	۲. اعتقاد به دانش کم پزشک عمومی در عده ای از مردم، فرهنگ خانواده‌ها که سیستم ارجاع را رعایت نمی‌کنند				
	۳. درخواست مکرر مردم برای ارجاع غیر ضروری و نهایتاً خود ارجاعی! (افزایش مراجعه بصورت آزاد به سطح ۲ و ۳ نسبت به مدت زمان مشابه در سال گذشته)				
	۴. تخصص‌گرایی چه در پزشکان، مسئولین و خانواده‌ها وجود دارد و طبق تشخیص خود به متخصص و یا فوق تخصص رجوع می‌نمایند				
	۵. اجرا نشدن برنامه در کل کشور و بخصوص تهران (احتمال توقف برنامه در دو استان و یا به وجود آمدن مسائل امنیتی در استان)				
	۶. کاهش درآمد در پزشکان متخصص به طور کلی و پزشکان عمومی که در طرح جای ندارند (ایجاد نارضایتی)				
	۷. مشکلات نظام پرداخت در بیمه‌ها از جمله عدم پرداخت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت				
	۸. پیوستگی برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی وجود ندارد و در برخی موارد نا همخوانی داشته است				
	۹. تاثیر منفی بر عملکرد پزشکان بخش خصوصی (بدون چاره اندیشی برای سایر پزشکان طرح موفق نخواهد بود)				
	۱۰. تفکر عدم ثبات در آینده اینگونه طرح‌ها توسط پزشکان عمومی				
	۱۱. نظام پرداخت به غیر پزشکان شفاف نبوده، ارتباط کارگری و کارفرمایی بین پزشک عمومی و ماما یا پرستار آسیب‌زا بوده است				
	۱۲. نارضایتی مردم از محدودیت ایجاد شده برای انتخاب پزشک خانواده				
	۱۳. کم توجه به طب پیشگیری و برنامه‌های سلامت همگانی با توجه به تقلیل تیم از ۱۷ نفر به ۲ نفر از چالش‌های عمده است.				
	۱۴. فقدان گاید لاین‌های مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع				
	۱۵. نارضایتی از محدودیت ایجاد شده در تجویز دارو				
	۱۶. عدم همکاری لازم بین سطح ۲ و پزشک عمومی، وجود فوق تخصص و چالش‌ها بودن نظام ارجاع (ارائه مشاوره و بازخورد از سوی پزشکان متخصص در نظام ارجاع ضعف جدی دارد)، تکمیل شدن درصد قابل توجهی از برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده به شکل غیر استاندارد و نامفهوم و تکمیل شدن برگه‌های ارجاع توسط افرادی بجز پزشک خانواده مربوطه				
	۱۷. نامشخص بودن وضعیت برنامه برای متخصصین (استقلال حرفه‌ای و قانونی رشته‌ها توجه نشده است)				
	۱۸. حجم فعالیت پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری افزایش یافته				
	۱۹. درآمد پزشکان متخصص بدلیل لغو قرارداد با پزشکان عمومی غیر همکار، افزایش یافته است (مازندان)				
	۲۰. همکاری نکردن مراکز پاراکلینیک کمتر و مراکز تصویر برداری بیشتر (موجبات نارضایتی مردم را فراهم می‌آورد)				
	۲۱. بالا بودن تعداد پزشکان خانواده بکارگیری شده بصورت تک شیفت				
	۲۲. ازدحام بیش از حد درمانگاه‌های دولتی برای دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی				
	۲۳. استفاده نشدن از ماما/پرستار در تعداد قابل توجهی از پایگاه‌های پزشک خانواده و در نتیجه عقیم ماندن انجام مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده در بسته خدمات				

ارائه خدمات

ارائه خدمات

ادامه جدول ۴- مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری (گیرندگان و ارایه دهندگان خدمات)

	۲۴. پذیرش بیماران آزاد بدون رعایت افزایش ساعت کاری موظف بر اساس دستور عمل های کشوری
	۲۵. نبود امکان تامین پزشک جایگزین
	۲۶. مشکلات بهره برداری از سامانه پرونده الکترونیک
	۲۷. کمبود پزشک در استان های پیشگام
	۲۸. فقدان آموزش پزشکان و تیم مربوطه برای سلامت محوری (برنامه بیشتر درمان محور بوده است)، دانش کم در تشخیص و درمان
	۲۹. مهاجرت پزشکان سایر استان ها به دو استان و همچنین از روستاها به شهرها به دلیل اختلاف درآمد
	۳۰. رعایت نشدن ساعت کاری موظف توسط برخی از پزشکان خانواده که این امر هم موجب کاهش کیفیت خدمت و نارضایتی جمعیت تحت پوشش این دسته از پزشکان می شود.

جدول ۵- مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری (استقرار دهندگان : طراحان، مدیران، تامین کنندگان منابع و اختیارات و ناظران)

حوزه	مشکلات	مرور متون	نظرات خبرگان	ارزیابی و مشاهده استان ها
	۱. طرح بدون یک پروپوزال دقیق، واضح و مبتنی بر شواهد شروع شده است و سند سیاستی برای آن نوشته نشده است از نگاهی دیگر خط مشی های نسخه ۰۲ بدون پشتوانه است، اهداف طرح ابهام داشته و نظام پایش و ارزشیابی علمی برای آن طراحی نشده است			
	۲. شفاف نبودن مسؤول طراحی و پیاده سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده و ابهام در تقسیم وظایف میان وزارتین بهداشت و رفاه			
	۳. مشارکت بین بخشی وزارت خانه های مرتبط و درون بخشی (معاونت ها و واحدهای درون معاونتی وزارت بهداشت) ضعیف است			
	۴. عدم اختصاص بودجه کافی به دستگاهها، تجمیع منابع و به روز نبودن پرداخت پزشکان و سایر واحدهای درمانی			
	۵. طراحی دستورالعمل های اجرایی پرنوسان و بدون توجه به واقعیت حوزه سلامت و بدون بهره وری از نظرات آحاد تیم سلامت			
	۶. به دلیل اجرایی نشدن خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت نام برنامه به عنوان پزشک خانواده برای طرح در حال اجرا نامناسب است			
	۷. عدم پذیرش مسؤولین رده بالای کشور در رفتار خود و بستگان طبق این الگو (فرهنگ سازی)			
	۸. تطابق سریع برنامه پزشک خانواده با مشکلات کلان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست ضروری است			
	۹. طرح در فراگیری گروه های پاراکلینیک و داروخانه ها ابهام دارد و به جایگاه دارو در نسخه ۰۲ بی توجه است			
	۱۰. نبود عزم جدی در سایر دستگاه های ذی مدخل کشور			
	۱۱. دیده نشدن تمامی ذینفعان در برنامه (بیمه ها، بخش خصوصی، مردم، بخش پاراکلینیکی، تشکل های صنفی سازمان نظام پزشکی و انجمن ها). مشارکت ذینفعان در طراحی ضعیف و تقلید از نمونه های موفق جهان کمتر اتفاق افتاده است			
	۱۲. ادارات کل بیمه در استان صرفاً تابع ستاد کشوری شان هستند لذا بسیاری از مصوبات ستاد اجرایی در نهایت عملی نگردد			
	۱۳. شتاب زدگی و عدم توجه به نظر کارشناسان، سیاسی شدن برنامه با طرح آن در هیات دولت و دستور اجرای دو ساله در کل کشور و تغییرات مدیریتی از برنامه پزشک خانواده شهری وجهه مناسبی نساخت			

ادامه جدول ۵- مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری (استقرار دهندگان : طراحان، مدیران، تامین کنندگان منابع و

اختیارات و ناظران)

		<p>۱۴. مشکلات عدم همخوانی با نظام شبکه وجود دارد، به عبارت بهتر معلوم نیست جهت گیری و شکل دهی نظام سلامت به کدام سمت است (NHS یا NHI)</p> <p>۱۵. در جریان این برنامه ترس از عدم تامین منابع مالی باعث شد که مسؤلیت خطیر برای نظام بیمه‌های کشور ایجاد شود که صلاحیت علمی و اجرایی آنرا ندارد.</p> <p>۱۶. نظام پرداخت کارانه‌ای که تقاضای القایی و استفاده بی رویه از خدمات را افزایش می‌دهد یک ضعف در برنامه است</p> <p>۱۷. نظام پایش برنامه و اهداف مورد نظر تعریف نشده بود و سیستم ارزیابی خارجی وجود نداشت</p> <p>۱۸. اولویت های پژوهشی برای چگونگی اجرای این طرح تعریف نشده است</p>
		<p>۱۹. اعمال نشدن ضرایب تنبیهی و استفاده نشدن از ابزارهای تنبیهی به علت مشکلات موجود در زمینه تامین پزشک مورد نیاز</p> <p>۲۰. درگیر نشدن کامل کلیه بخش های دانشگاه در اجرای برنامه و کمبود حس تعلق نسبت به آن که در واقع الگویی مشابه با سطوح ملی اجرای برنامه می باشد</p> <p>میزان مراجعه به پزشکان زیاد است و پزشک از انجام وظایف اصلی خود یعنی پایش و ارتقای سلامت باز می ماند.</p> <p>پوشش ندادن خدمات پیشگیری و ارتقا سلامت توسط بیمه ها (ارائه خدمات)</p> <p>۲۱. بی توجهی به خدمات مورد نیاز مردم و ارایه دهندگان خدمات در مورد سلامت باروری و بسته‌های خدمتی ادارات فنی</p> <p>۲۲. نبود مراکز ارائه خدمات در تمام کشور بخصوص حاشیه شهرها</p> <p>۲۳. در پذیرش بیمار اورژانسی ابهام وجود دارد.</p> <p>۲۴. بسته خدمتی علاوه بر کم توجهی به بخشی از بیماری‌های جسمی (بیماری‌های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی) در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی ضعیف است</p> <p>۲۵. ورود نکردن به ارائه خدمات بستری با توجه به مشکلات موجود در زمینه تامین اعتبار برنامه</p>
		<p>۲۶. پایین بودن سطح بکارگیری یک پرستار/ماما توسط پزشکان خانواده بعلت مشخص نبودن سهم سرانه و نوع قرار داد پرستار/ماما همکار</p> <p>۲۷. تاثیر همزمان شدن افزایش قیمت دارو و خدمات پاراکلینیک با اجرایی شدن برنامه در استان</p> <p>۲۸. در نظر گرفته نشدن کارانه برای کارشناسان و مدیران ستادی</p> <p>۲۹. مشخص نشدن متولی مراقبت‌های بهداشتی و کمبود توانمندی‌های دستیاران انتخاب شده از طرف پزشکان خانواده در بحث ارائه مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر بسته خدمت بدلیل ندیدن آموزش های لازم</p> <p>۳۰. به بازتوزیع منابع و تخصیص آن جهت اجرای فازهای فعلی و آتی طرح پزشک خانواده بی توجهی شده است، چرخه ناکارآمد منابع مالی (پرداخت‌های دیرهنگام و ایجاد اختلاف در نحوه محاسبه حق الزحمه پزشکان)، تعدد صندوق‌های بیمه و سیاست‌های چندگانه و عدم تجمیع منابع بیمه‌ای، بلا تکلیفی در خصوص یکسان سازی بیمه‌ها، بیمه-شدگان بانک‌ها و سایر بخش‌ها موانع مهم بخش منابع اجرای برنامه پزشک خانواده است</p> <p>تاخیر پنج ماهه در پرداخت به داروخانه های طرف قرارداد</p> <p>۳۱. اشکال در تامین منابع و زیرساخت ها (پول، نظام الکترونیک، منابع انسانی، آموزش، سیستم انگیزشی، نبود منابع پایدار و قابل انتساب)</p> <p>۳۲. زیرساخت‌های فنی پرونده الکترونیک فراهم نیست ضمن آن که فعالیت جامع و به موقع سامانه خدمات سلامت ایرانیان وجود نداشته است</p> <p>۳۳. تسهیلات لازم رفاهی و اجتماعی برای تیم سلامت فراهم نشده است. پزشکان عمومی برای پذیرش مسؤلیت و ایفای نقش پزشک خانواده توجیه نشده اند</p>

ارائه کنندگان

منابع

References

- Anker, M1., Guidotti, RJ., Orzeszyna, S., Sapirie, SA. And Thuriaux, MC., 1993. Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. *Bull World Health Organ*, **71**(1), pp. 15-21.
- Chaman, R., Amiri, M., Raei, M., Alinejad, M. and Nasrollahpour-Shirvani, SD., 2011. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. *Hakim Health System Research Journal*, **14**(2), pp. 123- 129. [In Persian]
- Daniel, K., Onion, MD., Robert, M. and Berrington, MBE., 1999. Comparisons of UK General Practice and Us family practice. *Journal of American Board Family Practice* , **12**(2), pp. 162-172
- Ettelaat institute., 2013. The full text of the program, principles and policies of the 11th government, Tadbir-o- Omid. [Online]. Ettelaat institute. Available from:<http://www.ettelaat.com/etiran/?p=12298>. [Cited 8 Dec 2015]. [In Persian]
- Farokhi, F. and Khadivzadeh, T., 2008. Quality assesemnet of the midwives performnce in health centers affilted to Mashahd university of medical sciences and health services. *Payesh seasonally journal*. **7**(3), pp. 203-210. [In Persian]
- Farzadfar, F., Murray, C., Gakidou, E., Bosset, T., Namdaritabar, H., Alikhani, S., Moradi, Gh., Delavari, AR., Jamshidi, HR. and Ezzati, M., 2012. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet*, **379**(9810), pp. 47-54.
- Fazaeli, AA., Seyedin, H., Vosoogh-Moghaddam, A., Delavari, A., Salimzadeh, H. and Varmazyar, H., 2015. Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend Analysis of National Household Income and Expenditure, 2003-2010. *Global Journal of Health Science*, **7**(5), pp. 260-265.
- Foster-Fishman, M.M.a.P.G., 2007. Methods of Rapid Evaluation, Assessment, and Appraisal. *American Journal of Evaluation*, **28**, P. 151.
- Golalizadeh, A., 2013. Do's and Don'ts of Family Physician in new government. [Online]. Noushahr General Practitioner Association. Available from: <http://ngpa.blogfa.com/post-159.aspx>. [Cited 5 Dec 2015]. [In Persian]
- Goudarzi, G. and Azadi, H., 2007. *Determining of technical efficient on Iran universities hospital*. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; May 9-12; Iran, Tabriz. P.38. [In Persian]
- Government Informing Site(GIS)., 2011. Regulations of the Organization and Duties of the Supreme Council for Health and Food Security. [Online]. Available from: <http://www.dolat.ir/NSite/FullStory/News/?Serv=106&Id=212181>. [Cited 5 Dec 2015]. [In Persian]
- Hashemi, SH., 2013. Program proposed by the Secretary of Health and Medical Education in the eleventh to present to Parliament. [Online]. Available from: <http://edu.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=45&NewsID=899>. [Cited 8 Dec 2015]. [In Persian]
- Health Policy Council(HPC)., 2009. I.R. of Iran Health in 5th economical, social and cultural development plan. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education, Iran. Available from: <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?sitemid=291&pageid=31686>. [Cited 10 Dec 2015]. [In Persian]
- Health Policy Council(HPC)., 2011. Health in 5th 5 years development plan. Tehran: Iran Ministry of Health press. [In Persian]
- Imam Khomeini Relief Foundation (IKRF)., 1990. Treatment and Insurance Services. [Online]. Available from: <http://www.emdad.ir/mcontent/default.as>

- px?id=739.[Cited 1 Dec 2015]. [In Persian]
- ISNA., 2014. Untolds of the executive head of the family physician program after 5 month of silence. ISNA..[Online]. Available form: <http://isna.ir/fa/news/92051206126/%D9%86%D8%A7%DA%AF%D9%81%D8%AA%D9%87-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D8%B3%D8%B1%D8%AA%DB%8C%D9%85-%D9%85%D8%B9%D8%B2%D9%88%D9%84-%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9-%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%AF%D9%87-%D9%BE%D8%B3-%D8%A7%D8%B2>. [In Persian]
- Khabar online., 2011. Social Security dream vanished: Pezeshk-e-Amin stopped. [Online]. Available from: <http://khabaronline.ir/detail/198741/society/health>. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- King, M., 1983. An Iranian experiment in primary health care: the West Azerbaijan Project. Oxford University Press.
- Khadivi., R., Hashemi, T., Farrokh-Siar, E. and Rohani, M., 2012. The Assessment of Family Physicians' Performance in Screening of Hypertension and Diabetes Mellitus in Rural Areas of Isfahan County: A 5-year Survey. *Journal of Isfahan Medical School*. **30**(209). pp. 1650-1661. [In Persian]
- Khodaveisi, M. and Allhverdi, H., 2002. Hamedan city residences' knowledge assesment and satisfaction of the urban health centers in year 1376. *Teb-o-Tazkieh Journal*. (44), pp. 64-71. [In Persian]
- Khoja, T., Al-Shehri, A., Abdul-Aziz, A.A. and Aziz, A., 1997. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **3**(2), pp. 236-53.
- Leibowitz, R., Day, S. and Dunt, D., 2003. A systematic review of the effect of different models of after hours primary medical care services on clinical outcomes, medical workload and patient and GP satisfaction. *Family practice*, **20**, pp. 311-17.
- Ministry of Health and Medical Education(MOHME)., 2005. National Health Sector Reform Unit., Iran. Family Physician and Referral System Bylaw. Andishmand press, Tehran, Iran.
- Ministry of Health and Medical Education(MOHME)., 2006. Executive protocol of family physician and rural insurncse, 8th version.[Online].Ministry of Health press. Available from: <http://mui.ac.ir/sites/default/files/library/%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%20%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84%20%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%20%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%AF%D9%87%20%D9%88%20%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87%20%D8%B1%D9%88%D8%B3%D8%AA%D8%A7%DB%8C%DB%8C.pdf>. [cited 10 Dec 2015]. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., 2007. Implementation Report of family physician and rural insurance. Ministry of Health press. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., 2010. Referral System and Family Physician Protocol in Urban Regions(Version 01). [Online]. Available from: http://phc.muq.ac.ir/uploads/109_223_pezeshkhanevade.doc. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., 2012. Family Physician and Referral System Program Protocol in Urban Regions(Version 02). [Online]. Available from: <http://fpqa.tbzmed.ac.ir/?PageID=9>. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., 2014. Family Physician and Rural Insurance Executive Protocol in

- 1393 (Version 15.1). [Online]. Available from: <http://fpqa.tbzmed.ac.ir/?PageID=9>. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- Ministry of Sciences and Higher Education (MS&HE)., 1974. Report of the Seminar on Health and Medical Human Resources Education and Healthcare services planning (Shiraz 12-14 Feb), Management and Planning Organization press and Library, Iran.
- Moghadam, MN., Sadeghi, V. and Parva, S., 2012. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *The International Journal of Health Planning and Management*, **27**(2), pp. 121–131.
- Moradi-Lakeh, M. and Vosoogh-Moghaddam, A., 2015. Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. *Int J Health Policy Manag*, **4**(x), pp. 1–4.
- Moshiri, E., Takian, A., Rashidian, A. and Kabir, MJ., 2013. Expediency and Coincidence in Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. *Hakim Health System Research Journal*, **15**(4), pp. 288- 299. [In Persian]
- Moshiri, E., Rashidian, A., Arab, M. and Khosravi, A., 2016. Using an analytical framework to explain the formation of primary health care in rural Iran in the 1980s. *Arch Iran Med.*; **19**(1), pp. 16 – 22.
- Motlagh, ME., Nasrollahpour, Shirvani, D., Ashrafian Amiri, H., Kabir, MJ., Shabestani Monfared, A., Mohoudi, S. and Nahvijoy, A., 2010. Understanding rural insurance insured loans, terms and conditions of the benefit plan insurance ID Rural family physician in the northern provinces of Iran University of Medical Sciences. *Journal of north Khorasan University of medical sciences*, **2**(3), pp. 33-38.[In Persian]
- Motlagh, ME., Nasrollahpour-Shirvani, SD., Ashrafian-Amiri, H., Kabir, MJ., Shabestani-Mounfared, A., Mohoudi, S. and Nahvijoy, A., 2011. Satisfaction in health teams about the function of family physician (FPs) in medical Universities of northern provinces of Iran. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*, **9**(3), pp. 180-187. [In Persian]
- Naghavi, M. and Jamshidi, H., 2005. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Tandis press. [In Persian]
- Nasrollahpour-Shirvani, D., Ashrafian-Amiri, H., Motlagh, ME., Kabir, MJ., Maleki, MR., Shabestani-Monfared, A. and Alizadeh, R., 2010. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, **11**(6). pp. 46-52. [In Persian]
- Nieman, LZ1., Kvale, PJ., Fu, X., Gu, Y. and Strobel, HW., 2001. Bringing A family practise model of health to the people's Republic of china. *Fam Med*, **Oct**; **33**(9), pp. 696-701.
- Palmer, PE., 1991. Feeling unwell? Must you go straight to hospital? *World Health Forum*, **12**(1), pp. 38-42.
- Pileroudi, S. and Shadpour, K., 1997. Management services on district health network. Tehran: Iran Ministry of Health press. [In Persian]
- Public Affair General Directorate (PAGD)., 2012. Celebration of Family Physician and Referral System Program Protocol in Urban Regions(Version 02). [Online]. Available from: [http:// www.behdasht.gov.ir/uploads/salam%20hamkar%2013_122755.pdf](http://www.behdasht.gov.ir/uploads/salam%20hamkar%2013_122755.pdf).. [Cited 10 Dec 2015]. [In Persian]
- Presidency Legal Undersecretary (PLU)., 2005. Country annual budget Act 1384.. [Online]. Available from: <http:// dotic. ir/book/?B=1012>. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- Rahnema, M., Ziaei, M., Razavi, T., Shafaei, A. and Farman, M., 1977. A route to well – being: the report of the delegation to assess health and medical care problems in Iran, 3 vols, Program and Budget Organization press, Tehran, Iran. [In Persian].

- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCICP)., 2005. I.R. of Iran 4th 5-years economical, social and cultural development plan Act. [Online]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>. [Cited 20 Dec 2015]. [In Persian]
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCICP)., 2011. I.R. of Iran 5th 5-years economical, social and cultural development plan Act. [Online]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>. [Cited 10 Dec 2015]. [In Persian]
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCICP)., 2013. Cabinet Approved the formation of a working group on the review of health transformation plan and coordination of executive organization. [Online]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/867347>. [Cited 8 Dec 2015]. [In Persian]
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCICP)., 2013. Cabinet Approved the formation of a working group on the review of health transformation plan and coordination of executive organization. [Online]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/867347>. [Cited 8 Dec 2015]. [In Persian]
- Salehi, M., 2013. The last situation of family physician implementation in country.[Online]. Available from: <http://www.humanrights-iran.ir/news-32992.aspx>. [Cited 5 Dec 2015]. [In Persian].
- Sadri, Gh., Bashardoost, N., Yashmi, R. and Arti, S., 2009. The status of vulnerable groups reference to health care centers in urban areas of the Isfahan province in year 1375. *Research in medical sciences*. 4(4), pp. 179-181.
- Santana, AM., Rosser, WW. and Talbot, Y., 2002. Five years of family health care in sao Jose. *Family practice*, 19(4), pp. 410-414.
- Shadpour, K., 2000. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal*, 6(4), pp. 822-825.
- Shadpour, K., 2006a. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Health System Research Journal*. 9(3), pp. 1-18. [In Persian].
- Shadpour, K., 2006b. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sci*. 10(3). pp. 7-20. [In Persian].
- Shariati, M., 2012. Formal implementation of family physician program started in 3 provinces. [Online]. Available from: <http://tasalamati.com/e/OB6g/>. [Cited 10 Dec 2015]. [In Persian]
- van Uden, CJ1., Winkens, RA, Wesseling, GJ., Crebolder, HF. and van Schayck, CP., 2003. Use of out of hours services: a comparison between two organizations. *Emerg Med J*, 20, pp. 184-187.
- Vosoogh-Moghaddam, A., Damari, B., Alikhani, S., Salarianzedeh, M., Rostamigooran, N., Delavari, A. and Larijani, B., 2013. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*, 42(1), pp. 42-49. [In Persian]
- Weiss, BD., 1995. The death of academic family medicine: Can it be prevented? *fam med*, 27(2), pp. 139-142.
- World Health Organization(WHO)., 2008. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). [Online]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>. [Cited 1 Dec 2015].

Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions

Damari, B., MD-MFPH. Assistant Professor, Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Vosoogh-Moghaddam, A., MD-FFPH. Assistant Professor, Health Sector Policy Coordination Group, Secretariat for Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran-Corresponding Author: a.vosoogh@gmail.com

Rostami-Gooran, N., MD. Assistant Professor, Intersectoral Health Policy Making Coordination Group, Secretariat for Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Kabir, MJ., PhD. Assistant Professor, Community Medicine and Public Health Department, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received: Jan 30, 2015

Accepted: Jun 14, 2016

ABSTRACT

Background and Aim: The most important healthcare reform in Iran during the last decade has been implementation of the family physician and referral system in rural areas and small towns with a population of less than 20000. The program was expanded (as a pilot project), with small modifications, to rural areas of 2 provinces, namely, Fars and Mazandaran. This study was initiated to assess the achievements, challenges and weak points of the pilot project before deciding to expand it to other provinces.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted in winter 2013. Data were collected using document desk reviews, semi-structured interviews with key informants, and focus-group discussions. Relevant family health policy makers, managers and service providers in the two provinces were invited to the meetings. The data were analyzed and categorized based on the content analysis method.

Results: The data showed that the family physician program is faced with several challenges regarding objectives; stewardship; service providing; and human, financial and information resources. It is to be noted, however, that the program has had achievements such as increased access to services, increased coordination among insurance organizations and medical universities, and organizing and managing health files.

Conclusion: The program should not be expanded to other provinces before redesigning in order to assure that it is more complete and comprehensive and create commitment and adequate guarantee among stakeholders. It is essential that all the stakeholders agree on general and specific objectives of a 5-year program and prepare an operational plan for each specific objective.

Keywords: Assessment, Family Physician, Referral System, Fars, Mazandaran