

بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش‌آزمایی شهری برنامه در ایران



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۲۰۴۱۰
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:
۱۴۰۳/۱۱/۲۳

عنوان گزارش:

بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش‌آزمایی شهری برنامه در ایران

نوع گزارش: طرح و لایحه □، نظارتی □، راهبردی ■

نام دفتر:

دفتر مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین کنندگان:

محمد آزادی احمدآبادی (پژوهشگر هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام)، محمد
بختیاری علی آباد (گروه بهداشت و درمان)، علی چهرقانی (پژوهشگر مرکز تحقیقات ثریا، دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی)، فرشاد ربیعی دهنوی (دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران)،
امیر فرهنگ عباسی (دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران)

همکاران:

محمدسعید صفاری (پژوهشگر هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام)،
الیاس هادیان شیوا (پژوهشگر هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام)

مدیر مطالعه:

محمد بختیاری علی آباد

ناظران علمی:

محمد رضا مالکی، هادی افراسیابی

ویراستار ادبی:

زهره عطاردی

گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. پزشکی خانواده

۲. ارجاع

۳. نظام سلامت

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۰۷/۰۲



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. پزشکی خانواده و نظام ارجاع در آیینہ قوانین و مقررات.....	۸
۳. سابقه برنامه پزشکی خانواده در ایران.....	۱۰
۴. کلان مسئله های اجرای نسخه های شهری پزشکی خانواده در ایران.....	۱۴
۵. جمع بندی و پیشنهادها.....	۲۴
منابع و مآخذ.....	۲۵

فهرست جداول

جدول ۱. اهم قوانین و مقررات مرتبط با نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران.....	۹
جدول ۲. تاریخچه برنامه های پزشکی خانواده در کشور.....	۱۱

فهرست اشکال

شکل ۱. پزشکی خانواده نتیجه مشارکت نقش آفرینان مختلف.....	۱۴
شکل ۲. نمودار ارزش اسمی و واقعی اعتبارات پزشکی خانواده بر حسب میلیارد ریال در قوانین بودجه سنواتی (تعدیل شده براساس شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در سال پایه ۱۳۹۳).....	۲۲



بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش‌آزمایی شهری برنامه در ایران

چکیده



دستیابی طرح به اهداف خود در ارتقای سلامت شده است. در پایان براساس نتایج ارزیابی، پیشنهادهایی برای سیاستگذاران ارائه شده که شامل تعریف دقیق وظایف بین دستگاه‌های ملی و محلی، استفاده از ظرفیت رسانه‌ها برای فرهنگ‌سازی، ایجاد سازوکارهای انگیزشی به منظور مشارکت بازیگران مختلف، استقرار نظام جبران خدمات مبتنی بر عملکرد، کارآمدسازی نظام تأمین مالی با تمرکز بر تأمین مالی پایدار و خرید سلامت به جای درمان، تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و تصمیم‌گیری، تقویت مباحث پیشگیری و نیازهای سلامتی روز در برنامه آموزشی پزشکی عمومی و ساماندهی بازارهای رقیب می‌شود.

پس از گذشت بیش از دو دهه از اجرای نسخه‌های پراکنده پزشکی خانواده در کشور، همچنان در مواجهه با نقاط قوت و ضعف آن ارزیابی جامع و کافی به‌خصوص جهت گسترش برنامه به کل کشور وجود ندارد. این مطالعه با هدف شناسایی مسائل پیش‌آزمایی نسخه شهری پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، به مسائل اصلی در حوزه‌های الف) مدیریت منابع انسانی شامل نظام جبران خدمت، جذب و استخدام، آموزش، ارزیابی عملکرد و بسته خدمات؛ ب) زیرساخت‌ها و پشتیبانی شامل ساختار و تشکیلات اجرا، فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، و تأمین مالی؛ و ج) آگاهی‌بخشی و جلب مشارکت عمومی پرداخته است. وجود مسائل متعدد در لایه‌های مختلف مانع



بیان/شرح مسئله

وجود مسائل متعدد در نظام ارائه خدمت کشور، توجه دولت‌های مختلف را به «پزشکی خانواده» به عنوان یکی از سیاست‌های اصلاحی نظام سلامت معطوف کرده است. بعد از گذشت بیش از دو دهه و با وجود اجرای برنامه‌ها و نسخه‌های پراکنده پزشکی خانواده از سوی سازمان‌های مختلف و نیز تکرار این تکلیف قانونی در برنامه‌های توسعه، همچنان در مواجهه با نقاط قوت و ضعف آن ارزیابی جامع و کافی به خصوص جهت گسترش برنامه به کل کشور وجود ندارد. این مطالعه با هدف شناسایی مسائل پیش‌آزمایی نسخه شهری پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، ضمن طبقه‌بندی و احصای مهم‌ترین مسائل، راهکارهای ارتقای وضعیت موجود را به‌ویژه برای استفاده سیاست‌گذاران و مجریان جهت گسترش این برنامه به کل شهرهای کشور ارائه کرده است.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

مبتنی بر یافته‌های این مطالعه، مسائل شناسایی شده براساس مهم‌ترین نقش‌آفرینان این طرح و به‌منظور حوزه‌های الف) مدیریت منابع انسانی شامل نظام جبران خدمت، جذب، استخدام و به‌کارگیری، آموزش، ارزیابی و مدیریت عملکرد، شرح شغل و بسته خدمات؛ ب) زیرساخت‌ها و پشتیبانی برنامه پزشکی خانواده شامل ساختار و تشکیلات اجرای طرح، فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، تأمین بودجه و منابع مالی؛ و ج) آگاهی‌بخشی و جلب مشارکت عمومی طبقه‌بندی شده است. وجود مسائل متعدد در لایه‌های مختلف باعث شده که طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع آن‌طور که باید به اهداف خود در ارتقای سلامت نرسد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد اگرچه در هنگام شروع نسخه شهری پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۱ مبلغ سرانه کافی بوده، اما پس از گذشت چند سال به دلیل عدم رشد سرانه متناسب با تورم، دیگر صرفه اقتصادی نداشته و حتی حقوق مراقبین سلامت به‌عنوان بخشی از دریافتی پزشک خانواده کمتر از حداقل حقوق مصوب کشور در سال ۱۴۰۲ بوده است. ازسویی دیگر، تعدد مسئولیت‌های تعریف شده برای پزشک خانواده، کسور سازمان‌های بیمه‌گر، فقدان امنیت شغلی و آموزش پزشکی درمان‌محور و تخصص‌محور، ازجمله مؤلفه‌های مؤثر بر کاهش جذب یا ماندگاری پزشکان خانواده بوده است. به‌علاوه تمرکز عمده مشوق‌های موجود در طرح بر سطح اول خدمات و توجه کمتر به سطوح بالاتر باعث

خروج پیش‌بینی نشده برخی پزشکان سطوح تخصصی از برنامه بوده است.

ازمقدمات پشتیبانی طرح پزشکی خانواده، هماهنگی در لایه‌های تشکیلاتی ستادی و اجرایی است که هم در طراحی و هم در اجرا دچار نقص‌هایی بوده است. از زمان تصویب طرح تاکنون تنها یک جلسه «ستاد ملی برنامه پزشک خانواده» با حضور رئیس‌جمهور وقت برگزار شده که منجر به تصویب سند ۰۲ در سطح هیئت‌وزیران شده است. همچنین در زمینه تأمین مالی، بررسی قوانین بودجه سنواتی حاکی از آن است که ردیف بودجه مربوط به پزشکی خانواده و نظام ارجاع نوسانات بسیاری در سال‌های گذشته داشته و کمتر از برآوردها برای گسترش و حتی حفظ وضعیت موجود پزشکی خانواده در سال‌های مورد نظر بوده است.

یکپارچه نبودن و عملکرد جزیره‌ای سامانه‌های مختلف حوزه سلامت که رکن مهم در تأمین اطلاعات یکپارچه برای ارزیابی و پایش به‌شمار می‌رود، دلیلی بر فراهم نبودن بستر مناسب برای ارزیابی برنامه بوده که کاربرپسند نبودن، غیرمفید و غیرکاربردی بودن اطلاعات و قطعی مکرر سامانه‌ها هم بر چالش‌های مربوط به ارزیابی و پایش برنامه افزوده است.

همچنین با وجود اهمیت آگاهی‌بخشی و توجیه ذی‌نفعان در زمینه پزشکی خانواده، به حضور نهادهای مربوط به آگاهی‌بخشی در ستادهای مربوطه توجه کافی نشده است. براساس شواهد، عملکرد ضعیف در این زمینه باعث شده تا آگاهی عمومی نسبت به برنامه پزشکی خانواده شهری پایین یا متوسط بوده و به مانعی برای مشارکت عمومی تبدیل شود.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

- تعریف دقیق وظایف بین دستگاه‌های ملی و محلی در طرح پزشکی خانواده به‌عنوان یک پروژه اولویت‌دار ملی،
- استفاده حداکثری از ظرفیت رسانه‌های رسمی و عمومی در جهت ترویج، فرهنگ‌سازی و تبلیغ برنامه،
- ایجاد ساز و کار انگیزشی مؤثر و مبتنی بر پلتفرم کاربرپسند برای مردم و بازیگران مختلف برنامه در راستای تشویق به مشارکت حداکثری در اجرای آن و نیز استفاده از ظرفیت‌های غیردولتی، استارت‌آپی و هوش مصنوعی در مراحل مختلف از طراحی تا اجرا و بازنگری و ارتقای برنامه،
- استقرار نظام جذاب و مبتنی بر عملکرد جبران خدمت به‌ویژه با



یکپارچگی سامانه‌ها و توسعه پرونده الکترونیک سلامت،
■ تقویت مباحث مربوط به پیشگیری، نیازهای سلامتی روز و
وظایف تیم پزشکی خانواده در برنامه‌های آموزش علوم پزشکی،
■ ساماندهی بازارهای رقیب پزشکی خانواده به‌ویژه در حوزه
خدمات زیبایی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد.

محوریت ذی‌نفع نمودن بازیگران مختلف در اجرای هر چه بهتر
برنامه و در راستای ارتقای شاخص‌های سلامت،
■ کارآمدسازی نظام تأمین مالی با تأکید بر تأمین مالی پایدار و
خرید سلامت به‌جای درمان،
■ تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و تصمیم‌گیری با تمرکز بر
درج اطلاعات کاربردی، ساده‌سازی و کاربرپسند کردن سامانه‌ها،

۱. مقدمه



یک دهه از اجرای نسخه‌های آزمایشی شهری پزشکی خانواده،
همچنان در مواجهه با نقاط قوت و ضعف آن ارزیابی‌های کافی
وجود ندارد. در گزارش حاضر ضمن ارائه تصویری از قوانین،
مقررات و نیز اشاره‌ای به برنامه‌های مختلف اجرا شده در خصوص
پزشکی خانواده در کشور، چالش‌های پیش‌آزمایی نسخه شهری
این برنامه مورد اشاره قرار گرفته و راهکارهای ارتقای وضعیت
موجود به‌ویژه برای استفاده سیاست‌گذاران در گسترش این برنامه
در کل شهرهای کشور ارائه شده است.

نظام ارائه خدمات سلامت ایران در اوایل انقلاب اسلامی با وجود
سازماندهی نسبتاً مناسبی که در بخشی از خدمات بهداشتی پیدا
کرد، همچنان با مسائلی در سطوح مختلف مواجه است. به دلایل
مختلفی از جمله عدم سطح‌بندی و اجرای نظام ارجاع، خدمات
به‌طور پیوسته و مستمر ارائه نمی‌شود و به همین جهت مردم و
بیماران در دریافت خدمات دچار برخی سردرگمی‌هایی هستند.
وجود این مسائل، توجه دولت‌های مختلفی را از ابتدای انقلاب
اسلامی تاکنون به «پزشکی خانواده» به‌عنوان یکی از سیاست‌های
اصلاحی نظام سلامت معطوف کرده است. اکنون و بعد از گذشت

۲. پزشکی خانواده و نظام ارجاع در آیین قوانین و مقررات



در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت،
کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش
خدمات است. در بیانیه آکادمی اروپایی مدرسان پزشکی خانواده
در سال ۲۰۰۵ پزشک خانواده و نقش آن به‌عنوان اولین نقطه
ارتباطی مردم با نظام سلامت و ارائه‌دهنده خدمات از تولد تا
مرگ، به‌صورت ممتد و جامع شامل تمامی مشکلات حاد و مزمن
ورسیدگی‌کننده به مشکلات پزشکی افراد با در نظر گرفتن عوامل
زمینه‌ای نظیر عوامل محیطی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و دارای
توانایی تصمیم‌گیری نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش
براساس شیوع و بروز بیماری‌ها تعریف شده است [۲].
کشورهای مختلفی این برنامه را اجرا کرده‌اند. به‌عنوان مثال کانادا
در سال ۱۹۶۷ با تغییر نام کالج پزشکی عمومی کانادا به کالج

برنامه پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین مداخلات پیشنهاد
شده برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در دسترسی
و استفاده از خدمات سلامت است. این برنامه رویکردی است
که در آن، پزشک خانواده و اعضای تیم او مسئول ارائه خدمات
سلامت جامع، مستمر، هماهنگ، مشارکتی و مبتنی بر فرد و
خانواده هستند [۱]. پزشکان خانواده در جایگاه نخست مواجهه
افراد با نظام مراقبت‌های سلامت قرار دارند؛ بنابراین فارغ از
محدودیت‌های سنی، جنسی و ... باید به ارائه خدمات مداوم
و جامع بپردازند. سازمان بهداشت جهانی، پزشکی خانواده را
به‌عنوان رویکردی در جهت ارتقای کیفیت و برابری در ارائه
خدمات سلامت و روشی هزینه اثربخش معرفی می‌کند. چراکه
اهداف برنامه پزشکی خانواده ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخ‌گویی

دولت چین نیز برای تقویت نظام مراقبت‌های سلامت اولیه، خدمات قراردادی پزشک خانواده را معرفی کرده که از سال ۲۰۱۶ این خدمات برای عموم جامعه قابل استفاده و اختیاری است [۲]. در ایران نیز در اسناد بالادستی مختلف از جمله سیاست‌های کلی سلامت و قوانین برنامه‌های توسعه و همچنین قوانین دائمی و قوانین بودجه‌های سنواتی مفادی در مورد نظام ارجاع و پزشکی خانواده مصوب شده که مهم‌ترین آنها در جدول ۱ درج شده است. این تکالیف بر عهده بخش‌های مختلف از جمله وزارت بهداشت، بیمه‌های سلامت و شورای عالی بیمه سلامت قرار گرفته است.

پزشکان خانواده، در مسیر برنامه جدید قرار گرفت. سیستم پزشک خانواده ترکیه نیز یکی از اقدامات اساسی جهت اصلاحات نظام سلامت در این کشور است در سال ۲۰۰۵ به عنوان بخشی از تحول سلامت اجرا شد. سیستم مراقبت سلامت در انگلستان نیز شامل سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی است که خدمات اولیه معمولاً در تیم‌های کوچکی از پزشکان عمومی (خانواده) ارائه می‌شود. در آمریکا بیش از پنجاه سال از فعالیت پزشکان خانواده می‌گذرد و اکثر این پزشکان در قالب نظام سلامت یکپارچه و با استفاده از نظام ثبت اطلاعات الکترونیک به ارائه خدمت به بیماران می‌پردازند.

جدول ۱. اهم قوانین و مقررات مرتبط با نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران

عنوان	سال	مفاد مرتبط
سیاست‌های کلی سلامت	۱۳۹۳	بند (۸) - افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخ‌گویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع.
قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور	۱۳۷۳	ماده (۱۲) - ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع.
قانون برنامه چهارم توسعه	۱۳۸۳	ماده (۹۱) - ب- فراهم نمودن تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع تا پایان برنامه چهارم توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی.
قانون برنامه پنجم توسعه	۱۳۸۹	ماده (۳۲) - ج- بازطراحی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت، مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با 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.
		ماده (۳۴) - ج- استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی، متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
		ماده (۳۴) - د- طراحی نظام درمانی کشور در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع و ... از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
		ماده (۳۵) - الف- استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران و سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
		ماده (۳۸) - ج- تعریف خدمات بیمه پایه سلامت برای عموم افراد کشور به صورت یکسان متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده توسط دولت.
قانون برنامه ششم توسعه	۱۳۹۶	ماده (۷۴) - الف- استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت با اولویت شروع برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ماده (۷۴) - ت- تعیین نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور. ماده (۷۴) - ث- اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، و سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ماده (۷۴) - ج- خرید راهبردی خدمات سلامت هم‌زمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده توسط سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان.



عنوان	سال	مفاد مرتبط
قانون برنامه هفتم پیشرفت	۱۴۰۲	ماده (۶۹) - الف - استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی، ظرف دو سال از لازم‌الاجرا شدن این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ماده (۷۰) - الف - تمرکز تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاستگذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و پرداخت عملکردی براساس راهنماهای بالینی واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات و تقویت و کارآمدسازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با رعایت سیاست‌های کلی سلامت و این قانون و ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور با در نظر گرفتن اولویت پیشگیری بر درمان با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، مبنای از حقوق سلامت مردم، ارتقای شاخص‌های بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه، متناسب‌سازی و مدیریت (کنترل) تقاضا و توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأثیرگذار بر سلامت، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ماده (۷۰) - پ - استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیت‌های ظرف تخصصی دولتی و غیردولتی در اجرای نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور مشتمل بر مراقبت‌ها و خدمات یکپارچه بهداشتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، دارویی و توان‌بخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تا پایان سال اول اجرای برنامه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ماده (۷۰) - ج - تکلیف پزشکان متخصص بیمارستان‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی و بیمارستان‌های خصوصی که در چارچوب سطح‌بندی و نظام ارجاع همکاری دارند نسبت به ارائه خدمت روزانه به بیماران ارجاعی از سطح اول حداقل به تعدادی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر می‌نماید.
قانون بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور	۱۳۹۹	تبصره (۱۷) - الف - ارائه خدمات به کلیه اقشار تحت پوشش بیمه پایه سلامت رایگان از طریق نظام ارجاع و یا پزشک خانواده در بخش‌های دولتی و غیردولتی طرف قرارداد اجرای برنامه مذکور ^۱
قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور	۱۴۰۰	تبصره (۱۷) «الف - (رفاه و سلامت) - الف - مجاز بودن سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به افزایش سهم خود بدون کاهش تعهدات (سطح و شمول خدمات) قبلی و همچنین بدون تأخیر در پرداخت به موقع مطالبات مراکز طرف قرارداد، با در نظر گرفتن پزشک خانواده و نظام ارجاع و نسخه الکترونیک و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و در چارچوب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت. تبصره (۱۷) «الف - (رفاه و سلامت) - ک - ۸ - ارتقای زیرساخت‌های سخت‌افزاری، نرم‌افزاری و ارتباطی پرونده الکترونیک سلامت با صرف پنجاه درصد اعتبارات مندرج در ردیف بودجه برنامه تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و راهبری نظام ارجاع و اجرای پزشک خانواده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور	۱۴۰۱	تبصره (۱۷) «الف - (رفاه و سلامت) - ط - اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه سطح (۱)، (۲) و (۳) و با استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در کشور (اعم از دولتی و غیردولتی) از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه.

۳. سابقه برنامه پزشکی خانواده در ایران



نهادها با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برخی به صورت مستقل، اقدام به طراحی و اجرای برنامه‌هایی با عنوان برنامه پزشکی خانواده کرده‌اند که در ادامه تشریح می‌شود.

اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران سابقه پرفراز و نشیب داشته و تاکنون در برخی از شهرها و مناطق مختلف کشور، به صورت آزمایشی و یا نهایی اجرا شده است.^۲ در این میان برخی

۱. مضمون مفاد مربوط به پزشکی خانواده در این تبصره در قوانین بودجه سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ نیز تکرار شده است.

۲. به‌طور کلی تاکنون طرح‌های مختلفی با اسم برنامه پزشکی خانواده «نسخه شهری» در استان‌های مختلف کشور دنبال شده است که عمده آنها چه از نظر طراحی و چه از نظر اجرا با یکدیگر متمایزند. برخی از آنها هم‌اکنون نیز در حال اجراست و برخی نیز پس از برهه‌ای متوقف شده‌اند. از این جمله می‌توان به طرح‌های پزشکی خانواده نسخه شهری در استان‌های فارس و مازندران (سال ۱۳۹۱)، استان خوزستان (سال ۱۴۰۰)، استان سیستان و بلوچستان (سال ۱۳۹۱)، استان آذربایجان غربی (سال ۱۳۹۲)، استان اصفهان (سال ۱۴۰۰) و ... اشاره کرد.

جدول ۲. تاریخچه برنامه‌های پزشکی خانواده در کشور

سال تصویب / اجرا	برنامه	متولی
۱۳۷۶	اجرای برنامه پزشکی خانواده در مجموعه کمیته امداد امام خمینی (ره)	کمیته امداد امام خمینی (ره)
۱۳۷۸	برنامه پزشکی خانواده صنعت نفت	وزارت نفت
۱۳۷۸-۱۳۸۳	آیین‌نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳۸۴	برنامه پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳۸۹	تفاهم وزارت بهداشت و وزارت رفاه بر اجرای برنامه پزشکی خانواده در سه استان منتخب (چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۳۸۹	اجرای برنامه پزشک امین	سازمان تأمین اجتماعی
۱۳۹۱	شیوه‌نامه اجرایی نسخه ۵۲ برنامه پزشکی خانواده و اجرای آزمایشی در استان‌های فارس و مازندران	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳۹۳	طراحی و اجرای نظام ارجاع داخلی	سازمان تأمین اجتماعی
۱۴۰۲	برنامه سلامت خانواده و اجرای آن در ۵۹ شهر با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

۱-۳. برنامه پزشکی خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد. در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب از مردادماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام‌به‌گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و براساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش این برنامه شد.^۱

تأمین منابع مالی برنامه از مهم‌ترین اقدامات اجرایی پیش‌رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه‌ها یا از محل اعتبارات مستقیم دولت اجرایی می‌شد. پیرو تفاهم‌نامه‌ای که در تیرماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان‌ماه همان سال برای اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور تفاهم شد. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند «ب» ماده (۳۷) قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده (۹۱) قانون برنامه توسعه پنج‌ساله چهارم و تأکید هیئت دولت و مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای هرچه سریع‌تر طرح پزشک خانواده تدوین شد؛ همچنین اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود. در ادامه رئیس‌جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری شود. به دنبال آن، هیئت‌وزیران اقدام به

۱. بند «۳۷» ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور بیان می‌کند: به‌منظور تأمین سلامت به‌صورت عادلانه برای کل مردم، ارتقای کیفیت، کارایی و بهره‌وری، اجرایی نمودن بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطوح اول و دوم، استقرار پزشک خانواده و تکمیل اجرای نظام ارجاع در روستاها و شهرهای زیر یکصد هزار نفر تا پایان سال ۱۳۸۸ و استفاده از توان و امکانات بخش غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد: الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به‌نحوی برنامه‌ریزی نماید که حداقل چهار درصد از اعتبارات هزینه‌ای فصل سلامت و بهداشت و برنامه بیمه رایگان روستاییان برای ارائه خدمات سطح اول هزینه گردد. ب) کلیه دستگاه‌های اجرایی از جمله سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تحقق اهداف مذکور در این بند را اجرا نمایند. هزینه نمودن اعتبارات بیمه‌ای خارج از سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی فوق و مصوبات شورای عالی بیمه ممنوع است. ج) دولت مکلف است حداقل ۱۰ درصد از اعتبارات تملک‌دارایی مربوط به اجرای پروژه‌های بیمارستانی با اولویت پروژه‌های جدید را به‌صورت وجوه اداره شده یا تأمین سود تسهیلات بانکی و با عقد قرارداد در اختیار بخش غیردولتی قرار دهد. د) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است در هر جایی که نیاز داشته باشد از بخش خصوصی با شرایط مذکور در جزء فوق خرید خدمت نماید. ه) آیین‌نامه اجرایی این بند حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید.



تصویب شیوه‌نامه اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن کرد و از این طریق تلاش شد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه تأمین شود. پس از تصمیم هیئت دولت مبنی بر اجرای برنامه طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین پیرو تصویب نسخه ۰۲، اجرای آزمایشی طرح از تابستان سال ۱۳۹۱ در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

سپس طرح تحول نظام سلامت در دستور کار دولت‌های یازدهم و دوازدهم قرار گرفت [۲، ۳]. در وزارت بهداشت دولت سیزدهم نیز با شعار اجرای کشوری نظام ارجاع و پزشکی خانواده، طرحی با عنوان «طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع» رونمایی شد که دارای تغییراتی نسبت به نسخه‌های قبلی پزشکی خانواده است. این طرح از ابتدای اردیبهشت ۱۴۰۲، در ۵۹ شهر کشور با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر با اولویت مناطق محروم آغاز شده است.^۱

مهم‌ترین تمایزات این طرح با نسخه‌های پیشین پزشکی خانواده عبارتند از: تغییر نظام پرداخت از سرانه به پرداخت ترکیبی (اعم از پرداخت ثابت و پرداخت مبتنی بر عملکرد) در سطح یک ارائه خدمت، فعالیت پزشکان متخصص بخش خصوصی صرفاً در سطح یک خدمات در صورت انعقاد قرارداد و شرکت در طرح پزشکی خانواده، امکان ارجاع از اعضای تیم سلامت در همه سطوح به پزشکان متخصص طب ایرانی، تغییر بسته خدمات سطح دو از خدمات سرپایی تخصصی و بستری تخصصی در نسخه‌های پیشین پزشکی خانواده به تمامی خدمات تخصصی و فوق تخصصی در حوزه سرپایی، رایگان نبودن فرانشیز خدمات ارائه شده برای دریافت کنندگان خدمت، توجه به سنجش رضایت دریافت کنندگان خدمت و تأثیر آن در پرداختی تیم سلامت، تفکیک دوره گذار (ارجاع اختیاری) و دوره پس از آن (ارجاع اجباری) و تغییرات پوشش بیمه در آنها، به کارگیری مراقب سلامت از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی و به صورت طرح نیروی انسانی و یا برون سپاری (نیروی طرحی یا شرکتی)، و تغییر ترکیب تیم سلامت خانواده به صورت یک پزشک و دو مراقب برای پوشش ۳۰۰۰ جمعیت [۴].

۲-۳. برنامه پزشکی خانواده کمیته امداد امام خمینی (ره)

کمیته امداد امام خمینی (ره) در سال ۱۳۷۶ و حتی قبل از پیش‌نویس آیین‌نامه برنامه پزشکی خانواده روستایی، به عنوان اولین محمل اجرای این طرح در کشور محسوب می‌شود [۵]. در سال ۱۳۷۶، ۵ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر تحت پوشش خدمات درمانی و بهداشتی کمیته امداد قرار گرفتند. در سال ۸۴ و با آغاز اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور، حدود دوونیم میلیون نفر از چرخه حمایتی کمیته امداد خارج شده و تحت پوشش بیمه خدمات درمانی درآمدند. با ادامه این روند، در حال حاضر حدود یک‌ونیم میلیون نفر از مددجویان شهری و روستایی، تحت پوشش حمایت خدمات بهداشتی و درمانی کمیته امداد قرار دارند [۶]. کمیته امداد همچنین در سال ۱۳۹۱ به عنوان یکی از اعضای ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشکی خانواده، این طرح را در استان‌های فارس و تهران آغاز کرد.

۳-۳. برنامه پزشکی خانواده وزارت نفت

وزارت نفت یکی دیگر از نهادهایی است که با استقلال بیشتری به طرح‌ریزی و اجرای برنامه پزشکی خانواده در کشور پرداخته است. مبتنی بر اساسنامه سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، این شرکت وظیفه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به کل شاغلین و خانواده کارکنان چهار شرکت اصلی شامل شرکت ملی نفت ایران، شرکت ملی گاز، شرکت ملی صنایع پتروشیمی و شرکت پالایش و پخش فراورده‌های نفتی ایران و شرکت‌های زیرمجموعه آنها را بر عهده دارد. برنامه پزشکی خانواده در صنعت نفت ایران دارای سابقه است و به استناد منابع این نهاد، نخستین پایه‌های شکل‌گیری پزشکی خانواده در این صنعت به سال ۱۳۴۲ بازمی‌گردد که این تشکیلات یک دهه زودتر از «نظام جامع خدمات تندرستی» از سوی وزارت بهداشتی وقت که در سال ۱۳۵۱ مبنای شکل‌گیری شبکه بهداشت در کشور بوده پایه‌گذاری شده است [۷].

در ادامه ساختار نوین پزشکی خانواده و نظام ارجاع در صنعت نفت

۱. بند «۲» نقشه تحول نظام سلامت و دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری مصوب ۱۳۹۱/۱/۱۶ هیئت وزیران (شماره ابلاغ: ۱۰۳۶۲/ت/۵۴۷۹۷۱)، این اختیار را به «ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده» به ریاست رئیس مرکز مدیریت شبکه می‌دهد تا اصلاحات و ویرایش نسخه‌های بعدی پزشکی خانواده را بدون نیاز به تصویب مجدد در هیئت دولت، اجرا نماید.

مطابق این بند: «۲»- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف دو سال از تاریخ ابلاغ نسخه (۰۲) برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شرح پیوست که تأیید شده به مهر دفتر هیئت دولت است و اصلاحات بعدی آن که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، نسبت به توسعه برنامه مذکور در کلیه مناطق شهری اقدام نماید. همه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و دستگاه‌های مربوط موظف به تأمین زیرساخت‌ها و همکاری لازم جهت استقرار برنامه یاد شده می‌باشند.

برنامه پزشک امین به‌ازای هر مورد بیماریابی، ارائه مراقبت و کنترل برخط بیمار، پاداشی تا ۱۰ برابر سرانه پایه قابل پرداخت خواهد بود؛ حال آنکه در برنامه پزشکی خانواده چنین مشوقی وجود ندارد. در سال ۱۳۹۱ سرپرست معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی خبر از اجرای مراحل اولیه برنامه پزشک امین در استان گیلان داد و مقرر شد با رصد پیشرفت اجرای این برنامه و رفع مشکلات احتمالی، زمینه اجرای آن در دو استان دیگر تا پایان همان سال فراهم شود اما عملاً اجرای برنامه متوقف شد [۹]. در سال ۱۳۹۱ برای اجرای پزشک امین در استان گیلان فراخوان داده شد و ۵۴۰ پزشک در این فراخوان ثبت‌نام کردند. یکی از پیشران‌های پیگیری و اجرای طرح پزشکی امین، لغو اجرای دستورالعمل پزشک خانواده در استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری بود که در سال ۱۳۸۹ آغاز شده بود، اما در این سه استان فقط ۶۵ پزشک وارد برنامه شده بودند. بدین ترتیب سازمان تأمین اجتماعی نظام ارجاع را در گیلان و با طرح پزشک امین اجرایی کرد. در نهایت با افزایش چالش‌ها بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و تلقی موازی کاری و رقابت طرح پزشک امین با پزشک خانواده، طرح پزشک امین متوقف شد [۱۰].

اقدام دیگر سازمان تأمین اجتماعی در این زمینه، طراحی و اجرای «نظام ارجاع داخلی» است. این برنامه که به‌نوعی از برنامه پزشک خانواده الگو گرفته است، از شهریورماه ۱۳۹۳ در مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی در پنج استان خراسان رضوی، زنجان، قزوین، کرمانشاه و گیلان آغاز شد. براساس این طرح برای چهار گروه بیماران مزمن شامل افراد دارای بیماری‌های قلب و عروق، اعصاب و روان، دیابت و فشارخون، پرونده بیماری مزمن تشکیل شده تا امکان پیشگیری از عواقب و درمان این بیماران، تسهیل و همچنین در صورت نیاز به برخورداری از خدمات درمانی سطوح بالاتر، فرایند ارجاع انجام شود. تا سال ۱۳۹۹ در استان خراسان رضوی حدود ۱۰۰ هزار و در استان قزوین حدود ۴۶ هزار پرونده بیماران مزمن در قالب نظام ارجاع داخلی تشکیل شده است. از جمله مزایای اعلام شده برای این برنامه می‌توان توزیع منطقی بار بیمار، افزایش بهره‌وری، پیگیری درمان بیماران به‌صورت هدایت‌یافته و بررسی سیر درمانی آنها را برشمرد. از جمله

با قالبی مدون و برنامه‌ریزی شده و مبتنی بر اصول علمی در دهه هفتاد شمسی طرح‌ریزی شد. اجرای نظام پزشکی خانواده وزارت نفت از سال ۱۳۷۸ به‌طور نظام‌مند با تشکیل پرونده‌های پزشکی خانواده برای افراد تحت پوشش صنعت نفت آغاز شد. پرونده‌های پزشکی ابتدا به‌صورت کاغذی بوده و از سال ۱۳۹۰ با پرونده الکترونیک سلامت خانواده نفت ادامه یافت و از سال ۱۴۰۰ به سامانه کشوری سینا^۱ پیوسته است. هم‌اکنون این طرح به بیش از یک میلیون نفر جمعیت تحت پوشش اعم از شاغلین رسمی و پیمانکاری، بازنشستگان رسمی و خانواده‌های آنها خدمات سلامت ارائه می‌دهد و تمامی خدمات بهداشتی و درمانی برای آنها (به‌جز شاغلین پیمانکاری) به‌صورت رایگان ارائه می‌شود [۷].

۳-۴. برنامه پزشکی خانواده سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی با برنامه «پزشک امین» برنامه‌ای نظیر پزشکی خانواده را طراحی و اجرا کرد. پزشک امین در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارائه خدمات سلامت به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بوده و نقش‌هایی از قبیل تدارک خدمات و مراقبت‌های جامع سلامت، رهبری سلامت جامعه تحت پوشش و مدیریت سلامت و هماهنگی با سایر بخش‌ها را عهده‌دار است و در صورت نیاز از فرایند ارجاع به سطوح بالاتر استفاده می‌کند. در این سطح خدماتی نظیر برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سلامت عمومی، اقدامات پیشگیرانه، ارائه درمان‌های اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ارجاع بیماران پیگیری بیماران ارجاعی و همچنین ثبت و ضبط اطلاعات بیماران در پرونده سلامت آنها در چارچوب خدمات واحد پزشک امین ارائه می‌شود. نظام جبران خدمت پزشکان این برنامه به‌صورت سرانه در نظر گرفته شده است [۸].

در مقام مقایسه برنامه پزشک امین و برنامه پزشکی خانواده، انتخاب پزشک امین به‌صورت فردی است، به این معنا که هریک از اعضای خانواده مجاز به انتخاب پزشک امین خود به‌صورت مجزاست؛ در حالی که در برنامه پزشکی خانواده انتخاب به‌صورت خانوادگی است، به این معنا که سرپرست خانوار، مسئول انتخاب پزشک خانواده است. تفاوت دیگر در پاداش بیماریابی است که در

۱. سامانه یکپارچه نظام اطلاعات (سینا)، توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد تولید و به بهره‌برداری رسید. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد با توجه به سابقه اجرای سامانه مرگ‌ومیر و در راستای الکترونیک شدن نظام سلامت در کشور، برنامه پرونده الکترونیک سلامت را در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد به اجرا درآورد. این سامانه همانند سامانه‌های سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) و ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشت)، سامانه‌ای در سطح اول ارائه خدمت بوده و کارکرد اصلی آن، فرایند ارجاع برشمرده می‌شود.



اختصاص سهمیه به مراکز شلوغ و پرجمعیت و عدم تناسب بین تعداد متخصصان و بیماران ارجاع شده است [۱۱].

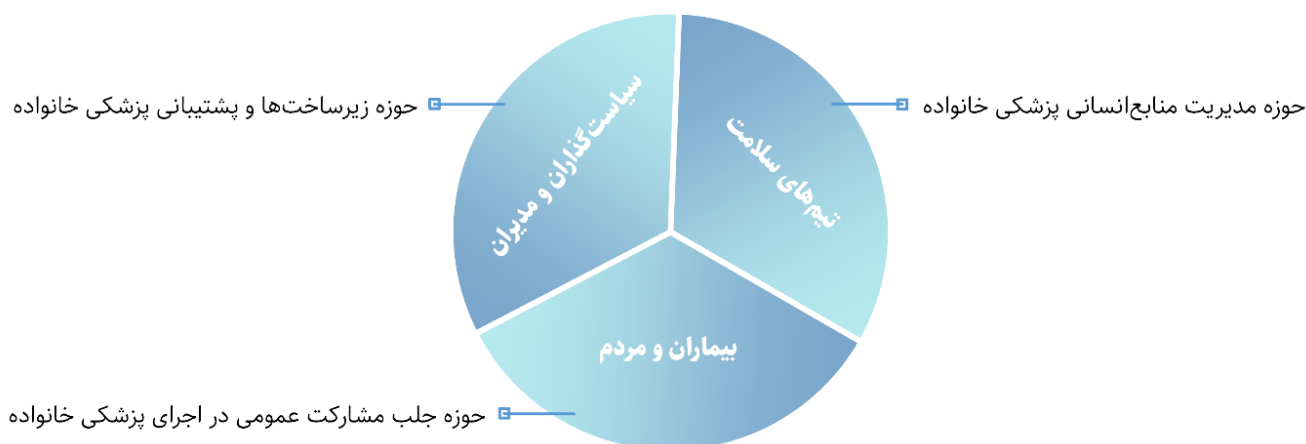
چالش‌های اعلام شده برای این طرح، مسائل زیرساختی و نرم‌افزاری شامل عدم دسترسی به تاریخچه ارجاعات، عدم قابلیت

۴. کلان مسئله‌های اجرای نسخه‌های شهری پزشکی خانواده در ایران

ارائه‌کنندگان خدمات پاراکلینیکی، دارویی و مراقبتی، و مردم قرار داد. از مهم‌ترین موانع اجرای نسخه‌های پزشکی خانواده، عدم توجه کافی به نقش آفرینان و مشارکت آنهاست [۱۴-۱۲]. چالش‌های شناسایی شده در این گزارش براساس سه گروه از ذی‌نفعان اصلی طرح پزشکی خانواده شامل سیاستگذاران و مدیران، تیم‌های سلامت، و مردم و بیماران طبقه‌بندی شده است که ضمن اینکه در شکل ۱ به تصویر کشیده شده‌اند در ادامه هر کدام تشریح خواهند شد.

بررسی اجرای پیش‌آزمایی برنامه پزشکی خانواده در دو استان مازندران و فارس (با بهره‌گیری از نظرات خبرگان و نیز مستندات منتشر شده در این راستا) حاکی از چالش‌های مختلفی در این خصوص است. در گزارش حاضر، چالش‌های احصا شده در دسته‌بندی اصلی مسائل مربوط به زیرساخت، مدیریت منابع انسانی و مشارکت عمومی قرار گرفته است. از طرفی الگوی پزشکی خانواده بزرگ و پیچیده است. نقش آفرینان این الگو را می‌توان در یک دسته‌بندی شامل سیاستگذاران، مدیران بخش‌های مختلف نظام سلامت، مراقبین سلامت، پزشکان و متخصصان، سایر

شکل ۱. پزشکی خانواده نتیجه مشارکت نقش آفرینان مختلف



مأخذ: یافته‌های پژوهش.

سرانه، مازاد بر سرانه) و جریحه (کسر درصدی از سرانه) در طرح پیش‌بینی شده است^۲ (فصل اول، ماده (۵)) [۱]. عوامل مختلفی بر تعیین میزان سرانه مؤثر است از جمله، سن و جنس جمعیت تحت پوشش (فصل اول - ماده (۶) و فصل پنجم - مواد (۴۰ و ۴۵))، مدت سابقه حضور در طرح پزشکی خانواده و مدت زمان فراغت از تحصیل دوره پزشکی عمومی (فصل پنجم -

۴-۱. حوزه مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده

۴-۱-۱. جبران خدمات

مطابق با سند نسخه شهری پزشکی خانواده، مبنای نظام پرداخت، روش پرداخت سرانه است (فصل پنجم، ماده (۳۸)) [۱]. به‌بیانی دقیق‌تر، نظام پرداخت طرح در سطح اول، سرانه تعدیل شده به‌ازای عملکرد^۱ است و معیارهایی برای اعمال پاداش (درصدی از مبلغ

1. Capita Adjusted by Performance

۲. این اصطلاح در متن نسخه ۰۲ به‌صورت مستقیم و شفاف وجود ندارد، اما بندهای مختلف و سازوکار پرداخت پیش‌بینی شده تأییدکننده آن است.

مواد (۴۳ و ۴۴) و وضعیت محرومیت محل ارائه خدمت (فصل پنجم - ماده (۴۷) ۱ [۱]. شواهد نشان می‌دهد سرانه پرداختی متناسب با هزینه‌های مورد نیاز نبوده است [۱۲]؛ زمانی که هزینه تمام شده خدمات از جمله هزینه‌های مرکز ارائه خدمت، لوازم مصرفی و حقوق مراقب سلامت از آن کسر شود، رقم قابل توجهی باقی نمی‌ماند [۱۵]. لذا این امر سبب شده پزشکان فعلی مشغول در طرح، رغبت کمی به ادامه فعالیت در این حیطه داشته باشند. به علاوه سرانه‌ای که برای هر بیمار مقرر است، با حجم بسته خدماتی که قرار است به آن بیمار ارائه شود، متناسب نیست [۱۶]. در هنگام شروع نسخه شهری پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۱، مبلغ سرانه کافی بوده، اما پس از گذشت چند سال، با توجه به اینکه سرانه کمتر از تورم رشد کرده، دیگر صرفه اقتصادی برای پزشکان خانواده نداشته است [۱۵]. در سال ۱۴۰۲، تعرفه سرانه پزشکان خانواده (پیشنهادی شورای عالی بیمه سلامت) معادل ۲۵۰ هزار ریال بوده که پس از تصویب هیئت دولت (مصوبه شماره ۱۲۴۸۸ / ت ۶۱۰۳۵ مورخ ۱۴۰۲/۱/۲۹) به ۱۵۴۲ هزار ریال به ازای هر نفر به صورت ماهیانه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران کاهش یافته است [۱۷].

شواهد در زمینه میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از مفاد قرارداد و احکام حقوقی آن نشان می‌دهد که ۶۵ درصد از پزشکان رضایت اندکی نسبت به احکام حقوقی آن داشته‌اند. همچنین ۷۰ درصد جامعه هدف، رضایت کمی از میزان دریافت ماهیانه و ۷۲٫۴ درصد رضایت کمی از نحوه پرداخت مابقی حقوق براساس نتایج پایش و ارزیابی عملکرد داشته‌اند [۵۳].

مسئله دیگر، عدم تأمین حداقل حقوق مصوب شورای کار در پرداخت حقوق مراقبان سلامت است. در آغاز طرح، میزان سرانه پایه پزشک خانواده و دستیار وی ماما یا پرستار، به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش در ماه معادل ۱۷۵۰۰ ریال پیش‌بینی شده بود که با توجه به پذیرش گروه‌های خاص سنی و جنسی مطابق سند ۰۲ افزایش می‌یافت (فصل پنجم، ماده (۳۸) [۱]. براساس نسخه ۰۲ پزشکی خانواده، ۱۲ درصد از کل دریافتی ماهیانه پزشک، باید صرف پرداخت دستمزد و حق بیمه مراقب

سلامت شود. بر این مبنا، بخشی از سرانه پزشک که به عنوان حقوق مراقب سلامت در نظر گرفته شده بود در آغاز اجرای طرح بالاتر از حداقل حقوق مصوب شورای عالی کار بوده است. با در نظر گرفتن جمعیت تحت پوشش ۳ هزار نفری^۲، حقوق مراقب سلامت در شروع برنامه ماهیانه معادل ۶,۳۰۰,۰۰۰ ریال بوده و حداقل حقوق در سال ۱۳۹۱ معادل ۳,۸۹۷,۰۰۰ ریال تصویب شده بود (بخشنامه شماره ۱۵۲۳۲۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۴ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ماده (۱))؛ اما به مرور، مبلغ سرانه متناسب با تورم افزایش نیافت. در حال حاضر، اگرچه مبلغ لازم برای پرداختی به مراقبان سلامت حدود ۱۴ میلیون تومان برآورد می‌شود [۱۵]؛ اما ۱۲ درصد از کل دریافتی پزشکان خانواده، حدود ۶ میلیون تومان است که از حداقل دریافتی مصوب شورای عالی کار و هیئت وزیران نیز کمتر می‌باشد.^۳

مسئله دیگر در این زمینه، تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت حقوق پزشکان خانواده است [۱۷]. این معوقات بین ۲ تا ۸ ماه با توجه به منطقه و نوع سازمان بیمه‌گر، متغیر بوده است [۱۹]. لازم به ذکر است که ناهماهنگی در پرداخت حقوق و معوقات پزشکان خانواده در برخی شهرهای استان فارس در مواقعی موجب شد تا پزشکان خانواده دست از کار بکشند [۲۰]. این دیر کردها موجب تأخیر در پرداخت به مراقبان سلامت از سوی پزشکان خانواده نیز شده است [۲۱].

پایین بودن مبلغ سرانه باعث شده تا بسیاری از پزشکان خانواده برای تأمین هزینه‌ها مجبور به افزایش شیفت‌های کاری یا افزایش حجم جمعیت تحت پوشش خود باشند. این روش اگرچه در کوتاه‌مدت، عدم کفایت سرانه‌ها را پوشش می‌دهد، اما در بلندمدت باعث می‌شود، بسته‌های خدمتی تعیین شده به صورت ناقص ارائه شده و کیفیت خدمات کاهش خواهد یافت. این اتفاق برای مراقبان سلامت نیز رخ داده و برخی اهداف مهم طرح پزشکی خانواده اعم از بیماریابی فعال و پایش بیماری‌های مزمن در برخی مناطق کم‌رنگ شده است [۲۲]. به عنوان نمونه، اگرچه وضعیت بیماریابی مبتلایان به دیابت و فشارخون بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مقایسه با قبل آن، بهبود قابل توجهی داشته [۲۳]، اما وضعیت این شاخص در طول سال‌های مختلف اجرای طرح مطلوب نبوده است [۲۲].

۱. در مناطق محروم برای هر فرد ثبت‌نام شده بین ۴ تا ۴۰ درصد به سرانه پایه اضافه می‌شود (فصل پنجم - ماده (۴۷)).

۲. مطابق سند نسخه ۰۲ هر پزشک خانواده می‌تواند حداقل ۵۰۰ و حداکثر ۳۰۰۰ نفر تحت شرایطی تحت پوشش قرار دهد (فصل پنجم، ماده (۳۲) [۱].

۳. با توجه به سرانه ۱۵۴,۲۰۰ ریالی به ازای هر نفر در برنامه پزشکی خانواده در سال ۱۴۰۲ [۱۸] و در نظر گرفتن جمعیت تحت پوشش ۳ هزار نفری، حقوق مراقب سلامت در سال ۱۴۰۲ ماهیانه معادل ۵۵,۵۱۲,۰۰۰ ریال است، در حالی که حداقل دریافتی قانونی (اعم از حداقل دستمزد، کمک هزینه مسکن و بن نقدی) برای افراد مجرد و بدون سابقه در سال ۱۴۰۲ معادل ۷۳,۱۰۰,۰۰۰ ریال تعیین شده است (بخشنامه حداقل دستمزد سال ۱۴۰۲ و دستورالعمل‌های تبعی آن، بخشنامه شماره ۲۹۶۱۳۷ مورخ ۱۴۰۱/۱۲/۲۹؛ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی).



در زمینه مشوق‌ها و کسور نظام پرداخت، به‌طور خاص دو سازوکار اصلی تشویقی برای افزایش انگیزه پزشکان خانواده اعم از مدت سابقه حضور در طرح و مدت زمان فراغت از تحصیل، در سند ۰۲ پیش‌بینی شده است (فصل پنجم - مواد (۴۳ و ۴۴) [۱]). کوتاه‌مدت بودن بند تشویقی مربوط به سابقه به مدت پنج سال مطابق سند، یکی از ضعف‌های این حوزه شمرده شده است. به‌علاوه تفاوت چندانی در اجرا میان پرداختی‌های پزشکان خانواده در مناطق محروم و حاشیه شهر با سایر مناطق شهر وجود ندارد که بتواند منجر به توزیع متناسب پزشکان خانواده در سطح شهرها شود. این در حالی است که برخی سازوکارهای تشویقی مانند اعطای وام و یا در اختیار گذاردن مراکز بهداشتی درمانی برای فعالیت پزشکان خانواده و تشویق آنان به کار در مناطق محروم پیش‌بینی شده است (فصل پنجم - ماده (۳۲) [۱]). همچنین مطابق سند ۰۲ به‌ازای افراد بالای ۶۰ سال و زیر ۵ سال، و مادران باردار جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، ۲۰ درصد به سرانه پایه پرداختی به‌ازای هر نفر از گروه هدف باید اضافه شود (فصل پنجم - ماده (۴۶) [۱]). مطابق اعلام مصاحبه‌شوندگان این مورد جهت تشویق و ترغیب پزشکان به ارائه خدمات به افراد پرخطر در نظر گرفته شده بود، اما در عمل اجرایی نشده است.

به‌علاوه برخی مصاحبه‌شوندگان قائل هستند که نظام پایش و ارزشیابی در بخش دولتی و بخش خصوصی تفاوت‌های بسیاری با یکدیگر داشته و باعث بی‌عدالتی میان این دو بخش می‌شود. ضمن اینکه پایش و ارزشیابی عملکرد در موارد بسیاری به‌صورت سلیقه‌ای اعمال شده؛ به این معنا که شاخص‌های واضحی برای این امر وجود ندارد و پایش و ارزیابی با درجات متفاوتی از دقت و سخت‌گیری از سوی ارزیابان مختلف انجام شده است [۱۲].

۲-۴. جذب، استخدام و به‌کارگیری

مطالعات محدودی میزان تمایل پزشکان به مشارکت در برنامه پزشکی خانواده را گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه‌ای در این خصوص حاکی از آن است که پزشکان عمومی تمایل متوسطی (۵۳ درصد)

برای مشارکت در این برنامه دارند [۲۴]. مطالعه‌ای دیگر که بر روی پزشکان خانواده شاغل در مراکز روستایی انجام شده است نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از پزشکان، علاقه‌مند به ادامه همکاری در برنامه پزشک خانواده شهری بوده‌اند [۲۷]. تعدد مسئولیت‌های تعریف شده برای پزشک [۲۸]، علاقه پزشک به قبولی در تخصص، کسور سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت‌های نامنظم، فقدان امنیت شغلی و مغایر بودن آموزش‌های علمی و دانشجویی با کار اجرایی در طرح [۲۹]، از جمله مؤلفه‌های مؤثر بر کاهش ماندگاری پزشکان خانواده عنوان شده است.

به‌علاوه یکی از مسائل اصلی نسخه ۰۲ پزشکی خانواده، تمرکز آیین‌نامه‌ها و مشوق‌ها بر سطح اول خدمات بوده و کمتر به سطوح بالاتر توجه شده است. در نتیجه، تضعیف ماندگاری پزشکان سطوح بالاتر و خروج پیش‌بینی نشده آنان، چالش‌هایی را برای طرح ایجاد کرده است. در استان‌های هدف، برخی از پزشکانی که ابتدا به‌عنوان متخصص در طرح ثبت‌نام کرده بودند، بعد از مدتی به‌راحتی از طرح خارج می‌شدند در حالی که همچنان اسم آنها در لیست متخصصان طرح باقی مانده بود و در صورت ارجاع، بیماران مورد پذیرش قرار نمی‌گرفتند. این ناهماهنگی‌ها به‌مرور سبب نارضایتی مردم نیز شده و حتی ارجاع بیمار از پزشکان خانواده را با چالش مواجه کرد.

از دیگر عوامل تهدیدکننده جذب و ماندگاری پزشکان خانواده، فشار بازارهای رقیب است. بسیاری از پزشکان به‌دلیل شرایط مالی نامناسب [۳۰] به ادامه تحصیل در رشته‌های تخصصی پزشکی، فعالیت در بازارهای رقیب پزشکی خانواده شامل بازارهای داخلی مانند خدمات زیبایی یا خدمات ترک اعتیاد یا بازارهای خارجی مانند بازارهای کشورهای همسایه، فعالیت هم‌زمان در بخش دولتی و بخش خصوصی^۲ یا فعالیت هم‌زمان در چند مرکز ارائه‌کننده خدمت^۳ ترغیب می‌شوند. گرچه براساس سند ۰۲، فعالیت هم‌زمان پزشکان خانواده در سایر مراکز بهداشتی - درمانی ممنوع است (فصل پنجم، ماده (۳۱)، بند «۳» [۱]). ولی در زمینه تعریف نقش بازارهای رقیب و یا اجرای تمهیداتی برای کنترل اثرات آنها، در طرح

۱. در پنج سال اول همکاری به ازای هر سال سابقه حضور در طرح، ۱ تا ۳ درصد به سرانه پایه پرداختی متناسب با نتایج پایش عملکرد اضافه خواهد شد (فصل پنجم - ماده (۴۴)). همچنین در بدو همکاری پزشکان با این برنامه، به‌ازای هر سال از زمان فراغت از تحصیل (از دوره پزشکی عمومی) به میزان ۱٪ به سرانه پرداختی افزوده می‌شود که حداکثر برای ۲۰ سال قابل محاسبه است (فصل پنجم - ماده (۴۳) [۱]).

2. Dual Practice, or Second Job, or Dual Employment

3. Multiple Job Holding, or Multiple Practice

۴. در یک حالت اشتغال هم‌زمان پزشکان خانواده و آن هم در بخش اورژانس و با تشخیص ستاد عملیاتی شهرستان به‌منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان شهرستان محل خدمت برای مدت محدود تارفع شدن نیاز مجاز شمرده شده است (فصل پنجم - ماده (۳۳) [۱]).

پزشکی خانواده اقدام خاصی صورت نگرفته است [۳۱].

۳-۱-۴. آموزش

در مطالعه‌ای که با هدف شناسایی چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران انجام شده، کژکارکردی آموزش تیم پزشکی خانواده به عنوان یکی از چالش‌های اصلی استقرار این طرح ذکر شده است [۳۲].

یک مسئله اصلی، درمان محوری آموزش پزشکی و بی‌توجهی به حوزه بهداشت است که منجر به عدم توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده شده است [۳۳، ۱۴]. در واقع پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند؛ بلکه برای درمان تربیت شده و به جای مدیریت سلامت^۱ فرد، مدیر مراقبت‌های درمانی^۲ وی هستند [۳۴].

در گذشته مباحث بهداشتی سهم بیشتری در این سرفصل‌ها داشته ولی به مرور زمان این سهم کمتر شده و اکنون سهم حدود ۱۰ درصدی در سرفصل‌های آموزشی رشته پزشکی دارد [۳۵]. این در حالی است که بخش زیادی از بسته خدمات پزشکی خانواده، مربوط به بهداشت و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه است.

ناکافی بودن آموزش‌ها در خصوص وظایفی که از پزشکان خانواده انتظار می‌رود، به طور خاص فاصله سرفصل‌های آموزشی پزشکی عمومی با وظایفی نظیر رفع عوامل زیان‌آور در محیط کاری، ارتقای بهداشت دهان و دندان، بررسی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان، فقدان دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی^۳ و ضعف مشارکت در بازآموزی اعضای گروه سلامت، از جمله چالش‌های مطرح شده در خصوص آموزش پزشکان خانواده است [۳۶].

علاوه بر درمان محوری آموزش پزشکی در ایران، تخصص محوری نیز یکی دیگر از چالش‌های تربیت پزشکان خانواده به شمار می‌رود؛ به طوری که بسیاری از دانشجویان پزشکی از آغاز، ادامه تحصیل در رشته‌های تخصص پزشکی را هدف گذاری می‌کنند. همچنین گرچه در برهه‌هایی آموزش‌ها متناسب با نیاز روز جامعه

بوده، اما در سال‌های اخیر، آموزش‌ها با عوامل مخاطره‌آمیزی که سلامتی جامعه را تهدید می‌کنند، تناسبی نداشته است [۴۱].

در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده انجام شده، میزان مهارت‌های پزشکان عمومی در ارائه بسته خدمات بهداشتی درمانی پایین ارزیابی شده است [۴۵]. همچنین توجه به آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی در برنامه آموزشی ارائه کنندگان خدمات پزشکی خانواده ضروری بوده و این امر منجر به افزایش کارایی خدمات درمانی و رضایتمندی بیمار می‌شود [۴۲].

آموزش مراقبان سلامت نیز به عنوان یکی از اعضای کلیدی تیم سلامت که در این برنامه فعالیت کرده و با جامعه هدف پزشک خانواده در تعامل هستند، اهمیت ویژه‌ای دارد. در مطالعه‌ای که با هدف تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبان سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری، با قیاس نیازهای آموزشی پزشکان و مراقبان سلامت انجام شد این نتیجه‌گیری به دست آمد که نیازهای آموزشی مراقبان سلامت زیاد است. بیشترین نیاز آموزشی آنها تفسیر سونوگرافی‌های معمول در بارداری و مداخلات متناسب، غربالگری ناهنجاری‌های جنینی، تهیه نوار قلب و تفسیر آن، و شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی است [۴۰].

گفتنی است، در مقاطع زمانی مختلف در استان‌های فارس و مازندران برای آموزش پزشکان خانواده، دوره‌هایی به صورت ضمن خدمت برگزار شده، اما این دوره‌ها نامنظم و ناکارآمد بوده است. به عنوان مثال در استان فارس از آموزش‌های تیم پزشکی خانواده استقبال چندانی نشده است که عللی از جمله اینکه کلاس‌های آموزشی در زمان‌های نامناسب (مثلاً ساعات مراجعه بیماران) برگزار می‌شد و از این حیث تیم پزشکی خانواده مجبور به توقف فعالیت می‌شدند یا عدم ارائه محتوای آموزشی مفید برای آن ذکر شده است. لذا در دسترس بودن و زمان‌بندی مناسب مطالب آموزشی دو عامل مهم برای رغبت پزشکان خانواده به آموزش‌های ضمن خدمت عنوان می‌شود [۳۷].

1. Health Manager
2. Case Manager

۳. آموزش پزشکی جامعه‌نگر (Community Oriented Medical Education) عبارت است از نوعی جهت‌گیری در آموزش پزشکی که بر گروه‌های جمعیتی و آحاد افراد با در نظر گرفتن نیازهای سلامتی متنوع آنان متمرکز است. هدف تولید متخصصان پزشکی اجتماعی یا طبقه جدیدی از کارکنان سلامت نیست، بلکه هدف پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه مربوطه است و انتظار می‌رود که پزشکان خروجی این نظام آموزشی، در هر فعالیت درمانی و تحقیقاتی، رویکردی جامعه‌محور را اتخاذ کنند. در این آموزش ریشه‌شناسی مسائل سلامتی و مقابله با آنان در نقاط منشأ، به جای منتظر ماندن در انتهای خط و پیگیری راه‌حل پس از ظهور پیامدهای مختلف آن مسائل اولویت دارد.



۴-۱-۴. ارزیابی و مدیریت عملکرد^۱

نحوه پایش و ارزیابی یک برنامه باید در زمان طراحی برنامه تعیین شده و شاخص‌ها و دوره‌های پایش مشخص شود. در طرح پزشکی خانواده، اگر چه مواردی در طراحی پیش‌بینی شده است، اما در حین اجرا ابعادی از برنامه به‌صورت پراکنده نظیر ارزیابی عملکرد پزشکان، ارزیابی نحوه تجویز دارو، چالش‌های اجرایی و کیفیت خدمات مورد ارزیابی قرار گرفته است [۱۲]. مطابق سند ۰۲ تأثیر نتایج نظام پایش و ارزیابی عملکرد به‌صورت مستقیم بر میزان دریافتی پزشکان خانواده اثرگذار است. ۸۰ درصد پرداختی به پزشک خانواده و دستیار وی به‌صورت علی‌الحساب در پایان هر ماه پرداخت شده و ۲۰ درصد مابقی پس از پایش و بازخورد توسط تیم مشترک بیمه و شبکه بهداشت و درمان در پایان هر فصل پرداخت می‌شود (فصل پنجم- ماده (۴۱)). همچنین براساس نتایج استخراج شده از چک‌لیست‌های ارزیابی عملکرد، این سرانه تا ۲۰ درصد قابل افزایش یا کاهش خواهد بود (فصل پنجم- ماده (۴۲)) [۱].

اگر چه در بخش‌های مختلفی از سند ۰۲ به چک‌لیست‌های ارزیابی مبتنی بر شاخص‌های مورد انتظار اشاره شده است (فصل اول- ماده (۱۲)؛ فصل چهارم- ماده (۳۱)- ذیل کمیته پایش و نظارت؛ فصل پنجم- ماده (۴۲) تعیین سرانه پزشک خانواده و ارزیابی عملکرد) اما در عمل، فرایند ارزیابی به‌خصوص در اعمال کسور یا مشوق‌ها برای ارائه‌کنندگان خدمات شفاف نیست و ابزارهای پایش عملکرد، کارآمدی کافی ندارد [۴۳، ۴۴]. به‌طور کلی ارزیابی به دو صورت حضوری و غیر حضوری براساس داده‌های وارد شده در نرم‌افزار در حال اجراست و شامل چک‌لیست‌هایی ناظر به الزامات پایگاه پزشک خانواده شهری و پایش عملکرد پایگاه پزشک خانواده شهری در دو نسخه مراقب سلامت و پزشک خانواده می‌شود.^۲ از جمله ابعاد سنجش می‌توان به نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات، مقررات اداری، حقوق بیمار، مهارت و اطلاعات، ارائه عملکرد ماهیانه، عملکرد مالی، مدیریت سلامت خانواده، مدیریت بیماری‌ها، تغذیه، مدیریت سلامت روان، آموزش سلامت، داوطلبین سلامت، بیماری‌های غیرواگیر و واگیردار، سلامت محیط، بهداشت حرفه‌ای، امور دارویی و رضایت بیمار

از خدمات مراقب سلامت اشاره کرد که هر یک دارای سنجه‌ها و استانداردهایی است. تعدد سنجه‌های مورد نیاز، منجر به افزایش حجم کاری پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت به‌خصوص در سنجش و ثبت اطلاعات شده است؛ به عنوان نمونه شاخص‌های مرتبط با سلامت روان و سلامت محیط و احتمال ورود داده‌های نامعتبر را افزایش داده است [۵۲].

مسائل دیگر در این زمینه، سطح تحصیلات و تخصص پایشگران و عدم روایی و پایایی چک‌لیست‌های ارزیابی به‌خصوص به دلیل داده‌سازی و ورود داده‌های نامعتبر عنوان شده است [۱۶].

مطابق سند ۰۲، ارجاع در درون سطح اول بین ارائه‌کنندگان خدمات این سطح و ارجاع از سطح اول به سطح دوم و سوم باید مطابق تشخیص پزشک و راهنماهای بالینی تدوین شده صورت گیرد (فصل دوم- ماده (۲۳)) [۱]. از مسائل اجرای طرح پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، ارجاع معکوس (ارجاع نامطلوب)^۳ است که در یک تعریف ساده، حضور بیماران در سطوح تخصصی بدون تأیید پزشک سطح یک است. این ارجاع گاهی با درخواست خود بیماران رخ داده و در مواردی مداخله پزشکان متخصصان این ارجاعات را رقم زده است. گاهی بیماران قبل از مراجعه به پزشک خانواده، به پزشک متخصص مراجعه کرده و برای بهره‌مندی از بازپرداخت بیمه‌ها، به‌صورت پسینی به پزشک خانواده مراجعه کرده و خواستار برگه و کد ارجاع بوده‌اند [۴۶]. همچنین در مواردی، پزشکان متخصص به علت کم شدن حجم مراجعات خود، پزشکان خانواده را برای ارجاعات غیر ضروری تحت فشار قرار می‌دادند. طبق گفته مصاحبه‌شوندگان این مسئله به‌خصوص در استان فارس که بیشتر پزشکان خانواده در ساختار کلینیک‌های بزرگ و چندتخصصی فعالیت می‌کردند بیشتر بوده؛ به این صورت که بیماران یا پزشکان سطوح بالاتر، خدماتی را از پزشکان خانواده درخواست می‌کردند که گاهی مورد نیاز بیمار نبود و صرفاً القای شده است.^۱

موارد فوق باعث می‌شوند که ارجاعات غیر ضروری زیاد شود و نظام ارجاع عملاً به اهداف خود در دروازه‌بانی خدمت و کنترل هزینه‌ها نرسد. گرچه در سند ۰۲ محدودیتی کلی برای درصد ارجاع از

۱. از چند دیدگاه به نظام ارزیابی طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌توان پرداخت. دیدگاه اول، ارزیابی سند نسخه ۰۲ از نظر طراحی و سندنویسی است به این معنا که تا چه میزان ابعاد مورد نیاز اجرای پزشکی خانواده در مرحله طراحی مورد توجه بوده است. دیدگاه دوم آن است که چه سازوکارهایی برای ارزیابی عملکرد تیم سلامت و سایر لایه‌های صف و ستادی پزشکی خانواده پیش‌بینی شده است. در نهایت سازوکارهای طراحی شده در مرحله اجرا چه وضعیتی داشته و تا چه حد کارآمد بوده است. در بخش‌های مختلف گزارش حاضر به بررسی دیدگاه اول ذیل عناوین و موضوعات مختلف پرداخته شده و در این بخش بررسی دیدگاه‌های دوم و سوم محوریت خواهد داشت.

۲. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز؛ چک‌لیست‌های پایش عملکرد پزشک خانواده شهری.

پزشک خانواده به سطوح بالاتر ذکر شده^۲ اما در عمل، با حذف «ارجاع اجباری» در نسخه‌های آزمایشی پزشکی خانواده، کارکرد این محدودیت نیز دچار خلل شد.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۵ در ۱۴۰ مرکز پزشکی خانواده شهری در استان فارس و ۹۶ مرکز پزشکی خانواده در استان مازندران بر روی ۱۳۹۹ بیمار ارجاع شده صورت گرفت، فرد تشخیص دهنده نیاز ارجاع به سطح دو، در ۵۶.۳ درصد موارد پزشک خانواده و در سایر موارد خود بیماران بودند. کیفیت تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک خانواده در ۵۳.۷ درصد موارد مطلوب، ۳۹.۸ درصد موارد نسبتاً مطلوب و مابقی نامطلوب بود. انتخاب پزشک متخصص سطح دو در ۶۰.۴ درصد موارد، توسط بیماران انجام گرفته است. کیفیت پس‌خوراند از پزشکان سطح دو، در ۲۷.۲ درصد مطلوب، ۴۱.۶ درصد نسبتاً مطلوب و ۳۱.۲ درصد نامطلوب بود. بیشترین میزان پس‌خوراند مطلوب از متخصصان اعصاب و روان و عفونی گزارش شد. به‌طور کلی ۸۱.۳ درصد بیماران ارجاع شده اصلاً مورد پیگیری قرار نگرفتند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بسیاری از قواعد نظام ارجاع در حد انتظار رعایت نشده و نیاز ضروری به بازطراحی جهت بهبود دارد [۴۷].

مسائل دیگر نظام ارجاع در طرح‌های پزشکی خانواده اعم از روستایی و شهری شامل همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص ارائه پس‌خوراند [۱۳]، عدم رعایت ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان، و طولانی بودن مسیر ارجاع [۱۴] تکمیل برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده به‌شکل غیراستاندارد و نامفهوم و یا تکمیل برگه‌های ارجاع توسط افرادی به‌جز پزشک خانواده [۳۳] و حضور نامنظم پزشکان متخصص و سخت بودن فرایند نوبت‌گیری در سطوح بالاتر [۴۸] می‌شود.

از ابزارهای پیش‌بینی شده در طرح جهت ارزیابی و مدیریت عملکرد، نظام پس‌خوراند است. در سند نسخه ۰۲ از اصطلاحات

مختلفی به منظور انتقال اطلاعات لازم در خصوص نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع‌دهنده استفاده شده است؛ از جمله برگشت ارجاع یا بازخوراند (فصل اول - ماده (۱۲) ذیل برگشت ارجاع)، پس‌خوراند (فصل دوم - ماده (۲۴) ذیل رویکرد بسته خدمات)، بازخورد (فصل دوم - ماده (۲۵) یا فصل پنجم - ماده (۳۶) و فیدبک (فصل پنجم - ماده (۴۹)) [۱]. در پس‌خوراند جزئیات مختلفی ناظر به داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی، اقدامات مورد نیاز پزشک خانواده و تاریخ مجدد مراجعه بیمار باید ذکر شود (فصل اول - ماده (۱۲) ذیل برگشت ارجاع) [۱].

عدم ارائه مشاوره و پس‌خوراند از سوی متخصصان و پزشکان سطح دو و سه به پزشکان خانواده یکی دیگر از مسائل اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح شهری است. با وجود تأکیدهای مکرر در سند طرح پزشکی خانواده بر ضرورت ارائه پس‌خوراند به‌همراه تأیید پزشک خانواده،^۳ ارائه پس‌خوراند از سطوح بالاتر نظام ارجاع یا از مرکز اورژانس یا بستری بیمارستان به پزشک خانواده، اصلی‌ترین چالش نظام ارجاع شمرده شده و کارایی طرح را کاهش داده است [۳۳].

مطالعات در زمینه برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی حاکی از آن است که تنها در ۱۶ درصد موارد، پزشکان متخصص نتایج ویزیت را در قالب پس‌خوراند به پزشک خانواده ارائه کرده بودند و حدود ۱۵.۵ درصد بیماران بعد از دریافت خدمات سطح دو به سطح اول بازگشتند [۴۹]. در مطالعه دیگر که به‌منظور ارزیابی نظام ارجاع در پنج شهرستان استان تهران صورت گرفته بود نیز در ۳۰ درصد موارد، پزشکان متخصص نتایج ویزیت را در قالب پس‌خوراند به پزشک خانواده ارائه کرده بودند. حدود ۲۵.۳ درصد بیماران نیز بعد از دریافت خدمات سطح دو به سطح اول بازگشتند [۵۰]. در پژوهش دیگری که به‌منظور ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشکی

۱. در سند نسخه ۰۲، تنها یکی از حالات ارجاع معکوس مورد بررسی بوده و برای آن در آیین‌نامه پیش‌بینی صورت گرفته است، به این صورت که پزشک متخصص به‌عنوان پزشک خانواده طرف قرارداد نمی‌تواند بیماران را از خود (پزشک سطح یک) به خود (پزشک سطح دو) ارجاع دهد (فصل پنجم - ماده (۳۲)).

۲. در سند نسخه ۰۲، عددی برای سقف ارجاع ذکر نشده و به‌صورت کلی تعداد ارجاعات پزشک خانواده به متخصص و فوق تخصص نباید از حد استاندارد تعریف شده توسط ستاد اجرایی کشوری بیشتر باشد و در صورت عدم رعایت استاندارد مشمول کسری پرداخت می‌شود (فصل پنجم - ماده (۴۹)) [۱]. مطابق نسخه ۰۱ پزشکی خانواده و نسخه‌های بعدی پزشکی خانواده، سقف ارجاع به متخصصان سطح دو یا سه، حداکثر ۱۵ درصد مراجعه‌کنندگان است [۴].

۳. سازوکار اصلی جلب مشارکت پزشکان سطح دو و سه جهت مشارکت در طرح پزشکی خانواده به این شکل بوده که در صورت ارائه خدمت به بیماران مراجعه‌کننده از طریق مسیر ارجاع، دریافتی بالاتری خواهند داشت و از سویی دیگر، مبلغ پرداخت از جیب بیمار کاهش یابد (معادل ۱۰ درصد ویزیت بخش دولتی یا خصوصی در صورت مراجعه از طریق ارجاع). به‌بیان دیگر ایجاد تفاوت زیاد در ارزش ریالی خدمات از طریق ارجاع نسبت به غیر ارجاع برای تک‌تک ذی‌نفعان، مبنای طراحی سند ۰۲ بوده است. این منطق در مراکز دارویی و همچنین خدمات پاراکلینیکی نیز دنبال شده است (فصل پنجم - ماده (۵۱) الی (۵۳)). به‌عنوان نمونه نظام پرداخت به پزشکان متخصص سطح دو و سه در طرح به‌صورت کارانه است و در صورت پذیرش بیمار از طریق مسیر ارجاع در بخش دولتی معادل سه ویزیت از سوی بیمه‌ها پرداخت می‌شود. همچنین در بخش خصوصی معادل ۹۰٪ ویزیت بخش خصوصی به‌علاوه یک ویزیت کامل بخش دولتی پرداخت می‌گردد (فصل پنجم - ماده (۴۹)) [۱]. اگرچه این پرداختی‌ها به پزشکان سطح دو و سه با تأکید بر شرط ارائه پس‌خوراند (با تأیید پزشک خانواده) در سند ذکر شده، اما در عمل نظارت کافی بر کیفیت پس‌خوراندها صورت نگرفته است.



خانواده شاهرود انجام شده است، ارسال رنوشت ارجاع از پزشک خانواده به خانه بهداشت فقط در ۱۲٫۵ درصد موارد وجود داشت و همچنین کیفیت پس‌خوراند، فقط در ۸٫۴ درصد موارد مطلوب بوده است [۵۱].

مهم‌ترین چالش‌های پس‌خوراند شامل عدم تمایل برخی پزشکان متخصص به ارائه پس‌خوراند به دلایل مختلف از جمله افزایش بار کاری، معطلی بیشتر بیماران و فقدان مشوق‌های لازم برای ارائه پس‌خوراند، کیفیت پایین پس‌خوراند از جمله اینکه فاقد جزئیات لازم بوده و یا فرد دیگری غیر از پزشک متخصص، پس‌خوراند را تکمیل کرده و در نهایت قابل استفاده نبودن پس‌خوراند می‌شود [۴۸]. این موضوع سبب شده که پزشکان خانواده از وضعیت بیماران خود خبر نداشته و گاهی از روش‌های غیر معمول به کسب اطلاعات در رابطه با وضعیت آنها مانند تماس مستقیم با بیماران بپردازند [۴۶]. از دیگر نقصان‌های نظام ارزیابی عملکرد در طرح پزشکی خانواده به ضعف در داده‌های جمع‌آوری شده و نتایج عملکرد مرتبط می‌شود. به عنوان مثال سامانه سبب که از آن برای ارزیابی تیم‌های پزشکی خانواده در استان فارس استفاده می‌شود، اختلالات بسیاری داشته است.^۱ به دلیل مشکلات ساختاری از جمله عدم نظارت بر اطلاعات وارد شده، پزشکان خانواده می‌توانند اطلاعات نادرست یا ناقصی در رابطه با مراقبت فشارخون، دیابت و بیماری‌های روانی جمعیت تحت پوشش وارد و در سامانه ثبت کنند. همه این موارد باعث می‌شود که داده‌های جمع‌آوری شده در نتیجه‌گیری، سطح اطمینان بالایی نداشته باشد [۵۲].

۵-۴. بسته خدمات

در زمینه بسته خدمات، بنای طرح پزشکی خانواده بر بیمارمحوری است به این معنا که خدمات ارائه شده باید با توجه به وضعیت و شرایط بیمار تعریف شده و با همراهی و همکاری او اجرا شود. بر این اساس، طراحی بسته‌های خدماتی باید به نحوی انجام شود که

برای هر منطقه متناسب با بیماری‌های معمول و شایع و شرایط خاص محیطی و طبیعی همان منطقه باشد؛ اما بسته‌های خدمت با شرایط خاص محیطی و جغرافیایی منطقه مطابقت نداشته است. برای مثال بسته‌های مجزایی برای مناطقی که داری بیماری خاص بومی هستند، تعریف نشده بود [۵۵، ۳۳]؛ یا انعطاف لازم در ارائه خدمت برای مناطقی که دارای شرایط خاص جغرافیایی یا دسترسی جاده‌ای سخت هستند و استفاده از بسته‌های معمول سراسری برای آنها امکان‌پذیر نیست، وجود نداشت. همچنین حدی از قدرت ابتکار عمل در بسته‌ها لحاظ نشده بود؛ به طوری که به پزشک آزادی عمل لازم جهت اجرای وظایف بهداشتی درمانی متناسب با شرایط بومی منطقه داده شود. به علاوه عدم تناسب بسته خدمات^۲ با حجم جمعیت تحت پوشش مسئله دیگر مورد تأکید مطالعات بوده است [۱۶].

مطالعه انجام شده در راستای ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری فارس و مازندران حاکی از آن است که بسته‌های خدمت با توجه به جایگاه همه گروه‌های ارائه خدمت طراحی نشده است. در بسته‌های خدمات نسخه ۰۲ به برخی از اعضای تیم سلامت مانند ماما توجه کافی نشده، از یک سو زمان‌سنجی کار ماما به درستی انجام نشده و وظایف غیر مرتبط و زیادی به وی محول می‌شود؛ مانند تزییقات یا خدمات داروکاری که در حیطه تخصص آنها نیست، و از سویی دیگر ماما در ارائه خدمات سلامت به مادران استقلال ندارد. علاوه بر این، بسته خدمات به بخشی از بیماری‌های جسمی مانند برخی از بیماری‌های غیر واگیر، مزمن و مادرزادی از یک سو و ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت از سوی دیگر توجه کافی نداشته است. فقدان راهنماهای بالینی مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع از دیگر مشکلات بسته‌های خدمت عنوان شده است [۳۳]. مطالعه‌ای که به بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری پرداخته است، به لزوم

۱. در عنوان زیر ساخت‌های اطلاعاتی و ارتباطاتی، مصادیق این اختلال‌ها و نقصان‌ها تفصیلی‌تر بیان می‌شود.

۲. مطابق فصل دوم ماده (۲۴) [۱] بسته خدمات تیم سلامت شامل چندین نوع خدمت است که عبارتند از: الف) مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش از جمله شناسایی معضلات بهداشتی منطقه تحت پوشش و اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی؛ ب) آموزش و ارتقای سلامت از جمله آموزش سلامت و ترویج سبک زندگی سالم؛ ج) مراقبت از جامعه تحت پوشش اعم از مراقبت‌های کودکان، نوجوانان و جوانان، میان‌سالان، سالمندان و مادران باردار بر اساس کتاب‌های مصوب وزارت بهداشت، تنظیم خانواده و جمعیت، مراقبت و درمان بیماری‌های خاص با توجه به اولویت و شیوع بیماری در منطقه؛ د) سلامت محیط جامعه و کار از جمله سلامت محیط خانوار، سلامت محیط‌های جمعی مانند محیط‌های آرایشی و بهداشتی، نظامی، آموزشی و ... و سلامت محیط کار مانند بهداشت حرفه‌ای و پیشگیری و مقابله با عوامل خطر فیزیکی و شیمیایی محیط کار؛ ه) درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها از جمله ویزیت، انجام خدمات پرستاری و اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی؛ و) ارجاع مناسب و به موقع و پیگیری موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر؛ ز) دریافت پس‌خوراند از سطوح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند.

دیگر جلسات ستادهای مرکزی منظم برگزار نمی‌شد. به علاوه عدم ورود و همکاری برخی سازمان‌ها با طرح از جمله سازمان‌های مربوط به وزارت نفت، بانک‌ها و ... باعث شد تا بخشی از جمعیت تحت پوشش مناطق از طرح خارج شده و نظام ارجاع به‌طور کامل اجرا نشود. اجرا شدن طرح پزشکی خانواده علاوه بر دانشگاه مرکز استان مستلزم همکاری سازمان‌های برون‌بخشی استان مانند صدا و سیما، فرمانداری‌ها و شهرداری‌ها بود که این همکاری‌ها در عرصه‌هایی مانند فرهنگ‌سازی و ارتقای سواد سلامت عمومی و تأمین زیرساخت‌ها و امکانات فیزیکی لازم برای پایگاه‌های سلامت [۵۶، ۱۴] ضعیف بوده است.

۴-۲-۲. فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات

سامانه سبب که در طرح استان فارس و همچنین در سامانه پارسا که در طرح استان مازندران برای درج اطلاعات بهداشتی جمعیت تحت پوشش استفاده می‌گردد، از نظر طراحی دارای ضعف‌هایی است. در این سامانه‌ها، اطلاعات و پرونده‌ای که برای هر فرد تشکیل می‌شد به‌جز استفاده در تحقیقات بهداشتی، کاربرد درمانی برای بیمار نداشت و پزشکان خانواده نیز نمی‌توانستند از پرونده تشکیل شده چه در مراجعات بعدی و چه در زمانی که نیاز به ارجاع بود به‌شکل مناسبی استفاده کنند [۵۲].

طبق مطالعات صورت گرفته، حدود یک‌سوم کاربران سامانه سبب، این سامانه را از منظر کاربردپذیری شامل تناسب برای انجام وظایف - خودتوصیف‌کنندگی، قابلیت کنترل، سازگاری با انتظارات کاربر، تحمل خطا، شخصی‌سازی و تناسب برای یادگیری غیرقابل قبول می‌دانند [۶۱]. همچنین کارایی، اثربخشی و رضایت از کار با این سامانه از منظر کاربران در حد متوسط قرار دارد. به عبارت دیگر، انتظار کاربران این سامانه شامل مراقبان سلامت برای دستیابی به اهداف تعیین شده به‌طور مؤثر برآورده نمی‌شود. عمده چالش‌های کاربردپذیری سامانه سبب شامل پیچیدگی سامانه و دشواری کار با آن اعلام شده است [۶۱].

علاوه بر غیرمفید و غیر کاربردی بودن اطلاعات مورد نیاز در پرونده‌های الکترونیک و امکان مستندسازی صوری [۱۷]، این سامانه‌ها از نظر نرم‌افزاری نیز دچار چالش‌های زیادی بودند. به عنوان نمونه بسیاری از امکانات و موارد طراحی شده در سامانه برای گزارش‌گیری به صورت ماهیانه یا گزارش‌های مربوط به بیماران خاص، کارایی لازم را نداشته که این قابلیت بهره‌برداری

شفاف‌سازی بسته‌ها و برقراری زیرساخت‌هایی جهت اجرای بسته تعریف شده، مطابق با سطح مهارت ارائه‌کنندگان خدمت در هریک از سطوح و میزان امکانات و تجهیزات موجود اشاره شده است [۵۶]. مدت کوتاه قرارداد پزشکان خانواده (یک سال) (فصل پنجم ماده (۳۱) - بند «۴») نیز از مسائل قراردادهای کاری پزشکی خانواده است [۱]. این موضوع، تهدیدی برای امنیت شغلی پزشکان خانواده اعلام شده است و لذا برخی خبرگان برای حل این مسئله، افزایش آن را پیشنهاد کرده‌اند [۵۴].

۴-۲-۳. حوزه زیرساخت‌ها و پشتیبانی پزشکی خانواده

از شروط اصلی موفقیت اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تأمین زیرساخت‌ها و پشتیبانی طرح از سوی سازمان‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی است. عدم تحقق این شرط، به عنوان یکی از پاشنه‌های آشیل طرح پزشکی خانواده نسخه شهری شمرده شده است.

۴-۲-۱. ساختار و تشکیلات اجرای طرح

ساختار پیش‌بینی شده برای اجرای طرح پزشکی خانواده در سند ۰۲، ساختاری سلسله‌مراتبی با لایه‌های مختلف از جمله ستاد ملی، ستاد هماهنگی کشوری، ستاد اجرایی کشوری، ستاد راهبردی استان، ستاد اجرایی استان و ستاد اجرایی (عملیاتی) شهرستان می‌باشد (فصل چهارم - مواد (۲۶) الی (۳۱)) [۱]. از مقدمات پشتیبانی طرح پزشکی خانواده، هماهنگی در «لایه‌های تشکیلاتی ستادی و اجرایی» است، که در مطالعات پیشین چه در مقام طراحی و چه در مقام اجرا کمتر به آن پرداخته شده است. در مطالعات و شواهد موجود، هماهنگی در سطوح مختلف ارجاع و همکاری‌های بین‌بخشی جزء مسائلی است که بسیار مورد توجه قرار گرفته [۱۲، ۵۷]؛ اما نکته حائز اهمیت این است که برخی از ناهماهنگی‌ها از لایه‌های دیگری نشئت می‌گیرد.

در اجرای طرح پزشکی خانواده، از زمان تصویب طرح تاکنون تنها یک جلسه «ستاد ملی برنامه پزشک خانواده» با حضور رئیس‌جمهور وقت برگزار شده که منجر به تصویب سند ۰۲ در سطح هیئت‌وزیران شده است (مورخ ۱۳۹۱/۱/۱۶). همچنین در مقام اجرا ستاد هماهنگی کشوری و ستاد اجرایی کشوری پزشکی خانواده با یکدیگر ادغام شدند، اگرچه در سند ۰۲ این دوازده یکدیگر کاملاً تفکیک شده بود (فصل چهارم - مواد (۲۷ و ۲۸)) [۱]. از سویی

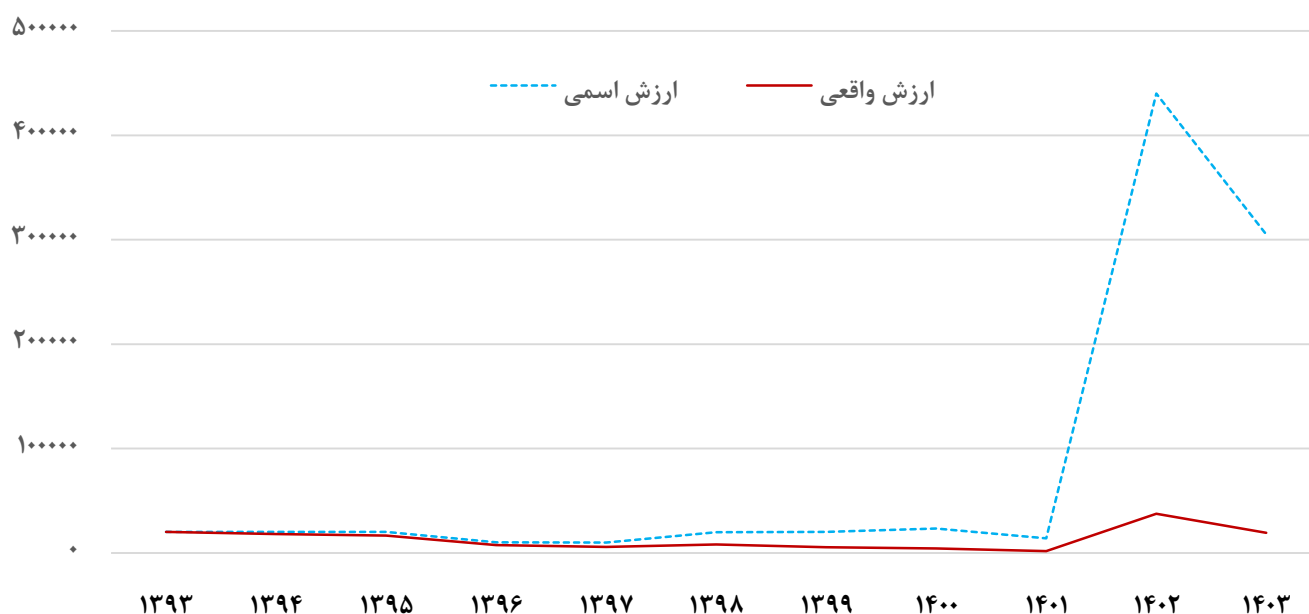
سیستم‌ها قابل اشاره است [۵۲، ۶۲].

۳-۲-۴. تأمین بودجه و منابع مالی

بررسی قوانین بودجه سنواتی سال‌های گذشته حاکی از آن است که ردیف بودجه مربوط به پزشکی خانواده و نظام ارجاع نوسانات بسیاری در سال‌های گذشته داشته و بسیار کمتر از برآوردها برای گسترش و حتی حفظ وضعیت موجود پزشکی خانواده در سال‌های مورد نظر بوده است [۶۶].

علمی و اجرایی از سامانه را دشوار کرده است [۶۲]. مسئله دیگر عدم یکپارچگی سامانه‌های مربوط به مراکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده و بیمارستان‌ها از یک سو و از سویی دیگر عدم یکپارچگی سامانه‌های مربوط به نسخه‌نویسی مانند سامانه سیب و سامانه تأمین اجتماعی از سوی دیگر بوده که به همین دلیل انتقال اطلاعات بین سامانه‌ها با مشکل مواجه است. این مسئله علاوه بر اتلاف وقت برای پزشکان و ارائه‌کنندگان خدمات، موجب سردرگمی بیمار هنگام دریافت خدمات و داروها شده است. از منظر زیرساختی و سخت‌افزاری نیز، قطعی‌های مکرر سامانه و اختلال

شکل ۲. نمودار ارزش اسمی و واقعی اعتبارات پزشکی خانواده بر حسب میلیارد ریال در قوانین بودجه سنواتی (تعدیل شده بر اساس شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در سال پایه ۱۳۹۳)



مآخذ: قوانین بودجه سنواتی ۱۳۹۳-۱۴۰۳

حدود ۲۶۰ هزار میلیارد ریال در ردیف بودجه مربوط به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تغییر جهت مثبت و امیدوارکننده‌ای به منظور اجرای برنامه مذکور در سطح کشور پس از گذشت بیش از دو دهه است.

در شکل فوق وضعیت اعتبارات اسمی و واقعی تعدیل شده بر اساس تورم به سال پایه ۱۳۹۳ طرح پزشکی خانواده از سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۴۰۲ قابل مشاهده است [۷۵-۶۷]. به رغم رشد اعتبارات اسمی در برخی سال‌ها با توجه به نرخ تورم سالیانه، اعتبارات واقعی این طرح تا سال ۱۴۰۱، نزولی بوده است. در سال ۱۴۰۲، تعیین

۴-۳. آگاهی بخشی و جلب مشارکت عمومی

یکی از اصلی‌ترین عوامل در اجرا شدن یک طرح جلب اعتماد و مشارکت ذی‌نفعان است که لازم است در خصوص ابعاد مختلف طرح به آنها اطلاع‌رسانی و توجیه شوند. با وجود اهمیت آگاهی بخشی و توجیه ذی‌نفعان در زمینه پزشکی خانواده، فقط نماینده شورای سلامت صدا و سیما استانی تنها در ستاد راهبردی استان حضور دارد (فصل چهارم- ماده (۲۹)) [۱] و هیچ کدام از نهادهای مرتبط با آگاهی بخشی در ستادهای ملی یا کشوری حضور ندارد. ضمناً اگرچه کمیته فرهنگی و تبلیغات و اطلاع‌رسانی عمومی به عنوان یکی از کمیته‌های ستاد اجرایی استان پیش‌بینی شده ۱ (فصل چهارم- ماده (۳۰)) [۱] اما در بین اعضای این ستاد هیچ نقش مرتبط با آموزش عمومی و فرهنگ سازی وجود ندارد.

به رغم برخی از دستاوردهای برنامه پزشک خانواده در زمینه فرهنگ سازی [۳۳]، مطالعه‌ای بر روی منابع در دسترس مردم جهت کسب اطلاعات در زمینه پزشکی خانواده، نشان می‌دهد که در عمل نقش رسانه‌های گروهی و صدا و سیما، بسیار کم‌رنگ و در حدود ۶ درصد بوده است [۷۶]. در مطالعه‌ای دیگر، عدم توجه کافی به فرهنگ سازی، یکی از مواردی بود که حدود ۷۰ درصد مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. عدم توجه به ظرفیت‌های آموزش و پرورش برای فرهنگ سازی و عدم استفاده مناسب و کافی از رسانه‌ها به خصوص تلویزیون از مهم‌ترین مسائل مورد اشاره بوده است [۷۷].

در ابتدای طرح برای پزشکان عمومی حاضر در طرح و مراقبان سلامت، توجیه و اقناع مناسبی انجام نشد؛ به طوری که نسبت به قرارداد، شیوه انجام مراحل ثبت نام و جذب جمعیت تحت پوشش

و شرح وظایف نیز ناآگاهی و عدم شفافیت وجود داشت [۵۳]. پزشکانی که در طرح ثبت نام می‌کردند نمی‌دانستند که دقیقاً چه وظایفی دارند و در ساختار نظام سلامت چه نقشی ایفا خواهند کرد. این نقص در مورد پزشکان سطوح بالاتر بیشتر بود و همچنان این گروه از ذی‌نفعان مشارکت مناسبی در اجرای طرح ندارند. این عدم اقناع اولیه موجب بی میلی و انگیزه پایین و گاهی مخالفت با اجرای طرح می‌شد.

مطالعه‌ای در زمینه میزان آشنایی مردم با برنامه پزشک خانواده شهری در میان ۱۷۶۹ نفر جمعیت مورد مطالعه نشان داد که آگاهی ۷۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه، پایین یا متوسط بوده است [۷۸]. همچنین تغییرات زیادی که در خود طرح و چگونگی اجرای آن به مرور زمان ایجاد شده، آثار نامناسبی بر افکار عمومی داشته و منجر به کاهش اعتماد شده است [۱۷].

گفتنی است که بخش زیادی از مقاومت‌هایی که در مسیر اجرای برنامه‌هایی همچون پزشکی خانواده وجود دارد به دلیل نهادینه شدن رویه‌های جاری است که به موازات آن عدم آگاهی و اقناع کافی گیرندگان خدمت از مزایای اجرای برنامه نیز دلیلی مضاعف برای عدم همراهی ایشان با برنامه تلقی می‌شود. مسائلی همچون اصرار گیرندگان خدمت برای ارجاع به سطوح بالاتر و تخصصی درمان نیز ناشی از همین مسئله است.

از طرفی همراهی همه ذی‌نفعان با این برنامه‌ها ضروری بوده به همین دلیل لازم است ساز و کارهای مربوطه طوری پیش‌بینی شوند که جذابیت کافی برای سایر ارکان از جمله خریداران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز ایجاد نماید. با این هدف که مقاومت‌های احتمالی به حداقل رسیده و حتی منجر به مطالبه همه‌جانبه در راستای تحقق برنامه و اهداف آن شود.

۱. این کمیته در سطح شهرستان‌ها وظایفی همچون آگاه‌سازی مردم از آرمان‌ها و اهداف نظام ارائه خدمات سلامت و پزشکان خانواده با استفاده از همه وسایل ارتباط جمعی و سایر امکانات استانی و شهرستانی دارد (فصل چهارم- ماده (۳۱)- بند «۷» [۱]).



۵. جمع‌بندی و پیشنهادها



عدم ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شکل پیوسته، قانونگذاران را بر آن داشته در دو دهه اخیر دولت را مکلف به اجرای نظام ارجاع با محوریت برنامه پزشکی خانواده کنند. اما به رغم اجرای برنامه‌های پراکنده در این خصوص توسط سازمان‌های مختلف و نیز تکرار این تکلیف قانونی در برنامه‌های توسعه، آن طور که باید به مرحله اجرا در نیامده و بیشتر محدود به روستاها و شهرهای کوچک بوده است. البته اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران عملیاتی شده ولی اکنون و بعد از دو دهه پیش آزمایی برنامه همچنان سیاستگذاران قضاوتی جامع و واضح در خصوص نقاط قوت و ضعف آن به جهت استفاده در گسترش برنامه در کشور ندارند. در مطالعه حاضر که به بررسی اجرای نسخه برنامه پزشکی خانواده در دو استان مذکور پرداخته شد چالش‌های پیش‌آزمایی این برنامه در سه دسته‌بندی: ۱. مدیریت منابع (شامل: نظام جبران خدمت، جذب، استخدام و به کارگیری، آموزش، ارزیابی و مدیریت عملکرد، شرح شغل و بسته خدمات)، ۲. زیرساخت‌ها و پشتیبانی برنامه پزشکی خانواده (شامل: ساختار و تشکیلات اجرای طرح، فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، تأمین بودجه و منابع مالی) و ۳. آگاهی‌بخشی و جلب مشارکت عمومی احصا شد. بررسی‌ها نشان داد که ستادهای مختلفی در سطوح مختلف جهت راهبری و اجرای برنامه پیش‌بینی شده ولی ضمن اینکه به لحاظ ترکیب ایراداتی به آنها وارد است جلسات مربوطه نیز به صورت منظم و به تعداد کافی برگزار نشده است؛ به طوری که صرفاً یک جلسه ستاد ملی پزشک خانواده با حضور رئیس جمهور برگزار شد که منجر به تصویب دستورالعمل مربوطه شده است. در کنار اینها عدم تأمین منابع مالی کافی یکی از دلایل اصلی عدم گسترش طرح در سطح کشور به شمار می‌رود؛ در واقع اعتبارات پیش‌بینی شده برای برنامه کافی نبوده و در برخی سال‌ها نیز با کاهش مواجه بوده است. بنابراین به طور معمول، میان سرانه پرداختی و هزینه‌های ارائه‌دهندگان خدمات در برنامه پزشکی خانواده تناسب کافی وجود نداشته و تأخیر در پرداخت‌ها نیز عاملی برای تشدید مشکلات مربوطه بوده است. در کنار این مسائل، قرارداد کوتاه‌مدت نیز از عوامل نبود امنیت شغلی کافی و به موازات آن جذابیت بازارهای رقیب خدمات پزشکی مثل خدمات زیبایی از عوامل خروج از برنامه پزشکی

خانواده اعلام شده است. درمان محوری نیز از عوامل چالش‌زای نظام آموزش پزشکی در تحقق هدف مهم پزشکی خانواده مبنی بر پیشگیری و حفظ سلامت جامعه بوده، ضمن اینکه زمان‌بندی نامناسب، فقدان دیدگاه جامعه‌نگر و متناسب با نیازهای روز و مسائل بهداشتی درمانی جمعیت تحت پوشش در برنامه‌ریزی آموزشی باعث شده تا نتوان به نیازهای حوزه آموزش آن طور که باید پرداخت. نقش رسانه نیز در خصوص آموزش به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته به طوری که وظایف مرتبط با آموزش عمومی و فرهنگ‌سازی به اندازه کافی در کمیته‌های اجرایی مورد توجه قرار نگرفته و آگاهی‌بخشی به مردم در خصوص مزایای برنامه و دریافت خدمات در مسیر ارجاع پزشکی خانواده نیز کافی نبوده است. ضمناً در خصوص اغنا و جلب مشارکت پزشکان سطوح تخصصی در طرح نیز اقدام کافی صورت نگرفته است که این مسائل گاهی موجب فشار بر پزشکان خانواده برای ارجاع بیمار به سطوح تخصصی می‌شد. مشوق‌ها نیز بیشتر متمرکز بر سطح اول خدمات بوده و کمتر به سطوح بالاتر توجه شده که نتیجه آن خروج پیش‌بینی نشده برخی پزشکان سطوح تخصصی از برنامه بوده است. عدم پیش‌بینی‌های لازم در خصوص خروج پزشکان متخصص از برنامه و از طرفی عدم پیش‌بینی سازوکاری به منظور اطلاع‌رسانی در خصوص پزشکان خارج شده از طرح و متعاقباً ارجاع بیماران به ایشان، نارضایتی مردم را به دنبال داشته است.

در خصوص ارزیابی و پایش برنامه نیز عدم شفافیت در شاخص‌های مورد استفاده در اعمال کسور یا مشوق‌های ارائه‌دهندگان، فقدان جامعیت و کارآمدی ابزارهای پایش عملکرد از جمله مسائلی هستند که به آنها اشاره شده است و علاوه بر اینکه عملکرد سازمان‌های بیمه نیز در پرداخت‌های تشویقی متفاوت بوده، بعد از گذشت چند سال پرداخت‌های مذکور متوقف شده است. مشوق‌ها و پرداختی‌ها برای حضور در مناطق محروم نیز به دلیل عدم کفایت نتوانسته منجر به توزیع متناسب پزشکان خانواده در سطح شهرها شود و سازوکارهای انگیزشی برای پوشش جمعیت‌های آسیب‌پذیر نیز به نحو مطلوب اجرا نشده است. یکپارچه نبودن و عملکرد جزیره‌ای سامانه‌های مختلف حوزه سلامت که رکن مهم در تأمین اطلاعات یکپارچه برای ارزیابی و پایش به شمار می‌روند نیز دلیلی

استارت‌آپی و هوش مصنوعی در مراحل مختلف از طراحی تا اجرا و بازنگری و ارتقای برنامه،
■ استقرار نظام جذاب و مبتنی بر عملکرد جبران خدمت به‌ویژه با محوریت ذی‌نفع نمودن بازیگران مختلف در اجرای هر چه بهتر برنامه و در راستای ارتقای شاخص‌های سلامت،
■ کارآمدسازی نظام تأمین مالی با تأکید بر تأمین مالی پایدار و خرید سلامت به‌جای درمان،
■ تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و تصمیم‌گیری با تمرکز بر درج اطلاعات کاربردی، ساده‌سازی و کاربرپسند کردن سامانه‌ها، یکپارچگی سامانه‌ها و توسعه پرونده الکترونیک سلامت،
■ تقویت مباحث مربوط به پیشگیری، نیازهای سلامتی روز و وظایف تیم پزشکی خانواده در برنامه‌های آموزش علوم پزشکی،
■ ساماندهی بازارهای رقیب پزشکی خانواده به‌ویژه در حوزه خدمات زیبایی و خدمات درمانی سوءمصرف مواد.

بر فراهم نبودن بستر مناسب برای ارزیابی برنامه بوده که کاربرپسند نبودن و پیچیدگی و دشواری کار با آنها، غیرمفید و غیرکاربردی بودن اطلاعات و قطعی مکرر سامانه‌ها هم بر چالش‌های مربوط به ارزیابی و پایش برنامه افزوده است.
با توجه به جمع موارد مذکور در فوق پیشنهاد می‌شود موارد ذیل به‌منظور ارتقای وضعیت موجود در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد:
■ تعریف دقیق وظایف بین دستگاه‌های ملی و محلی در طرح پزشکی خانواده به‌عنوان یک پروژه اولویت‌دار ملی،
■ استفاده حداکثری از ظرفیت رسانه‌های رسمی و عمومی در جهت ترویج، فرهنگ‌سازی و تبلیغ برنامه،
■ ایجاد سازوکار انگیزشی مؤثر و مبتنی بر پلتفرم کاربرپسند برای مردم و بازیگران مختلف برنامه در راستای تشویق به مشارکت حداکثری در اجرای آن و نیز استفاده از ظرفیت‌های غیردولتی،

منابع و مآخذ

- [۱] ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع. دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱.
- [۲] هلالی‌ستوده، هاشمیان‌فر، جواهری. چگونگی رویداد سیاستگذاری سلامت در بستر نظام قدرت: تحلیل گفتمانی طرح تحول نظام سلامت در دولت یازدهم و دوازدهم. مطالعات جامعه‌شناختی ۱۴۰۱، ۶۰(۲۹): ۴۵۹-۸۳.
- [۳] محمد پیکان‌پور، سجاد اسماعیلی، نازیلا یوسفی، احمد آریایی‌نژاد، حمیدرضا راسخ. مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران. پایش ۲۰۱۸؛ ۱۷(۵): ۴۸۱-۹۴.
- [۴] دبیرخانه قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع). شیوه‌نامه اجرایی برنامه سلامت خانواده: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۲.
- [۵] باشگاه خبرنگاران جوان. کمیته‌امداد در اجرای طرح پزشک خانواده کاملاً موفق عمل کرده است: کد خبر: ۴۰۹۶۰۱۸.

<http://www.jc.ir/۰۰HBYo> .

- [۶] خبرگزاری برنا. با اجرای طرح پزشک خانواده دو میلیون نفر از حمایت کمیته‌امداد خارج شدند: کد خبر: ۱۵۳۰۹۷.

<https://borna.ews/000dp1>

- [۷] سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت. پزشکی خانواده در صنعت نفت، پیشرو در کشور. سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت: کد خبر: ۱۰،۹۲۶.



- [۸] سازمان تأمین اجتماعی. آیین‌نامه نظام نوین ارائه خدمات درمانی؛ ویژه بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی. مصوبه شماره ۸۸۴۱۲/۱۱۰۰/۴۱۸۸ مورخ ۱۳۸۷/۰۹/۲۳. معاونت درمان، ۱۳۹۰.
- [۹] سلامت نیوز. مراحل اولیه برنامه پزشک امین با موفقیت اجرا شد: کد خبر: ۴۱۲۸۸.
- [۱۰] بهجو، ابوالفضل. مروری بر تاریخچه پزشک خانواده شهری؛ چالش‌ها، دستاوردها و قضاوت‌ها. انجمن پزشکان عمومی ایران ۱۳۹۹.
- [۱۱] آتیه آنلاین. تحقق پزشک خانواده در تأمین اجتماعی: کد خبر: ۵۴۹۶.
- [۱۲] ابوالحسنی شهرضا، فرید، افشاری، سمیه، حاجی‌زاده، علیرضا، فاروق خسروی، محمد، داستاری، فخرالدین، دری سجاد. بررسی تجربه‌ای ایران در اجرای پزشکی خانواده بر مبنای مطالعات منتشرشده: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت؛ ۱۴۰۲.
- [۱۳] ترابی اردکانی، عاطفه، حسینی، سعید، ارومیه‌ای، نادیا، و میرزایی، سعید. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز. مجله علمی پژوهشی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴؛ ۳۳(۲): ۱۴۷-۱۵۵.
- [۱۴] محمدی بلبان آباد، جمیل، محمدی بلبان آباد، امجد و همکاران. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران ۱۳۹۸؛ ۱۵(۱): ۴۷-۵۶.
- [۱۵] اولیایی‌منش، علیرضا، یوسفوند، مانی، حموزاده، پژمان، محمدی، عفت، کارگر، سحر و سراج‌الدین گری. تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده: مرکز تحقیقات عدالت در سلامت با همکاری انجمن پزشکان عمومی ایران؛ ۱۴۰۲.
- [۱۶] هوشمند، الهه، نجات زادگان، زهره، ابراهیمی پور، حسین، اسماعیلی حبیب‌الله، علی وفایی نجار. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا ۱۳۹۸؛ ۹(۴): ۱۷۴۹-۱۸۰۸.
- [۱۷] محمدیان، محترم، وفایی نجار، علی، نجات زادگان عیدگاهی، زهره، جاجرمی، حسین، و هوشمند، الهه. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان‌شمالی. علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد ۱۳۹۷؛ ۷(۱): ۱۴-۲۴.
- [۱۸] هیئت وزیران. تصویب‌نامه در خصوص تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۴۰۲. ۱۴۰۲.
- [۱۹] ایسنا. از زیر و بم طرح پزشک خانواده تا معوقات پزشکان و پرستاران مازندرانی. خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) ۲۶ خرداد ۱۳۹۵؛ کد خبر: ۹۵۰۳۱۷۱۵۴۱۶.
- [۲۰] بهار ا. فشار بر خانواده در نبود پزشک خانواده. خبرگزاری جمهوری اسلامی ۱۴ بهمن ۱۴۰۰؛ کد خبر: ۸۴۶۳۷۵۷۳.
- [۲۱] عابدی، قاسم، مروی، ابوالفضل، سلطانی کنتایی، امیر، عابدینی، احسان، اسدی علی‌آبادی، مهران، صفی‌زاده چم مختاری، خدیجه، و عباسی چالستری، علیرضا. تحلیل بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذی‌نفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۶؛ ۲۷(۱۵۵): ۷۹-۹۳.
- [۲۲] ابراهیمی پور، حسین، حسینی، سیده الهه، محمودیان، پیام، وفایی نجار، علی، زمردی نیت، هادی، امامیان، حسین، و حقیقی، هاجر. ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن طی سال‌های ۸۸-۹۱. نشریه بیهق ۱۳۹۴؛ ۲۰(۲): ۲۶-۳۴.
- [۲۳] خدیوی، رضا، هاشمی، سیدطیبه، فرخ سیر، الهام، و محسن روحانی. عملکرد پزشکان خانواده‌ی شاغل در مناطق روستایی شهرستان اصفهان در بیماریابی دیابت شیرین و فشار خون طی ۵ سال گذشته. دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۱؛ ۳۰(۲۰۹): ۱۶۵۰-۱۶۶۱.

[۲۴] علی گل، محمد و ابوالفضل محمدبیگی. بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری، قم سال ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم ۱۳۹۳؛ ۸(۱): ۲۷-۳۴.

[۲۵] عبادی، جعفر مهرآرا، محسن، تاملی، سعید و سیدمحمدی سبجانیان. بررسی ترجیحات و مؤلفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی شاغل در مراکز دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جهت ورود به طرح پزشک خانواده. مدیریت سلامت ۱۳۹۳؛ ۵۶(۱۷): ۹۵-۱۰۷.

[26] Mohebbifar R, Akbarirad F, Ranjbar M, Rafiei S. What do Iranian general practitioners expect from family physician contracts? *Family Medicine and Community Health* 2019; 7(3): 7.

[27] Sadeghi M, Dehghani M, Aghaee MA. Family physicians' attitude and interest toward participation in urban family physician program and related factors. *J Family Med Prim Care* 2016; 4(5): 640-6. [https://doi.org/10.4103/2249-4863.201171] [PMID: 28349002]

[۲۸] موسی فرخانی، احسان، خوبان، حسین، دهر آزما، بهروز، عارفی، وحیدرضا، و سعادت، فریبا. علل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۱): ۱۱۷-۲۴.

[۲۹] شمس لیدا، خانی عمران سلیمه، کاظمیان مهرانه، سوداگر امیری نوید. بررسی عوامل مؤثر بر ماندگاری پزشکان خانواده شهری و روستایی مراکز خدمات جامع سلامت شرق استان مازندران. اولین همایش کشوری پزشکی خانواده ۱۴۰۱.

[30] Bayati M, Rashidian A, Zandian H, Alipoori S. Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: Rate and effective factors. *Int J Health Plann Manage* 2020; 799-807 (3): 35. [https://doi.org/10.1002/hpm.2961] [PMID: 31797428]

[31] Bayat M, Shokri A, Khalilnezhad R, et al. Effect of dual practice on service delivery time by surgeons in the Islamic Republic of Iran: multi-level analysis of a national survey, 2016. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2018; 24(9): 866-76.

[32] Shiani m, Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. *Social Welfare* 2016; 16(62).

[۳۳] بهزاد دمار، وثوق مقدم ع، رستمی گوران ن، محمدجواد کبیر. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌حل‌ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۳۹۵؛ ۱۴(۲): ۱۷-۳۸.

[۳۴] شیرجنگ، احمد، محفوظ پور، سعاد، مسعود اصل، ایروان، و دشمن گیر، لیلا. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۶۳-۷۳.

[۳۵] شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی. آیین‌نامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی، مصوب شصت و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، ۱۳۹۶/۵/۱: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۶.

[۳۶] مهرالحسنی، محمدحسین، جعفری سیریزی، محمد، پورحسینی، سمیرا سادات و وحید یزدی فیض آبادی. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. مجله بهداشت و توسعه ۱۳۹۱؛ ۱(۳): ۱۹۳-۲۰۶.

[۳۷] امینی، میترا، دوست کام، آیدا، کجوری، جواد، عبدالهی فرد، غلامرضا، ایروانی، کامیار، نبی، پرپسا، و جعفری، محمد مراد. ارزشیابی دوره آموزش مجازی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی شیراز. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۹۲؛ ۱۰(۳): ۲۰۴-۹.

[۳۸] شیر، منصور، عسگری، هدایت الله، طالبی، مریم، علیان، حسن، روحانی، محسن و سیمین نریمانی. بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت.

آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۷۲۶-۳۴.

[۳۹] مصدق راد، علی محمد و اعرابی، محسن و عباسی، مهدی. چالش‌ها و راهکارهای مشارکت مراقبین سلامت در برنامه پزشکی خانواده شهری ایران. اولین همایش کشوری پزشکی خانواده. ساری ۱۴۰۱.

[40] Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Momtahn R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani SD. Educational needs of family physicians and health care providers working in the family physician program of Iran. Medical Education Journal 2018;13-21: 6(2).

[۴۱] صفاری، محمدسعید، بنی‌اسد، رضا، تکیان، امیرحسین و محمد آزادی احمدآبادی. ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: پژوهشی مبتنی بر کنترل راهبردی. اندیشه مدیریت راهبردی ۱۴۰۱؛ ۱۶(۳): ۹۷-۱۲۶.

[۴۲] عمادزاده ع، روانشادی، آذرفر آ، وطن‌خواهی. رابطه پزشک و بیمار در پزشکی خانواده: یک بررسی مروری. افق توسعه آموزش علوم پزشکی ۱۳۹۴؛ ۶(۲): ۳۳-۵.

[43] Noorihekmat S, Rahimi H, Mehrolhassani MH, et al. Frameworks of performance measurement in public health and primary care system: A scoping review and meta-synthesis. International Journal of Preventive Medicine 2020;11: 43.

[۴۴] نصرالله‌پور شیروانی، سیدداود. کبیر، محمدجواد. اشرفیان امیری، حسن. ربیعی، سید مظفر. کشاورزی، آناهیتا. فرزین، کورش. تجربه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت ایران ۱۳۹۷.

[۴۵] جولایی حسن، علی زاده نایینی مهوش، فلاح زاده محمدحسین، باصری علی، صیادی مهرباب. ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده (OSCE). گام‌های توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۸۹؛ ۷(۲): ۹۸-۹۲.

[۴۶] روحانی صمد و محمد باقر. تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن (یک مطالعه کیفی). دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۴؛ ۲۵(۱۳۱): ۱-۱۳.

[۴۷] نصراله پور شیروانی، سید داوود و کبیر، محمدجواد و اشرفیان امیری، حسن و ربیعی، سید مظفر و کشاورزی، آناهیتا و حسینی، سهیلا. وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری در ایران؛ ۱۳۹۷.

[۴۸] محمدجواد کبیر، علیرضا حیدری، محمدرضا هنرورو همکاران. چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۷۲-۱۵۷.

[۴۹] نصرالله پورشیروانی س، میکائیکی ا، اشرفیان امیری ح و همکاران. بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران: ۱۳۹۱. دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۲؛ سال بیست و سوم (۱۰۹): ۳۴-۴۲.

[۵۰] نصراله پورشیروانی، سید داوود، رئیسی، پوران، مطلق، محمداسماعیل، کبیر، محمدجواد، و اشرفیان امیری، حسن. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران. تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم) ۱۳۸۹؛ ۱۳(۱): ۱۹-۲۵.

[۵۱] چمن، رضا، امیری محمد. مهدی راعی. طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع. پایش ۱۳۹۱؛ ۱۱(۶): ۷۸۵-۷۹۰.

[۵۲] کبیر، اشرفیان امیری، حسن، ربیعی، سید مظفر، کشاورزی، حسینی، نصرالله پور شیروانی، سیدداود. رضایتمندی پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب). انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی ۱۳۹۶؛ ۴(۴): ۲۴۴-۵۲.

[۵۳] مفتون، فرزانه. فرزندی، فرانک. منتظری، علی. آیین‌پرست، افسون. وضعیت اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات. پایش ۱۳۹۴؛ ۱۵(۱): ۱۹-۲۵.

- [54] Ezatabadi MR, Rashidian A, Shariati M, Foroushani AR, Sari AA. Using conjoint analysis to elicit GPs' preferences for family physician contracts: a case study in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016 18(11).
- [55] Hooshmand E, Nejatadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaeenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *International Journal of Healthcare Management* 2019 12(2): 123-30.
- [۵۶] ظهیری، منصور، محمدی و همکاران. بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴. مدیریت بهداشت و درمان ۲۰۱۷؛ ۸ (شماره ۲): ۶۳-۷۳.
- [۵۷] کبیر محمدجواد، حیدری علیرضا، هنرور محمدرضا و همکاران. چالش‌های مدیریتی پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک بیمار؛ یک مطالعه کیفی. نشریه پژوهش سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۴): ۲۷۵-۸۶.
- [58] Poursheikhali A, Dehnavieh R. How do primary care providers work together in the Iranian PHC system? *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2020 34: 164 [<https://doi.org/10.47176/mjiri.34.164>][PMID:33816363].
- [۵۹] علائی حسین، امیری قلعه رشیدی نیلوفر، امیری مجتبی. تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده به‌منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه. فصلنامه بیمارستان ۱۳۹۹؛ ۱۹(۳): ۵۵-۶۶.
- [۶۰] انجمن پزشکان عمومی ایران. تست کاربردپذیری سامانه سیب؛ ۱۳۹۷.
- [۶۱] ناصری، سحر، صرمی، مهناز، نامداری، مهشید، و پویاکیان، مصطفی. کاربردپذیری سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) از دیدگاه کارشناسان بهداشت عمومی و مامایی. مدیریت سلامت ۱۴۰۱؛ ۲۵(۸۹): ۸۷-۱۰۷.
- [۶۲] احمدی رضا، احمدی حسین، سارانی محمد. مقایسه‌ی تطبیقی عوامل مؤثر بر رضایتمندی پزشکان و بهورزان از سامانه‌ی سیب. مجله دانشکده پزشکی زابل ۱۳۹۹؛ ۳(۳): ۱۰۲-۸.
- [۶۳] هژیر فرزانه، جهانبخش محمد، پیکری حمیدرضا، سقائیان نژاد اصفهانی سکینه. بررسی میزان تحقق پیامدهای استفاده از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) از نظر کاربران در مراکز بهداشت شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶(۲): ۱۳۶-۴۲.
- [۶۴] مقدسی حمید، دهقانی مریم، امامی حسن، اسدی فرخنده. ارزیابی سامانه یکپارچه بهداشتی (سیب) بر اساس دیدگاه کاربران نسبت به کاربرد، اهداف و ویژگی‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۹(۲): ۵۴-۹.
- [۶۵] شیبانی، رشیدیان، محمدی. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. رفاه اجتماعی ۱۳۹۵؛ ۱۶(۶۲): ۵۹-۱۰۲.
- [۶۶] صدیقی سمیه، بابایی مجرد حسین، قیدرلو کمیل، فیاضی مسعود. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور ۶۰. بودجه برنامه پزشکی خانواده: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۹.
- [۶۷] بختیاری علی آباد محمد، مختاری پیام مهدی، صدیقی سمیه و همکاران. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور (۳۴): اعتبارات بخش سلامت: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۹.
- [۶۸] شمس لیدا، رهبری مریم، اخوان بهبهانی علی، مسعودی اصل ایروان. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۴ کل کشور (۲۶): بخش سلامت: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۳.
- [۶۹] بختیاری علی آباد محمد، رهبری مریم، علیدوست سعیده، مسعودی اصل ایروان. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۸ کل کشور ۴۳. بخش بهداشت و درمان: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۷.
- [۷۰] بختیاری علی آباد محمد، صدیقی سمیه، رهبری مریم، موسوی خطاط سیدمحمد، پادام سیدسجاد. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۹ کل کشور (۵۶): بخش بهداشت و درمان: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۸.
- [۷۱] مختاری پیام مهدی، بختیاری علی آباد محمد، صدیقی سمیه و همکاران. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور (۶۴): اعتبارات بخش سلامت: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۴۰۰.
- [۷۲] بختیاری علی آباد محمد، صدیقی سمیه، دهقان بنادکی مهدیه و همکاران. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور (۶۸): اعتبارات

حوزه سلامت: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۴۰۱.

[۷۳] رهبری مریم، شمس لیدا، اخوان بهبهانی علی، مسعودی اصل ایروان. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ کل کشور ۲۱. بخش بهداشت و درمان: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۴.

[۷۴] رهبری مریم، بختیاری محمد، اخوان بهبهانی علی، مسعودی اصل ایروان، آقابابا سارا. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۶ کل کشور (۲۸): بخش بهداشت و درمان: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۵.

[۷۵] رهبری مریم، بختیاری علی آباد محمد، اخوان بهبهانی علیرضا، مالکی محمدرضا، غضنفری صادق. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۷ (۲۷): بخش بهداشت و درمان: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۹۶.

[۷۶] توسلی، الهه. علیدوستی، معصومه. خدیوی، رضا. شریفی راد، غلامرضا. حسن زاده، اکبر. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸. تحقیقات نظام سلامت ۱۳۸۹؛ ۶(۳): ۴۹۸-۵۰۵.

[۷۷] علائی، حسین. امیری قلعه رشیدی، نیلوفر. امیری، مجتبی. تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه. فصلنامه بیمارستان ۱۳۹۹؛ ۱۹(۳): ۶۲-۷۳.

[۷۸] کبیر، محمدجواد. اشرفیان امیری، حسن. ربیعی، سید مظفر. حسن زاده رستمی، زهرا. فرزین، کورش. نصرالله پور شیروانی، سید داوود. حسینی، سهیلا. سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری ایران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۹۷؛ ۲۰(۱۱): ۴۰-۴۸.

[79] Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health policy and planning 2011 26(2): 163-73.

[80] Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Medical journal of the Islamic Republic of Iran 2015 29: 303.

[81] Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. Journal of education and health promotion 2019 8(1): 36.

[۸۲] کوه پیمای جهرمی وحید، دهنویه رضا، مهر الحسنی محمد حسین. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه. نشریه اپیدمیولوژی ایران ۱۳۹۶؛ ۱۳(۵): ۱۳۴-۱۴۴.

[۸۳] خبرگزاری صداوسیما. اختیاری شدن استفاده از برگ ارجاع پزشک خانواده: کد خبر: ۱۵۰۰۲۳۰.

<https://www.iribnews.ir/006IHG>

[۸۴] کبیر محمدجواد، اشرفیان امیری حسن، ربیعی سید مظفر، کشاورزی آناهیتا، حسینی سهیلا، نصرالله پور شیروانی سید داوود. آیا باید همه خدمات قابل ارائه در برنامه پزشک خانواده شهری رایگان باشد؟ دیدگاه مدیران و مجریان. تحقیقات سلامت در جامعه ۱۳۹۷؛ ۴(۴): ۱۲-۱.

[۸۵] شریعتی م. اصلاحات نظام سلامت چرا؟ و چگونه؟. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی ۱۳۸۹-۵ (ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران): ۲۰-۱.

[86] Andersen B, Beltz M. Root cause analysis and improvement in the healthcare sector: A step-by-step guide. Quality Press 2009.

[87] Dunn WN. Public policy analysis: An integrated approach. Routledge 2015.

گزیده سیاستی

در نظام سلامت ایران با وجود سازماندهی نسبتاً مناسب بخشی از خدمات بهداشتی، به دلیل عدم اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده، به طور پیوسته و مستمر ارائه خدمت نمی‌کند و به همین جهت مردم و بیماران در دریافت خدمات دچار سردرگمی هستند.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir