

اجرا پروھی

برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع



مرکز تحقیقات تریا

بهار ۱۴۰۴

گزارش سیاستی اجراپژوهی برنامه ملی

سلامت خانواده و نظام ارجاع



عنوان: گزارش سیاستی اجراپژوهی برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع

نوع سند: گزارش سیاستی

مجریان: علی چهرقانی، فاطمه رواقی و فاطمه هاشمی

استاد راهنما: دکتر سیدحسن امامی رضوی

طراح جلد و صفحه‌آرایی: امین شعبانعلی

تهیه شده در مرکز تحقیقات ثریا، به اهتمام هسته سیاستگذاری سلامت

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۴

کلیه حقوق برای مرکز تحقیقات ثریا محفوظ است

تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه اول

 @Soraya.r.c

  @Sorayarc

 sorayarc.ir

۰۲۱ - ۲۲۴۳۹۸۲۸



فهرست عناوین

۲	..... خلاصه مدیریتی
۵	..... مقدمه
۱۳	..... پروژه اجراپژوهی برنامه ملی سلامت خانواده
۱۵	..... تاریخچه
۱۵	..... برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی
۲۰	..... برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲)
۳۰	..... الزامات قانونی
۳۹	..... بودجه و اعتبارات
۳۳	..... نظام پرداخت
۴۴	..... برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع
۴۶	..... ساختار ارائه خدمات
۴۷	..... هماهنگی بین‌بخشی
۴۸	..... آموزش
۴۹	..... منابع مالی برنامه
۵۰	..... نظام پرداخت
۵۴	..... نظارت
۵۵	..... یافته‌های مطالعه
۵۵	..... گزارشات دستگاه‌های مرتبط
۶۰	..... مصاحبه‌ها
۶۸	..... جمع‌بندی
۷۴	..... پیشنهادات
۸۰	..... منابع

خلاصه مدیریتی

برنامه پزشکی خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اصلاحات نظام سلامت ایران، اهدافی از جمله افزایش دسترسی عمومی به خدمات درمانی، کاهش مراجعات غیرضروری به متخصصان، برقراری عدالت در سلامت، بهبود کیفیت خدمات، پوشش همگانی سلامت، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و ارائه خدمات به همه افراد بدون توجه به سن، جنسیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی را دنبال می‌کند. با این حال پس از گذشت بیش از دو دهه از اجرای نسخه‌های متنوع پزشکی خانواده در ایران، پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که این برنامه نتوانسته به‌طور کامل به اهداف خود دست یابد و با چالش‌های متعددی مواجه شده است. این مطالعه با هدف شناسایی مسائل و چالش‌های «برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع»، به بررسی مسائل و چالش‌ها در حوزه‌های الف) تولید شامل سیاست‌گذاری، همکاری بین‌بخشی و درون‌بخشی و نظارت؛ ب) تامین مالی شامل بودجه و منابع مالی، بیمه و حقوق و دستمزد؛ ج) ارائه خدمت شامل نظام ارجاع، بار مراجعه و بسته خدمات؛ د) نیروی انسانی؛ ه) تولید منابع شامل آموزش و فناوری اطلاعات؛ و و) فرهنگسازی و آگاهی‌بخشی پرداخته‌است.

با توجه به چالش‌ها و مشکلات اجرای برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع، پیشنهادات ذیل در دو بخش راهکارهای کوتاه‌مدت و بلندمدت، به منظور اجرای گام به گام این برنامه ارائه می‌گردد:

الف) راهکارهای کوتاه مدت

۱) تخصیص منابع حاصل از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده که بیش از صد درصد تحقق یافته: پیشنهاد می‌گردد منابع حاصل از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده که بیش از صد درصد تحقق می‌یابد، به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تخصیص یابد. علاوه بر آن، در برخی از سال‌ها، عدد در نظر گرفته شده برای مالیات سلامت در جداول بودجه سالیانه، کمتر از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده است که این موضوع نیز می‌بایست الزاماً رعایت گردد.

۲) حذف پلکان کارانه پزشکان برای بیماران ارجاعی به سطح دو و سه: پیشنهاد می‌گردد بخشی از کارانه پزشکان که مربوط به بیماران ارجاعی به سطح دو و سه می‌باشد، بدون پلکان و به صورت ۱۰۰ درصدی و بروز پرداخت گردد.

۳) راه‌اندازی سامانه نوبت‌دهی مبتنی بر راهنماهای بالینی: پیشنهاد می‌گردد سازمان‌های بیمه‌گر پایه سامانه نوبت‌دهی که مبتنی بر راهنماهای بالینی طراحی شده‌است را به کار گیرند. به منظور ایجاد انگیزه برای جامعه هدف نیز، برای افرادی که از این سامانه نوبت دریافت می‌کنند، فرانشیز صفر محاسبه شود.

۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت: به منظور تکمیل پرونده الکترونیک، پیشنهاد می‌گردد آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری و پاراکلینیک موظف شوند نتایج خدمات خود را در سامانه نسخه

الکترونیک وارد نموده و پزشک نیز با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات بتواند با همان کد رهگیری این نتایج را مشاهده نماید. همچنین پیشنهاد می‌گردد «سند نقشه راه سلامت الکترونیک» که در جزء ۱ بند «الف» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم پیشرفت بدان اشاره شده است، در اسرع وقت تدوین گردد.

۵) تخصیص مشوق برای انجام آزمایش‌ها و غربالگری‌های دوره‌ای: به منظور ارزیابی و مدیریت خطر بیمه‌شدگان و پیشگیری از وقوع بیماری و مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت، پیشنهاد می‌گردد در راستای اجرای بند «ج» ماده ۳۷ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران، شورای عالی بیمه سلامت مشوق‌هایی نظیر تخفیف در حق بیمه و کاهش فرانشیز خدمات سلامت را برای انجام آزمایش‌های و غربالگری دوره‌ای اعمال نماید.

ب) راهکارهای بلندمدت

۱) تصویب آیین‌نامه جامع برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: به منظور ایجاد همکاری بین‌بخشی مناسب و جلوگیری از اعمال تغییرات سلیقه‌ای با جابه‌جایی دولت‌ها پیشنهاد می‌گردد آیین‌نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تصویب گردد.

۲) اصلاح اساسی در ساختار شبکه مناطق شهری: پیشنهاد می‌گردد شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری مبتنی بر نظام یک‌پارچه اطلاعاتی و الکترونیکی سلامت، همکاری بخش خصوصی

و ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های طولانی‌مدت اصلاح اساسی کرده و متناسب با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تغییر کند.

۳) تغییر در برنامه آموزش علوم پزشکی کشور: پیشنهاد می‌گردد برنامه آموزش علوم پزشکی کشور برای رشته‌های موردنیاز این برنامه مبتنی بر ادغام آموزش و بهداشت تغییر کرده و متناسب با نیاز برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع که ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و پیشگیرانه است، بازتعریف شود.

مقدمه

جامعه سالم، محور توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی بوده و اهمیت ویژه در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. با توجه به قانون اساسی کشور که سلامتی را جزو حقوق اولیه افراد جامعه برشمرد است، دولت موظف است آن را با رعایت عدالت برای جامعه تامین کند. (۱) بنابراین هدف نهایی نظام سلامت کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات سلامت می‌باشد. در این راستا، بزرگترین تحول ساختاری در نظام ارائه خدمات سلامت ایران از سال ۱۳۶۴ آغاز گردید. در این اصلاحات وسیع، شبکه بهداشت و درمان مبتنی بر الگوی مراقبت‌های اولیه سلامت طراحی و به تدریج در کلیه استان‌ها استقرار یافته و جمعیت قابل ملاحظه‌ای از کشور بویژه در مناطق روستایی تحت پوشش قرار گرفتند. (۲) ارائه خدمات پایه سلامت توسط بهورز، مبتنی بر رویکرد پزشکی خانواده، از قبل از

انقلاب اسلامی و در ابتدای دهه ۱۳۵۰ مورد آزمایش قرار گرفته بود. (۳) این تجربه پس از 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 آمد. (۴)

با این وجود دسترسی مردم به سطوح دوم و سوم خدمات سلامت (تخصصی و فوق تخصصی) و کیفیت ارائه خدمات در سطح یک همواره با مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده است. یکی از دلایل مهم آن، نبود رویکرد سلامت محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با درمان در مجموعه نظام سلامت کشور است. (۵) همچنین عواملی نظیر دگرگونی در سیمای سلامت و عوامل خطر، تغییر در انتظارات اجتماعی و رشد قابل توجه هزینه‌های سلامت به دلیل تغییر در ساختار سنی جمعیت، افزایش امید به زندگی و غلبه بیماری‌های غیرواگیر چالش‌هایی را در نظام ارائه خدمات سلامت و به تبع آن نظام سلامت کشور ایجاد کرده است که برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر و افق‌های آینده، نیازمند تحولاتی عمیق است. (۶)

ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) راهی برای بهبود دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و افزایش کارایی تخصیص منابع است. (۷) یکی از عناصر اصلی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نظام ارجاع است که در آن بیماران قبل از مراجعه به سطوح بالاتر مراقبت‌های بهداشتی درمانی مانند بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی، به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراجعه می‌کنند. (۸) طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، «ارجاع را می‌توان به عنوان فرآیندی تعریف کرد که در آن یک کارمند بهداشتی در یک سطح از نظام سلامت، که منابع کافی (دارو، تجهیزات، مهارت و ...) برای مدیریت یک وضعیت بالینی را ندارد، به دنبال کمک یک مرکز بهتر یا با منابع متفاوت در سطح یکسان یا بالاتر برای کمک یا به عهده گرفتن مدیریت پرونده مشتری است.» (۹) نظام ارجاع در یک نظام ارائه خدمات سلامت، فرآیندی ساختاریافته است که با انتقال بیماران از یک سطح مراقبت به سطح دیگر در صورت لزوم، مراقبت مناسب را تضمین می‌کند. (۱۰) نظام ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت بسیار حائز اهمیت بوده به طوری که خدمات موردنیاز ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های سلامت قابل ارائه است. بنابراین، نظام ارجاع می‌تواند بار قابل توجهی از مراجعه به سطوح بالاتر را کاهش دهد. (۱۰) برای اجرای یک سیستم ارجاع موثر و کارآمد، ترکیبی از عواملی چون هماهنگی بین مراکز ارجاع، فرآیندها و ابزارها، سیستم‌های ارتباطی و بازخورد، سیستم حمل و نقل، پروتکل‌های اجرایی، پرسنل آموزش‌دیده، کار تیمی کارآمد در بین تمامی سطوح، سیستم یکپارچه ثبت اطلاعات، پاسخگویی و بهبود عملکرد نظارت مورد نیاز است. (۱۱)

نتایج حاصل از بررسی پژوهش‌های صورت گرفته نشان داد که درصد قابل توجهی از خدمات و داروهای ارائه شده به بیماران غیرضروری بوده که این مسئله می‌تواند تبعات سنگینی بر روی نظام سلامت وارد آورد. مطالعه جهانمهر و همکاران در سال ۲۰۱۹ نشان داد

که ۳۹٫۷ درصد از نسخه‌های MRI برای بیماران مبتلا به کمردرد نامناسب بودند و همچنین هزینه کل نسخه‌های نامناسب ۱۰٫۳۱۰ دلار بوده است. (۱۲) نتایج مطالعه سالاری و همکاران در سال ۲۰۱۳ حاکی از آن است که از ۳۰۰ مورد تجویز MRI ستون فقرات کمری، تقریباً ۱۶۷ مورد (۵۶ درصد) نامناسب تشخیص داده. (۱۳) همچنین مطالعه کاووسی و همکاران در سال ۲۰۲۱ نشان داد که ۲۱ درصد MRI های تجویزی نامتناسب بوده و بار مالی این تجویزهای نامتناسب حدود ۹۹٫۹۸۸ دلار بود. (۱۴) کاووسی و همکاران در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۸، میزان تجویزهای نامطمئن CT اسکن مهره‌های کمری را ۳۲٫۷ درصد برآورد کردند. (۱۵) همچنین مطالعه‌ای با عنوان برآورد تقاضای القایی عرضه‌کننده ناشی از طرح تحول سلامت ۱۳۹۳ در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نتایج برای افراد فاقد بیمه و یا افراد ساکن در مناطق محروم نشان می‌دهد، تعداد مراجعات خدمات سرپایی برای گروه هدف نسبت به گروه کنترل به میزان ۱۰ درصد پس از طرح تحول افزایش یافته است. همچنین مخارج سرانه خدمات سرپایی به میزان ۵۴ درصد افزایش می‌یابد که معادل با ۱۰٫۵۶۰ تومان هزینه سرانه بیشتر است. (۱۶)

به خاطر نارسایی‌های به وجود آمده در نظام ارائه خدمات 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 سلامت، تربیت پزشک خانواده و ایده ادغام آموزش پزشکی

در خدمات سلامت به دهه ۱۳۵۰ بر می‌گردد. (۱۷) طرح بیمه درمان مبتنی بر پزشک خانواده برای جمعیت تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در دهه ۱۳۷۰ آغاز شد. (۱۸) پیش‌نویس‌های آئین‌نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تکامل یافت و نسخه نهایی آن توسط مرکز گسترش و اصلاح شبکه معاونت سلامت با همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، پس از وقوع زلزله فاجعه‌بار بم، برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم در سال ۱۳۸۳ عملیاتی شد. (۱۹)

این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد. ماده (۹۰) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور (۱۳۸۹-۱۳۸۴)، مصوب سال ۱۳۸۳، تصریح شد که «به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت 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.» (۲۰)

به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و

تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، بند «ب» و «ج» ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، شورای عالی بیمه خدمات درمانی را مکلف می‌نماید تا پایان این برنامه 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 و عشایر، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا شود. (۲۰) بر این اساس در بند «الف» تبصره (۱۴) قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور، منابع مالی لازم پیش‌بینی (۲۱) و برنامه پزشکی 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 اجرا می‌شود. (۲۲) اهداف این طرح عبارتند از: ۱- ایجاد نظام ارجاع در کشور ۲- افزایش پاسخگویی در نظام سلامت ۳- کاهش هزینه‌های غیرضروری در نظام سلامت و افزایش پوشش خدمات. پزشک خانواده به عنوان مسئول اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید 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 پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز برعهده دارد. (۲۳)

پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده

در منطق روستایی، در سال ۱۳۸۷ و بر اساس الزامات قانونی با وجود آنکه پزشک خانواده و بیمه روستایی هنوز به خوبی نهادینه و ارزشیابی نشده و چالش‌های آن مرتفع نگردیده بود، اجرای طرح پزشکی 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 اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در سال ۱۳۸۹ 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 سطح‌بندی و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده تا پایان سال اول برنامه بازطراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید.» (۲۴) این پیشنهاد در بند «ج» ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۵-۱۳۹۰)، مصوب سال ۱۳۸۹، 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 تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا، بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی 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.» (۲۵) برنامه پزشکی خانواده شهری در سال ۱۳۸۹ در ۳ استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری بر پایه نسخه معروف به (۰۱) پایه‌گذاری شد. (۲۶) پس از اجرای آزمایشی طرح پزشک امین سازمان تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ در گیلان و توقف آن پس از ۴ ماه به دلیل موازی کاری با برنامه پزشک خانواده و مخالفت وزارت بهداشت (۲۷)، نسخه (۰۲) دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری که با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه و پس از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سوی هیئت دولت در فروردین ماه سال ۱۳۹۱ ابلاغ و رونمایی گردید. (۲۳، ۲۸) اگر چه 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 اما در نهایت تنها دو استان فارس و مازندران، برای اجرای کامل آن پیشگام شدند. با تغییر وزیر بهداشت در دی‌ماه ۱۳۹۱، نسخه (۰۲) مجدداً بازنگری شد و ۸ استان سیستان و بلوچستان، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، خوزستان، یزد، قزوین و خراسان جنوبی برای اجرای برنامه مدنظر قرار گرفتند که با پایان دولت دهم این موضوع عملیاتی نگردید. (۲۹) با شروع دولت سیزدهم، مجدداً پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دستور کار قرار

گرفت و نهایتاً در سال ۱۴۰۲، شیوه‌نامه برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع تنظیم شد و در ۴ فاز در کل کشور شروع به کار کرد. (۳۰)

پروژه اجراپژوهی برنامه ملی سلامت خانواده

با توجه به گذشت نزدیک به بیست سال از آغاز اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، هنوز هم نارسایی‌های بسیاری در اجرای آن وجود دارد. به طوری که هم پزشکان به اجرای این برنامه اعتراض داشته و هم بیماران آن را مانعی برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی می‌بینند.

این پژوهش با توجه به اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و مناطق شهری زیر بیست هزار نفر (پزشک خانواده روستایی)، اجرای آزمایشی نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری استان فارس و مازندران و وضعیت اجرای برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع تدوین شده و اجرای برنامه مذکور را از ابعاد تولید، تامین مالی، ارائه خدمت، نیروی انسانی، تولید منابع و فرهنگسازی مورد بررسی قرار داده است. وجه تمایز این مطالعه در مقابل سایر مطالعات صورت گرفته این است که در این مطالعه، اجرای برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته شده است.

در این مطالعه، در مرحله اول مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی

و مناطق شهری زیر بیست هزار نفر و اجرای آزمایشی نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری استان مازندران و فارس مورد مطالعه قرار گرفته و نقاط ضعف و قوت آن احصاء شده است. در مرحله دوم به منظور بررسی میزان و نحوه اجرای برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع گزارشات دستگاه‌های مربوطه مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بازرسی کل کشور و سازمان برنامه و بودجه کشور در رابطه با این موضوع مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در بخشی دیگر، مصاحبه‌نخبگانی با سه گروه سیاست‌گذاران، مسئولین و مجریان برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع، خبرگان حوزه و جامعه افراد خدمت‌گیرنده در این برنامه صورت گرفته است. با توجه به گزارش وزارت بهداشت، ۴ دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کردستان، قزوین و زنجان به عنوان دانشگاه‌های پیشرو در پیاده‌سازی برنامه سلامت خانواده به منظور مصاحبه انتخاب شدند که از این بین فقط دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و زنجان حاضر به همکاری شدند. در مرحله آخر گزارشات و مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون بررسی شده و مسائل و چالش‌ها در قالب جلسات بحث گروهی (Focus Group Discussion) تحلیل می‌شود و نقطه نظرها و پیشنهادات اجرایی آن در قالب مطالعه حاضر تدوین شده است.

تاریخچه

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی

از اواخر سال ۱۳۸۱، تیمی متشکل از تمامی سازمان‌های بیمه‌گر و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در حوزه سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه‌ای جامع در مورد نظام‌های گوناگون سلامت در جهان و الگوبرداری از ساختار و روش‌های نظام سلامت برخی از کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرایی این تیم، تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان استان‌های آزمایشی در استقرار نظام جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده با هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر بود.

پس از وقوع زلزله فاجعه‌بار بم در سال ۱۳۸۲، نسخه نهایی آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت و همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت این وزارتخانه عملیاتی شد. این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادهای بخش سلامت وارد لایحه برنامه چهارم توسعه شد. در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی‌نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا

از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. (۲۳) به منظور کاهش بار مراجعات غیرضرور به پزشکان متعدد، سیستم ارجاع با سیاست بیمه روستاییان و صدور دفترچه بیمه و طرح پزشکی خانواده که بهم پیوند خوردند، شکل گرفت. در این سیستم، پزشک خانواده و تیم او، نقش دروازه‌بانی (Gate Keeper) دارند؛ برای این منظور پزشک خانواده در سطح یک در صورت تشخیص و ضرورت مراجعه‌کننده را به سطح ۲ ارجاع می‌دهند. (۳۱، ۳۲) در این برنامه به ازای هر ۴,۰۰۰ نفر یک پزشک، هر ۱,۰۰۰ یک بهورز و هر ۷,۰۰۰ نفر یک ماما اختصاص پیدا کرده است. در این طرح نزدیک به ۳۰ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

نقاط قوت طرح

۱) افزایش دسترسی: یکی از وظایف نظام سلامت، تامین دسترسی سهل و سریع به خدمات بهداشتی می‌باشد. فراهم بودن خدمات یکی از ابعاد ضروری کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی است و به این معناست که خدمات به نزدیک‌ترین مکان به محل کار و زندگی خدمت‌گیرندگان برده شود. فراهم بودن خدمات با میزان استفاده از خدمات رابطه نزدیکی دارد و از طرفی منعکس‌کننده عدالت در توزیع منابع سلامتی در نقاط مختلف کشور است. تیم پزشکی خانواده باعث افزایش دسترسی جامعه تحت پوشش به خدمات بهداشتی و پوشش بیمه‌ای در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شده بود. (۳۳)

۳۴) یافته‌های حاصل از تعداد مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده روستایی نشان می‌دهد که تعداد مراکز در سال‌های اولیه اجرای این طرح روند افزایشی داشته، تا اینکه به تعداد مشخصی رسیده‌است؛ این امر نشان‌دهنده تکمیل برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی، عشایری و شهرهایی با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر می‌باشد. (۳۵)

۲) بهبود شاخص‌های سلامتی: یکی از اهداف اصلاحات نظام سلامت، ارتقاء وضعیت شاخص‌های سلامتی می‌باشد. روند رشد ۸ شاخص بهداشت مادر و کودک از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ نشان داد برنامه پزشکی خانواده تاثیر مثبتی بر بهبود این شاخص‌ها را جمله مرده‌زایی، متولدین با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال و میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال داشته است. (۳۴)

۳) افزایش پاسخگویی: پاسخگویی فرآیندی است که ضمن آن همه اعضای سازمان باید در برابر اختیارات و وظایف محوله جوابگو باشند و نشانگر شوق و اراده‌ای است که در راستای وادار ساختن سازمان‌ها و گروه‌ها (رسمی یا غیررسمی) به پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در قبال وظایفی که برعهده دارند، ناشی می‌شود. با توجه به مطالعات صورت گرفته، پاسخگویی پزشک خانواده در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی موفق بوده‌است. (۳۱)

۴) کاهش هزینه‌های غیرضروری: جلوگیری از تحمیل هزینه‌های

سنگین و غیرضروری و رفع آنها در سطوح اولیه خدمات از نکات مورد توجه طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی می‌باشد؛ که با توجه به مطالعات صورت گرفته، این برنامه تا حدودی از بار مراجعات غیرضروری کاسته و موجب کاهش هزینه‌های سنگین سطح دوم شده است. (۳۴)

نقاط ضعف طرح

۱) **عدم ارسال پس‌خوراند:** عدم ارسال پس‌خوراند از پزشکان متخصص و اورژانس بیمارستان‌ها و عدم بازگشت بیمار به سطح یک، بعد از دریافت خدمات از سطوح بالاتر، مشکل اصلی در عدم رعایت سطوح نظام ارجاع است. در حالی که در دستورالعمل مربوطه، مسیر ارجاع در قالب یک جریان دوسویه پیش‌بینی شده تا زمینه تبادل اطلاعات بین سطوح را فراهم نماید. این جریان دوسویه در صورتی که به درستی برقرار گردد، متضمن مزایای فراوانی نظیر جلوگیری از انجام فعالیت‌های تکراری یا خلاء خدمت، تبادل اطلاعات علمی، شناخت نیازهای آموزشی و پیگیری و تداوم خدمات می‌باشد؛ در صورت عدم ارسال پس‌خوراند و عدم شکل‌گیری جریان دوسویه تبادل اطلاعات، این مزیت‌ها حاصل نشده و انتظارات موردنظر به دست نمی‌آید. در نظام سطح‌بندی خدمات بهداشتی و درمانی کشور، غایت وجودی سطح بالاتر، تکمیل خدمات سطوح پایین‌تر، پایش و نظارت بر عملکرد آنها و افزایش توانمندی سطح پایین‌تر می‌باشد که بخش عمده‌ای از آنها فقط از طریق مکانیزم ارتباطی دوسویه ارجاع عملی می‌گردد. (۳۱، ۳۲)

۲) عدم رعایت سطح بندی: سطح بندی خدمات در تنظیم دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده روستایی به گونه‌ای مورد توجه بوده است که خدمات درمانی در سطح پزشک عمومی برای کلیه جمعیت پیش‌بینی شده است، ولی تامین خدمات سطوح بالاتر به ارجاع بیماران از سوی پزشک خانواده در مواردی که قادر به درمان آنها نباشند، منوط شده است. در واقع خدمات تخصصی در صورتی تامین خواهد گردید که انجام آن به وسیله پزشک خانواده میسر نبوده و ضرورت واقعی برای ارائه آنها وجود داشته باشد. (۳۱) با توجه به مطالعات صورت گرفته، بسیاری از افراد برای دریافت خدمات به سطوح بالاتر و متعاقباً برای برخورداری از امتیاز مالی در نظر گرفته شده برای بیماران ارجاعی، برای دریافت برگ ارجاع به پزشک خانواده خود مراجعه می‌نمایند که این فرآیند با منطق نظام ارجاع منافات دارد. (۳۲)

۳) عدم ماندگاری پزشکان: فراوانی جذب و ریزش پزشک خانواده طی سال‌ها مطالعه نشان می‌دهد که فراوانی ریزش در هر سال رشد داشته است که این مسئله به دلایل مختلفی نظیر ادامه تحصیل و نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسائل محیطی می‌باشد و از طرفی وضعیت استخدامی پزشکان خانواده، عدم ثبات و امنیت پایین شغلی از دلایل دیگر این مسئله در ریزش‌ها بوده است. علی‌رغم بهبود در برخی از شاخص‌های مالی و رفاهی، ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد. (۳۴، ۳۵)

۴) عدم انجام ارزیابی: عدم ارزیابی و نظارت‌های جامع، کافی و موثر از طرف سازمان‌های ناظر و خریدار خدمت که علیرغم صرف منابع،

باعث عدم پیگیری و عدم تحقق کامل اهداف برنامه گردیده است. نداشتن اختیارات قانونی و ناکافی بودن زیرساخت‌ها از جمله مواردی است که ارزیابی همه‌جانبه را تحت تأثیر قرار داده است. (۳۳)

۵) آگاهی پایین بیماران: یکی از مسائل مهم، آگاهی پایین مردم از کلیات و محتوای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع و قوانین و مقررات مربوط به بهره‌مندی است. پایین بودن آگاهی مردم از فرآیند دسترسی و بهره‌مندی از خدمات تدارک دیده‌شده، نه تنها ممکن است باعث شود تا آنها از بعضی از خدمات در نظر گرفته‌شده به موقع بهره‌مند نشوند، بلکه برای بعضی از خدمات خارج از ضوابط، اصرار و پافشاری نمایند و یا مسیری خارج از چارچوب تعیین‌شده را طی نمایند که عملاً اجرای دستورالعمل را با اختلال مواجه خواهد نمود. در شرایط فقدان درک صحیح مردم از دستورالعمل مربوطه نه‌تنها اجرای صحیح آن با مشکل مواجه می‌شود، بلکه اجرای آن می‌تواند سبب ایجاد نارضایتی در خدمت‌گیرندگان شود. (۳۲)

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲)

در آبان ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاعی در سه استان منتخب میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انعقاد یافت. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند «ب» ماده (۳۷) قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور، مصوب سال ۱۳۸۷، ماده (۹۱) قانون برنامه پنجساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری

کشور، مصوب سال ۱۳۸۳، و تأکید هیأت محترم دولت و مجلس شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریع‌تر برنامه پزشکی خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین گردید، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

بر خلاف برنامه زمان‌بندی و تدوین شده، ریاست جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامه این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۶ اقدام به مصوب کردن شیوه‌نامه اجرایی نسخه (۰۲) و مصوبات آتی آن در هیأت وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاست‌گذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید. پس از تصمیم هیأت دولت مبنی بر اجرای برنامه، طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین متعاقب مصوب شدن نسخه (۰۲)، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه (۰۲) شیوه‌نامه اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد. (۲۸) در برنامه پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۲) به ازای هر ۲,۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت و یک پزشک اختصاص پیدا کرده است. در این طرح ۴,۵ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

نقاط قوت طرح

۱) **تقویت نظام ارجاع:** برنامه پزشکی خانواده در راه‌اندازی و تقویت نظام ارجاع مشارکت فعال داشته است. هماهنگی بین سطوح مراقبت در استان فارس بیشتر از مازندران بوده است و موجب کاستن از بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق‌تخصص نیز شده است. (۳۶) برنامه نسخه (۰۲) به صورت نظری به دستورالعمل پزشکی خانواده و نظام ارجاع توجه داشته است که قانونمند شدن و بهبودی در نظام ارجاع از دستاورهای این برنامه محسوب می‌شود. (۳۷) همچنین یکی دیگر از آثار مثبت برنامه پزشکی خانواده، دریافت بازخورد (پس‌خوراند) از اقدام‌های سطوح بالاتر برای بیماران است. (۳۸)

۲) **افزایش دسترسی:** افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی از دیگر آثار مثبت برنامه پزشکی خانواده است. دسترسی تقریبی ۸۰ درصد بیماران برای کلیه تسهیلات بهداشتی درمانی شامل داروخانه، مرکز پزشک خانواده، دندانپزشک، زایشگاه، بیمارستان و پایگاه بهداشت در کمتر از ۴۰ دقیقه امکان پذیر بود. (۳۶) با اجرای برنامه، دسترسی آسان به خدمات اولیه بهداشتی افزایش یافته که منظور هم دسترسی زمانی و هم دسترسی مکانی است. (۳۹) شناسایی و مراقبت‌های به موقع مادران باردار از دیگر عملکردهایی است که بالاتر از سطح متوسط قرار دارد. خدمات مطلوب و به موقع به مادران باردار ضمن این که از مراجعه غیرضروری پیشگیری می‌نماید، می‌تواند به عنوان یکی از زیرساخت‌های لازم سطح اول، کمکی هم به سیاست

فرزندآوری نماید. (۴۰) دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی، از طریق غربال بیماران در سطح یک و کاهش بار مراجعه به سطوح بالا ایجاد شده و همه بیماران نیازمند به خدمات سطوح بالا ویزیت خواهند شد. همچنین بیماران و مراجعان سطح یک، خدمات مورد نیازشان را از سطح یک دریافت می‌کنند. (۳۹) تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت شهری از دستاورهای این برنامه محسوب می‌شود. با اجرای طرح، همه بسته‌های خدمت برای همه گروه‌های سنی توسط یک تیم سلامت به آنها ارائه می‌شود و همچنین پزشک در کنار غیر پزشک قرار گرفته است و از ظرفیت بخش خصوصی استفاده می‌شود. هر ۱۵ هزار نفر یک مرکز بهداشتی درمانی و یک پزشک بود، حالا برای این ۱۵ هزار نفر، پنج پایگاه پزشکی خانواده است. مکان‌های ارائه خدمت به محل زندگی مردم نزدیک‌تر شده است. افزایش زمان و کیفیت نیز اتفاق افتاده است، قبلاً زمان خدمت، ساعت ۷ تا ۱۴ بود و در حال حاضر دو نوبت کاری شده است. (۳۹)

۳) کاهش پرداخت از جیب: با اجرای برنامه پزشکی خانواده کاهش پرداخت‌ها از جیب مردم حاصل شد و موجب شد مردم دغدغه پرداخت از جیب و سرگردانی در سیستم ارائه خدمات را نداشته باشند. هزینه‌های سلامت و سهم خانوار از این هزینه‌ها کاهش پیدا کرده است. (۴۱) پایین‌ترین سطح عملکرد برنامه مربوط به رعایت عدم دریافت وجه از بیماران در مورد خدمات رایگان بوده است. (۴۰) کاهش هزینه‌ها در خصوص هزینه‌های ویزیت، دارو، درمان، ایاب و ذهاب، کاهش مصرف دارو و خدمات پاراکلینیکی، اصلاح مصرف

دارو، صرفه جویی در وقت بیماران رخ داده است. (۳۹)

۴) رضایتمندی از خدمات: ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه و رضایتمندی از خدمات ارائه شده با برنامه پزشکی خانواده مقدر شد. از طرفی شاخص‌های کل بهداشتی نیز با برنامه پزشکی خانواده ارتقاء پیدا کرده است. (۳۷) ارتقا سطح سلامتی از طریق ترجیح پیشگیری بر درمان، توجه ویژه به مراقبت‌های بهداشتی، معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار، تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، استفاده از خدمات پزشک عمومی در سطح اول، دسترسی آسان و ارزان به خدمات بهداشتی و درمانی در سطح اول، افزایش کیفیت ارائه خدمات سطوح بالا و کاهش بروز خطا به دلیل کاهش بار مراجعه، مراقبت فعال از بیمار رخ داده است. (۳۹)

۵) یکپارچگی ارائه خدمات: سازماندهی خدمت‌رسانی بخش بهداشت و درمان با برنامه پزشکی خانواده میسر شد. از طرف دیگر موجب تسهیل پاسخگویی به مردم در نظام سلامت شد. (۴۲) نزدیک به نیمی از واحدهای مجری، با بیش از یک پزشک خانواده کار می‌کردند. حتی در برخی پایگاه‌های سلامت شهری و مراکز درمانی تامین اجتماعی، استقرار بیش از ۵ پزشک خانواده هم گزارش شد. این تعداد نیرو از این جهت که می‌توانند جایگزین یکدیگر شوند، موجب جلوگیری از نارضایتی مردم می‌شود. (۴۳) از بالاترین دستاوردهای برنامه پزشکی خانواده می‌توان به افزایش بیماری‌یابی و مراقبت از بیماری‌ها اشاره کرد. (۳۷) ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی تکاملی انجام می‌شود، با سطح‌بندی خدمات در مناطق شهری و

کاهش هزینه‌های غیرضروری ۸۰ درصد نیازها پوشش داده شد و ۲۰ درصد افراد ارجاع داده می‌شوند که به این ترتیب هزینه‌های سیستم و مردم کاهش پیدا می‌کند. بیمار سردرگم نمی‌شود و اولین حرکت را از پزشک خانواده شروع می‌کند، از طرفی هزینه‌های حمل و نقل کاهش می‌یابد. و از طرف دیگر هزینه ویزیت و داروهایی که متخصص می‌نویسد، گران‌تر است. (۳۹)

۶) تجهیز مراکز: به طور متوسط ۳۰ قلم از تجهیزات پزشکی از ۴۵ قلم در دسترس پزشکان خانواده در دو استان بوده است. در مازندران ۴۲ درصد پزشکان دارای ۳۱ تا ۳۵ نوع تجهیزات پزشکی و در فارس بیشترین درصد پزشکان دارای ۲۶ تا ۳۰ نوع از تجهیزات پزشکی بوده‌اند. همچنین ۲۱ آیتم (۴۶ درصد) از ۴۵ نوع تجهیزات پزشکی عموماً در دسترس کلیه پزشکان خانواده در دو استان بوده است. (۳۶)

۷) مشارکت پزشکان در سیر درمان: عامل دو سویه بین تیم سلامت و پزشکان عمومی شاغل در مطب‌ها و یا پایگاه‌های سلامت با وجود برنامه پزشکی خانواده به وقوع پیوست. مشارکت مشابه پزشکان خانواده در درمان و پیگیری ۱۹ نوع بیماری بوده است. بیشتر پزشکان خانواده گفته بودند که آن‌ها پزشک رایج برای بیمارانی بوده‌اند که در سه مورد از مشکلات و بیماری‌ها از آنها مشاوره می‌گرفتند: زخم معده، دیابت نوع ۲ و افسردگی. برای شش بیماری دیگر، نصف تا دو سوم پزشکان خانواده اعلام کرده بودند که بیماران از آنها معمولاً در درمان بیماری خود مشاوره می‌گرفتند که شامل: پرکاری تیروئید،

برونشیت مزمن، گل مژه، فتق، دیسک بین مهره‌ای، ذات‌الریه و آرتریت روماتوئید، می‌شده است. مشارکت پزشکان خانواده در بیماری‌های مغزی (حوادث حاد عروق مغزی، نارسایی احتقانی مغز، ضربه مغزی)، سالپنژیت، پارکینسون و پیگیری مراقبت سل، کم بوده است. (۳۶)

۸) سایر موارد: از دیگر دستاوردهای برنامه پزشکی خانواده می‌توان مواردی از جمله اشتغال‌زایی، الکترونیکی شدن پرونده سلامت، حمایت از قشر محروم جامعه، افزایش توانمندسازی و بهبود جایگاه و معیشت پزشکان، کاهش بار مراجعات غیر ضروری، دسترسی به آموزش‌های همگانی و اطلاع‌رسانی را ذکر کرد. (۳۷)

نقاط ضعف طرح

۱) ضعف در طراحی و اجرا: برنامه‌ها باید با توجه به مستندات علمی، شواهد و نمونه‌های موفق جهان و توسط نخبگان حوزه سلامت و ذینفعان تدوین شود. نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده در طراحی دستورالعمل‌های اجرایی پرنوسان بوده و نظرات ذی‌نفعان سلامت و نیروهای صف نظام سلامت در آن اعمال نشده است. همچنین در اجرا نیز به صورت شتاب‌زده و بدون ارزیابی شرایط موجود از منظر ساختار و منابع صورت گرفت. شتاب‌زدگی و عدم توجه به نظر کارشناسان، سیاسی‌شدن برنامه با طرح آن در هیئت دولت و دستور اجرای دوساله در کل کشور و تغییرات مدیریتی از برنامه پزشکی

خانواده وجهه مناسبی نساخت. (۴۱) تحلیل مستندات گردآوری شده حاکی از آن است که، در تصمیم دولت و وزارت بهداشت بر استقرار برنامه پزشکی خانواده و همچنین تهیه دستورالعمل نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده، به زیرساخت‌هایی نظیر حکمرانی، توجیه ذی‌نفعان سیاست، منابع مالی و انسانی، زیرساخت آموزشی، پشتوانه حقوقی و قانونی و پرونده الکترونیک سلامت توجه کافی نشده است. (۴۴) یکی از چالش‌های اساسی در روند اجرای نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده در کشور، عدم مشارکت و همکاری بین‌بخشی میان دستگاه‌های مختلف بوده است. ابهام در وظایف میان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی باعث عدم ثبات در تصمیم‌گیری شده و احساس موقتی بودن چارچوب و الزامات را به ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت القا کرد. (۳۷، ۳۸) ضعف نظارت و ارزشیابی و عدم وجود سازوکار مشخص و شفاف آن، یکی دیگر از چالش‌های نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده بوده است. همچنین شاخص‌های ارزشیابی اثربخشی لازم را نداشته و ناظرین و پایش‌کنندگان نیز از مهارت و دانش کافی برخوردار نبودند. سازمان‌های بیمه‌گر نیز به عنوان خریدار خدمت، برنامه‌ریزی و مدیریت اطلاعات جامعه نداشته و در ارزیابی‌ها به اثربخشی و بهبود سلامتی جامعه هدف توجهی ندارند. همچنین پایش‌کنندگان سازمان‌های بیمه‌گر، تخصص لازم در پایش پزشکان را نداشته و ارزیابی به صورت صحیح صورت نگرفته است. (۳۹)

۲) ضعف در نظام پرداخت و تامین مالی: از جمله چالش‌های اجرای نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده می‌توان به عدم تخصیص به موقع و کافی اعتبارات مورد نیاز اجرای این طرح اشاره کرد. (۳۸) رابطه میان سازمان‌های بیمه‌گر و ارائه‌دهندگان خدمت بر اساس قراردادی شفاف و بدون خدشه نبوده و این سازمان‌ها در صورت تاخیر در انجام تعهدات خود، هیچ‌گونه خسارتی به ارائه‌دهندگان خدمت نمی‌پردازند و با افزودن به بسته خدمتی نیز پرداخت اضافه‌ای صورت نمی‌گیرد. (۴۴) عدم تامین منابع پایدار مالی، معوقات سازمان‌های بیمه‌گر به تیم سلامت را در پی داشته‌است. (۳۹) تاخیر در پرداخت سرانه، فقدان پرداخت مبتنی بر عملکرد، فقدان نظام تنبیه و تشویق، پرداخت کارانه و ارجاع معکوس از جمله عواملی است که اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را با مشکل مواجه کرده است. (۴۰) همچنین نظام پرداخت به سایر اعضای تیم سلامت (غیر از پزشکان خانواده) غیرشفاف بوده و در مواردی با بی‌عدالتی همراه بوده است. (۳۹)

۳) ضعف در فرآیند ارجاع: نظام ارجاع در نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده در ابتدا الزامی بوده ولی پس از مدتی به دلیل فقدان الزامات قانونی، رعایت نظام ارجاع اختیاری شده‌است. (۳۹) همچنین عدم همکاری لازم بین پزشکان خانواده و متخصصین در سطح دو و سه، عدم ارائه بازخورد (پس‌خوراند) توسط متخصصین به سطح یک، ارجاع معکوس و عدم تبعیت پزشکان متخصص از نظام ارجاع از جمله عواملی است که اجرای نظام سطحبندی و ارجاع را با چالش

مواجه کرده است. (۴۱) رایگان شدن ویزیت پزشکان خانواده باعث افزایش مراجعات غیرضرور مردم به پزشکان خانواده شده و افزایش بار مراجعه موجب شلوغی مراکز و افت کیفیت خدمات شده است؛ در واقع ارجاعات القایی و بار مراجعات غیرضرور مشکلات اجرایی را برای برنامه پزشکی خانواده ایجاد کرده بود. (۳۷)

۴) **عدم تناسب دریافتی با حجم کار:** عدم حمایت مالی مناسب از پزشکان خانواده باعث کاهش انگیزه آنها در اجرای نظام ارجاع شده است. همچنین عدم تناسب حجم کار و نیروی انسانی به دلیل کمبود پزشک و سایر اعضای تیم سلامت، منجر به خستگی مفرط و انصراف از کار تیم سلامت شده است. (۳۹) یکی از دلایل کمبود نیروی انسانی تمایل پزشکان به تک‌شیفته بودن و عدم اشتغال در شیفت شب بوده است. (۴۱) عدم پرداخت به‌موقع مطالبات پزشکان و پایین بودن سرانه دریافتی از دلایل عمده عدم ماندگاری پزشکان به عنوان پزشک خانواده بوده است. (۳۹)

۵) **ضعف در پرونده الکترونیک سلامت:** یکی از دلایل عمده قطع ارتباط بین سطوح مختلف نظام ارجاع، کاغذی بودن پرونده سلامت بیمار بیان شده است که منجر به کند شدن روند ارجاع بیمار به سطوح بالا و بازگشت پس‌خوراند شده است. عدم وجود زیرساخت، پیچیدگی سامانه‌ها و ناکافی بودن مهارت در اعضای تیم سلامت موجب عدم عملیاتی شدن پرونده الکترونیک در نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده شده بود. (۳۹)

۶) **عدم فرهنگسازی:** عدم فرهنگسازی مناسب از چالش‌های نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده محسوب می‌شود. (۳۷) اطلاع مردم از ماهیت پزشک خانواده و خدمات و مزایای برنامه، بی‌اعتمادی به توانمندی‌های پزشک خانواده و خدمات و مزایای برنامه، عدم تمکین برخی از بیماران از اصول نظام ارجاع، تمایل بیماران به مراجعه به متخصصین، رفتار خشونت‌آمیز بیماران با پزشکان خانواده برای دریافت برگه ارجاع، عدم همکاری بیمار در تحویل برگه پس‌خوراند به پزشک و ارجاع یک‌طرفه مسائلی است برنامه پزشکی خانواده با آن مواجه بوده است. (۳۹)

الزامات قانونی

الزامات قانونی زیر، دولت را به اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع موظف می‌کند.

- بند (۸) سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳، بر افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع تاکید کرده است.
- ماده (۱۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، مصوب سال ۱۳۷۳، بر ارائه خدمات درمانی به

روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و نظام ارجاع تاکید کرده‌است.

- ماده (۸۹) قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب سال ۱۳۸۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می‌ساخت که از راه سطح‌بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی- درمانی را منطقی و عادلانه سازد.

- ماده (۹۰) قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود باید سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت (که در آن زمان بیش از ۵۵ درصد بود) به حداکثر ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندکشان هزینه‌های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می‌شد به یک درصد تقلیل یابد.

- ماده (۹۱) قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع تأکید کرده بود.

- بند «ج» ماده (۳۲) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب سال ۱۳۸۹، که در آن تأکید شده بود سامانه خدمات

جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشکی خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.

- بند «د» ماده (۳۲) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛ راهنماهای درمانی اورژانس‌های پزشکی را تهیه نموده، جهت تصویب به هیأت محترم وزیران ارسال نماید.
- بند «ج» ماده (۳۴) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی

علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

- بند «الف» ماده (۳۵) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.
- بند «ج» ماده (۳۸) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تاکید شده است به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجرا نماید.
- بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه پنج‌ساله ششم

توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب سال ۱۳۹۶، که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت، حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی کند.

• بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در 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 پزشکی خانواده، با به کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، فرد فرد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

- بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی‌شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند «الف» این ماده هستند.

- جز (۱) بند «الف» ماده (۶۹) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور، مصوب سال ۱۴۰۳، که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با هدف ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت و استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی، ظرف دو سال از لازمالاجرا شدن این قانون، با آماده‌سازی مراکز امن داده و استقرار امضای الکترونیکی، کلیه سامانه‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات و کالای سلامت از جمله سامانه‌های بیمارستانی، نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی سرپایی، نرم‌افزارهای حوزه بهداشتی (سطح اول خدمات سلامت)، سامانه پایش و ممیزی اسناد سلامت و سامانه‌های خودمراقبتی را به‌صورت یکپارچه به یکدیگر متصل نموده و با جمع‌آوری کلیه داده‌های سلامت تولیدشده از این مبادی و ذخیره‌سازی امن و متمرکز آنها در پایگاه ملی سلامت مبتنی بر قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی ضمن صیانت از اطلاعات سلامت شهروندان، نسبت به در اختیار قرار دادن اطلاعات موجود به پزشکان معالج یا هر فرد یا گروهی که قانوناً یا بر اساس مجوز اخذ شده از مالک اصلی اطلاعات (شهروند) امکان استفاده از این اطلاعات را دارد، اقدام نماید. وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور با هدف استقرار نظام معماری یکپارچه سلامت الکترونیک را تهیه نموده و به‌تصویب هیأت وزیران برساند.

• بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور که در آن تصریح شده است؛ تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرائی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و پرداخت عملکردی بر اساس 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 و با در نظر گرفتن اولویت پیشگیری بر درمان با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، صیانت 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 متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (بهداشتی، تشخیصی، دارویی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی) در بخش‌های سرپایی و بستری، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات رقومی (دیجیتال) و نیز در سایر حوزه‌های سلامت مکلفند از خطمشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت کنند.

• بند «پ» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است 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 نسبت به استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیتهای حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید. همزمان با استقرار کامل برنامه

مذکور، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به هماهنگی پرداخت مشوق‌های تعیین‌شده در برنامه برای توسعه کمی و کیفی بسته بیمه پایه سلامت و اصلاح نظام پرداخت بیمه‌ای مطابق جزء (۷) بند (۹) سیاست‌های کلی سلامت اقدام قانونی لازم را اعمال نماید.

- بند «ج» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور که در آن تصریح شده است؛ به‌منظور اجرائی نمودن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بیمارستان‌های وابسته به دولت و تأمین اجتماعی، بیمارستان‌های وابسته به دستگاه‌های اجرائی و بیمارستان‌های خصوصی که در چهارچوب سطح‌بندی و نظام ارجاع همکاری دارند، پزشکان متخصص این بیمارستان‌ها مکلفند روزانه حداقل به تعدادی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر می‌نماید به بیماران ارجاعی از سطح اول، خدمت ارائه دهند.

بودجه و اعتبارات

در هر کشور منابع اقتصادی به صورت ادواری (معمولاً سالیانه) به بخش‌های مختلف توسعه جامعه مانند صنعت، آموزش، کشاورزی، امنیت، امور اجتماعی، سلامت و ... در قالب بودجه تخصیص می‌یابد.

هر چند که نسبت تخصیصی به هر بخش تابع موقعیت کشور در آن مقطع و دوره زمانی، اولویت‌ها، سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلی کشور است ولی در نهایت نشان‌دهنده دیدگاه و اولویت‌های سیاست‌گذاران و متولیان آن جامعه است. (۴۵)

در راستای تاکید بر ضرورت استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری در سیاست‌های کلی سلامت و همچنین الزام به استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در برنامه‌های توسعه کشور، اجرای این برنامه در فهرست اقدامات وزارت بهداشت قرار گرفت، لکن علی‌رغم اینکه انتظار می‌رفت پس از گذشت نزدیک به ۲۰ سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستایی، اقدامات موثری جهت اجرای این برنامه در سراسر کشور صورت گیرد، اما مروری بر اعتبارات مصوب و اختصاص‌یافته به این برنامه در طی سال‌های اخیر از یک سو و عملکرد برنامه از سوی دیگر نشان داده است نه تنها اعتبار اختصاص‌یافته با اهداف کلی یعنی گسترش برنامه به کل کشور همخوانی نداشته، بلکه به‌نظر می‌رسد دولت برنامه‌ای مدون و عملیاتی برای گسترش گام به گام طرح نداشته که این مسئله با سیاست‌های کلی سلامت مغایرت دارد.

اعتبار برنامه پزشکی خانواده روستایی به موجب تفاهم‌نامه‌ای که در سال ۱۳۹۳ با سازمان بیمه سلامت و سازمان برنامه و بودجه تنظیم شد، از تجمیع اعتبارات از محل یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده (ماده ۳۷ قانون الحاق ۲) به عنوان سهم وزارت بهداشت و

اعتبارات بیمه پایه روستائیان به عنوان سهم سازمان بیمه سلامت ایران تامین مالی می‌شود. عملکرد برنامه پزشکی خانواده روستایی نشان‌دهنده موفقیت این برنامه در بستر شبکه‌های بهداشتی و درمانی تاکنون بوده است، اما عدم تامین مالی متناسب با حجم خدمات و عدم تخصیص کافی اعتبارات، موفقیت و اثرگذاری این برنامه را در سال‌های اخیر با چالش جدی مواجه کرده است. بنابر گزارش وزارت بهداشت، در سال ۱۳۹۹؛ علی‌رغم اینکه برای اجرای این برنامه ۴,۵۰۰ میلیارد تومان اعتبار برآورد شده بود، اما ۳,۸۳۰ میلیارد تومان اعتبار در نظر گرفته شد که ۱,۹۳۰ میلیارد تومان سهم صندوق بیمه سلامت و ۱,۹۰۰ میلیارد تومان از محل یک واحد درصد به عنوان سهم وزارت بهداشت مصوب شد.^۱

جدول ۱: اعتبارات برنامه پزشک خانواده روستایی طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۸

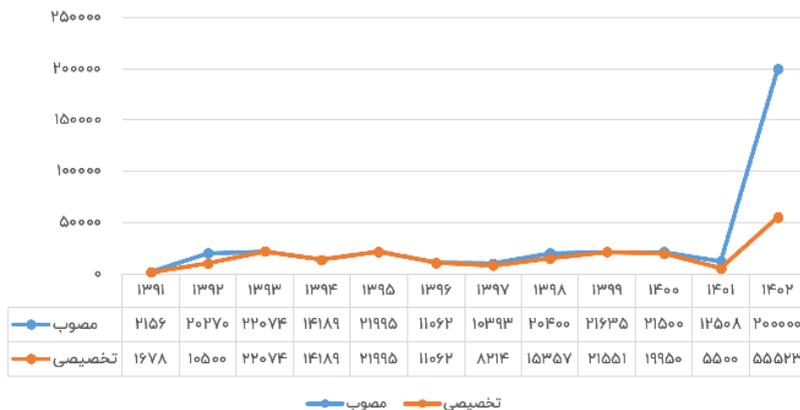
سال	یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده			صندوق بیمه روستایی			جمع اعتبارات برنامه	
	پیش‌بینی	تخصیص	درصد تخصیص	پیش‌بینی	تخصیص	درصد تخصیص	پیش‌بینی	تخصیص
۱۳۹۴	۹,۰۰۰	۷,۵۰۰	۸۳%	۱۲,۴۳۵	۱۲,۳۳۰	۹۲%	۲۲,۴۳۵	۱۹,۸۳۰
۱۳۹۵	۱۵,۰۰۰	۱۱,۷۰۰	۷۸%	۱۳,۹۰۰	۱۳,۹۰۰	۹۲%	۳۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰
۱۳۹۶	۱۳,۵۰۰	۱۲,۵۷۰	۹۳%	۱۶,۵۰۰	۱۳,۱۵۰	۸۰%	۳۰,۰۰۰	۲۵,۷۲۰
۱۳۹۷	۱۴,۰۰۰	۱۰,۶۱۰	۷۵%	۱۴,۰۰۰	۱۰,۸۴۴	۷۷%	۲۸,۰۰۰	۲۱,۴۵۴
۱۳۹۸	۱۶,۰۰۰	۱۴,۰۰۰	۸۸%	۱۶,۰۰۰	۱۴,۴۶۸	۹۰%	۳۲,۰۰۰	۲۸,۴۶۸

آنچه از سال ۱۳۹۸ در خصوص اعتبارات برنامه پزشک خانواده مطرح است؛ اعتبار لحاظ شده از محل منابع طرح تحول سلامت (موضوع ماده ۴۶ قانون الحاق ۲) به برنامه پزشکی خانواده است. در راستای تکلیف وزارت بهداشت در بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم

۱ قوانین بودجه‌های سنواتی کشور

۲ گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

توسعه، برنامه تحول شهری در بستر طرح تحول سلامت آغاز شد. ۳



نمودار ۱: کل اعتبارات برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۹۱-۱۴۰۲ (میلیارد ریال) ۴

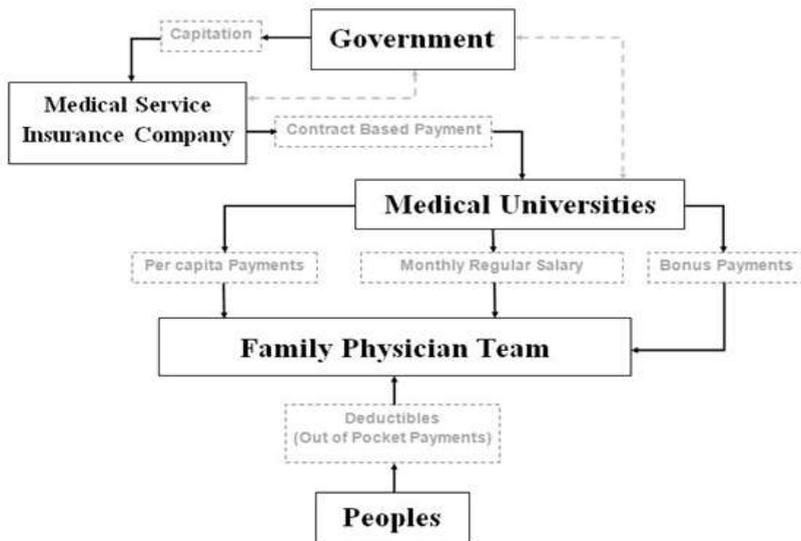
از آنجایی که موضوع سلامت و بهداشت یک مسئله حاکمیتی بوده و اسناد بالادستی نیز بر حمایت دولت و ایجاد دسترسی عادلانه تاکید داشته است؛ لکن در لوائح بودجه سنواتی دولت پراکندگی برنامه‌ها و اعتبارات اختصاص یافته در حوزه بهداشت نمی‌تواند دستیابی به این اهداف را مقدور کند.

۳ قوانین بودجه‌های سنواتی کشور

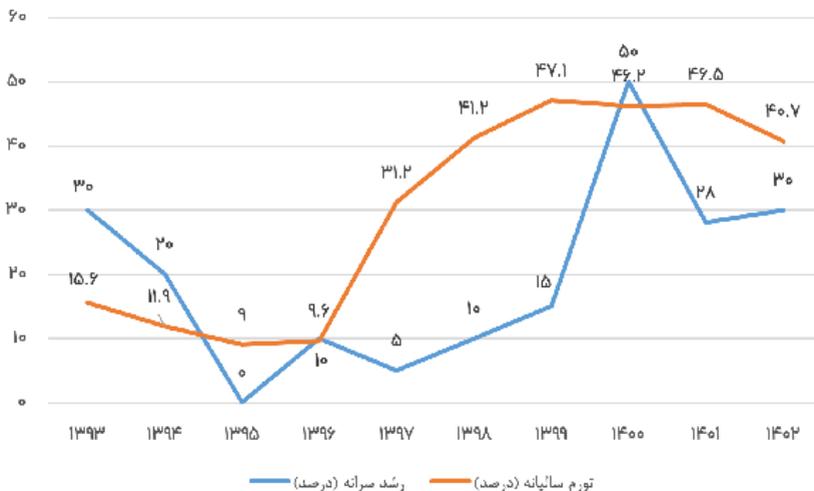
۴ گزارش سازمان برنامه و بودجه کشور

نظام پرداخت

بخش اصلی پرداخت‌های برنامه پزشک خانواده در ایران بر اساس سرانه بوده که به جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده اختصاص داده می‌شود. دولت بودجه سرانه را به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌کند؛ سپس، سازمان‌های بیمه‌گر با دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان ارائه دهنده خدمت قرارداد بسته و آنها مسئول ارائه خدمات تعیین شده به جمعیت هدف هستند. دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس قرارداد سالانه حقوق ثابت ماهانه و یا سرانه به پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت پرداخت می‌کند. (۴۶) یکی از اصلی‌ترین چالش‌های نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده ایران، عدم کفایت سرانه بوده است.



شکل: فرآیند تامین مالی در برنامه پزشکی خانواده ایران (۴۶)



نمودار ۲: وضعیت رشد سرانه پزشک خانواده و تورم سالیانه

برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع

با شروع دولت سیزدهم، مجدداً برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با هدف استانداردسازی و تقویت شبکه بهداشت و درمان، دسترسی مناسب مردم برای دریافت خدمات اولیه سلامت به صورت رایگان و سایر خدمات موردنیاز، بازنگری و بروز نمودن راهنماهای بالینی، دستورالعمل‌ها و بسته‌های خدمتی سطح یک و پوشش خدمات مراقبتی فعال در دستور کار قرار گرفت و نسخه (۰۳) شیوه‌نامه برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در زمستان ۱۴۰۱ طراحی شد. پس از آن در بهار ۱۴۰۲ نام طرح به برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع تغییر یافت و اجرای این طرح با این نام ادامه پیدا کرد. (۳۰)

این برنامه جامع، مستمر و یکپارچه ارائه فعال بسته‌های استاندارد خدمات بهداشتی اولیه و درمانی (فرد محور، خانواده محور و جامعه محور) است که در قالب تیمی توسط مراقبین سلامت، پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت، مبتنی بر مشارکت‌های فرد و جامعه بر اساس هماهنگی درون سازمانی و بین‌بخشی و مطابق با بلوک‌بندی‌های جغرافیایی، جمعیت تعریف‌شده و با رعایت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک صرفاً در قالب شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌شود. در این برنامه هر ۱۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت، ۳۰۰۰ نفر یک پزشک خانواده، ۲۵۰۰۰ نفر یک دندانپزشک (مسئول ارائه خدمات سلامت دهان و دندان)، ۲۰۰۰۰ نفر یک کارشناس تغذیه، ۲۰۰۰۰ یک کارشناس سلامت روان (روانشناس بالینی)، ۴۰۰۰۰ نفر یک کارشناس ناظر ماما و هر ۴۰۰۰۰ نفر یک کارشناس ناظر بیماری‌ها خواهند داشت. انتخاب پزشک خانواده به صورت انتخابی از مجموعه پزشکان یک محدوده جغرافیایی مشخص شده و سایر اعضای تیم سلامت به صورت غیرانتخابی می‌باشد. محل استقرار پزشک خانواده و مراقب سلامت در پایگاه‌های سلامت و سایر اعضای تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت شهری می‌باشد.

بسته‌های خدمت قابل ارائه در این برنامه در سطح یک با اولویت خدمات پیشگیرانه، سهل‌الوصول، جامع، باکیفیت، هزینه‌آفرین، قابلیت پیوستگی ارائه، ارائه فعال و هماهنگ با سایر خدمات در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی شامل بسته‌های خدمات اساسی گروه‌های سنی، گروه‌های ویژه، تدابیر فوریت‌های پزشکی، سلامت

جمعیت منطقه‌ای، سلامت محیط و کار، آموزش و فرهنگسازی جامعه و در سطح دو و سه مبتنی بر چارچوب استانداردها و راهنماهای بالینی مصوب شورای عالی بیمه سلامت (در حال حاضر برابر با خدمات بیمه پایه)، با رعایت نظام ارجاع و نقش دروازه‌بانی پزشک خانواده به عنوان مسئول تیم سلامت و به منظور کاهش بار ویزیت مستقیم بیماران توسط سطوح تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، انجام می‌گردد.

در این برنامه، پرونده الکترونیک سلامت افراد (شامل سوابق ارزیابی خطرات فردی، بیماری‌ها، آزمایشگاهی و پاراکلینیک، داروهای مصرفی و ...) با قابلیت دسترسی توسط کلیه ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح یک، دو و سه و ارائه گزارش و بازخورد مناسب استاندارد به همدیگر تشکیل می‌گردد.

ساختار ارائه خدمات

محیطی‌ترین واحد ارائه خدمت، پایگاه سلامت می‌باشد که به ازای هر ۳۰۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر جمعیت جانمایی می‌شود که این پایگاه‌ها می‌توانند به صورت تجمیعی نیز استقرار یابند. در هر پایگاه سلامت مراقب سلامت، پزشک خانواده، پذیرش (در صورت حداقل ۲۰ ویزیت روزانه) و خدمتگزار (به صورت خرید خدمات) مشغول کار می‌باشند. چند پایگاه سلامت، زیر نظر یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری (با جمعیتی بین ۲۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها بین ۲۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ نفر) قرار دارند. مسئول مرکز ترجیحاً یک پزشک متخصص

خانواده یا پزشک عمومی خانواده می‌باشد که وظیفه‌اش نظارت فنی و عملکردی بر روی پایگاه‌های سلامت بوده و دارای جمعیت مستقلى برای دریافت خدمت مستقیم از ایشان، نمی‌باشد. علاوه بر آن در هر مرکز، یک دندانپزشک، کارشناس تغذیه، سلامت روان، سلامت محیط و کار، کارشناس ناظر مامائی و کارشناس ناظر بیماری‌ها قرار دارند. وظیفه اصلی این افراد نظارت و آموزش مستمر افراد شاغل در پایگاه‌ها بوده و در صورت لزوم (ارجاع افقی از مراقب سلامت و یا مراجعه مستقیم بر اساس دستورالعمل ابلاغی) خدمت ارائه می‌دهند.

هماهنگی بین‌بخشی

در سطح ملی، ستاد ملی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع با حضور رئیس جمهور، معاون اول رئیس جمهور و وزیر بهداشت به ترتیب به عنوان رئیس، جانشین رئیس و دبیر ستاد تشکیل شده و وظیفه اصلی سیاست‌گذاری و تعیین راهبردهای کلان را برعهده دارد. ستاد ملی بعدی، ستاد هماهنگی کشوری برنامه با ریاست وزیر بهداشت، و معاون بهداشت به عنوان جانشین رئیس و دبیر ستاد، با وظیفه تصویب و ابلاغ مصوبات مرتبط با اجرای برنامه، می‌باشد. ستاد اجرایی کشوری برنامه سلامت خانواده با ریاست معاون بهداشت وزارت و رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت به عنوان جانشین رئیس و دبیر ستاد با مسئولیت تهیه و تدوین فرآیندها و دستورالعمل‌های اجرایی در سطح ملی و ... تشکیل

می‌گردد.

در سطح استانی نیز ستاد هماهنگی استان با ریاست استاندار و رئیس دانشگاه مرکز استان به عنوان دبیر ستاد، با وظیفه هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی استان تشکیل می‌گردد. در سطح دانشگاهی، ستاد اجرایی برنامه سلامت خانواده با ریاست رئیس دانشگاه و دبیری معاون بهداشت با مسئولیت ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای شیوه‌نامه و اتخاذ تصمیمات اجرایی منطقه‌ای تحت پوشش دانشگاه بر اساس اختیارات مندرج در شیوه‌نامه، تشکیل می‌گردد.

ذیل این ستادها، کمیته‌های اطلاع‌رسانی و روابط عمومی، آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی، نظارت، خدمات دارویی، آمار و فناوری اطلاعات، ساماندهی تامین و توزیع منابع، آموزش منابع انسانی، پژوهش‌های کاربردی، نظام ارجاع و بازنگری و بروزرسانی بسته خدمات سطح یک، و بیمه حسب مورد در سطح ملی، استانی، دانشگاهی و شهرستانی تشکیل و انجام وظیفه می‌نمایند.

آموزش

در برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع، آموزش مردم (گیرندگان خدمت) و ارائه‌دهندگان خدمت جایگاه بسیار مهمی دارد. در تمامی بسته‌های خدمتی ارائه‌شده، آموزش چهره‌به‌چهره به گیرنده خدمت، رکن اصلی خدمت محسوب می‌شود. علاوه بر آن، آموزش‌های گروهی و آموزش در سطح جامعه با روش‌های مختلف (حضوری و

مجازی) نقش به‌سزایی دارد. در این زمینه توانمندسازی مردم برای مدیریت بیماری خودشان و خانواده‌شان (خود مراقبتی) جایگاه مهمی داشته و اطلاعات مربوط به این نوع مراقبت، به پرونده شهروند متصل بوده و به صورت مشخصی که نشان داده می‌شود توسط خودشان انجام شده، ثبت می‌گردد.

آموزش به ارائه‌دهندگان خدمت در زمان تحصیل دانشگاهی به منظور کسب دانش و مهارت کافی برای ارائه خدمت در عرصه ارائه خدمات سطح یک از طریق اصلاح کوریکولوم‌های آموزشی، ایجاد شرایط گذراندن دوره‌های کارورزی در عرصه مراکز آموزشی بهداشتی و همچنین گذراندن آموزش‌های تکمیلی بدو خدمت و حین خدمت در مراکز آموزشگاه‌های بهورزی فعلی (با تبدیل آنها به مراکز آموزش PHC) به صورت مستمر و هدفمند می‌باشد.

منابع مالی برنامه

منابع مالی این برنامه از منابع بودجه عمومی دولت (یک واحد درصد از مالیات بر ارزش افزوده)، بیمه‌های اجتماعی پایه (برای پرداختی سهم سازمان ویزیت‌ها، داروها و پاراکلینیک) و پرداخت مستقیم از جیب مردم (برای پرداختی سهم مردم ویزیت‌ها، داروها و پاراکلینیک) مطابق با شیوه‌نامه اجرای برنامه ملی سلامت خانواده، تامین خواهد شد. منابع بودجه عمومی نیز بر اساس یک تفاهم‌نامه سالیانه ۳ جانبه بین وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت و سازمان برنامه و بودجه، بر اساس عملکرد دانشگاه‌ها، از سوی وزارت بهداشت

به سازمان بیمه سلامت منتقل شده و عیناً بر اساس آن از طرف سازمان مذکور به دانشگاه‌ها تخصیص می‌یابد.

نظام پرداخت

الف) تیم پزشکی خانواده (سطح یک)

پرداخت به تیم پزشکی خانواده سطح یک ارائه خدمت به صورت ترکیبی^۵ است که شامل ۵ بخش به شرح ذیل می‌باشد:

۱) حقوق ثابت پایه برای همه کارکنان تیم سلامت: این حقوق برای کارکنان رسمی، پیمانی، قرارداد کار معین و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان بر اساس نظام پرداخت حاکم بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود. برای سایر کارکنان (شرکتی، برون‌سپاری، خرید خدمت و ...) شاغل در واحدهای دولتی، براساس طرح هماهنگ طبقه‌بندی مشاغل قانون کار با در نظر گرفتن کلیه مزایا (پایه، سنوات، بن، مسکن و ...) در هر سال تعیین می‌گردد. سپس با توجه به مدرک تحصیلی و شرایط محرومیت منطقه‌ای (مصوبه ۱۳۸۸/۰۲/۲۰ هیات وزیران در خصوص تعیین مناطق کمتر توسعه یافته قانون جذب نیروی انسانی)، بر اساس ضریب محرومیت منطقه تعدیل لازم صورت می‌پذیرد.

۲) کارانه عملکردی^۶ برای همه کارکنان تیم سلامت: بر اساس نمره ارزیابی فصلی به مقدار حقوق ثابت برای پزشکان، به میزان ضریب

Mixed Payment ۵

Pay For Performance ۶

جمعیت مازاد فعال برای دندانپزشکان، و به میزان ۶۰٪ حقوق ثابت برای سایر کارکنان.

۳) پرداخت به ازای خدمت برای کارکنان تیم سلامت مستقر در مطبها و دفاتر کار شخصی: هر ارائه‌کننده خدمت عضو تیم سلامت که در دفتر کار شخصی دارای مجوز فعالیت خودش مشغول ارائه خدمت می‌باشد، به ازای هر خدمت ارائه شده براساس بسته‌های خدمات تعریف شده سطح یک (ویزیت پایه سالیانه، ویزیت بر اساس مراقبت و نظام ارجاع) معادل تعرفه ویزیت در بخش مربوطه به اضافه ۲ تا ۴ ویزیت بخش دولتی ضربدر درصد ارزیابی عملکرد ایشان در فصل مربوطه برای ویزیت‌های مراقبتی بسته‌های خدمتی گروه هدف پرداخت می‌گردد.

۴) پرداخت حق مسئولیت به مسئول فنی مرکز خدمات جامع سلامت: حق مسئولیت صرفاً برای رئیس و مسئول فنی مراکز خدمات جامع سلامت (علاوه بر حقوق ثابت مندرج در بند یک) که سالیانه توسط ستاد اجرائی کشوری برنامه پزشک خانواده مشخص می‌شود.

۵) تشویقی: تشویقی برای کلیه کارکنان جهت ارائه خدمات ویژه و همچنین افزایش ۴۰ درصدی کارانه عملکردی به پزشکان متخصص خانواده به شرط آموزش به پزشکان و دانشجویان پزشکی، اقدام موثر جهت کاهش ارجاع بیماران به سطوح بالاتر و داشتن نمره عملکردی بالای ۸۰٪.

ب) بخش سرپایی (سطح دوم)

هرگاه پزشک خانواده، به هر دلیل یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، در صورت رعایت استانداردهای لازم توسط متخصص و ارائه پس‌خوراند به پزشک خانواده، در صورتی که مراجعه به بخش خصوصی باشد، بیمه‌ها ۹۰٪ یک ویزیت خصوصی کامل به علاوه یک ویزیت کامل دولتی را در صورت رعایت استانداردها از جمله ارائه پس‌خوراند، به پزشک پرداخت خواهند کرد و اگر فرد به بخش دولتی مراجعه کرده بود سه ویزیت دولتی توسط بیمه‌ها پرداخت خواهد شد و در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند، از سال دوم اجرای برنامه باید ۱۰۰ درصد ویزیت پزشک متخصص را شخصاً پرداخت کند. در این حالت تمام هزینه‌های کلینیک و پاراکلینیک، داروخانه و ... به عهده بیمار خواهد بود.

ج) بخش بستری (سطح سوم)

پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه‌های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه‌ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارائه پس‌خوراند ارجاع (با تأیید پزشک خانواده) و با نظر ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده تا ۵۰٪ حق الزحمه پزشک (مشمول K) معالجه به این مبلغ اضافه خواهد شد. (قواعد تمام وقتی به قوت خود باقی است لیکن مازاد پرداختی به ازای پس‌خوراند همان ۵۰٪ یک k حق الزحمه صرفاً به پزشک معالجه خواهد بود.)

اما در بیمارستان‌های غیردولتی، خیریه و ... پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه‌های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه است. در صورت رعایت استانداردها و ارایه پس‌خوراند ارجاع (با تأیید پزشک خانواده) و با نظر ستاد دانشگاه/دانشکده تا معادل ۵۰٪ حق الزحمه دولتی پزشک معالج به این مبلغ اضافه خواهد شد (فرانشیز سهم بیمار ۵٪ تعرفه‌های مصوب هیات وزیران به اضافه مابه‌التفاوت تعرفه‌های مصوب هیات وزیران در بخش مربوطه به عهده بیمه شده خواهد بود). در صورت دریافت هرگونه وجه خارج از تعرفه تحت هر عنوان آن بیمارستان و پزشک مربوطه از مسیر ارجاع حذف خواهد شد. در تمام موارد بیمه شده به هیچ وجه بابت پس‌خوراند وجهی نمی‌پردازد.

د) مراکز دارویی سرپایی

فرانشیز داروی تجویز شده در سطح یک (پزشک خانواده) ۱۰٪ و فرانشیز داروی تجویز شده در سطح دوم (متخصص و فوق‌تخصص) ۳۰٪ خواهد بود. در خارج از نظام ارجاع، تمام هزینه‌های دارویی (از سال دوم اجرای برنامه) به عهده بیمار خواهد بود.

ه) آزمایشگاه و تصویربرداری در خدمات سرپایی

اگر نسخه بیمار توسط پزشک خانواده، متخصص و فوق‌تخصص به آزمایشگاه و تصویربرداری طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع، ارجاع شده باشد، ۷۰٪ هزینه در بخش دولتی و ۷۰٪ هزینه در بخش خصوصی به عهده سازمان‌های بیمه خواهد بود. اگر بیمار

برای دریافت خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه کند، از سال دوم اجرای برنامه، پرداخت صددرصد هزینه‌ها به عهده وی خواهد بود. در خارج از نظام ارجاع، از سال دوم اجرای برنامه، تمام هزینه‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری به عهده بیمار خواهد بود.

نظارت

نظارت (پایش، ارزیابی و ارزشیابی) بر شرایط انجام فرآیندهای اجرایی در مراحل قبل، حین و بعد از اجرای برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع انجام می‌شود. این نظارت در سه سطح خودارزیابی، نظارت عملکردی ارائه‌دهندگان خدمت بر اساس شاخص‌های مشخص و از قبل اعلام شده با حد انتظار منطقی که قابل استخراج از سامانه‌های سطح یک باشد و نظارت مشترک میدانی به منظور راستی‌آزمایی ارائه و همچنین کیفیت ارائه خدمات ثبت شده در سامانه انجام می‌شود. این نظارت‌ها در چهار حیطه زیرساخت‌ها و الزامات اجرای فرآیندهای پشتیبان (تامین امکانات، تجهیزات، فضای فیزیکی و فرآیندهای اجرایی)، فرآیندها و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات در تمامی سطوح (نحوه ارائه خدمات سلامت در تمامی سطوح)، فرآیندهای ارجاع افقی و عمودی (نحوه ارجاع سطوح اول و پس‌خوراند ارجاع) و فرآیندهای سطح ۲ و ۳ خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی (نحوه ارجاع سطوح دوم و سوم و پس‌خوراند ارجاع) انجام می‌شود.

یافته‌های مطالعه

گزارشات دستگاه‌های مرتبط

الف) سازمان بازرسی کل کشور

بر اساس گزارش سازمان بازرسی کل کشور برخی وظایف پزشک خانواده نظیر تحلیل اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش و شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر داده‌های جمعیتی منطقه همانند میزان مولید، میزان ازدواج و طلاق و میزان مهاجرت، انجام معاینات سلامت شغلی، آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش ناباروری و ارائه خدمات تشخیصی به هنگام ناباروری تخصصی بوده که جهت انجام صحیح و کامل آن نیاز به ارجاع به متخصص مربوطه می‌باشد.

در رابطه با منابع مالی برنامه، مستندی از انجام کارشناسی‌های لازم برای تصویب اعتبارات اجرایی برنامه سلامت خانواده وجود ندارد و ارزیابی‌ها، تصویب بودجه غیرکارشناسی برای اجرای برنامه سلامت خانواده از سوی سازمان برنامه و بودجه کشور را نشان می‌دهد. همچنین منابع تامین اعتبارات اجرای برنامه سلامت خانواده که شامل اعتبارات ابلاغی سازمان برنامه و بودجه کشور، یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده، ردیف‌های اعتبارات جاری شامل سلامت شهری و درآمدهای اختصاصی حاصل از اجرای برنامه می‌شود، پایدار نبوده؛ لذا ادامه برنامه سلامت خانواده با توجه به هزینه‌های آن با چالش جدی کمبود منابع روبرو خواهد بود.

در ضمن با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، هزینه فایده برنامه ملی سلامت خانواده تاکنون محاسبه نشده است و از آنجا که بار بیماری‌ها محاسبه نشده است، محاسبه هزینه فایده طرح‌ها مقدور نیست. محاسبه بار بیماری‌ها از وظایف وزارت بهداشت بوده و تخصیص منابع نظام سلامت، اولویت‌بندی برنامه‌های نظام سلامت، تدوین برنامه‌های آموزشی رشته‌های علوم پزشکی و ارزیابی عملکرد نظام سلامت جملگی براساس بار بیماری‌ها در کشور صورت می‌گیرد. لذا محاسبه بار بیماری‌ها و هزینه فایده طرح‌های نظام سلامت از جمله برنامه ملی سلامت خانواده ضروری است.

از ابتدای اجرای برنامه ملی سلامت خانواده در کشور تا تدوین این گزارش، ستاد هماهنگی کشوری سلامت خانواده نتوانسته است متن تیپ قرارداد پزشک خانواده را تدوین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ نماید. این موضوع سبب سردرگمی پزشک خانواده و مسئولین دانشگاه‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه در پرداخت هزینه خدمات سلامت می‌شود. توجه به این مسئله نشان می‌دهد که زیرساخت‌های ابتدایی اجرای این برنامه در کشور ایجاد نشده است.

لازم به ذکر است عدم تعریف نقش و جایگاه و نحوه تعامل شبکه‌های بهداشتی درمانی موجود در کشور با نظام پزشکی خانواده موجب شده منابع نظام سلامت مصروف مشکلاتی شود که می‌توانست با هزینه کمتر و در زمانی سریع‌تر صورت پذیرد.

همچنین فقدان شیوه‌نامه‌ای مدون و در راستای برنامه سلامت

خانواده، جهت نظارت بر عملکرد ستادهای اجرایی برنامه در استان‌ها، فرآیند نظارت بر این ستادها را سلیقه‌ای و غیرهمسان نموده است؛ لذا ارزیابی عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی در اجرای درست برنامه سلامت خانواده به درستی صورت نمی‌گیرد.

ب) سازمان برنامه و بودجه کشور

نظام پرداخت مورد نظر در شیوه‌نامه اجرایی برنامه ملی سلامت خانواده به پزشکان خانواده به صورت به ازای خدمت (کارانه) می‌باشد که تحت این شرایط، ارائه خدمات به صورت فعال نبوده و صرف مراجعه فرد منجر به ارائه خدمات می‌گردد. این در حالی است که فلسفه پزشکی خانواده بر ارائه مراقبت‌های سلامت از طریق تعامل فعال با جامعه هدف استوار است.

فضای فیزیکی پایگاه سلامت خانواده برای استفاده از امکانات بخش خصوصی غیرمنطقی به نظر می‌رسد؛ به طوری که فضایی با حداقل ۴ اتاق برای ایجاد یک پایگاه توسط بخش خصوصی تکلیف شده است. این معیار با توجه به هزینه‌های قابل توجه اجاره ساختمان به خصوص در کلان شهرها مشکلات قابل توجهی را برای پزشکان ایجاد می‌نماید و عملاً امکان مشارکت بخش خصوصی در برنامه مذکور در شهرهای بزرگ وجود نخواهد داشت و به همین میزان هزینه‌های اجرای طرح را بالا خواهد برد.

با توجه به شیوه‌نامه اجرایی برنامه ملی سلامت خانواده، به نظر می‌رسد هدف اصلی، تکمیل شبکه بهداشت و درمان روستایی و

شهری از حیث فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی است. دلیل این امر این است که اصولاً دستورالعمل مشخصی برای ارجاع به سطوح مذکور، مشوق‌های موردنظر و تعیین نشده است.

از مهم‌ترین دلایل کامل نبودن برنامه پیشنهادی، اجرای همزمان دو شیوه‌نامه ناپیوسته به هم در بخش‌های مختلف کشور است. بدین معنی که از یک طرف قرار است برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در ۵۹ شهرستان منتخب اجرا شود که تاکنون به دلایل مختلف از جمله عدم تکمیل سامانه‌های مورد نیاز به طور کامل عملیاتی نشده است و از طرف دیگر مقرر گردیده نظام ارجاع در سطح ۲ و ۳ با ارائه مشوق‌های لازم در سه استان کردستان، خراسان جنوبی و بوشهر اجرا گردد. این درحالی است که با توجه به ماهیت برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، اجرای آن در قالب یک شهرستان از هر دانشگاه علوم پزشکی به ویژه با اولویت شهرهای مناطق محروم امکان پذیر نبوده و ضروری است حداقل شهرستان‌های یک استان که می‌توانند هرم خدمات در سطوح سه‌گانه خدمات بهداشتی و درمانی را پوشش دهند، درگیر برنامه باشند. لذا اجرای برنامه به صورت پراکنده در ۵۹ نقطه مجزا در سطح استان‌های مختلف نمی‌تواند به عنوان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تلقی گردد. همچنین محدود کردن برنامه صرفاً به سطح یک خدمات به مفهوم فقدان استقرار نظام ارجاع کارآمد و ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی در سایر سطوح می‌باشد. به علاوه در سطح یک ارائه خدمات، پرداخت به ازای هر ویزیت، به معنای منفعل بودن پایگاه پزشک خانواده و عدم

پوشش فعال کل جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده است. علیرغم شروع مرحله نخست اجرای برنامه، تاکنون بسته آموزشی و اطلاع‌رسانی برای عموم مردم و ارائه‌دهندگان خدمات در خصوص فرآیندها و شیوه اجرای برنامه، مزایا، محدودیت‌ها و ... ارائه نشده است. انتظار می‌رود پیش از ایجاد تغییرات در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، با هدف ایجاد آمادگی لازم و جلب مشارکت عمومی، جزئیات برنامه از رسانه‌های جمعی به صورت مکرر به اطلاع عموم رسانده شود. به عبارتی در حالی که مهم‌ترین نقطه آسیب طرح عدم استقبال مردم از آن به دلیل محدود نمودن سطح دسترسی به پزشک می‌باشد، پیوست اطلاع‌رسانی و فرهنگی موضوع هیچ انعکاسی در سطح جامعه نداشته است.

از آنجایی که اجرای این برنامه در سراسر کشور می‌تواند بسته به نحوه اجرا نتایج متفاوت مثبت و یا منفی به جای بگذارد، چنانچه تجربیات و نقطه نظرات ذینفعان از جمله اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی به عنوان نمایندگان نخبگان حوزه سلامت، سازمان نظام پزشکی به عنوان نماینده صنف پزشکی و سایر بازیگران موثر اخذ و مورد استفاده قرار گیرد، ضمن رفع اشکالات طرح، منجر به ایجاد همراهی و هم‌افزایی و مشارکت فعال ذی‌نفعان خواهد شد و غنا و تکامل طرح را برای اجرا فراهم خواهد آورد.

در اجرای برنامه پزشک خانواده حداقل ۴ مدل در حال اجرا می‌باشد.

در حالی که می‌بایست مدل‌های مختلف پس از اجرای آزمایشی مورد ارزیابی قرار گرفته و بر اساس نتایج حاصله یک مدل و یک الگوی برنامه پزشکی خانواده در سطح شهر و روستا و به صورت یکپارچه اجرایی گردد. بنابراین ارائه سند حاوی مشروح برنامه اجرایی و عملیاتی با زمان‌بندی مشخص مراحل اجرا و توسعه آن به مناطق مختلف کشور، فرآیند و نحوه اجرا، نظام پرداخت، مشوق‌های پرداختی بابت کاهش فرانشیز مردم، نحوه مشارکت بخش خصوصی، آموزش و اطلاع رسانی عموم مردم و ارائه‌دهندگان خدمت و پیوست‌های مربوط به برآورد منابع مالی و نیروی انسانی مورد نیاز توسط وزارت بهداشت ضروری است.

مصاحبه‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۷ نفر از پزشکان خانواده، مراقبین سلامت و مسئولین شبکه بهداشت استان کرمانشاه و زنجان و همچنین مسئولین معاونت بهداشت وزارت بهداشت و نخبگان حوزه نظام سلامت بوده‌اند. یافته‌های این مطالعه پس از استخراج و کدبندی در ۶ مضمون یا تم (Theme) اصلی (تولیت، تامین مالی، ارائه خدمت، تامین خدمات و فرهنگسازی) و ۱۰ مضمون یا تم (Theme) فرعی دسته‌بندی شد.

۱) تولیت

۱/۱) سیاست‌گذاری

با توجه به اظهار مصاحبه‌شوندگان، پایلوت‌ها و نسخه‌های آزمایشی برنامه پزشکی خانواده مانند نسخه (۰۲) برنامه پزشکی خانواده شهری مورد ارزیابی قرار نگرفته و از نتایج آن برای طراحی برنامه ملی سلامت خانواده استفاده نشده است. یکی از عوامل اساسی در اجرای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع که توسط مصاحبه‌شوندگان عنوان شد، حمایت سیاسی دولت و مجلس است که در صورت حمایت از این برنامه، زیرساخت‌ها و منابع مالی آن به میزان قابل توجهی تامین خواهد شد. مصاحبه‌شوندگان یکی از چالش‌های اصلی در مسیر اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور را عدم توجه به پیشگیری و عدم کل‌نگری در معاونت درمان وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر است؛ به طوری که سازمان‌های بیمه‌گر خدمات مراقبت‌های اولیه و پیشگیری را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. با توجه به گفته‌های مصاحبه‌شوندگان، آیین‌نامه برنامه ملی سلامت خانواده در مواردی نظیر مشوق‌ها شفاف نبوده و همچنین نحوه همکاری دیگر اعضای تیم سلامت در آن مشخص نیست. همچنین مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که زیرساخت‌های موردنیاز برای اجرای برنامه ملی سلامت خانواده مانند منابع مالی و نیروی انسانی به درستی برآورد نشده و همچنین تامین نشده است.

۱/۲ همکاری درون بخشی و بین بخشی

با توجه به اظهار مصاحبه‌شوندگان و همچنین بررسی‌های محققین، طراحی‌های لازم برای حضور و همکاری بخش خصوصی صورت نگرفته است؛ به طوری که تا کنون فرم قرارداد مربوط به کارگیری بخش خصوصی تدوین نشده است. همچنین مصاحبه‌شوندگان یکی از اصلی‌ترین چالش در اجرای نظام ارجاع، عدم همکاری سازمان تامین اجتماعی و عدم اجرای نظام ارجاع در مراکز درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی است.

۱/۳ ارزیابی

مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که ارتقا سامانه‌های الکترونیک باعث افزایش شفافیت شده و فرآیند ارزیابی را بهبود می‌بخشد. همچنین برای بررسی روند و وضعیت شاخص‌های ارزیابی جلساتی در پایگاه‌های بهداشت برگزار شده است. با توجه به اظهار مصاحبه‌شوندگان، ارزیابی برنامه ملی سلامت خانواده دارای چالش‌هایی است؛ برخی از شاخص‌های ارزیابی طراحی شده غیرواقعی بوده و دستیابی به آن با تجهیزات موجود امکان‌پذیر نیست. همچنین با توجه به حجم کار و مراقبت‌های ارائه شده، دستیابی به برخی از شاخص‌ها دور از دسترس بوده است. در طراحی فرآیند ارزیابی باید عدم همکاری بیمار و عدم مراجعه او علی‌رغم پیگیری‌های مکرر مورد توجه قرار گیرد. همچنین قبل از پیاده‌سازی برنامه باید شاخص‌های موردنظر در منطقه به منظور مقایسه با وضعیت فعلی ارزیابی شود.

۲) تامین مالی

۲/۱) بیمه

طبق اظهارات مصاحبه شوندهگان، با این حال که در آیین نامه برنامه ملی سلامت خانواده عنوان شده است که فرانشیز بیماران برای مسیر ارجاع به عنوان مشوق کاهش یابد اما این اتفاق حاصل نشده و مشوقی برای بیماران جهت استفاده از مسیر ارجاع وجود ندارد و این امر باعث عدم رقبت بیماران برای استفاده از نظام ارجاع شده است. همچنین مشوق‌های برنامه‌ریزی شده برای پزشکان و متخصصین نیز توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت نمی‌شود؛ اصلی‌ترین دلیل عدم پرداخت مشوق‌ها، عدم برآورد و تخصیص منابع مالی مربوط به سازوکارهای انگیزشی برنامه ملی سلامت خانواده است. با توجه به گفته مصاحبه‌شوندهگان، کارانه مراقبین سلامت و پزشکان خانواده نیز با تاخیر پرداخت شده و معوقات بیمه‌ها در حال افزایش است.

۲/۲) حقوق و دستمزد

با توجه به اظهار مصاحبه‌شوندهگان، یکی از دلایل ماندگاری پایین اعضای تیم سلامت، علی‌الخصوص پزشک خانواده، پایین بودن سرانه دریافتی آنان است. همچنین بین سرانه پرداختی و حجم ارائه مراقبت‌ها ارتباطی وجود ندارد؛ به طوری که با افزایش سرانه جمعیتی پزشک خانواده، میزان دریافتی او افزایشی نخواهد داشت. در ضمن کارانه نیز به بیشتر پزشکان خانواده، با توجه به اینکه نیروی طرحی هستند، تعلق نمی‌گیرد.

۳) ارائه خدمت

۳/۱) نظام ارجاع

نظام ارجاع جزء لاینفک برنامه پزشکی خانواده است و عدم اجبار در رعایت آن، از پیاده‌سازی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع جلوگیری بعمل می‌آورد. لازم به ذکر است که فرآیند اجباری شدن رعایت نظام ارجاع باید انعطاف‌پذیر باشد؛ به صورتی که در مناطقی که پوشش سطح یک خدمات تکمیل شده، ارجاع اجبار شود. مصاحبه‌شوندگان عقیده داشتند که به منظور پیاده‌سازی نظام ارجاع، باید برای مردم مشوق و تفاوت‌هایی ایجاد کرد تا نظام ارجاع را رعایت کنند. همچنین معتقد بودند که وجود استثنا در رعایت نظام ارجاع برای افرادی خاص، باعث عدم اعتماد مردم و شکست نظام ارجاع خواهد شد. با توجه به اظهار مصاحبه‌شوندگان، یکی از موانع اصلی در عدم پیاده‌سازی نظام ارجاع، سازمان‌های بیمه‌گر هستند. سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل دید جزءنگری که دارند، به دنبال سرمایه‌گذاری در بهداشت و پیشگیری به منظور کاهش هزینه‌ها نیستند. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، عدم وجود فرآیند نظام ارجاع در ساختار تامین اجتماعی کل نظام ارجاع تحت‌الشعاع قرار گرفته است. همچنین با توجه به گفته مصاحبه‌شوندگان، عدم همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت در اتصال سطح یک خدمات به سطوح دو و سه، یکی دیگر از موانع پیاده‌سازی نظام ارجاع در کشور است. مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که به دلیل عدم ارسال پس‌خوراند از سطوح بالاتر و اورژانس، امکان پیگیری بیماران

وجود ندارد. آنان از دلایل عدم ثبت پس‌خوراند به بار مراجعه بالا و نبود کسورات یا مشوق برای ثبت پس‌خوراند اشاره کردند.

۳/۲ بار مراجعه

با توجه به آیین‌نامه برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع، سرانه جمعیتی هر پزشک خانواده معادل ۳۰۰۰ نفر و هر مراقب سلامت معادل ۱۵۰۰ نفر است؛ اما مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که به دلیل کمبود نیروی علی‌الخصوص پزشک خانواده، این سرانه جمعیتی برای پزشک خانواده به ۱۲۰۰۰ نفر و برای مراقب سلامت نیز به ۲۰۰۰ نفر رسیده است. با توجه به افزایش سرانه جمعیتی تیم سلامت، بار مراجعه و حجم کاری اعضای تیم سلامت افزایش می‌یابد؛ این امر مشکلاتی نظیر عدم امکان پیگیری بیماران و عدم ارائه برخی خدمات به آنها را در پی داشته است.

۳/۳ بسته خدمات

مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که به دلیل ضعف بسته خدمات در حوزه سواد سلامت و خدمات بهداشت و پیشگیری، نیازمند به‌روزرسانی در بسته خدمات هستیم. همچنین اظهار داشتند که نیاز به گسترش پوشش مالی خدمات آزمایشگاهی وجود دارد. در ضمن رایگان بودن آزمایش‌های مادران باردار، یکی از نقاط قوت بسته خدمات عنوان شده است. با توجه به بار مراجعه و حجم کاری بالا، مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که تمامی خدمات موجود در بسته خدمات ارائه نمی‌شود. همچنین مصاحبه‌شوندگان عقیده

داشتند که راهنماهای بالینی برای کل بسته خدمات وجود نداشته و برخی از راهنماهای بالینی نیز ناقص بوده و با مرجع‌های علمی تفاوت دارد.

۴) نیروی انسانی

مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که توزیع نامناسب نیروی انسانی علی‌الخصوص پزشک خانواده به خوبی صورت نگرفته است؛ به طوری که در برخی از مناطق تعداد پزشک بسیار کم بوده و فاصله بین بیمار و پزشک خانواده زیاد شده است. بر اساس گفته مصاحبه‌شوندگان، کمبود نیروی انسانی نیز در برنامه وجود دارد؛ به نحوی که سرانه جمعیتی پزشک خانواده و مراقب سلامت به دلیل کمبود نیرو چند برابر حالت استاندارد بوده و برخی از خدمات نیز ارائه نمی‌شود. یکی از راه‌های تامین نیروی انسانی، استفاده از بخش خصوصی است که با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته به دلیل عدم مشخص بودن شیوه‌نامه، روش پرداخت و قرارداد پزشکان بخش خصوصی، تاکنون این امکان وجود نداشته است.

مصاحبه‌شوندگان عدم انجام تعهدات مالی توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر، تعویق در پرداخت حقوق و دستمزد، عدم عقد قرارداد با پزشکان بخش خصوصی، فرآیند انگیزشی نامناسب، امنیت شغلی پایین، بار مراجعه و سرانه جمعیتی بالا و سطح فرهنگی منطقه را به عنوان دلایل ماندگاری پایین پزشکان بیان کرده‌اند.

۵) تولید منابع

۵/۱) آموزش

مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که آموزش‌های داده‌شده در دانشگاه، به شدت تخصصی شده و به مراقبت‌های بهداشتی توجهی نمی‌شود. تفاوت‌هایی بین آموزش دانشگاهی و کار در بالین بهداشت وجود دارد؛ به طوری که هرچند آموزش تئوری به خوبی صورت می‌گیرد، اما در عمل آموزش‌دیدگان نمی‌توانند بیماران را به خوبی هدایت کنند. همچنین راهنماهای بالینی در دانشگاه‌ها به خوبی آموزش داده نمی‌شود. مصاحبه‌شدگان معتقد بودند که برخی مهارت‌ها مانند مهارت‌های ارتباطی و شرح‌حال‌نویسی باید به مراقبین سلامت آموزش داده شود. بر اساس اظهار مصاحبه‌شوندگان، در آموزش‌های بدو ورود و حین خدمت سامانه‌های الکترونیک و راهنماهای بالینی آموزش داده می‌شود اما باید عملیاتی بوده و کاربردی باشد.

۵/۲) فناوری اطلاعات

مصاحبه‌شوندگان وقت‌گیر بودن و سوالات زیاد، عدم همخوانی سامانه سیب با دستورالعمل‌های جدید و عدم دسترسی به پرونده افراد در شهرهای دیگر را به عنوان ایرادات سامانه‌های الکترونیک بیان کردند. همچنین مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که سامانه تامین اجتماعی و نیروهای مسلح به سامانه‌های مراکز پزشکی خانواده متصل نیستند. در ضمن فرآیند نوبت‌دهی الکترونیک دارای مشکلات بسیاری بوده است.

۶) فرهنگسازی

مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که مردم آگاهی پایینی نسبت به طرح و اهداف آن دارند؛ به طوری که خودارجاعی و ارجاع معکوس بسیار رخ می‌دهد. از طرفی نیز اطلاع‌رسانی در رابطه با اهداف و مزایای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به خوبی صورت نگرفته است. همچنین مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که به دلیل عدم اعتماد مردم به پزشکان عمومی و مراقبین سلامت، آنان از نظام ارجاع پیروی نمی‌کنند، که این امر نیز برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع را با چالش‌های بسیاری مواجه کرده است.

جمع‌بندی

برنامه پزشکی خانواده از سوی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان روشی برای بهبود کیفیت خدمات درمانی، افزایش بهره‌وری و دستیابی به عدالت در سلامت توصیه شده است. مطالعات نشان داده‌اند که اجرای این برنامه باعث بهبود شاخص‌های سلامت حتی در مناطقی با دسترسی محدود به خدمات بهداشتی شده و بسیاری از کشورها آن را در سیستم بهداشتی خود ادغام کرده‌اند. (۴۷) در ایران برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۱ مطرح و از سال ۱۳۸۴ پیاده‌سازی آن در نظام بهداشت و درمان کشور آغاز گشت. در دولت‌های مختلف، نسخ مختلف این برنامه طراحی و بخشی از آن اجرا شد. در اسفند ۱۴۰۱، نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت طراحی و در دستور کار

قرارداده شد. پس از مدت کوتاهی مجددا برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مورد بازبینی قرار گرفت و در نهایت برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع در اردیبهشت سال ۱۴۰۲ طراحی شد.

برنامه پزشکی خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اصلاحات نظام سلامت ایران، اهدافی از جمله افزایش دسترسی عمومی به خدمات درمانی، کاهش مراجعات غیرضروری به متخصصان، برقراری عدالت در سلامت، بهبود کیفیت خدمات، پوشش همگانی سلامت، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و ارائه خدمات به همه افراد بدون توجه به سن، جنسیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی را دنبال می‌کند. با این حال، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که این برنامه نتوانسته به‌طور کامل به اهداف خود دست یابد و با چالش‌های متعددی مواجه شده است. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در این مطالعه، چالش‌های زیر از مهم‌ترین موانع اجرای کامل و موثر برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کل کشور به شمار می‌روند:

الف) تولید

در حوزه تولید عدم تداوم سیاست‌ها با تغییر دولت‌ها، اصلی‌ترین مانع اجرای این برنامه در ایران است؛ به طوری که علی‌رغم وجود احکام بسیار در برنامه‌های توسعه و قوانین بودجه به منظور اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، شاهد عدم توجه به این سیاست در دولت‌های مختلف هستیم. همچنین عدم ارزیابی تجربیات گذشته پزشک خانواده و عدم توجه به نتایج پایلوت‌های

اجراشده، پایداری مسائل و چالش‌های اساسی در برنامه را رقم زده است. عدم همکاری و عدم توجه به پیشگیری سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین معاونت درمان اجرای یکپارچه این برنامه، علی‌الخصوص نظام ارجاع را با چالش‌های بسیار روبه‌رو کرده است. با این حال که اجرای کامل برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع در کشور نیازمند همکاری بخش خصوصی است؛ زمینه همکاری آنها در برنامه مشخص نشده است و در مواقعی هم که زمینه همکاری آنها برنامه‌ریزی شده، شرایط سختی در نظر گرفته شده است. در حوزه ارزیابی نیز، علی‌رغم بروزرسانی‌های صورت‌گرفته در معیارها و زیرساخت‌های ارزیابی، همچنان نیازمند بروزرسانی در شاخص‌های ارزیابی و ارتقاء زیرساخت‌های موردنیاز برای ارزیابی است. در ضمن با توجه به واقعی نبودن و عدم کفایت سرانه تعیین‌شده، امکان اعمال نتایج ارزیابی و اعمال کسورات وجود ندارد.

ب) تامین مالی

یکی از کلیدی‌ترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سالیان اجرای آن، ناپایداری در تامین منابع مالی آن است؛ به طوری که در قانون بودجه سال ۱۴۰۲، ۲۰ هزار میلیارد تومان (همت) برای این برنامه در نظر گرفته شده بود که فقط ۲۵ درصد از آن تخصیص یافته است. عدم تامین منابع مالی، مشکلاتی نظیر معوقات بیمه‌ها، عدم پرداخت مشوق‌های مالی مانند فرانشیز صفر و ویزیت دوبرابر و عدم امکان تعیین سرانه با هزینه تمام‌شده را نیز در پی داشته است. همچنین به منظور تامین منابع و اطمینان

از پایداری این منابع، نیاز به برآورد دقیقی از مصارف و منابع موردنیاز برنامه است، که این امر نیز صورت نگرفته است. در حوزه نظام پرداخت نیز اصلی‌ترین چالش، نظام پرداخت به ازای خدمت بوده که بخشی از روش جبران خدمت برای پزشکان خانواده است. همچنین در روش پرداخت سرانه نیز، پرداختی وابسته به جمعیت تحت پوشش بوده، نه نتایج سلامتی جمعیت.

ج) ارائه خدمت

نظام ارجاع جزء لاینفک این برنامه بوده و بدون اجرای آن، دستیابی به اهداف برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع دور از دسترس خواهد بود. از موانع عدم اجرای نظام ارجاع، می‌توان به ضعف بخش دولتی در ارائه خدمات تخصصی، عدم همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و معاونت درمان جهت اتصال سطح یک و سطح دو و سه در نظام ارجاع، ضعف زیرساخت‌های الکترونیک و عدم رغبت جامعه به نظام ارجاع به دلیل محدودیت‌های بوجود آمده اشاره کرد. یکی دیگر از چالش‌های حوزه ارائه خدمت، بار مراجعه بالا و عدم امکان رعایت استاندارد جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده به دلیل کمبود نیرو است؛ کمبود نیرو به دلایل مختلفی نظیر پایین بوده سطح دریافتی رخ داده است.

د) نیروی انسانی

عدم انجام تعهدات مالی توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر، تعویق در پرداخت حقوق و دستمزد، عدم عقد قرارداد با پزشکان بخش خصوصی، فرآیند انگیزشی نامناسب، امنیت شغلی پایین، بار مراجعه و سرانه جمعیتی بالا و سطح فرهنگی منطقه را می‌توان از دلایل ماندگاری پایین نیروی انسانی علی‌الخصوص پزشکان خانواده در این برنامه دانست. همچنین یکی دیگر از چالش‌های این برنامه، عدم توزیع مناسب نیروی انسانی بوده که باعث افزایش بار مراجعه شده‌است.

ه) آموزش

درمان‌محوری آموزش پزشکی و بی‌توجهی به حوزه بهداشت، منجر به عدم توانایی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده شده‌است. علاوه بر درمان‌محوری، تخصص‌محوری نیز یکی دیگر از چالش‌های حوزه آموزش پزشکان خانواده به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری‌که بسیار از دانشجویان پزشکی، از ابتدای تحصیل برای رشته‌های تخصصی هدف‌گذاری می‌کنند. آموزش مراقبین سلامت نیز به عنوان یکی از اعضای کلیدی تیم سلامت، حائز اهمیت بوده و به دلیل تعامل بسیار با جامعه علاوه بر آموزش علوم پزشکی، نیازمند آموزش مهارت‌های ارتباطی نیز هستند.

و) فناوری اطلاعات و ارتباطات

سامانه سیب از نظر طراحی دارای ضعف‌هایی بسیاری نظیر وقت‌گیر بودن و سوالات زیاد، عدم همخوانی سامانه سیب با دستورالعمل‌های جدید و عدم دسترسی به پرونده افراد در شهرهای دیگر است. از دیگر چالش‌های حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات، می‌توان به عدم یکپارچگی سامانه‌ها و همچنین عدم همکاری سازمان بیمه تامین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح اشاره کرد.

ز) فرهنگسازی

یکی از اصلی‌ترین عوامل در اجرای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، جلب اعتماد و مشارکت ذی‌نفعان است. بدون همکاری جامعه و آگاهی آنان از اهداف و مزایای طرح، اجرای این برنامه، به‌خصوص نظام ارجاع، ممکن نبوده و افراد با خودارجاعی و اصرار برای ارجاع مانع اجرای طرح خواهند شد.

پیشنهادات

با توجه به موارد مطرح شده، لزوم اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، غیرقابل انکار است و اجرای این برنامه نیز بدون برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی گام به گام غیرممکن خواهد بود. بررسی تاریخیچه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نشان می‌دهد که هر چند پزشک خانواده به صورت مقطعی و در برخی مناطق پیاده شده و جامعه هدف خدمت دریافت کرده‌اند؛ اما نظام ارجاع به دلایل مختلفی نظیر کمبود منابع و مقاومت پزشکان و همچنین مردم تاکنون اجرا نشده‌است. از طرفی نیز وزارت بهداشت دولت چهاردهم به منظور اجرای کامل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بودجه‌ای معادل ۸۵ هزار میلیارد تومان برآورد کرده است که با توجه به وضعیت کشور و منابع مالی حوزه سلامت، تخصیص آن بعید به نظر می‌رسد. از این رو پیشنهادات زیر در دو بخش راهکارهای کوتاه‌مدت و بلندمدت ارائه می‌گردد:

الف) راهکارهای کوتاه مدت

۱) تخصیص منابع حاصل از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده که بیش از صد درصد تحقق یافته: تامین منابع مالی پایدار شرط لازم برای ارائه خدمات پایدار در برنامه پزشکی

خانواده و نظام ارجاع است. یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده به صورت پایدار به حوزه سلامت تخصیص پیدا می‌کند. بررسی‌های صورت گرفته نشان داده‌است که یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده بیش از صد درصد پیش‌بینی شده در قانون بودجه تحقق یافته و باقی آن برای سازمان امور مالیاتی منظور می‌شود. پیشنهاد می‌گردد منابع حاصل از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده که بیش از صد درصد تحقق می‌یابد، به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تخصیص یابد. علاوه بر آن، در برخی از سال‌ها، عدد در نظر گرفته‌شده برای مالیات سلامت در جداول بودجه سالیانه، کمتر از یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده است که این موضوع نیز می‌بایست الزاما رعایت گردد.

۲) حذف پلکان کارانه پزشکان برای بیماران ارجاعی به سطح دو و سه: منابع موردنیاز برای پرداخت مشوق‌های مالی و تعرفه‌ای نظام ارجاع در سطح دو و سه به ارائه‌دهندگان خدمت ۱۵ هزار میلیارد تومان برآورد می‌شود و تاکنون نیز این مشوق‌های به‌صورت پراکنده پرداخت شده و در بسیاری از موارد نیز پرداخت نمی‌شدند. با توجه به این مسئله، پیشنهاد می‌گردد تا زمانی که منابع موردنیاز برای پرداخت این مشوق‌ها تأمین گردد، میزان کارکرد پزشکان که مربوط به بیماران ارجاعی به

سطح دو و سه است، از دستورالعمل محاسبه و پرداخت کارانه پزشکان (پلکان) استثناء شده و صد درصد کارکرد مذکور به پزشک پرداخت گردد. از طرفی نیز سازمان‌های بیمه‌گر سلامت موظف شوند که این بخش از کارکرد پزشکان را به‌صورت به‌روز و با اولویت نسبت به سایر موارد پرداخت نمایند.

۳) راه‌اندازی سامانه نوبت‌دهی مبتنی بر راهنماهای بالینی: یکی از دلایل عدم اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، عدم رغبت جامعه به رعایت نظام ارجاع است؛ از این رو باید اجرای نظام ارجاع به صورت گام به گام بوده و مشوق‌هایی برای رعایت نظام ارجاع در نظر گرفت. بدین منظور پیشنهاد می‌گردد سازمان‌های بیمه‌گر پایه سامانه نوبت‌دهی که مبتنی بر راهنماهای بالینی طراحی شده‌است را به کار گیرند. نوبت‌دهی به این صورت انجام می‌گردد که بیمار در ابتدا شکایت اصلی خود را بیان کرده و به سؤالات سامانه (به صورت تلفنی یا آنلاین)، که بر اساس راهنماهای بالینی طراحی شده است، پاسخ می‌دهد؛ در صورتی که سامانه بیمار را نیازمند به ارجاع به سطوح بالاتر شناسایی نماید، نوبت برای فرد ثبت می‌گردد. به منظور ایجاد انگیزه برای جامعه هدف نیز، برای افرادی که از این سامانه نوبت دریافت می‌کنند فرانشیز صفر محاسبه شود. در مرحله بعد نیز می‌توان تمام مراکز ملکی تامین اجتماعی را

به این سامانه متصل کرده و افراد برای استفاده از خدمات مراکز ملکی فقط از این سامانه نوبت دریافت کنند.

۴) **تکمیل پرونده الکترونیک سلامت:** اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بسیار وابسته به تکمیل بودن پرونده الکترونیک سلامت است. به منظور تکمیل پرونده الکترونیک، پیشنهاد می‌گردد آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری و پاراکلینیک موظف شوند نتایج خدمات خود را در سامانه نسخه الکترونیک وارد نموده و پزشک نیز با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات بتواند با همان کد رهگیری این نتایج را مشاهده نماید. همچنین پیشنهاد می‌گردد «سند نقشه راه سلامت الکترونیک» که در جزء ۱ بند «الف» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم پیشرفت بدان اشاره شده است، در اسرع وقت تدوین گردد.

۵) **تخصیص مشوق برای انجام آزمایش‌ها و غربالگری‌های دوره‌ای:** به منظور ارزیابی و مدیریت خطر بیمه‌شدگان و پیشگیری از وقوع بیماری و مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت، پیشنهاد می‌گردد در راستای اجرای بند «ج» ماده ۳۷ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران، شورای عالی بیمه سلامت مشوق‌هایی نظیر تخفیف در حق بیمه و کاهش فرانشیز خدمات سلامت را برای انجام آزمایش‌های و غربالگری

دوره‌ای اعمال نماید.

ب) راهکارهای بلندمدت

۱) تصویب آیین‌نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: برنامه پزشکی خانواده در ایران یک اصلاح اساسی در کل نظام حکمرانی و ارائه خدمات نظام سلامت بوده و نیازمند همکاری بین‌بخشی است. همکاری بین‌بخشی در کشور بسیار دشوار بوده و تجربه برنامه‌های اجراشده نشان داده است که مصوبه هیئت وزیران و احکام برنامه‌های توسعه چالشی را حل نخواهد کرد. به منظور ایجاد همکاری بین‌بخشی مناسب و جلوگیری از اعمال تغییرات سلیقه‌ای با جابه‌جایی دولت‌ها پیشنهاد می‌گردد آیین‌نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تصویب گردد.

۲) اصلاح اساسی در ساختار شبکه مناطق شهری: برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، با ساختار فعلی شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری قابل اجرا نخواهد بود. شبکه PHC در مناطق روستایی به دلیل طراحی آن متناسب با شرایط روز، شاخص‌های سلامتی رشد قابل توجهی داشته است؛ اما در مناطق شهری دستاوردی نداشته است. با توجه به این

نکته پیشنهاد می‌گردد شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری مبتنی بر نظام یک‌پارچه اطلاعاتی و الکترونیکی سلامت، همکاری بخش خصوصی و ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های طولانی‌مدت اصلاح اساسی کرده و متناسب با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تغییر کند.

۳) تغییر در برنامه آموزش علوم پزشکی کشور: اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، نیازمند نیروی انسانی متناسب با برنامه و ساختار آن است. بدین منظور پیشنهاد می‌گردد برنامه آموزش علوم پزشکی کشور برای رشته‌های موردنیاز این برنامه مبتنی بر ادغام آموزش و بهداشت تغییر کرده و متناسب با نیاز برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع که ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و پیشگیرانه است، بازتعریف شود.

منابع

۱. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the ۵th ۵-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian journal of public health. ۲۰۱۳;۴۲(Supple۱):۴۲.
۲. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, ۶ (۴), ۸۲۲-۸۲۵, ۲۰۰۰. ۲۰۰۰.
۳. King M. An Iranian experiment in primary health care: the West Azerbaijan Project ۱۹۸۳.
۴. Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran ۲۰۰۲. Tehran: Ministry of health and medical education. ۲۰۰۵.
۵. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. The International journal of health planning and management. ۲۰۱۲;۲۷(۲):e۱۲۱-e۳۱.
۶. نقوی, محسن. دگرگونی سیمای سلامت در ایران. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۲۰۰۶;۲(۱):۴۵-۵۷.

۷. Van Lerberghe W. The world health report ۲۰۰۸: primary health care: now more than ever: World Health Organization; ۲۰۰۸.

۸. Abraham O, Linnander E, Mohammed H, Fetene N, Bradley E. A patient-centered understanding of the referral system in Ethiopian primary health care units. PloS one. ۲۰۱۵;۱۰(۱۰):e۰۱۳۹۰۲۴.

۹. Organization WH. Management of health facilities: Referral systems .World Health Organization. ۲۰۱۴.

۱۰. Seyed-Nezhad M, Ahmadi B, Akbari-Sari A. Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. Journal of Family Medicine and Primary Care. ۲۰۲۱;۱۰(۱۲):۴۳۶۴-۷۵.

۱۱. Kamau KJ, Osuga BO, Njuguna S. Challenges facing implementation of referral system for quality health care services in Kiambu county, Kenya. ۲۰۱۷.

۱۲. Jahanmehr N, Bigdeli AS, Salari H, Mokarami H, KhodaKarim S, Damiri S. Analyzing inappropriate magnetic resonance imaging (MRI) prescriptions and resulting economic burden on patients suffering from back pain.

The International journal of health planning and management. ۲۰۱۹;۳۴(۴):e۱۴۳۷-e۴۷.

۱۳. Salari H, Ostovar R, Esfandiari A, Keshtkaran A, Sari AA, Manesh HY, et al. Evidence for policy making: clinical appropriateness study of lumbar spine MRI prescriptions using RAND appropriateness method. International journal of health policy and management. ۲۰۱۳;۱(۱):۱۷.

۱۴. Kavosi Z, Sadeghi A, Lotfi F, Salari H, Bayati M. The inappropriateness of brain MRI prescriptions: a study from Iran. Cost Effectiveness and Resource Allocation. ۲۰۲۱;۱۹:۱-۶.

۱۵. Kavosi Z, Esfandiari A, Frazanegan G, Salari H. Evaluation of Prescription appropriateness of CT scan for low Back pain in Shiraz's referral trauma hospital using RAND appropriateness method. Hakim Journal. ۲۰۱۸;۲۰(۴):۲۳۴-۹.

۱۶. کیکله پ, یوسفی, کوثر, مهرآرا, محسن. برآورد تقاضای القایی عرضه‌کننده ناشی از طرح تحول سلامت ۱۳۹۳. پژوهشنامه اقتصادی. ۲۰۲۲;۲۲(۸۴):۳۹-۶۵.

۱۷. (MS&HE) MoSaHE. Report of the Seminar on Health

and Medical Human Resources Education and Healthcare services planning (Shiraz ۱۲-۱۴ Feb), Management and Planning Organization press and Library, Iran. ۱۹۷۴.

۱۸. Imam Khomeini Relief Foundation (IKRF), Treatment and Insurance Services.(۱۹۹۰) ,

۱۹. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal. ۲۰۰۶;۹(۳):۱-۱۸.

۲۰. (RCICP) RCfICP. I.R. of Iran ۴th ۵-years economical, social and cultural development plan Act. ۲۰۰۵.

۲۱. Country annual budget Act ۱۳۸۴.(۲۰۰۵) ,

۲۲. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International journal of health policy and management. ۲۰۱۵;۴(۱۰):۶۳۷.

۲۳. Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., ۲۰۱۴. Family Physician and Rural Insurance Executive Protocol in ۱۳۹۳ (Version ۱۵.۱), (۲۰۱۴.)

۲۴. Health Policy Council, ۲۰۰۹, I.R. of Iran Health in ۵th economical, social and cultural development plan. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education,

Iran.

۲۵. Research Center for Islamic Consultancy Parliament(R-CICP)., ۲۰۱۱. I.R. of Iran ۵th ۵-years economical, social and cultural development plan Act.(۲۰۱۱), .

۲۶. Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., ۲۰۱۰. Referral System and Family Physician Protocol in Urban Regions(Version ۰۱).(۲۰۱۰) , .

۲۷. Khabar online., ۲۰۱۱. Social Security dream vanished: Pezeshk-e-Amin stopped. [Online]. Available from: <http://khabaronline.ir/detail/۱۹۸۷۴۱/society/health>.

۲۸. Public Affair General Directorate (PAGD)., ۲۰۱۲. Celebration of Family Physician and Referral System Program Protocol in Urban Regions(Version ۰۲).(۲۰۱۲) , .

۲۹. دمازی, مقدم و, عباس, گوران ر, کبیر ج, محمد. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران: پیشینه, دستاوردها, چالش ها و راه حل ها. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. (۲)۲۰۱۶;۱۴

۳۰. Ministry of Health and Medical Education (MOHME)., ۲۰۲۳. Family Health and Referral System Program Proto-

col in ۱۴.(۲۰۲۳) , .۰۳

۳۱. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral system situation in family physician program in northern provinces of Iran: ۲۰۱۲-۲۰۱۳. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱۴;۲۳(۱۰۹):۲۷-۳۵.

۳۲. Rouhani S, Bagher M. Experience of family physicians in rural areas regarding referral system and improving it (a qualitative study). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. ۲۰۱۵;۲۵(۱۳۱):۱-۱.۳

۳۳. Shirjang A, Mahfoozpour S, Asl IM, Doshmangir L. Challenges and strategies of implementation rural family physician in iran: a qualitative study. Depiction of Health. ۲۰۲۰;۱۱(۱):۶۲-۷۳.

۳۴. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A .Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Information Management. ۲۰۱۳;۹(۷):۱۱۳۲-۴۵.

۳۵. Yazdi Feyzabadi V, Khosravi S, Amiresmaili M. Performance evaluation of rural family physician plan: a case of

Kerman University of Medical Sciences. Toloobehdasht. ۲۰۱۴;۱۲(۴):۴۸-۵۹.

۳۶. Jahromi VK, Dehnavieh R, Mehrolhassani M. Evaluation of urban family physician program in Iran using primary care evaluation tool. ۲۰۱۸.

۳۷. Kabir MJ, Amiri HA, Hassanzadeh-Rostami Z, Momtahn R, Zafarmand R, Shirvani SDN. Achievements and challenges in implementing urban family physician program in Iran: viewpoint of managers and executives. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. ۲۰۱۹.

۳۸. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. ۲۰۱۷;.۸۳-۶۶:(۵)۲۲

۳۹. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the patient referral system in urban family physician program, from stakeholdersperspective using swot approach: A qualitative study. Journal of Mazandaran Uni-

versity of Medical Sciences. ۲۰۱۸;۲۸(۱۶۱):۷۵-۸۷.

۴۰. Keshavarzi A, Kabir M, Ashrafian H, Rabiee S, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani S. An assessment of the urban family physician program in Iran from the viewpoint of managers and administrators. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. ۲۰۱۷;۱۹(۱۱):۶۷-۷۵.

۴۱. Damari B, Moghaddam AV, Gouran NR, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. ۲۰۱۶.

۴۲. M S. Positives and negatives of the urban family medicine program. *Behvarz Journal* ۲۰۱۳;(۹):۴۶-۴۷. ۲۰۱۳.

۴۳. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Momtahn R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani SD. Providing Physical Resources and Requirements for the Implementation of the Family physician Program in Iran: From Theory to Practice. *Hakim Journal*. ۲۰۱۸;۲۱(۳):۱۸۰-۹۰.

۴۴. Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for implementation of urban family medicine in Iran: infrastructures for implementation of urban

family medicine in Iran. Hakim Journal. ۲۰۱۵;۱۸(۱):۱-۱۳.

۴۵. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. Tropical medicine & international health. ۲۰۰۸;۱۳(۱۲):۱۴۴۲-۵۱.

۴۶. Sarikhani Y, Lankarani KB. Mixed payment method, the experience of a new payment method for health service providers in family physician program in Iran. Shiraz E-Medical Journal. ۲۰۱۳;۱۴(۴)

۴۷. Heidarzadeh A, Hedayati B, Huntington MK, Madani ZH, Farrokhi B, Mohseni F, et al. Near two decades of the family physician program in Iran and the structural challenges: A systematic review. International Journal of Preventive Medicine. ۲۰۲۳;۱۴(۱):۴۴.