ORIGINAL ARTICLE

SWOT Analysis of Implementation of Urban Family Physician Plan from the Perspective of Beneficiaries: A Qualitative Study

Ghasem Abedi[1],
Aboalfazl Marvi[2],
Saied Amir Soltani Kentaie[2],
Ehsan Abedini[3],
Mehran Asadi Aliabadi[4],
Khadije Safizadehe Chamokhtari[2],
Alireza Abasi Chaleshtari[2]

[1] Associate Professor, Department of Healthcare Management, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] MSc Student in Health Care Management, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran
[3] PhD Student in Health Care Management, Student Research Committee, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] PhD student of Epidemiology, Preventive Medicine and Public Health research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received March 14, 2017 Accepted November 18, 2017)

Abstract

Background and purpose: Urban family physician was implemented as a pilot project in Fars and Mazandaran provinces in Iran since 2012. This study aimed at SWOT analysis of urban family physician from the perspective of beneficiaries.

Materials and methods: This qualitative research was conducted through in-depth and semi-structured interviews in 2016. Nine people including faculty members, family physicians, senior managers and health professionals who were fully informed about the family physician project. They were selected via purposive sampling. Verbatim transcription of interview data was done and analyzed using framework method.

Results: The main strengths included health services provision, easy accessibility to health services, classification of services, and decrease in unnecessary costs. The weak points according to SWOT analysis included management and planning, human resources, physical resources, referral system, electronic health records, payment mechanism, health services purchasing organizations, intersectoral coordination, and assessment and control systems. Authorities' support, legal backing, educated human resources, and capacity of private section along public section were identified as the opportunities of the project. Furthermore, failure in public-private sector cooperation, health market and, society needs were considered as the threats.

Conclusion: This study showed the strengths and weaknesses of family physician plan, and the opportunities and threats it is faced with. Hence, it is necessary to find solutions and perform necessary interventions in order to eliminate the weaknesses and threats and maintain and improve the strengths and opportunities before its implementation throughout the country.

Keywords: urban physician family, SWOT, referral system, electronic health records, payment mechanism

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (155): 79- 93 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره ۱۵۵ آذر سال ۱۳۹۶ (۹۳-۷۹)

تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی

قاسم عابدی[۱]
ابوالفضل مروی[۲]
امیر سلطانی کنتایی[۲]
احسان عابدینی[۳]
مهران اسدی علی آبادی[۴]
خدیجه صفی زاده چم مختاری[۲]
علیرضا عباسی چالشتری[۲]

چکیده

سابقه و هدف: برنامه‌ی پزشک خانواده شهری از سال ۱۳۹۱ در دو استان منتخب فارس و مازندران به‌صورت پایلوت اجرا شد. از نگاه کارشناسان، اجرای آن مناسب‌ترین استراتژی جهت تشکیل نظام ارجاع و افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی است. این مطالعه با هدف تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌صورت کیفی با روش مصاحبه‌ی عمیق و نیمه ساختارمند در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نمونه‌ی آماری شامل ۹ نفر از اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشک خانواده بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. مصاحبه‌ها پس از انجام بر روی کاغذ پیاده‌سازی و داده‌ها به روش چارچوبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نقاط قوت طرح شامل فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح‌بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیرضروری، نقاط ضعف شامل مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرایند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون‌بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی شناسایی شدند. فرصت-ها شامل حمایت‌های مسئولین، پشتوانه قانونی، نیروی انسانی آموزش‌دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهدیدها شامل همگام‌نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه بودند.

استنتاج: مطالعه‌ی حاضر نشان داد که طرح پزشک خانواده شهری از چه نقاط قوت و ضعفی برخوردار بوده و با چه فرصت‌ها و تهدیدهایی رو به رو است. لذا ارائه راهکارها و مداخلات موثر جهت رفع نقاط ضعف و تهدیدهای پیش‌روی برنامه با بهره‌گیری هرچه بیش تر از نقاط قوت و فرصت‌های موجود، قبل از توسعه برنامه به سراسر کشور به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت، ضروری می‌نماید.

واژه های کلیدی: پزشک خانواده شهری، مدل SWOT، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت

مقدمه

امروزه اهمیت سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بشر، پژوهشگران را بر آن داشته است تا اصلاحات نظام سلامت را به گونه‌ای هدفمند مورد مطالعه قرار دهند(۱). نظام‌های سلامت به منظور افزایش کارایی و اثربخشی، ایجاد عدالت و امکان دسترسی مردم به خدمات سلامت، همواره مورد اصلاحات قرار

مولف مسئول: ابوالفضل مروی– ساری :کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد،مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم،دانشکده بهداشت Email: maboalfazl@Yahoo.com
۱. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ،ایران
۳. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه عبوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۱۲/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۶/۷/۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۸/۲۷

می‌گیرد(۲). یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام سلامت، سطح‌بندی خدمات است که پزشک خانواده در اولین سطح، خدمات پیشگیری و درمانی را به جمعیت ارائه نموده و در صورت نیاز جمعیت به خدمات تخصصی‌تر از طریق سیستم ارجاع، آن‌ها را به سطوح بالاتر هدایت و سرنوشت آن‌ها را تا حصول نتیجه پیگیری می‌نماید(۳،۴).

دستاوردهای برنامه پزشک خانواده سبب شده است که سازمان جهانی بهداشت آن را مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری وکاهش هزینه‌ها در سیستم‌های مراقبت سلامت معرفی نماید(۵). مطالعات متعدد نیاز کم‌تر به منابع و اجرای خدمات موثر را در برنامه پزشک خانواده نسبت به سطوح تخصصی تایید نموده‌اند(۶،۷).

امروزه در بسیاری از کشورهای امریکای شمالی و اروپای غربی، پزشک خانواده محور ارائه خدمات سلامت است(۸). در ایران برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۷۶ برای مددجویان کمیته امداد اجرا و اصلاحات گسترده آن از سال ۱۳۸۴ با شروع برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ هزار نفر و مناطق روستایی سراسر کشور آغاز گردید. با توجه به توزیع حدود ۶۵ درصد جمعیت کشور در شهرها، بر اساس برنامه پنجم توسعه این طرح از سال ۱۳۹۱ در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران به صورت پایلوت اجرا شد(۹،۱۱).

به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، سطوح ارائه خدمات و نظام ارجاع شکل گرفت. عدم تحقق مناسب نظام ارجاع در سطوح ارائه خدمات یک نقطه ضعف بارز در نظام سلامت می‌باشد(۴). به علت عدم موفقیت نظام ارجاع و طرح شبکه‌های بهداشتی درمانی در شهرها، کارشناسان مناسب‌ترین استراتژی را در قالب نظام ارجاع در مناطق شهری اجرای برنامه پزشک خانواده برشمردند(۱۲). سطح‌بندی خدمات سلامت موجب می‌گردد تا از مراجعات غیر ضروری به مراکز تخصصی جلوگیری و در منابع مادی و انسانی صرفه جویی گردد(۱۳). بنابراین نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارایه خدمات بهداشتی درمانی در کاهش هزینه‌ها و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر نقش اساسی دارد(۱۴). نتایج پژوهشی نشان داد که عمده هزینه خدمات بهداشتی درمانی چه در بعد مالی و چه انسانی، در بیمارستان تا حدودی با تکمیل چرخه نظام ارجاع کاهش می‌یابد(۱۵). از طرفی تشکیل پرونده الکترونیک با محوریت پزشک خانواده برای جامعه تحت پوشش، امکان کنترل کیفیت خدمات، انضباط مالی، پیگیری خدمات انجام شده و پاسخگویی به بیمار را ایجاد و حرکت بیمار در سطوح سه گانه را تسهیل می‌کند(۱۶،۱۸).

اگرچه برنامه پزشک خانواده افزایش دسترسی به خدمات سلامت را فراهم نموده است، ولی در برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری، نیازهای جامعه، نظام ارجاع و یکپارچگی بیمه‌ها چالش‌هایی وجود دارد(۱۹). اجرای برنامه پزشک خانواده به دلایل مختلف نیازمند پایش و ارزیابی بر اساس مدل‌های مختلف می‌باشد. یکی از مدل‌هایی که می‌توان بر اساس آن اجرا و عملکرد این طرح را مورد ارزشیابی قرار داد، مدل (SWOT) یعنی نقاط قوت(Strengths) ، ضعف(Weaknesses) ، فرصت‌ها (Opportunites) و تهدیدها (Threats) است. بر این اساس یک استراتژی مناسب قوت ها و فرصت‌های یک برنامه را به حداکثر، ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل می‌رساند(۲۰).

ارزشیابی برنامه پزشک خانواده شهری که پنج سال از اجرای آن می‌گذرد، امری ضروری است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و چالش‌های موجود، میزان دستیابی به اهداف و نتایج مشخص و در صورت نیاز، مداخلات موثر قبل از اجرای برنامه در کشور انجام گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT طراحی و انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی است که در سال ۱۳۹۵ به صورت تحلیل ساختار و تحلیل درون مایه انجام شد. تحلیل ساختار روشی است مناسب در زمینه تحقیقات کاربردی با هدف کسب اطلاعات خاص و ارائه پیامدها با توصیه‌ها؛ از سوی دیگر تحلیل درون مایه روشی است برای شناسایی و تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی که هر دو به میزان وسیعی در مطالعات مرتبط با سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند(۲۲، ۲۱).

جامعه آماری شامل ۹ نفر از اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشک خانواده بودندکه به صورت هدفمند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری دیدگاه صاحب نظران از روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند استفاده گردید. جهت انجام مصاحبه‌ها فرم عناوین راهنما که حاوی چهار سوال کلی برای روشن کردن اهداف مطالعه بود، تهیه شد. سوالات عبارت بودند از: شما به عنوان خبره، پزشک خانواده، مدیر و کارشناس اجرایی چه نقاط قوت/ ضعف/ فرصت/ تهدیدی را در اجرای طرح پزشک خانواده می‌بینید. در طراحی این سوالات علاوه بر مروری بر متون، از تجارب چند نفر از خبرگان در این حوزه نیز استفاده گردید. زمان انجام مصاحبه‌ها با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری هماهنگ گردید و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف کار به افراد اطمینان داده شدکه نظرات آنان به طورکامل و محرمانه حفظ خواهد شد و در عین حال مجازند علیرغم موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند. در مرحله بعدی برای تمام مشارکت کنندگان فرم رضایت کتبی تکمیل و به امضای آن‌ها رسید. سپس مصاحبه‌ها در دفتر اعضا هیات علمی و مدیران ارشد و محل کار سایر مصاحبه شوندگان انجام گردید. زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. در انجام مصاحبه‌ها برای جلوگیری از مشکلات احتمالی از دو دستگاه ضبط استفاده گردید و عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه توسط دو کارشناس جداگانه انجام شد. به طوری‌که پس از سه بار گوش دادن هر فایل ضبط شده، نسبت به پیاده‌سازی مصاحبه‌ها اقدام گردید. ضمناً از آن‌جا که از نکات کلیدی سخنان مصاحبه شوندگان و حالات صورت و علائم غیرکلامی آن‌ها در زمان مصاحبه یادداشت برداری شد، در زمان پیاده سازی فایل‌ها به این مطالب نیز توجه شد. در نهایت به منظور افزایش قوام و صحت داده‌ها بعد از پایان هر بخش از پیاده سازی مصاحبه‌ها، برداشت‌های صورت گرفته به رویت و تأیید مصاحبه شوندگان رسید و بدین ترتیب مورد بازبینی قرار گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها از یک فرآیند پنج مرحله ای تحت عنوان تحلیل چارچوبی به شرح زیر استفاده گردید. مرحله یک آشنا سازی، مرحله دو شناسایی یک چارچوب موضوعی، مرحله سه نمایه کردن، مرحله چهار ترسیم جداول و مرحله پنج کشیدن نقشه و تفسیر که سرانجام داده‌ها استخراج و طبقه بندی شده و درون مایه‌ها انتزاع و پیشنهادهای لازم ارایه گردید(۲۳).

یافته ها

در پژوهش حاضر، سه نقطه قوت اصلی شامل فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح‌بندی خدمات در مناطق شهری و کاهش هزینه‌های غیرضروری، ده نقطه ضعف شامل مدیریت و برنامه ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرایند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی به دست آمد.

فرصت‌های برنامه پزشک خانواده در این مطالعه شامل حمایت‌های مقام معظم رهبری و مسئولین، پشتوانه قانونی برنامه پزشک خانواده، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهدیدهای برنامه در این پژوهش شامل همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه می‌باشد.

نقاط قوت

فراهمی خدمات سلامت

از جمله نقاط قوت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، فراهمی خدمات سلامت است که شامل ارتقاء پوشش خدمات در مناطق شهری از طریق بهبود وضعیت نیروی انسانی پزشک و غیر پزشک و ادغام و اجرای بسته‌های خدمتی برای گروه‌های هدف می‌باشد که نسبت به قبل از اجرای برنامه بهبود یافته است. در این راستا مشارکت کننده شماره ۶ (م ۶) گفت «الان با مطب پزشک خانواده توانسته‌اند پوشش صد در صدی داشته باشند». (م ۳ و ۶) «ما توانستیم همه بسته‌های خدمت را برای همه گروه‌های سنی توسط یک تیم سلامت به آن ها ارائه کنیم با اجرای طرح، پزشک در کنار غیر پزشک قرار گرفت و ما از ظرفیت بخش خصوصی استفاده کردیم».

دسترسی آسان به خدمات سلامت

یکی دیگر از نقاط قوت اجرای برنامه، دسترسی آسان به خدمات سلامت در سطح اول است که هم دسترسی زمانی و هم دسترسی مکانی را افزایش داده است. (م ۷) «نکته قوت این طرح این بود که دسترسی‌ها رو برای مردم آسون و بهتر کرد، مثلاً ما در گذشته برای هر ۱۵ هزار نفر یک مرکز بهداشتی درمانی و یک پزشک داشتیم، حالا برای این ۱۵ هزار نفر، پنج پایگاه پزشک خانواده داریم. از دیگر نقاط قوت این بود که ما تونستیم مکان‌های ارائه خدمت را به محل زندگی مردم نزدیک‌تر کنیم. نکته دیگر، ما هم زمان را افزایش دادیم و هم کیفیت زمان را، قبلاً زمان خدمت، ساعت ۷ تا ۱۴ بود و الان دو نوبت کاری شد. در گذشته بخش زیادی از جمعیت شهر را در صبح از دست می‌دادیم، خصوصاً مادران».

سطح‌بندی خدمات در مناطق شهری و کاهش هزینه‌های غیر ضروری

در این پژوهش، سطح‌بندی خدمات در شهر و کاهش هزینه‌های غیر ضروری یکی دیگر از نقاط قوت برنامه بود. (م ۶) «در گذشته ما در شهر خدمات سطح اول را به این شکل ارائه نمی‌دادیم. الان توانسته‌ایم ۸۰ درصد نیازها را پوشش بدیم و ۲۰ درصد را پزشک راهنمایی و ارجاع دهد که هزینه‌های سیستم و مردم نیز کم شده است». (م ۴) «وقتی خدمات رو سطح‌بندی کنیم که الان از گذشته در شهر بهتر شده است، بیمار سردرگم نمیشه و اولین حرکت را از پزشک خانواده شروع میکنه، از طرفی هزینه‌های حمل و نقل کاهش می‌یابد. از طرفی هزینه ویزیت و داروهایی که متخصص می‌نویسد گرون‌تر است».

نقاط ضعف

مدیریت و برنامه‌ریزی

مشارکت کنندگان از نحوه مدیریت برنامه پزشک خانواده ناراضی بودند و مدیریت اصولی را مهم‌ترین عامل موفقیت برنامه‌های بهداشتی عنوان کردند. اجرای شتابزده و بدون ارزیابی شرایط موجود در بحث ساختار و منابع را ضعف مدیریتی برنامه قلمداد کردند. (م ۴) «خود طرح بسیار زیبا است و هرچه نقطه ضعف است، مربوط به مدیریت برنامه است، به خاطر این که مدیریت درست نیست. طرح به این بزرگی را می‌خواهند ظرف سه ماه اجرا کنند. به پزشک آموزش ندادند و مردم را مجبور کردند که یکی از پزشکان عمومی را انتخاب کند». (م ۲) «ما به فاز صفر اعتقاد نداریم و تفویض

اختیار و عدم تمرکز درست انجام نمی‌شود. برنامه کلی نوشته میشه و دستور داده میشه که اجرا بشه».

منابع انسانی

مشارکت‌کنندگان کمبود نیروی انسانی را یکی از مشکلات برنامه عنوان کردند. نظر ایشان این بود تعریف تیم سلامت در دستورالعمل پزشک خانواده و تعداد نیرو و تخصص‌های مطرح شده در مراکز مجری و پایگاه‌های پزشک خانواده به ویژه بخش خصوصی رعایت نشده است. (م ۲) «در حال حاضر ما در مطب‌های خصوصی پزشک خانواده یک دستیار بیش‌تر نداریم که باید همه کارها رو انجام بده». در بحث آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی: (م ۴) «به نظرم در بحث آموزش کوتاهی شد. باید برای پزشکان خانواده کلاس آموزش اجباری گذاشته بشه و باید گفته شه اگر می‌خواهید در این طرح ادامه دهید، باید n ساعت آموزش ببینید. از طرفی بازآموزی‌ها در راستای پزشک خانواده باشد، چون خیلی از بازآموزی‌ها برای پزشکان برای کسب امتیاز است و به درد پزشک خانواده نمی‌خوره». (م ۲) «نیروها متناسب با نیاز آموزش ندیده و در فیلد عملی کار نکرده‌اند در دوران تحصیل». در ادامه (م۵) «پزشکان خانواده کنونی با این مقاصدآموزش ندیده‌اند.

منابع فیزیکی

منابع فیزیکی و ساختاری در این برنامه یکی از نقاط ضعف مهم است. نبود سازوکار قانونی در خصوص تدارک فضای فیزیکی در پایگاه‌های پزشک خانواده یکی چالش است. (م۷) «پزشک خانواده خصوصاً در بخش خصوصی، فضای فیزیکی لازم را ندارد که بسته‌های خدمتی را مثل واکسیناسیون انجام بده». در ادامه گفت «مکان استقرار مطب‌ها در مرکز شهره و در حاشیه شهرها نیست، این کار رو مشکل کرده که پزشک حاضر نیست به خاطر امکانات پایین در حاشیه شهر مطب دایر کنه». (م ۹) «ما وسایل و تجهیزات لازم برای ارائه خدمت را نداریم، خصوصا در بخش خصوصی و در اجرای بسته‌ها دچار مشکل شدیم و آن را پیش‌بینی نکردیم.

فرایند ارائه خدمات

فرایند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است. (م ۲) «چه طوری بسته‌ها رو اجرا کنیم با این که پرونده‌ها و اطلاعات در مراکز دولتی است و خدمت در مطب پزشک انجام بشه». (م ۷) «خدمات رایگان مثل مکمل‌ها رو در مطب‌های خصوصی تعریف نکردیم که چطور تحویل بدیم که اشکال قانونی دارد. قانون مطب می‌گوید عرضه هر گونه دارو در مطب ممنوع است» در مورد اجرا، اکثر بسته‌های خدمت را باید مراقب سلامت اجرا کند «اکثر بسته‌ها رو باید دستیار انجام بده نه پزشک».

نظام ارجاع

مشارکت کنندگان بر مشکل نظام ارجاع در برنامه تاکید داشتند. (م ۷) «سوپرچالش طرح پزشک خانواده این است که ما سیستم ارجاع رو فقط در سطح اول داریم و در سطح دو ارجاع وجود نداره و بیمار رها شد. نصف برنامه اجرا شده در دستورالعمل دیده شد ولی اجرا نشد». (م ۶) «طرح شتاب زده و فرهنگ سازی نشده بود». در خصوص ارجاع معکوس و زمان حضور پزشک (م ۴) «بعد از ساعات کاری پزشک خانواده خصوصاً در بخش دولتی سازوکاری طراحی نشده و مریض باید به مراکز معین بره، اما به علت همکاری نکردن بیمه در بحث تعرفه‌ها، شرایط درست برقرار نشده و مریض سرگردان می‌شود و بحث بعدی پزشک جایگزین در سیستم ارجاع است که مشکل دارد».

در خصوص بحث ارجاع و همکاری بیمارستان (م ۳) «بیمارستان نباید مریض رو بدون برگ ارجاع ببیند و باید بین کسی که ارجاع داره و کسی نداره فرق گذاشته

بشه». درخصوص مراجعه بیماران در ساعات غیر اداری (م ۳) «اورژانس جای مراجعه بیماران غیر اورژانسی نیست، چطور می‌شود خدمات سطح یک رو ارائه کرد». در خصوص مشارکت سطح دو در ارجاع بیماران (م ۱) «در ارجاع مشکل داریم، برنامه ارجاع مشخص نیست. خیلی از پزشکان متخصص ارجاع قبول نمی‌کنند».

پرونده الکترونیک سلامت

یکی از اهداف برنامه پزشک خانواده، اجرای نظام خدمات نوین سلامت همراه با تشکیل پرونده الکترونیک بود که همزمان با اجرای طرح عملیاتی نشد. (م ۷) «در ذات پزشک خانواده، پرونده الکترونیک بود که در ابتدای اجرا ما طراحی نکردیم، یکی این‌که ما زیرساخت نداشتیم، دوم کارکنان بلد نبودند که با سیستم الکترونیک کار کنند و ما چگونه می‌خواستیم بسته‌ها را اجرا کنیم». (م ۱) «برنامه مفصل و کلی است، وقت گیر است و اگر فرد مشکل نداشته باشد، صدتا سوال رو باید جواب داد تا تایید بشه و وقت گیر است». (م ۲) «بالاخره پزشک خانواده بدون نسخه الکترونیک نمیشه اجرا شود.

در خصوص حجم کاری و ثبت خدمات (م ۳) «با توجه به این که سامانه سیب اومده، من یکسره دارم کار می‌کنم و ثبت می‌کنم، حجم کار زیاد و نیرو کم و ماما باید خیلی کارها رو انجام بده و نمی‌رسه.

در بحث میزان پرداخت و ثبت سامانه جدید (م ۴) «حقوق ما بر این اساس داده میشه، مجبوریم یکسره سامانه وارد کنیم و به مریض‌ها نمی‌رسیم». با راه‌اندازی درست و طراحی دقیق نسخه الکترونیک نظام ارجاع تسهیل و در وقت صرفه جویی و حجم کار کاهش می‌یابد. (م ۳) «اگه نسخه الکترونیک باشه، من نسخه می‌نویسم، میره داروخانه و آزمایشگاه و برمی‌گرده و من تایید می‌کنم و دوباره کاری نمیشه». (م ۳ و ۲) «اگه ارتباط آنلاین باشه و پزشکان ارتباط الکترونیک داشته باشند، ما در پیگیری مریض راحتیم».

مکانیسم پرداخت

نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید راهبردی نیست. (م ۹) «ابتدا پول به صورت سرانه داده میشه و بعد می‌خواییم بسته‌ها رو اجرا کنند. پرداخت باید مبتنی بر عملکرد باشه». پرداخت به اعضای تیم سلامت عادلانه نیست و این باعث نارضایتی و کاهش انگیزه و انصراف ماماها در بخش خصوصی شده است. (م ۷) «ما پزشک رو خوب دیدیم و درآمدش پنج یا شش برابر شد، ولی متاسفانه مراقب سلامت رو ندیدیم و به پزشک واگذارکردیم که براساس قانون کار پرداخت کند، علی رغم اینکه باید صبح و عصر کار کند». (م ۱) «ماماها انصراف میدند و پزشکان ماما ندارند و مجبورند تنها کار کنند». برنامه پزشک خانواده در قالب تیم سلامت طراحی شده است. (م۲) «پزشکان خانواده می‌خواهند کار تیمی بکنند ولی در پرداخت‌ها جدا دیده می‌شوند». مشکل دیگر، تفاوت تعرفه در پزشکان روستا و شهر می‌باشد (م ۵) «هزینه پزشک روستا رو مجبور شدیم زیاد کنیم، چون در شهر این رو تعریف کردیم و پزشکان روستا انصراف میدن و میان شهر». اختلاف تعرفه در شهر و روستا یکی از تفاوت‌های برنامه روستا و شهر است. (م ۵) «مردم روستا در شهر پزشک انتخاب کردند و آدرس اشتباه میدن به خاطر تعرفه پزشک و ما مدیریت اطلاعات جامع نداریم». در خصوص پرداخت متناسب با زمان ارائه فعالیت (م ۳) «این با روح عدالت اسلامی ناسازگار است، ما دو شیفت کار می‌کنیم و پزشکان دولتی یک شیفت‌اند ولی سرانه هر دو یکی است.

سازمان‌های خریدار خدمت

بیمه‌ها به عنوان تامین کننده منابع مالی، برنامه ریزی و مدیریت اطلاعات سلامت جامعی ندارند. (م ۵) «هدفشان فقط تامین مالی و در پایش ها فقط به میزان پرداخت فکر می‌کنند و سلامتی محور پایش نیست». (م ۶) «پایش کنندگان بیمه تخصص لازم در بحث پایش

پزشکان رو ندارند که خدمات باید چگونه باشه». در خصوص استمرار پایش‌ها (م ۳) «بیمه بعد از ظهرها نیستند و پزشکان در ساعت مقرر حضور ندارند». در بحث پرداخت به موقع (م ۱) «بیمه‌ها به وعده خود عمل نکردند و پول ما رو با تاخیر پرداخت می‌کنند». یکی از مشکلات جدی، صندوق‌های متعدد بیمه‌ای و ناهماهنگی بین آن‌ها است (م۲) «تنها سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی قرارداد بسته و طرح رو قبول کرده». (م ۷) «جمعیتی که پزشک ندارند و بیمه‌های مختلف دارند، انتظار خدمات رایگان بهداشتی دارند و سرانه‌شان مشخص نیست». (م ۴) «بیمه شدگان نیروهای مسلح و بانک‌ها و وزارت نفت و نیرو هرجا آزادن برن ولی بیمه شدگان تامین اجتماعی و خدمات درمانی مجبورند از طرح استفاده کنند. این عادلانه نیست».

هماهنگی و ارتباطات درون سازمانی

یکی از مشکلات، تربیت نیروی انسانی متناسب با اهداف پزشک خانواده، ناهماهنگی در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. (م ۴) «پزشکان در ابتدای طرح نمی‌دونستند که طرح چیه و کار بهداشتی چی هست». (م ۵) «نظام آموزش در علوم پزشکی دنیایی دیگر دارد، با این که نیاز جامعه یک چیز دیگه است. اگر از نیروی انسانی بپرسند چه کاری می‌تونید انجام بدید، پاسخ مشخص است کاری بلد نیستند». نظام ارجاع نقش اساسی در موفقیت و به ثمر نشستن برنامه دارد که نیازمند هماهنگی تمام بخش‌ها است. (م ۳) «بیمارستان‌ها با سطح اول هماهنگ نیستند و کار خودشان را انجام میدن». (م ۴) «ما فقط مهر می‌زنیم و ارجاع میدیم و بیمارستان برای کاهش هزینه‌ها مریض رو به ما ارجاع معکوس میده.

پایش و ارشیابی

راه اصلی تشخیص انحرافات برنامه‌های بهداشتی از اهداف، پایش و ارزشیابی است که نیروی انسانی ماهر و ابزار دقیق لازمه آن است (م ۲) «نیروی انسانی برای پایش آموزش ندیده و تجربه کافی ندارند و مادام عوض میشن». (م ۷) «چک لیست ساختاری است و فنی نیست با این که از اجرای برنامه زمان زیادی می گذره». در بحث حق الزحمه (م ۲) «ما به پایش کنندگان حق الزحمه نمی‌دیم و انگیزه ندارند، چطوری کسی که دو میلیون می گیره، یک پزشک رو پایش کنه. اصلاً جور در نمیاد». در خصوص مشارکت واحدهای فنی (م ۷) «پزشک خانواده فقط واحد گسترش رو می شناسه و به گسترش جوابگو است». در میزان دستیابی به اهداف (م ۲) «پایش فقط برای تعیین حقوق پزشک است». (م ۵) «هنوز ارزشیابی از برنامه صورت نگرفته تا میزان دستیابی به اهداف مشخص بشه».

فرصت‌ها

حمایت مقام معظم رهبری و مسئولین

مهم‌ترین عاملی که حمایت مسئولین را در جهت طراحی و اجرای برنامه به همراه داشت، تبیین سیاست‌های سلامت با محوریت پیشگیری توسط مقام معظم رهبری بود. مدیران دریافتند ارائه خدمات پیشگیری تنها توسط مدلی به نام پزشک خانواده عملی خواهد شد. (م ۲) «ما شبکه کارآمد داریم و مدیران و مسئولین در تمام سطوح از طرح حمایت می‌کنند و آن را یک راهکار خوب می بینند برای سلامت مردم».

پشتوانه قانونی برنامه پزشک خانواده

یکی از فرصت‌های اجرایی برنامه، وجود پشتوانه قانونی در برنامه چهارم و پنجم توسعه می‌باشد. (م ۲) «اصلاً برنامه پشتوانه قانونی قوی داره، اگر در مسیرش هدایت بشه و از تخصص مدیریت استفاده بشه بسیار موفق خواهد بود».

نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس

امکـان دسترسـی بـه نیـروی انسـانی آمـوزش دیـده شـامل پزشـکان عمـومی و مـراقبین سـلامت در ابتـدای شروع برنامه یک فرصت بود که اگر برنامه‌ریزی مناسب در جهت آموزش و بازآموزی این افراد می‌شد، موقعیت مناسبی برای موفقیت طـرح بـود. (م ۲) «مـا بـه اصـطلاح نیروی آموزش دیده و شبکه کارآمدی داریم کـه طـرح را روی آن پیاده کردیم». (م ۶) «ما متخصص و نیـرو بـه اندازه کافی داریم، حتی اگر ارجاع رعایت و بـالاتر هـم بره، باز هم آزمایشگاه و نیروی کافی داریم».

ظرفیت بخش خصوص درکنار بخش دولتی

مشارکت بخش خصوصی در اجرای برنامه فرصـتی مناسب است، اگر موانع قانونی تسهیل گردد. طرح بسیار کارآمد خواهد بود (م ۷) «با استفاده از بخش خصوصی، ما دسترسی رو افزایش دادیم». (م ۶) «بخـش خصوصـی اگـه حمایـت بشـه، انگیـزه بسـیار خـوبی داره کـه میشـه کیفیـت رو افـزایش داد». (م ۷) «مـا متاسـفانه رضـایت بخش خصوصی رو جلب نکردیم و این بخـش بـه فکـر حذف برنامه است».

تهدیدها

همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی

مـا در همـاهنگی و سیاسـت‌گـذاری ایـن دو بخـش مشکل داریم. (م ۲) «بخـش خصوصـی همـه چیـز را در اختیار داره و کار خودش رو انجام میـده». در خصـوص نظام ارجاع (م ۶) «ما باید قانونی داشته باشـیم کـه بخـش خصوصی بیاد پای کار. الان داره هرجور مردم می‌خوان خدمت می‌ده و سیستم ارجاع رو قبول نـداره». (م ۲) «مـا باید از توان این بخش در جهت صـرفه جـویی در منـابع استفاده کنیم نه این که اون رو دشمن خود بدانیم».

بازار سلامت و نیازهای جامعه

تغییر بازار سلامت و از طرفی تنوع نیازهای سلامتی مردم یک تهدید جدی است کـه اگـر اسـتراتژی مـوثر انتخاب نشود، ذینفعان کلیدی که مردم یا بیماران‌اند، بـه عنـوان اسـتفاده کننـده از خـدمات مراجعـه نمـی‌کننـد و برنامه در اجرا با مشکل مواجه مـی‌گـردد. بایـد جامعیـت خدمات یعنی آن‌چه مـورد نیـاز مـردم اسـت، در مراکـز پزشـک خـانواده ارائـه گـردد. (م ۵) «اگـر مـا پزشـک خـانواده قـوی داشـتیم، مـردم خودشـان هزینـه‌هـا رو می‌دادن. نیاز به این همه حمایـت نبـود»، ادامـه داد «اگـر خدمات رایگان نبود، مردم مراجعه نمی‌کردند. البته الان هم خیلی‌ها نمیاند چون برحسب نیاز شون نیسـت». (م ۶) «مردم میگن ما چه طور بیمارمون رو به اونجا ببـریم، اینـا مهارت کافی ندارند و تازه کارند یا سن شان بالا است».

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که اجـرای برنامـه، نقـاط قـوتی را در پـی داشـته اسـت کـه یکـی از نقـاط قـوت، فراهمـی خـدمات سـلامت اسـت. فـراهم بـودن یکـی از شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمـانی اسـت که با میزان اسـتفاده از خـدمات رابطـه مسـتقیم داشـته و انعکاسـی از توزیـع عادلانـه منـابع سـلامت در کشـور است(۲۴). پژوهشی نشان داد کـه اجـرای برنامـه پزشـک خانواده باعث افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت شده است(۲۵). مطالعه جبـاری بیـان کـرد کـه بـا اجـرای پزشـک خـانواده، پوشـش بسـته‌های خـدمت از جملـه مراقبت مادران افزایش یافته است که نتایج این مطالعه را تایید می‌کند(۲۶). افزایش دسترسی بـه خـدمات سـلامت یکی از نقاط قوت برنامه اسـت. پژوهشـی نشـان داد کـه اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسـی زمـانی و مکـانی مردم را بـه خـدمات افـزایش داده اسـت(۲۷). در مطالعـه جنتـی و همکـاران، مـدیران و اعضـای تـیم سـلامت بـه افزایش سطح دسترسی مردم به خـدمات سـلامت تاکیـد داشتند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد(۱۲).

سـطح بنـدی خـدمات در منـاطق شـهری و کـاهش هزینه‌های غیر ضروری، یکی از نقاط قوت برنامه اسـت.

نتـایج مطالعـه ترابـی اردکـانی و همکـاران، افـزایش دسترسـی و کـاهش هزینـه‌های درمـان را نشـان داد(۲۷). پژوهشی دیگر، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در برنامه پزشک خانواده روستایی را تایید کرد(۲۵).

یافته‌ها در این مطالعه نشان می‌دهـد علیـرغم وجـود نقاط قوت، چالش‌هایی بر سر راه طـرح وجـود دارد کـه یکـی از نقـاط ضـعف، مـدیریت و برنامـه ریـزی طـرح مـی‌باشـد. دمـاری و همکـاران، مشـخص نبـودن تولیـت برنامه، ضعف هماهنگی بین وزارتخانـه‌هـای بهداشـت و رفاه، دستورالعمل کاربردی، عدم ارزیابی ابتـدایی طـرح و عـدم فرهنـگ سـازی جامعـه را از چـالش‌هـای برنامـه عنـوان کردنـد(۱۹). در پـژوهش گـل علـی زاده، عـدم فرهنگ‌سازی در جامعه به عنـوان یکـی از نقـاط ضـعف برنامه عنوان شد که با نتایج این مطالعه مصداق دارد(۲۸).

موضوع منابع انسـانی در پزشـک خـانواده، یکـی از نقـاط ضـعف اشـاره شـده در ایـن مطالعـه اسـت. نتـایج پژوهشی نشان داد کـه اختـلاف درآمـدی بـین پزشـکان باعث جا بـه جـایی آن‌هـا شـده اسـت. از طرفـی نیـروی انسـانی شـاغل در طـرح پزشـک خـانواده جهـت ارائـه خدمات بهداشتی آموزش ندیده‌اند و نگاه درمان محـور دارنـد(۱۹). پـژوهش دیگـر، ضـعف دوره آموزشـی و بازآموزی در پزشکان خـانواده را یکـی از نقـاط ضـعف برنامه عنوان کرد(۲۷). منابع فیزیکی و امکانات ساختاری یکی از مشکلات اصلی برنامه پزشک خانواده اسـت. در مطالعه‌ای، پزشـکان خـانواده نبـود زیرسـاخت‌ها را یـک مشـکل جـدی عنـوان کردنـد(۲۷). در مطالعـه‌ای، ارائـه کنندگان خدمات، محیط سازمانی و مکان ارائه خـدمت را نامناسب عنوان کردنـد(۲۹). پـژوهش دیگـر در برنامـه پزشـک خـانواده، عـدم تـامین منـابع مـالی، نبـود فضـای فیزیکـی مناسـب جهـت ارائـه خـدمات و مشـکلات زیرساختی جهـت راه انـدازی پرونـده الکترونیـک را از نقاط ضعف برنامه عنوان کردند(۲۰).

یکـی دیگـر از نقـاط ضـعف برنامـه، فرآینـد ارائـه خدمات می‌باشـد کـه در دو بخـش خصوصـی و دولتـی هماهنگی لازم مشاهده نمی‌شود. نتـایج مطالعـه‌ای نشـان داد کـه طراحـی بسـته‌های خـدمت و تناسـب محتـوای بسته‌ها بـا تخصـص تـیم سـلامت هـم‌خـوانی نـدارد(۱۹). اسدی در مطالعـه خـود عـدم تناسـب حجـم کـاری تـیم سلامت را یکی از نقاط ضعف در بحث اجرای بسته‌های خدمت عنوان کرد(۲۰).

نظام ارجاع مهم‌ترین چالش پزشک خانواده اسـت. مطالعه‌ای نشان داد که اجرای دقیق نظام ارجاع به عنـوان پل ارتباطی، ضمن دسترسی بیمار به سطوح تخصصـی از تکرار خدمات جلوگیری و باعث کاهش هزینه‌های غیـر ضروری می‌گردد(۱۴). مطالعه‌ای در اسـتان هـای شـمالی ایران نشـان داد کـه فقـط ۴۰/۵ درصـد بیمـاران مراجعـه کننده از طریق سیسـتم ارجـاع هـدایت شـده بودنـد(۳۰). پژوهشی دیگر نشان داد از ۲۲۲ نفر بیمار ارجاع شـده بـه سطح دو، تنها ۶۵ درصـد بیمـاران بـه تشـخیص پزشـک خانواده بوده است و پزشکان متخصص فقط بـرای ۳۰/۴ درصد بیماران پسخوراند ارجاع تکمیل و به سـطح یـک ارسال کرده‌اند(۱۴). مطالعه‌ای در برنامه پزشک خانواده، ناهماهنگی در نظام ارجاع بـین سـطوح ارائـه خـدمت را ناشی از عـدم آمـوزش و همکـاری پزشـکان متخصـص عنوان کرد(۲۷). در مطالعه موسی زاده و همکاران، ارائـه کننـدگان خـدمات، نظـام ارجـاع را نامناسـب ارزیـابی نمودند(۲۹). پژوهشی در تایلند، آمـوزش پزشـکان را در خصوص سیستم ارجاع مفید ارزیابی کرد(۳۱). یافته های این پژوهش عدم تشکیل پرونده الکترونیـک سـلامت را در آغـاز برنامـه یـک نقطـه ضـعف بـارز قلمـداد کـرد. شناسـنامه الکترونیـک یکـی از منـابع ذخیـره اطلاعـات مراقبتی فرد در طول زندگی است که فرایند ارتبـاط بـین بیمار و پزشک را تسهیل می‌کند(۳۲). دماری و همکاران در مطالعـه خـود ضـعف در توسـعه زیـر سـاخت‌های ارتباطی و مهارت نیـروی انسـانی را از فاکتورهـای مهـم محقـق نشـدن پرونـده الکترونیـک عنـوان کردنـد(۱۹). جبـاری و همکـاران نبـود پرونـده الکترونیـک را یـک مشکل جدی بر سر راه پزشـک خـانواده برشـمردند(۳۳).

نصرالله پور و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که از ۶۷۵ بیمار ارجاعی به سطح ۲، تنها ۱۶۳ نفر از سطح دو برگشتند و تنها ۱۰ درصد نتایج ارجاع در فرم الکترونیک آن‌ها توسط پزشکان ثبت شده است(۳۰).

یافته‌های این پژهش به ضعف مکانیسم پرداخت اشاره دارد. مطالعه‌ای در شیراز عدم تناسب در سرانه پرداخت شده به جمعیت، پرداخت نامنظم و غیر شفاف، افزایش تقاضای غیرضروری ناشی از رایگان بودن خدمات را از مشکلات نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده می‌داند(۲۷). حافظی و همکاران در پژوهشی نارضایتی پزشکان را ناشی از نظام پرداخت عنوان کردند(۳۴). شوایزر در مطالعه خود مکانسیم پرداخت مناسب را عامل انگیزه کارکنان عنوان کرد(۳۵).

سازمان‌های خریدار خدمت در این پژوهش یکی از نقاط ضعف برنامه عنوان شد. دماری و همکاران در مطالعه خود تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، سیاست‌های چندگانه، عدم تجمیع بیمه‌ها و تاخیر در پرداخت‌ها را از مشکلات برنامه برشمردند(۱۹). در مطالعه ترابی، همکاری ضعیف بیمه‌ها نیز به عنوان یک مشکل جدی مطرح گردید(۲۷).

هماهنگی درون بخش به عنوان یکی از نقاط ضعف برنامه مطرح است. ترابیان در مطالعه خود ضعف ارتباط بین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها را ناشی از ارتباط نامناسب درون سازمانی عنوان کرده است(۳۶). در مطالعه‌ای در یزد، فاصله بین مهارت‌های عملی پزشکان در طی دوران دانشجویی و مهارت‌های مورد نیاز در طرح را خیلی زیاد عنوان کرد که باید هماهنگی بین بخش‌های آموزشی و بهداشتی صورت گیرد(۳۷).

یکی دیگر از نقاط ضعف برنامه، طراحی نظام پایش و کنترل است. پژوهشی، نبود یک سیستم پایش و ارزشیابی دقیق را یکی از نقاط ضعف برنامه برشمرد(۱۹).

تبیین سیاست‌های سلامت و حمایت‌های قانونی یکی از فرصت‌های برنامه است که برنامه پنج ساله چهارم و پنجم توسعه بر اجرای برنامه پزشک خانواده با محوریت نظام ارجاع و خدمات جامع سلامت تاکید دارد که وزارت بهداشت مکلف به اجرای آن و سازمان‌های بیمه نیز باید به سیاست‌های ابلاغی در این راستا عمل نمایند(۳۸).

در این پژوهش نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس به عنوان یک فرصت تلقی شده است که در مطالعه اسدی، وجود نیروی انسانی آموزش دیده و آماده به خدمت به عنوان یکی از نکات قوت برنامه عنوان شده است(۲۰).

همکاری بخش خصوصی در کنار بخش دولتی یک فرصت تلقی شده است. ترابی در پژوهشی، اجرای طرح به این روش را افزایش دسترسی زمانی و مکانی مراجعین به خدمات برشمرده است(۲۷).

در مطالعه‌ای، استفاده از ظرفیت و توان بخش خصوصی به صورت محدود از دستاوردهای برنامه عنوان شده است که باعث گسترش خدمات سطح یک شده است(۱۹). همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی به عنوان یک تهدید در اجرای برنامه تلقی شده است.

پژوهشی در برنامه پزشک خانواده شهری، دیده نشدن منافع بخش خصوصی و از طرفی نبود سیاست‌های جبرانی را یکی از مشکلات و ناهماهنگی‌های برنامه برشمردند(۱۹). اسدی در مطالعه خود تضاد منافع بخش خصوصی و مقاومت این بخش را یک تهدید در اجرای برنامه عنوان کرد(۲۰).

تغییر نیازها و بازار خدمات سلامت به عنوان یکی از تهدیدهای جدی برنامه گزارش گردید که در مطالعه جباری و همکاران به پایین بودن کیفیت خدمات و عملکرد پزشک خانواده ناشی از مهارت ناکافی پرسنل، ضعف در سیستم ارجاع، کمبود امکانات هتلینگ و درمانی متناسب نیاز مردم و از طرفی بی اعتمادی به پزشکان اشاره شده است(۳۳). نتایج پژوهشی در مازندران نشان داد که تنوع خدمات سلامت از دیدگاه بیماران، بیش‌ترین نقش را در تبیین کیفیت خدمات

سلامت دارد(۳۹). مطالعه اسدی به ورود تکنولوژی‌های جدید در بازار سلامت و آشفتگی این بازار اشاره دارد (۲۰) که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که برنامه پزشک خانواده شهری از نقاط قوتی نظیر فراهمی خدمات، کاهش هزینه‌های غیرضروری و افزایش دسترسی زمانی و مکانی بیماران به خدمات سلامت و فرصت‌هایی چون حمایت‌های مقام معظم رهبری و مسئولین، پشتوانه قانونی برای اجرا، ظرفیت بخش خصوصی در کشور و نیروی انسانی آموزش دیده برخوردار است که نقش اساسی در استقرار و اجرای طرح به صورت پایلوت ایفا نمودند. از سوی دیگر نقاط ضعف و چالش‌هایی چون مدیریت و طراحی اولیه برنامه، منابع مالی و انسانی، تدوین و اجرای بسته‌های خدمتی، نظام ارجاع، طراحی و اجرای نسخه الکترونیکی در ثبت خدمات در سطوح مختلف، ناهماهنگی و عدم سیاست‌های جبرانی برای ذینفعان، نبود یک مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد و نظام پایش و ارزشیابی و نیز مواردی چون همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، آشفتگی و تغییر در بازار سلامت به عنوان تهدید، مانع تحقق اهداف برنامه شده است. بنابراین ضروری است قبل از اجرای برنامه در سراسر کشور به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت با بهره‌گیری از نقاط قوت و فرصت‌های موجود، مداخلات موثرتری جهت رفع نقاط ضعف و تهدیدهای پیش‌روی برنامه انجام تا دستیابی به اهداف طرح محقق و از اتلاف منابع جلوگیری گردد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات جامع‌تری در خصوص ابعاد مهم طرح از جمله تدوین و اجرای بسته‌های خدمتی، پرونده الکترونیک، شاخص‌های پیامدی و عملکردی انجام گیرد تا چالش‌های برنامه شناسایی و در جهت رفع آن اقدام گردد.

سپاسگزاری

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با کد طرح ۳۴۴ و کد اخلاق R.MAZUMS.S-3441 با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسیده است. در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کلیه عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

References

1. Tavakkoli M, Karimi S, Javadi M, JabbariI A. The Survey weaknesses performance - Based Scheme (New Guidelines fee for Service Design) in Selected Teaching Hospitals of Isfahan 2014, a Qualitative Study. Qualitative Research in Health Sciences. 2016; 6(4):81-89.
2. Reform Structure of Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Ministry of Health and Medical Education .1999. (persian)
3. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. RJMS. 2012;18(92):23-30. (persian)
4. Pileroudi s. Township network health and treatment. 1,editor. Iran: UNISEF Office; 1999.
5. Rivo ML. Practicing in the new millennium: do you have what it takes? Fam Pract Manag. 2000;7(1):35- 40.
6. Joolaee H, Alizadeh M, Fallahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of clinical skills of family physicians in Fars province by means of observed structured clinical evaluation. Strides

in Development of Medical Education. 2011;7(2):92-98. (persian)

7. Weiss B. The death of academic family medicine: can it be prevented? Fam Med . 1995;27(2):139.
8. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract. 2006;23(3):308-316.
9. Family Physician Instruction. Iran ,Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009.
10. Masoudi Asl I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee [MSc]. Tehran: Islamic University Free; 2003.
11. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy Plan. 2010;26(2):163-173.
12. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program.Knowledg & Health. 2010; 4(4):38-43.(persian)
13. Ebadifard AF. Patients admission and referral system observance in live educational centers (IUMS).J Qazvin Univ Med Sci. 2002; 23:30-35 (persian)
14. Nasrollahpour Sh, Raeisi P, Motlagh M, Kabir M, Ashrafian AH. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Health Sys Res. 2010; 13(1): 19-25.
15. Khoja TA, Al Shehri AM, Abdul Aziz AAF, Aziz K. Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region. East Mediterr Health J.1997;3(2):236-243.
16. Budget Act 84. Planning, monitoring the President'sstrategy. Available in http://www.dmk.ir/Dorsapax/userfiles/file/033.
17. Kordbacheh M,Mardukhi B,Sadighi K.Law of Fourth Economic, Social and Cultural, Development Plan of the Islamic Republic of Iran 2005-2009.Iran, Management &Planing Org.2005(persian)
18. WIPO. Law for the Fifth Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2011-2015).Iran;2011(persian)
19. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. sjsph. 2016;14(2):17-38. (persian)
20. Asadi S. Family physician Assessment implementation based on the model (SWOT) in Iran. The Journal of Medical Education And Development. 2014;6(2):72-77.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol.. 2006;3(2):77-101.
22. Donna L, Lacey A. Qualitative Data Analysis. Qualitative Research Analysis. Journal of Adminstration and Governance. 2009;4(2):72-79.

23. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recomendations in primary care. Health Policy. 2008;85(2):148-161.
24. Alibabaei R, Sadeghi A, Vahidi RG, Akaberi A. Determination of Quality of Services Provided by Family Physician Team from Recipients' Perspective in Ajabshir City. j health. 2014;5(2):170-181. (persian)
25. NasrollahpourS S. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(S1):15-26. (persian)
26. Jabbari BH, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A, Asadzade R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. Knowledge & Health 2012;7(3):124-128.
27. Torabi AA,Hosseini S, Orumiehei N, Mirzaei S. Study perception,knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. Journal of Medical council of Iran. 2015;33(2):147-155. (persian)
28. Golalizadeh EM, Amir Esmaeili M, Ahangar N. The challenges of second level referral of family physician program. Journal of Medical Council of Islamic Republic.2011;29(4):309-321. (persian)
29. Moosazadeh M, Abedi G, Farshidi F, Naghibi A, Rostami F, Afsharimoghaddam A. Satisfaction Rate of Service Recipients and Providers of Rural Family Physician Program in Iran: A systematic Review and Meta-analysis. J Mazandaran Univ Med Sci .2015;25(131):165-80.(persian)
30. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci. 2010;11(6):46-52. (persian)
31. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Fam Pract.. 2007;8(1):14.
32. Richardson W, Berwick D, Bisgard J, Bristow L, Buck c, Cassel C. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC. National Academies Press. 2001
33. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahman-Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage. 2013;9(7):1132-1145.
34. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. Tolooe Behdasht .2009; 8(1-2): 16-25.
35. Schweizer K. 24th Annual salary & Job Satisfaction Survey, Food Engineering. 2007;76(12):32-36.
36. Torabian S, Damari B, Cheraghi MA. 'Rural Insurance': family physicians' satisfaction. Payesh .2014; 13: 561-73 (Persian)

37. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Rohani M, Narimani S. Educational needs assessment of family (general) physicians working in rural health centers of esfahan districts in five domains. Iranian Journal of Medical Education. 2011;10(5):726-734. (persian)
38. Shariati M, Moghimi D, Rahbar M, Kazemeini H, Mirmohammadkhani M, Family physician in the health plan in 1404 Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: National Institutes of Health Research; 2011. (Persian).
39. Tahmasbi B, Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of Patients' Satisfaction from Urban Family Physician Program in Mazandaran Province. J Mazandaran Univ Med Sci. 2017;26(144):65-75.(persian)