

The Impact of Change of Payment Mechanism on the Performance of Rural Health Centers in Ambulatory Care under Family Medicine Scheme in Sari and Jouybar

Samad Rouhani¹,
Fatemeh Akbarzadeh²

¹ Department of Public Health; Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 3, 2012 ; Accepted April 8, 2013)

Abstract

Background and purpose: In the second half of 2005, reform of Primary Health Care through Implementing Family Medicine was introduced for all small towns and rural places with populations less than 20,000. This was done to improve curative healthcare services. In this reform, both the method of employment and the payment mechanism that could potentially change the performance of family medicine team were changed. In this paper, the change in the performance of health centers in ambulatory care before and after the implementation of reform was compared in two cities (Mazandran province).

Materials and methods: This investigation included two case studies in two cities. The data was collected from 30 rural health centers in Sari and 12 in Jouybar. The collected data was based on the existing data of Iran's primary health network information system. A check list was used for data collection. The data from one year before implementation of scheme and three years after that was analysed.

Results: A substantial increase in the number of patients visited by a physician took place that was about 6 times higher than their performance in the same centres before the reform. A change of about two times increase in the provided services of lab, injection and wound dressing unit also occurred.

Conclusion: In this study, the performance of health care providers in health centres under the same conditions of primary health care delivery changed dramatically. In fact, their performance improved about 6 times compared to that of the before reform. These changes, with fewer slopes, were seen on other curative care including the lab, injection and wound dressing services.

Keywords: Payment mechanism, performance, health centers, primary health care, family medicine, ambulatory care

تأثیر تغییر در مکانیزم پرداخت بر عملکرد مراقبتهای درمانی سرپایی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی مجری طرح پزشک خانواده در شهرستان های شمال کشور

صمد روحانی^۱فاطمه اکبرزاده^۲

چکیده

سابقه و هدف: طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی یکی از اصلاحات انجام شده در سیستم خدمات بهداشتی اولیه ایران بوده است که به منظور بهبود عملکرد به ویژه در بخش درمان این سیستم از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ در تمام روستاها و شهرهای با جمعیت زیر بیست هزار نفر در سراسر کشور به مرحله اجرا گذاشته شده است. از جمله تغییرات ایجاد شده نحوه به کارگیری و مکانیزم پرداخت اعضای تیم پزشک خانواده می باشد که به طور بالقوه ای می تواند عملکرد آنها را تحت تأثیر قرار دهد. در این مقاله تغییر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در بخش مراقبتهای درمانی سرپایی در شهرستان های ساری و جویبار (استان مازندران) در قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده مورد مقایسه قرار گرفته اند.

مواد و روش ها: این بررسی شامل دو مطالعه موردی (Case Study) در دو شهرستان می باشد. داده های این تحقیق مربوط به ۳۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان ساری و ۱۲ مرکز شهرستان جویبار بوده است. داده های این تحقیق بر مبنای داده های موجود در نظام ثبت اطلاعات خدمات بهداشتی اولیه نظام سلامت می باشد که از یک چک لیست برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده است. اطاعات مربوط به دوره زمانی یک سال قبل و سه سال بعد از اجرای طرح پزشک خانواده مورد مقایسه قرار گرفته است.

یافته ها: افزایش قابل ملاحظه ای در تعداد ویزیت پزشکان بعد از معرفی طرح پزشک خانواده اتفاق افتاده است که حدود شش برابر عملکرد پزشکان عمومی در سیستم شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در همان مراکز می باشد. تقریباً دو برابری هم در خدمات واحد تزریقات و پانسمان، خدمات آزمایشگاهی مراکز مجری طرح پزشک خانواده تغییر رخ داده است.

استنتاج: ارائه کنندگان این خدمات در همان شرایط حاکم بر نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه کشور رفتاری را انتخاب نموده اند که افزایش عملکرد نیروی انسانی تا سطح حدود شش برابر افراد مشابه در همان واحدهای ارائه خدمات در نظام قبلی می باشد. این تغییر با مشی آهسته تر، در سایر فعالیتهای مرتبط با زنجیره خدمات درمانی بیماران شامل خدمات تزریقات و پانسمان و خدمات آزمایشگاهی نیز مشاهده گردیده است.

واژه های کلیدی: مکانیزم پرداخت، عملکرد، مراکز بهداشتی و درمانی، خدمات بهداشتی اولیه، پزشک خانواده، مراقبتهای سرپایی

مقدمه

از بدو انقلاب اسلامی ایران، سیاست بخش به عنوان اساس توسعه بهداشت عمومی و ارتقاء سلامت بهداشت کشور مبتنی بر تأمین خدمات بهداشتی اولیه

E-mail: samad.rouhani@gmail.com

مؤلف مسئول: - صمد روحانی - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت

۱. گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۱۱/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱/۱۹

کشور بوده است. متخصصین و کارشناسان ابراز عقیده نموده‌اند که علی‌رغم دستاوردهای مطلوب شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور، این سیستم از یک طرف دارای پتانسیل گسترده‌ای می‌باشد که در صورت به کارگیری می‌تواند منجر به بهبود عملکرد آن گردد، و آن شده نیازهای زیادی در سطح جامعه وجود دارد که در صورت رفع آن‌ها وضعیت سلامت مردم ارتقاء خواهد یافت (۲، ۳). در این رابطه تأکید ویژه‌ای بر بهبود نظام درمانی، تأمین مسائل مالی آن و گسترش نظام بیمه درمانی، همکاری بیشتر و بهتر بیمارستان‌ها در تکمیل حلقه درمانی و عملیاتی نمودن سیستم ارجاع بیماران به عنوان اولویت‌های آینده این سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی غالباً گسترده در اقصی نقاط کشور ذکر شده‌اند (۱، ۴، ۵).

طرح خودگردانی مالی بیمارستان‌های دولتی و طرح گسترش بیمه همگانی خدمات درمانی از مهم‌ترین تحولات بخش بهداشت کشور در گذشته می‌باشند (۶).

اگرچه در دو طرح ذکر شده امید بر بهبود عملکرد خدمات بهداشتی اولیه بوده است، ولی به دلایلی که قبلاً بحث شده است، عملاً در بخش درمان، سیستم ارائه خدمات بهداشتی اولیه، نه تنها تحولات مذکور سبب بهبود بهره‌وری نشده‌اند، بلکه کاهش بازدهی نیز اتفاق افتاده است به گونه‌ای که نقش درمان در نظام سلامت روز بروز کم رنگ تر شده و علی‌رغم سهم قابل ملاحظه‌ای از منابع سیستم شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نقش اندکی در کل خدمات ارائه شده به مردم، داشته است. این وضعیت نارضایتی مردم را در دسترسی به خدمات درمانی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی اولیه را ایجاد کرده است (۲، ۵).

مهم‌ترین اهداف بخش بهداشت نظیر کارایی، کیفیت و دسترسی را می‌توان از روش‌های مختلفی مانند قوانین و مقررات، مدل‌های سازمانی و انگیزش مالی و غیره به دست آورد، که در این زمینه انگیزش مالی و به ویژه انگیزش پزشکان دارای اهمیت خاص است.

مکانیزم رایج پرداخت به کارکنان و پزشکان (که در اغلب کشورهای در حال توسعه رایج می‌باشد) هیچ‌گونه رابطه‌ای با عملکرد و فعالیت آن‌ها نداشته و به آن مکانیزم پرداخت ثابت گفته می‌شود که پرداخت بر مبنای حقوق ثابت کارکنان است. در این روش چون معمولاً رابطه‌ای بین میزان فعالیت‌ها و دریافتی افراد ارائه‌کننده خدمت ایجاد نمی‌گردد، لذا انگیزه کافی برای افزایش عملکرد، وجود ندارد. در نقطه مقابل مکانیزم پرداخت از نوع متغیر مطرح است که با تغییر میزان عملکرد میزان پرداخت ارائه‌کنندگان خدمت دست خوش تغییر شده و ممکن است افراد به انگیزه افزایش درآمد فعالیت‌های خود را افزایش دهند (۷).

با در نظر گرفتن مزایا و معایب هر یک از روش‌های مذکور، صاحب نظران روش پرداخت ترکیبی را برای بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه توصیه می‌نمایند (۸).

طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی، یکی از اصلاحات انجام شده در سیستم خدمات بهداشتی اولیه کشور بوده که به منظور بهبود عملکرد به ویژه در بخش درمان این سیستم از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمام روستاها و شهرهای با جمعیت زیر بیست هزار نفر اجرا شد (۹).

در این طرح، نحوه به کارگیری نیروی انسانی و مکانیزم پرداخت اعضای تیم پزشک خانواده تغییر یافته که به طور بالقوه‌ای می‌تواند عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. اعضای تیم پزشک خانواده در قالب قرارداد سالیانه مرکز بهداشت آغاز به کار کرده و تمديد و تداوم همکاری آن‌ها منوط به عملکرد قابل قبول، مطابق با دستورالعمل مربوطه، مانند رعایت سقف ارجاع بیماران به میزان حداکثر ۱۰ درصد مراجعه‌کنندگان، رعایت اقلام داروهای تجویز شده و غیره می‌باشد. پرداخت به اعضای این تیم یا به عبارت دیگر منابع درآمد این گروه از کارکنان به صورت ترکیبی از درآمدهای ثابت که

عبارت از پرداخت سازمان بیمه به ازای سرانه جمعیت تحت پوشش، و متغیر که شامل درآمد حاصل از فرانشیز بیماران ویزیت شده و برخی از خدمات دارای تعرفه مانند تزریقات و پانسمان، خدمات آزمایشگاهی و دارویی می‌باشند، تغییر یافته که در مقایسه با شرایط قبل از اجرای طرح که کارکنان عمدتاً در استخدام دائمی دولت و دارای حقوق ثابت بوده‌اند، کاملاً متفاوت و دارای پتانسیل انگیزشی برای بهبود عملکرد می‌باشد.

تاکنون بررسی‌های محدودی در رابطه با عملکرد واحدهای مجری طرح پزشک خانواده روستایی در سطح کشور انجام و گزارش شده است (۱۰-۱۲). در این بررسی‌ها عمدتاً به توصیف عملکرد این واحدها پرداخته شده ولی چگونگی تغییر آن و مکانیزم تأثیر تحول انجام شده در عملکرد این واحدها پوشش داده نشده است. هدف این مطالعه بررسی تغییر در مکانیزم پرداخت و تأثیر آن بر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی مجری طرح پزشک خانواده در شهرستان‌های ساری و جویبار بوده است.

مواد و روش‌ها

این بررسی شامل دو مطالعه موردی (Case Study) در دو شهرستان استان مازندران بوده است. کلیه مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان ساری (۳۰ مرکز) و جویبار (۱۲ مرکز) مورد بررسی قرار گرفته‌اند. شهرستان ساری مرکز استان مازندران و شهرستان جویبار در همسایگی شهرستان ساری می‌باشد. داده‌های این تحقیق بر مبنای داده‌های موجود در نظام ثبت اطلاعات خدمات بهداشتی اولیه شبکه بوده (داده‌های ثانویه) و در برگیرنده مهم‌ترین داده‌های مرتبط با فعالیت‌های درمانی به استثنای خدمات دارویی تیم پزشک خانواده، شامل داده‌های مربوط به خدمات ارائه شده مثل ویزیت پزشک، خدمات تزریقات و پانسمان و آزمایشگاه می‌باشد. مطالعه موردی شهرستان جویبار بر روی ویزیت پزشکان و مطالعه شهرستان ساری بر روی

سایر موارد اشاره شده بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از یک چک لیست که در برگیرنده متغیرهای مورد نظر بوده است استفاده گردید. چک لیست با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان‌های مورد مطالعه و با بهره‌گیری از آمارهای روتین گزارش شده به این واحدها و بوسیله همکاران تیم تحقیق تکمیل شده است. در این مطالعه داده‌های دو دوره یک‌ساله جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. دوره اول مربوط به سال ۱۳۸۳ (سال قبل از اجرای طرح) و دوره دوم مربوط به سال ۱۳۸۷ (سه سال بعد از اجرای طرح) می‌باشد. داده‌ها بعد از جمع‌آوری استخراج و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

همچنین در این تحقیق برخی از مهم‌ترین شاخص‌های مربوط به نتایج نهایی ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی روی گروه‌های هدف یعنی مرگ و میر مادران باردار و مرگ و میر کودکان زیر یک‌سال و زیر پنج سال نیز جمع‌آوری شده است. داده‌های شاخص‌های مذکور به طور روتین در سیستم شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور جمع‌آوری می‌گردد. مراقبت‌های پیشگیری و هم مراقبت‌های درمانی سیستم شبکه پتانسیل تأثیر بر روی این شاخص‌ها را دارند. از آنجایی که فعالیت‌های پیشگیری سیستم شبکه بدون تغییر نسبت به گذشته در حال ارائه می‌باشد و طرح پزشک خانواده بر ارائه فعالیت‌های درمانی سیستم شبکه متمرکز است، لذا شاخص‌های مذکور در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های این تحقیق که مربوط به داده‌های ثبت شده سال ۱۳۸۳ یک‌سال قبل از شروع اجرای طرح و سال ۱۳۸۷ سه سال بعد از شروع اجرای طرح بوده است به تفکیک بر مبنای ویزیت پزشکان، خدمات تزریقات و پانسمان و خدمات آزمایشگاهی که همگی جزو خدماتی هستند که ارائه آن‌ها با درآمد اعضای تیم

پزشک خانواده در ارتباط میباشند، ارائه و مورد مقایسه قرار گرفته اند.

در مطالعه موردی شهرستان جویبار که به بررسی ویزیت پزشکان و تغییر آن در قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی پرداخته است تعداد ویزیت انجام شده به وسیله ۱۲ پزشک قبل از اجرای طرح پزشک خانواده با تعداد ویزیت انجام شده به وسیله همین تعداد پزشک بعد از اجرای طرح مورد مقایسه قرار گرفته است که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همان گونه که در جدول فوق نشان داده شده است افزایش قابل ملاحظه‌ای در تعداد ویزیت پزشکان بعد از معرفی طرح پزشک خانواده اتفاق افتاده است که حدود شش برابر عملکرد پزشکان عمومی در سیستم شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در همان مراکز می‌باشد. داده‌های مطالعه موردی شهرستان ساری که به بررسی سایر فعالیت‌های ذکر شده، شامل خدمات واحد تزریقات و پانسمان و خدمات آزمایشگاهی در قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی پرداخته است در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همان گونه که جدول فوق نشان می‌دهد تقریباً دو برابر افزایش خدمات در واحد تزریقات و پانسمان و آزمایشگاه در این مراکز داشته ایم. نتایج مربوط به مرگ کودکان زیر یک سال، زیر ۵ سال و مادران به دلایل بارداری و زایمان در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: تعداد کل، متوسط، و تغییر در ویزیت انجام شده توسط پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان جویبار قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی

سال / متغیرهای ارائه خدمت	تعداد پزشک شاغل	تعداد کل ویزیت	متوسط ویزیت به ازای هر پزشک در سال
۱۳۸۳ (سال قبل از اجرای طرح)	۱۲	۸۲۲۴	۶۸۵
۱۳۸۷ (سه سال بعد از اجرای طرح)	۱۲	۴۶۶۲۴	۳۸۸۵
درصد افزایش بعد از اجرای طرح	۰ درصد	۵۶۷ درصد	

همان گونه که جدول فوق نشان می‌دهد شاخص‌های مربوط به وضعیت مرگ گروه‌های آسیب‌پذیر کاهش

یافته به گونه‌ای که کاهش تا بیش از ۵۰ درصد نیز مشاهده شده است.

جدول شماره ۲: تعداد خدمات واحد تزریقات و پانسمان و خدمات آزمایشگاهی ارائه شده بوسیله مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ساری قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی

سال / متغیرهای ارائه خدمت	تعداد کل خدمات واحد تزریقات و پانسمان	تعداد کل خدمات آزمایشگاهی
۱۳۸۳ (سال قبل از اجرای طرح)	۷۰۷۸۳	۱۷۳۸۲۲
۱۳۸۷ (۳ سال بعد از اجرای طرح)	۱۴۱۹۳۶	۳۳۵۳۶۹
درصد افزایش بعد از اجرای طرح	۲۰۰٪	۱۹۳٪

جدول شماره ۳: فراوانی مرگ و میر کودکان و مادران قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان ساری

دوره / شاخصهای مرگ و میر	تعداد مرگ کودکان زیر یک سال	تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال	تعداد مرگ مادران
۱۳۸۳ (سال قبل از اجرای طرح)	۳۷۱	۷۶	۴
۱۳۸۷ (سال بعد از اجرای طرح)	۱۸۹	۳۱	۳
درصد کاهش بعد از اجرای طرح	۴۹٪	۵۹٪	۲۵٪

بحث

مطابق با یافته‌های این تحقیق تفاوت قابل ملاحظه‌ای در عملکرد مراقبت‌های درمانی سرپایی مراکز بهداشتی و درمانی مطالعه شده در قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده مشاهده شده است. این تغییر که به صورت بهبود در عملکرد این واحدها می‌باشد، در تمام متغیرهای مطالعه شده شامل ویزیت پزشکان، خدمات آزمایشگاهی، خدمات تزریقات و پانسمان اتفاق افتاده است. این خدمات از جمله مراقبت‌های دارای تعرفه درمانی می‌باشند که درآمد ناشی از آن به عنوان یکی از منابع تأمین مالی طرح پزشک خانواده در نظر گرفته شده است. اعضای تیم پزشک خانواده نیز مشمول ارزیابی مداوم در عملکرد بوده و امکان تداوم ماندگاری آن‌ها در تیم و همچنین میزان درآمد آن‌ها به عملکرد قابل قبول آن‌ها بستگی دارد (۹).

تغییرات مشاهده شده به طور عمده با ماهیت تحول انجام شده که اصولاً تغییر در نحوه بکارگیری افراد تیم پزشک خانواده و مکانیزم پرداخت به آن‌ها بوده است،

قابل بحث و نتیجه گیری می باشد. صرف نظر از میزان پرداخت، مکانیزم پرداخت به ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مباحث دارای اهمیت در طراحی و یا تحول در سیستمهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است (۷، ۱۶-۱۳).

بسیاری از متخصصین مسائل اقتصادی به کارگیری مکانیزمهای پرداخت و بویژه از نوع ترکیبی را روش مناسبی برای ایجاد انگیزش مالی در جهت بهبود عملکرد کارکنان سیستمهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می دانند و کشورهای زیادی نیز در دنیا از این شیوه بهره می گیرند (۱۶-۱۴). در مکانیزم پرداخت ثابت که به طور عمده در بخش های دولتی و برای کارکنان استخدام شده به صورت مادام العمر رواج دارد، کاهش عملکرد نیروی انسانی هم به شکل کاهش کمیت و هم به شکل تنزل کیفیت و هم افت هر دو بعد آن مکرراً گزارش گردیده است (۷، ۱۷، ۱۸). در مکانیزم پرداخت متغیر، افزایش فعالیت های نیروی انسانی به دلیل انگیزه انتفاع از افزایش درآمد ناشی از عملکرد بالا می باشد. این عامل انگیزشی حتی در بسیاری از مواقع منجر به تغییر در رفتارهای نامطلوب ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی در قبال انگیزش های مالی حاصل از درآمد ناشی از عملکرد می گردد که برای جلوگیری از آن به ناچار باید محدودیت های بازدارنده ای اعمال گردد (۷، ۱۷).

آن چیزی که امروزه در انتخاب شیوه های پرداخت مورد تأکید می باشد این است که ارائه کنندگان خدمات باید به نوعی در ریسک و منافع حاصل از تصمیم گیری ها، توصیه ها، و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سهیم گردند. به عبارت دیگر باید بین عملکرد و درآمد یا خسارت ارائه کننده خدمت رابطه ای معقول حاکم بوده تا در افراد انگیزه لازم برای رقابت و تلاش بیشتر را ایجاد نماید (۷، ۱۹). موضوعی که در محتوای طراحی طرح پزشک خانواده ایران به طور کلی در ذیل می آید قابل درک می باشد.

نکته قابل بحث دیگر این که این تغییر به مفهوم

افزایش استقبال جمعیت تحت پوشش به استفاده از خدمات مشابه در مقایسه با قبل از اجرای طرح پزشک خانواده در شرایطی اتفاق می افتد که صرف نظر از توان مالی افراد، مصرف کنندگان این خدمات لزوماً باید مبلغی را بعنوان سهم بیمار یا فرانشیز به ارائه کنندگان خدمات پرداخت نمایند. در صورتی که پرداخت در قبال استفاده از خدمات درمانی مراکز بهداشتی و درمانی در شرایط قبلی امری الزامی نبوده و متناسب با توان افراد و در بسیاری از موارد کاملاً رایگان بوده است. لذا با این توضیح رفتار مشتریان که به صورت افزایش استفاده از این خدمات نمایان شده است را باید به مفهوم بهبود در کیفیت این خدمات در نظر گرفت و اذعان نمود که کشش تقاضا بیشتر با کیفیت خدمات در ارتباط می باشد (۱۳، ۲۳-۲۰). در این رابطه و به منظور نگاهی جامع تر به کیفیت خدمات این نکته را نیز می توان اضافه نمود که با اجرای طرح نه تنها در میزان ارائه خدمات بلکه در وضعیت بهداشتی جامعه نیز بهبودی حاصل شده است. همان گونه که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، تغییر در تحقق اهداف خدمات بهداشتی به مفهوم کاهش در مرگ و میر آسیب پذیرترین افراد جامعه شامل کودکان زیر یک سال، زیر پنجسال و مادران بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در واحدهای مطالعه شده کاهش ۲۵ تا ۵۹ درصدی داشته است. در این خصوص باید اشاره نمود که با توجه به دستاوردهای نظام شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران در همان سال های اولیه راه اندازی که تغییرات چشمگیری در کاهش این شاخص ها در سطح کشور ایجاد نموده بود، ولی به تدریج پیشرفت در بهبودی های بعدی این شاخص ها با مشی کندی مواجه شده، لذا ارقام گزارش شده مذکور باید یک جهش دیگر در دستاوردهای نظام شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی کشور محسوب گردد (۱). در رابطه با کیفیت خدمات بهداشتی اولیه و به ویژه پزشکان عمومی شاغل در آن برخی معتقدند که دسترسی به خدمات و استفاده از آن به عنوان شاخص

بهبود کیفیت و حتی جزو شاخص نتیجه نهایی محسوب می گردد (۲۴). لذا با مبنا قرار دادن این عقیده به علاوه سایر مطالب ذکر شده، می توان نتیجه گیری نمود که بهبود در عملکرد واحدهای ارائه خدمات بهداشتی اولیه با لحاظ نمودن ابعاد کیفیت خدمات نیز می تواند مثبت ارزیابی گردد. لذا تغییر نظام پرداخت به تیم سلامت (به خصوص پزشکان) به عنوان یکی از راهکارهای مؤثر برای افزایش عملکرد آن ها در بهبود مراقبت های درمانی سرپایی بیماران قابل استفاده است. اگرچه یافته های این تحقیق با توجه به موارد بحث شده حاکی از بهبود عملکرد نظام خدمات بهداشتی اولیه تحت شرایط پزشک خانواده می باشد، ولی به دلیل فقدان اطلاعات مربوط به هزینه اجرای این طرح، موضوع عدالت، دوام طرح، عملکرد سایر ابعاد طرح پزشک خانواده مانند بخش دارویی، ارجاع بیماران و رضایت گزینه های دیگر ارائه خدمات بهداشتی اولیه، امکان نتیجه گیری نهایی در این سطح از اطلاعات میسر نمی باشد. همچنین بهبود در شاخص های مرگ که در این تحقیق به آن اشاره شده ممکن است به دلایل دیگری غیر از اجرای طرح پزشک خانواده حاصل شده باشد یا به صورت هم زمان حاصل شده باشد.

همچنین یکی از نکات قابل تأمل در خصوص بهبود در ارائه مراقبت های درمانی سرپایی در مراکز بهداشتی و درمانی مجری طرح پزشک خانواده می تواند ناشی از این باشد که بیماران برای مراجعه پزشکان متخصص و استفاده از مزایای مالی بیمه روستایی ملزم به

ارجاع از سوی پزشک خانواده خود بوده اند و لذا بخشی از افزایش ارائه این مراقبت ها می تواند مرتبط با این موضوع باشد، هرچند آمار و اطلاعات دقیقی در این خصوص در دسترس نمی باشد. لذا موارد مذکور را باید به عنوان بخشی از محدودیت های این تحقیق در ارزیابی جامع تأثیر طرح پزشک خانواده در عملکرد واحدهای مجری برشمرده که رفع آن مستلزم مطالعات تجربی و نظری بیشتری می باشد (۱۹، ۲۰، ۲۴-۲۶). در این خصوص در نظر گرفتن انتخاب های جایگزین، مانند گسترش بازار داخلی یا بازار شبه دولتی، قرار داد با واحدهای بخش خصوصی و غیره نیز باید مد نظر قرار گیرد. لذا پیشنهاد می گردد ضمن تداوم وضعیت موجود مطالعات بیش تری در رابطه با سایر متدهای شناخته شده در ارائه خدمات بهداشتی اولیه به منظور ارتقاء در عملکرد این بخش بسیار حیاتی سیستم خدمات بهداشتی اولیه در کشور صورت گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کارکنان مرکز بهداشت شهرستان ساری و جویبار که در زمینه در اختیار قرار دادن اطلاعات مربوطه با ما همکاری داشته اند تقدیر و تشکر به عمل می آید. همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کمیته تحقیقات دانشجویی آن به خاطر تأمین بخشی از هزینه های این طرح سپاسگزاری به عمل می آید.

References

1. Shadpour K. The PHC experience in Iran, The Council for expansion of PHC networks MOHME, UNICEF-Tehran, 1994.
2. Rouhani S. Assessing the patient referral in attendees of hospitals in Mazandaran university of medical sciences. J Mazand Univ Med Sci 2000; 10(26): 27-31 (Persian).
3. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran-lessons from the last 20 years. Public Health 2004; 118: 395-402.
4. Schieber G, Klingen N. (1999). Health financing reform in Iran: Principles and possible next steps. The High Council Research of Social Security Insurance, Health Economic Congress. 30, Oct, 1999. Tehran, Iran.

-
5. Rouhani S. The relative efficiency of public and non-public health centres in Iran. Ph.D Thesis. University of Keele, UK. 2007.
 6. Russel M. Health Insurance in Iran: Opportunities and Complexities, in: Davies, TOD, Tavakoli M, Health care policy, performance and finance: Strategic issues in health care management, UK: Ashgate, 2004. p. 223-235.
 7. Jegers M, Kesteloot K. A taxonomy of health care financing systems based on financial incentives. Working Paper Katholieke Universiteit Leuven, 1998; 1-18.
 8. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Health economics for developing countries, A practical guide. UK: MacMilla; 2000.
 9. Operational guide for family physician project implementation. Version 7/3. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. (Persian).
 10. Raeisi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani kia HR. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran; 2009. Journal of health Administration (JHA) 2011; 14(43): 27-36.
 11. Khadivi R, Hashemi T, Farrokh Siar E, Rohani M. The Assessment of Family Physicians' Performance in Screening of Hypertension and Diabetes Mellitus in Rural Areas of Isfahan County: A 5-year Survey. Journal of Isfahan Medical School 2012; 209: 1650-1662.
 12. Shalileh K, Mahdanian A. Family physicians' satisfaction in Iran: a long path ahead. Lancet 2010; 376(9740): 515.
 13. Schneider P. Provider payment reforms: lessons from Europe and America for South Eastern Europe. HNP Discussion Paper, Washington, DC: World Bank; 2007.
 14. Yip W, Eggleston K. Addressing government and market failures with payment incentives: Hospital reimbursement reform in Hainan, China. Soc Sci Med 2004; 58(2): 267-277.
 15. Ellis RP, Miller MM. Provider payment methods and incentives. In: Kris H, (ed). International Encyclopedia of Public Health. Oxford: Academic Press; 2008. p. 395-402
 16. Moreno-Serra R, Wagstaff A. System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. J Health Econ 2010; 29(4): 585-602.
 17. Gauri V, Cercone J, Briceno R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. Health Policy Plan 2004; 19(5): 292-301.
 18. Franco ML, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Med 2002; 54(8): 1255-1266.
 19. Aas IHM. Incentive and financing methods. Health Policy 1995; 34(3): 205-220.
 20. Bopp KD. How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective. J Health Care Mark 1990; 10(1): 6-15.
 21. Thompson BL, Harris JR. Performance measures: are we measuring what matters? Am J Prev Med 2001; 20(4): 291-293.
 22. Mills A. Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: Bureaucratic versus market approaches. PHFP working paper, 01/95. No. 17, London: LSHTM, 1995.
 23. Hussein AK, Mujinja PG. Impact of user charges on government health facilities in

- Tanzania, East Afr Med J 1997; 74(12): 751-757.
24. Gravelle H. Capitation contracts: access and quality. J Health Econ 1999; 18(3): 315-340.
 25. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. Health Policy 2001; 58(1): 37-67.
 26. Buck D, Godfrey C, Morgan A. Performance indicators and health promotion targets, (Discussion paper 150). The University of York, Centre for Health Economics, 1996.