



Evaluating the Challenges of Implementing the Family Physician Plan and the Referral System of Insurance for Villagers and Nomads in Khuzestan Province During 2024

Mohammadreza Rezaee^{*1}  PhD, Keivan Babadi¹ MA, Hasan Saeidi¹ MA

¹ National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

*Correspondence to: Mohammadreza Rezaee, Email: mr.rezaei@ihio.gov.ir

Received: June 5, 2024

Revised: July 29, 2024

Accepted: August 21, 2024

Online Published: September 7, 2024

Abstract

Introduction: The Villagers and Nomads' Family Physician Program in Khuzestan Province was implemented to provide primary medical and health services to the rural and nomadic populations, aiming to improve their quality of life by focusing on disease prevention and management.

Methods: In this study, questionnaires were used to collect data to determine the challenges of implementing the family physician plan from the perspectives of plan monitors and participating physicians, focusing on nine areas. Questionnaires were sent to all 235 members of the health team, and plan monitors in Khuzestan Province, and 177 members completed the survey. The findings of this quantitative study were analyzed using descriptive statistics, chisquared tests, and MannWhitney tests at a significance level of 0.05. Results: The results indicated that physicians' low job attractiveness, with an average score of 7.43, impairs their persistence, which is identified as the most important challenge.

Conclusion: Considering the difficulty of the job and the adequacy of facilities and amenities, attention should be paid to the motivational and financial needs of health team members when setting executive guidelines.

Keywords: Physicians Family, Health Care Facilities, Manpower and Services, Patient Care Team

Highlights

1. The Family Physician Plan and Insurance Referral System for villagers and nomads is designed based on the tiered structure of healthcare services. This approach aims to reduce costs and increase the effectiveness of healthcare services.
2. The plan is structured so that people in rural and nomadic areas can access medical and pharmaceutical services without incurring heavy costs.

Citation:

Rezaee M, Babadi K, Saeidi H. Evaluating the challenges of implementing the family physician plan and the referral system of insurance for villagers and nomads in Khuzestan province during 2024. Iran J Health Insur. 2024;7(2):94-101.



بررسی چالش‌های اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع بیمه روستاییان و عشایر در استان خوزستان طی سال ۱۴۰۳

محمدرضا رضایی^{۱*} PhD، کیوان بابادی^۱ MA، حسن سعیدی^۱ MA

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمدرضا رضایی، پست الکترونیک: mr.rezaei@ihio.gov.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

تصحیح: ۱۴۰۳/۰۵/۰۸

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۶

چکیده

مقدمه: برنامه پزشکی خانواده روستاییان و عشایر در استان خوزستان با هدف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه به جمعیت روستایی و عشایری اجرا شده و تلاش دارد تا با تمرکز بر پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها، به بهبود کیفیت زندگی مردم کمک کند.

این مطالعه باهدف بررسی چالش‌های اجرای این برنامه در استان خوزستان از منظر اعضای تیم سلامت و پایشگران آن صورت پذیرفت. **روش بررسی:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی و مقطعی است. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استفاده شد که به‌منظور تعیین چالش‌های اجرای طرح پزشک خانواده از دیدگاه پایشگران طرح و پزشکان شاغل در آن و با تمرکز بر ۹ حوزه تنظیم شده است. پرسشنامه‌ها برای تمامی ۲۳۵ عضو تیم سلامت و پایشگران در استان خوزستان ارسال شد که ۱۷۷ پاسخ از آنان دریافت شد. یافته‌های این مطالعه کمی با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های کای دوو منویتنی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش پایین بودن جذابیت شغلی برای ماندگاری پزشکان با میانگین ۷/۴۳ را به عنوان مهم‌ترین چالش نشان داد. همچنین، فقدان تناسب بین دستمزد پزشکان با نرخ تورم که میانگین ۷/۳ را به خود اختصاص داده، نقش کلیدی در کاهش انگیزه کادر پزشکی دارد. تأخیر در پرداخت حقوق و کارانه تیم سلامت با میانگین ۷/۱۴ و حق سرانه پایین به ازای جمعیت تحت پوشش با میانگین ۷/۱۳ و امنیت شغلی پایین با میانگین ۷/۰۹ از چالش‌های دیگر طرح است که اجرای بهینه این برنامه را نزد تیم سلامت با مشکل مواجه کرده است.

نتیجه‌گیری: با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه می‌بایست در تنظیم تفاهمنامه و دستورالعمل‌هایی اجرایی آن به نیازهای انگیزشی و مالی اعضای تیم سلامت باتوجه به سختی کار، مکفی بودن امکانات و تسهیلات در روستاها در کنار توجه به ارزیابی عملکرد منصفانه همراه با فرهنگ‌سازی نزد مردم و سطوح دیگر نظام ارجاع اقدام کرد.

واژگان کلیدی: پزشکی خانواده، امکانات بهداشتی، نیروی انسانی و خدمات، تیم سلامت

نکات ویژه

- ۱- طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع بیمه روستاییان و عشایر بر اساس ساختار سطح‌بندی خدمات بهداشتی و درمانی طراحی شده و هدف این رویکرد کاهش هزینه‌ها و افزایش اثربخشی خدمات بهداشتی و درمانی است.
- ۲- این طرح به‌گونه‌ای طراحی شده که افراد در مناطق روستایی و عشایری بتوانند بدون نیاز به پرداخت هزینه‌های سنگین، به خدمات پزشکی و دارویی دسترسی داشته باشند.

مقدمه

توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. باتوجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه است، دولت موظف به تأمین آن به طور برابر با رعایت عدالت است [۲].

کرامت انسانی یک عطیه الهی است. قطع نظر از اعتقادات، اعمال و رفتار، شغل و موقعیت اجتماعی، انسان دارای کرامت و در خور احترام و برخورداری از منافع انسانی است [۱]. یکی از شاخص‌های کرامت انسانی سلامتی است. سلامتی، محور

حوزه پرسنلی و غیرپرسنلی طراحی شد و پس از بازنگری در استانداردها و نحوه استمرار برنامه، سالانه تفاهمنامه اجرایی تنظیم می‌شود که در حال حاضر دستورالعمل پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ (ویرایش ۲۴) در حال اجراست [۵].

در ایران نیز مطالعات متعددی نشان از نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمات از مجموعه این طرح دارند. برای مثال در مطالعه عبادی فردآذر تنها ۴۶ درصد از مراجعه‌کنندگان از برنامه پزشک خانواده رضایت داشتند [۶] و در مطالعه مطلق و همکاران رضایت پزشکان خانواده در سطح پایین ارزیابی شد [۷] که این نارضایتی می‌تواند باعث ترک کار و کناره‌گیری پزشکان خانواده شود؛ به طوری که براساس اعلام نظر نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی سالانه شاهد ریزش ۳۰ تا ۳۵ درصد از پزشکان خانواده است [۸]. همچنین در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران که به صورت کیفی انجام شده بود مهم‌ترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده، آگاهی پایین مردم نسبت به این برنامه، مشکلات مدیریتی و چالش‌های مربوط به واحدها و کارکنان سطح دو ارجاع، بیان شد [۹]. همچنین در مطالعات متعددی بسیاری از مولفه‌های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش، ارائه پس‌خوراند ارجاع از سطح دو و صدور گواهی فوت کمتر از حد انتظار بوده است [۱۰]. در مجموع، گرچه اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور محسوب می‌شود اما شواهد حاکی از آن است که اگر این چالش‌ها و تهدیدهای موجود به موقع شناسایی نشوند و مداخله‌ای صورت نگیرد، ممکن است فقط اسمی از این طرح باقی بماند، بنابراین مطالعه حاضر در قالب یک مطالعه کمی به بررسی چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی از دیدگاه اعضای تیم سلامت و پایشگران این طرح در استان خوزستان در سال ۱۴۰۳ پرداخته است.

یک میلیون و ۳۹۱ هزار و ۵۴۴ نفر از بیمه شدگان روستایی طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در استان خوزستان از ۵ دانشکده و دانشگاه علوم پزشکی در قالب ۲۸ شبکه و ۲۳۵ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی خدمات خود را دریافت می‌کنند

هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم [۳] با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی است. از این رو دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است [۴].

در سال ۱۳۸۵ بر اساس بند «الف» تبصره ۱۵ قانون بودجه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، مکلف شد تا ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه را اجرا کند و همه روستاییان و اهالی شهری زیر ۲۰ هزار نفر را که بیمه نیستند به طور رایگان تحت پوشش خدمات درمانی قرار دهد. سپس این موضوع در بند (ذ) تبصره ۱۴ قانون بودجه ۱۳۸۶ درج شد. در بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ مقرر شد تا بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطح اول و دوم، اقدام‌های استقرار پزشک خانواده و تکمیل نظام ارجاع در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت تا پایان سال و با امکانات بخش غیر دولتی انجام شود. بدین ترتیب برنامه پزشک خانواده پس از طی چند مرحله در کشور ایران به اجرا درآمد. مرحله اول، مرحله مطالعاتی و بررسی اقدامات انجام شده و تجارب کشورهای دیگر را دربرداشت. مرحله دوم شامل آماده‌سازی اقدامات اجرایی بود. در این مرحله جلسه‌های متعدد کارشناسی با سازمان بیمه خدمات درمانی برگزار شد تا تفاهمنامه‌ای درمورد دستورالعمل اجرایی تهیه شود. در مرحله سوم مراکز بهداشت شهرستان‌ها با اداره‌های کل بیمه خدمات درمانی استان‌ها قرارداد سالانه بستند و تکلیف شیوه ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی، عقد قرار داد با پزشکان و ماماها مشخص شد. مرحله بعدی استقرار پزشک خانواده را شامل می‌شد که تا نیمه اول سال ۱۳۸۶ انجام شد. در مرحله آموزش هم برگزاری کارگاه‌های آموزشی توجیهی، دوره‌های آموزشی پودمانی و از راه دور و دوره‌های تخصصی پزشک خانواده مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفت.

در مرحله آخر، پایش عملکرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع در بیمه روستاییان و عشایر توسط تیم‌های مشترک سازمان بیمه سلامت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را در برداشت. در این مرحله بسته‌های خدمات سلامت از سوی سازمان بیمه سلامت با همکاری معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان در دو

شناختی و بخش دوم شامل ۲۹ سوال تخصصی که در ۸ قالب ۹ تایی به شرح برنامه‌ریزی، نظام بیمه‌ای، نحوه جبران خدمت، ارزیابی عملکرد، امکانات و تجهیزات مورد نیاز طرح، جذب و نگه داشت نیروهای شاغل در طرح، نظام اطلاعاتی و فرهنگی طرح تدوین شده است. برای امتیازدهی پاسخ سوالات اختصاصی از شاخص ۹ تایی ساعتی توماس استفاده شده که اجرای موفقیت آمیز طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع و متغیرهای تأثیرگذار بر آن را به صورتی که عدد ۱ غیر مؤثر، عدد ۳ کمی مؤثر، عدد ۵ مؤثر، عدد ۷ خیلی اثرگذار و عدد ۹ کاملاً تأثیرگذار می‌داند و سایر اعداد ۲۴۶۸ را بینابین اعداد به لحاظ اثرگذاری بر موفقیت طرح دانست.

در این مطالعه به منظور رعایت مسائل اخلاقی سعی شد پس از جلب رضایت و موافقت افراد از آنها درخواست شود پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در ضمن کلیه تضمین‌های لازم به منظور اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه انجام گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ شد، با توجه به اینکه نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بود، برای پی بردن به نظرات هر گروه از جمعیت مورد بررسی از آمار توصیفی (مشمول بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و برای مقایسه درصدها و میانگین‌ها (آمار تحلیلی) از آزمون‌های آماری کای دو و منویتنی استفاده شد. سطح معناداری در کلیه آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس جامعه آماری (اعضای تیم سلامت ۱۴۰ نفر و پایشگران ۳۷ نفر) نتایج بر اساس جنسیت، مدرک تحصیلی حوزه فعالیت، سابقه کاری، وضعیت تاهل و سن به تفکیک در جدول مربوطه تدوین شده است (جدول ۱).
بر اساس تحلیل به عمل آمده از پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده نتایج در قالب جدول شماره دو مشخص شده که به ترتیب شاخص‌های پرداخت به اعضای تیم سلامت با میانگین ۶/۹۸، تجهیزات و امکانات ۶/۷۱، نظام بیمه‌ای حاکم بر طرح با میانگین ۶/۶۴، فرهنگ سازی ۶/۱۷، ارزیابی عملکرد اعضای تیم سلامت به میانگین ۶/۰۶ و برنامه‌ریزی جامع با میانگین ۵/۹۵ در اجرای موفقیت‌آمیز طرح دخیل بوده است (جدول ۲).

که اداره کل بیمه سلامت خوزستان متولی بیمه مردم روستایی و پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی بر اساس تفاهمنامه منعقد شده بین سازمان بیمه سلامت و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان است. در روستاها روزانه حدود ۴ هزار مراجعه به این مراکز وجود دارد که علاوه بر خدمات بهداشتی، می‌توانند از خدمات ارائه شده درمانی نیز بهره‌مند شوند. به نحوی که در سال ۱۴۰۲ تعداد یک میلیون و ۲۵۰ هزار و ۷۷۰ نسخه صادر شده که تعداد ۷۵۹ هزار و ۳۸۳ آن بابت دارو با مبلغ ۵۱۸ هزار و ۸۸۶ میلیون ریال و تعداد ۴۳ هزار و ۵۴۱ آن بابت آزمایشگاه با هزینه‌ای معادل ۲۶ هزار و ۲۷۹ میلیون ریال و تعداد ۳۹ هزار و ۲۴۲ آن بابت تصویربرداری با مبلغ ۲۷ هزار و ۹۸۵ میلیون ریال و ۳۳۵ نسخه فیزیوتراپی با مبلغ یک هزار و ۷۷۷ میلیون ریال و ۲ هزار و ۲۴۲ عدد سایر خدمات پزشکان با مبلغ ۷ میلیون ریال است. در نهایت در این مقاله سعی شد تا با توجه به هزینه‌های انجام شده طی سالیان اخیر، به بررسی چالش اجرای این برنامه از منظر اعضای تیم سلامت و پایشگران پرداخته شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک پژوهش توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۳ با حضور ۱۷۷ نفر از اعضای تیم سلامت و پایشگران برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در بیمه روستاییان و عشایر در سطح استان خوزستان و بین دانشگاه‌های علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دانشگاه علوم پزشکی آبادان و دانشکده‌های علوم پزشکی بهبهان و شوشتر انجام گرفته است. در این مطالعه ۲۳۵ عضو تیم سلامت و پایشگر حضور داشتند که ۱۴۲ نفر از اعضای تیم‌های سلامت شاغل در برنامه و ۳۵ نفر پایشگر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه صورت گرفت که روایی آن در مطالعه نجات زادگان و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است [۱۱].
برای تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۲۲۵ نفر از اعضای جامعه مورد پژوهش تکمیل شد که آلفای کرونباخ به دست آمده (همبستگی درونی) برابر با ۰/۹۲ شد. پرسشنامه اعضای تیم سلامت و پایشگران، شامل دو بخش بود. بخش نخست آن حاوی ۷ پرسش درخصوص اطلاعات جمعیت

جدول ۱ | اطلاعات مربوط به نمونه

جنسیت	مرد	۴۱	سابقه کاری	تا ۲ سال	۲۷
	زن	۱۳۶		۲ تا ۵ سال	۲۸
مدرک تحصیلی	دکتر	۷۱	حوزه فعالیت	۵ تا ۱۰ سال	۲۸
	کارشناسی ارشد	۱۴		۱۰ تا ۱۵ سال	۲۹
	کارشناسی و کاردانی	۹۲		بیش از ۱۵ سال	۶۵
محل خدمت	دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز	۸۸	وضعیت تأهل	دانشگاه (مجری)	۱۴۰
	دانشگاه علوم پزشکی دزفول	۳۹	سن	سازمان بیمه سلامت (پایشگر)	۳۷
	دانشگاه علوم پزشکی آبادان	۱۳		متاهل	۱۳۱
	دانشگاههای علوم پزشکی شوشتر و بهبهان	۳۷		مجرد	۴۶
				کمتر از ۲۹	۳۳
				۳۰ تا ۳۵	۴۴
				۳۵ تا ۴۰	۲۶
				۴۰ تا ۵۰ سال	۵۲
				بالای ۵۰ سال	۲۲

جدول ۲ | نتایج آزمون در مورد رابطه هر یک از متغیرها بر موفقیت برنامه پزشک خانواده

شاخص	چالش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
برنامه ریزی مدون	تغییر زیاد دستورالعملها	۱۷۳	۵/۶۹	۲/۰۶
	ناهماهنگی بین بیمه سلامت و دانشگاه علوم پزشکی	۱۷۷	۶/۱۸	۲/۳۴
	تمرکز در تصمیم گیری در مرکز کشور در تهیه تفاهنامه و ورژن (دستورالعمل)	۱۷۳	۵/۹۹	۲/۲۷
نظام بیمه ای طرح	فقدان تناسب بسته خدمتی با حجم جمعیت	۱۷۴	۶/۶۸	۲/۴۱
	بومی سازی نکردن بسته خدمتی	۱۷۳	۶/۴۱	۲/۲۶
	حق سرانه پایین به ازای جمعیت تحت پوشش	۱۷۳	۷/۱۳	۲/۴۲
	کسورات و تعدیلات بالا از طرف بیمه سلامت	۱۷۴	۶/۳۶	۲/۶۲
پرداخت متناسب	نبود تناسب بین اختیار و مسئولیت پزشکان	۱۷۲	۶/۵۲	۲/۲۸
	فقدان تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم	۱۷۲	۷/۳۰	۲/۳۷
	تأخیر در پرداخت حقوق و کارانه تیم سلامت	۱۷۵	۷/۱۴	۲/۴۷
نحوه ارزیابی عملکرد	پایش توسط دو سازمان (بیمه سلامت و دانشگاه)	۱۷۲	۶/۰۷	۲/۲۶
	فقدان تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان	۱۷۴	۶/۴۸	۲/۵۴
	تأثیر نظرات فردی پایشگر در نتایج پایش	۱۷۴	۶/۲۳	۲/۴۲
	مبتنی بر شواهد نبودن شاخص های پایش	۱۷۱	۶/۰۲	۲/۳۲
	استاندارد نبودن چک لیست های ارزشیابی	۱۷۴	۶/۵۲	۲/۲۳
	مستندسازی صوری توسط پزشکان خانواده	۱۷۴	۵/۰۷	۲/۶۷
	نادیده گرفتن شخصیت پزشکان	۱۷۳	۶/۰۴	۲/۶۵
امکانات و تجهیزات و تسهیلات	محیط فیزیکی کار نامناسب	۱۷۳	۶/۷۴	۲/۵۳
	نبود پانسیون های مناسب	۱۷۱	۶/۷۹	۲/۴۷
	نبود امکانات ایاب و ذهاب مناسب	۱۷۱	۵/۷۸	۲/۸
	ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی	۱۷۳	۶/۶۷	۲/۳۶
	ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی	۱۷۳	۶/۶۱	۲/۴۲
	امنیت شغلی پایین	۱۷۳	۷/۰۹	۲/۰۴
	تمایل اندک پزشکان برای شرکت در طرح	۱۷۳	۶/۶۲	۲/۳۸
	پایین بودن جذابیت برای ماندگاری پزشکان	۱۷۳	۷/۴۳	۲/۰۷
فرهنگ سازی	نبود اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده	۱۷۲	۵/۵۴	۲/۵۹
	نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر	۱۷۲	۶/۷۷	۲/۱۱
	آموزش ناکافی به مردم	۱۷۳	۵/۹۷	۲/۵۳
	توجه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع	۱۷۳	۶/۴۳	۲/۲۳

بحث

۵/۵۴ در این شاخص قابل توجه است.

در ارزیابی عملکرد اعضای تیم سلامت با میانگین ۶/۰۶، عواملی تأثیر گذار در موفقیت طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌توان از فقدان تناسب بین سطح تحصیلات پزشکان و اعضای تیم سلامت با رتبه اول در این شاخص نام برد. سایر چالش‌های موجود در این شاخص استاندارد نبودن چک‌لیست‌های پایش و تأثیر نظرات فردی پزشکان با میانگین ۶/۲۳ نام برد.

شاخص برنامه‌ریزی جامع با میانگین ۵/۶۵ در اجرای موفقیت آمیز طرح نیز دخیل بوده است. در این شاخص عواملی همچون عدم هماهنگی بین اداره کل بیمه سلامت خوزستان و دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی در سطح استان خوزستان با میانگین ۶/۱۸ در اجرای موفق طرح مؤثر است. از تمرکز در تصمیم‌گیری در تهران و تغییرات زیاد در دستورالعمل‌ها به ترتیب با میانگین ۵/۹۹ و ۵/۹۶ با توجه به وجود ورژن ۲۴ و تغییرات ایجاد شده طی این ۲۴ ورژن می‌توان در برنامه‌ریزی مدون اقدامات لازم را برای اجرای موفقیت آمیز طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در بیمه روستاییان و عشایر نام برد.

تجارب مختلفی درخصوص طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع بیمه سلامت روستاییان و عشایر وجود دارد، از جمله جنتی و همکارانش در شهرستان مراغه مهم‌ترین نقطه ضعف این برنامه را «ناقص بودن نظام ارجاع و ارائه ندادن بازخورد مناسب توسط پزشکان متخصص به پزشکان خانواده» مطرح نمود [۳]. مطالعات نجیمی و همکاران [۱۲]، امیری و همکاران [۱۳] هدف از طرح‌ریزی برنامه پزشک خانواده را پیاده‌سازی نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، دسترسی و پوشش خدمات، کاهش هزینه، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده سلامت، کنترل کیفیت خدمات و رضایتمندی گیرنده و ارائه‌دهندگان خدمات می‌داند که با نتایج مطالعه حاضر تشابه دارد. ازجمله چالش‌های مطرح‌شده دیگر درخصوص نظام آموزشی پزشکان خانواده است. فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی در دوران آموزش پزشک عمومی با انتظاراتی که از پزشک خانواده وجود دارد، در مطالعه کریمی و همکاران هم بیان شده است [۱۴]. مطالعه نصراله‌پور و همکاران نیز به مقاومت پزشکان خانواده و پزشکان متخصص در برابر سیاست پزشک خانواده اشاره کرده

به طور کلی نتایج این پژوهش کمی نشان داد که نظام پرداخت به اعضای تیم سلامت با میانگین ۶/۹۸ از مهم‌ترین عوامل دخیل در اجرای موفقیت‌آمیز و یا شکست طرح است و باید به نحوی تنظیم شود که با تورم موجود در کشور متناسب باشد. پاسخ دهندگان در این قسمت در کنار عدم ارتقای حقوق متناسب با تورم با میانگین ۷/۳۰، تأخیر در پرداخت‌های به آنان را با میانگین ۷/۱۴ نیز یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشکی خانواده دانستند.

دیگر عامل ایجاد چالش در اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در بیمه روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر بنا بر داده‌های استخراج شده که پایین بودن جذابیت برای ماندگاری پزشکان را ایجاد می‌کند. عواملی همچون تجهیزات و امکانات به کارگیری در اجرا و پشتیبانی و تسهیلات مقرر در طرح بوده که با میانگین ۶/۷۱، رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. در این شاخص امنیت شغلی شاغلان طرح با میانگین ۷/۰۹، فقدان امکانات مناسب در محل اقامت پزشکان با میانگین ۶/۷۹، محیط فیزیکی نامناسب با عدد ۶/۷۴ و کاهش تمایل به ماندگاری در طرح را موجب می‌شود که جزو چالش‌های بعدی آن محسوب می‌شود.

در کنار نظام پرداخت مناسب و امکانات و تسهیلات موجود برای اعضای تیم سلامت می‌توان از نظام بیمه‌ای حاکم بر طرح با میانگین ۶/۶۴ نام برد که تناسبی با سرانه تخصیصی به ازای هر نفر برای ارائه خدمت با میانگین تأثیر گذاری ۷/۱۳ و بسته خدمتی (خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیری) با جمعیت اختصاص یافته با هر پزشک یا سایر اعضای تیم سلامت با میانگین ۶/۶۸ ندارد. در این طرح هر پزشک متولی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به جمعیت تا ۴ هزار نفر، ماما تا ۷ هزار نفر و دندانپزشک تا ۱۵ هزار نفر است.

فرهنگ‌سازی با میانگین عدد ۶/۱۷ یکی از موارد دارای اهمیت در اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع است که عواملی همچون نادیده گرفتن نظام ارجاع با میانگین ۶/۷۷ از سوی سایر اعضای درمانی مانند پزشکان متخصص سطوح بعدی، آموزش ندادن مناسب به مردم درخصوص نظام ارجاع با میانگین ۵/۹۷ و بی‌اعتمادی مردم به پزشک خانواده با عدد

References

1. Prentice P, Saeed A. The Concept of Human Rights in Islam. The Concept of Human Rights in Judaism, Christianity and Islam. 2005;61(4):158.
2. Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad G R, Hasanzadeh A. relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in shahrekord. Journal of Health System Research. 2010;6(3):498505. [Persian]
3. Janati A, Maleki M, Gholizadeh M, Narimani M. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. Knowledge and Health Journal. 2010;4(4):3944. [Persian]
4. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2010;12(4):92104. [Persian]
5. Hosseini M, Tabrizchi N. The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;6(1):128. [Persian]
6. Ebadi Fardazar F, Haghani H, Hashemi FS. Monitoring the national family physician plan and referral system in Robat Karim city in 2008. Journal of Hospital. 2009;8(5):712. [Persian]
7. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical universities. Journal of Guilan University of medical sciences. 2011;19(76):4855. [Persian]
8. Mahdizadeh M, Vafaei Najar A, Taghipour A, Esmaily H, Mahdizadeh S, Ebrahimipour H. Occupational burnout and influence of work environment factors among family physicians in Khorasan Razavi. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2013;5(4):4251. [Persian]
9. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. Journal of Medical Council of Iran. 2011;29(4):30921. [Persian]
10. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;25(132):2332. [Persian]
11. Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaily H, Vafaei Najar A. Challenges in the rural family doctor system in Iran

که اصلاح آموزش و مداخله در این زمینه را ضروری می‌داند. وجود ضعف‌های قانونی از دیگر چالش‌های مطرح شده سیاست پزشکی خانواده است [۱۵]. مهم‌ترین این چالش‌ها، نبود الزامات قانونی برای مکلف‌سازی پزشکان متخصص به منظور همکاری در اجرای این سیاست، تکمیل برگه‌های ارجاع و ارائه پس‌خوراند به سطح اول است. گلعلی‌زاده و همکاران نیز وجود قوانین دست و پاگیر را از نقاط ضعف سیاست پزشکی خانواده برشمرده‌اند [۹]. فرح‌بخش و همکاران در بررسی وضعیت نظام اطلاعات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح مرکز بهداشت شهرستان تبریز، فقدان نظام اطلاعاتی مناسب را از جمله چالش‌های نظام اطلاعات سلامت در سطح آن شهرستان می‌دانند [۱۶]. توسلی و همکاران نیز ضعف آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه پزشکی خانواده را مورد تأیید قرار داده‌اند [۲].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نظام پرداخت به اعضای تیم سلامت، تجهیزات و امکانات و یک نظام بیمه مناسب از مهم‌ترین عوامل مؤثر در اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع هستند. متناسب نبودن حقوق و تاخیر در پرداخت‌ها، کمبود امکانات مناسب، نبود امنیت شغلی و محیط‌های کاری نامطلوب از چالش‌های اساسی اجرای طرح هستند. همچنین نادیده گرفتن نظام ارجاع توسط پزشکان متخصص و نبود آموزش کافی به مردم از دیگر موانع اجرای موفق محسوب می‌شود. برای بهبود اجرای طرح پیشنهاد می‌شود نظام پرداخت به‌روز و متناسب با تورم کشور تنظیم شود، امکانات اقامتی و شغلی برای پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت ارتقا یابد و برنامه‌های فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی در خصوص نظام ارجاع گسترش یابد.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش به صورت سازمانی انجام شده و تاکنون کد اخلاق از مراجع علمی صادر نشده است. در انجام پژوهش و جمع‌آوری تمامی اطلاعات و داده‌ها، ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.

تعارض منافع: بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: ۹۰ درصد مطالعه و نویسندگی این مقاله برعهده محمدرضا رضایی بوده و سایر افراد در اجرای پژوهش همکاری کردند.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

- in 2013–14: a qualitative approach. *Family Practice*. 2016;33(4):4215. doi: [10.1093/fampra/cmw033](https://doi.org/10.1093/fampra/cmw033).
12. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research*. 2011;7(6):88390. [Persian]
 13. Amiri M, Raci M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: the mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012;18(92):2330.
 14. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *Journal of Medical Education and Development*. 2012;6(1):3946. [Persian]
 15. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafi Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010;11(6):465. [Persian]
 16. Farahbakhsh M, Zakeri AK. Health information system in the district health center, Tabriz. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2009;6(3):110. [Persian]