وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات

فرزانه مفتون $^{'*}$ ، فرانک فرزدی $^{!}$ ، علی منتظری $^{!}$ ، افسون آیین پرست $^{!}$

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۹ سال پانزدهم شماره اول، بهمن ــ اسفند ۱۳۹۴ صص ۲۵–۱۹ [نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۸ دی ۹۴]

چکیده

در سال ۱۳۸۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاحاتی را تحت عنوان «طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده» در سیستم ارائه خدمات بهداشتی کشور مستقر نمودند. این طرح در این مرحله برای تمام روستاهای کشور و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد. سیستم عقد و اجرای قراردادها (یا احکام) در رابطه با ارائه دهندگان خدمات، نقش بارزی در استمرار اجرای طرح دارد. و وضعیت ارائه آموزش برنامه پزشک خانواده در ارتقای عملکرد پزشکان و ماماهای شاغل در این طرح نقش به سزایی دارد. این مقاله به بیان وضعیت موارد ذکر شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات شامل پزشکان و ماماها پرداخته است. نوع این مطالعه مقطعی (Cross – sectional) بوده و در سطح کشور انجام شده است. افراد مورد مطالعه شامل ۱۷۸۰ پزشک و ۱۷۷۲ ماما بودند. حدود ۶۰ درصد پزشکان و همین حدود ماماها در مراکز روستایی ارائه خدمت کردند. یافته ها نشان داد که به حدود۶۲ درصد پزشکان و ۲۷ درصد از ماماهای مورد مطالعه، قرارداد یا حکم حقوقی تحویل داده شده بود. تنها ۴۷ درصد از ماماهای و ۵۸ درصد از ماماهای مورد مطالعه ذکر نمودند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است و فقط ۲۰ درصد پزشکان و ۲۳ درصد از ماماهای زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر نمودند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است و فقط ۲۰ درصد پزشکان و ۲۳ درصد از ماماهای مورد مطالعه شرح وظایف خود را ممن خدمت آموزشهایی در این زمینه داشتند. حدود ۸۰ درصد از ماماهای مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. به نظر می رسد مشخص ذکر نمودهاند. کمتر از ۶۰ درصد پزشکان و ۴۱ درصد از ماماهای مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. به نظر می رسد مشخص ذکر نمودهاند. کمتر از ۶۰ درصد پزشکان و ۴۱ درصد از ماماهای مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. به نظر می رسد مشخص ذکر نموده از ۱۰ درصد پزشکان خدمات و نیز ارتقای آموزشی آنان از ضروریات تداوم برنامه بازمه حانواده است.

کلیدواژه: طرح پزشک خانواده، نظام ارجاع، قرارداد، پزشک، ماما، آموزش

تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴

E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

[ٔ] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

مقدما

در سال ۱۳۸۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاحاتی را تحت عنوان «طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده» در سیستم ارائه خدمات بهداشتی کشور مستقر نمودند. این طرح در این مرحله برای تمام روستاهای کشور و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر اجرا شد. پزشکان و ماماهای شاغل در این طرح، ارائه دهندگان محوری خدمات هستند [٣-٢]. طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده براساس ضرورتهایی شکل گرفت که اهم آن شامل برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهرهمندی از خدمات بهداشتی و درمانی، همچنین هدفمندی ارائه خدمات و بهرهوری از امکانات نیروی انسانی موجود گروه پزشکی است [۵-۳]. جلوگیری از مراجعات مکرر به پزشکان مختلف، استفاده مکرر و غیر ضرور از خدمات تشخیصی و درمانی مانع اتلاف منابع انسانی و امکانات و مواد مصرفی در حوزه بهداشت و درمان میشود. همچنین در نظام ارجاع و پزشک خانواده پیشگیری در سطح اول و دوم باعث می شود که اغلب بیماریها قبل از اینکه به مراحل جدی تر برسند با تشخیص و درمان زودرس برطرف شده و با صرف هزینههای کمتر بهبودی ایجاد شود. مراجعه به سطوح تخصصی در صورت نیاز رخ خواهد داد و در نتیجه از امکانات نیروی انسانی و تجهیزات سطوح تخصصی با بهرهوری حداكثر استفاده خواهد شد. همه این موارد به لحاظ اقتصادی، صرفه جویی قابل توجهی را در سطح ملی باعث شده و از نظر اجتماعی و سیاسی امنیت خاطر آحاد جامعه را به لحاظ ثبات و اثربخشی این خدمات باعث خواهد شد. از طرف دیگر وجود خدمات بیمه هزینه افراد و خانوادهها را محدود و مشخص مینماید و هزینههای مستقیم گیرندگان خدمات تحت کنترل خواهد بود [۷، ۷]. پزشک خانواده به عنوان 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، اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده و قادر به مدیریت بیماران به ویژه بیماران مزمن نیازمند مراقبت طولانی مدت باشد. پزشک خانواده باید دارای اطلاعات کاملی از تاریخچه خانوادگی افراد از نظر بیماریهای ژنتیکی و ارثی، و نیز تاریخچه سلامت و بیماریهای جسمی، روانی و اجتماعی اعضای خانواده تحت پوشش خود برای انجام مداخلات مناسب نیز باشد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک خانواده 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 به عهده دارند [۸]. چنین وظایفی حضور پزشک خانواده و تیم وی را با ثبات بیشتری میطلبد. در ارائه خدمات و پیگیریهای مربوط وقفه نیفتاده، با گستره شناخت و اطلاعات مناسب از جمعیت تحت پوشش خدماتی با تناسب و کیفیت مطلوب ارائه شود. ماندگاری کم و نا مطلوب نیروی انسان ارائه دهنده خدمات از چالشهای جدی در این طرح است. به طوریکه از آنجایی که پزشک خانواده، نیروی محوری در تیم سلامت و اجرای صحیح این برنامه میباشد، فقدان ماندگاری وی در منطقه با مفهوم پزشک خانواده که باید با وضعیت سلامتی جمعیت تحت پوشش خود آشنایی کامل داشته باشد تناقض ایجاد می کند. در مطالعهای میانگین سابقه کار پزشکان خانواده در برنامه پزشک خانواده ۱۶ ماه بوده است. براساس اطلاعات موجود به طور میانگین حدود ۲۰ الی ۳۰ درصد کسری پزشک وجود دارد. محققان عوامل مختلفی از جمله وضعيت نامناسب پرداختها، وضعيت نامناسب حقوق، ساعات كار زیاد، برخورد نامناسب مردم، کم ثباتی شغلی، ادامه تحصیل، مسایل محیطی و بار مراجعه زیاد را در پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده موثر میدانند [۹]. ارزیابی چنین طرحی به خصوص در سالهای ابتدایی شکل گیری نیازی ضروری است چرا که وضعیت استقرار طرح را نمایان میسازد [۱۰]. سیستم عقد و اجرای قراردادها (یا احکام) در رابطه با ارائه دهندگان خدمات، نقش بارزی در استمرار اجرای طرح دارد. وضعیت ارائه وآموزش برنامه پزشک خانواده در ارتقای عملکرد پزشکان و ماماهای شاغل در این طرح نقش بسزایی دارد که مورد اخیر، خود از دو منظر اهمیت دارداز یک سو باعث ارتقای کیفیت خدمات در این طرح شده و از سوی دیگر باعث می شود که تیم سلامت امتیاز بالاتری در پایش عملکرد کسب نموده و دریافتی بالاتری داشته باشند. این مقاله به بیان وضعیت موارد ذکر شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات شامل پزشکان و ماماهای شرکت کننده در این طرح پرداخته است.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی در سطح کشور انجام شده است. جامعه مورد مطالعه، پزشکان و ماماهای ارائه دهنده خدمت در طرح پزشک خانواده بود. افراد مورد مطالعه شامل ۱۷۸۰ پزشک و ۱۷۷۲ ماما را بودند. نمونه گیری به صورت تصادفی، در سال ۱۳۸۸ انجام شد و از

ہیش

آمار ستاد نظام ارجاع سازمان بیمه خدمات درمانی در همان سال استفاده شده است.

سوالات مربوط به قراردادها (یا احکام) و برنامه مکتوب طبق مستندات طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده و توسط صاحب نظران در این زمینه طراحی شد. سپس از طریق انجام مصاحبه با ۳۵ نفر از ارائه دهندگان خدمات شامل پزشک و ماما، سوالات نهایی شدند و در آزمون پایایی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۸۵ درصد بوده است. پرسشنامههای مربوط توسط پرسشگران آموزش دیده به پزشکان و ماماهای مورد مطالعه در مراکز انتخابی، ارائه شده و پس از تکمیل توسط آنان جمع آوری شدند. دادهها با نرم افزار آماری spss

ىافتەھا

همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود سن بیش از ۸۸ درصد پزشکان بین ۲۱ تا ۴۰ سال است و همچنین بیش از ۹۷ درصد ماماها در این طیف سنی هستند. حدود ۶۰ درصد پزشکان و نیز همین حدود ماماها در مراکز روستایی ارائه خدمت می کنند. ۹۲/۹ درصد پزشکان وضعیت بیتوته دارند حال آنکه ۲۵/۲ درصد ماماها در شرایط بیتوته هستند. ۶۳/۹ درصد پزشکان و ۹۲/۲ درصد

از ماماهای مورد مطالعه ذکر نمودند که یک نسخه از قرارداد به ایشان تحویل داده شده است و ۴۷/۹ درصد پزشکان و ۵۸/۱ درصد از ماماهای مورد مطالعه ذکر نمودند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است، و تنها ۲۰/۱ درصد پزشکان و ۳۲/۴ درصد از ماماها زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر نمودند. ۴۲/۲ درصد از پزشکان و ۹ /۴۵ درصد از ماماهای مورد مطالعه هر ماه فیش حقوقی دریافت می کر دند. همانطور که ملاحظه می شود میزان رضایت زیاد در ارائه دهندگان خدمات شامل پزشک و ماما در غالب موضوعات قرارداد یا احکام کمتر از ۱۲ درصد است. حدود ۸۰ درصد پزشکان شرح وظایف خود را مشخص ذکر نموده و در کلاسهای آموزشی مربوط نیز شرکت می کردند. حدود ۷۶ درصد ماماهای مورد مطالعه شرح وظایف خود را مشخص ذکرنموده و ۸۴ درصد نیز در کلاسهای آموزشی مربوط شرکت می کردنید. کمتر از ۵۰ درصید یزشکان و حدود ۴۰ درصد از ماماهای مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. حدود ۱۵درصد پزشکان و ماماهای ارائه دهنده خدمات، هیچگونه آموزشی نداشتند و سایرین نیز غالباً در ضمن خدمت آموزشهایی در این زمینه داشتند. در پاسخ به سوال دیگری در زمینه استمرار آموزشها، فقط ۴۶/۸ درصد پزشکان ۶۱/۱ درصـد ماماها آموزشهای طرح پزشک خانواده را مستمر ذکر نمودند.

جدول ۱: فراوانی ارائه دهندگان خدمات (پزشک و ماما)مورد مطالعه به تفکیک وضعیت سنی، جنسی، تاهل و مرکز ارائه خدمات و وضعیت

	پزه	شک	ما	ما
	' A•	n = \ Y	777	n =\
	تعداد	درصد	عداد	درصد
سن				
71 - 7	٧٣٠	4.14	11.0	87/4
$r_1 - r_1$	۸۴۷	47/4	۶۱۵	TF/Y
+1-9.	194	١٠/٨	77	١/٢
> 4.	19	1/1	٣٠	1/Y
جنس				
زن	914	۵۱۳	1484	۹ ۹/۸
مرد	۸۶۷	44/1	۴	•/٢
تاهل				
مجرد	۵۲۸	۲۹/۸	۶۲۸	۳۵/۵
متاهل	1740	Y • /Y	1144	84/0
مركز ارائه خدمت				
روستایی	1.4.1	8.14	"	87/1
شهرى	1 - 1	۵/۶	14.	8/A
شهری - روستایی	818	34/1	۵۵۲	W 1/T
وضعيت بيتوته				
غيربيتوته	۶ ۴۸	48/1	1888	Y 4/A
بيتوته مداوم	۶۸۸	٣٨/۴	414	14/8
بيتوته غير مداوم	401	۲۵/۵	146	Y/8



جدول ۲: وضعیت مفاد قرارداد یا احکام حقوقی از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات

		n = 17	ماما ۷۲'					n = 17	پزشک ۸۰'			
ردانم	نمی	ير	خير		بلی		نمىدانم		خير		بلى	_
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
٧/۶	144	۱۸/۳	٣٢۴	V F/Y	1714	٩	18.	۲۵/۱	445	99	1174	آیا از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی اطلاع دارید
1/9	44	۲۵/۸	481	٧٢/٣	1798	۲/۸	۵٠	۳۵/۱	१४१	87/1	11.9	آیا یک نسخه از قرارداد یا احکام حقوقی به شما تحویل داده شده است
T1/8	የ ለዮ	۲٠/٣	۴۵۹	۵۸/۱	1.79	Y 4/Y	۴ ٣٧	YV/4	የ ለኖ	41/4	٨۴٧	آیا دریافتی شماطبق قرارداد یا احکام حقوقی است
٩/٧	۱۷۲	۵۷/۹	1.77	47/4	۵۷۵	1 -/4	۱۸۵	۶۹/۵	1788	۲٠/١	408	آیا زمان پرداختها طبق قرارداد یا احکام حقوقی انجام شده است
71	۳۵۰	18/4	۲٩٠	8T/T	1.97	١٧	٣٠٠	٩	۱۵۸	74	14.4	آیا از مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی در هر ماه (۳۰ ـ ۲۰درصد) کسر شده است
YV/9	477	10/5	75.	۵۶/۹	۹۷۳	۲۵	444	١.	١٧٩	۶۵	1144	آیا برای پرداُخت مبلغ کسر شده (۳۰ ـ ۲۰درصد) از معبارهای پایش و ارزیابی استفاده میشود
YA/1	۴۵۳	۴٠/٨	۶۵۷	۳۱/۱	۵۰۱	۲۱/۵	488	۵۴/۵	94.	74	4.9	آیا زمان پرداخت مبلغ کسر شده (۳۰ ـ ۲۰درصد) ماهیانه طبق قرارداد/ یا احکام حقوقی انجام شده است
١٠/٨	٩٨١	۵۴/۱	944	۳۵/۱	۶۱۶	۸/۴	۱۴۸	40/8	۸۰۵	45	۸۱۱	آیا از فرمول پرداخت به خود به عنوان پزشک / ماما اطلاع دارید
۲	۳۵	۵۲/۱	919	40/9	۸۱.	٣/۶	۶۳	۵۴/۱	948	47/7	۸۳۸	آیا هر ماه به شما فیش حقوقی ارائه میشود
۳۲/۷	۵۳۰	41/8	۵۱۲	40/8	۵۷۷	۴ ۴ /A	۳۵۰	77	177	44/4	75.	(در مورد خانهها) آیا از امکانات قانونی مرخصی زایمان برخوردار هستید
47/8	9.9	۲۶/۵	۴۲۷	۳۵/۹	۵۷۹	44	448	۱۸/۳	144	٣ ٧/٧	798	(در مورد خانهها) آیا از امکانات قانونی پاس شیر دهی برخوردار هستید
۲/۳	41	٣/٢	۵۶	94/0	184.	۲/۳	۴٠	۵/۱	٩.	97/8	184.	آیا ماهانه به شما مرخصی تعلق میگیرد؟

جدول ۳: میزان رضایتمندی پزشکان و ماماها از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی

n = 1		ماما ۲'			n =	پزشک ۱۷۸۰		
کم (درصد)	جمع (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	جمع (درصد)	کم (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	_
۵۲/۴	1	٣٨/٢	9/16	1	۶۵/۸	T8/D	Y/Y	رضایت از کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی
۵۶/۷	1	44/8	A/Y	1	٧٠/١	77/7	814	رضایت از میزان دریافت ماهانه خود
۵٧/۴	1	41/4	11/4	١	77/4	19/7	٧/٩	رضایت از نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزشیابی)

وضیت اجرای طرح نظام ارجاع ... فرزانه مفتون و همکاران

جدول ۴: وضعیت ارائه برنامه مکتوب به ارائه دهندگان خدمات

	بزشک ۱۷۸۰ n						ماما ۱۷۷۲ n								
•	بلی		خير		نمىدانم		بلی		خير		نمىدانم				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
آیا جدیدترین نسخه طرح نظام ارجاع و پزشک															
خانواده به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما	۸۲۲	48/4	٨٨١	49/4	۶٧	٣/٨	7.7	4.10	9.5	21/8	144	٧/٩			
قرار دارد؟															
آیا راهنماهای بالینی (guide line) جهت															
تصمیم گیری پزشکی به صورت مکتوب یا CDدر	1 1	2818	۶۹۸	4/64	٧١	۴	8.4	٣٨	778	41/8	714	14/4			
اختيار شما قرارداره															
آیا دستورالعملهای اجرایی جهت ارائه خدمات و															
روندهای اجرایی به صورت مکتوب یا CD در	1174	۶۳/۵	۵۶۳	٣١/٨	٨۴	4/7	979	۵۷/۸	۵۸۶	34/8	179	٧/۶			
اختيار شما قراردارد															
آیا نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعین، فرمها و															
دستورالعمل تكميل آن به صورت مكتوب يا CD	۱۰۳۵	۵۸/۴	844	۳۵/۸	1.7	۵/۸	1.07	87/7	49.	44	149	A/A			
وجود دارد															
آیا شرح وظایف شما (اعضای تیم سلامت) به	1410	۸٠/٢	۲۸۸	18/4	۶۲	٣/۵	1849	V8/4	444	۱۹/۵	٧٣	4/4			
صورت مکتوب یا CD مشخص است	1116	A*/1	1 // //	17/1	71	1/ω	1117	17/1	117	17/ω	Y 1	1/1			
آیا شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما جلسات															
آموزشی بصورت کلاس، کارگاه یا کارآموزی و		1 2 / 2	۲۵۵	۱۴/۵			1 1617	٨۴	۲۸.						
در زمینه راهنماهای علمی و مراحل اجرای طرح	10.1	۸۵/۵			•	•	144.	7.7		18	-	-			
داشتهاید															

بحث و نتیجه گیری

همانطور که قبلا نیز اشاره شد، پزشک خانواده و تیم سلامت به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارتهای لازم جهت بر عهده گرفتن مسئولیت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود باشند پیگیری های مربوط به گروه هدف را به انجام رساند. بدیهی است چنین جایگاهی اهمیت ماندگاری و ثبات تیم پزشکی را در این برنامه نمایان می سازد. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که به حدود ۶۲ درصد پزشکان و ۷۲ درصد از ماماهای مورد مطالعه، قرارداد یا حکم حقوقی تحویل داده شد، و تنها ۴۷ درصد پزشکان و ۵۸ درصد از ماماهای مورد مطالعه ذکر نمودند. که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است و نیز تنها ۲۰ درصد یزشکان و ۳۲ درصد از ماماها زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر نمودهاند. همانطور که قبلا نیز بیان شد محققان عوامل مختلفی از جمله وضعيت نامناسب پرداختها، وضعيت نامناسب حقوق، ساعات کار زیاد، برخورد نامناسب مردم، کم ثباتی شغلی، ادامه تحصیل، مسایل محیطی و بار مراجعه زیاد را در پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده موثر میدانند [۹]؛ که مطالعه حاضر نیز شاهد دیگری بر این امر است. از طرف دیگر در مطالعه حاضر میزان رضایت در ارائه دهندگان خـدمات شـامل پزشـک و مامـا در غالـب

موضوعات قرارداد یا احکام کمتر از ۱۲ درصد است و با توجه به اهمیت این موضوع نیاز به توجه ویژه دارد. چرا که میزان رضایت مردم به عنوان دریافت کنندگان خدمات و جامعه پزشکی به عنوان ارائه دهندگان خدمت از جمله مولفه هایی خواهند بود که اصلاحات مربوطه را برای تداوم برنامه رقم خواهند زد [۱۱]. حدود ۱۵درصـد پزشکان و ماماهای ارائه دهنده خدمات هیچگونه آموزشی نداشتهاند و سایرین نیـز غالبـاً در ضـمن خـدمت آموزشـهایی در ایـن زمینـه داشتند همچنین در مطالعه حاضر حدود ۸۰ درصد پزشکان و حدود ۷۶ درصد ماماهای مورد مطالعه شرح وظایف خود را مشخص ذکر نموده اند. کمتر از ۶۰ درصد پزشکان و ۴۱ درصد از ماماهای مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. و در زمینه استمرار آموزشها ۴۷درصد پزشکان و ۶۱ درصد ماماها آموزشهای طرح پزشک خانواده را مستمر ذکر نمودنددکه البته انجمن پزشکان عمومی نیز در بیانیه ای به این مهم اشاره نموده و اصلاح نظام آموزشی و توانمندسازی پزشکان شامل توانمندسازی به طور کلی و همچنین مهارت آموزی متناسب با بسته های خدمتی را در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع خواستار شد [۱۲]. برخی مسئولان کشور نیز با تاکید بر سیاست های تشویقی و رضایتمندی پزشک

خانواده است. همچنین ارزیابی نحوه اثر گذاری این مداخلات و اصلاح و تکمیل آن نیز باعث تحقق بیشتر اهداف این برنامه و در واقع مدیریت بهینه آن می شود.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: طراحی و اجرای طرح تحقیقاتی و تالیف مقاله فرانک فرزدی: همکاری در اجرای طرح تحقیقاتی علی منتظری: همکاری در استاندارد سازی ابزار جمعآوری دادهها افسون آیین پرست: همکاری در اجرای طرح تحقیقاتی و تالیف مقاله بهترین راهکار، را تشویق های مالی، تعرفه گذاری، حقوق و پاداش بیان نمود [۱۳]. همچنین از نظر برخی از صاحبنظران توسعه نظام پزشک خانواده و ارجاع، یکی از مهمترین راهکارها برای کاهش پرداخت های مردم و در واقع زمینه ساز استقرار مقوله عدالت در حوزه سلامت کشور بوده و ذکر کرده اند که تاکنون اقدامات نسبتا خوبی در خصوص استقرار نظام پزشک خانواده و ارجاع صورت گرفته است که البته این اقدامات کافی نبوده و باید با جدیت بیشتری پیگیری شود [۱۴]. به نظر می رسد ارائه مداخلات و اجرای آن در زمینه بهبود شرایط عقد قرارداد با ارائه دهندگان خدمات و نیز ارتقای آموزشی آنان از ضروریات تداوم برنامه پزشک خدمات و نیز ارتقای آموزشی آنان از ضوریات تداوم برنامه پزشک

منابع

- **1.**Maftoon F. Aeenparast A. Montazeri. A, Farzadi.F, Jahangiri.K. Insured rural and provider satisfaction: family physician and referral system. 1stEdition, Medical Service Insurance Organization publication, Tehran, 2011 [In Persian]
- **2.**Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Policy Making Council,2012.Health Revolution Map. Available
- from:www.oiip.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=39fff11 1-95a1-4141-8649 [In Persian]
- 3.http://www.zums.ac.ir/index.php?sid=60&slc_lang=fa 4.Farzaneh Maftoon, Afsoon Aeenparast, Ali Montazeri, Kazem Mohammad, Faranak Farzadi, Katayoun Jahangiri, Seyed Mehdi Mirshahvalad, Midwives' satisfaction in family physician and referral system: a national study, Payesh 2015; 3: 343-349.
- 5. Takian AH, Doshmangir L, Rashidian R, Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care, network, Family Practice 2013, 30:551
- **6.**Maftoon F, Montazeri A, Mohammad K, Farzadi F, Jahangiri K, Aeenparast A. Insured rural and provider satisfaction: family physician and referral system, national report, Iranian Institute, e for Health Sciences Research & Medical Service Insurance Organization, 2010 [In Persian]

- **7.**Maftoon F, Mohammad K, Montazeri A, Farzadi F, Aeenparast A, Jahangiri K. Insured rural and provider satisfaction: family physician and referral system, presented in conference: family physician and referral system; visions and challenges, 2010 [In Persian]
- 8. Family physicians.
- http://portal.arakmu.ac.ir/portal/home/?88143, 2010.
- **9.**MosaFarkhany E, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F. Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2015; 12:124
- **10.** Maftoon F, Farzadi F, Aeenparast A. implementation of health programs: developing a national model.
- ACECR, Tehran, 2015 [In Persian]
- **11.**family physician: Redeemer for health care system. http://econews.ir/fa/c1_255101. 2014
- **12.**General practitioner Association's statement about the family physician program. http://www.farsnews.com, 2013
- 13. Factors affecting retention of physicians in deprived areas, http://www.salamatnews.com, 2014-08-25
- **14.**Development of family physician and referral system for Accessing to equity in health.
- http://www.yjc.ir/fa/news/4366146, 2013

ABSTRACT

Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives

Farzaneh Maftoon^{1*}, Faranka Farzadi ¹, Ali Montazeri ¹, Afsoon Aeenparast ¹

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016; 1: 19-25

Accepted for publication: 11 October 2015 [EPub a head of print-18 January 2016]

Objective (s): In 2005, Iranian Ministry of Heath, Ministry of Welfare and Medical Services Insurance Organization conducted 'Family Physician and Referral System' (FPRS) as a major reform in heath system. The first step of the FPRS was carried out through all rural areas and small cities with population less than 20,000. The aim of this study was to assess the providers' (physicians and midwives) perspectives about the contracts and training conditions in this program.

Methods: This was a cross-sectional study using a designed questionnaire including items on contracts and training.1780 physicians and 1772 midwifes were studied through out the country.

Results: About 60% of physicians and midwives were working in rural centers. About 62% of physicians and 72% of midwives had a print version of their contracts. About 47% of physicians and 58% of midwives indicated that that the amount of payment was similar to the contracts. Only about 20% of physicians and 32% of midwives reported that payment was timely as indicated in the contracts. About 15 percent of providers indicated that they had no training course about the FRPS. Only about 60% of physicians and 41% of midwives had a print version of the program

Conclusion: The findings suggest that for improving 'family physician and referral system' and its proper continuation and expansion, improvement of contract conditions and training courses are essential.

Key Words: Family physician, referral system, midwife, contract, training

E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

^{*} Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran Tel: 66480804