



ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی

کرمان

نویسندگان: وحید یزدی فیض آبادی^۱ سجاد خسروی^۲ محمدرضا امیر اسماعیلی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی

در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده

پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳. نویسنده مسئول: استادیار مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

کرمان تلفن: ۰۹۱۲۶۹۳۶۵۰۴ Email: amiresmaili@kmu.ac.ir

چکیده

مقدمه: بهبود مستمر عملکرد مستلزم ارزیابی پیشرفت هر برنامه، شناسایی چالشهای پیش رو و کسب بازخورد از میزان اجرای سیاستهای تدوین شده است. برنامه پزشک خانواده در ارتقای سطح سلامتی جامعه نقش مهمی دارد. این پژوهش با هدف ارزیابی عملکرد اجرای برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام پذیرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر توصیفی بود که به صورت موردی انجام پذیرفت. محیط پژوهش فعالیت های پزشک خانواده را تمامی شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل داد. داده ها با استفاده از فرم های آماری در نظام روتین آمار و اطلاعات، در سه محور عملکرد فنی (۵ شاخص)، منابع تسهیلاتی و انسانی (۶ شاخص) و منابع مالی (۲ شاخص) در محدوده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان جمع آوری گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از آمارهای توصیفی (فراوانی، درصد) و نمودارها از طریق نرم افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بازه زمانی ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ برای بررسی شاخصها تعیین و حداقل دوره بررسی برای آنها یک دوره ۳ ساله در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین ارجاعات به پزشک متخصص در دوره ۳ ساله ۹/۰۹ درصد بود. سهم ویزیت های دهگردشی از کل ویزیتها در همان دوره ۹/۹۶ درصد تعیین گردید. حدود ۷۱ درصد مراکز مجری برنامه از محل زیست پزشک برخوردار بودند در حالی که این رقم با توجه به دستورالعمل برنامه باید ۱۰۰ درصد باشد. در طول دوره ۵ ساله برنامه میانگین ریزش پزشکان خانواده و ماماها به ترتیب ۵۳ و ۹/۲ درصد بود.

نتیجه گیری: علیرغم بهبود نسبی در برخی از شاخصها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان داد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد و با توجه به اینکه شاخص نیروی انسانی یکی از کلیدی ترین شاخص ها در بهبود عملکرد برنامه می باشد، توجه جدی را می طلبد. لذا با توجه به گسترش کمی و کیفی برنامه به مناطق شهری با جمعیت های بیشتر، نیاز به ارتقا و بهبود بویژه وجود دارد.

واژه های کلیدی: عملکرد، پزشک خانواده، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۴۱

تاریخ وصول: ۹۱/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۰



مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه ای در توسعه زیر ساخت بخش های مختلف جامعه می باشد (۱). هدف نهایی نظام سلامت هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتواند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند (۲). در دو دهه اخیر نظام های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه های اصلاحی دست به اقداماتی زده اند. اگرچه اهداف اصلاحات برحسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی در ظاهر می تواند متفاوت از هم باشد ولی بطور کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامتی هدف اصلی هر اصلاحی است (۳). در کشور ما جریان اصلاح نظام سلامت از حدود سال ۱۳۸۱ شروع شده است. هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله ای از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماریها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداختهاست. یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع است (۴). مناسب ترین استراتژی اجرایی برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده های تحت پوشش خود را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به

عهده دارد (۵). پزشک خانواده دارای مدرک دکتری حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار و در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات درمانی است و مسئولیت هایی از قبیل مدیریت سلامت، پژوهش، توجه به جامعیت و تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش ها را بر عهده دارد. پزشک خانواده وظیفه دارد تنها در صورت لزوم برای حفظ و ارتقای سلامت، بیماران را به سطوح بالاتر درمانی ارجاع نماید، چرا که در صورت مراجعه مستقیم بیماران به سطح دوم و سوم، منابع زیادی به هدر خواهد رفت (۶). همچنین ارجاع بیماران به سطوح بالاتر فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده است (۷). توصیه سازمان جهانی پزشک خانواده این است که کشورها برای پاسخگویی به نیازهای مردم و تحقق اهداف اصلاحات در نظام سلامت، به برنامه پزشک خانواده به عنوان یک سیاست اصلی توجه کنند. بی تردید این توصیه حاصل دستاوردهایی است که اجرای طرح پزشک خانواده در برخی از کشورها در پی داشته است. پزشک خانواده با نظام ارجاع پیوند مستقیم دارد و آنچه از نظام ارجاع برداشت می شود، محدودسازی مراجعه مستقیم به پزشکان متخصص و مراکز درمان تخصصی است. اجرای طرح پزشک خانواده می تواند منجر به افزایش دسترسی جمعیت روستایی به پزشکان عمومی شود و مراجعه آنان به پزشکان متخصص را نیز هدفمند سازد (۸). در برخی کشورها نظیر انگلستان، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نیز نظام های سلامت به گونه ای است که نظام ارجاع در آنها مستقر گردیده و بیماران را از سطح مراقبت های بهداشتی اولیه به پزشکان متخصص در سطوح بالاتر ارجاع می دهند (۹، ۱۰). در اروپا و آمریکای شمالی، افزایش هزینه های سلامت، اصلاحات را ایجاب نموده است. این اصلاحات



است که از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می گذرد و از آنجا که اجرای آن به صورت سیاست واحد و متمرکزی در کشور اجرا گردیده، مطالعه حاضر به منظور بررسی عملکرد برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در طی دوره سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ با رویکرد مطالعه موردی انجام پذیرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع موردی بود. روش پژوهش بدین گونه بوده که اطلاعات با استفاده از فرم های آماری و داده های روتین برنامه پزشک خانواده در ابعاد فنی (۵ شاخص)، تسهیلات و منابع انسانی (۶ شاخص) و همچنین مالی (۲ شاخص) جمع آوری و گزارش روند آن در طول دوره با توجه به اطلاعات موجود تهیه و داده های جمع آوری شده با استفاده از آمارهای توصیفی (فراوانی، درصد) و نمودارها از طریق نرم افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. بازه زمانی ارزیابی شاخصها بین سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ تعیین و حداقل دوره بررسی برای شاخصها یک دوره ۳ ساله در نظر گرفته شد. در بخش عملکرد فنی، وضعیت شاخص های عملکرد فنی برنامه پزشک خانواده که شامل بار مراجعه جمعیت کل بار مراجعه جمعیت مشمول سرانه، درصد ویزیت دهگردشی به کل ویزیت، درصد ارجاع به متخصص و درصد مراجعه به داروخانه می باشند، مورد ارزیابی قرار گرفته اند. در بخش تسهیلات و نیروی انسانی شاخص های منابع تسهیلاتی و نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده شامل ۶ شاخص کلی تعداد مراکز مجری، تعداد بیتوته، وضعیت داروخانه دولتی بر حسب مالکیت و وضعیت آزمایشگاه بر حسب مالکیت، فراوانی جذب و ریزش

در ابعاد ارتقای وضعیت پزشکان مراقبت اولیه، واگذاری نقش "دروازه بانی" به آنها در نظام سلامت و محدود نمودن دسترسی مستقیم به پزشکان متخصص نمود پیدا کرده است (۱۱، ۱۲). در کشور ایران اگرچه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستانها دستاوردهای چشمگیری بدنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف های بارز آن به شمار می رود (۱۳). از سال ۱۳۸۴ با اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع مورد تأکید قرار گرفته است و در حال حاضر سالانه حدود ۶۰۰۰ میلیارد ریال صرف آن می شود (۱۴). ارزیابی عملکرد و به طور کلی تر مدیریت عملکرد فرایندی است که از طریق آن می توان اطلاعات مفید و سودمندی در خصوص چگونگی انجام موثر کارها برای تقویت رفتارهای مثبت و حذف رفتارهای نامناسب و غیر ضروری به دست آورد. ارزیابی عملکرد علاوه بر فراهم کردن بازخورد اطلاعاتی، کارکردهای مهم دیگری دارد که یکی از آنها تعیین نیازهای آموزشی و توسعه منابع انسانی است (۱۵). ضرورت توجه به نظام سلامت و عملکرد جامعه پزشکی و ضرورت انجام ارزیابی کارآمد آن به دلیل پیچیدگی فعالیت های این حوزه و در نتیجه پیچیدگی و تاثیر مهم نقش این مجموعه به عنوان صیانت کننده نظام بهداشتی و درمانی کشور، و نیز تحولات سریع در این حوزه و به هم پیوستگی آنها، برکسی پوشیده نیست، ارزیابی عملکرد این امکان را فراهم می آورد تا سازمان مسیر خود را بر اساس شرایط متغیر اصلاح نموده و به آن پویایی ببخشد (۱۶). با توجه به اینکه چندسالی



دهگردشی است؛ اما در سال ۱۳۸۹، ۱۲/۷۶ درصد از کل ویزیت های برنامه به ویزیت های دهگردشی اختصاص داشت. در خصوص مراجعه به داروخانه میانگین مراجعه طی سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ از ۸۹/۷۲ به ۸۲/۴ درصد کاهش پیدا نموده است. یافته ها در خصوص شاخص تعداد مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در طی دوره شروع برنامه تا پایان سال ۱۳۸۹ نشان می دهد که در سال ۱۳۸۴ تعداد مراکز مجری ۷۸ مرکز و در سال ۱۳۸۹ به ۱۰۵ مرکز افزایش یافته است. البته تعداد مراکز از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ رقم ثابت معادل ۱۰۵ مرکز بوده است. همچنین تعداد بیتوته پزشکان خانواده از تعداد ۵۷ محل به تعداد ۷۵ محل در سال ۱۳۸۹ ارتقا یافته است. فراوانی جذب پزشک خانواده در تمامی سالها بیش از فراوانی ریزش بوده که البته به ترتیب در سالهای ۱۳۸۸ با ۷۴ نفر جذب و ۵۷ ریزش و در سال ۱۳۸۹ با ۸۳ نفر جذب و ۷۵ ریزش به کمترین اختلاف نسبت به سالهای گذشته رسیده است. همچنین اطلاعات مربوط به فراوانی جذب و ریزش ماما در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان می دهد که میزان جذب ماما در طی سالهای برنامه روند کاهشی داشته است (جدول ۲).

پزشک، فراوانی جذب و ریزش ماما، ارزیابی گردید. در بخش مالی دو شاخص سهم کسورات از کل سرانه قابل پرداخت و سهم هریک از کسورات به تفکیک نوع کسری مورد سنجش قرار گرفت. بر اساس دستورالعمل کشوری و با توجه به روند شاخصها در طول سالهای اجرای برنامه یافته ها تحلیل گردید.

یافته ها

یافته های حاصل از فرم های جمع آوری داده ها در قالب سه محور شاخص های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و مالی در طول دوره برنامه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ استخراج گردید و مورد بررسی قرار گرفتند.

در بخش عملکرد فنی طبق جدول ۱، یافته ها نشان می دهد که میانگین بار مراجعه در شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان به ازای هر فرد مشمول سرانه به طور میانگین در سال کمتر از ۲ بار بوده است. میانگین درصد ارجاع به سطح دوم یعنی از پزشک خانواده به پزشک متخصص در کل دانشگاه در طول سه سال کمتر از ۱۰ درصد کل ویزیتها می باشد. یافته های حاصل از ویزیت های دهگردشی در جمعیتها تحت پوشش نشان می دهد که طی سالهای ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ کمتر از ۹ درصد کل ویزیت های پزشک خانواده متعلق به ویزیت های

جدول ۱: شاخص های عملکرد فنی برنامه پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سالهای ۸۹-۸۷

سال برنامه	بار مراجعه جمعیت کل	بار مراجعه جمعیت مشمول سرانه	ویزیت دهگردشی به کل ویزیت	ارجاع به متخصص داروخانه	مراجعه به
۱۳۸۷	۱/۵۴	۱/۶۳	۸/۶۷	۹/۳۵	۸۹/۷۲
۱۳۸۸	۱/۶۴	۱/۷۵	۸/۴۶	۸/۵۵	۸۷/۰۱
۱۳۸۹	۱/۳۱	۱/۵۰	۱۲/۷۶	۹/۳۸	۸۲/۴۰



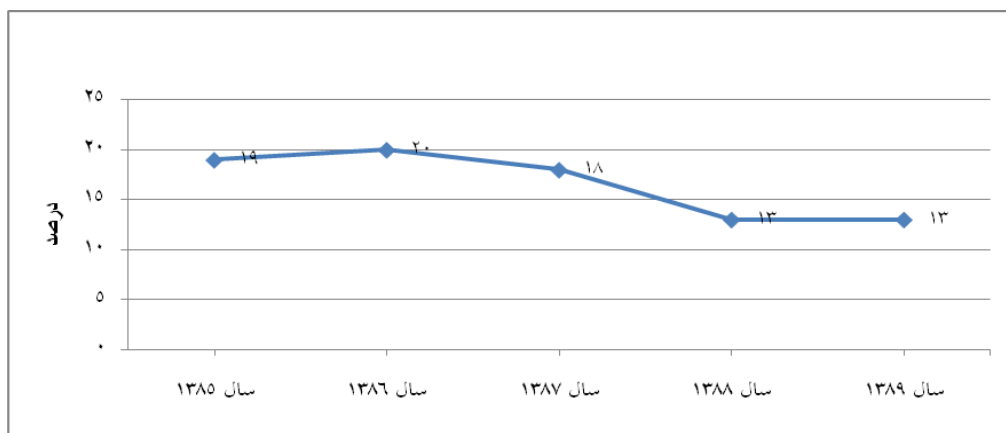
درصد کاهش نشان داده است.

یافته های مربوط به وضعیت کسورات برنامه پزشکی خانواده طی سالهای برنامه از سوی سازمان بیمه گر نشان داد که انواع کسورات در پرداختها مرتبط با کسورات دارویی، تعدیلات پایش، پاراکلینیک و مازاد جمعیت می باشد (جدول ۳).

در حیطه مالی، درصد کسورات برنامه پزشکی خانواده طی سالهای برنامه مورد ارزیابی قرار گرفته که در نمودار ۱ درصد کسورات برنامه پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سالهای ۸۵ تا ۸۹ نشان داده شده است که به طور کلی روند میزان کسورات در طی سالهای مورد مطالعه از ۱۹ درصد به ۱۳

جدول ۲: شاخص های تسهیلات و نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال های ۸۵-۸۹

سال برنامه	تعداد مراکز	تعداد ببتوته	فراوانی جذب و ریزش پزشک		فراوانی جذب و ریزش ماما		تعداد داروخانه		تعداد آزمایشگاه	
			جذب	ریزش	جذب	ریزش	دولتی	خصوصی	دولتی	خصوصی
۱۳۸۵	۹۵	۶۳	۷۱	۴۱	۴۷	۶	۸۷	۸	۳۶	۴
۱۳۸۶	۱۰۰	۶۶	۶۴	۴۴	۱۶	۹	۷۴	۲۶	۴۴	۱۰
۱۳۸۷	۱۰۵	۷۲	۷۹	۴۸	۲۷	۸	۷۱	۳۷	۴۷	۱۳
۱۳۸۸	۱۰۵	۷۵	۷۴	۵۷	۲۳	۱۲	۵۳	۵۲	۵۰	۱۸
۱۳۸۹	۱۰۵	۷۵	۸۳	۷۵	۱۶	۱۱	۴۲	۷۰	۵۱	۱۲



نمودار ۱: درصد کسورات برنامه پزشک خانواده دانشگاه کرمان از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹

جدول ۳: درصد سهم انواع کسورات برنامه پزشک خانواده دانشگاه کرمان از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹

سال برنامه	دارویی	پایش	پاراکلینیک	مازاد جمعیت	جمع
۱۳۸۵	۷	۱۰	۲۵	۵۸	۱۰۰
۱۳۸۶	۹	۱۳	۲۶	۵۲	۱۰۰
۱۳۸۷	۹	۱۴	۲۴	۵۳	۱۰۰
۱۳۸۸	۲۶	۳۱	۳	۴۰	۱۰۰
۱۳۸۹	۲۳	۴۴	۲	۳۱	۱۰۰



بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که، بار مراجعه به ازای هر فرد مشمول سرانه به طور میانگین در سال کمتر از ۲ بار بوده است. اگر چه صرف پایین بودن میانگین بار مراجعه نمی تواند دلیلی بر بهبود عملکرد برنامه باشد اما در کنار بررسی سایر شاخص های بهداشتی نظیر جلسات آموزشی و دهگردشی ها می تواند معرف عملکرد بهداشتی بهتر پزشک و تیم سلامت در منطقه تحت پوشش باشد. بار مراجعه جمعیت کل تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۹ برابر با ۱/۳۱ بوده است که در مقایسه با بار مراجعه به خدمات پزشک خانواده در کل جمعیت تحت پوشش برنامه در کشور در این سال که برابر با ۱/۷۵ می باشد، کمتر می باشد (۱۷).

در برنامه پزشک خانواده نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه دهنده خدمات در کاهش هزینه و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی تر نقش اساسی دارد و موفقیت آن در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول، جلوگیری از هزینه های سنگین سطح دوم و رعایت قواعد نظام ارجاع می باشد. یافته های این پژوهش در خصوص ارجاع به سطوح بالاتر، نشان داد که با توجه به متوسط ۱۰ درصدی ارجاع برای مبنای کسورات، بهبود این شاخص ضروری است و به نظر می رسد مهمترین عوامل بهینه سازی ارجاعات، کنترل تقاضای گیرنده خدمت نسبت به ارجاعات غیرمنطقی از طریق آموزش و فرهنگ سازی و تدوین و بهره گیری از راهنماهای بالینی برای تشخیص و درمان است. در این رابطه شیروانی در مطالعه خود چنین نتیجه می گیرد که بسیاری از قواعد نظام ارجاع در حد انتظار رعایت

نشده است و عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در حد انتظار نبوده و نیاز به ارتقاء دارد (۱۸).

تعداد موارد دهگردشی پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی از خانه های بهداشت و روستاهای تابع پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده حدود ۲۰۰ هزار مورد در کشور گزارش شده است. با آغاز برنامه پزشک خانواده و الزام دهگردشی برای پزشک و گروه وی از روستاهای تابع از نیمه سال ۱۳۸۴ این رقم برای سال ۱۳۸۶ (بر اساس اقدام نیمه اول سال) به بیش از ۶۷۹ هزار مورد افزایش یافته است (۱۹). یافته های این پژوهش نیز نشان می دهد که در سال ۱۳۸۹، ۱۲/۷۶ درصد از کل ویزیت های برنامه به ویزیت های دهگردشی اختصاص داشته است که وجود پزشک و گروه وی در روستاهای دور افتاده، میزان دسترسی به خدمات را برای مردم ارتقا داده است. همچنین در پژوهشی که به منظور بررسی وضعیت دهگردشی پزشک خانواده و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده در استان همدان انجام گرفته است، دهگردشی مطلوب بر اساس اطلاعات جمع آوری شده، ۷۶ درصد و دهگردشی نامطلوب، ۲۴ درصد بوده است. به طور کل عدم انجام دهگردشی از مجموع شهرستان های استان همدان، ۸/۴۷ درصد و انجام دهگردشی، ۹۱/۵۳ درصد بوده است (۲۰).

یافته های حاصل در خصوص تعداد مراکز مجری برنامه پزشک خانواده نشان می دهد که تعداد مراکز در سالهای اولیه روند افزایشی داشته تا اینکه در سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ به رقم ثابت معادل ۱۰۵ مرکز رسیده است که نشان دهنده تکمیل برنامه



کردن در مناطق محروم هستند. ۸۳ درصد از این پزشکان شرط درآمدی و نوع رابطه استخدامی را به عنوان بخشی از شروط مهم برای کارکردن در مناطق محروم بیان داشتند (۲۱). در مطالعه دیگری که توسط McCoy و همکاران (۲۰۰۸) با عنوان "حقوق و درآمد کارکنان بهداشت و درمان در کشورهای جنوب صحرای افریقا" انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که عوامل مختلفی نظیر بهبود مسیر ارتقا و رضایت شغلی ارتقای شرایط کار و کیفیت نظارت، توجه به امنیت شغلی، اصلاح نبود مدارس مناسب برای بچه ها، بهبود ساختار و مدیریت نظام حقوق و دستمزد در بخش دولتی بویژه روستاها بر بهبود نگهداشت و انگیزش نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان به ویژه مناطق کمتر برخوردار تأثیر دارند (۲۲).

بنابراین بعد از جذب و بهسازی مهمترین وظیفه مدیریت نگهداشت نیروی انسانی بوده که مستلزم تعیین عوامل موثر بر نگهداشت است. در غیر این صورت توجه ناکافی منجر به شکست در دستیابی به اهداف سازمان می گردد. Kayer و Jordan در مقاله ای تحت عنوان «حفظ کارکنان کلیدی» می نویسند: امروزه حفظ منابع انسانی مشکل اصلی سازمان ها به حساب می آید و بر این اعتقاد است که اهمیت این منبع در توسعه سازمان باعث بوجود آمدن جنگ جذب افراد مستعد و شایسته بین سازمان ها شده است (۴).

استفاده از قراردادها، واگذاری یا خصوصی سازی برای خرید خدمت از بخش خصوصی در دولتهای کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. در بخش سلامت برخی از کشورها نیز ابزار قرارداد و برون سپاری مولفه مهمی از برنامه های اصلاحات در نظام سلامت است که از این طریق دولتها

پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی، عشایری و شهری با جمعیت های زیر ۲۰۰۰۰ می باشد. همچنین روند افزایشی تعداد بیتوته در این مطالعه نشان دهنده تخصیص بخشی از اعتبارات برنامه برای تأمین محل اقامت پزشکان و ماماها می باشد اما این تعداد در سال ۱۳۸۹ معادل ۷۱ درصد تعداد مراکز مجری برنامه در سال ۱۳۸۹ (۱۰۵ مرکز) می باشد که تمامی مناطق تحت پوشش دانشگاه که نیاز به بیتوته را دارند، شامل می شود و بقیه مراکز نیز به لحاظ فاصله محدود جغرافیایی تا مرکز استان نیازی به بیتوته ندارند.

فراوانی جذب و ریزش پزشک خانواده طی سالها مطالعه نشان می دهد که فراوانی ریزش در هر سال رشد داشته است که این مسئله به دلایل مختلفی نظیر ادامه تحصیل و نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسائل محیطی می باشد و از طرفی وضعیت استخدامی پزشکان خانواده، کم ثباتی شغلی و امنیت پایین شغلی از دلایل دیگر این مسئله در ریزش های احتمالی بوده است و باعث گردیده که میزان جذب نیز روند افزایشی به خود بگیرد که البته در سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ با چالش مواجه گردیده است. همچنین اطلاعات مربوط به فراوانی جذب و ریزش ماما در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان می دهد که میزان جذب ماما در طی سالهای برنامه روند کاهشی داشته است. اگرچه ریزش در طی این سالها تقریباً رشد افزایشی داشته است اما این رشد محدود و ناچیز بوده و میزان ریزش در مقایسه با پزشکان خیلی کمتر بوده که نشان دهنده ماندگاری بیشتر نیروهای ماما در مقابل پزشکان می باشد... در مطالعه علاءالدینی و همکاران (۱۳۸۰) نیز نتایج نشان داد که ۶۷.۷ درصد از پزشکان ابراز داشتند که تحت شرایط خاصی حاضر به کار



می توانند با تأمین ابزار تنظیمی و کنترلی محرکهایی برای افزایش مسئولیت پذیری و بهبود عملکرد فراهم کنند. ارزیابی های اخیر نشان می دهد که واگذاری خدمات و انعقاد قرارداد به بخش خصوصی می تواند بر دسترسی، عدالت، کیفیت و کارآیی خدمات سلامت و تسهیل امکان همکاری بخش دولتی و خصوصی تأثیر بگذارد (۳۲-۲۳). در مطالعه حاضر اطلاعات مربوط به تعداد داروخانه ها و آزمایشگاههای پوشش دهنده جمعیت روستایی برنامه پزشک خانواده به تفکیک مالکیت خصوصی و دولتی نشان می دهد که رشد واگذاری مراکز مذکور به بخش خصوصی از رشد مطلوبی برخوردار بوده است که نشان دهنده برون سپاری مطلوب در ارائه خدمات پاراکلینیکی، گسترش کمی مراکز طرف قرارداد و کاهش تصدی گری در بخش دولتی می باشد. در مطالعه Loevinsohn & Harding با عنوان نتایج خرید؟ واگذاری ارائه خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه" به ضرورت وجود شواهد کافی در خصوص توسعه قراردادهای شفاف برای خرید خدمت سلامت اشاره می کند (۳۲). اگر چه مطالعه حاضر نشان دهنده رشد کمی واگذاری ها به بخش خصوصی است اما انجام مطالعات دیگری برای بررسی تأثیر این واگذاری ها بر روی نتایج و عملکرد بخش سلامت در برنامه پزشک خانواده روستایی ضروری است.

در حیطه مالی، رقم کسورات طی سالها روند نزولی و کاهشی داشته است که نشان دهنده بهبود عملکرد برنامه می باشد. در این میان در سالهای ابتدایی برنامه بیشترین سهم از کل کسورات، حدود کمتر از ۶۰ درصد، مربوط به مازاد جمعیت بوده که دلیل عمده آن جذب ناچیز پزشک در برخی از مناطق تحت پوشش

بویژه مناطق جنوبی به لحاظ محرومیت نسبتا بالای منطقه می باشد و در سالهای ۸۸ تا ۸۹ با توجه به جدا شدن دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و شهرستانهای تابعه از دانشگاه کرمان روند سهم کسورات تغییر یافته و بیشترین سهم کسورات از کل مبلغ کسورات در سال به تعدیلات پایش و کسورات دارویی اختصاص یافته است که این می تواند به دلیل تاخیر در ارسال تفاهم نامه های سالیانه برنامه بین دو وزارت بهداشت و رفاه و تأمین اجتماعی و تغییر تعداد و انواع اقلام دارویی در برنامه باشد و البته افزایش کسورات تعدیلات پایش تا حدودی به رویکرد و ابزار پایشی درمان نگر سازمان بیمه گر و البته ترجیح رویکرد درمان نگری برنامه به نسبت فعالیتهای بهداشتی آن می باشد. اگر چه در سالهای ۸۸ تا ۸۹ درصد کسورات تعدیلات پایش و کسورات دارویی بیشترین سهم را به خود اختصاص داد، اما سهم این افزایش ناشی از کاهش مازاد جمعیت به لحاظ جدا شدن شهرستانهای جنوبی بوده و میزان رقم ریالی کسورات افزایش قابل توجهی نداشته است.

علیرغم وجود برخی بهبودها در برخی از شاخصها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان داد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد و با توجه به اینکه شاخص نیروی انسانی یکی از کلیدی ترین شاخص ها در بهبود عملکرد برنامه می باشد، توجه جدی را می طلبد. لذا با توجه به گسترش کمی و کیفی برنامه به مناطق شهری با جمعیت های بیشتر، نیاز به ارتقا و بهبود بویژه وجود دارد.

به طور کلی با توجه به یافته های حاصل از بررسی شاخص های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و گردش مالی برنامه پزشک خانواده در دانشگاه مورد مطالعه، علیرغم وجود برخی



حاضر تشکیل دانشگاه علوم پزشکی جیرفت از ابتدای سال ۱۳۸۸ و جدا شدن شهرستانهای تحت پوشش آن از دانشگاه علوم پزشکی کرمان که پژوهشگران را در جمع آوری و احصاء داده ها در سالهای قبل از تفکیک با محدودیت مواجه نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بویژه کارشناس برنامه پزشک خانواده سرکار خانم دکتر میترا مهربان و کارشناس آمار سرکار خانم سعیده حاجی مقصودی به پاس همکاری ارزنده آنها در جمع آوری اطلاعات نهایت قدردانی را دارد.

بهبودها در برخی از شاخصها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان داد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد و با توجه به اینکه شاخص نیروی انسانی یکی از کلیدی ترین شاخص ها در بهبود عملکرد برنامه می باشد، توجه جدی را می طلبد. لذا با توجه به گسترش کمی و کیفی برنامه به مناطق شهری با جمعیت های بیشتر، نیاز به ارتقا و بهبود بویژه وجود دارد.

محدودیت های پژوهش: محدودیت اصلی پژوهش حاضر استفاده از داده های دست دوم (Secondary data) از نظام روتین جمع آوری اطلاعات که علیرغم ارزش مطالعاتی می تواند با محدودیت هایی از نظر نقص ثبت نسبت به داده های دست اول اعتبار کمتری داشته باشد. محدودیت دیگر پژوهش

References

- 1-Goudarzi Gh.R, Ghaderi H, Gohari M.R. Determination technical efficiency of hospitals affiliated with Iran University of Medical Science by Data Envelopment Analysis (2000 - 2004). Journal of Health Administration 2007; 9(26): 31-67. [Persian]
- 2-Jabbari H, Gasemzade H, Bakhshian F, et al. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices, Knowledge & Health Quarterly 2012;7(3):124-28. [Persian]
- 3-Aghlmand S, Poorreza A. Health system reform. Refah- e Ejtemae Journal 2004;4(14):3-26. [Persian]
- 4-Hafezi Z. Askari R. Momayezi M. Study of Family Medicine Performance in Yazd Province. Research Quarterly of Yazd Health Faculty 2009; 6(1): 16-26. [Persian]
- 5-Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran. Public Health services insurance Journal 2005;8(27):14-16. [Persian]
- 6-Jannati A. Maleki M.R. Gholizadeh M. Narimani M.R. Vakili S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health Quarterly 2010;4(4):39-44. [Persian]
- 7-Richard A, Charles PB. Family physicians and family therapists: understanding the interdependent synergism. Contemporary Family Therapy 2000; 22(3): 253-77.



- 8-Karimi M. Medical Insurance of Rurals. First edition. Tehran: Medical services insurance organization; 2007:111-25 [Persian]
- 9-Klein R. The New Politics of the NHS. 3rd edition. London: Longman; 1995.
- 10-Starfield B. Primary care, concept, evaluation and policy. UK: Oxford University Press; 1992: 70-85.
- 11-Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited-protecting patients from overtreatment. New England Journal of Medicine 1992; 327:424-9.
- 12-Grevas J, Perez-Fernandez M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. Family Practice 1994; 11:307-17.
- 13-Pilehroudi S. Network of District Health Care. Iran: UNICEF Office; 1999: 12-3. [Persian]
- 14-Mehrolohasani M, Jafari Sirizi M, Poorhoseini S, Yazdi Feyzabadi V. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. Journal of Health & Development 2012;1(3): 193-206. [Persian]
- 15-Almasi H. New approach in human resource management: from performance appraisal to performance management. Tadbir research journal 1995; 5:26-36. [Persian]
- 16-Sheykh zade R. Design a model of health system performance assessment and management, Management research journal 2009; 3(10): 83-108. [Persian]
- 17-Shariati M. Family physician in Islamic republic of Iran's Health system map 1404 Islamic republic of Iran's national institute for health research 2010. [Persian]
- 18-Nasrollahpoorshirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME et al. Performance evaluation of referral system in family physician plan implementation in Iran university of medical sciences. Hakim research journal 2010; 13(1): 19-25. [Persian]
- 19-Mazidabadifarahani M, Hajiha F. Family physician implementation trend from beginning to now on, Plan weekly 2009: 9-14. [Persian]
- 20-Halimi L, Azizimotlagh T. study of active visiting of family physician and its influential factors in health centers implementing family physician plan in hamedan province in 2009, proceeding of the epidemiology congress. Danesh and Tandorosti Journal 2010 ;5 :211-21. [Persian]
- 21-Allaodini F, Fatemi R, Ranjbaranjahromi H, et al. Iranian physician willingness to work in indigent areas and its related factors in 2001 Journal of Iran's university of medical sciences 2004; 11(40): 247-56. [Persian]



- 22-McCoy D, Bennett S, Witter S, et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Journal of Health Policy* 2008; 37(1): 675–81
- 23-Jack W. Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health policy plan* 2003; 18: 195-204
- 24-Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy Plan* 1998; 13:32-40.
- 25-Abramson W. Partnerships between the public sector and non-governmental organizations: contracting for primary health care services: A state of the practice paper. *Latin American and Caribbean Health Sector Reform Initiative*; Abt Associates Inc; 1999.
- 26-Vining AR, Globerman S. Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy* 1999; 46: 77-96.
- 27-World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Contracting for health services, Lessons from New Zealand 2004. Available from:
http://www.wpro.who.int/entity/health_services/documents/contracting_for_health_services.pdf.
- 28-Liu X, Hotchkiss DR, Bose S, Bitran R, Giedion U. Contracting for primary health services: evidence on its effects and a framework for evaluation. Bethesda (MD): The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004. Available from: http://www.phrplus.org/Pubs/Tech053_fin.pdf.
- 29-Perrot J. The role of contracting in improving health systems performance: Discussion paper. Geneva World Health Organization; 2004; 1 :10-48. Available from:
http://www.who.int/contracting/the_role_of_contract_dp_e_04_1.pdf
- 30-Loevinsohn B. Practical issues in contracting for primary health care delivery: lessons from two large projects in Bangladesh 2002. Washington (DC): The World Bank. Available from:
http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48613/oj_ben2.doc
- 31-Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2011;(1):57 - 66. [Persian]
- 32-Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* 2005; 366: 676-81.



Performance Evaluation of Rural Family Physician Plan: A Case of Kerman University of Medical Sciences

Yazdi Feyzabadi V(Ph.D)¹ Khosravi S(M.Sc)² Amiresmaili MR(Ph.D)³

1. PhD Student in Health Policy, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Msc Student in Health Services Management, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Corresponding Author: Assistant Professor, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Introduction: Frequent performance improvement requires evaluating progress of any program, identifying challenges facing it and receiving feedback on the rate of implementation of formulated policies. Family physician (FP) plan plays a significant role in improving community health. This study was carried out to evaluate performance of FP plan implementation in Kerman University of Medical Sciences (KUMS).

Methods: This is a descriptive retrospective case study. The study context comprised of all districts covered by KUMS. Data were collected using statistical charts of routine system of statistics and information in three dimensions of technical performance (five indicators), facility and human resources (six indicators) and financial resources (two indicators). Data analysis was carried out using descriptive statistics (frequency and percent) and charts through Microsoft Excel. Time period of 2006-2010 was considered for studying indicators and the minimum data set of three years was addressed.

Results: The mean of referral to specialist was 9.09% in three years. Share of active visits from total visits was estimated as 9.96%. Seventy one percent of centers had facilities for physician living, whereas this figure should be 100 percent according to plan regulation. During the five-year period of program implementation, mean attrition rate of physicians and midwives was 53% and 9.2% respectively.

Conclusion: In spite of the relative improvements in some indicators, recruitment and attrition rate of physicians in the program indicated that physicians' retention is not in a good state and since human resources indicators are amongst key indicators in improving plan performance, serious attention is required. Therefore, regarding the quantitative and qualitative expansion of the plan in urban regions with more populations, the plan is in need of special improvement.

Keywords: Performance, Family physician plan, Kerman University of Medical Sciences