



# دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

پایان نامه مقطع دکترای تخصصی (Ph.D)

عنوان:

تحلیل نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران

توسط: عبدالوحد کوه پیمای جهرمی

استاد راهنما: دکتر محمد حسین مهرانحسینی - دکتر رضا دهنویه

استاد مشاور: دکتر سید حسین صابری

سال تحصیلی: ۱۳۹۵-۱۳۹۶

## چکیده

**مقدمه و اهداف:** آنچه که به عنوان یکی از مهمترین اصلاحات در نظام سلامت در ایران مطرح بوده و بنا بر مقتضیات نظام سلامت کشور شکل گرفته، اجرای برنامه پزشکی خانواده بوده است. پزشک خانواده نقش محوری در تلاش های جهانی در بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در نظام های سلامت را به عهده دارد. پس از اجرای موفقیت آمیز برنامه پزشک خانواده در روستاها، به دلیل ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها؛ اجرای آن در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران از سال ۱۳۹۱ به عنوان پایلوت شروع شد و تاکنون به همین دو استان محدود مانده است. آنچه امروزه مورد نیاز برنامه ریزان بوده است تا نسبت به تصمیم سازی در مورد گسترش به سایر استان ها اقدام نمایند، وجود شواهد علمی جامع بوده است لذا هدف از این مطالعه تحلیل نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران بود.

**روش ها:** این پژوهش یک مطالعه ترکیبی از نوع چند سطحی بوده که در فاصله شهریور سال ۹۴ تا اسفند سال ۹۵ انجام گرفت. سطوح سه گانه مورد نظر در این پژوهش سطوح ملی، استانی و محلی بود. جمع آوری داده ها در سطوح ملی و استانی به صورت کیفی و به روش مصاحبه از ۱۱ نفر سیاستگذار، ۱۲ نفر مدیر، مرور اسنادی و گزارشات و در سطح محلی به صورت کمی و به روش پرسشنامه از ۱۴۱ نفر پزشک خانواده و ۷۱۰ نفر از بیماران بود. تحلیل داده های کیفی با استفاده از تحلیل چارچوبی و با چارچوب مثلث سیاستگذاری سلامت و تحلیل داده های کمی با استفاده از چارچوب ارزیابی مراقبت اولیه و تحلیل های آماری و به کمک نرم افزار SPSS صورت پذیرفت. تحلیل نهایی با استفاده از ادغام داده های کیفی و کمی، انجام گرفت.

**یافته ها:** نتایج کمی این مطالعه، حاکی از آن بود که در بخش دسترسی به خدمات، ۸۱ درصد حجم کار پزشکان خانواده در هفته را ویزیت بیماران شامل می شد. پرداخت برای خدمات در سطوح دو و سه مراقبت یکی از موانع دسترسی برای برخی بیماران بود. برای اکثریت بیماران در کمتر از ۴۰ دقیقه دسترسی به تسهیلات بهداشتی درمانی امکان پذیر بود. در استمرار مراقبت، برنامه نرم افزاری کمتر استفاده می شده و یا دارای قابلیت ضعیفی بود. مدت زمانی که بیماران توسط پزشکان خانواده ثبت نام شده بودند، نسبتاً کوتاه بود و به طور متوسط در یک سال، بیماران بار توسط پزشکان ویزیت شده بودند. مدت زمانی که برای هر ویزیت صرف شده بود، برای ۸۰ درصد بیماران تا ۱۰ دقیقه بود. در هماهنگی ارائه مراقبت، مشاوره و ارتباطات منظم بین پزشک خانواده و متخصصان به ندرت انجام گرفته بود. ۱۴ درصد مراجعین به پزشک خانواده منجر به ارجاع شده بود. در بخش جامعیت مراقبت، به طور متوسط ۳۰ قلم از تجهیزات پزشکی از ۴۵ قلم

در دسترس پزشکان خانواده در دو استان بوده و دسترسی به داروخانه (۹۱ درصد)، در مقایسه با رادیولوژی و آزمایشگاه، دارای وضعیت مناسب تری بود. مشارکت پزشکان در مراقبت های مادر و کودک و بهداشت باروری ۸۰ درصد بود. نتایج نهایی این مطالعه در بخش کمی نشان داد که در بین ابعاد چهارگانه ارائه خدمت در برنامه پزشک خانواده شهری، دسترسی به خدمات دارای بیشترین پوشش (۶۳ درصد) و هماهنگی ارائه مراقبت دارای کمترین پوشش (۳۷,۸ درصد) بودند. میانگین وزنی پوشش ارائه خدمات در کشور ۵۶,۴ درصد بدست آمد. نتایج کیفی نشان داد که عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر برنامه عبارت بود از عوامل موقعیتی، عوامل ساختاری، عوامل فرهنگی و عوامل بیرونی. محتوای برنامه که تاریخچه قوانین، دستورالعمل های آن نقش مهمی در شناسایی آن داشت، شامل اهداف و اصول و محورهای آن بود. قدرت و میزان تأثیر و نفوذ نقش آفرینان موافق، در مقایسه با مخالفان بیشتر بوده و موجب استمرار آن شده بود. در نهایت در فرآیند برنامه، سه جریان شامل جریان مسائل، جریان قدرت و جریان سیاست در دستور کار قرار دادن آن نقش داشتند. در بخش استقرار و اجرای برنامه، نقش عواملی مانند منابع مالی، ساختارها و ارتباطات، فن آوری اطلاعات، نیروی انسانی، اطلاع رسانی و فرهنگ سازی و تسهیلات و تجهیزات مهم بود. از نظر شرکت کنندگان، تنوع سازمان های بیمه در ابتدای اجرای برنامه و تأخیر در پرداخت ها و همچنین اشکال در تأمین و تخصیص بودجه در ادامه کار موجب مشکلاتی در اجرا شده بود ولی در عین حال نظام سلامت و بیمه ها دارای تعامل خوبی برای حل این مشکلات بودند. نتایج نهایی نشان داد که در اکثر موارد، نتایج کمی با نتایج کیفی، تطابق داشته و هر دو یکدیگر را تکمیل نموده و یا بسط داده اند.

**نتیجه گیری:** نظرات اعلام شده حاکی از این بود که برنامه پزشک خانواده شهری به ترتیب در ابعاد دسترسی به خدمات و جامعیت مراقبت در مقایسه با دو بعد هماهنگی ارائه مراقبت و استمرار مراقبت موفق تر عمل کرده بود. اجرای برنامه تحت تأثیر عوامل زمینه ای و نقش نقش آفرینان و محتوای قانونی برنامه دارای فراز و فرودهایی بوده است و تاکنون مسیر خود را در دو استان ادامه داده است. بالاخره گرچه برنامه پزشک خانواده شهری در ایران در مواردی دارای موفقیت بوده است ولی اجرای این برنامه با چالش هایی نیز همراه بود لذا بهتر است قبل از توسعه برنامه به استان های دیگر، رفع ریشه ای این چالش ها مد نظر قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** پزشک خانواده شهری، تحلیل برنامه، ارزیابی مراقبت سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، استمرار

مراقبت سلامت، هماهنگی ارائه مراقبت سلامت، جامعیت مراقبت سلامت، ایران

## **Abstract**

**Introduction:** Implementation of Family Physician Program (FPP) was one of the most important reforms in Iran, according to the requirements of the health system. FPP plays a central role in global efforts to improve the quality, cost-effectiveness, and equity in health systems. After the successful implementation of FPP in rural areas due to lack of proper coverage of the health system in cities, urban FPP began in the provinces of Fars and Mazandaran. The reform has been restricted to the two pilot provinces since 2012. However, its policymakers request scientific evidence of the reform in order to extend the program to other provinces. Therefore, the study aimed to the analysis of policy implementation of urban FPP in Iran.

**Methods:** This multilevel mixed study was conducted between September 2015 and March 2016. The three levels of the study were national, provincial and local. Data collected at the national and provincial level from 11 policy-makers and 12 managers through interviews, review of documents and reports. Data collected at the local level was of the 141 family physicians (FP) and 710 patients from the questionnaire. Qualitative data analysis using framework analysis was performed with the triangle health Policy and quantitative data analysis was performed with the statistical methods and SPSS software using a primary care evaluation framework. Finally, the integration of qualitative and quantitative data analysis was performed.

**Results:** The quantitative results of this study showed that in health accessibility, 81% workload of FP in a week was patient visits. The co-payment in second and third levels was a real obstacle for some patients. The majority of patients can receive their preferred healthcare facilities in up to 40 minutes. In the continuity of care, there was no software program or it had a poor capability. The length of registration time with an FP was a relatively short time. On average, patients visited their doctors 5.5 times. About 80% of patients' consultation times were up to 10 minutes. In coordination of care, regular consultation and advice relationship between FP and specialists were rarely done. Referral from the FP to the medical specialist was reported by 14%. In comprehensive of care, an average of 30 out of 45 medical equipment was available to FP. Access to the pharmacy (91%) was the best situation compared with radiology and laboratory. FP involved in maternal, childcare and reproductive health by 80%. The final results of the quantitative aspects showed that in service delivery, access to services has the highest coverage (63%) and coordination of care has the lowest coverage (37.8%). The weighted average of the service delivery in the country was 56.4%. The qualitative results showed that the contextual factors that have influenced the urban FPP were situational, structural, cultural and external factors. The content of the program was the purposes and principles which

identified with the history of regulations and instructions. Power and influence of advocate actors were more than the opponents, which make the continuation of the program. In the process, three streams put the program on the agenda setting entitled: problem stream, policy stream, and politics stream. In the implementation, the role of factors such as financial resources, structures and communications, information technology, human resources, information and culture, and facilities and equipment was important. According to participants, a variety of insurance companies at the beginning of the program and delay in payments, difficult in providing and funding the program at the following, were causing problems in the implementation. However,

the health system and the insurance company have had good interaction to solve these problems. The final results showed that in most cases, quantitative results were matched with qualitative results, and both complemented or developed each other.

**Conclusion:** Results indicated that urban FPP was more successful in terms of access to services and comprehensiveness of care, compared with the coordination of care and continuity of care. Implementation of the program influenced by the contextual factors, the role of actors and the program contents. So far, the program has continued its path in the two provinces. Finally, although Urban FPP in Iran was successful in some areas, but there were some challenges in implementation. Therefore, it is better to resolve the root causes of these challenges prior to extending this program to other provinces in Iran.

**Keywords:** urban family physician, program analysis, health care evaluation, accessibility of care, continuity of care, coordination of care, continuity of care, Iran



**Kerman University of Medical Sciences**

**School of Management and Medical Informatics**

In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Ph.D

**Title:**

**Analysis of policy implementation of urban family physician in Iran**

**By:**

**Vahid Kohpeima Jahromi**

**Supervisors:**

**Mohammad Hossein Mehrolhassani, Ph.D**

**Reza Dehnavieh, Ph.D**

**Advisor:**

**Hosein Saberi Anari, Ph.D**

**Year: 2017**