



گزاره برگ^۱ مقایسه^۲ مدل ارائه خدمات سلامتی در سطح شاخص های ورودی^۲ در استان های مجری برنامه پزشکی خانواده (مازندران و فارس) با کل کشور

آغاز شده و در این گزاره برگ به مقایسه چند مورد از شاخص های ورودی نظام سلامت می پردازیم.

در جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت تحت پوشش ارائه شده است. مطابق جدول مذکور در بحث پوشش خدمت، تقریباً هر دو مدل موفق عمل کرده اند. در ادامه، روش ارائه خدمت در این دو مدل بررسی می شود. جدول شماره ۲ نشان می دهد که تقریباً تمام جمعیت در برنامه پزشکی خانواده، تحت پوشش برنامه هستند و هر فرد تحت مراقبت یک پزشک یا یک مراقب سلامت قرار گرفته است. مراقبت در این استان ها فعالانه ارائه می شود. در جدول شماره ۳، مکانسیم ارجاع در برنامه پزشکی خانواده بررسی شده است. جدول بیانگر این موضوع است که خدمات در این استان ها سطح بندی شده و براساس مدل پزشکی خانواده ارائه می شود. در عین حال به انتخاب بیمار احترام گذاشته شده و بیمار اجباری برای رعایت سطح بندی ندارد. در جدول شماره ۴، تأمین مالی و روش پرداخت ارائه شده است. براساس این جدول در مدل پزشکی خانواده، تأمین مالی براساس خریدار خدمت و ارائه دهنده خدمت است که از مدل های مناسب تأمین مالی تلقی می شود. خدمات در این استان ها قیمت کمتری نسبت به سایر مناطق کشور دارد و دریافتی تیم ارائه دهنده خدمت براساس سرانه در این استان ها بالاتر است. در جدول شماره ۵، کیفیت ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و بیمارستان ها در سطح شاخص های ورودی

به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، یکی از موضوعاتی که به شدت از سوی منتقدین مطرح شده، اجرا نشدن برنامه پزشکی خانواده در سراسر کشور است. برنامه پزشکی خانواده و سطح بندی خدمات، از مهم ترین برنامه هایی هستند که می توانند تضمین کننده حرکت رو به پیشرفت نظام سلامت به سمت پوشش همگانی سلامت باشند و از سویی باعث تقویت آن شوند. این موضوع هم اکنون در برنامه ششم توسعه هم ارائه شده است. براساس برنامه پوشش همگانی سلامت، یکی از مهم ترین موضوعاتی که به موفقیت برنامه های مشابه طرح تحول کمک خواهد کرد، پوشش مؤثر خدمات قابل ارائه است. پوشش مؤثر خدمات، تضمین کننده این است که خدمت ارائه شده براساس نیاز بوده و با کیفیت مناسبی ارائه و دریافت شده است. برای این که خدمتی در این سطح ارائه شود، لازم است اقدامات ساختاری زیادی در کشورها صورت گیرد تا مشخص شود که خدمت به روشی مؤثر ارائه شده یا فقط افزایش پوشش بوده است. برنامه های پزشکی خانواده و سطح بندی نظام ارائه خدمت اگر مستقر شود، کشورها تا حدود زیادی می توانند اطمینان یابند که توانسته اند در دستیابی به پوشش همگانی سلامت موفق شوند. در بررسی متون علمی مشاهده می شود هر کشوری حداقل به سه تا پنج سال زمان نیاز دارد تا بتواند برنامه های مرتبط با پوشش مؤثر خدمات اولویت دار را اجرا کند و این موضوع برای برنامه پزشکی خانواده هم مصداق دارد. بنابراین، استقرار مؤثر برنامه در طی یک سال امکان پذیر نیست. در دو استان مازندران و فارس این برنامه ها قبل از اجرا در کل کشور



ارائه شده است. مطابق این جدول در استان‌های مجری پزشکی خانواده، بررسی و ارتقای کیفیت مطابق برنامه مشخصی انجام می‌شود؛ درحالی‌که در کل کشور این برنامه نامشخص است.

جدول شماره ۱. مشخصات جمعیت تحت پوشش در نظام سلامت استان مازندران و فارس در مقایسه با کل کشور

جمعیت تحت پوشش		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
تمام جمعیت کشور غیر از سه استان فارس، مازندران و آذربایجان شرقی	تمام جمعیت استان	جمعیت تحت پوشش
نزدیک ۶۵ میلیون نفر	۱,۳۰۹,۷۵۵	جمعیت کل شهری
از ۴۵ میلیون نفر جمعیت شهری تا آبان ۱۳۹۵، تعداد ۱۶ میلیون نفر خدمت دریافت کرده‌اند.	بالای ۹۱ درصد جمعیت	درصد جمعیت ثبت‌نام شده
۱۲,۵۰۰ نفر تحت پوشش یک پایگاه سلامت شهری، ۳۷,۵۰۰ نفر تحت پوشش هر مرکز جامع سلامت شهری (۳ یا ۴ پزشک)	۲۰۰۰ الی ۳۰۰۰ نفر (تمام وقت) ۱۰۰۰ الی ۱۵۰۰ نفر (تمام وقت)	جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده شهری

جدول شماره ۲. الگوی ارائه خدمات در نظام سلامت استان مازندران و فارس در مقایسه با کل کشور

روش ارائه خدمات سلامتی		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
یک مراقب سلامت بازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت؛ یک پزشک عمومی بازای هر ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.	یک پزشک و یک مراقب سلامت به‌ازای هر ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر جمعیت	اولین گروه ارائه خدمت
پایگاه‌های سلامتی با مشارکت بخش خصوصی مستقر شده‌اند؛ ارائه مراقبت فعال در مناطق شهری با استقرار ۱۲۸۳ پایگاه شهری (شامل ۳۲۰ شهر در مناطق حاشیه‌نشین) و خدمات از طریق عقد قرارداد با نیروهای جدید ارائه می‌شود.	مردم خود انتخاب می‌کنند که در این برنامه ثبت‌نام کنند یا نه؛ پزشکان بخش خصوصی در این برنامه مشارکت دارند و جمعیت معینی را تحت پوشش قرار می‌دهند؛ کارکنان وزارت دفاع، وزارت نفت، بانک‌ها و صدا و سیما هنوز در برنامه پزشک خانواده ثبت‌نام نکرده‌اند. کارکنان این سازمان‌ها بابت دریافت خدمات پول پرداخت نمی‌کنند.	سناریوهای استفاده شده در عقد قرارداد
اطلاعاتی در دسترس نیست.	۳۸۹ نفر از مجموع ۵۰۷ پزشک (۷۷ درصد)	تعداد پزشکان خصوصی طرف قرارداد برای برنامه پزشک خانواده



روش ارائه خدمات سلامتی		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
یک پرستار یا ماما یا مراقب سلامت برای ۲۵۰۰ نفر جمعیت.	یک پرستار، یک ماما یا کارشناس سلامت برای ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر جمعیت.	تیم همراه
تمام خدمات مورد نیاز برای تمام سنین (مراقبت سالمندان، میانسالان، جوانان، کودکان، بهداشت باروری و مادران باردار).	تمام خدمات مورد نیاز برای تمام سنین (مراقبت سالمندان، میانسالان، جوانان، کودکان، بهداشت باروری و مادران باردار)؛	بسته پایه ارائه خدمات
پیگیری تلفنی و درخواست از مردم برای مراجعه به درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی؛ رابطین سلامت (زنان) که با مراکز ارائه خدمات بهداشتی همکاری می‌کنند.	پیگیری تلفنی و درخواست از مردم برای مراجعه به درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی؛ رابطین سلامت (زنان) که با مراکز ارائه خدمات بهداشتی همکاری می‌کنند.	استراتژی تداوم مراقبت
به‌غیر از برخی خانه‌های بهداشت که در مناطق محروم واقع شده‌اند، نظام اطلاعاتی به‌طور کامل رایانه‌ای است.	نظام اطلاعاتی به‌طور کامل رایانه‌ای است.	نظام اطلاعات

جدول شماره ۳. نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات در نظام سلامت استان مازندران و فارس، در مقایسه با کل کشور

روش ارائه خدمات سلامتی		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
نظام ارجاع از سطح یک به دو تعریف نشده است؛ در صورتی که نیاز به خدمات پزشک خانواده، تغذیه یا سلامت روان وجود داشته باشد، ارجاع از پایگاه‌های سلامتی به مراکز جامع سلامت انجام می‌شود.	در تمام مناطق درمانگاه‌های چند تخصصی استقرار یافته‌اند و بیماران ارجاعی را پذیرش می‌کنند؛ مردم می‌توانند به هر درمانگاه یا مرکز خصوصی مراجعه کنند و اجباری برای دریافت خدمت از پزشک خانواده ندارند.	مکانیسم ارجاع
شواهد ارائه پسخوراند از مراکز جامع سلامت به پایگاه‌های سلامت وجود دارد.	شواهد ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص به پزشک خانواده وجود دارد؛ راهنمای نظام ارجاع وجود دارد.	ارائه پسخوراند از سطح بالاتر، به پزشک عمومی



جدول شماره ۴. منابع مالی و پرداخت به‌ازای خدمت در نظام سلامت استان مازندران و فارس، در مقایسه با کل کشور

منابع مالی و روش پرداخت برای خدمات		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
۵ دلار در ازای ارائه خدمات پیشگیری در پایگاه‌های سلامت.	۱۸،۲ دلار آمریکا در ازای ارائه خدمات جامع در سال: پیشگیری و درمان خدمات سرپایی؛ (هر دلار آمریکا، ۳۶۰۰۰ ریال).	پرداخت سرانه
دولت تأمین می‌کند.	از منابع برنامه پزشکی خانواده که توسط بیمه سلامت و بیمه تأمین اجتماعی تأمین می‌شود.	منابع مالی
دریافت خدمات سلامتی در سطح یک رایگان است (ویزیت و داروهای معین از قبیل ویتامین‌ها) دارو باید تحت پوشش بیمه باشد؛ ویزیت پزشک متخصص تحت پوشش بیمه است؛ در صورت ارجاع بیماران برای بستری، ساکنین شهر ۶ درصد و ساکنین روستاها ۳ درصد از فرانشیز را برای خدمات پرداخت می‌کنند.	دریافت خدمات سلامتی در سطح یک رایگان است (ویزیت و تمام داروها)؛ در صورت مراجعه برای ویزیت پزشک متخصص (با رعایت نظام ارجاع) ۱۰ درصد هزینه ویزیت پرداخت می‌شود؛ در صورت مراجعه برای ویزیت پزشک متخصص (با عدم رعایت نظام ارجاع) ۳۰ درصد هزینه ویزیت پرداخت می‌شود؛ در موارد بستری فرانشیز خدمات بستری (در صورت رعایت نظام ارجاع) ۳ درصد و (در صورت عدم رعایت نشدن نظام ارجاع) ۶ درصد است.	پرداخت توسط دریافت‌کنندگان خدمات
پرداخت کارکنان مراکز و پایگاه‌های سلامت مبتنی بر عملکرد است.	در شروع ماه ۸۰ درصد قراردادها توسط سازمان‌های بیمه مستقیماً به پزشکان خانواده پرداخت می‌شود؛ و ۲۰ درصد سرانه پرداخت جهت مراقبت از کودکان زیر ۵ سال، افراد بالای ۶۰ سال، دیابتی‌ها و زنان باردار تعلق می‌گیرد؛ به‌ازای هر سال سابقه کار تحت عنوان پزشک خانواده، ۱ درصد به سرانه پرداخت اضافه می‌شود؛ تمام پرداخت‌ها براساس تأیید نهایی معاونت بهداشت استان است.	پرداخت به‌ازای عملکرد

جدول شماره ۵. کیفیت و ایمنی ارائه خدمت در نظام سلامت استان مازندران و فارس، در مقایسه با کل کشور

کیفیت و ایمنی ارائه خدمت		
کل کشور	مازندران، فارس	مدل
برنامه‌ریزی شده است که از چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی و ارتقای کیفیت در مراکز ارائه خدمات اولیه سلامتی استفاده شود.	برنامه‌ریزی شده است که از چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی و ارتقای کیفیت در مراکز ارائه خدمات اولیه سلامتی استفاده شود.	در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت
در دسترس نیست.	برنامه ایمنی بیمار شروع شده است و گزارش‌های آن موجود است؛ کمیته کنترل عفونت بیمارستانی به‌خوبی اقدامات کنترل عفونت را انجام می‌دهد.	در سطح بیمارستان



نتیجه گیری

براساس این گزاره‌برگ، ارزیابی نظام سلامت در سطح شاخص‌های ورودی در استان‌های مجری برنامه پزشکی خانواده، وضعیت بهتری نسبت به کل کشور دارد. این به این معنی نیست که وضعیت ارائه خدمات در این استان‌ها در سطح شاخص‌های خروجی یا پیامد و اثر نیز بهتر است. این شاخص‌ها طی گزاره‌برگ‌های بعدی بررسی خواهد شد. نکته مشخص این است که تعداد پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی در این استان‌ها نسبت به جمعیت، اوضاع مناسبی در مقایسه با بقیه کشور دارد. وضعیت ثبت اطلاعات هم مناسب‌تر است. این استان‌ها مراقبت‌ها را فعالانه ارائه می‌دهند و انتخاب محل ارائه خدمت، مطابق نظر خود مردم است. هزینه خدمات در این استان‌ها کم‌تر و در عین حال دریافتی ارائه‌دهنده خدمت بیشتر است. ارتقا و ارزیابی کیفیت خدمات، برنامه مشخصی دارد و لذا ارزیابی آن می‌تواند بهبود ارائه خدمات را باعث شود.