

تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از

چارچوب مثلث تحلیل سیاست

مجتبی مهترپور^۱، مریم تاجور^{۲*}

• پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۲۴

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۲/۲۳

• دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۳



چکیده

مقدمه: استقرار نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده جهت پاسخگویی بهتر به نیازها و تحقق اهداف نظام سلامت مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران و ارائه توصیه‌هایی جهت انجام اصلاحات مورد نیاز انجام گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر از دسته مطالعات تحلیل سیاست بود که به روش گذشته‌نگر و بر اساس چارچوب مثلث تحلیل سیاست والت و گیلسون انجام شد. جهت تحلیل برنامه پزشکی خانواده از روش‌های مختلفی از جمله مرور متون و بررسی اسناد و مدارک استفاده شد. سپس مطالعه کیفی به شیوه فنومنولوژی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۶ تن از افراد خبره جهت معتبرسازی یافته‌های قبلی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد اغلب نقش‌آفرینانی که در استقرار و اجرای برنامه پزشکی خانواده نقش داشتند، عملکردشان در راستای بهبود برنامه نبوده است. از چالش‌های مهم دیگری که در ابعاد محتوا، زمینه و فرآیند دیده شد، می‌توان نبود اهداف اولویت‌بندی شده، تغییرات مکرر مسئولین تصمیم‌ساز وزارت بهداشت در حوزه پزشکی خانواده، شتاب‌زدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق، تعدد صندوق‌های بیمه و عدم کمیت و کیفیت مناسب بازخورد را برشمرد.

بحث و نتیجه‌گیری: ارتقای جایگاه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و اطلاع‌رسانی گسترده در خصوص مزایای استفاده از آن از طریق رسانه‌های جمعی، استقرار نظام پرونده‌های الکترونیک سلامت، مناسب‌سازی آموزش‌های مورد نیاز در دوره پزشکی عمومی و توجه به منافع همه ذی‌نفعان می‌تواند در استقرار کامل نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده نقش مؤثری داشته باشد.

واژگان کلیدی: تحلیل سیاست، نظام ارجاع، پزشکی خانواده، نظام سلامت، ایران

• **ارجاع:** مهترپور مجتبی، تاجور مریم. تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۱): ۳۱-۴۹.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** تهران، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

Email: mtajvar@sina.tums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۵۵

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان، حقی همگانی است که دولت‌ها در مورد آن مسئولیت دارند. در ایران از سال ۱۳۵۳ سیاست‌ها و برنامه‌های متعددی برای استقرار یک نظام سلامت پاسخگو به نیازهای مردم اجرا شده است (۱)؛ اما نظام سلامت ایران همواره با چالش عدم اجرای مناسب سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی تصویب شده روبه‌رو بوده است. از مهم‌ترین دلایل آن می‌توان پیچیدگی، وجود تعارض در عناصر نظام سلامت، مداخلات سیاسی و همچنین زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و برهم کنش میان آن‌ها را ذکر کرد که فرآیند سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌ها را پیچیده‌تر می‌کند (۲). سیاست استقرار نظام ارجاع در نظام سلامت ایران از سال ۱۳۶۴ و با استقرار نظام شبکه مراقبت‌های اولیه دنبال شد؛ اما علیرغم دستاوردهای چشمگیر نظام شبکه، نظام ارجاع هیچ‌گاه به طور کامل محقق نشد. تا این که از سال ۱۳۸۴ و با شروع طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، مجدداً نظام ارجاع به صورت برنامه‌ریزی شده در دستور کار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گرفت (۳). استقرار سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و سیستم ارجاع در ایران با این اهداف انجام گرفت: کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی (۴)، کاستن از بار مراجعات غیر ضروری به متخصصین و فوق تخصصین (۵)، ارتقاء کارایی و عدالت در دسترسی مردم به خدمات، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها (۶)، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت (۷) و ارتقای سطح سلامت مردم (۵).

در طرح پزشک خانواده که قرار شد از طریق آن

فراگیری نظام ارجاع پیگیری گردد، پزشک خانواده و تیم وی مسئولیت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را برعهده دارند (۴). پزشک خانواده در ابتدا مراجعه کننده را ویزیت کرده و خدمات بهداشتی-درمانی موردنیاز توسط پزشک و تیم زیرمجموعه ارائه می‌شود و در صورت نیاز، بیمار به سطح بالاتر و به پزشک متخصص ارجاع می‌شود که پزشک سطح دو نیز پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه‌های لازم و ثبت در فرم بازخوراند، بیمار را جهت ادامه درمان به مبدأ ارجاع معرفی می‌نماید (۸). در این نظام، پزشکان خانواده به عنوان محور نظام ارجاع معرفی شده‌اند (۹). تصور بر این است که اجرای صحیح نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌تواند هزینه‌های ناشی از خدمات تکراری و تحمیل هزینه‌های غیر ضروری درمان را کم کند، باعث توزیع بهینه منابع نظام سلامت شود، سلامت جامعه را افزایش دهد و در نهایت باعث افزایش رضایت مردم و جامعه پزشکی شود (۱۱، ۱۰). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بکارگیری نظام سطح‌بندی و ارجاع می‌تواند ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت مردم را در سطح اول خدمات تأمین نماید. همچنین یافته‌های مطالعه صورت گرفته در کشور عربستان نشان داد که نظام ارجاع باعث کاهش بیش از ۴۰ درصد بیماران سرپایی و افزایش بیش از ۱۹ درصد افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی یا سلامتی می‌شود (۱۳، ۱۲).

سازمان جهانی بهداشت، استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع را جهت پاسخگویی به نیازهای مردم و تحقق اهداف اصلاحات در نظام سلامت مورد تأکید قرار داده است. کشورهایی مانند انگلستان، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نظام ارجاع را مستقر کرده و

پزشکان خانواده به عنوان دروازه‌بانان نظام سلامت در صورت نیاز، بیماران را از سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پزشکان متخصص ارجاع می‌نمایند (۶). در کشور ما نیز در برنامه سوم، چهارم و پنجم توسعه بر اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید شده است (۱، ۱۴). همچنین در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغ شده از سوی مقام معظم‌رهبری، بر استقرار نظام ارجاع و ارائه خدمات منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع تأکید شده است.

با توجه به این سطح از اهمیت و تأکیدات مکرر بر استقرار نظام ارجاع، هدف از این مطالعه تحلیل سیاست‌گذاری برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده که در ایران در حال اجرا است، می‌باشد. مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری امروزه در نظام سلامت کاربرد فراوانی دارند. تحلیل سیاست‌گذاری با نگاهی کلان به تحلیل جامع و سیستماتیک سیاست‌گذاری اعم از پیوند آن با نظام سیاسی، نظام دیوان‌سالاری و شرایط اقتصادی و همچنین بازیگران و گروه‌های منافع درگیر در سیاست به همراه تحلیل تنظیم دستور کار سیاسی تا تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی می‌پردازد (۱۵). تاکنون مطالعات متعددی در خصوص چالش‌ها، نقاط قوت و ضعف و سایر مسائل مربوط به پزشک خانواده در ایران به چاپ رسیده است که همه آن‌ها در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است (۸-۵، ۳، ۱). بر مبنای جستجوی نویسندگان، تاکنون مطالعه‌ای که از دید علم سیاست‌گذاری به تحلیل این موضوع بپردازد و با استفاده از مدل‌های تحلیل سیاست‌گذاری سلامت، همه این ابعاد را در قالب یک چارچوب مورد بررسی قرار دهد یافت نگردید؛ بنابراین این مطالعه با هدف افزایش آگاهی در مورد عوامل مؤثر بر شکل‌گیری، تدوین و اجرای

برنامه پزشک خانواده، شناسایی عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری در این برنامه و ارزیابی شواهد موجود مبنی بر این که تا چه حد این سیاست در روند تدوین و اجرا با چالش مواجه شده و تاکنون تا چه اندازه به اهداف اولیه خود رسیده است، انجام گرفت. در این مطالعه تحلیل کل برنامه پزشک خانواده اعم از شهری و روستایی مدنظر بود که البته به خاطر عدم پیشرفت این طرح در شهرهای بزرگ مطالعات موجود بیشتر در روستاها تمرکز داشت. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در رسیدن به درک جامعی از موانع موجود بر سر راه این سیاست در گذشته و همچنین شناخت عوامل مؤثر در مسیر اجرا توسط سیاست‌گذاران کمک کننده باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از دسته مطالعات تحلیل سیاست بود که به روش گذشته‌نگر انجام شد. برای انجام تحلیل سیاست از مدل‌ها و چارچوب‌های مختلفی می‌توان استفاده کرد. در این مطالعه به منظور تحلیل برنامه پزشک خانواده از مثلث تحلیل سیاست (والث-گیلسون Walt, Gilson) استفاده شد و در بیان یافته‌های این مطالعه نیز از همین چهارچوب استفاده شده است. چنانچه در شکل ۱ دیده می‌شود، مثلث تحلیل سیاست دارای سه بعد فرآیند، محتوا و زمینه بوده و نقش آفرینان (بازیگران) در مرکز این چارچوب قرار دارند. این چارچوب نشان می‌دهد که چگونه چهار بعد یاد شده در شکل دهی و اجرای یک سیاست با یکدیگر در تعامل می‌باشند. «نقش آفرینان» مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها هستند که در فرآیند اجرا دخیل هستند یا از آن تأثیر می‌پذیرند. «محتوا» به مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات

از کلیدواژه‌های «پزشک خانواده»، «نظام ارجاع»، «بیمه روستایی» و «نظام سلامت ایران» و همچنین کلید واژه‌های انگلیسی زیر انجام شد:

"Referral System in HealthCare", "Family
"Iranian Health System", "Doctor",
"Family Physician"

پس از انجام جستجوهای زیاد، به غیر از اسناد مرتبط که در بند بعدی آمده است، در ابتدا ۸۸ مقاله یافت شد که پس از مرور عنوان و چکیده آن‌ها و حذف موارد غیرمرتبط و سپس مرور متن کامل مقالات باقی‌مانده، در نهایت با توجه به اهداف مطالعه، ۲۰ مقاله و یک پایان‌نامه جهت تحلیل در مطالعه انتخاب شدند. برای اطمینان از پوشش کامل اطلاعات مرتبط، جستجوی دستی تعدادی از مجلات مرتبط فارسی از جمله مجله نظام سلامت حکیم، فصلنامه بیمارستان، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی و مجله پایش نیز انجام شد. سپس مقالات یافت شده مطالعه شدند و مطالب آن‌ها استخراج و یافته‌های آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر است که در مرحله اسکن کردن مطالعات یافت شده و استخراج داده‌ها از آن‌ها، روش هدفمند استفاده گردید. به طوری که تنها داده‌هایی که قابلیت گنجاندن در چارچوب مثلث سیاست‌گذاری را داشتند استخراج و ثبت گردیدند.

۲. تحلیل اسناد و مدارک مرتبط از جمله برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی ایران، سند سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، نسخه‌های متوالی دستورالعمل طرح پزشک خانواده روستایی و شهری، اخبار مرتبط با نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات در پایگاه‌های معتبر اطلاع‌رسانی اینترنتی. انتخاب این منابع و اسناد با مشورت با افراد آگاه در این زمینه انجام شد.

برنامه‌ریزی شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند. «زمینه» به مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین‌المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست‌گذاری سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. «فرآیند» نیز به تمامی اقدامات و فعالیت‌های انجام شده طی اجرای سیاست اشاره می‌کند (۱۶). این چارچوب که عمدتاً برای استفاده در کشورهای در حال توسعه توصیه شده است، برای تحلیل مشکل و یافتن راه‌هایی برای مقابله با آن به کار می‌رود و می‌تواند در تحلیل این که چگونه مجموعه‌ای از عوامل مختلف در یک مشکل یا مسئله دخیل بوده و یا باعث تداوم آن می‌گردند، استفاده شود (۱۷).



برای جمع‌آوری داده‌ها جهت تحلیل سیاست نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده در کشور از منابع مختلف و افراد مطلع، طی مراحل زیر استفاده شد:

۱. مرور متون، با هدف یافتن تمام اسناد و مدارک و مطالعات انجام شده در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با انجام جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داخلی از جمله Health SID, Magiran, barakatkns و همچنین پایگاه‌های داده‌ای خارجی از جمله Google scholar, PubMed, Science Direct و Medline با استفاده

محتوا، زمینه و فرآیند ارائه گردید. ابتدا جدول یافته‌های مربوط به نقش‌آفرینان ارائه می‌شود. در ادامه یافته‌ها در سه طبقه اصلی عوامل مربوط به محتوا، عوامل زمینه‌ای و عوامل مرتبط با فرآیند طبقه‌بندی و ارائه می‌شوند.

نقش‌آفرینان

بر اساس یافته‌های این مطالعه، مهم‌ترین کسانی که در استقرار نظام ارجاع در نظام سلامت نقش داشته‌اند شامل روستانشینان و ساکنان شهرهای کوچک، پزشکان خانواده، بیمه‌های خریدار خدمات بسته پایه سلامت، پزشکان متخصص، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران ارشد وزارت بهداشت و همچنین مجلس شورای اسلامی و بانک جهانی بودند. جدول ۱، به تفصیل به نقش‌آفرینان تأثیرگذار در استقرار نظام ارجاع اشاره نموده و نقش هر یک و چالش‌هایی که در فرآیند این سیاست به هر یک از آن‌ها مربوط می‌شود را ارائه نموده است. چنانچه در جدول دیده می‌شود اغلب نقش‌آفرینانی که در استقرار و اجرای سیاست نقش داشتند، عملکردشان در راستای بهبود عملکرد نبوده است. در ادامه با بررسی سایر ابعاد، دلایل ضعف عملکرد نقش‌آفرینان مختلف روشن خواهد شد. علاوه بر موارد ذکر شده در جدول فوق می‌توان نقش‌آفرینان بالقوه دیگری مانند سازمان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی را نیز نام برد که مشارکت آن‌ها در طراحی و اجرای طرح نادیده گرفته شد (۵).

۳. کلیه مطالب حاصل از مراحل فوق مورد مرور و مطالعه قرار گرفتند و داده‌های موردنظر با توجه به چارچوب «مثلث تحلیل سیاست» استخراج و مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های فراهم شده در قالب چارچوب مثلث با انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با چهار نفر از افراد مطلع کلیدی در این موضوع و دو نفر از کسانی که در تدوین و اجرای این سیاست نقش داشتند؛ مورد ارزیابی بیشتر قرار گرفت. در مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته که نمونه‌گیری در آن‌ها به صورت کاملاً هدفمند بود، در مورد همه ابعاد مثلث سیاست‌گذاری از جمله محتوی، زمینه، بازیگران و فرآیند اجرا نظر افراد مصاحبه شونده پرسیده شد و یافته‌های قبلی نقد و یا تکمیل گردیدند. مصاحبه‌ها بیشتر به منظور تأیید و تکمیل یافته‌های مراحل قبل صورت گرفت و از شرکت‌کنندگان خواسته شد، در صورتی که مطلبی از قلم افتاده و نیاز به اضافه شدن به یافته‌های مطالعه دارد، مطرح نمایند. برای استخراج داده‌های حاصل از مقالات و اسناد و مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوایی مقوله‌ای استفاده شد، به این صورت که همه منابع و متن مصاحبه‌ها در قالب مقوله‌های مربوط به ابعاد چارچوب مثلث سیاست‌گذاری کدگذاری شدند.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه، متناسب با مثلث تحلیل سیاست در چهار بعد اصلی این چارچوب یعنی نقش‌آفرینان،

جدول ۱: نقش‌آفرینان در استقرار نظام ارجاع در سیستم سلامت ایران

نام نقش آفرین	نقش هر یک از آن‌ها	چالش‌های مرتبط با هر نقش آفرین
روستائیان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت	گیرندگان خدمت	عدم آگاهی کافی از سیستم ارجاع و مقاومت در برابر منطقی‌سازی استفاده از خدمات سلامت
نهادهای محلی مانند اعضای شورای حل اختلاف، دهیاری، شورای اسلامی، شورا بهداشتی، مدیر و معلم بومی	جلب مشارکت‌ها و کمک به پیشبرد و اعتلای طرح	عدم آشنایی لازم از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از طرح و محقق نشدن اهداف در نظر گرفته شده برای تشکیل هیأت امناء
پزشکان خانواده شاغل در طرح	ارائه‌کننده	ریزش بالا به دلیل نارضایتی از عوامل رفاهی، اقتصادی، سازمانی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی
پرستاران و ماماها شاغل در طرح	ارائه‌کننده به عنوان اعضای تیم سلامت	نارضایتی از شرایط حقوق و مزایا و ضوابط و حجم کار
جامعه متخصصین	ارائه‌کننده به عنوان مسئول تیم سلامت	عدم همکاری مناسب به دلیل تضاد منافع
گروه ستاد گسترش و ارتقای سلامت	متولی اجرا	ضعیف در رهبری به دلیل عدم مهیاسازی زیرساخت‌های لازم
دانشگاه‌های علوم پزشکی	متولی اجرا	ضعیف در رهبری و انحراف منابع طرح
سازمان بیمه سلامت	خریدار خدمت، نظارت و ضمانت اجرایی طرح	ضعف در نظارت، عدم تخصیص مناسب منابع، تخصیص منابع برای اهداف دیگر
بیمه‌های نیروی مسلح و کمیته امداد، صندوق‌های بیمه بانک‌ها و شرکت‌های نفت و مخابرات	خریدار خدمت	عدم شرکت در طرح
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	خریدار و ارائه‌دهنده خدمت	نادیده گرفتن نقش تولید وزات بهداشت، عدم تأمین به موقع منابع و اجرای برنامه‌های موازی مانند طرح امین توسط تأمین اجتماعی در گیلان
مدیران ارشد وزارت بهداشت در سال‌های ۸۴-۸۰	سیاست‌گذاری	اهتمام زیاد در استقرار و توسعه پزشک خانواده و نظام ارجاع
مدیران ارشد وزارت بهداشت در سال‌های ۸۴-۸۸	سیاست‌گذاری	عدم حمایت مناسب به دلیل عدم شناخت مناسب و تضاد منافع
مجلس شورای اسلامی	نظارت بر حسن اجرای قانون	نقش مثبت اولیه: تخصیص بودجه طرح بیمه روستایی ولی در ادامه برنامه، عدم نظارت مناسب بر دولت جهت اجرای کامل برنامه
بانک جهانی	تسهیل‌گر	اعطا وام جهت تجهیز زیرساخت‌های سلامت و کمک به ایجاد روزه فرصت برای اجرای این طرح

* محتویات این جدول عمدتاً مبتنی بر مقالات منتشر شده می‌باشد (۱۹، ۱۸، ۹، ۵، ۴).

محتوا

قوانین شبکه و بیمه، محدود کردن دارو و آزمایش‌ها ناراضی بودند و تغییر مداوم قوانین ارجاع و عدم هماهنگی با مراکز سطوح بالا را از جمله موانع جدی برای استقرار نظام ارجاع ذکر کردند (۲۰). همچنین محتوای این سیاست به این دلایل، مورد انتقاد قرار گرفت:

اتخاذ رویکرد بالا به پایین: رویکرد دستوری وزارت بهداشت و وزارت رفاه مغایر با ماهیت فرابخشی

در زمینه محتوای این سیاست (مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی شده)، منتقدان از نبود اهداف اولویت‌بندی شده به عنوان یکی از نقاط ضعف اصلی این طرح نام می‌برند (۵). پزشکان خانواده نیز سازوکار اجرایی پیش‌بینی شده را ناکارآمد ذکر کرده‌اند و از قوانین کارشناسی نشده مانند مبلغ ویزیت پایین و عدم تطابق با فرهنگ مردم و شرایط بومی، تناقض بین

و مشارکتی پزشک خانواده است (۱). Sabatier و Mazmanian شش شرط زیر را در صورت بکارگیری این رویکرد برای اجرای مؤثر هر سیاستی ضروری می‌دانند: ۱- اهداف واضح و سازگار با منطق. ۲- وجود یک تئوری مستحکم که اقدامات مشخص را برای دستیابی به اهداف ذکر شده معین می‌نماید. ۳- همراهی و پیروی تام عوامل پایین دستی از مجریان. ۴- مسئولان توانمند و متعهد. ۵- حمایت کامل از سوی قانون‌گذاران و گروه‌های علاقمند. ۶- عدم تغییر در شرایط اقتصادی و اجتماعی و ادامه حمایت‌های سیاسی (۲۱). در طراحی برنامه، ذی‌نفعان مهمی مانند مردم، بیمه‌های خریدار خدمت، بخش خصوصی، بخش پاراکلینیکی، تشکل‌های صنفی و انجمن‌ها مشارکت ضعیفی داشته‌اند (۵). به همین دلیل حس مالکیتی نسبت به آن نداشتند و انگیزه کافی برای اجرای این طرح در آنان دیده نمی‌شد (۱۹).

منابع ناکافی و ناپایدار: در طرح پزشک خانواده روستایی، پایدار نبودن منابع و منطق محاسبه‌ای ضعیف در پشتوانه این طرح و بودجه ناکافی در کل باعث می‌شد که این طرح بیشتر یک یارانه و تخفیف هزینه خدمت باشد تا یک طرح بیمه‌ای و آن را از یک طرح اصلاحاتی اساسی به یک گسترش پوشش خدمات تنزل داد (۱۹). همچنین در مطالعه‌ای که در فارس و مازندران انجام شد؛ نشان داد که نبود منابع پایدار و قابل انتساب به عنوان یکی از مشکلات طرح پزشک خانواده شهری در این دو استان به شمار می‌رود. البته به طور همزمان، مشخص شدن چالش کمبود منابع، به عنوان یکی از دستاوردهای این طرح ذکر شد (۵) چرا که اجرای این طرح به صورت پایلوت توانست این ضعف بزرگ را آشکار سازد. عدم شفافیت برنامه و ابهام در وظایف و مسئولیت‌ها:

مسئولیت اجرای این سیاست به خوبی روشن نشده است و ابهام در تقسیم وظایف بین وزارت بهداشت و رفاه وجود دارد و ارتباطات درون بخشی و بین بخشی به خوبی شکل نگرفته است (۵). شفاف نبودن گام‌ها و فرآیندهای عملی باعث گمراهی شده و طولانی بودن پیش‌نویس سیاست نیز به آن دامن زده است. برای مثال نقش نامعلوم پرستاران در رسیدن به اهداف پزشک خانواده یکی از جنبه‌های مبهم این سیاست است (۱۹). همچنین نظام پرداخت به غیرپزشکان به دلیل عدم شفافیت، نقد شده است و در مورد پذیرش و ارجاع بیماران اورژانسی در نسخه‌های طرح ابهام وجود دارد (۵). مسئولیت‌ها، وظایف و انتظارات از پزشکان به خوبی تعریف نشده است که آن‌ها را در ارائه خدمات باکیفیت به جامعه تحت پوشش با مشکل مواجه می‌کند. برای مثال اگر پزشک، بیمار را جهت ارجاع به بیمارستان همراهی کند و در نبودش، بیماری اورژانسی مراجعه کند، پزشک تنبیه می‌شود و در مقیاسی گسترده‌تر حتی روابط درون و برون سازمانی نیز تعریف نشده است و همچنین گستردگی و زیاد بودن وظایف پزشکان و علی‌الخصوص پرسنل غیربالینی، به آن‌ها حس برده‌داری القا می‌کند (۱۹) گروهی از منتقدان معتقدند که برنامه بدون توجه به نقش‌هایی که قوانین نظام سلامت برای اعضای تیم سلامت معین کرده است؛ تدوین شده است (۵).

عدم بومی‌سازی صحیح: در مطالعه‌ای، مدیران استانی خواستار این بودند که وزارتخانه به آن‌ها اجازه دهد که با توجه به شیوع و الگوی متفاوت بیماری‌ها بتوانند بعضی کارها مانند تعیین لیست دارویی تحت پوشش را خود انجام دهند و این در حالی بود که حتی بعضی از سیاست‌گذاران فکر می‌کنند این یک مدل خارجی بدون هیچ بومی‌سازی داخلی می‌باشد (۱۹).

غیرعملی بودن و انتظارات غیرواقعی: بسیاری از سیاست‌گذاری‌های سلامت در ایران، ایده‌آلیستی است تا اینکه نگاه واقع‌گرایانه داشته باشد. برای مثال سازمان بیمه سلامت تصمیم گرفت که ۱۵ درصد اضافه برای بازخورد مناسب به متخصصان بپردازد و محقق نشدن این امر باعث شد که به اعتماد متخصصان به عنوان یک عضو حیاتی این طرح لطمه شدیدی وارد شود (۱۹). همچنین منتقدان معتقدند که طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع فاقد یک طرح پیشنهادی جامع دقیق و واضح می‌باشد و یک سند سیاستی مناسب برای آن نوشته نشده است و به مستندات علمی و مبتنی بر شواهد در تدوین برنامه توجه نشده است و فرد محوری و خرد جمعی ضعیف غالب بوده است. منتقدان خط مشی‌های نسخه‌های این طرح را به دلیل نبودن پشتوانه نقد می‌کنند (۵).

درمان محوری برنامه: منتقدان معتقدند که این طرح، یک برنامه درمان محور است و به همه اعضای تیم سلامت و استقلال حرفه‌ای و قانونی آن‌ها توجه لازم نشده است (۵).

جامع نبودن: بسته خدمتی تعریف شده در طرح نظام ارجاع به بخشی از بیماری‌ها مانند بیماری‌های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی توجه نکرده است. همچنین بیماری‌هایی با ابعاد روانی، معنوی و اجتماعی نادیده گرفته شده‌اند و بازبینی محتوای این طرح بر اساس نیازهای دائم‌التغییر سلامت، تغییرات اپیدمیولوژیک و بار بیماری‌ها، افزایش جمعیت سالمند کشور و تغییر هرم جمعیتی ضروری اعلام شده است (۵).

«در نظر نگرفتن عوامل تشویقی برای مردم همچون کاهش یا حذف فرانشیز در برابر اعمال محدودیت مراجعه اولیه صرفاً به پزشک خانواده از عوامل عدم

استقبال مردم بود». (مصاحبه ۱)

«اگر تک بعدی به ارجاع نگاه بشه، هیچ وقت محقق نمیشه. اگر مسیر ارجاع هموار میشه، باید دور زدنش هم سخت بشه مثلاً داروخونه‌ها، محدودیت ارائه داروهای بدون نسخه (Over-The-Counter): OTC داشته باشند و هزینه ویزیت پزشک متخصص بدون ارجاع بیشتر بشه». (مصاحبه ۲)

زمینه

عوامل زمینه‌ای مؤثر در این برنامه که بر اساس شواهد موجود تعیین گردیدند، در چهار دسته عوامل موقعیتی، ساختاری، فرهنگی، ملی و فراملی به این شرح طبقه بندی و ارائه گردیدند:

عوامل موقعیتی: از جمله عوامل موقعیتی که همواره بر روند اجرای این سیاست تأثیرگذار بوده است؛ می‌توان به تغییرات مکرر مسئولین تصمیم‌ساز در این زمینه اشاره کرد. تصویب طرح در مجلس هفتم (اصول‌گرا) و دولت هشتم (اصلاح‌طلب) صورت گرفت؛ اما از سال ۱۳۸۴ یک دولت اصول‌گرا در رأس کار قرار گرفت و با مجلس همسو شد که زیاد موافق محتوای برنامه چهارم نبود (۵) و افراد جایگزین شده در دولت جدید، تخصص، تجربه و دانش لازم را نداشتند (۱۹) و به نظر می‌رسد در این نقطه، طرح دچار یک سکون بزرگ شد. مجدداً در سال ۱۳۸۸ وزیر پیشنهادی دولت نهم در جلسه دفاع در مجلس عنوان کرد که استقرار کامل نظام ارجاع را جهت ارتقای دسترسی پیگیری خواهد کرد و ترمیم و تعمیق و توسعه و اصلاح نظام شبکه را بر پایه نظام ارجاع و پزشک خانواده وعده داد (۲۲) که عمر مدیریت این وزیر نیز به ۴ سال نرسید و در اواخر دولت دهم فرد دیگری جایگزین شد. در سال ۱۳۹۱، وزیر بهداشت تغییر کرد و وزیر جدید اهتمام جدی به انجام این طرح نشان داد و نسخه دو

(۹). ساختار سیاسی کشور به گونه‌ای است که گاه پزشکان خانواده را در مقابل فرمانداران و نمایندگان قرار می‌دهد و باعث فراموش شدن استانداردهای ارجاع می‌شود (۲۳).

«اطلاع ناکافی پزشکان متخصص و بعضاً پزشکان عمومی با درآمدهای خیلی زیاد از برنامه و نگرانی بابت کاهش مراجعات بیماران و بدنبال آن کاهش درآمد مورد انتظار خود، منجر به مقاومت ایشان در برابر برنامه و بعضاً لابی‌گری با مراجع تأثیرگذار از جمله استاندار، فرماندار، امام جمعه جهت مخالفت با اجرای برنامه شد». (مصاحبه ۳).

در مطالعه صورت گرفته در مشهد، پزشکان خانواده یکی از دلایل خروج از طرح را برخورد نامناسب مسئولین شهرستانی ذکر کردند (۴). به نظر می‌رسد اقبال ضعیف جامعه به این طرح بسیار آسیب زنده است و حتی در یک مطالعه که در استان‌های مازندران و فارس انجام شده (۵) ذکر شده بود که بیم رخداد مسائل امنیتی نیز وجود دارد. همچنین ضعف در ساختار نظام پرداخت و اختلاف بین پزشک و غیر پزشک که در نظام سلامت ما سابقه بالایی دارد و مطالعاتی به آن اشاره کرده‌اند بر این سیاست نیز سایه انداخته است (۱۹، ۵). همچنین در مطالعه‌ای وجود ارتباط کارگری و کارفرمایی بین پزشک عمومی و ماما و پرستار از عواملی برشمرده شده که به این اختلافات دامن زده است (۵).

در ساختار نظام سلامت ایران، تسلط پزشکان در مراکز سیاست‌گذاری و اجرا دیده می‌شود و حضور این افراد در ساختار تصمیم‌گیری مانند وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان‌های بیمه و حضور همزمان آن‌ها در بخش خصوصی می‌تواند باعث تعارض منافع در تصمیم‌گیری‌ها شود (۵). در این

بازنگری شد و حتی ۸ استان شامل سیستان و بلوچستان، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، خوزستان، یزد، قزوین و خراسان جنوبی برای اجرای برنامه در نظر گرفته شدند که با پایان دولت و اتمام کار وزیر وقت در سال ۱۳۹۳ این طرح عملیاتی نشد (۵). از سویی دیگر در سال‌های اولیه اجرا، طرح جدایی خریدار از ارائه‌کننده و استقلال سازمان بیمه سلامت از وزارت بهداشت هماهنگی این دو را سخت کرد چرا که همدیگر را رقیب می‌دیدند (۱۹) و احتمال می‌رفت این جدایی و سخت شدن هماهنگی بین این دو بازیگر حیاتی آسیب جدی به پیکره این طرح وارد کرده باشد.

عوامل ساختاری: از جمله موانع ساختاری در استقرار و اجرای صحیح نظام ارجاع، وضعیت سیاسی متمرکز، غیرپایدار و آزمون و خطاهای زیاد در ساختار سیاسی کشور است که اتخاذ سیاست‌های مناسب جهت این برنامه اصلاحاتی را مشکل کرده است (۱۹). نبود یک مدل تعریف شده و فلسفه مشخص از نظام سلامت در همه کارکردها، این طرح را برای اعمال ترجیحات شخصی و انحراف از مسیر تعریف شده مستعد می‌کرد (۱۹). به گفته مجریان این طرح در مقیاس کلان، جهت‌گیری کلی نظام سلامت ما مشخص نیست و طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع با ساختار شبکه ما همخوانی ندارد. هنوز به طور دقیق مشخص نیست که جهت‌گیری در نظام سلامت ایران به سمت نظام طب ملی یا به سمت بیمه ملی سلامت است (۵). در مورد پزشک خانواده هم این اتفاق رخ داده و یک پشتوانه فکری مناسب پزشک خانواده را به سمت اهداف آن هدایت نمی‌کرد و این عامل به تدریج طرح را در برابر منافع شخصی آسیب‌پذیر کرد و در نهایت باعث عدم هماهنگی این برنامه با نظام تأمین مالی گردید

«عدم اطمینان بخش خصوصی به پایداری تصمیمات بخش دولتی و ... زمینه مناسبی را برای اجرای برنامه فراهم نمی‌آورد». (مصاحبه ۴).

بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران، به منظور اجرای صحیح و منطقی طرح، نیاز به سازگاری این طرح با تغییرات کلان اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فناوری، بین‌المللی و محیط‌زیست مانند قانون هدفمندی یارانه‌ها، افزایش جمعیت شهرنشین، افزایش فاصله اقتصادی و طبقاتی و پدیده حاشیه‌نشینی ضروری به نظر می‌رسد (۵).

عوامل فرهنگی: اولین قدم در اجرای یک طرح ملی، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه دهنده و گیرنده خدمت می‌باشد (۲۴)؛ اما به نظر می‌رسد در مورد سیاست نظام ارجاع، آماده‌سازی فرهنگی کافی صورت نگرفته بود. در بالاترین سطوح، حتی بین مسئولین رده بالای کشور نیز عدم پذیرش الگوی رایج طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع دیده می‌شود (۵). مطالعه‌ای که جهت بررسی نظام ارجاع در دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت؛ نشان داد که به دلیل عدم آگاهی و ناآشنایی با ماهیت پزشک خانواده، بیشتر از ۳۵ درصد از ارجاع‌ها توسط پزشک خانواده، به اصرار بیمار صورت گرفته بود و قریب به اتفاق بیماران هم که به طور صحیح ارجاع داده شده بودند نزد پزشک خانواده باز نگشتند و دلیل را عدم آگاهی ذکر کردند (۲۵). همچنین مطالعه دیگری که عملکرد نظام ارجاع را در استان‌های شمالی کشور بررسی می‌کرد نشان داد که بیش از ۷۵ درصد بیماران بعد از دریافت خدمت در سطح دو نزد پزشک خانواده باز نمی‌گشتند و عواملی مانند بی‌اطلاعی، مشکلات تردد و کمبود وقت را دلیل عدم پیگیری خود عنوان نمودند (۳). واقعیت این است که فرهنگ تخصص‌گرایی و

چارچوب بهتر می‌توان بسیاری از چالش‌های پیش روی نظام ارجاع و عدم همکاری در سطوح بالاتر ارائه خدمت را درک کرد.

همچنین نبود رسانه‌های خصوصی در کشور باعث شده است که رسانه‌ها با اولویت تجاری و با غلبه متخصصین در جامعه حضور داشته باشند که باعث تضعیف نظام ارجاع و نقش پزشکان خانواده می‌شود (۱۹). البته در مطالعه ارزیابی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان فارس و مازندران، اطلاع‌رسانی به مردم از طریق رسانه‌ها از دستاوردهای این طرح عنوان شده است که به نظر می‌رسد هدف از اطلاع‌رسانی بیشتر نام‌نویسی در طرح و انتخاب پزشک خانواده و فرآیند ثبت‌نام بوده تا شناساندن ماهیت و مزایای طرح به مردم (۵). به لحاظ ساختار جمعیتی نیز، جمعیت بالایی از افراد تحت پوشش پزشک خانواده جمعیت کوچ‌نشین بودند که ثبت‌نام، ثبت پرونده و دسترسی به آن‌ها سخت بود (۱۹).

از دیگر عوامل ساختاری، ضعف در زیرساخت‌های فیزیکی مانند ساختمان‌های فرسوده، تجهیزات درمانی ناکافی، تسهیلات نامناسب زیست پزشکان و سایر پرسنل بود که موجب ماندگاری پایین آن‌ها می‌شد (۱۰). همچنین، نبود زیرساخت‌های اطلاعاتی لازم چالشی جدی بر سر راه تحقق نظام ارجاع می‌باشد چرا که زیرساخت‌های فنی پرونده الکترونیک سلامت مهیا نیست و عدم کارایی مناسب و ضعف در عملکرد به هنگام و جامع در سامانه خدمات سلامت ایرانیان را موجب شده است (۵). از دیگر چالش‌های نظام مدیریت اطلاعات سلامت می‌توان به داده‌های ضعیف جمعیتی از جامعه تحت پوشش، آمار دستی و بعضاً ناخوانا و پر نکردن فرم‌های ارجاع توسط پزشکان اشاره کرد (۸).

هزینه‌های خدمات شد (۲) که خصوصاً در دولت دهم، شاید به گونه‌ای سلامت را از اولویت‌های دولت دور کرد؛ اگرچه در دولت یازدهم، سلامت به اولویت‌های دولت بازگشت؛ اما با ورود طرح تحول نظام سلامت که اصلی‌ترین برنامه مورد پیگیری وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی بود، پزشک خانواده و نظام ارجاع پیشرفتی نداشت.

اثبات شده است که خواست و اراده مدیران و تصمیم‌سازان در استقرار مطلوب نظام ارجاع بسیار مؤثر بوده است (۷)؛ بنابراین می‌توان گفت تا اراده و خواست سیاسی دولت‌ها و نظام سلامت در قبال برقراری نظام ارجاع شکل نگیرد، نمی‌توان شاهد پیشرفتی در این زمینه بود.

«تو طرح تحول، متخصصاً با هزینه بسیار پایین در بیمارستان‌ها به ارائه خدماتی مشغول شدند که به راحتی می‌شد در سطح یک ارائه کرد یعنی متأسفانه نظام ارجاع رو زیرپا گذاشتیم». (مصاحبه ۳).

فرآیند

منظور از فرآیند در چهارچوب مثلث تحلیل سیاست، مجموعه اقدامات و فعالیت‌های انجام شده برای اجرای سیاست می‌باشد و مراحل سیاست‌گذاری از دستور کارگذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی را شامل می‌شود. هرچند که اغلب این مراحل طی یک روند مشخص و به دنبال هم اتفاق نمی‌افتند (۱۹).

مطالعات نشان می‌دهد که نوعی مصلحت‌اندیشی در شکل‌گیری طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع حاکم بوده است چرا که در اوایل دهه ۸۰، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط تیمی متشکل از وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان مدیریت و برنامه و کمیسیون بهداشت مجلس تصویب شد. «این برنامه حاصل همکاری وزارت بهداشت، درمان و

مصرف خدمات گران و غیر ضروری، نظام ارجاع را تضعیف کرده است (۲) و مردم کشور با احساس اولین درد، به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند (۵). در مطالعه‌ای در استان‌های شمالی، میزان آشنایی افراد بانفوذ محلی مانند دهیار، اعضای شورا و معلم و مدیر بومی ناکافی توصیف شد و حال اگر این افراد بانفوذ، خودشان از ماهیت و جزئیات این سیاست آگاه نباشند، انگیزه لازم برای مشارکت را نخواهند داشت یا حتی در صورت مشارکت اثربخشی لازم را نخواهند داشت. پزشکان، ماماها و بهورزان اعتقاد داشتند که عدم توجه روستاییان و گیرندگان خدمت به این طرح آسیب خواهد زد. این عدم آشنایی کافی باعث می‌شود که بیمه‌شدگان روستایی به علت عدم اطلاع از ضوابط، درخواست ارجاع بی‌مورد داشته باشند، بیش از حد دارو درخواست کنند و حتی درخواست تصویربرداری با روش شدید مغناطیسی غیر ضروری نمایند (۱۸)؛ اگر پزشکان خانواده جهت ارجاع به سطح بالاتر یا تجویز دارو و خدمات تشخیصی مطابق میل بیماران عمل نکنند، عدم رضایت شدید بیماران را موجب می‌شوند (۲۵). همچنین باید عنوان کرد که طبق دستورالعمل اجرایی، مقداری از کل سرانه سطح اول برای بسترسازی و فرهنگ‌سازی در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرد (۸) که متأسفانه تاکنون اقدامات زیادی صورت نگرفته است (۲۳). یک ضعف فرهنگی دیگر که می‌توان اشاره کرد، ضعف در کار تیمی و همکاری ضعیف در نظام سلامت است که می‌تواند از فرهنگ فرد گرایی ملی نشأت گیرد (۱۹).

عوامل ملی و فراملی: از مهم‌ترین عوامل ملی و فراملی مؤثر در این طرح می‌توان به وجود تورم عمومی و تحریم‌های اقتصادی کشور در سال‌های شکل‌گیری پزشک خانواده اشاره کرد که باعث افزایش بسیار زیاد

و سیستان و بلوچستان اعلام شد؛ اما نهایتاً استان‌های فارس و مازندران جهت عملیاتی کردن آن پیشگام شدند (۵).

در مطالعه‌ای که با هدف ارزیابی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در فارس و مازندران انجام شد، منتقدان معتقد بودند که نوعی شتاب‌زدگی در اجرای این طرح به چشم می‌خورد و همچنین تصمیم به اجرای سریع این طرح بدون تعیین و اجرای اولویت‌های پژوهشی برای چگونگی اجرای این طرح از نقاط ضعف این طرح بوده است (۵). این عامل می‌تواند ریشه فرهنگی و سیاسی داشته و از فرهنگ فردگرایی ما نشأت گرفته باشد؛ زیرا به دلیل پایین بودن دوره مدیریتی در کشور ما، گروهی مایل بودند که هر چه سریع‌تر این طرح را عملیاتی کنند تا که سند اجرای این طرح به نام آنان زده شود (۱۹).

«عدم تنظیم و ابلاغ فرم قراردادها قبل از شروع برنامه و در نتیجه سردرگمی ارائه‌دهندگان و مجریان در زمان اجرا، مشکلات زیادی ایجاد کرد». (مصاحبه ۱).

نظام شبکه به دلایلی مانند جایگاه مطلوب نزد مردم، دسترسی مطلوب، ساختار سلسله مراتب کارآمد، تنها گزینه برای اجرای این طرح ذکر شد. البته این شبکه به دلیل ناسازگاری با دروازه بانی سلامت که لازمه نظام ارجاع است نقد شده است چرا که ممکن است در سطح بندی خدمات پزشک خانواده در سطح اول تماس قرار نگیرد چون در خانه‌های بهداشت، بهورزها حضور دارند و در صورت صلاحدید بهورزها، بیمار به پزشک خانواده ارجاع می‌یابد (۱۹). در فاز استقرار این طرح، همه مردم ساکن در آن منطقه حق ثبت‌نام در طرح را داشتند حتی اگر تحت پوشش بیمه دیگری بودند یا خانه دوم آنان در روستا بود و تخمین زده می‌شد که بین ۸ تا ۱۵ درصد از جمعیت تحت پوشش

آموزش پزشکی به عنوان بستر اجرایی و مجری اصلی برنامه و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان پشتیبان مالی برنامه می‌باشد». (مصاحبه ۵).

«تنظیم تفاهم نامه بین وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی از جمله عوامل مستعد کننده و زمینه ساز اجرای برنامه بود». (مصاحبه ۶).

چهار استان پایلوت هم انتخاب شدند؛ اما به دلایلی از جمله جدایی سازمان بیمه از وزارت بهداشت مسکوت ماند چرا که سازمان‌های بیمه‌ای به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌بایست در کلیه مراحل طرح مشارکت داشته باشند و جدایی آن‌ها از وزارت بهداشت، چالش‌هایی را ایجاد کرد تا این که طرح بازسازی نظام سلامت بم بر اساس نظام ارجاع و طرح بیمه برای همه روستائینان، شرایط را طوری رقم زد تا وزارت بهداشت به جای پایلوت آن در شهرها، در کنار سازمان بیمه سلامت تحت نظارت وزارت تازه تأسیس رفاه و تأمین اجتماعی این طرح را در مناطق روستایی و شهرهای کوچک اجرا کند (۹). در سال ۱۳۸۷ و تنها ۳ سال پس از شروع این طرح، در حالی که این طرح هنوز به خوبی در کشور نهادینه نشده و ارزیابی‌های لازم صورت نگرفته و چالش‌ها رفع نشده بود، اجرای طرح پزشک خانواده شهری مورد توجه و تأکید دولت وقت قرار گرفت که قرار بود در ابتدا در شهرهایی با ۵۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرایی گردد و به تدریج به شهرهای بزرگ توسعه داده شود. در سال ۱۳۸۹ این طرح در سه استان خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری بر پایه نسخه ۰۱ پایه گذاری شد؛ ولی نتایج این پایلوت رسماً منتشر نشد. چند مدت بعد نیز استقرار نسخه ۰۲ در استان‌های فارس، مازندران

اجتماعی را می‌گذرانند و برای مراقبت‌های اولیه سلامت و مدیریت بیماران سرپایی آموزش بسیار کمی دیده‌اند (۱۹).

«متأسفانه پزشکان ما آموزش‌هایی درباره اقتصاد سلامت، هزینه‌های هنگفت و درآمد و اهمیت نظام ارجاع دریافت نمی‌کنند و این آموزش‌ها میتونه اون‌ها رو به مسیر ارجاع متعهدتر کنه.» (مصاحبه ۳).

همچنین عواملی مانند ضعف در برنامه‌های بازآموزی و فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی نیز حقیقتاً وجود دارند و کارگاه‌های دوره‌های آموزش از راه دور و دوره‌های تخصصی پزشکی خانواده که برای پزشکان تازه کار در نظر گرفته شده بود، هیچ‌کدام عملی نشدند (۱۹، ۸).

شبهه بودن فرم و شکل دفترچه‌های بیمه سلامت با سایر بیمه‌ها باعث شده بود که افراد انتظار داشته باشند مانند دارندگان سایر بیمه‌ها، آزادی برای انتخاب پزشک متخصص و پذیرش آزاد بیمارستان را داشته باشند که مخالف با استفاده منطقی در نظر گرفته شده برای این طرح بود. همچنین شکل طراحی شده برای دفترچه‌ها مناسب نبود چرا که فضای در نظر گرفته شده برای بازخورد، ناکافی است (۱۹). از چالش‌های دیگر مربوط به فرآیند این است که کمیت و کیفیت پسخوراند موارد ارجاعی کافی به نظر نمی‌رسد. مطالعه‌ای در تهران نشان داد از ۳۷۲ بیمار ارجاع داده شده، هیچ بازخوردی توسط پزشکان خانواده دریافت نشده بود (۲۴). همان‌طور که قبلاً ذکر شد، بخشی از عدم شکل‌گیری مناسب چرخه ارجاع، به پزشکان خانواده و بیماران بر می‌گردد و از سوی دیگر ارائه مشاوره و بازخورد از سوی پزشکان متخصص نیز ضعف جدی دارد (۵). همچنین ارجاع به سطوح دو و سه به دلیل نبود متخصصین در بسیاری از شهرها،

طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، همزمان تحت پوشش بیمه دیگری نیز قرار داشتند و این عامل به عنوان یکی از دلایل افزایش هزینه‌های این طرح نام برده می‌شود (۱۹).

از مشکلات دیگر در اجرا، تعدد بیمه‌ها است که هر کدام با تعرفه‌های متفاوت، سیاست‌های خاصی را دنبال می‌کنند و اهداف مغایر با سیاست نظام ارجاع دارند و به علاوه، نبود یک نظام اطلاعاتی مناسب باعث شده است که بعضی از مردم تحت پوشش سایر بیمه‌ها نیز قرار داشته باشند و بعضی مراجعین به پزشک خانواده تا سه دفترچه داشته باشند (۲۰، ۱۹). عدم اجبار بعضی بیمه‌ها به رعایت نظام ارجاع نیز باعث عدم اجرای کامل این طرح می‌شود (۱۹). در راستای اهمیت نظام بیمه‌ای، صاحب‌نظران حوزه سلامت معتقدند که بیمه‌ها می‌توانند با تأکید بر اصول نظام ارجاع در دستیابی به اهداف نظام سلامت بسیار تعیین‌کننده باشند (۲۶).

از چالش‌های دیگر قابل ذکر، شکل اجرای طرح است که باعث تولید واژه «ماشین امضاء» برای این طرح و پدیده ارجاع معکوس شده است؛ زیرا بعضی از مردم به پزشکان خانواده به عنوان ابزاری برای دسترسی ارزان به متخصصین می‌نگرند (۱۹). در مواردی حتی دیده شده است که بیمار فرآیندهایی مانند تعیین وقت جراحی را هم در سطوح دو و سه انجام داده است و بعد به پزشک خانواده جهت گرفتن نامه مراجعه می‌کند. بخشی از این مشکل به عدم اعتماد مردم به پزشکان عمومی بر می‌گردد (۲۳). البته آموزش‌هایی که پزشکان خانواده در این زمینه دیده‌اند نیز به این بی‌اعتمادی دامن می‌زنند چراکه دانشجویان پزشکی در دوره آموزشی خود تنها یک ماه و در دوره اینترنی نیز یک ماه، واحدهای مربوط به پزشکی

پیوسته نظام ارجاع نیز چرایی این موضوع را پیچیده‌تر می‌کند. پزشک خانواده هم به عنوان دروازه‌بان نظام سلامت که ارجاع منطقی به متخصصین سلامت را برعهده دارد نیز نتوانسته نقش خود را به خوبی ایفا نماید. در مطالعات خارجی انجام شده بر روی برنامه پزشک خانواده علاوه بر ذکر مزیت‌هایی که این برنامه به همراه داشته است، مشکلات و چالش‌های زیادی گزارش شده است (۲۸، ۲۷). در مطالعه Manca و همکاران ۱۱ چالش عمده این برنامه به شرح زیر گزارش شده است: تقاضای بالا و بار کاری فشرده در محدوده زمانی کم در ارائه خدمات، نیاز به ایجاد مشوق‌هایی جهت ارتقاء کمی و کیفی خدمات به کارکنان، نابرابری‌های درآمدی بین کارکنان ارائه خدمات از نظر سطوح، نیاز به ارائه خدمات محترمانه‌تر توسط متخصصین پزشکی، گاه تأثیر معکوس پاداش‌های ارائه شده به پزشکان خانواده در ارائه خدمات، دسترسی محدود به متخصصین، دسترسی محدود به منابع دیگر و امکانات و تجهیزات پزشکی، نگاه اقتصادی داشتن به خدمات توسط پزشکان خانواده، کاغذ بازی بالا، مکالمات تلفنی زیاد، داشتن فرم‌های متعدد، نیاز به تقویت و کسب دانش و مهارت برای ارائه‌دهندگان خدمات، انتظارات بالارونده مشتریان، مشکلات در اخلاق پزشکی، نامه‌نگاری و کاغذ بازی زیاد در بیم‌ها و مواردی از این قبیل (۲۷). مطالعه دیگری که توسط Norris انجام شده مشکل اصلی برنامه پزشک خانواده را عدم تناسب آموزش‌های گرفته شده توسط پزشکان خانواده در مدارس طب و دانشگاه‌ها با نیازهای واقعی بیماران در محیط اجتماعی می‌پندارد و این را معضل مهمی در رضایت گیرندگان خدمت می‌داند (۲۸). مطالعه حاضر بر آن بود تا با مروری بر مدارک و

مشکلات نقلیه و نبود جریان ارجاع مشخص در اجرای این سیاست، مشکل ایجاد می‌کند (۱۹). برای انجام اصلاحات در این سیاست، پایش مداوم عملکرد طرح پزشک خانواده و فرآیند ارجاع و ارزیابی علمی و صحیح لازمه کار است. با این حال، ارزیابی اصلاحات پیچیده‌ای مانند نظام ارجاع و پزشک خانواده به دلایل متعددی مانند سختی تعریف اهداف اصلاحات، سختی سنجش تأثیرات اجرای طرح بر دستیابی به اهداف مخصوصاً هنگامی که داده‌ها بی‌کیفیت و ناکامل هستند یا در دسترس نیستند، نبود یک سیستم نظارتی و ارزشیابی تعبیه شده در کنار اصلاح سیستم و تغییراتی که در نظام سلامت همزمان با دوره ارزیابی رخ می‌دهد، سخت و مشکل است (۱۹). منتقدان بر این باورند با توجه به مبهم بودن اهداف این سیاست، نظام پایش و ارزیابی علمی برای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع طراحی نشده است (۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تحلیل سیاست‌گذاری نظام ارجاع در ایران انجام گرفت که عوامل مختلفی در فرآیند این سیاست دخیل بوده و هستند و ما طبق چارچوب مثلث تحلیل سیاست این عوامل را در چهار دسته نقش‌آفرینان، محتوا، زمینه و فرآیند تقسیم‌بندی نمودیم. بر اساس مجموعه شواهد و مدارکی که در طی این مطالعه به دست آمد و مطابق با یافته‌های مطالعه Takian (۱۹) و مطالعه Takian و همکاران (۱۴) می‌باشد. به نظر می‌رسد که نظام ارجاع به خوبی شکل نگرفته است و اجرای نظام ارجاع عملکرد مناسب و رضایت‌بخشی در خصوص این سیاست نداشته‌اند. حضور نقش‌آفرینان زیاد در چرخه بهم

شواهد موجود و همچنین مصاحبه با تعدادی از کارشناسان در این زمینه، وضعیت فعلی استقرار نظام ارجاع در قالب پزشک خانواده را ابتدا تبیین و توصیف نموده و سپس مورد تحلیل قرار دهد. اغلب مطالعات در این حوزه مانند مطالعه موسی فرخانی و همکاران و دماری و همکاران به یک یا چند بعد از این برنامه و سیاست کشوری تمرکز نموده و عموماً بدون استفاده از چارچوب و مدل خاصی به تحلیل و نقد این سیاست پرداخته بودند (۴، ۵)؛ لذا ضروری به نظر می‌رسید که در این مرحله مروری بر مطالعات قبلی به عمل آمده و مدارک و اسناد موجود در این زمینه بررسی گردد و نظر افراد کلیدی در خصوص نحوه عملکرد، موفقیت‌ها و شکست‌های این سیاست جمع‌آوری گردد. به خصوص که هم اکنون که مدتی از شروع اجرای این طرح می‌گذرد، زمان تحلیل این سیاست مناسب‌تر است و بهتر می‌توان در خصوص نقایص و مشکلات و یا دستاوردهای این طرح نتیجه‌گیری کرد.

این مطالعه از این نظر که مرور جامعی بر شواهد موجود در خصوص موضوع مطالعه و اسناد و مدارک مرتبط و سایر منابع داشت و توانست با تکیه بر یافته‌های حاصل از این مرور تحلیل نسبتاً جامعی بر روی نظام ارجاع در نظام سلامت ایران بر اساس چارچوب و الگوی مشخصی ارائه نماید و در نهایت با استفاده از نظرات خبرگان و کارشناسان تحلیل‌های انجام شده را مورد تعمق بیشتر قرار دهد؛ حائز ارزش است. مطالعه حاضر با استفاده از یکی از پرکاربردترین و معروفترین چارچوب‌های مفهومی تحلیل سیاست، مثلث تحلیل سیاست، که اتفاقاً برای استفاده در کشورهای با درآمد متوسط و پایین طراحی شده است، تلاش کرد که کلیه عوامل مهم و مؤثر بر موفقیت یا

شکست این سیاست را از مرحله دستور کارگذاری تا تدوین و اجرا مورد نقد و بررسی قرار دهد. در زمینه مطالعات سیاست‌گذاری سلامت موارد اندکی در ایران وجود دارد و این مطالعه می‌تواند به عنوان نمونه برای محققین و دانشجویان در رشته‌های مختلف بهداشت و درمان و به طور ویژه، دانشجویان سیاست‌گذاری سلامت مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است. اول این که تحلیل اولیه انجام شده توسط دو محقق انجام شد و احتمال دارد نظرات شخصی محققان در این تحلیل‌ها بی‌تأثیر نبوده باشد. دوم، تعداد مصاحبه‌های کیفی انجام شده در این مطالعه نسبتاً محدود است و پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی افراد بیشتری با موقعیت‌های مختلف را جهت رسیدن به حداکثر شواهد مورد مصاحبه قرار دهند. قبل از هر اقدامی، با استفاده از شواهد موجود از جمله یافته‌های مطالعه حاضر، یقیناً طراحی مطالعه‌ای جامع جهت جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی به منظور آسیب‌شناسی این سیاست از اجرا تا زمان انجام مطالعه و در نهایت، انجام اصلاحات مورد نیاز در ادامه راه ضروری است.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، اولاً استفاده از چارچوب‌ها و الگوهایی که مناسب با شرایط بومی کشور باشند، از جمله چارچوب مثلث تحلیل سیاست که در این مطالعه استفاده شد، بسیار می‌تواند در تحلیل سیاست‌های سلامت کمک کننده باشد؛ زیرا که ابعاد تشکیل دهنده این چارچوب‌ها در شکل‌دهی و اجرای یک سیاست با یکدیگر در تعامل هستند؛ بنابراین درک روابط بین این اجزا و عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری‌ها آسان‌تر می‌شود. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان سلامت نیز در سیاست‌گذاری‌های خود الگوی علمی مناسبی را مبنا قرار دهند تا امکان

بررسی موفقیت‌ها و شکست‌ها و همچنین نقاط قوت و ضعف سیاست‌های سلامت از این طریق آسان‌تر شود (۱۷).

از آنجا که این سیاست مجدداً مورد توجه دولت دوازدهم قرار گرفته و بر اساس اظهارات مسئولین وزارت بهداشت، اهتمام بر این است که این سیاست مجدداً بازنگری شده و مورد اجرای کامل قرار گیرد، توجه به موانع و چالش‌های مطرح شده در این مطالعه می‌تواند به تدوین استراتژی‌هایی در جهت رفع این چالش‌ها و مشکلات بینجامد.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه، در راستای کمک به پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظام سلامت ایران پیشنهاداتی به شرح زیر می‌تواند راهگشا بوده و سیاست‌گذاران را جهت تصمیم‌گیری‌های مؤثر در پیشبرد این سیاست یاری کند. اولاً ارتقای جایگاه پزشک خانواده و نظام ارجاع و ترویج فرهنگ استفاده از آن در جامعه از طریق رسانه‌های جمعی مانند صدا و سیما، رسانه‌های محلی و استانی، سازمان‌های مردم‌نهاد، جنبش‌های مردمی و شبکه‌های مجازی مورد تأکید است. همچنین جذاب کردن طرح پزشک خانواده برای دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جذب حداکثری جهت کم کردن جمعیت تحت پوشش و بار کاری کارکنان سلامت برای رسیدگی به اموری مانند پرونده سلامت و پیگیری وضعیت ارجاع نیز از اقدامات لازم می‌باشد. تعریف جریان‌های ارجاع و تثبیت به وسیله راهنماهای بالینی، هم از طرف دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌دهندگان خدمت نیز می‌تواند یک استراتژی مؤثر باشد. همچنین

اعمال قدرت مجلس و تثبیت نقش دولت به عنوان تولید نظام سلامت و تجمیع بیمه‌ها جهت مدیریت بهتر نظام ارجاع نیز ضروری به نظر می‌رسد. دیگر این که استقرار نظام پرونده‌های الکترونیک سلامت جهت حرکت بهتر گیرندگان خدمت در مسیرهای ارجاع می‌تواند کمک مؤثری نماید. از دیگر اقدامات مورد نیاز تعیین سرفصل‌های آموزشی و کارورزی در عرصه برای پزشکان عمومی در کوتاه مدت و ایجاد دوره‌های دستیاری پزشک خانواده در آینده می‌باشد. تأمین منابع پایدار جهت اجرای این طرح به منظور افزایش انگیزه در تیم ارائه‌دهندگان خدمت، مذاکره و تأمین منافع پزشکان متخصص، بیمارستان‌ها و تسهیلات سطوح بالاتر جهت حرکت در قالب نظام ارجاع و در نهایت اصلاح ساختار تصمیم‌گیری پزشک خانواده و نظام ارجاع از حالت تک محوری با حضور همه ذی‌نفعان و تهیه‌کنندگان منابع مالی و انسانی مانند بیمه‌ها، سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های پرستاری و مامایی پیشنهاداتی است که حاصل این مطالعه است و به نظر می‌رسد در استقرار کامل نظام ارجاع می‌تواند کاملاً مؤثر باشد.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که در مصاحبه‌ها شرکت کردند و به نوعی در تهیه این مقاله همکاری نمودند، به ویژه از دکتر فرهاد حبیبی نوده سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ تعارض منافی در انجام این مطالعه نداشته‌اند.

References

1. Shiyani M, Rashidian A, Mohammadi A. A Study of the challenges of family physician implementation in Iran health system. *Hakim Health Systems Research Journal* 2016;18(4):264-74. Persian
2. Pourreza A, Sharifi M, Mahmoudi M, Vedadhir A, Fayaz-Bakhsh A. Factors affecting implementation of the policy of reducing public share of health spending in Iran: a qualitative study. *Hakim Health Sys Res* 2015;18(2):171-81. Persian
3. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan 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): 46-52. Persian
4. 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(1):117-24. Persian
5. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran Provinces: History, achievements, challenges and solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2016;14(2):17-38. Persian
6. Yazdi Feyzabadi V, Khosravi S, Amiresmaili M. Performance evaluation of rural family physician plan: a case of Kerman University of Medical Sciences. *Toloo-e-Behdasht* 2014;12(4):48-59. Persian
7. Nasrollahpour Shirvani SD. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2014;16(3):15-26. Persian
8. Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman Province, Iran: a qualitative study. *Journal of Health and Development* 2012; 1(3):193-206. Persian
9. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan* 2011;26(2):163-73. doi: 10.1093/heapol/czq036.
10. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the attitude of family physicians working in health centers of Tehran University of Medical Sciences towards their profession using a qualitative approach. *Hospital* 2013;12(3):19-28. Persian
11. Sohrabi MR, Saadat S, Haji Hashemi Z. Family medicine residency program: is it worth to establish. *Teb va Tazkieh* 2003; 55: 66-74. Persian
12. Kashfi M, Nejat G, Yazdankhah M, Hasanzadeh J, Rakhshani T, Manoochehri Khorammakani M, et al. Investigating performance of rural family physicians in Fars province working as part of Family Physician Program. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2016;6(2):202-9. Persian
13. Khoja TA, Al Shehri AM, Abdul Aziz AA, Aziz K. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1997; 3(2): 236-43.
14. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract* 2013;30(5):551-9. doi: 10.1093/fampra/cmt025.
15. Gheleji H. Difference in policy analysis with the evaluation of policy and similar concepts [cited 2017 Dec 17]. Available from: <http://policyhub.ir/index.php/fapolicy/225-2017-01-02-18-00-02>.
16. Buse BK, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. 2th ed. UK: McGraw-Hill Education; 2012.
17. Doshmangir L, Ravaghi H. Theories and models of policymaking for doing health policy analysis. *Hakim Health Sys Res* 2015;18(1):68-82. Persian
18. Kabir M, Jafari N, Naeimi Tabiei M, Ashrafiyan Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani S, et al. Rate familiarity of the members of local organizations in the Northern provinces of Iran about the family physician programme and rural insurance. *Toloo-e-Behdasht* 2015; 14(3):12-24. Persian
19. Takian A. *Implementing family medicine in Iran identification of facilitators and obstacles [dissertation]*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2009. doi.org/10.17037/PUBS.00878723
20. Torabian S, Damari B, Cheraghi M. Rural Insurance: family physicians' satisfaction. *Payesh* 2014; 13(5): 561-73. Persian
21. Sabatier P, Mazmanian D. The conditions of effective implementation: a guide to accomplishing policy objectives. *Policy Anal* 1979;5(4):481-504.
22. The qualifications of proposed minister of Health 2009 [cited 2009]. Available from: <https://www.isna.ir/news/8806-05103/%D8%A8%D8%B1%D8%B1%D8%B3%D9%8A-%D8%B5%D9%84%D8%A7%D8%AD%D9%8A%D8%AA-%D9%88%D8%B2%D9%8A%D8%B1-%D9%BE%D9%8A%D8%B4%D9%86%D9%87%D8%A7%D8%AF%D9%8A->

23. Rouhani S, Bagher M. Experience of family physicians in rural areas regarding referral system and improving it (a qualitative study). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015;25(131):1-13. Persian

24. Sedighi S, Amini M, Poorreza A. Assessment on causes of Physicians abdication from rural family physician plan in 2012. Journal of Healthcare Management 2012;5(4):33-43. Persian

25. Raeisee P, Motlagh M, Kabir M. Evaluation of the performance of referral system in family

physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Health Sys Res 2010;13(1):19-25. Persian

26. Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for implementation of urban family medicine in Iran: infrastructures for implementation of urban family medicine in Iran. Hakim Health Sys Res 2015;18(1):1-13. Persian

27. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. Can Fam Physician 2007; 53(2): 277-86.

28. Norris TE. Challenges for family medicine and for family physicians. J Am Board Fam Pract 2004;17(6):474. doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.6.474>

Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework

Mehtarpour Mojtaba¹, Tajvar Maryam^{2*}

• Received: 23. 01. 2018

• Revised: 13. 05. 2018

• Accepted: 14. 05. 2018



Abstract

Background & Objectives: Establishment of a “referral system” in Family Physician plan has been recommended by WHO, in order to better respond to population health needs and achieving the goals of health system. This study aimed to analyze the family physician plan and referral system in Iran and to provide a number of recommendations for improvement of this plan.

Methods: This study was a retrospective policy analysis study which was conducted based on the Walt and Gilson's policy analysis triangle framework. In order to analyze the Family Physician plan and referral system in Iran various methods including documentary analysis and reviewing the existing evidence were applied. Then, a qualitative study based on a phenomenology approach was used through semi-structured interviews with 6 experts in order to validate the earlier findings.

Results: The results of this study showed that the performance of most actors who were involved in the establishment and implementation of the Family Physician plan had not improved this plan. Other important challenges that have been identified in terms of content, context, and process were lack of priority setting in objectives of this policy, frequent changes of decision-makers, impetuosity in implementation without careful planning, multiplicity of insurance systems, and poor quality of feedback.

Conclusion: Improvement of the position of family physician and referral system and advertising the advantages of this plan through public media, establishment of electronic health records for patients, providing required education in the curriculum of general medicine as well as considering the interests of all stakeholders would significantly help in successful implementation of this plan in the country.

Keywords: Analysis of policy, Case study, Referral system, Family physician, Health system, Iran

• **Citation:** Mehtarpour M, Tajvar M. Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework. *Journal of Health Based Research* 2018; 4(1): 31-49.

1. PhD Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

***Correspondence:** School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina Ave., Qods St., Enghelab Sq., Tehran, Iran

Tel: 009821- 42933055

Email: mtajvar@tums.ac.ir