

نگاهی بر طراحی و دستاوردهای طرح
«قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده در ترکیه»

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۵۶۰۹

آذرماه ۱۳۹۶

معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۳.....	کلیات طرح
۵.....	پرداخت به ارائه دهندگان پزشکی خانواده
۶.....	مشوق های عملکردی و نحوه کارکرد آنها
۷.....	به کارگیری سیستم های اطلاعاتی
۹.....	رسیدگی به شکایات
۱۰.....	ارزیابی طرح
۱۵.....	دستاوردها
۲۲.....	نتیجه گیری
۲۳.....	مسیر پیش رو
۲۷.....	پیوست
۲۸.....	منبع و مأخذ



نگاهی بر طراحی و دستاوردهای طرح «قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده در ترکیه»

چکیده

بیش از بیست سال از شروع اجرای برنامه پزشکی خانواده در ایران می‌گذرد که در این مدت با مشکلات و فرازونشیب‌های بسیاری روبرو بوده است. در این میان بهره‌گیری از تجربیات سایر کشورها در این زمینه، منجر به ایجاد بینشی خواهد شد که می‌توان در آینده برای اجرای هر چه بهتر برنامه پزشکی خانواده در کشور از آن استفاده کرد. یکی از کشورهایی که اخیراً این برنامه را اجرا کرده و دستاوردهای مثبتی نیز داشته، ترکیه است. اجرای برنامه پزشکی خانواده در این کشور بر پایه قراردادی است مبتنی بر عملکرد و در واقع این قرارداد بخش جدایی‌ناپذیری از برنامه پزشکی خانواده در ترکیه به حساب می‌آید. بر این اساس همه افراد، نزد پزشک خانواده خاصی که انتظار می‌رود به‌عنوان نگهبان سلامت و رفاه بیمارانش اقدام کند، ثبت نام می‌شوند. کارکنان پزشکی خانواده ملزم به رعایت استانداردهای اجرایی مرتبط با کیفیت ارائه خدمت و همچنین دستیابی به اهداف عملکردی متمرکز بر بهداشت مادر و کودک هستند. در عین حال که رویکرد قراردادی، پرسنل پزشکی خانواده را پاسخگوی برآورده کردن استانداردها نگه می‌دارد انعطاف‌پذیری قابل توجهی در چگونگی بهبود ارائه خدمات نیز به آنها می‌دهد. پرداخت پایه در طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد به ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده شامل اجزای مختلفی است که بر اساس برخی عوامل و متغیرها همچون ویژگی افراد ثبت‌نام شده در طرح و شرایط مناطقی که خدمات در آن ارائه می‌شود تعدیل می‌گردد. این طرح به‌وسیله سیستم‌های اطلاعاتی که برای پیگیری اقدامات، در ابعاد فنی و مدیریتی/ بودجه‌ای به کار می‌روند، پشتیبانی می‌شود. ترکیه در دوره معرفی برنامه پزشکی خانواده بهبودهای عمده‌ای در نتایج کلیدی سلامت همچون کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان و همچنین بهبود پوشش واکسیناسیون به‌خود دیده است. افزایش نیروی انسانی و بهبود توزیع آن بین مناطق مختلف، کاهش شکاف پرداختی بین کارکنان شاغل در تسهیلات مراقبت‌های اولیه و بیمارستان‌ها، افزایش سطح رضایتمندی بیماران، پاسخگویی در برابر آنها و... نیز از سایر آثار مثبت برنامه بوده است، البته این برنامه نیز مانند هر برنامه دیگر، به‌منظور داشتن آثار بهتر در آینده نیازمند اصلاحاتی می‌باشد که در انتها به آنها پرداخته شده است.

مقدمه

از گذشته تاکنون مراقبت‌های اولیه سلامت سهم بسزایی در بهبود نتایج سلامتی و تحقق عدالت در سلامت داشته‌اند. مجمع جهانی بهداشت نیز در بیانیه آتما آتا، کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه را مراقبت‌های اولیه بهداشتی عنوان کرده است. در ایران، این مراقبت‌ها تاکنون از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی ارائه شده‌اند. ولی در طول سال‌های اخیر (از برنامه چهارم توسعه) و در ادامه اقدامات اصلاحی حوزه سلامت، بر ارائه خدمات سلامت از طریق برنامه پزشک خانواده و در قالب نظام ارجاع تأکید شده است. نظام ارجاع زمینه دسترسی افراد به خدمات نظام سلامت را با توجه به سطوح تعریف شده و در قالب مسیری مشخص فراهم می‌کند، به گونه‌ای که همه مردم برای دریافت خدمات بهداشتی سطح اول به پزشک خانواده مراجعه کرده و در صورت نیاز برای دریافت خدمات تخصصی به سطوح بعدی ارجاع داده می‌شوند. پزشکی خانواده در دنیا نیز دارای سابقه طولانی است و بسیاری از کشورهای پیشرفته همچون آمریکا، انگلستان، کانادا و... از آن بهره برده‌اند. همچنین سازمان جهانی بهداشت، با توجه به دستاوردهای مثبت پزشکی خانواده، آن را به‌عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه در نظام‌های سلامت تلقی کرده است. در ایران پزشکی خانواده برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ در مجموعه کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا درآمد، ولی این برنامه به‌طور جامع از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز شد. همچنین این برنامه از سال ۱۳۹۰ (در قالب نسخه ۰۱ شهری) در بعضی مناطق شهری استان‌های خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و از سال ۱۳۹۱ (در قالب نسخه ۰۲ شهری) در استان‌های فارس و مازندران اجرا شد که متأسفانه در طول اجرا با مشکلات قانونی و اجرایی عدیده‌ای روبرو بود. از این رو گسترش برنامه به سایر استان‌های کشور با مانع مواجه شد. طبق قوانین و مقررات جاری کشور، گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده به طوری که در برنامه پنجم و ششم توسعه نیز بر نظام جامع و همگانی خدمات سلامت با محوریت پزشک خانواده تأکید شده است. با این حال اجرای کامل طرح پزشک خانواده در ایران در حدود دو دهه به مانند یک آرزوی محقق نشده است و با نگاهی به تجربه کشورهای موفق در اجرای طرح پزشک خانواده می‌توان گفت این طرح در ایران هنوز تا اجرای کامل راه بسیار زیادی را پیش رو دارد. از این جهت بررسی تجارب کشورهای مجری این برنامه به‌ویژه از نظر برنامه‌ریزی، مشوق‌ها، استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی، نحوه پایش، دستاوردها و... می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. یکی از کشورهایی که در سال‌های اخیر برنامه پزشکی خانواده را اجرا کرده و دستاوردهای مثبتی نیز



داشته ترکیه است. این کشور برنامه پزشکی خانواده را با استفاده از سازوکار قرارداد مبتنی بر عملکرد^۱ و با اهدافی همچون بهبود دسترسی به خدمات اولیه سلامت، ارتقای کارایی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی، یکپارچگی مراقبت‌ها و... از سال ۲۰۰۵ (به صورت آزمایشی) اجرا کرده و تا سال ۲۰۱۱ آن را در همه استان‌های خود گسترش داده است. نوشته پیش رو ترجمه خلاصه‌ای از گزارش بانک جهانی در مورد طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده در ترکیه می‌باشد که در فوریه سال ۲۰۱۳ منتشر شده است. در این مطالعه تلاش شده تا سازوکارها و ترتیبات اجرایی این طرح و همچنین دستاوردهای آن به طور اجمالی آورده شوند، با این هدف که بتوانیم در آینده از تجربیات حاصل از آن در اجرای هرچه بهتر برنامه پزشکی خانواده در کشورمان بهره‌مند شویم.

کلیات طرح

قرارداد مبتنی بر عملکرد، بخش جدایی‌ناپذیری از مدل پزشکی خانواده در کشور ترکیه است و به‌عنوان الحاقی^۲ برای «قانون پایلوت پزشکی خانواده»^۳ (شماره ۵۲۵۸) قرار داده شده است.

این طرح رویکرد عدم تحمل قصور در دستیابی به اهداف عملکردی مورد نظر، اتخاذ مشوق‌های منفی در صورت عدم انجام الزامات و در مقابل آن مشوق‌های مثبت برای تشویق به تلاش بیشتر را دنبال می‌کند. طرح مذکور همچنین سقفی برای حداکثر پرداخت به ارائه‌دهندگان قرار می‌دهد و در نتیجه با کنترل هزینه‌های سلامت مقرون به‌صرفه می‌باشد. طرح پزشکی خانواده از طریق درآمدهای عمومی در بودجه وزارت سلامت تأمین مالی می‌شود. ذینفعان اصلی در طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده اینها هستند:

- وزارت سلامت: که ناظر بر طرح می‌باشد.

- اداره بهداشت استان: که براساس طرح مسئولیت مدیریت و پایش قرارداد مبتنی بر عملکرد به آن واگذار شده و از کارکنان پزشکی خانواده تحت قرارداد پشتیبانی می‌کند.

- مراکز بهداشتی جامعه: حمایت‌های لجستیکی و فنی را به واحدهای پزشکی خانواده ارائه می‌دهند و از طرف اداره بهداشت استان پزشکان خانواده را پایش و نظارت می‌کنند.

- کارکنان پزشکی خانواده: شامل پزشکان خانواده، پرستاران و سایر کارکنانی که در واحد پزشکی خانواده کار می‌کنند. این افراد به صورت فردی با استان‌ها قرارداد می‌بندند تا بسته‌ای از خدمات را براساس طرح ارائه بدهند.

براساس این طرح، هر کدام از ادارات بهداشت استان (از طرف وزارت سلامت)، با هر کدام از پزشکان

1. Performance-Based Contracting
2. Sub - Legislation.
3. Law on Piloting of Family Medicine.

خانواده و سایر کارکنان پزشکی خانواده به صورت فردی وارد قرارداد می‌شوند. حداکثر طول مدت هر قرارداد دو سال مالی است، فرماندار استان مسئول انعقاد قرارداد و همچنین لغو آن است، اما این مسئولیت به طور معمول به مدیر بهداشت استان یا معاون مدیر بهداشت استان واگذار می‌شود. پزشکان و سایر کارکنانی که در استخدام دولت هستند می‌توانند تصمیم بگیرند شغل دولتی خود را رها کرده و به عنوان کارکنانی که به صورت فردی قرارداد می‌بندد به طرح پزشک خانواده بپیوندند. به علاوه آنها مسئول ارائه خدمات سیار در مناطق روستایی که دسترسی به آنها دشوار است و همچنین (از سال ۲۰۱۰) ارائه مراقبت‌های مبتنی بر خانه به بیماران علی‌البدن هستند. پزشکان خانواده به همراه سایر کارکنان پزشکی خانواده برای ارائه یک بسته یکپارچه خدمات مراقبت پیشگیرانه و تشخیصی - درمانی اولیه به فهرستی از بیماران ثبت‌نام شده، به عنوان یک واحد منفرد پزشک خانواده عمل می‌کنند. برخلاف سایر کارکنان پزشکی خانواده، پزشکان خانواده بر اساس قرارداد مسئول مدیریت تسهیلات بهداشتی هستند. خدمات بر اساس استانداردهای مشخص در قرارداد انجام شده و گزارش اطلاعات بهداشتی و حفظ سوابق مطابق با پروتکل‌ها انجام می‌گردد. همه افراد نزد پزشک خانواده مشخصی که انتظار می‌رود به عنوان نگهبان سلامت و رفاه بیمارانش اقدام کند، ثبت‌نام می‌شوند. بیماران گزینه تغییر پزشک خانواده‌شان را در صورت وجود جایگزین دارند. در عین حال که رویکرد قراردادی، کارکنان پزشکی خانواده را پاسخگوی برآورده کردن استانداردها و اهداف عملکردی نگه می‌دارد انعطاف‌پذیری قابل توجهی در چگونگی بهبود ارائه خدمات، به آنها می‌دهد. پزشکان خانواده و سایر کارکنان پزشکی خانواده اجازه ندارند در سایر دستگاه‌های بهداشتی کار کنند یا شغل دیگری را برعهده بگیرند. همه کارکنان پزشک خانواده ملزم به رعایت استانداردهای اجرایی مرتبط با کیفیت ارائه خدمت و همچنین دستیابی به اهداف عملکردی متمرکز بر بهداشت مادر و کودک هستند. عدم دستیابی به استانداردهای اجرایی می‌تواند به لغو قرار داد و شکست در دستیابی به اهداف عملکردی می‌تواند به کاهش پرداخت و در مواردی لغو قرارداد هم برای پزشکان خانواده و همچنین سایر کارکنان پزشکی خانواده مشغول در واحد پزشکی خانواده منجر شود. مسئولیت مدیریت و پایش قرارداد در هر استان به ادارات بهداشت استانی واگذار شده است. این ادارات به نوبه خود در بررسی و نظارت، توسط مراکز بهداشتی جامعه پشتیبانی می‌شوند. حداقل یکبار در هر شش ماه، تیمی از طرف این مراکز، از مراکز بهداشتی پزشکی خانواده بازدید می‌کند تا سطح انطباق آنها را با شروط تعیین شده برای ارائه خدمت ارزیابی کرده و گروه‌بندی واحدهای پزشکی خانواده را بازبینی کند. همچنین مراکز بهداشتی جامعه پزشکانی را برای ممیزی عملکرد ماهیانه انتخاب کرده و بدین منظور نمونه‌هایی از بیماران آنها را از طریق ترکیبی از تماس‌های تلفنی و ملاقات‌های خانگی (در صورت نیاز) بررسی می‌کنند. اداره بهداشت استان به نوبه خود اطلاعات تولید شده به وسیله این مراکز را برای انجام پرداخت‌ها به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده مورد استفاده قرار می‌دهد.



پرداخت به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده

پرداخت پایه در طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده شامل اجزای مختلفی است که براساس برخی عوامل و متغیرها همچون ویژگی افراد ثبت‌نام شده در طرح و شرایط مناطقی که خدمات در آن ارائه می‌شود تعدیل می‌گردد. جزئیات شیوه پرداخت و اجزای آن در ادامه آورده شده‌اند:

- پرداخت براساس سرانه

پرداخت پایه ماهیانه برای پزشکان خانواده به شیوه سرانه و براساس تعداد افراد ثبت‌نامی نزد پزشک خانواده تعیین می‌شود. این میزان به ازای هر فرد ثبت‌نام شده، بسته به استفاده بالقوه او از منابع مراقبت سلامت متفاوت است. زنان باردار بیشترین ضریب پرداخت را دارند (با ضریب تعدیل ۳)، بعد از آن زندانیان (با ضریب تعدیل ۲/۲۵)، کودکان کمتر از ۴ سال و سالمندان بالای ۶۵ سال (با ضریب تعدیل ۱/۶) و در نهایت جمعیت عادی که در هیچ‌کدام از این دسته‌بندی‌ها قرار نمی‌گیرند (با ضریب تعدیل ۰/۷۹) قرار دارند. پرداخت‌ها با محاسبه جمع تعداد بیماران در هر دسته، تعدیل ضریب آن دسته و در نهایت جمع همه دسته‌ها انجام می‌گردد.

- سرانه تعدیلی براساس سطح اجتماعی - اقتصادی منطقه

پرداخت پایه ماهیانه با توجه به توسعه اجتماعی - اقتصادی مناطق نیز تعدیل می‌شود. در مناطق کمتر توسعه‌یافته که دارای کمبود از نظر پزشکان خانواده هستند، پزشکان خانواده یک مبلغ اضافه‌تر «اعتبار خدمتی»^۱ را در یک مقیاس کشویی^۲ با توجه به شاخص توسعه اجتماعی اقتصادی منطقه دریافت می‌کنند. این میزان در حداکثر مقدار خود می‌تواند به اندازه ۱۳۸۴ لیر ترکیه، در محروم‌ترین مناطق و نزدیک به ۴۰ درصد حداکثر پرداخت پایه می‌باشد.

- هزینه‌های عملیاتی و سایر بازپرداخت‌ها

به پزشکان خانواده یک پرداختی یکجا و ماهیانه نیز انجام می‌شود تا هزینه‌های تجهیزاتی و عملیاتی، شامل هزینه اجاره، برق، سوخت، آب، تلفن، اینترنت، تحلیل داده، نظافت، لوازم اداری، تعمیرات جزئی، منشی و مواد مصرفی پزشکی را پوشش دهند. این پرداخت یکجا، به اندازه ۵۰ درصد از حداکثر پرداخت پایه ماهیانه محاسبه می‌شود.

طیف استانداردهای کیفیت و خدمات مورد انتظار، بسته به دسته‌بندی واحد پزشک خانواده متفاوت است. بسته به این دسته‌بندی، به پزشکان خانواده یک پرداخت یکجای اضافی دیگر هم صورت می‌گیرد که بین ۱۰ درصد از حداکثر پرداخت سرانه پایه ماهیانه برای واحدهای پزشکی خانواده دسته D تا ۵۰ درصد حداکثر پرداخت سرانه پایه ماهیانه برای واحدهای پزشکی خانواده دسته A را در بر می‌گیرد. هدف از این پرداخت اضافه اطمینان از این است که پزشکان خانواده منابع اضافه مورد نیاز برای رعایت

1. Service Credit

2. Sliding seale

شروط الزامی ارائه خدمات را داشته باشند.

– بازپرداخت هزینه‌های آزمایش‌ها و مواد مصرفی آزمایشگاهی

– هزینه‌های خدمات مراقبت سلامت سیار

پزشکان خانواده به ازای هر ۱۰۰ نفر دریافت‌کننده خدمات سیار یک پرداخت یکجای اضافه به میزان ۱/۶ درصد حداکثر پرداخت سرانه پایه را به‌منظور پوشش این خدمات، دریافت می‌کنند. اگر خدمات بهداشتی سیار با استفاده از وسیله نقلیه فراهم شده توسط اداره بهداشت استان انجام شود پرداخت هزینه مربوط به وسیله نقلیه که به‌طور معمول به پزشک خانواده پرداخت می‌شود، به صندوق اداره بهداشت برمی‌گردد. گرچه پزشکان خانواده و سایر کارکنان پزشکی خانواده به‌صورت فردی قرارداد می‌بندند، ولی انتظار می‌رود به‌عنوان یک واحد تحت هدایت و مدیریت کلی پزشک خانواده عمل کنند. پرداخت ماهیانه کلی برای همه کارکنان واحد پزشکی خانواده با استفاده از این رویکرد محاسبه می‌شود.

مشوق‌های عملکردی و نحوه کارکرد آنها

جنبه عملکردی طرح قرارداد پزشکی خانواده دو جزء را شامل می‌شود:

– نظام اجرایی مشتمل بر ۳۵ شاخص که پایه تذکرات کتبی و لغو قرارداد را شکل می‌دهد

عدم رعایت برخی شاخص‌ها (مورد اشاره در پیوست ۱) منجر به کسب امتیاز اخطار می‌شود. اگر هر یک از کارکنان پزشکی خانواده در طول مدت یک قرارداد (برای مثال حداکثر دو سال) صد امتیاز اخطار یا بیشتر را در نتیجه عدم رعایت شاخص‌های مذکور بگیرد، قرارداد او فسخ شده و او از درخواست قرارداد جدید برای یک سال منع خواهد شد.

– نظام کسر حقوق و دستمزد (سیستم امتیاز عملکردی)

این نظام بر سه شاخص و هدف عملکردی تمرکز می‌کند. با توجه به چارچوب قرارداد، در صورت عدم برآورده کردن این شاخص‌ها از حقوق ارائه‌دهندگان کسر می‌شود. در ادامه به توضیح شاخص‌های مذکور پرداخته شده است:

- **شاخص اول، میزان پوشش واکسیناسیون کودکان ثبت‌نام شده برای هر واکسیناسیون هدف (ب.ث.ژ، سه‌گانه (سومین دوز)، فلج اطفال (سومین دوز)، سرخک، هپاتیت ب (سومین دوز)، هموفیلوس آنفلوآنزا نوع ب (سومین دوز)) می‌باشد:** کسر حقوق از کل پرداخت پایه ماهیانه پزشکان خانواده و براساس شکاف بین سطح هدف هر شاخص (که برای همه شاخص‌ها ۹۸ درصد است و برای همه اقدامات به شکل واحد به‌کار بسته می‌شود) و سطح پوشش محقق شده، محاسبه می‌شود. بدین ترتیب: کسر ۲ درصد در صورتی که نرخ پوشش ماهیانه ۹۷ - ۹۸ درصد باشد، کسر ۴ درصد در صورتی که نرخ پوشش ماهیانه ۹۵ - ۹۶ درصد، کسر ۶ درصد در صورتی که نرخ پوشش ماهیانه ۹۰ - ۹۴ درصد، کسر ۸ درصد در صورتی که نرخ پوشش ماهیانه ۸۵ - ۸۹ درصد و در نهایت کسر ۱۰ درصد در



صورتی که نرخ پوشش ماهیانه کمتر از ۸۵ درصد باشد.

• **شاخص دوم**، انجام حداقل ۴ ویزیت مراقبت پیش از زایمان برای زنان باردار ثبت نام شده براساس زمان بندی است.

• **شاخص سوم**، به ویزیت های پیگیری نوزادان و کودکان ثبت نامی با توجه به زمان بندی مربوط می شود. همچنین حداکثر کسر حقوق به خاطر عملکرد ۲۰ درصد می باشد. عدم برآورد مکرر اهداف این سه شاخص کلیدی، علاوه بر اعمال کسر پرداخت، می تواند منجر به لغو قرارداد برای همه کارکنان واحد پزشکی خانواده نیز بشود. در شرایط عدم رعایت برخی الزامات نیز، قرارداد پزشکی خانواده می تواند بدون اعلام اخطار قبلی **لغو** شود، این الزامات عبارتند از:

- اگر تعداد افراد ثبت نامی نزد پزشک خانواده در دو ماه متوالی کمتر از ۱۰۰۰ نفر باشد،
- اگر کارکنان پزشکی خانواده بدون عذر برای ۱۰ روز پیاپی از انجام وظیفه غیبت کنند،
- اگر هر یک از کارکنان پزشکی خانواده به علت مشکل سلامتی بیش از ۱۸۰ روز نتواند وظایف خود را انجام دهد،
- هرگونه تحریف سوابق و اسناد،
- غیبت از انجام وظیفه برای ۸ هفته یا بیشتر به علت بازداشت.

به کارگیری سیستم های اطلاعاتی

طرح پزشکی خانواده به وسیله دو سیستم اطلاعاتی یعنی سیستم اصلی مدیریت منابع سلامت (CRMS)^۱ و سیستم اطلاعات پزشکی خانواده (FMIS)^۲ که برای پیگیری عملکرد در ابعاد فنی و مدیریتی/ بودجه ای به کار می روند، پشتیبانی می شود:

۱. **CRMS**: یک سیستم اطلاعاتی وسیع در وزارت سلامت است که برای پیگیری بودجه ها و هزینه ها مورد استفاده قرار می گیرد. این سیستم داده های پارامترهای تعیین پرداخت ها به کارکنان پزشکی خانواده را در بردارد: از جمله ضرایب توسعه اجتماعی اقتصادی برای هر منطقه، هزینه تست های آزمایشگاهی، هزینه های خدمات سیار و غیره. در اوایل همه مناطق توسط CRMS تحت پوشش قرار گرفته نشدند و برخی مناطق در گذشته داده ها را به طور صحیح وارد نمی کردند. اداره بهداشت استانی به منظور اطمینان از اعتبار، داده ها را به صورت دستی نیز در استان پیگیری می کند.

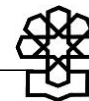
۲. **FMIS**: این سیستم در سال ۲۰۰۵ در رابطه با طرح پزشک خانواده و به منظور پیگیری شاخص های مربوط به سلامت که با خدمات پزشکی خانواده مرتبط هستند ایجاد و به عنوان یک سیستم پشتیبان تصمیم گیری برای ارائه دهندگان سلامت معرفی شد. رابط کاربری FMIS یک پرونده الکترونیک سلامت برای

1. Core Resource Management System

2. Family Medicine Information System

هر فرد ثبت‌نام شده در پزشکی خانواده را شامل می‌شود. کارکنان پزشکی خانواده (پزشکان و پرستاران) سوابق بیماران را به وسیله داده‌های بهداشتی جمعیت‌شان در FMIS به‌روزرسانی می‌کنند. بنابراین FMIS یک پرونده جامع از ویژگی‌های بیمار و خدمات دریافت شده از جمله خدمات بهداشتی مادر و کودک (که به‌طور خاص توسط مشوق‌های عملکردی در طرح پزشکی خانواده مورد هدف قرار می‌گیرند)، سایر خدمات ارائه شده توسط واحد پزشکی خانواده و ارجاعات را شامل می‌شود. همچنین نتایج تست‌های تشخیصی از آزمایشگاه‌هایی که بیماران به آنها ارجاع داده می‌شوند اسکن می‌شوند و از طریق FMIS در دسترس پزشکان خانواده ارجاع‌دهنده قرار می‌گیرند. FMIS از طریق انجام یادآوری و تهیه لیست افرادی که نیاز به پیگیری دارند (مثلاً افرادی که نیاز به پیگیری برای واکسیناسیون‌های خاص یا بررسی‌های پیش از بارداری دارند) کارکنان پزشکی خانواده را در تصمیم‌گیری پشتیبانی می‌کند و به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده این امکان را می‌دهد تا پیشرفت‌شان را در دستیابی به اهداف عملکردی شاخص‌هایی که با کسورات پرداخت مرتبط هستند دنبال کنند. داده‌های FMIS از مکان‌های جغرافیایی مختلفی قابل دسترسی است. کارکنان پزشکی خانواده می‌توانند در صورت لزوم داده‌ها را به‌صورت آفلاین وارد کنند. زمانی که آنها به اینترنت متصل می‌شوند، این داده‌ها در سرور مرکزی به‌روز می‌شود. بنابراین، داده‌های به‌روزرسانی شده به‌صورت منظم می‌توانند در دسترس کارکنان مجاز در ادارات بهداشت استان و همچنین وزارت بهداشت قرار گیرند. FMIS، ادارات بهداشت استان و وزارت سلامت را قادر می‌سازد تا عملکرد هر واحد پزشک خانواده را مورد ارزیابی قرار دهند.

اطلاعات ایجاد شده به‌وسیله این جریان‌های اطلاعاتی، توسط ادارات بهداشت استان و به‌منظور ارزیابی میزان تطابق با استانداردها، پرداخت‌هایی که باید به هر کدام از کارکنان پزشک خانواده صورت گیرد و برای تشخیص اینکه آیا قرارداد بایستی ملغی شود یا خیر، مورد استفاده قرار می‌گیرد. اداره بهداشت استان، به نوبه خود، داده‌های گزارش‌های FMIS، CRMS و داده‌های مراکز بهداشتی جامعه را در مورد نتایج ممیزی عملکرد، برای پرداخت‌ها به ارائه‌دهندگان تا پانزدهم هر ماه استفاده می‌کند، همچنین پرداخت‌های محاسبه شده و کسورات احتمالی تا سیزدهم هر ماه از طریق FMIS به آگاهی ارائه‌دهندگان رسانده می‌شود. از آنجا که داده‌های مربوط به شاخص‌های عملکردی در FMIS توسط خود کارکنان پزشکی خانواده وارد سیستم می‌شوند و در واقع داده‌های خود گزارش شده هستند، ضروری است تا مکانیسم‌های بررسی متقابل داده‌ها نیز انجام گردد. البته به‌منظور اطمینان از گزارش‌دهی دقیق، کارکنان پزشکی خانواده براساس قرارداد به گزارش منظم متعهد می‌شوند و تحریف داده‌ها مجازات سنگینی را در پی دارد (دریافت ۵۰ امتیاز اخطار به‌ازای هر تخلف). از این‌رو دو بار تخلف تحریف داده‌ها در دوره قرارداد می‌تواند منجر به لغو قرارداد شود. اداره بهداشت استان مسئول بررسی صحت داده‌های خود گزارش شده در مورد پوشش خدمات است. هر ماه تقریباً ۱۰ درصد پزشکان خانواده توسط مراکز بهداشتی جامعه برای بررسی داده‌های گزارش شده انتخاب می‌شوند. کارکنان این مراکز ممیزی عملکرد پزشک منتخب را از طریق ترکیبی از بازبینی سوابق بیمار، تماس تلفنی



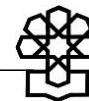
و یا بازدیدهای خانگی انجام می‌دهند. تقریباً ۱۰ درصد بیماران یک پزشک، برای مشارکت در این ممیزی انتخاب می‌شوند. یافته‌های حاصل از ممیزی‌های منظم می‌تواند ممیزی یا بررسی عمیق‌تری را از پزشکان مورد نظر آغاز کند. با این حال بجز شرایط استثنایی، هیچ پزشکی در دو ماه متوالی ممیزی نمی‌شود.

مراکز بهداشتی جامعه همچنین مسئول ممیزی انطباق با استانداردها و شروط ارائه خدمت و تعیین امتیازات اخطار می‌باشند. این مراکز اقدامات هر پزشک خانواده را حداقل یک بار در هر شش ماه و به منظور ارزیابی تطابق با استانداردها و شناسایی هر نقض عهدی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این داده‌ها همچنین به منظور بررسی تطابق واحد پزشکی خانواده با الزامات مرتبط با دسته‌بندی که در آن قرار دارد (A-E)، مورد استفاده قرار می‌گیرند. در سال ۲۰۱۱، وزارت سلامت یک چک‌لیست استاندارد را که هم‌اکنون همه استان‌ها از آن استفاده می‌کنند برای ارزیابی عملکرد معرفی کرد. هرگونه اختلاف مشخص شده در طول بازدیدهای معمول نیز می‌تواند شروع یک ممیزی دقیق‌تر از هرکدام از کارکنان پزشک خانواده را موجب شود. خدمات بسیار به‌طور مستقیم توسط اداره بهداشت استان مورد ممیزی قرار می‌گیرند. اگر پزشک خانواده در اقدامات خود برای برآوردن شروط خدمتی براساس استاندارد کیفیتی مشخص با شکست مواجه شود، به‌دنبال تأیید گزارش ممیزی توسط ادارات مراقبت اولیه سلامت وزارت سلامت، پرداخت‌ها به سمت پایین اصلاح می‌شوند و پرداخت‌های مازاد باید با بهره حدود ۹ درصد در سال از تاریخ تشخیص قصور، برگردانده شوند.

رسیدگی به شکایات

پزشکان خانواده‌ای که قراردادشان لغو شده است می‌توانند تا هفت روز بعد از تاریخ اطلاع از لغو قرارداد، نزد کمیته انضباطی استان شکایت کنند. کمیته تجدیدنظر طی ۳۰ روز درخواست را بررسی می‌کند و تصمیم گرفته شده به اطلاع پزشک خانواده رسانده می‌شود. همچنین پزشکان خانواده و کارکنان پزشکی خانواده می‌توانند نزد کمیسیون شکایت استانی نسبت به کسر پرداخت‌ها (چه قبل یا بعد از اعمال کسورات) شکایت کنند. به‌علاوه می‌توان درخواست‌هایی را علیه گزارش آماده شده توسط تیم ممیزی تا ۵ روز کاری تسلیم کرد. درخواست‌ها در اداره پزشکان خانواده وزارت سلامت و ظرف ۱۰ روز کاری براساس اسناد تهیه شده توسط ادارات بهداشت استان ارزیابی می‌شوند. به‌علاوه ادارات بهداشت استان سازوکار شکایتی دارند که بیماران می‌توانند نامه‌های شکایات خود را ارسال و یا از طریق خط تلفن اختصاص داده شده، به‌منظور انجام شکایات شفاهی استفاده کنند. یک کمیسیون ۷-۸ نفری در درون ادارات بهداشت استان تصمیم نهایی را می‌گیرد. هیچ فرآیند تدوین شده‌ای بدین منظور وجود ندارد، اما اکثر استان‌ها اقدامات تحقیق/بازرسی رایج وزارت سلامت را به‌کار می‌گیرند.

شکل ۱ تصویر کلی طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد را به‌طور خلاصه نمایش می‌دهد:



- تناسب طراحی

همانطور که پیش از این اشاره گردید، این طرح، ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه را به تمرکز بر حوزه‌های اولویت‌دار و اصلاحات کلیدی برنامه تحول سلامت وزارت سلامت تشویق می‌کند. در زمان طراحی آن، نتایج سلامتی مادر و کودک در ترکیه، از کشورهای OECD و سایر کشورهای با درآمد متوسط بدتر بود. نابرابری در توزیع کارکنان، به میزان زیادی باعث ایجاد نابرابری نتایج در سطوح منطقه‌ای و شهری-روستایی شده بود. عمده ارائه خدمات بر بیمارستان‌ها متمرکز شده بود و بیماران خدمات مراقبت اولیه‌ای که کیفیت آن پایین نیز بود را به‌منظور جستجوی مراقبت‌های سطوح بالاتر، رها کرده بودند. به‌علاوه تکه تکه شدن ارائه خدمت به کاهش هماهنگی مراقبت‌ها منجر شده بود. چارچوب طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد به‌طور واضح این نگرانی‌ها را منعکس می‌کند، از این‌رو:

۱. این طرح با به‌کارگیری اهرم‌های عملکردی زیر، سازوکارهایی را برای تشویق ارائه‌دهندگان به تمرکز بر زنان باردار و کودکان فراهم کرده است:

الف) الزامات عملکردی مرتبط با کسر حقوق: چارچوب قراردادی برای کارکنان پزشکی خانواده

مشخص می‌کند که بخشی از حقوق آنها ممکن است در صورت عدم دستیابی واحد پزشکی خانواده به اهداف عملکردی بهداشت مادر و کودک کسر شود. این اهداف عبارتند از: اهداف مرتبط با پوشش واکسن‌های ب. ث. ژ، سه‌گانه، فلج اطفال، سرخک، هیپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوآنزای نوع ب، نسبت مادران بارداری که ۴ ویزیت مراقبت پیش از زایمان یا بیشتر را دریافت کرده‌اند و ویزیت‌های پیگیری مادران باردار و کودکان کمتر از ۴ سال. در بسیاری از موارد، حداقل عملکرد که کمتر از آن میزان، کسورات اعمال می‌شود ۹۸ درصد است. کسر حقوق، براساس یک مقیاس کشویی به نسبت معکوس به پوشش انجام شده می‌باشد و سقف آن، ۲۰ درصد حقوق هر کدام از ارائه‌دهندگان در قرارداد است. این کسورات باعث تشویق تمرکز بر واکسیناسیون، اطمینان از ارائه خدمات مراقبت پیش از زایمان و پیگیری مادران و کودکان می‌شود.

ب) الزامات عملکردی مرتبط با لغو قرارداد: اگر ارائه‌دهنده پزشکی خانواده در طول مدت یک

قرارداد واحد (برای مثال حداکثر دو سال) براساس معیارهای اعطای امتیاز اخطار مورد اشاره در پیوست ۱، ۱۰۰ امتیاز اخطار بگیرد، قرارداد لغو می‌شود. همچنین عدم پوشش حداقل ۹۰ درصدی واکسیناسیون، عدم پیگیری زنان باردار و نوزادان و همچنین کودکان به‌ترتیب منجر به اخذ ۱۰، ۲۰ و ۲۰ امتیاز اخطار می‌شود، از این جهت پنج بار شکست در برآورده کردن اهداف عملکردی در اصل می‌تواند منجر به لغو قرارداد شود. علاوه بر این، بررسی ۳۸ استان که این طرح را برای سه سال یا بیشتر انجام داده بودند نشان داد که در ۴۷/۸ درصد از استان‌های دارای پزشک خانواده، عدم دستیابی به اهداف عملکردی، متداول‌ترین دلیل برای اعطای امتیاز اخطار در سال اول اجرای پزشک خانواده بود. این موضوع باعث شده ارائه‌دهندگان، تلاش‌هایشان را بر ارتقای خدمات سلامت مادر و کودک متمرکز کنند.

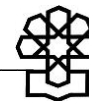
ارتقای خدمات بهداشت مادر و کودک و بهبود سهم استان‌ها در دستیابی به اهداف عملکردی به‌عنوان متداول‌ترین دلیل برای کاهش اختصاص امتیاز اخطار به ۲۹/۲ درصد تا سال ۲۰۱۱ بوده است. دومین دلیل شایع برای صدور امتیاز اخطار در سال اول اجرا، عدم رعایت ساعات کاری بود (۱۳ درصد). این عامل در سال ۲۰۱۱، به متداول‌ترین دلیل برای صدور امتیازات اخطار تبدیل شده بود. لیست کامل دلایل صدور امتیازات اخطار در پیوست ۱ آمده است.

ج) استفاده از مشوق‌های ایجاد شده توسط فرمول مبتنی بر سرانه به‌منظور محاسبه حقوق ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده: پرداخت سرانه پایه، وزن‌های بیشتری را به زنان باردار و کودکان ثبت‌نامی می‌دهد تا ارائه‌دهندگان به مشارکت در ارائه خدمت به این دسته از جمعیت تشویق شوند. زنان باردار ضریب پرداخت ۳ و کودکان زیر ۵ سال ضریب پرداخت ۱/۶ دارند. هر دوی این ضرایب پرداخت به طرز قابل توجهی بالاتر از ضریب متوسط ۰/۷۹ برای جمعیت معمولی (غیر از زندانی‌ها) هستند. این بدان معناست که به‌خاطر پوشش زنان باردار و کودکان کمتر از ۵ سال، به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده بیشتر پرداخت می‌شود. این امر، کارکنان پزشکی خانواده را تشویق می‌کند تا به‌صورت فعالانه به دنبال پوشش زنان باردار و کودکان کمتر از ۵ سال باشند و بنابراین دسترسی به مراقبت‌ها در میان این گروه‌های جمعیتی افزایش می‌یابد.

۲. براساس این طرح به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده که در مناطق محروم خدمت کنند، پرداخت‌های اضافه، «اعتبارهای خدمتی»، اختصاص می‌یابد تا نابرابری در توزیع جغرافیایی کارکنان سلامت که عاملی بازدارنده در بهبود دسترسی در چنین مناطقی است کاهش یابد. قبل از برنامه تحول سلامت، تقریباً ۵۰ درصد از اختلاف در توزیع پزشکان عمومی و پزشکان متخصص به‌خاطر سطوح توسعه اقتصادی استانی بود. با اجرای طرح پزشک خانواده این اختلاف توزیع میان استان‌ها کاهش یافته و شکاف بین بهترین و بدترین استان‌ها از این لحاظ کمتر شده است.

۳. اهداف عملکردی کاملاً مشابه، هدف سیاستی وزارت بهداشت را در حذف شکاف جغرافیایی (از نظر میزان عملکرد) دنبال می‌کنند. اهداف عملکردی شاخص‌های مادر و کودک در طرح، دارای میزان قطعی هستند و برای همه استان‌ها و ارائه‌دهندگان، فارغ از وضعیت آنها در زمان شروع طرح یکسان می‌باشند. این اهداف ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده را در مناطق دارای عملکرد ضعیف به‌کار بیشتر تشویق کرده تا با رعایت حداقل‌های معین، از اعمال کسورات بر حقوق خود جلوگیری کنند.

۴. به‌منظور جلوگیری از تکه تکه شدن و بهبود پاسخگویی، عملکرد واحد پزشکی خانواده به‌عنوان یک کل مورد ارزیابی قرار گرفته و این امر باعث هماهنگی مراقبت‌ها می‌شود. علی‌رغم این که کارکنان پزشکی خانواده به‌صورت فردی قرارداد می‌بندند و به هر یک از افراد مجوز فعالیت داده می‌شود، عملکرد تیم به‌عنوان یک واحد ارزیابی می‌شود تا همکاری و هماهنگی در تیم تشویق شود. پزشکان خانواده و



کارکنان کمکی، مسئول ارائه یک بسته جامع خدمات سلامت در سطح پیشگیری اولیه و درمانی به فهرست بیماران ثبت نام شده هستند و از پزشک خانواده انتظار می رود تا مراقبت های مورد نیاز بیمارانش را در سطوح نظام سلامت هماهنگ کند و بدین ترتیب یک نقطه واحد مسئولیت پذیری برای خدمات مراقبت اولیه و کاهش تکه تکه شدن ارائه خدمت در سطح اولیه مراقبت ها ایجاد کند.

۵. علاوه بر بالا بردن شأن پزشکان خانواده و جذب پزشکان به طرح، حقوق های ارائه دهندگان عمومی پزشکی خانواده تحت قرارداد به منظور تشویق آنها به ترک موقعیت های دولتی و پیوستن به طرح به عنوان پزشک خانواده به اندازه کافی جذاب شد. در حال حاضر پرداختی به آنها تقریباً به اندازه میانگین پرداختی به پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان هاست.

۶. یکی از محرک های متداول مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد، میزان ریسک عملکردی منتقله به ارائه دهنده است. همان طور که در ترکیه می بینیم، ریسک متحمل شده توسط ارائه دهندگان پزشکی خانواده به منظور تحریک آنها به عملکرد مناسب مسلماً به اندازه کافی بالا است. تحت سیستم امتیازات عملکردی، شکاف بین هدف و پوشش محقق شده می تواند منجر به کسر حقوق ارائه دهندگان پزشکی خانواده شود. حداکثر ۲۰ درصد از پرداخت حقوق پایه ارائه دهندگان (حدود ۹۱۵ لیر ترکیه) می تواند کسر شود که میزان قابل توجهی بوده و انگیزشی برای ارائه دهندگان در دستیابی به اهداف می باشد.

– مکانیسم های تولیت و پاسخگویی

قبل از شروع برنامه تحول سلامت نگرانی هایی در مورد تولیت ارائه خدمت وجود داشت. وجود این نگرانی ها به این معنا بود که بهبود پاسخگویی یکی از اهداف کلیدی نظام سلامت است. در اصل سیستم امتیازات اخطار و امتیازات عملکردی نیز در راستای همین پاسخگویی است. امتیازات اخطار، سازوکاری برای مقامات بهداشتی استان هستند تا ارائه دهندگان پزشکی خانواده را برای حفظ استانداردهای پایه ای مرتبط با جنبه های ساختاری کیفیت خدمات و همچنین استانداردهای رفتاری مورد انتظار از متخصصان بهداشتی پاسخگو نگه دارند.

ارتباط مستقیم بین عملکرد، پارامترهای از پیش تعیین شده و لغو قرارداد، مکانیسم مهمی برای بهبود پاسخگویی، اطمینان از رعایت استانداردهای پایه ای کیفیت و همچنین در جهت بهبود تولیت ارائه خدمت است.

برای مثال امتیازات منجر به کسورات حقوق که در نتیجه عدم دستیابی به استانداردهای خدمات بهداشتی مادر و کودک اعطا می گردند، سازوکاری در جهت بهبود پاسخگویی به مقامات بهداشتی استانی هستند. اگر ارائه دهندگان نتوانند به ۹۰ درصد اهداف پوشش واکسناسیون، پیگیری زنان باردار و نوزادان و کودکان کمتر از ۵ سال دست یابند، امتیاز اخطار کسب می کنند.

همچنین براساس قرارداد، جمعیت، گزینه تغییر پزشک خانواده خود را (در صورت نارضایتی نسبت

به پزشکی که برای آنها تعیین شده) دارند و به این دلیل که پرداخت به ارائه‌دهندگان پزشک خانواده براساس تعداد افراد ثبت‌نام شده آنها انجام می‌گردد، این انگیزه ایجاد می‌شود تا پزشکان نسبت به جمعیت ثبت‌نام شده نزد خود پاسخگو باشند. مکانیسم‌های شکایت نیز یک جزء مهم برای پاسخگویی می‌باشد. وزارت سلامت یک خط تلفن رایگان دارد که مردم می‌توانند به‌منظور بیان اعتراضات خود تماس بگیرند. این اعتراضات توسط اداره بهداشت استان و مرکز بهداشتی جامعه و به‌طور مستقل از ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد و می‌تواند آغازگر یک ممیزی باشد. جدایی خریدار و ارائه‌دهنده در چارچوب قرارداد، به حفظ استقلال مقامات استانی (که به‌طور مؤثر مسئول پاسخگو نگاه داشتن ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده نسبت به ترتیبات قرارداد هستند) کمک می‌کند.

تفویض پایش و مدیریت قرارداد به سطح استانی پاسخگویی ارائه‌دهندگان را بهبود می‌بخشد و نظارت وزارت سلامت را بر نتایج پزشکی خانواده تسهیل می‌کند. گرچه تأمین بودجه از وزارت بهداشت نشئت می‌گیرد، خریدار و مدیر قرارداد برای همه اهداف عملی، اداره بهداشت استان است. تفویض مدیریت قرارداد و پایش مسئولیت‌ها به سطح استانی نظارت را آسان‌تر کرده و به اداره بهداشت استان اجازه می‌دهد تا نقشی فعال‌تر در پایش، مدیریت ارائه‌دهندگان و واکنش سریع به هر نگرانی ایفا کند، به‌علاوه جدایی خریدار و ارائه‌دهنده نیز ارزیابی مستقل و عینی‌تر عملکرد ارائه‌دهنده‌ها را توسط اداره بهداشت استان تسهیل می‌کند. این واگذاری، وزارت سلامت را نیز از مسئولیت پایش روزانه ارائه‌دهندگان و یا مدیریت قراردادهای رها کرده و وزارتخانه را قادر ساخته تا بر طرح قرارداد مبتنی‌بر عملکرد و بخش سلامت به‌عنوان یک کل نظارت کند. همچنین این طرح ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده را در واحدی قرار می‌دهد که در عین داشتن استقلال در مدیریت، مشترکاً نسبت به دستیابی به نتایج مشخص شده در قرارداد پاسخگو هستند.

– پایش عملکرد

آنچه برای موفقیت هر سیستم پرداخت مبتنی‌بر عملکرد ضروری است، یک نظام اطلاعاتی است که در درجه اول ارائه‌دهندگان را در مدیریت و پیگیری بیماران پشتیبانی می‌کند و همچنین گزارش‌دهی شفاف و سریع عملکرد و مدیریت پرداخت را تسهیل می‌کند:

- تسهیل مدیریت ارائه‌دهندگان بر استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت: FMIS یک سیستم توسعه‌یافته مدیریت پرونده بیمار دارد که مدیریت بیماران را توسط ارائه‌دهندگان تسهیل می‌کند و به حفظ تاریخچه کاملاً الکترونیک از هر فرد که در سیستم پزشکی خانواده ثبت‌نام شده و از خدمات استفاده می‌کند کمک می‌کند. پرونده‌های پزشکی بیمار، ارائه‌دهندگان را قادر می‌سازد تا به‌راحتی پیشینه ارائه خدمات بالینی را به همه جمعیت ثبت‌نام شده خود حفظ و به‌روز نمایند. این سیستم یک ویژگی پشتیبانی تصمیم‌گیری نیز دارد که افرادی را که نیاز به پیگیری دارند به ارائه‌دهندگان یادآوری



می‌کند، برای مثال نوزادانی که نیازمند واکسیناسیون هستند.

• تسهیل گزارش‌دهی شفاف و سریع عملکرد و مدیریت پرداخت‌ها: ارائه‌دهندگان عملکردشان را از طریق FMIS که نقطه شروع گزارش‌دهی عملکرد در طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد است گزارش می‌دهند. داده‌های عملکرد ارائه‌دهندگان که از FMIS نشئت می‌گیرند یک ورودی حیاتی برای محاسبه خودکار میزان پرداخت به ارائه‌دهندگان در سیستم اصلی مدیریت منابع در سطح وزارتخانه فراهم می‌کنند. قابلیت به اشتراک‌گذاری اطلاعات با طرف‌های گوناگون، مدیریت پرداخت‌ها را تسهیل و شفافیت نظام قرارداد مبتنی بر عملکرد را افزایش می‌دهد. ارائه‌دهندگان می‌توانند پرداختی به خود را در FMIS ببینند و در صورت لزوم، درخواستی علیه کسورات اعمال شده تسلیم کرده تا اگر نیاز باشد قبل از انجام پرداخت‌ها، اصلاح شوند. در همان زمان، داده‌های FMIS، اداره بهداشت استان را قادر می‌سازد تا عملکرد ارائه‌دهنده را بررسی و قرارداد را به‌گونه‌ای اثربخش مدیریت کند. به‌طور مشابه، وزارت سلامت قادر است عملکرد کلی طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد را مورد پایش قرار دهد.

ممیزی مستقل ارائه‌دهندگان در کنار خود گزارش‌دهی آنها، به ارزیابی عملکرد اعتبار می‌بخشد. با توجه به تعداد زیاد ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده، که بایستی به‌صورت ماهیانه به آنها پرداخت شود، معقول این است که به خود گزارشی ارائه‌دهندگان به‌عنوان مکانیسمی برای انجام پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد نیز اعتماد کرد. این تجربه اکثر طرح‌های تشویقی مبتنی بر عملکرد برای پزشکان خانواده در سایر کشورهای OECD همچون بریتانیا، استرالیا و نیوزیلند می‌باشد. اما از آنجایی که گزارش‌دهی عملکرد برای انجام پرداخت‌ها در درجه اول به‌وسیله خود گزارش‌دهی صورت می‌پذیرد، بررسی مستقل نتایج به‌منظور جلوگیری از فریبکاری ارائه‌دهندگان و اعمال مجازات در صورت ارائه اطلاعات غلط حیاتی است. از این‌رو ماهیانه ۱۰ درصد پزشکان به‌صورت تصادفی انتخاب شده و سپس ۱۰ درصد بیماران این پزشکان به‌منظور ممیزی انتخاب می‌شوند. به این دلیل که پزشکی خانواده در کل کشور به میزان ثابتی گسترش یافته است، حدود ۱۱۰ هزار نوزاد کمتر از ۱۱ ماه و ۹۰ هزار مادر به‌صورت سالیانه در مورد خدمات بهداشت مادر و کودکی که دریافت کرده‌اند ممیزی می‌شوند. این سازوکار هم هزینه اثربخش است و هم مانعی برای گزارش‌دهی ناصحیح توسط ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده است.

دستاوردها

ترکیه در دوره برنامه پزشکی خانواده شاهد بهبودهای عمده‌ای از نظر نتایج کلیدی سلامت بوده است. میزان مرگ‌ومیر کودکان از ۲۸/۵ مرگ به‌ازای هر هزار تولد زنده در سال ۲۰۰۳ به ۱۰/۱ مرگ در سال ۲۰۱۰ (همراه با کاهش قابل توجه نابرابری‌های منطقه‌ای) رسیده است. نسبت مرگ‌ومیر مادری از ۶۱ مرگ به‌ازای هر صد هزار تولد زنده در سال ۲۰۰۳ به ۱۶/۴ مرگ در سال ۲۰۱۰ رسیده است. میانگین پوشش واکسیناسیون از ۶۸ درصد

در سال ۲۰۰۳ به تقریباً ۹۶ درصد در سال ۲۰۰۸ و به ۹۷ درصد در سال ۲۰۱۰ رسیده، در حالی که نابرابری‌های منطقه‌ای آن نیز کمتر شده است. به‌علاوه، تعداد زنان بیشتر و بیشتری حداقل چهار ویزیت مراقبت پیش از زایمان مطابق با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی داشته‌اند. لازم به ذکر است که علاوه بر برنامه پزشکی خانواده که در سال ۲۰۰۵ شروع شد، اقدامات بی‌شمار دیگری از سال ۲۰۰۳ به‌منظور کاهش مرگومیر مادر و کودک، بهبود پوشش واکسیناسیون، و افزایش تعداد ویزیت‌های دوران بارداری و پس از زایمان آغاز شده بود. به‌منظور آموزش تنظیم خانواده و تشخیص حاملگی در مراحل اولیه، هم‌اکنون زنان ۴۹-۱۵ سال دو بار در سال توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه و پزشکی خانواده پیگیری می‌شوند. برای مدیریت مراقبت دوران بارداری و پس از زایمان دستورالعمل‌هایی تهیه شده و استانداردها حداقل تعداد و زمان ویزیت مراقبت دوران بارداری و پس از آن را تعیین می‌کنند. از ابتدای سال ۲۰۰۵، مکمل‌های رایگان آهن برای زنان باردار و کودکان (به‌عنوان بخشی از برنامه‌های دوست‌دار آهن ترکیه و فرآورده‌های آهن برای زنان باردار) توزیع می‌شوند.

قبل از معرفی برنامه تحول سلامت، کودکان در برابر شش بیماری واکسینه می‌شدند (دیفتری، سیاه‌سرفه، کزاز، فلج اطفال، هپاتیت ب و سل) و در سال ۲۰۰۶، هموفیلوس آنفلوانزای نوع ب، سرخچه و اوریون نیز در این برنامه گنجانده شدند. از این‌رو هزینه‌کرد برای واکسیناسیون افزایش بسیاری یافت (بیش از ۱۹ برابر، از ۲۰ میلیون لیر در سال ۲۰۰۲ (به قیمت سال ۲۰۱۰) به ۳۹۷ میلیون لیر در سال ۲۰۱۰). با توجه به اینکه قرارداد مبتنی بر عملکرد تنها یک جنبه از رویکردی جامع بر مراقبت اولیه است که تحت برنامه تحول سلامت پشتیبانی می‌شود، ما در بخش بعدی روندهای نتایج سلامتی را از جنبه شاخص‌های عملکردی کلیدی که طرح مبتنی بر عملکرد آنها را بهبود می‌بخشد مثل پوشش واکسیناسیون، دسترسی و استفاده از خدماتی همچون مراقبت پیش از زایمان، توزیع منابع انسانی و مالی، رضایتمندی ارائه‌دهنده و مشتری به‌طور جزئی‌تر تحلیل می‌کنیم.

– مراقبت‌های پیش از زایمان

تا قبل از سال ۲۰۰۳، اختلافات زیادی از نظر ویزیت‌های مراقبت پیش از زایمان در سطح مناطق وجود داشت و در بسیاری از موارد، زنان باردار در دوره سه‌ماهه اول بارداری خود مراقبت‌ها را پیگیری نمی‌کردند. به‌منظور برداشتن این شکاف خدمتی مهم و برای اطمینان از حداقل چهار ویزیت مراقبت پیش از زایمان استانداردهای خدمتی برای مراقبت از زنان باردار (حداقل یک ویزیت در سه‌ماهه اول، دو ویزیت در سه‌ماهه دوم و یک ویزیت نیز در سه‌ماهه سوم) قرار داده شد و به‌منظور تأکید بیشتر بر اهمیت این استانداردها، آنها را به‌عنوان اهداف عملکردی در طرح گنجانده‌اند.

در نتیجه، میانگین تعداد ویزیت‌های مراقبت پیش از زایمان (میانگین کشوری) از ۳/۸ ویزیت در سال ۲۰۰۳ به ۴/۶ ویزیت در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت. در سال ۲۰۱۰، ۲۰ استان میانگینی کمتر از چهار ویزیت مراقبت پیش از زایمان داشتند و تنها دو استان میانگینی کمتر از سه ویزیت داشتند، در



مقایسه با سال ۲۰۰۳ که ۵۰ استان میانگین کمتر از چهار ویزیت مراقبت پیش از زایمان و ۲۰ استان میانگین کمتر از سه ویزیت داشتند. تا سال ۲۰۱۰ اکثر استان‌ها به هدف میزان حداقل چهار ویزیت مراقبت پیش از زایمان رسیدند. همچنین قبل از اجرای پزشکی خانواده، اختلافات بسیاری در میانگین تعداد ویزیت‌های مراقبت پیش از زایمان بین استان‌ها وجود داشت که با همگرایی همه استان‌ها به سمت هدف مقرر شده یعنی حداقل چهار ویزیت، این شکاف کمتر شد.

– میزان واکسیناسیون

همانطور که در بخش ابتدایی اشاره گردید، پوشش واکسیناسیون برای ۶ واکسن (ب.ث.ژ، سه‌گانه، فلج اطفال، سرخک، هپاتیت ب ۳، هموفیلوس آنفلوآنزای نوع ب) حوزه‌های با اولویت بسیار بالا در اصلاحات مراقبت‌های اولیه در ترکیه است که بخشی از طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد را در اقدامات پزشکی خانواده شکل می‌دهد. اینها جزء شاخص‌های عملکردی مرتبط با کاهش پرداخت حقوق بوده و همچنین در میان معیارهای لغو قرارداد نیز قرار دارند. اگر ارائه‌دهندگان در دستیابی به میزان پوشش ۱۰۰-۹۹ درصدی واکسن‌های مذکور با شکست روبرو شوند، کسورات حقوق اعمال می‌شود. به علاوه، پوشش کمتر از ۹۰ درصدی منجر به کسب ۱۰ امتیاز اخطار به‌ازای هر واکسن هدف می‌شود.

در سال ۲۰۰۳، میزان پوشش واکسیناسیون ترکیه، برای پنج واکسن (ب.ث.ژ، سه‌گانه، فلج اطفال، سرخک و هپاتیت ب) به‌راحتی کمتر از میانگین کشورهای بود که هزینه‌های سلامت و سطح درآمدی قابل مقایسه با ترکیه داشتند. بهبودهای عمده در خدمات ایمن‌سازی شامل اتخاذ رویکرد متمرکز بدین منظور در پزشکی خانواده، باعث شد ترکیه تا سال ۲۰۱۰ در پنج مورد واکسیناسیون مذکور، به‌راحتی بالاتر از میانگین کشورهای مشابه قرار گیرد.

این افزایش در میزان پوشش ایمن‌سازی در یک چارچوب زمانی نسبتاً کوتاه در مقایسه با کشورهای با درآمد بالای متوسط به دست آمد. بین سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، پوشش واکسیناسیون ب.ث.ژ، در ترکیه از ۸۸ درصد به ۹۴ درصد افزایش یافت. کشورهای با درآمد بالای متوسط برای رسیدن به این میزان افزایش، چهار سال (۱۹۹۶-۱۹۹۲) زمان صرف کردند. پوشش واکسن هپاتیت ب از ۸۲ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۹۶ درصد در سال ۲۰۰۷ افزایش یافت، در حالی که کشورهای با درآمد بالای متوسط به هفت سال زمان (۲۰۰۰-۲۰۰۷) نیاز داشتند تا از پوشش ۸۳/۶ درصد به ۹۳/۵ درصد برسند. این میزان بالای پوشش واکسیناسیون به کاهش شیوع بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری به‌وسیله واکسن منجر شده است. قابل توجه‌ترین کاهش در سرخک مشاهده می‌شود که از ۷۸۱۰ مورد در سال ۲۰۰۲ به هفت مورد در ۲۰۱۰ رسید که همه هفت مورد نیز وارداتی بوده یا به واردات مربوط بودند. علی‌رغم روند روبه بالا در پوشش واکسیناسیون ب.ث.ژ، سه‌گانه، سرخک و هپاتیت ب، بین سال ۲۰۰۳ و ۲۰۱۰، بیشترین افزایش (شاید به‌استثنای هپاتیت ب)، قبل از سال ۲۰۰۶ و قبل از اینکه طرح پزشکی خانواده معرفی

گردد اتفاق افتاده است. بنابراین هیچ اختلاف معناداری در میزان پوشش براساس سال اجرای طرح پزشکی خانواده ملاحظه نمی‌شود. همان‌گونه که پیش‌تر توضیح داده شد، برنامه‌های دیگری در طول دوره زمانی مشابه با هدف افزایش میزان ایمن‌سازی اجرا شده‌اند و بنابراین تفکیک تأثیر برنامه پزشکی خانواده در این باره دشوار است. در حالی که میانگین میزان پوشش واکسیناسیون برای استان‌هایی که در سال ۲۰۱۰ به پزشکی خانواده پیوستند در سال ۲۰۰۳ کمترین بود، تا سال ۲۰۰۶ آنها به سمت میانگین کشوری همگرا شده بودند و در سال ۲۰۱۰ از آن پیشی گرفتند.

بنابراین موفقیت بهبود در میزان پوشش واکسیناسیون نمی‌تواند منحصراً به اجرای برنامه پزشکی خانواده نسبت داده شود، به این دلیل که برخی از فعالیت‌های دیگر از سال ۲۰۰۳ به‌منظور افزایش میزان پوشش واکسیناسیون در حال اجرا بوده‌اند. همچنین علی‌رغم اینکه در ابتدا سهم بیشتری از استان‌های پزشکی خانواده به پوشش ۱۰۰-۹۹ درصدی واکسیناسیون رسیده بودند: در سال ۲۰۱۰ دیگر اینگونه نبود. در سال ۲۰۱۰، تعداد بیشتری از استان‌های غیرپزشک خانواده میزان پوشش ۱۰۰-۹۹ درصدی را برای واکسن‌های سه‌گانه (۴۳ درصد استان‌ها)، هپاتیت ب (۳۳ درصد استان‌ها)، در مقایسه با استان‌های پزشک خانواده (به‌ترتیب ۳۷ درصد و ۳۱ درصد استان‌ها) داشتند، تا سال ۲۰۱۰، بیش از ۳۰ درصد از کل استان‌ها (دارای پزشک خانواده و بدون آن) به میزان هدف ۱۰۰-۹۹ درصد برای پوشش واکسیناسیون رسیده بودند. علاوه بر افزایش در میزان پوشش کشوری، بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۰، شکاف منطقه‌ای به میزان قابل توجهی کمتر گردید. تا سال ۲۰۱۰، تنها هشت استان میزان پوشش کمتر از ۹۰ درصد و یک استان پوشش کمتر از ۸۰ درصد داشتند. از هشت استانی که پوشش کمتر از ۹۰ درصد داشتند، ۶ استان در سال ۲۰۱۰ به پزشکی خانواده ملحق گردیدند.

– استفاده از مراقبت‌های بهداشتی

با اجرای پزشکی خانواده تعداد مشاوره‌های بهداشتی اولیه افزایش یافت. تعداد ویزیت‌ها از ۱/۹ ویزیت سرانه در سال ۲۰۰۵ به ۲/۸ ویزیت سرانه در سال ۲۰۰۹ افزایش یافت. در سال ۲۰۰۹، تعداد ویزیت‌های سرانه برای تسهیلات بهداشتی اولیه به‌طور قابل توجهی در استان‌هایی که پزشکی خانواده را اجرا کرده بودند (۲/۹ ویزیت) در مقایسه با استان‌های بدون پزشک خانواده (۲/۱ ویزیت) بیشتر بود. نتایج نشان داد که معرفی پزشکی خانواده با افزایش در سرانه مشاوره تا ۲۸/۰ و افزایش ۱۴ درصدی ویزیت‌ها در این دوره زمانی کوتاه مرتبط بوده است. به‌علاوه، سهم جمعیتی که تصمیم به استفاده از خدمات سرپایی در سطح مراقبت اولیه گرفتند، از ۳۸ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۵۱ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است.

– منابع انسانی

ترکیه بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۰ بهبود قابل توجهی را در افزایش نیروی کار سلامت خود ایجاد کرده است، با این حال سرانه تعداد کارکنان بهداشتی ترکیه از میانگین OECD هنوز کمتر است. در ترکیه



تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت، از ۱/۲۹ در سال ۲۰۰۳ به ۱/۶۸ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است (که ۱۷ درصد از آنها پزشکان خانواده هستند). به دنبال افزایش تمرکز بر مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده، تعداد پزشکان عمومی (از جمله پزشکان خانواده) به ازای هر هزار نفر جمعیت، از ۰/۴۳ در سال ۲۰۰۳ به ۰/۵۳ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است (جدول ۱). اختلافات منطقه‌ای در توزیع پزشکان عمومی نیز به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. همان‌طور که در جدول ۲ می‌توان دید، نابرابری در توزیع پزشکان عمومی کاهش یافته و شکاف بین بهترین و بدترین استان‌ها از لحاظ توزیع، از ۰/۶ پزشک به ازای هر هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰۷ به ۰/۳۶ پزشک در سال ۲۰۱۰ رسیده است.

جدول ۱. تعداد پرسنل بهداشتی درمانی به ازای هر هزار نفر جمعیت، ۲۰۰۳-۲۰۱۰

عنوان	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰
پزشک متخصص	۰/۶۶	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۷۷	۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۸۶
پزشک عمومی	۰/۴۳	۴۴	۰/۴۶	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۵۳
دستیاران	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۹
کل پزشکان	۱/۲۹	۱/۴۲	۱/۴۵	۱/۴۷	۱/۵۴	۱/۶۰	۱/۶۵	۱/۶۸
پرستار	۱/۱۷	۱/۱۶	۱/۱۶	۱/۱۷	۱/۳۸	۱/۴۲	۱/۴۵	۱/۵۹
ماما	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۶۰	۰/۶۰	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۶۸	۰/۷۰

مأخذ: وزارت سلامت ترکیه (۲۰۱۲).

جدول ۲. توزیع کارکنان بهداشتی درمانی به ازای هر هزار نفر جمعیت، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰

ترکیه	بدترین استان	بهترین استان	
۲۰۰۷			
۰/۷۷	(شرناق) ۰/۲۲	۲/۰۶ (آنکارا)	پزشکان متخصص
۰/۴۹	(استانبول) ۰/۳۱	۰/۹۱ (آنکارا)	پزشکان عمومی
۱/۳۸	(شرناق) ۰/۵۰	۲/۴۳ (تراپزون)	پرستاران
۰/۶۸	(شرناق) ۰/۲۸	۲/۰۵ (تونجلی)	ماماها
۲۰۱۰			
۰/۸۶	(شرناق) ۰/۳۷	۱/۷۹ (آنکارا)	پزشکان متخصص
۰/۵۳	(شانی اورقه، غازی عینتاب، استانبول) ۰/۴۴	۰/۸۰ (تونجلی)	پزشکان عمومی
۱/۵۹	(شرناق) ۰/۸۲	۳/۴۸ (آنکارا)	پرستاران
۰/۷۰	(استانبول) ۰/۴۱	۲/۲۴ (تونجلی)	ماماها

مأخذ: همان.

قبل از اجرای طرح پزشکی خانواده در سراسر ترکیه، دریافتی پزشکان عمومی و پرستاران در بیمارستان‌ها به خاطر افزایش سریع‌تر در پرداخت‌های اضافی (مشوق‌ها) به طرز قابل توجهی بیشتر از حوزه‌های مراقبت اولیه^۱ بود. با این حال، از سال ۲۰۰۹ این روند تغییر کرده است. در سال ۲۰۰۷، حقوق‌های ماهیانه برای پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها و حوزه‌های مراقبت اولیه، تقریباً مشابه گردید (به ترتیب ۱۲۷۲ و ۱۲۶۵ لیر)، ولی پرداخت‌های اضافه ماهیانه در بیمارستان‌ها، تقریباً ۲/۷ برابر این نوع پرداخت‌ها در حوزه مراقبت اولیه بود (۲۶۸۰ لیر در بیمارستان‌ها در مقایسه با ۹۹۷ لیر در حوزه مراقبت‌های اولیه). در نتیجه در سال ۲۰۰۷، دریافتی ماهیانه کلی پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها ۳۹۵۲ لیر و در حوزه‌های مراقبت اولیه ۲۲۶۲ لیر بود. به دلیل کاهش قابل توجه شکاف در اضافه پرداخت به پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها و مراقبت‌های اولیه تا سال ۲۰۱۰، شکاف در کل پرداخت‌ها کمتر شد. در سال ۲۰۱۰، پرداخت‌های اضافه به پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها تنها ۱/۳ برابر این پرداخت‌ها در حوزه مراقبت‌های اولیه بود (به ترتیب ۱۹۹۱ و ۱۴۹۶ لیر).

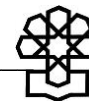
به نظر می‌رسد دریافتی پزشکان خانواده برای جذب پزشکان عمومی به سمت برنامه به اندازه کافی بالا می‌باشد. دریافتی خالص ماهیانه پزشکان خانواده نسبت به کل دریافتی ماهیانه پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها از ۱۳۱ درصد در سال ۲۰۰۸ به ۱۵۸ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است و به مأموران بهداشت خانواده^۲ تقریباً به اندازه پرستاران بیمارستان‌ها پرداخت می‌شود. در سال ۲۰۱۰، طبق اعلام پزشکان خانواده، درآمد خالص ماهیانه ۵۶۷۹ لیره‌ای آنها، ۱/۶ برابر میانگین درآمد خالص ماهیانه پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها، ۱/۹ برابر میانگین درآمد خالص ماهیانه پزشکان عمومی در محیط‌های مراقبت اولیه و برابر با درآمد خالص ماهیانه متخصصان بود. با توجه به پیشینه تأکید بر حوزه‌های درمانی و سطوح بالای تخصص‌گرایی میان پزشکان، انتظار می‌رود دریافتی پزشکان خانواده به قدر کافی بالا باشد تا فارغ‌التحصیلان، بیشتر به سمت تخصص پزشکی خانواده تشویق شوند.

– تأمین مالی

در سال ۲۰۰۹، هزینه‌های کلی سلامت ترکیه به‌عنوان بخشی از GDP، نسبت به کشورهای قابل مقایسه از نظر درآمدی، حدوداً متوسط بود. در طول دهه‌های گذشته، رشد نسبتاً بالای اقتصادی و ادامه در اولویت قرار دادن سلامت در کل هزینه‌های دولت به افزایش منابع برای سلامت در همه ابعاد (مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های اولیه، فرآورده‌های پزشکی و دارویی) منجر شده است. از جنبه مراقبت‌های اولیه، بین سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۰، هزینه‌ها تقریباً دو برابر افزایش یافته است، از ۲۱۶۹ میلیون لیر (به قیمت سال ۲۰۱۰) در سال ۲۰۰۲ به ۴۱۳۶ میلیون لیر در سال ۲۰۱۰. همچنین هزینه مراقبت‌های اولیه به‌عنوان سهمی از هزینه‌های

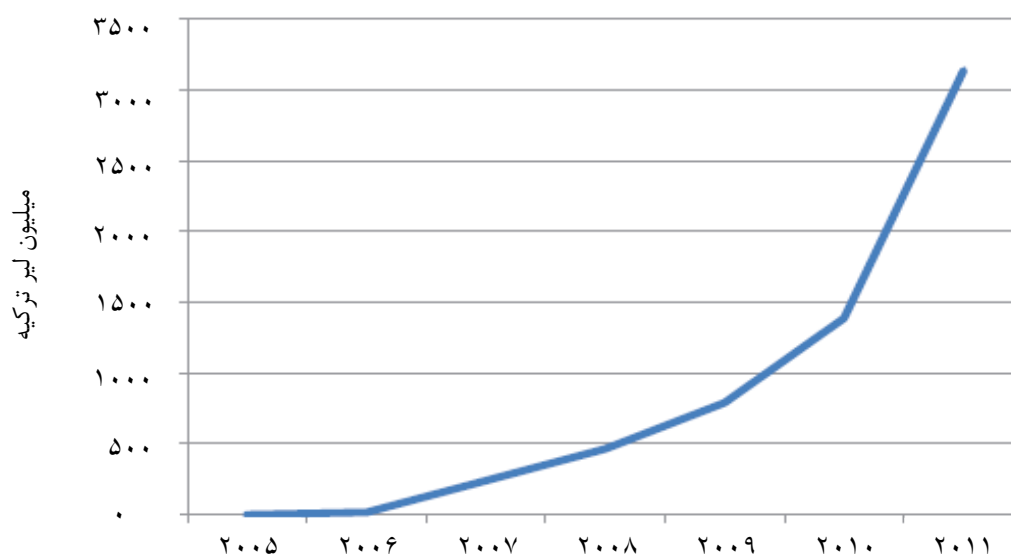
۱. پزشکان عمومی در مراقبت‌های اولیه شامل پزشکان خانواده می‌شوند.

۲. شامل پرستاران، ماماها و مأموران بهداشتی.



عمومی سلامت از ۴/۹ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۷/۴ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است، البته آخرین آمار موجود برای سال ۲۰۱۰ به افزایش بیشتری یعنی ۶۴۲۴ میلیون لیر و نزدیک به ۱۱/۴ درصد از هزینه‌های عمومی سلامت اشاره می‌کند. در سال ۲۰۱۱، هزینه‌های پزشکی خانواده ۳۱۳۷ میلیون لیر بود. هزینه پزشکی خانواده ۴۸/۸ درصد از هزینه مراقبت‌های اولیه و ۵/۶ درصد از هزینه‌های عمومی سلامت را شامل می‌شد. نمودار ۱ افزایش هزینه‌های پزشکی خانواده را با پیوستن استان‌ها به این برنامه نشان می‌دهد.

نمودار ۱. هزینه‌های پزشکی خانواده (۲۰۰۵-۲۰۱۱)



مأخذ: وزارت سلامت ترکیه (۲۰۱۲).

- پاسخگویی به استفاده‌کنندگان

یکی از ابعاد مهم عملکرد نظام سلامت پاسخگویی در برابر استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت می‌باشد. این موضوع در اجرای پزشکی خانواده در ترکیه بسیار مورد مطالعه قرار گرفته است. در سال ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱، رضایتمندی بیماران از جنبه‌های مختلف مراقبت‌های اولیه بررسی گردید. در سال ۲۰۰۸، مقایسه میزان رضایتمندی بین استان‌هایی که برنامه پزشکی خانواده را اجرا کرده بودند و آنهایی که هنوز آن را اجرا نکرده بودند نشان داد که رضایتمندی به‌طور معناداری در استان‌های اجراکننده برنامه بیشتر است. در سال ۲۰۱۱، همه استان‌ها به برنامه ملحق شدند، از این‌رو استان‌ها به دو دسته اجراکنندگان قدیمی (آنهایی که قبل از سال ۲۰۰۸ به طرح پیوستند) و اجراکنندگان جدید (آنهایی که در سال ۲۰۰۸ یا پس از آن به طرح ملحق شدند) تقسیم می‌شوند. به‌علاوه استان‌ها را به دو دسته یعنی آنهایی که برنامه را در سال ۲۰۰۶ اجرا کردند و آنهایی که آن را در سال ۲۰۱۰ اجرا کردند تقسیم می‌کنیم. در سال ۲۰۱۰ میزان رضایتمندی بیماران در میان اجراکنندگان قدیمی ۹۲/۱ درصد بود، در مقایسه با ۹۰/۲ درصد در میان اجراکنندگان جدید. با این حال این

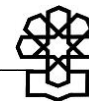
اختلافات از لحاظ آماری معنادار نبود. بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱، میزان رضایتمندی بین اجراکنندگان جدید از ۸۰/۸ درصد به ۹۰/۲ درصد افزایش یافت. اگر ما به استان‌هایی که برنامه را در سال ۲۰۰۶ اجرا کرده‌اند و آنهایی که آن را در سال ۲۰۱۰ اجرا کرده‌اند نگاهی بیاندازیم، اختلاف بیشتری در رضایتمندی می‌بینیم ۹۴/۷ درصد، در مقایسه با ۸۹/۶ درصد، به ترتیب، که از لحاظ آماری معنا دارند. یکی از دلایل کلیدی در رضایتمندی بیماران بین استان‌ها (اجراکنندگان قدیمی در مقابل اجراکنندگان جدید) محرمانگی بیمار است. سیستم امتیازات اختصار محرمانگی بیمار را نیز شامل می‌شود. بنابراین رضایتمندی بیشتر بیماران در استان‌های مجری برنامه نشان می‌دهد که سیستم امتیازات اختصار، تأثیری مثبت در بهبود محرمانگی داده‌ها و سوابق بیمار داشته است.

– پاسخگویی به ارائه‌دهندگان

ارائه‌دهندگان، ذینفعان مهمی در هر اصلاحات حوزه سلامت می‌باشند. مدیریت انتظارات و پشتیبانی از اقدامات ارائه‌دهندگان از طریق پاسخ به نیازهای مشروع آنها ضروری است تا دستیابی به نتایج خوب سلامتی تضمین شود. در سال ۲۰۰۸، رضایتمندی کارکنان مراقبت‌های سلامت در تسهیلات بخش دولتی بررسی و بیمارستان‌های دانشگاهی دیدگاه‌های ارائه‌دهندگان را نسبت به رضایتمندی شغلی، انگیزه و تعهد مورد ارزیابی قرار داده‌اند. به علاوه، یک سری سؤالات در مورد عناصر برنامه تحول سلامت همچون پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد، اقدامات پزشکی خانواده و رضایتمندی بیماران، از ارائه‌دهندگان پرسیده شد. از ارائه‌دهندگان درخواست شد تا پاسخ‌هایشان را در مقیاسی از ۱ یعنی بسیار مطلوب و ۶ بسیار نامطلوب ارزشگذاری کنند. پزشکان خانواده بیشترین گزینه بسیار مطلوب را در میان سؤالات پرسیده شده داشتند. رضایت شغلی در میان پزشکان خانواده از همه بیشتر بود (با میانگین امتیاز ۲/۳۲ در مقایسه با میانگین امتیاز ۲/۶۴ در میان متخصصین). انگیزه و تعهد نیز در میان پزشکان خانواده، بالاترین بود (به ترتیب میانگین ۲/۶۸ و ۲/۶۰ در مقایسه با میانگین ۳/۲۵ و ۲/۹ در میان متخصصین). دیدگاه‌ها نسبت به پزشکی خانواده در میان خود پزشکان خانواده مثبت‌ترین (میانگین ۲/۴۴) و در میان دستیاران و متخصصین، منفی‌ترین (به ترتیب میانگین ۳/۵۷ و ۳/۵۴) بود. پزشکان خانواده همچنین مثبت‌ترین دیدگاه را در مورد رضایتمندی بیماران (میانگین ۲/۳۲)، بعد از مدیران (میانگین ۲/۱۱) داشتند، این میزان در میان متخصصین ۲/۹۱ و دستیاران ۳/۰۹ بود.

نتیجه‌گیری

همانطور که می‌توان دید، گرچه سخت است تا تأثیر نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده را با توجه به سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه در بخش سلامت (درست قبل از اجرای طرح)، مجزا کنیم، ولی آشکار است که اصلاحات جامع نحوه ارائه خدمات بهداشتی مادر و کودک در ترکیه به بهبودهای قابل



توجه هم در نتایج سلامتی و هم در ارائه خدمت منجر شده است. به علاوه شکاف‌های بین مناطق مختلف کاهش یافته و در مدت زمانی بسیار کوتاه موفقیت‌هایی حاصل گردیده است. منابع تخصیص داده شده نیز هم در بُعد منابع انسانی و هم مالی برای پشتیبانی از اصلاحات افزایش یافته و دریافتی‌های بیشتر پزشکان خانواده، کارکنان بیشتری را در جهت ملحق شدن به پزشکی خانواده جذب کرده است. در نتیجه رضایتمندی استفاده‌کنندگان و ارائه‌دهندگان به میزان قابل توجهی افزایش یافته است.

مسیر پیش رو

ترکیه در یک زمان نسبتاً کوتاه، به‌گونه‌ای موفقیت‌آمیز، در سراسر کشور مدل پزشکی خانواده را که قرارداد مبتنی بر عملکرد از عناصر جدایی‌ناپذیر آن است معرفی و اجرا کرد. همانطور که پیش‌تر مورد بحث قرار گرفت، شاخص‌های مادر و کودک در کنار سایر مداخلات، به‌طور قابل توجهی بهبود یافتند. قرارداد مبتنی بر عملکرد برای پرداختن به نیازهای اولویت‌دار بخش سلامت در زمان اجرا مناسب بود. ترتیبات نهادی، ساختارهای پاسخگویی و همچنین سیستم‌های پایش و ارزیابی در همه سطوح (ملی، استانی و سطح ارائه‌دهنده)، کاملاً فعال بوده و عملکرد طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد را پشتیبانی می‌کنند. براساس نتایج، هم‌اکنون فرصتی مناسب برای تغییر جزئی و ارتقای طرح به‌منظور افزایش موفقیت آن فراهم است. گرچه به‌منظور جلوگیری از سرگستگی ارائه‌دهندگان و ناظران طرح، قواعد کار اغلب نایستی بیش از اندازه تغییر کند ولی طرح نیز نباید در طول زمان ایستا باشد چرا که مزایای آن کاهش می‌یابد. در عوض اهداف و شاخص‌های عملکردی، روش‌ها و اندازه نمونه‌گیری بررسی نتایج، محرومیت‌ها و غیره بایستی به‌صورت دوره‌ای بازبینی شوند و در صورت لزوم در مدت اجرا تغییر یابند. همچنین هرگونه تغییر بایستی در چرخه قرارداد بعدی منعکس شود. حوزه‌هایی که می‌توان تغییر را در آنها اعمال کرد بدین شرح‌اند:

– تنظیم مجدد قراردادها به‌منظور معرفی شاخص‌های کیفی مراقبت‌های بهداشت مادر و کودک: سیستم امتیازات احطار شامل تعدادی از شاخص‌ها می‌شود که در درجه اول جنبه‌های ساختاری کیفیت مراقبت‌ها همچون داروهای منقضی شده یا عدم رعایت قوانین زنجیره سرد (حداقل پیش‌نیازهای پایه‌ای برای ارائه خدمت) را دربرمی‌گیرد. با این حال طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد، بعد روند بالینی کیفیت مراقبت‌ها را تشویق نمی‌کند. برای مثال، هدف شاخص مراقبت‌های پیش از زایمان انجام حداقل چهار ویزیت پیش از زایمان است و بر محتوی بالینی چنین ویزیت‌هایی تمرکز ندارد. بنابراین می‌توان گفت که طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد در ترکیه با رویکردی کمیت‌محور در مورد بهداشت مادر و کودک آغاز گردید. البته ترکیه در حال حاضر به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر برنامه بهبود کیفیت خود در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دارای کنترل‌های کیفی می‌باشد و به این دلیل که این کشور هم‌اکنون از نظر شاخص‌های کمی بهداشت مادر و کودک بسیار خوب عمل می‌کند،

این مطالعه توصیه می‌کند که با تمرکز بر روندهای بالینی و به‌منظور پشتیبانی از تلاش‌های جاری بهبود کیفیت، شاخص‌های کیفی بهداشت مادر و کودک در قراردادهای عملکرد گنجانده شوند. برای مثال شاخص‌های کیفی مرتبط با فرآیندهای بالینی در مراقبت‌های قبل از زایمان که می‌توانند در قرارداد گنجانده شوند اینها هستند:

- بررسی زنان باردار در هر ویزیت پیش از زایمان از لحاظ فشار خون بالا،
- بررسی زنان باردار در هر ویزیت پیش از زایمان از لحاظ پروتئینوری،
- بررسی زنان باردار در هر ویزیت پیش از زایمان از لحاظ گلیکوزوری،
- انجام یک آزمایش هموگلوبین از زنان باردار در سه‌ماهه اول بارداری،
- بررسی مقدار پلاکت زنان باردار در سه‌ماهه سوم بارداری.

نظارت بر این شاخص‌ها به پرونده‌های پزشکی کامپیوتری FMIS بستگی دارد. برخی از این شاخص‌ها همچون آزمایش غربالگری پروتئینوری و هموگلوبین در حال حاضر در سطح تجهیزات پایش می‌شوند. ثبت چنین آزمایشاتی برای زنان باردار در FMIS، می‌تواند پایه‌ای برای دستیابی ارائه‌دهنده به هدف ایجاد کند. روش‌های ممیزی می‌توانند شامل مقایسه پرونده‌های آزمایشگاهی با پرونده‌های پزشکی، همچنین مصاحبه با یک نمونه تصادفی از بیماران برای مشاهده اینکه آیا نمونه‌های خون و ادرار آنها در زمان ویزیت‌های پیش از زایمان گرفته شده است یا خیر باشد. اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌ها برای مقاصد پرداخت، پیچیده‌تر از اندازه‌گیری کمیت آنهاست، اما توجه به این‌گونه شاخص‌ها بایستی گام بعدی برای طرح باشد. معرفی چنین شاخص‌های پیچیده‌ای بایستی به‌گونه‌ای آزمایشی و همراه با ارزیابی‌های قوی قبل از اجرای گسترده آنها صورت گیرد.

– جهت‌دهی مجدد شاخص‌های عملکردی برای پرداختن به بیماری‌های غیرواگیر (NCD)

با توجه به افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر در زمان کنونی، ارائه مشوق‌های مثبت برای ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده به‌منظور اجرای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها در ترکیه بسیار مفید است. با این حال بایستی مراقب بود و سادگی سیستم را حفظ نمود، طریقی که دارای مشوق‌های منفی برای شاخص‌های خاص و مشوق‌های مثبت برای سایر شاخص‌ها باشد می‌تواند به‌صورت بالقوه موضوعات را هم برای ارائه‌دهندگان و هم ناظران طرح پیچیده کند.

شاخص‌های عملکردی ممکن برای NCD، می‌تواند اینها باشد:

- غربالگری بزرگسالان از نظر ریسک‌های معمول قلبی و عروقی (فشار خون بالا، کلسترول بالا و چاقی)،
- مدیریت موفق NCD (کنترل فشار خون در بیماران دارای فشار خون بالا، کنترل قند خون در بیماران دیابتی (آزمایش HbA1c یا هموگلوبین گلیکوزیله))،
- غربالگری سرطان‌های متداول.



– با توجه به معرفی شاخص‌های جدید، وزارت بهداشت می‌بایستی:

- شاخص‌های عملکردی که هدفشان محقق شده است را برداشته و شاخص‌های جدیدی که بر چالش‌های برجسته تمرکز می‌کنند را معرفی کند.
- اضافه کردن شاخص‌های عملکردی جدید و برداشتن شاخص‌های قدیمی به صورت گام به گام انجام پذیرند.
- با معرفی شاخص‌های جدید، در عین حال دستاوردهای شاخص‌های قدیمی حفظ شود و به منظور مرتبط ساختن بخش بیشتری از پرداخت‌ها به اولویت‌های مهمتر، وزن‌دهی به شاخص‌ها به گونه‌ای متفاوت انجام شود. هر گزینه ریسک و مزایای متفاوتی دارد. عدم استفاده از شاخص‌های عملکردی قبلی این ریسک را به همراه خواهد داشت که ارائه‌دهندگان تلاش‌هایشان را بر شاخص‌های جدیدی که بدان تشویق می‌شوند متمرکز کرده و دستاوردهای موجود تضعیف شوند. افزایش تعداد شاخص‌های عملکردی نیز بار اداری سیستم را افزایش می‌دهد. بایستی توجه شود که حرکت به سمت شاخص‌های جدید مانند آنهایی که در بالا اشاره شده می‌تواند یک چالش عمده باشد، به این دلیل که شاخص‌های عملکردی قبلی به طور وسیع پذیرفته شده‌اند، نسبتاً به سادگی قابل اندازه‌گیری هستند و تا حد قابل توجهی در کنترل ارائه‌دهندگان می‌باشند. شواهد بین‌المللی اندکی وجود دارد که نشان دهد قرار دادن مشوق‌ها در شاخص‌های عملکردی پیچیده اثربخش باشد. بنابراین بایستی احتیاط کرد و شاخص‌های جدید را قبل از استفاده گسترده به صورت آزمایشی و همراه با ارزیابی دقیق به کار برد.

– ضرورت تمرکز بر طرف تقاضا: مشوق‌ها در قرارداد مبتنی بر عملکرد نخست در طرف عرضه هستند. برای مثال آنها ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده را به افزایش تلاش در جهت ارائه خدماتی که با سیستم امتیازات اخطار و امتیازات عملکردی مرتبط هستند سوق می‌دهند. با این حال به منظور پوشش کامل بهداشت مادر و کودک تمرکز بر طرف تقاضا ضروری است. با تمرکز بر طرف تقاضا می‌توان بر محدودیت‌هایی که جمعیت در دستیابی به خدمات مادر و کودک با آن روبرو است غلبه کرد. برای مثال، اتخاذ مزایایی همچون انتقال مشروط پول نقد^۱ در طرح می‌تواند توانایی ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده را برای بهبود پوشش بالا ببرد. به علاوه مشوق‌های طرف تقاضا می‌توانند نقش با اهمیتی در کنترل بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های غیرواگیر داشته باشند. این مورد به طور خاص با پرداختن به ریسک فاکتورهایی همچون چاقی، استعمال سیگار، فشار خون بالا و کلسترول بالا مرتبط است که بیماران ممکن است در مورد آنها تمایلی به دریافت مراقبت‌ها از ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده نداشته باشند.

– استانداردسازی نظارت بر ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده: رویه‌های به کار گرفته شده برای پایش ارائه‌دهندگان و بررسی نتایج آنها (مثلاً روش ممیزی ۱۰ درصد پزشکان، انجام ارزیابی دو بار در سال واحدهای پزشکی خانواده و ارزیابی امتیازات اخطار) به منظور انجام پرداخت‌ها بین استان‌ها تفاوت‌های

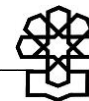
۱. طرح انتقال مشروط پول نقد به زنان فقیر يك كمك‌هزینه ماهیانه ۱۷ لیره‌ای به منظور انجام معاینات بهداشتی مورد نیاز در طول دوره بارداری و معاینه بعد از تولد نوزاد و يك ۳۵ لیر اضافی برای زایمان در مراکز درمانی ارائه می‌دهد.

قابل توجهی دارند. وزارت سلامت به‌منظور کاهش چنین تفاوت‌هایی، اخیراً فرم‌ها و راهنماهای استاندارد را برای نظارت معرفی کرده است.

– معرفی سازوکارهای ارائه بازخورد سازنده به ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده و دریافت بازخورد از آنها در سطح محلی به‌منظور بهبود عملکرد: وزارت بهداشت جلسات سالیانه‌ای را به‌منظور شناسایی و حل مشکلات و شکایت‌ها با انجمن پزشکان خانواده برگزار می‌کند. با این حال در حال حاضر هیچ دستورالعمل استاندارد در مورد بازخوردهای منظم بین ارائه‌دهندگان و بخش‌های بهداشتی استانی وجود ندارد. البته برخی استان‌ها به ابتکار خود جلساتی را به‌منظور ارائه و دریافت بازخورد برگزار می‌کنند. استانداردسازی این استراتژی‌ها در استان‌ها می‌تواند سهم مهمی در بهبود عملکرد ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده داشته باشد. اخذ بازخورد از ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده برای اطمینان از اینکه طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد به انتظارات مشروع ارائه‌دهندگان پاسخگو باقی می‌ماند و باعث از بین رفتن انگیزه‌های آنها برای عملکرد بهتر در جهت منافع جمعیت‌شان نمی‌شود مهم است. در نهایت، بازخورد ارائه‌دهندگان می‌تواند مقامات استانی را در متناسب‌سازی کمک‌های آموزشی و یا فنی با نیازهای ارائه‌دهندگان کمک کند. ممیزی‌های تصادفی دو بار در سال و بازخوردهای هماهنگ‌کننده که برای انگیزش ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده انجام می‌شوند بسیار مهم هستند. دستورالعمل‌ها و فرمت استانداردسازی فرآیند نظارت و همچنین ارائه آموزش به ناظرانی که جدیداً معرفی شده‌اند در این رابطه کمک‌کننده خواهد بود.

– استفاده از شبکه‌های یادگیری به‌منظور به اشتراک گذاشتن مشکلات اجرایی مشترک و ارائه راه حل در جهت ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده

– ارزیابی اثر طرح جدید: تعیین موفقیت طرح قرارداد کنونی در ترکیه یک چالش است به این دلیل که در زمان تنظیم آن، مسئله ارزیابی اثر در نظر گرفته نشده است. هم‌اکنون که طرح اصلی در سطح کشور به کار گرفته شده و وزارت سلامت قصد دارد تا ضمیمه جدیدی را به آن اضافه کند، لازم است از همان اول با استفاده از شواهد قوی، یک ارزیابی اثر دقیق در نظر گرفته شود تا بتوان میزان موفقیت چنین تغییری را در آینده بررسی کرد.



لیست دلایل اعطای امتیازات اخطار

امتیازات اخطار	عنوان
۳	عدم رعایت برنامه ساعات کاری
۵	غیبت غیرموجه (به ازای هر روز)
۵	عدم تحویل به موقع پوسترها و اعلانها
۵	مناسب نبودن شکل تابلوهای راهنما در داخل و خارج از مرکز پزشکی خانواده
۵	استفاده از موادی که حاوی تبلیغات دارویی است (در حین انجام کار)
۱۰	نگهداری نامنظم سوابق مرتبط با کار و یا عدم اطلاع رسانی به اداره بهداشت استانی یا وزارتخانه سلامت
۱۰	عدم انتقال سوابق بهداشتی شخصی افراد ثبت نام شده
۱۰	عدم جایگزینی تجهیزات پزشکی از بین رفته مرکز پزشکی خانواده ظرف ده روز (به ازای هر کدام از اجناس از بین رفته)
۱۰	عدم انجام آموزش در مدت زمان تعیین شده
۱۰	نگهداری داروهای منقضی
۱۰	عدم نگهداری داروها تحت عنوان تجویز سبز و قرمز
۱۰	پذیرفتن نمایندگی شرکت دارویی در مرکز پزشکی خانواده در طول ساعات کار
۵	نبود روشنایی کافی در فضای انتظار و درمان
۵	عدم انجام درمان با مشاهده مستقیم در بیماران مبتلا به بیماری سل
۱۰	عدم انجام بخش خدمات مراقبت خانگی
۱۰	تأخیر و یا عدم پیشروی براساس برنامه خدمات بهداشتی سرپایی
۵	عدم انجام سایر وظایف تعیین شده توسط مقررات
۵	نپوشیدن یونیفرم
۲۰	عدم تأمین امنیت سوابق بهداشتی شخصی به اشتباه (غیر عمد)
۵۰	عدم تأمین امنیت سوابق بهداشتی شخصی به طور عامدانه
۱۰	عدم ایجاد حداقل شرایط فیزیکی مناسب در مرکز بهداشت خانواده، ظرف ده روز
۲۰	عدم رعایت مقررات کنترل زباله های پزشکی
۲۰	عدم مشارکت در ممیزیها (حسابرسی)، عدم ارائه داده های درخواست شده، بیان موارد خلاف واقع
۲۰	عدم اعلام داراییها برابر قانون
۲۰	عدم انجام وظایف مقدور شده در اجرای پزشکی پیشگیری، بیان اظهارات غیرواقعی
۱۰	انجام کمتر از ۹۰ درصد هر کدام از واکسیناسیونها (مرتبط با اهداف عملکردی)، بجز موارد فورس ماژور یا مواردی که مخالفت کرده اند
۲۰	میزان پیگیری کمتر از ۹۰ درصد در زنان باردار (باتوجه به اهداف عملکردی ویزیت زنان باردار)، بجز موارد فورس ماژور یا مواردی که مخالفت کرده اند
۲۰	میزان پیگیری کمتر از ۹۰ درصد هر یک از اقدامات پزشکی پیشگیرانه کودک - نوزاد، به استثنای موارد فورس ماژور یا مواردی که مخالفت کرده اند
۲۰	عدم پایبندی به قوانین زنجیره سرد
۲۰	عدم پایبندی به حقوق و محرمانگی بیمار با توجه به الزامات قوانین مربوطه
۲۰	عدم پایبندی به کدهای اخلاق پزشکی یا محرمانگی بیمار
۲۰	توهین به همکاران یا دریافت کنندگان خدمت
۵۰	حضور مست در محل کار یا آوردن مشروبات الکلی به محل کار
۵۰	ارائه اسناد و گزارشهای خلاف واقع

منبع و مأخذ

- World Bank, 2013. Turkey Performance Based Contracting Scheme in Family Medicine: Design and Achievements. Washington DC; World Bank.



شماره مسلسل: ۱۵۶۰۹

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی بر طراحی و دستاوردهای طرح «قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده در ترکیه»

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت)

تهیه و تدوین کنندگان: محمد بختیاری علی آباد، ایروان مسعودی اصل

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، مریم رهبری بناب

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____



واژه‌های کلیدی: _____

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۹/۱۱