

ارزیابی مدل مجتمع‌های سلامت تبریز، درس‌هایی برای یادگیری

رضا دهنویه^۱، سمیه نوری حکمت^۲، علی مسعود^۳، محمدعلی مقبلی^۴، حامد رحیمی^۵، آتوسا پورشیخعلی^۶،
مریم حسین پور^۷، سیروس سالاری^۸

^۱ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳ دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۵ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۶ دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۷ پزشک عمومی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۸ پزشک عمومی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: آتوسا پورشیخعلی، نشانی: کرمان دانشگاه علوم پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۰۲، پست الکترونیک: tousaprs68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

مقدمه و اهداف: یکی از مدل‌هایی که بصورت غیرمتمرکز و در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در تبریز شکل گرفته، مدل مجتمع‌های سلامت می‌باشد. این مطالعه، با هدف ارزیابی مدل و شناسایی نکات مفید آن انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه کیفی و موردی است که در سال ۱۳۹۶ انجام شد. علاوه بر مشاهده، ۲۸ نفر شامل افراد مسئول و مطلع درمورد مجتمع‌های سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به صورت هدفمند انتخاب و با آنها مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شد. برای تحلیل مصاحبه‌ها و نتایج حاصل از مشاهده، از روش تحلیل چارچوبی بر پایه ابزار ارزشیابی مراقبت‌های اولیه (PCET) استفاده شد که توسط سازمان بهداشت جهانی توسعه یافته است.

یافته‌ها: از جمله نقاط قوت این مدل می‌توان به برنامه‌ریزی غیرمتمرکز، تقویت حضور بخش خصوصی، استفاده مناسب‌تر از روش‌های ارزیابی عملکرد تیم سلامت، ایجاد حس ارائه خدمات تاثیرگذار در ارائه دهندگان، استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر، تقویت سیستم ارجاع، تقویت تداوم خدمت، تسهیل دسترسی مالی و افزایش دسترسی بویژه در مناطق حاشیه نشین اشاره کرد. همچنین، مشکلاتی نظیر کمبود برخی امکانات و تجهیزات، کمبود در برخی نیروها و حجم کاری بالا، ناپایداری منابع مالی و عدم همکاری سازمان‌های بیمه سلامت به چشم می‌خورد.

نتیجه‌گیری: مدل مجتمع‌های سلامت، در افزایش دسترسی سازمانی، مالی و جغرافیایی مردم به خدمات سلامت عملکرد مناسبی داشته است و به نظر می‌رسد در صورت پایداری مناسب‌تر منابع این طرح و همراهی بیمه‌های پایه؛ دستاوردهای این طرح بیشتر خواهد گردید.

واژگان کلیدی: مدل مجتمع سلامت، پوشش همگانی سلامت، تولیت، تامین مالی، ارائه خدمت، تبریز

مقدمه

تامین سلامت جامعه و اطمینان از دسترسی تمام شهروندان به خدمات اولیه و پایه سلامتی بدون تحمل بار مالی، از وظایف مهم دولت‌ها می‌باشد. از این رو تامین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، همواره جز اهداف و یکی از چالش‌های جدی دولت‌های مختلف بوده است. پوشش همگانی سلامت، گامی مهم در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی از خدمات سلامتی است

تامین سلامت جامعه و اطمینان از دسترسی تمام شهروندان به خدمات اولیه و پایه سلامتی بدون تحمل بار مالی، از وظایف مهم دولت‌ها می‌باشد. از این رو تامین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، همواره جز اهداف و یکی از چالش‌های جدی دولت‌های مختلف بوده است. پوشش همگانی سلامت، گامی مهم در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی از خدمات سلامتی است

(۱-۲).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت، شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (۳). طی نشست سال ۲۰۱۲ سازمان ملل، حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت با هدف

مجتمع‌های سلامت نمود(۹). این دانشگاه، دارای حدود ۳/۷ میلیون نفر جمعیت تحت پوشش بوده که از این تعداد ۲/۶ میلیون نفر در مناطق شهری و بقیه در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. همچنین ۵۰۶ هزار نفر از جمعیت شهری در وضعیت حاشیه نشینی می‌باشند (۳،۹).

اولین مجتمع سلامت (مجتمع شهید چمران) در حاشیه شهر تبریز در خرداد ۱۳۹۳ افتتاح گردید. مجتمع سلامت، یک سازمان سلامت مسئولیت‌پذیر و پاسخگو است که خدمات سلامت جامع و ادغام یافته را در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده، با بهره‌گیری از توان بخش‌های دولتی و خصوصی به همه جمعیت منطقه در ازای سرانه تعریف شده و زیر نظر شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه می‌نماید (۱۱). به طور کلی یکی از اصلاحات موفق در نظام بهداشت و درمان، رویکرد مشارکت دولتی- خصوصی (Public-Private Partnership (PPP) یا همان استفاده از توان توأم بخش خصوصی و دولتی در سازماندهی و ارائه خدمت است. این امر باعث می‌شود که از مهارت‌ها و منابع بخش خصوصی و دولتی برای ارائه خدمت استفاده شود (۱۳-۱۲).

مجتمع سلامت یک ساختار مجازی است که از کنار هم قرار گرفتن یک مرکز خدمات جامع سلامت و چند مرکز سلامت (معادل پایگاه سلامت) تشکیل شده و دارای محدوده جغرافیایی مشخص و حد و مرز تعیین شده می‌باشد و معمولاً دارای جمعیت تحت پوشش بین ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر می‌باشد. نیروی انسانی مجتمع‌های سلامت شامل پزشک عمومی، کارشناس مراقب سلامت، پرستار، مسئول پذیرش، مدیریت مجتمع، کارشناسان ناظر، بهداشت محیط و حرفه‌ای، تغذیه، بهداشت روان، پزشک متخصص دندانپزشک، پرستار دهان و دندان و مددکار اجتماعی است. بسته خدمتی تعیین شده جهت ارائه خدمات در راستای ارتقای سلامت، پیشگیری، بیماریابی و ویزیت تخصصی می‌باشد.

مطالعات محدودی در زمینه ارزیابی مجتمع‌های سلامت انجام شده است. بختیاری در مطالعه خود به این نکته اشاره نموده که تعداد موسسات و نیروهای حوزه سلامت در مناطق حاشیه نشین تبریز با این مدل، افزایش قابل توجهی داشته و این امر موجب تشخیص زودتر بیماری‌هایی نظیر دیابت و بیماری‌های قلبی شده است. همچنین در این طرح شیوه‌های مدیریتی و پرداختی کاراتری نسبت به گذشته مورد استفاده قرار گرفته است (۹).

شناخت و ارزیابی انواع مدل‌های ارائه مراقبت‌های سلامت در کشور می‌تواند جهت بهبود مدل ارائه خدمت در کشور به کار آید. در مطالعه حاضر، سعی شده مدل ارزیابی مراقبت‌های سلامت

دسترسی مالی و به دور از دغدغه تمام افراد به این خدمات، مطرح شد (۱). با توجه به اهمیت موضوع، تمامی کشورهای دنیا اعم از توسعه یافته و در حال توسعه به سمت پوشش همگانی سلامت حرکت کرده اند و بر همین اساس برنامه‌ها و طرح‌های تحول متعددی در آن‌ها طراحی و اجرا شده است.

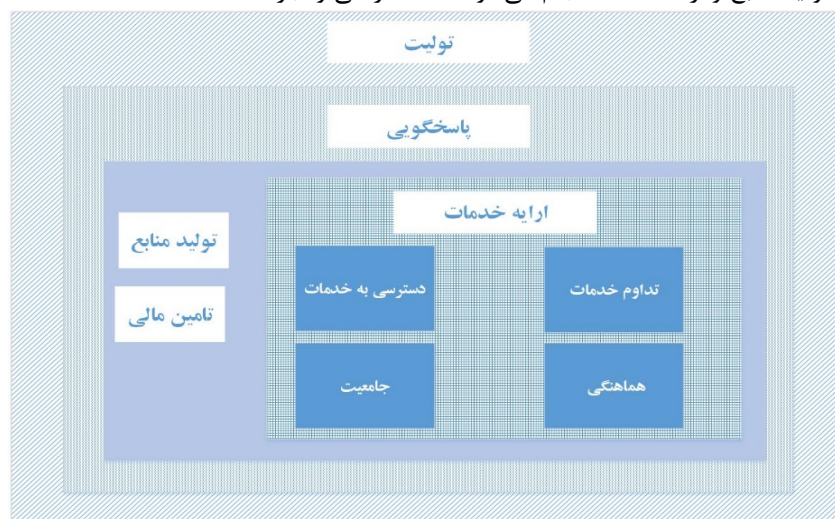
الزام توجه به پوشش همگانی سلامت، می‌طلبد تا مدل‌های ارائه خدمت، مبتنی بر اصول آن طراحی شود. این الزام در کنار تغییرات سریع محیطی نظیر تغییر هرم سنی، اثرات فناوری‌ها، تغییر بار بیماری‌ها، تغییرات اقلیمی و زیست محیطی، افزایش انتظارات مردم و موارد دیگر (۴)، استفاده از مدل‌های مناسب ارائه خدمت را بیش از پیش ضروری می‌سازد.

مروری بر سیر شکل‌گیری و استفاده از مدل‌های ارائه خدمات سطح اول کشور در طی چند دهه اخیر، حاوی نکات ارزشمندی برای یادگیری می‌باشد. در دهه ۱۳۶۰، گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور به منظور ارائه مناسب خدمات و افزایش دسترسی مردم به مراقبت‌های اولیه سلامت به اجرا درآمد. این برنامه در ابتدا باعث بهبود برخی از شاخص‌های سلامت جامعه شد ولی در ادامه انعطاف لازم برای رفع نیازهای جامعه را دارا نبود(۵)، به همین جهت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با هدف رفع کاستی‌های موجود در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پاسخ به نیازهای نوظهور، افزایش دسترسی، برقراری نظام ارجاع، کاهش هزینه‌ها، برقراری عدالت و افزایش پاسخگویی از سال ۱۳۸۴ شروع به کار کرد (۷،۶). بدنبال آن برنامه پزشک خانواده شهری در سال ۱۳۹۱، شروع شد که فقط در دو استان فارس و مازندران استمرار پیدا کرد (۸).

هر چند که برنامه‌های ذکر شده در جهت تقویت پوشش همگانی سلامت موثر هستند، اما مشکلات قابل توجهی نیز در این مدل‌های ارائه خدمت وجود دارد. این موضوع باعث شد که برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت براساس ۱۵ برنامه ملی و ۱۰ پروژه پشتیبان در سال ۱۳۹۳، در کشور پیگیری و اجرا شود. برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از ساختارهای متفاوتی برای اجرای برنامه‌های ابلاغی طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، استفاده نمودند (۹،۱۰).

با توجه به اینکه برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت دارای محدودیت‌هایی از قبیل محدودیت دسترسی بخصوص در مناطق حاشیه شهر بود (۱۱)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز اقدام به طراحی ساختاری برای انجام اصلاحات لازم و پیاده‌سازی برنامه‌های ملی طرح تحول در حوزه بهداشت در قالب راه‌اندازی

در بعد ارائه خدمت نیز چهار بعد تداوم، دسترسی، هماهنگی و جامعیت مورد تمرکز قرار گرفته است (شکل شماره ۱). مطالعه حاضر به منظور ارزیابی نقاط ضعف و قوت مجتمع‌های سلامت تبریز، به عنوان یکی از مدل‌های ارائه خدمت در ایران، طراحی و اجرا شده است.



شکل شماره ۱- مدل اهداف و کارکردهای نظام‌های سلامت (WHO)

راهنمای مصاحبه، تیم پژوهش اقدام به جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز نمود. تمامی مصاحبه‌ها به صورت رو در رو انجام و ضبط شدند. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. برای اطمینان از صحت برداشت‌ها، محتوای مصاحبه‌ها با مشارکت کنندگان کنترل شد.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) استفاده (۱۵) و کدهای به داده‌ها با نرم افزار Max QDA 10 انجام گرفت. دو نفر از نویسندگان مقاله بصورت همزمان به کدگذاری داده‌ها پرداختند (م.م و م.ع) و در صورت اختلاف نظر، با رای نفر سوم (ر.د) درمورد کدگذاری تصمیم‌گیری می‌شد.

یافته‌ها

یافته‌ها، در چهار مفهوم تولید، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمت طبقه‌بندی گردید (جدول شماره ۱).

تولیت

تجربه راه‌اندازی مجتمع‌های سلامت در تبریز، یکی از معدود تجارب برنامه‌ریزی غیرمتمرکز برای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در کشور می‌باشد. به نظر می‌رسد اصول کلی این طرح با دیدن

اولیه (Primary Care Evaluation Tool (PCET) که توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین شده است، مورد استفاده قرار گیرد (۱۴). چارچوب اصلی این مدل بر اساس اهداف و کارکردهای نظام سلامت بوده و بر همین اساس، ارزیابی با توجه به چهار کارکرد اصلی تولید، تامین مالی، تولید منبع و ارائه خدمت انجام می‌شود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی و موردی^۱ است که با هدف بررسی و ارزیابی نقاط ضعف و قوت مجتمع‌های سلامت تبریز (مورد مطالعه) در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مشاهده و مصاحبه استفاده گردید. در بخش مصاحبه با ۲۸ صاحب‌نظر و فرد مطلع شامل معاون بهداشتی دانشگاه (۱ نفر)، مسئولین و کارشناسان ستاد معاونت بهداشتی (۶ نفر)، مسئولین شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۳ نفر)، مسئول مرکز جامع سلامت (۳ نفر)، پزشک مرکز جامع سلامت (۴ نفر)، مراقب سلامت (۵ نفر)، سایر کارکنان (۶ نفر) مصاحبه انجام گرفت. نمونه‌گیری به شکل هدفمند و گلوله برفی و انتخاب افراد با در نظر گرفتن معیارهایی نظیر، داشتن نقش در راه‌اندازی و پایش مجتمع‌های سلامت، داشتن تجربه مدیریتی مرتبط، داشتن تحصیلات مرتبط و کار در مجتمع‌های سلامت صورت گرفت. مصاحبه‌ها به شیوه نیمه ساختار^۲ یافته انجام گرفت.

راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته براساس ابعاد پرسشنامه PCET تدوین و با استفاده از خروجی تحلیل مصاحبه‌های عمیق اولیه، تعدیل گردید. در بررسی وضعیت مجتمع‌های سلامت با استفاده از

^۱ Case study

^۲ Semi-Structured Interview

که مختص مدل مجتمع‌های سلامت نمی باشد)، به عنوان یکی از نقاط قوت، نسبت به قبل ذکر گردید. " بسیاری از مشکلات مادران را که نیروهای بهداشتی نمی‌توانند تشخیص دهند به راحتی ماما تشخیص می‌دهد" (م ۶).

از دید برخی ارائه دهندگان، برقراری ارتباط بین عملکرد با نظام تشویق و پرداخت‌های مالی و به نوعی ایجاد منفعت از همکاری‌های متقابل اعضاء تیم سلامت، سبب بهبود عملکرد کار تیمی شده است.

به نظر می‌رسد ارتباط نزدیک تر با جامعه تحت پوشش برای ارائه خدمات، موجب ایجاد حس بهتری در ارائه دهندگان و متعاقباً افزایش انگیزه در برخی از آن‌ها شده است. "چون ارتباط خوبی برقرار شده و اعتماد ایجاد شده، برخی افراد مشکلات داخل خانه رو هم با ما مطرح می‌کنند. ما اینجا راضی هستیم که داریم گره از کار مردم باز می‌کنیم" (م ۱۴).

در زمینه آموزش، برخی ارائه دهندگان معتقد بودند که آموزش‌های بدو ورود و حین خدمت از لحاظ کمیت، کاربردی بودن و زمان تجدید دوره‌ها به طور مناسبی تدوین شده است. در مقابل، برخی معتقد بودند که فشردگی دوره‌های آموزشی برگزار شده باعث افت کیفیت و کاهش بازدهی دوره‌های آموزشی شده است. " بیشتر در محل کار یاد گرفتیم تا در دوره آموزشی، مثلاً من اولین آموزشی که داشتم یک هفته چند نفر اومدند و برامون صحبت کردند... خیلی فشرده بود" (م ۹).

در زمینه مدیریت اطلاعات؛ ایجاد سامانه یکپارچه بهداشت، سبب کاهش زحمت ثبت کاغذی، سهولت در دسترسی به اطلاعات و تسهیل در پیگیری مراقبت‌ها شده است. البته نقایصی مانند تعداد زیاد سوالات، نامناسب بودن سرفصل و محتوای سوالات، عدم محرمانگی اطلاعات، عدم امکان گزارش‌گیری مناسب و کاربری پیچیده سامانه، سبب ایجاد نارضایتی‌هایی شده است. " کسی که هیچ بیماری‌ای ندارد، ولی با این حال باز هم ما باید مثلاً صد تا سوال را برایش پر کنیم." (م ۱۴).

کمبود در برخی تجهیزات و تسهیلات بعنوان یکی دیگر از دغدغه‌ها مطرح گردید. از محدودیت در فضای فیزیکی به خصوص کمبود اتاق برای مراقب، به عنوان مانعی جهت ارائه خدمات با کیفیت اشاره شد. " الان شما اینجا یک چیزی بگید همکار من هم می‌شنود، امنیت نیست. بیمار هرچی بگه، یکی دیگه می‌شنود. مثلاً بیشتر مشکلات روانی، اینجا مطرح نمیشه و بعد میره به کارشناس روان میگه. چون اونجا خودش تنها هست" (م ۳).
در زمینه انگیزه نیروی انسانی؛ کار در محدوده ساعت اداری،

ملاحظات بومی هر منطقه، در سایر نقاط کشور نیز قابلیت اجرا را داشته باشد، البته وجود زیرساخت‌های لازم در بخش خصوصی، یک الزام مهم در این زمینه است. دانشگاه علوم پزشکی تبریز در این زمینه، تجربه راه‌اندازی تعاونی‌های بهداشتی را از قبل داشته است و همین موجب تقویت موضوع شده است. " ... ما اینجا (تبریز) اصلاً مشکلی برای حضور شرکت‌ها در مناقصات نداریم چون در بحث واگذاری سابقه قبلی داشتیم، تعاونی‌های بهداشتی درمانی شکل گرفته بود" (م ۱).

واگذاری تمام یا بخشی از خدمات به بخش خصوصی و تمرکز بر مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی عامل مهمی در جهت استفاده از توانمندی‌های این بخش در ارائه خدمات بوده است. همچنین راهبرد مجتمع‌های سلامت با تشکیل و استفاده از ظرفیت هیئت‌امناها در مجتمع‌های سلامت باعث مشارکت بین بخشی و استفاده از توان سایر ذینفعان در تصمیم‌گیری‌ها شده است.

در این طرح، ایجاد ارتباط بین استفاده از راهنماهای بالینی و میزان پرداختی سبب بهبود رعایت استفاده از این راهنماها شده است، زیرا بر اساس راهنماهای بالینی از اعضاء تیم سلامت امتحان گرفته می‌شود و در صورت عدم همکاری، در چک لیست‌های ارزشیابی لحاظ می‌شود. اما با این حال همچنان برنامه منجمی برای تعریف و استفاده از این راهنماها وجود ندارد.

وجود برخی ناهماهنگی‌های درون بخشی در ستاد وزارتخانه و عدم گنجاندن همه خدمات در سامانه اطلاعاتی فعلی موجب برخی مشکلات شده است. "گروه‌های مختلف کار ایجاد می‌کنند اما یک نفر نیست که این کارها را هماهنگ بکنه" (م ۲۳).

همراهی کمتر برخی واحدهای ذینفع دانشگاهی با توجه به محدودیت‌های قانونی، یکی از چالش‌های اصلی راهبرد مجتمع سلامت بوده است. "همراهی ضعیف واحدهای مرتبط، بویژه مدیریت امور حقوقی و مدیریت خدمات پشتیبانی دانشگاه با توجه به مدل فعلی مناقصات، در واگذاری مجتمع‌ها، انرژی بر بود" (م ۱).

تغییرات زیاد در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) از طرف وزارت بهداشت، یکی دیگر از دغدغه‌های کارکنان ذکر شد. "الان سه تا برنامه عوض شده تا به سیب رسیدیم و الان هم زمزمه هست که سیب هم در حال تغییره" (م ۲۶).

تولید منابع

از دید برخی مصاحبه شونده‌گان، ترکیب تیم سلامت دارای نقاط قوت، نسبت به قبل می‌باشد. به عنوان مثال، استفاده از ماما در نقش مراقب سلامت و ایفای نقش جدی در تیم سلامت (هرچند

مرکز بهداشت استان، سبب جلوگیری از تخلفات و ایجاد سازوکار مناسب در پرداخت‌ها شده است.

ضعف و ناپایداری در جمع‌آوری منابع به صورت عدم تخصیص ردیف مستقل مالی در بودجه دانشگاه از سوی وزارتخانه، در کنار عدم همراهی بیمه‌های پایه موجب دغدغه مالی در این طرح گردیده است. "یکی از عمده‌ترین مشکلات اجرای طرح، عدم تامین منابع مالی کافی و مستمر هست و در این خصوص هیچ کس نمی‌تواند ضمانت دهد که این طرح مانند ساختار نظام پزشک خانواده روستایی تداوم خواهد داشت" (م ۱)

ارائه خدمات

الف- همکاری و هماهنگی

همکاری و هماهنگی با بخش خصوصی در منطقه تحت پوشش مجتمع از طریق واگذاری تمام یا بخشی از خدمات، تقویت شده است. "از توان بخش خصوصی استفاده می‌شود، اطلاع رسانی در مجتمع شده که اگر ساعت غیر اداری مورد اورژانسی بود به کلینیک خصوصی فلان مراجعه کند" (م ۱).

برخی مصاحبه شونده‌گان معتقد بودند که هماهنگی، همکاری و انجام کار تیمی در تیم مراقبت سلامت، باعث بهبود ارائه خدمات مراقبت سلامت شده است. "معمولا ماهانه ۱ یا ۲ جلسه برای هماهنگی بیشتر با پزشکان داریم و مشکلات در آن جلسه مطرح و راهکار می‌دیم" (م ۳). "تحلیل‌ها به صورت تیمی هست و اگه یک مورد در منطقه باشد با هم همفکری میکنیم" (م ۱۰).

برخی مصاحبه شونده‌گان به وجود دغدغه‌های مرتبط با هماهنگی بین خدمات (از سطح گروه‌های ستادی وزارت تا دانشگاه) اشاره نمودند. "هر روز به برنامه جدید میاد. واحد بیماری‌ها به چیز میگه، تغذیه به چیز دیگه میگه، روان به چیزی میگه" (م ۹).

ب- تداوم و نظام ارجاع

برخی مکانیزم‌های مورد استفاده در این مدل موجب تقویت سیستم ارجاع می‌شود. "مشخص هست که با چه وضعیتی ما ارجاع می‌دهیم با چه وضعیتی پزشک متخصص ارجاع میده" (م ۹).

مکانیزم‌هایی نظیر راه‌اندازی پرونده الکترونیک (البته مختص این مدل نبوده) تداوم فرآیند دریافت خدمات در مناطق مختلف را فراهم آورده است.

در این مدل با اضافه شده چهار تخصص اصلی (زنان، کودکان،

نداشتن شیفت و کشیک ویژه پزشکان، سهولت رفت و آمد نسبت به طرح پزشک خانواده روستایی به عنوان برخی از عوامل ماندگاری پزشکان اشاره شد. همچنین، عواملی از قبیل پایین بودن مبلغ پرداختی و اعتقاد به وجود تفاوت در پرداختی‌ها در گروه‌های مختلف و همچنین عدم اطمینان از استمرار طرح، سبب ایجاد دغدغه در پرسنل شده است. "در بخش درمان همه مزایا دارند کارانه دارند ولی ما نه. واقعیتش این طوری هست که ما همش پایش داریم دل گرمی ما به خاطر مادی نیست. اگر از نظر مادی ما تامین باشیم بیشتر از این کار می‌کنیم" (م ۹).

نگاه درمان‌نگر پزشکان تازه فارغ‌التحصیل شده دانشگاهی، به عنوان یکی دیگر از چالش‌های طرح است. "توانمندی پایین پزشکان تازه فارغ‌التحصیل شده در نگاه بهداشتی و پیشگیرانه تا کسب این آمادگی از طریق آموزش و تجربه زمان زیادی باید سپری شود..." (م ۱).

کمبود برخی نیروها نظیر مراقب مرد، نیروی واحد روانشناسی، تغذیه، پزشک متخصص و کارشناس بیماریها از جمله موارد کمبود نیرو عنوان شده است؛ "ما (مراقب زن) این جا خودمون مراقبت آقایون رو انجام می‌دیم. من دور کمر میگیرم قد میگیرم. ولی اگه یه مراقب مرد هم باشه که کارهای مراقبت مردها رو انجام بده بهتر است" (م ۶). در کنار این دغدغه، حجم کاری و تعداد زیاد جمعیت تعریف شده برای هر مراقب و پزشک، در کنار پیگیری‌های روزانه سبب افزایش فشار کاری شده است. "واقعا این جمعیت برای هر مراقب زیاده. کار ما خیلی زیاد است. از کودک ۳ روزه باید سرویس بدیم تا هر سن دیگه ای" (م ۸).

تامین مالی

طراحی ساختار واگذاری مجتمع‌های سلامت برای پوشش یک جمعیت حداقل ۵۰ تا ۶۰ هزار نفری باعث سرشکن شدن هزینه‌ها در دراز مدت خواهد شد. همچنین پرداخت در قالب عمدتاً روش سرانه به عنوان یک روش آینده‌نگر، با توجه به مزایای آن یکی از مزیت‌های این طرح محسوب می‌شود. البته در برخی موارد مشارکت‌کنندگان معتقد بودند سرانه تخصیص داده شده برای ارائه دهندگان خدمات در این طرح نیز کافی نیست. "سرانه ناکافی برای ارائه خدمات ...، در این خصوص باید برنامه تحول شهری همگام با برنامه تحول روستایی پیش رود. این همگامی در بحث دارو و آزمایش بسیار مهم تر است" (م ۱).

قرار گرفتن قرارداد پرداخت به نیروهای مجتمع سلامت در الزامات اولیه و بررسی ماهانه پرداختی به آن‌ها توسط امور مالی

در قالب مجتمع‌های سلامت، باعث ارتقای وضعیت عدالت شده است.

"اگرچه حجم کاری برای مراقبین زیاد هست اما بخصوص مناطق حاشیه نشین بهتر خدمت می‌گیرند" (م ۴).

عدم بسترسازی مناسب فرهنگی و اعتمادسازی در بین گیرندگان خدمات در خصوص ارائه خدمات مراقبت اولیه سلامت، سبب کاهش استفاده از خدمات شده است.

"برای افزایش مراجعه، روش‌های مختلفی را اجرا کردیم، ارسال پیامک، بسیج رابطین، ... در مورد دو گروه مشکل داریم، یکی مردان میانسال و یکی طبقه مرفه" (م ۱).

"در مورد خشونت خانگی باید از شون بپرسیم آیا شوهر شما، شما را کتک می‌زند؟ که طرف مقابل ناراحت می‌شود به خصوص در این منطقه. می‌گن خانم این چه سوالی که می‌پرسی... " (م ۸).
صف انتظار طولانی ناشی از ارائه خدمات در یک شیفت کاری در کنار انجام ویزیت پایه جمعیت، دسترسی را با مشکل مواجه می‌کند. " ما این جا دوتا پزشک داریم برای ۱۱۰۰۰ نفر جمعیت. مثلاً به نفر میاد این جا من می‌فرستمش پیش پزشک بعد میبینی از صبح تا ظهر این جا معطل شده... " (م ۶).

برخی افراد بویژه در مناطق حاشیه نشین توانایی خرید خدمات حتی با تعرفه پایین را ندارند. این موضوع یکی از چالش‌های دسترسی محسوب می‌شود. "اینجا چون حاشیه شهر هست از لحاظ مالی خیلی وضعشون خراب هست. برای یک آزمایش ۱۰ هزار تومانی اینجا صبر می‌کنند سر ماه بشه بعد آزمایش رو انجام بدهند" (م ۳).

داخلی و روانپزشکی) به مجتمع‌های سلامت، بسیاری از مشکلات نظام ارجاع مرتفع شده و میزان رضایت مردم و پس خوراند ارجاع را افزایش داده است.

همکاری ضعیف متخصصین داخل شهر و کلینیک‌های تخصصی دانشگاه در پس‌خوراند ارجاع از بالا به پائین، مشکلی در نظام ارجاع می‌باشد. "متأسفانه دست به قلم متخصصین در بحث پس‌خوراند ضعیف است" (م ۱).

ج- جامعیت

راه‌اندازی طرح با تمرکز بیشتر بر خدمات مبتنی بر خانواده و جامعه همراه بوده است. "خدمات به صورت فعال و دعوت از مردم صورت می‌گیرد. قبلاً خدمات غیرفعال بود." (م ۳).

استقرار مجتمع‌ها، با ساختار ویزیت پایه (البته مختص این مدل نبوده)، منجر به ارائه خدمت مورد نیاز مردم شده است. "قبلاً مردم فکر می‌کردند اول باید مریض بشوند بعد خدمت دریافت کنند، ولی الان اینجا که میان می‌بینند که نیاز دارند قبل از بیماری خدمت بگیرند" (م ۷).

تخصص‌های اضافه شده به مجتمع‌های سلامت، امکان ارائه خدمات جامع‌تری را فراهم آورده است.

به علت محدودیت منابع، در ابتدای این طرح بسته خدمتی کمتر از سطح ایده آل انتخاب گردید و این موضوع ارائه برخی خدمات نظیر خدمات پاراکلینیکی و دندانپزشکی را همانند سایر نقاط کشور، با محدودیت مواجه نمود.

"مشکل‌مان، دندانپزشکی برای افراد خارج از خدمت است. ما از لحاظ بهداشتی توصیه‌ها و آموزش‌های دندان‌های لازم را می‌دهیم ولی کسی که دندان پوسیده دارد و توانایی هزینه پرداخت را ندارد چیکار کند؟" (م ۷).

د- دسترسی

ارائه خدمات مراقبت اولیه سلامت موجود در بسته خدمتی به صورت رایگان، باعث دسترسی بیشتر و افزایش استفاده از خدمات ارائه شده گردیده است. "از نظر حجم خدمتی که به مردم ارائه می‌شه خیلی فرق کرده... همون ویزیت که ۴۰-۵۰ هزار تومن هست این جا واقعاً پولی نمیشه" (م ۹).

از دید برخی از مصاحبه‌شوندگان، توسعه ارائه خدمات رایگان

جدول شماره ۱- نقاط قوت و ضعف استقرار مجتمع‌های سلامت تبریز، در قالب ابعاد مدل PCET

مفاهیم مدل	نقاط قوت	نقاط ضعف
تولیت	برنامه ریزی غیرمتمرکز برای بخش سلامت استان تمرکز بر مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی تقویت مشارکت جامعه از طریق هیئت امناء مجتمع استفاده و تقویت آشنایی با راهنماهای بالینی استفاده مناسب‌تر از روش‌های ارزیابی عملکرد تیم سلامت تمرکز پایش‌ها بر کیفیت خدمات	ناهماهنگی در تدوین و ابلاغ برنامه‌ها مشکلات مربوط به کمبود راهنماهای بالینی* ضعف در همراهی برخی واحدهای دانشگاه (بدلیل محدودیت‌های قانونی) تغییرات زیاد در سامانه‌ها*
تولید منابع	ترکیب مناسب‌تر تیم سلامت ارتباط مستقیم بین نظام پاداش و عملکرد تیمی افراد ایجاد حس ارائه خدمات تاثیرگذار در ارائه دهندگان تدوین برنامه آموزشی هدفمند برای کارکنان الکترونیکی شدن سامانه ثبت اطلاعات*	نقایص سامانه یکپارچه اطلاعات بهداشت* فشرده بودن برنامه آموزشی بدو خدمت* کمبود برخی امکانات و تجهیزات کمبود در برخی نیروها و حجم کاری بالا* وجود برخی نگرانی‌های تاثیرگذار بر انگیزه نیروی انسانی نگاه درمان نگر پزشکان فارغ التحصیل*
تامین مالی	استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر ساز و کار نظارت قوی در پرداخت‌ها سرشکن شدن هزینه‌های پشتیبانی	ناپایداری منابع مالی عدم همکاری سازمان‌های بیمه سلامت
همکاری و هماهنگی	تقویت همکاری با بخش خصوصی تقویت همکاری در داخل تیم سلامت	ضعف در هماهنگی برنامه‌های واحدها
ارائه خدمات	تقویت سیستم ارجاع تقویت تداوم خدمت جامعه محور بودن و افزایش خدمات تقویت نگاه‌ترجیح پیشگیری بر درمان ارائه برخی خدمات سطح دوم	ضعف در همکاری متخصصین* عدم رعایت مسیر ارجاع در تمام سطوح* محدودیت در ارائه خدمات جامع‌تر*
تسهیل دسترسی	تسهیل دسترسی مالی افزایش دسترسی بویژه در مناطق حاشیه نشین بهبود دسترسی جغرافیایی	ضعف فرهنگی در استفاده از خدمات* صف انتظار نسبتاً طولانی فقر در برخی خانوارها بویژه منطقه حاشیه نشین

* موارد نشان دار شده در جدول، مواردی هستند که مختص به مدل مجتمع‌های سلامت نیستند و در تمام مدل‌های ارائه خدمت کشور مشاهده می‌شوند.

بحث

تولیت

یکی از نقاط قوت مدل مجتمع‌های سلامت، بهره‌گیری از توان بخش خصوصی در ارائه خدمات بود. استفاده از توان این بخش در بهبود کمی و کیفی خدمات نقش مهمی را می‌تواند ایفا نماید (۱۶،۱۷). البته یکی از الزامات این موضوع وجود زیرساخت‌های لازم در بخش خصوصی است.

تشکیل و استفاده از ظرفیت هیئت امناء در مجتمع‌های سلامت، باعث افزایش مشارکت بین بخشی شده است. این تجربه قبلاً در بیمارستان‌های کشور شکل گرفته و برای استفاده مناسب

تجربه راه اندازی مجتمع‌های سلامت در تبریز، یکی از تجارب برنامه‌ریزی و اجرای غیرمتمرکز برای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در کشور بوده که ضمن استفاده از توان بخش خصوصی، نقاط قوت و وضعی در کارکردهای مختلف تولیتی، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمت دارد.

استانداردهای ملی تبادل اطلاعات، کمبود نیروی انسانی و منابع فنی لازم، تغییر مداوم فرایندها و کمبود متخصصین لازم نام برده است. به طور کلی محدودیت‌های فنی و تخصصی به عنوان چالش اصلی در این زمینه شناخته شده است. بعلاوه کمبود نیروهای انفورماتیک پزشکی نیز مزید بر علت آن شده است (۲۴-۲۵). از سوی دیگر لازم است تا بر برنامه آموزش دانشگاهی، بدو و حین خدمت نیروی انسانی تمرکز بیشتری صورت گیرد (۹). بهبود کیفیت آموزش‌های بدو خدمت و حین خدمت تاثیر به‌سزایی بر اثربخشی ارائه خدمات دارد (۲۶). به نظر می‌رسد اجرای برنامه آموزش پودمانی پزشکان عمومی می‌تواند بسیاری از مشکلات موجود در زمینه پزشکی خانواده را مرتفع سازد. همچنین تقویت نگاه بهداشتی و کار تیمی در ارائه دهندگان خدمات بسیاری از چالش‌های مرتبط با ارائه خدمات در قالب کار تیمی را کاهش می‌دهد (۲۷).

استفاده از ماما در نقش مراقب سلامت و ایفای نقش جدی در تیم سلامت موجب تقویت ارائه خدمات مرتبط با زنان شده است و این امر نیز به برقراری ارتباط موثرتر با جامعه کمک کرده است. ارائه خدمات جامعه محور، مشارکت افراد را در ارائه بهتر خدمات بهبود می‌بخشد (۲۸).

تامین مالی

یکی از مهمترین مزیت‌های این مدل، استفاده از روش پرداخت سرانه است که زیان ناشی از عدم کارایی را به ارائه‌کننده منتقل نموده است. به طور کلی روش پرداخت سرانه نسبت به روش‌های پرداخت دیگر از جمله کارانه و حقوق، برای خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت اولویت دارد (۲۹).

اصلی‌ترین مسئله در تامین مالی بر اساس سرانه، بحث عدم تامین سرانه لازم برای تداوم فعالیت است که می‌بایست نسبت به تدوین روش‌های پایدار تامین مالی در برنامه‌های نظام سلامت بازنگری اساسی صورت گیرد. یکی از این روشها، مشارکت و همراهی بیمه‌های درمان در پوشش خدمات ارائه شده در سطوح مختلف و با تکیه بر نگاه پیشگیرانه است (۹). پایداری نظام سلامت به پایداری منابع مالی آن وابسته است و توان پرداخت برای پرداخت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت را فراهم می‌کند (۳۰). به علت برخی محدودیت‌های مالی نگرانی‌هایی در خصوص سطح پرداخت به ارائه دهندگان در این مدل وجود دارد (۹).

از ظرفیت آن می‌بایست به برخی ملاحظات خاص نظیر اختیارات مناسب هیئت امنای توجه نمود (۱۸).

هر چند که در این مدل اقداماتی در جهت استفاده مناسب‌تر از راهنماها صورت گرفته، منتهی به نظر می‌رسد فقدان یک سیستم مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد و پشتیبانی ضعیف سیاستگذاران از موضوع به عنوان مهم‌ترین موانع در استفاده از راهنماها در کشور مطرح می‌باشند (۱۹).

تغییرات زیاد در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) از طرف وزارت بهداشت، یکی از عوامل نگرانی پرسنل حوزه بهداشت کشور می‌باشد که این امر مختص مدل تبریز نیست. بعلاوه کار مداوم پرسنل با این سامانه، نقایص کوچک در آن می‌تواند تاثیر قابل توجهی در عملکرد کارکنان داشته باشد (۲۰). بنابراین رویکرد مناسب در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد.

تولید منابع

در این مدل سعی شده بین پرداخت‌ها و عملکرد نیروی انسانی ارتباط برقرار شود. به نظر می‌رسد حجم کاری بالای تیم سلامت، در کنار کمبود برخی نیروی انسانی، از دغدغه‌های تیم سلامت می‌باشد (۹). وجود حس ارائه خدمات سلامت موثر به مردم از جمله عوامل افزایش انگیزه کاری در این مدل می‌باشد. باید به این نکته توجه داشت که بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاری شامل پرداخت منصفانه و کافی، محیط کاری ایمن و بهداشتی، تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم با توسعه قابلیت‌های انسانی و انگیزه پیشرفت رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد. (۲۱). برخی مطالعات نشان می‌دهد این عوامل سهم قابل توجهی در تصمیم به ماندگاری یا ترک پزشکان در برنامه پزشک خانواده دارد (۲۲).

به نظر می‌رسد ایرادات سامانه سیب تاثیر قابل توجهی در عملکرد و انگیزه نیروی انسانی دارد و می‌بایست هرچه سریعتر نسبت به اصلاح آن اقدام نمود (۹). این در حالی است که یکی از چالش‌های اصلی در نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مدیریت نیروی انسانی نظیر توجه به انگیزاننده‌ها و ارزیابی عملکرد مبتنی بر آن‌هاست (۲۳). پیشنهاد می‌شود که فرآیند پویا و چابکی برای انتقال چالش‌های مرتبط با سامانه سیب از سطح عملیاتی به سطح برنامه‌ریزی سامانه طراحی شود. انجمن مدیریت مالی مراقبت سلامت آمریکا^۱ مهم‌ترین محدودیت‌های اجرایی در جهت ایجاد و کاربرد پرونده الکترونیک سلامت را کمبود

^۱ HFMA: Healthcare Financial Management Association

ارائه خدمات

بیشتر مردم به خدمات می‌شود. شاید وجود مراقب سلامت مرد، مراجعه بیشتر مردان به مراکز بهداشتی درمانی را بهبود بخشد. همچنین فراهم آوردن امکان رعایت فضای محرمانه برای مراجعین توصیه می‌شود. توجه به ملاحظات فاصله‌ای و توجه به وضعیت جغرافیایی منطقه برای ارائه مناسب خدمت باید به طور ویژه و مختص هر منطقه مورد ارزیابی قرار گیرد تا بهبود دسترسی جغرافیایی حاصل شود (۳۷). این موضوع در مدل مجتمع سلامت مورد توجه قرار گرفته بود.

اجرای مدل مجتمع‌های سلامت دارای نکات مناسبی برای یادگیری و استفاده در سایر مناطق کشور دارد. البته می‌بایست به ایجاد برخی پیش‌نیازهای لازم جهت این تغییر توجه نمود (۳۸).

نتیجه‌گیری

هدف نهایی طراحان مجتمع‌های سلامت، ارائه خدمات جامع و با کیفیت سلامت به همه مردم تحت پوشش با فراهم کردن منطق اقتصادی متناسب و تمرکز بر مدیریت رفتار مردم در زمینه سلامت خودشان و مدیریت و ساماندهی ارائه دهندگان خدمات سلامت جهت تحقق پوشش همگانی سلامت است. به نظر می‌رسد در صورت پایداری مناسب‌تر منابع این طرح و همراهی بیمه‌های پایه، دستاوردهای مجتمع‌های سلامت تبریز بیش از پیش خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از مساعدت دفتر سازمان بهداشت جهانی در تهران، مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت و همچنین همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

سلامت نگر، محور فعالیت های پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد (۳۱) و در این خصوص، تقویت نگاه بهداشت محور در مدل مجتمع‌های سلامت، از نقاط قوت مجتمع های سلامت محسوب می شود. به نظر می‌رسد جهت تقویت این موضوع در کشور می‌بایست مداخلات جدی در آموزش دانشجویان پزشکی بر اساس ارجحیت نگاه پیشگیری بر درمان صورت پذیرد.

عدم هماهنگی بین سطح یک و دو نظام ارجاع و نداشتن تداوم لازم در ارائه خدمات مشکلات دیگری از قبیل عدم همراهی کامل پزشکان متخصص در سطوح بالاتر را به دنبال خواهد داشت که به دلیل نداشتن دید جامع در ارائه خدمات اتفاق می‌افتد (۲۴). هرچند که در مدل مجتمع‌های سلامت، دستاوردهای خوبی در این زمینه حاصل شده است منتهی همچنان این موضوع نیاز به تقویت دارد. این معضل به شکلی جدی تر در سایر استان های کشور نیز وجود دارد (۳۳-۳۲). برای مثال در مطالعه‌ای مشخص شد که در استان‌های جنوبی کشور در ۶۷ درصد موارد نظام ارجاع به درستی رعایت نمی‌گردد و تنها به ۲۵ درصد ارجاعات پزشک خانواده از سوی متخصصین پس خوراند داده می‌شود (۳۴).

هرچند که تعریف بسته خدمتی در این طرح، با برنامه مشخص صورت گرفته است، منتهی متاثر از برخی عوامل عمدتاً اقتصادی، فرهنگی است و مشکلاتی در این بسته به چشم می‌خورد. تدوین بسته خدمات مناسب در کشور نیازمند همت ملی و تعریف فرایند و معیارهای مناسب انتخاب خدمات بوده و در این خصوص عزم سیاستگذار نقش مهمی دارد (۳۶-۳۵).

در این طرح میزان دسترسی مردم به خدمات به دلیل رایگان بودن بسته‌های خدمت تعریف و ارائه شده افزایش چشمگیری یافته است. در عین حال رایگان شدن خدمات سبب شلوغی بیش از حد مراکز ارائه خدمات سلامت شده است.

همچنین توجه به ابعاد فرهنگی منطقه موجب افزایش دسترسی

منابع

1. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition?. The Lancet. 2012 Sep 8; 380: 861-2.
2. WHO. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
3. Murray CJL. Assessing health system performance using information on effective coverage of interventions. Health Information System Knowledge Hub, Working Paper Series
3. Brisbane, Australia: School of Population Health, University of Queensland, 2009.
4. Hajkovicz SA, Cook H, Littleboy A. Our Future World: Global megatrends that will change the way we live. The 2012 Revision. CSIRO, Australia; 2012.
5. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Res J 2006; 9: 1-18.
6. Fazaeli AA, Seyedin H, Moghaddam AV, Delavari A, Salimzadeh H, Varmazyar H, Fazaeli AA. Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend

- Analysis of National Household Income and Expenditure, 2003-2010. *Global journal of health science*. 2015 Sep; 7: 260.
7. Ministry of Health and Medical Education (MOHME) . 2014. Family Physician and Rural Insurance Executive Protocol in 1393 (Version 15.1). [Online]. Available from: <http://fpqa.tbzmed.ac.ir/?PageID=9>. [Cited 20 Dec 2015].
 8. Shariati M. Formal implementation of family physician program started in 3 provinces.[Online]. Available from: hp.tasalama.com/e/OB6g/. [Cited 10 Dec 2015]. [In Persian]. 2012.
 9. Bakhtiari A, Takian A, Sayari AA, Bairami F, Tabrizi JS, Mohammadi A, Alirezaei S. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran.
 10. Iran Transformation plan in health. Health deputy of the Ministry of Health and Medical Education. 2014. [national upstream report] [Online].
 11. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Hassanzadeh R, Zakeri A, Abedi L. Effectiveness of the Health complex Model in Iranian primary health care reform: the study protocol. Patient preference and adherence. 2016; 10: 2063.
 12. Preker AS, Harding A, Travis P. Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000 Jun; 78: 779-90.
 13. Frenk J. The public/private mix and human resources for health. *Health Policy and Planning*. 1993 Dec 1; 8: 315-26.
 14. World Health Organization. Systems/primary-health-care/publications/2010/primary-care-evaluation-tool-pcet. Primary Care Evaluation Tool. [database on the Internet] [Online]. 9 April, 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health>
 15. Ritchie, J., Spencer, L., Bryman, A. and Burgess, R.G., 1994. Analysing qualitative data.
 16. Sheshinski E, López-Calva LF. Privatization and its benefits: theory and evidence. *CESifo Economic Studies*. 2003 Jan 1; 49: 429-59.
 17. M Davari. A Haycox; T Walley'Health Care Financing In Iran; Is Privatization A Good Solution? *Iran J Public Health*. 2012; 41: 14-23.
 18. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, Yunesian M, Akbari F, Arab M. Space or no space for managing public hospitals; A qualitative study of hospital autonomy in Iran. *Inti. J. Health Plan. Manag.* 26, e121-e127 (2011)
 19. Baradaran-Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: A case study in Iran. *Int J Prev Med*. 2013; 4: 340-8.
 20. Jafari M, Bastani P, Ibrahimipour H, Dehnavieh R. (2007). Attitude of health information system managers and officials of the hospitals regarding the role of information technology in reengineering the business procedures: A qualitative study. *Health MED*, 6, 208.
 21. Ghazanfari F, Hashemi S. The study of relationship between quality of occupational life and progress motivation in health team of Ashayer hospital in Khorramabad. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017 Apr 15; 6: 30-9.
 22. Amiresmaili M, Khosravi S, Yazdi-Feyzabadi V. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2014; 5: 1314-1323.
 23. Yazdi-Feyzabadi V, Emami M, Mehrolhassani MH. Health Information System in Primary Health Care: The Challenges and Barriers from Local Providers' Perspective of an Area in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2015; 6: 57. doi:10.4103/2008-7802.160056.
 24. Kaye R, Kokia E, Shalev V, Idar D, Chinitz D. Barriers and success factors in health information technology: A practitioner's perspective. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*. 2010 Jun 1; 3: 163-75.
 25. Houser SH, Johnson LA. Perceptions regarding electronic health record implementation among health information management professionals in Alabama: a statewide survey and analysis. *Perspectives in Health Information Management/AHIMA, American Health Information Management Association*. 2008; 5.
 26. Menárguez PJ, Saturno HP, Gómez-Calcerrada BD, Sánchez SJ, Saura LJ. Evaluation and improvement of quality during practical training in primary health care at health centers of Murcia. *Revista de sanidad e higiene publica*. 1994; 68: 279-88.
 27. Chan BC, Perkins D, Wan Q, Zwar N, Daniel C, Crookes P, Harris MF, Team-link project team. Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010 Oct 17; 22: 519-24.
 28. D'Avila OP, Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Mar; 22: 855-65.
 29. Mojahed F, Vahidi RGH, Asgari Jafarabadi M, Gholipour K, Mehri N. Payment Mechanisms Effect On Performance Indicators of Family Physician Program. *Health Inf Manage* 2015; 12: 98.
 30. Primary Care Evaluation Tool. WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf.
 31. 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 Sep 15; 14: 17-38.
 32. Jahromi VK, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Anari HS. Continuity of care evaluation: The view of patients and professionals about urban family physician program. *Int J Prev Med* 2017;8:7.
 33. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran* 2015 (24 November). Vol. 29: 303.
 34. Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Research

- Journal. 2010 Apr 15; 13: 19-25.
35. Dehnavieh R, Sirizi MJ, Mehrolhassani MH, Kalantari A. Strategic Purchasing of Healthcare Services in Developing Countries: A New Approach Is Required. *Iranian journal of public health*. 2016;45(9):1241.
36. Dehnavieh R, Rahhimi H. Basic Health Insurance Package in Iran: Revision Challenges. *Iranian journal of public health*. 2017; 46: 719.
37. Fracolli LA, Gomes MF, Nabão FR, Santos MS, Cappellini VK, Almeida AC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciencia & saude coletiva*. 2014 Dec; 19: 4851-60.
38. Mehrolhassani MH, Emami M. Change theory for accounting system reform in health sector: a case study of Kerman University of Medical Sciences in Iran. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1: 279–285.

Evaluating the Tabriz Health Complex Model, Lessons to Learn

Dehnavieh R¹, Noorihekmat S², Masoud A³, Moghbeli MA⁴, Rahimi H⁵, Poursheikhali A⁶, Hoseinpour M⁷, Salari S⁸

1- Associate Professor in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor of Health Services Management, Modeling in Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD student in Health policy, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Graduate Student in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5- PhD Student of Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

6- PhD by Research student in Futures Studies in Health, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

7- General Practitioner, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

8- General Practitioner, Deputy of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Poursheikhali A, atousaprsh68@gmail.com

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Background and Objectives: One of the decentralized models that has been formed based on universal health coverage is the model of health complexes in Tabriz. This study was conducted to evaluate the model.

Methods: This case study was conducted in 2017. Beside observation, 28 individuals, including informed experts in the field of establishment of health complexes in Tabriz University of Medical Sciences, were purposefully selected and semi-structured interviews were also conducted. To analyze the interviews and the results of observations, the framework analysis was used based on the components of the Primary Care Evaluation Tool (PCET) model.

Results: The strengths of the health complex model are decentralized planning, strengthening the private sector participation, have more appropriate methods for assessing the performance of the health team, creating a sense of delivering effective services in providers, using electronic information registration system, using the prospective payment method, strengthening the referral system, enhancing service continuity, and facilitating financial and geographical access, especially in marginalized areas. However, there are some problems such as lack of some facilities and equipment, lack of some workforces and high workload, financial instability, and lack of insurance organizations cooperation with the plan.

Conclusion: The health complex model has improved organizational, financial, and geographic access to health services. It seems that if the resources are more stable and by cooperation of basic insurances, the results of this project will be better.

Keywords: Health complex model, Universal health coverage, Stewardship, Financing, Service delivery, Tabriz