گزارش

بررسی برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی در راستای طرح تحول نظام سلامت از طریق تمرکز بر دستاوردهای آن

دکتر جمشید کرمانچی[۱]، محمد آقاجانی[۲]*، مرجان قطبی[۳]، علی شهرامی[۴]، علیرضا اولیایی‌منش[۵]، سعید معنوی[۶]، لیلا پورآقاسی[۷]، علی ماهر[۸]، موسی طباطبایی[۹]، فرح بابایی[۱۰]، پیرحسین کولیوند[۱۱]، حسن واعظی[۱۲]، مرضیه زنگنه[۱۳]، آرزو دهقانی[۱۴]، سیده سنا حسینی[۱۵]

۱- مشاور معاون درمان در بیماری ها. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- معاون اجرایی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۴- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس اداره مامایی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- رئیس اداره اورژانس بیمارستانی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- مدیر روابط عمومی معاونت درمان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵-کارشناس معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* **نویسنده مسئول:** ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، بلوک A، طبقه ۹. تلفن:-۰۲۱۸۱۴۵۴۶۴۶
پست الکترونیک:aghajani.m@health.gov.ir

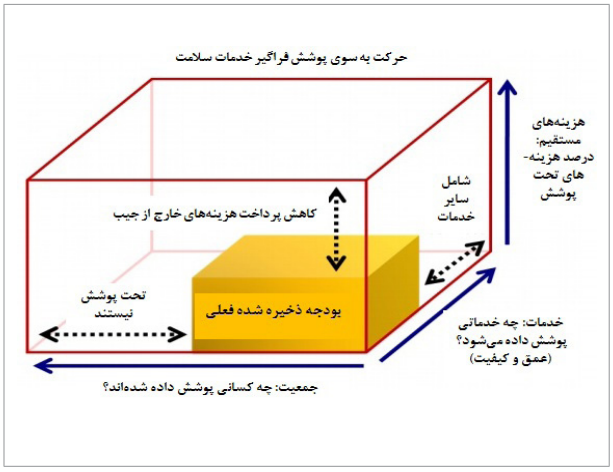
دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۰۸ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۸

مقدمه

پوشش فراگیر خدمات سلامت [۱] که به‌عنوان یک مدل جهانی از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ معرفی شده، شامل اهداف اجتماعی و سلامت ویژه‌ای است: اشتیاق و تمایل به آن که تمامی مردم بتوانند به خدمات سلامت با کیفیت که مورد نیازشان است، دست یابند، (برابری در استفاده از خدمات) و این دستیابی بدون ترس از افتادن در سختی و مشقت مالی (محافظت مالی) انجام شود. پوشش فراگیر خدمات سلامت، ترویج حقیقت بخشی به حقوق بشر در دستیابی به سلامت با مجزا کردن دسترسی به خدمات از توانایی پرداخت برای آن است. این حق در قانون اساسی سازمان بهداشت جهانی اعلام شده است و به‌طور روزافزون در قوانین اساسی و سایر قوانین بسیاری از کشورها مورد توجه قرار گرفته است، به این وسیله ارزش‌های اجتماعی همگانی مانند امنیت انسانی، انسجام اجتماعی و همبستگی بازتاب می‌یابد (۱).

هدف نهایی پوشش همگانی سلامت، تضمین بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی) بدون تحمل ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه پرداخت مخارج سلامت است. به‌عبارت دیگر، زیر چتر پوشش همگانی سلامت، نباید مخارج سلامت افراد، بیش از آستانه توانایی مالی آنان باشد (۲).

[1] Universal Health Coverage (UHC)



شکل ۱- مدل پوشش همگانی سلامت و اجزاء آن

در این راستا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطالعات شش ماهه‌ای را برای شناسایی دقیق و جمع‌بندی سیمای سلامت در کشور انجام داد. این مطالعات تجمیعی از مطالعات گذشته و در دست اجرای تعریف شده از سوی سازمان جهانی بهداشت بود که عبارتند از ارزیابی وضعیت شاخص‌های نظام سلامت، برآورد بار اقتصادی و علل عمده بیماری‌ها در ایران (بار بیماری‌ها و عوامل خطر که شاخص سال‌های تعدیل شده با مرگ و ناتوانی از مهم‌ترین آنها است)، وضعیت مرگ و میر در ایران، وضعیت عوامل اجتماعی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

تعیین‌کننده سلامت. همچنین برای ایجاد یک دید مشترک به موضوع سلامت مبانی اجتماعی و اقتصادی طرح تحول سلامت بررسی شد. شاخص‌های مورد بررسی عبارت بودند از شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت، بهره‌مندی و پوشش خدمات سلامت در ایران، شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت در ایران (که مهم‌ترین آنها کل هزینه‌کرد سلامت به‌صورت درصدی از سرانه[2]، سرانه هزینه سلامت[3] و این سرانه به نرخ جاری دلار[4]، است)[5]. همچنین مقایسه روند بودجه امور اجتماعی و فصل بهداشت و درمان کشور و بررسی شاخص بهداشت و درمان و درصد تورم آن در سال‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. خروجی این مطالعات به‌خصوص در زمینه شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت همچون بررسی شاخص پرداخت از جیب[6]، هزینه‌های فقرزا[7] و هزینه‌های کمرشکن[8] سلامت و بهره‌مندی و پوشش خدمات سلامت، نشان‌دهنده وضع نابه‌سامان سیستم سلامت در حوزه درمان بود. برطبق آمار بانک مرکزی، کل هزینه‌کرد سلامت در سال ۱۳۹۰ در کشور برابر ۶.۹٪ از GDP بود که بر این اساس ایران دارای رتبه ۸۸ در جهان و ۷ در منطقه بود و در سرانه هزینه سلامت دارای رتبه ۷۳ دنیا و ۹ در منطقه و سرانه هزینه سلامت بر اساس نرخ تبدیل ارز جاری دارای رتبه ۸۱ در جهان و ۱۱ در منطقه بود. همچنین این مطالعات نشان می‌داد که به‌طور متوسط ۱۰.۳٪ از خانوارهای شهری و ۵.۵٪ خانوارهای روستایی در بهار سال ۱۳۹۲ دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شدند (۳). در همین سال ۳.۸٪ خانوارهای شهری و ۲٪ خانوارهای روستایی با هزینه‌های فقرزا مواجه شدند. همچنین مطالعه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ نشان می‌داد که ایران در بین معدود کشورهایی است که بیش از ۵۰٪ هزینه‌های درمان را از جیب پرداخت می‌کنند[9] (۴, ۵). این مقدار براساس آمار سال ۱۳۹۰ بانک مرکزی ایران برابر ۵۶.۱٪ بود. از سوی دیگر مطالعه موسسه ملی تحقیقات سلامت در سال ۲۰۱۰ (۳) نشان می‌داد که ۱۶.۸٪ ایرانیان فاقد هرگونه بیمه پایه درمانی بوده و در معرض آسیب ناشی از هزینه‌های درمانی قرار داشتند و نابرابری در توزیع پوشش بیمه‌ای محسوس بود. در کنار این موارد، مطالعات مستمری از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شد که نشان دهنده نارضایتی مردم از کیفیت خدمات سلامت ارایه شده در بیمارستان‌ها بود که منشاء بسیاری از آنها، به‌خصوص در بیمارستان‌های دولتی از نامناسب بودن فضای فیزیکی و تجهیزات و کمبود نیروی انسانی ارایه‌دهنده خدمات سلامت بود. آمارهای مرتبط با شاخص تخت بیمارستانی، وضعیت بیمارستان‌ها از لحاظ قدمت و فرسودگی، شاخص تراکم پزشک و پرستار و ماما که در گزارشات سازمان جهانی بهداشت به آن اشاره می‌شد، بر نامناسب بودن وضعیت بیمارستان‌ها به‌خصوص بیمارستان‌های دولتی در ایران در میان کشورهای منطقه[10] صحه می‌گذاشت (۶). ایران در تمامی این شاخص‌ها پایین‌تر از سطح متوسط منطقه قرار داشت.

دسترسی به پزشک، به‌خصوص پزشک متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته و همچنین در نوبت کاری شب و روزهای تعطیل نیز، در مورد رسیدگی به خدمات درمان بیماران اورژانسی در کوتاه‌ترین زمان ممکن و در مناطق دوردست، یکی دیگر از منابع نارضایتی بیماران بود. همچنین با توجه به گستردگی کشور و وسعت راه‌ها و بالا بودن آمار سوانح ترافیکی در کشور و همچنین اقلیم جغرافیایی متنوع که منجر به صعب‌العبور بودن مناطق گسترده‌ای از کشور شده است، ارتقاء خدمات اورژانس، به‌خصوص اورژانس هوایی را می‌طلبید. تمامی موارد برشمرده شده به افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامتی، منجر می‌شود و همچنین بر کیفیت خدمات ارایه‌شده تأثیر می‌گذارد (۷).

از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های موجود در دانشگاه‌های جهان و نظام‌های ارایه‌دهنده خدمات سلامت که در عرصه آموزش‌های پزشکی فعالند، لزوم ارتقاء کیفیت آموزش سرپایی[11] و همچنین ضرورت توسعه ارایه خدمات سرپایی، بهره‌مندی بیش‌تر مردم و بهبود استانداردهای ارایه خدمات سرپایی است. (تفاهم‌نامه ۰۰۵ برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی) نظام آموزش پزشکی در ایران بر آموزش دانشجویان در بیمارستان‌ها تمرکز دارد و از این رو آموزش خدمات سرپایی مغفول مانده است. از این رو حواله کردن بیمار به اخذ خدمات تشخیصی درمانی و پاراکلینیک در ایران بسیار

[2] Total health expenditure (THE) as a percentage of gross domestic product (GDP)

[3] Health expenditure per capita (PPP int.$) بر اساس برابری قدرت خرید

[4] Health expenditure per capita (current US$) بر اساس نرخ تبدیل ارز جاری

[5] میزان رفاه و برخورداری مردم یک کشور، صرفاً به‌واسطه تولید ناخالص داخلی تعیین نمی‌شود بلکه سرانه تولید ناخالص داخلی است که میزان سهم هر فرد کشور را به‌صورت سرانه نشان می‌دهد، درواقع بهره‌مندی و رفاه مردم یک کشور متأثر از تولید ناخالص داخلی و میزان جمعیت آن کشور است که در تولید ناخالص داخلی سرانه منعکس می‌شود.

[6] Out of pocket expenditure (سهمی از هزینه‌های سلامت که متقاضی، در هنگام دریافت خدمت به شکل مستقیم و نقد پرداخت می‌کند)

[7] Medical impoverishment (درصدی از کل جامعه که به واسطه هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر می‌افتند)

[8] Catastrophic health expenditure (نسبت هزینه‌های سلامت از ۴۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی خانوار بیش‌تر باشد)

[9] طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیش از آغاز طرح تحول میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم: ۵۷٪، میزان پرداختی مردم در هزینه‌های بستری: ۳۷ ٪، افراد فاقد بیمه پایه در بیمارستان‌های دولتی: ۴٪، میزان ارایه خدمات بستری در بخش دولتی :۷۲٪ بود.

[10] منطقه چشم‌انداز ۱۴۰۴ شامل ۲۱ کشور قزاقستان، آذربایجان، گرجستان،تاجکستان، قرقیزستان، ، اسرائیل، لبنان، ترکیه، عربستان سعودی، کویت، امارات، بحرین، اردن، عمان، مصر، سوریه، عراق، قطر، افغانستان، پاکستان و ایران است

[11] Outpatient Education

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

شایع است که این امر موجب افزایش هزینه‌های درمان بیماران می‌شد. از این‌رو با توجه به اهمیت این دسته از خدمات، برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی به‌عنوان یکی از برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت انتخاب گردید که در این گزارش به اهداف، برنامه‌های اجرایی و دستاوردهای آن اشاره شده و در مورد معناداری دستاوردهای آن در راستای تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت، از طریق بررسی اسناد و مدارک موجود و مصاحبه با متولیان برنامه در سطوح مختلف، بحث خواهد شد.

اهداف

هدف کلی

حداکثر استفاده از امکانات آموزشی و درمانی دانشگاه و افزایش انگیزه ارایه‌دهندگان خدمات، ارتقای کیفیت ویزیت، ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، حفظ اعضاء هیأت علمی تمام جغرافیایی در جهت افزایش رضایتمندی بیماران

اهداف اختصاصی

- افزایش انگیزه ارایه‌دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی
- حفظ و افزایش تعداد اعضای هیأت علمی تمام‌وقت جغرافیای در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- استانداردسازی و ارتقای کیفیت در ارایه خدمت ویزیت سرپایی
- افزایش رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده
- تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت در کلینیک ویژه
- بهبود فرآیندهای آموزشی از طریق افزایش کیفیت و زمان ویزیت سرپایی

مبانی نظری و اسناد بالادستی

دیدگاه بیمار محور پزشکان را وادار می‌سازد که به امیدها، احساسات و عقاید بیماران در مورد بیماری‌شان توجه کنند. مطالعات حاکی از آن است که این دیدگاه مقبولیت درمان و میزان رضایتمندی را افزایش و شکایت از معالجه نادرست را کاهش می‌دهد. (۸) یک عامل مهم‌تر و تأثیرگذارتر در سیستم بیمارمحور (حتی بالاتر از رضایت بیمار) رضایت پزشک است. (۵, ۹, ۱۰) رضایت بیماران امتیاز و محرکی برای پزشکان در جهت بهبود عملکرد پزشکی و کاهش استرس شغلی آنان است (۱۰, ۱۱) در بسیاری از موارد به دلیل ویزیت کردن تعداد زیادی از بیماران در فاصله زمانی کوتاه، بیماران نمی‌توانند پزشک را ببینند و فرصتی وجود ندارد که پزشک با صرف زمان موردنیاز و ضروری بیمار را ویزیت کند و این امر عامل مهمی در ایجاد اختلال در تشخیص بیماری‌ها است (۱۲). ویزیت گروهی و به دنبال آن از بین رفتن حریم خصوصی بیمار باعث سلب اعتماد بیمار نسبت به پزشک و کاهش رضایت آن‌ها از ارایه خدمات بهداشتی و درمانی توسط متخصص می‌شود.

بر اساس آمار رسمی جهانی، مدت‌زمان متوسطی که یک پزشک متخصص باید برای هر بیمار صرف کند ۱۵ دقیقه و برای پزشک عمومی ۱۰ دقیقه است [۱۲] اما به دلایل مختلف این زمان در مطب پزشکان ایرانی صرف نمی‌شود چراکه هزینه‌های بالای مطب، تجهیزات و پرسنل، اغلب پزشکان را وادار می‌کند که تا حد ممکن تعداد بیماران بیش‌تری را معاینه کنند؛ از این‌رو با افزایش کمیت ویزیت بیمار، کیفیت خدمات ارایه شده به او کاهش می‌یابد. افزایش کمیت به‌خصوص در بخش سرپایی بیمارستان‌های دولتی بر کیفیت خدمت تأثیر بسیاری گذاشته و از این‌رو به قشر کم برخوردارتر جامعه که مراجعان اصلی بیمارستان‌های دولتی هستند، از این لحاظ کم مهری می‌شود (۱۳). فراوانی این نوع ویزیت در کشور که به صراحت نقض اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار است، به‌ویژه نقض بند ۴ این منشور (۱۴). در حال افزایش است. از سوی دیگر با توجه به برنامه درمانی متفاوت برای بیماران سرپایی و بستری، آموزش مرتبط با این دو حوزه نیز کاملاً متفاوت است (۱۵-۱۷) اما توجه چندانی به این حوزه در آموزش پزشکی معطوف نمی‌شود. در حال حاضر برنامه آموزشی برای ویزیت سرپایی وجود ندارد که یکی از معضلات حوزه آموزش پزشکی می‌باشد.

همچنین در دو مقاله مروری که تلاش کردند تا رابطه مدت زمان ویزیت بیمار را با کیفیت آن ارتباط دهند، مشخص شد که اختصاص زمان بیش‌تر به ویزیت بیمار هرچند در کشورهای مانند انگلستان به‌عنوان یک شاخص کیفیت ویزیت درنظر گرفته می‌شود اما به تنهایی ممکن است مؤثر نباشد و باید به موارد دیگری همچون در دسترس بودن پزشکان و استمرار ارایه خدمت نیز توجه شود (۱۸, ۱۹). به این دلایل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، اقدام به ارایه دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت سرپایی نموده است تا از طریق افزایش زمان ویزیت، افزایش دسترس‌پذیری به پزشکان متخصص در کلینیک‌های ویژه و استمرار ارایه خدمات آنها در این کلینیک‌ها از طریق به کارگیری پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی با ایجاد فضاهای مطلوب آموزشی برای آنها، به سر و سامان دادن به وضعیت ویزیت سرپایی اقدام نماید.

[12] http://www.farsnews.com/printable.php?nn=13911102000708

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

اسناد بالادستی

برنامه ارتقای کیفیت ویزیت پزشکان در مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت

قوانین پایه	ناظر بر	قانون برنامه پنجم توسعه	ناظر بر	سیاست‌های کلی سلامت	ناظر بر
		– بند د ماده ۳۲ – بند ب ماده ۳۴	– توسعه کلینیک‌های ویژه – پایداری نیروی انسانی متخصص – ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت	بند ۳ – ۷	تدارک خدمات توسط ارایه‌کنندگان دولتی و غیردولتی

روش اجرا

در زمان مطالعات ۶ ماهه در مورد برنامه‌های موردنظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌منظور اجرای طرح تحول نظام سلامت که به تولیت شورای سیاست‌گذاری سلامت انجام می‌شد، نشست‌های کارشناسی [13]متعددی برای هرکدام از برنامه‌ها براساس چارچوب مفهومی مدون، برگزار شد. پس از تعیین تعداد و عناوین برنامه‌ها و اعتبار مورد نیاز برای اجرایی کردن هر کدام، جزییات برنامه‌ها از جمله برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت استخراج شد. در این راستا در تدوین برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی، اسناد بالادستی همچون بند د ماده ۳۲، بند ب ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه و بند ۳ – ۷ سیاست‌های کلی سلامت، موردتوجه قرار گرفت که بر توسعه کلینیک‌های ویژه، پایداری نیروی انسانی متخصص و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت تأکید دارد و آن را از وظایف و اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌داند.

در طی این جلسات در مورد استانداردهای ارایه‌شده و دستورالعمل‌ها بحث‌های بسیاری صورت گرفت تا بتوان نظر ذینفعان را اتخاذ نمود. یکی از موضوعاتی که منجر به ایجاد اختلاف در بین کارشناسان و متخصصان شد، تعیین عددی به‌عنوان استاندارد زمان ویزیت بود. این بررسی که با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر انجام شد، درنهایت به عدد ۸ ویزیت در ساعت برای پزشکان متخصص و ۶ ویزیت برای روانپزشکان منتهی شد (این اعداد در سال دوم اجرای طرح به ۶ و ۴ تغییر یافت). در همین راستا برای برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت، چشم‌اندازی نیز مطرح شد. برای این چشم‌انداز دو هدف اصلی در نظر گرفته شد. هدف اول- افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی و هدف دوم- محافظت مالی از بیماران. با توجه به این اهداف تدابیر اندیشیده ودستورالعمل‌های اجرایی تدوین‌شده است.

در این جلسات، همچنین تعداد کلینیک‌های موجود در بیمارستان‌های دولتی کشور بررسی شد. برای این منظور بررسی‌هایی در مورد اینکه دانشگاه‌های کشور در مجموع چه تعداد مطب را تحت پوشش دارند، جمعیت هر استان، هر شهر و تعداد مراجعین به متخصص‌ها در هر کدام از آنها چقدر است، انجام گرفت و بر اساس پارامترهای وضعیت موجود یعنی تعداد جمعیت، تعداد مراجعه به متخصص، تعداد فضاهایی که به‌عنوان مطب در اختیار دانشگاه‌ها قرار داشت و تعداد کلینیک‌های بیمارستانی تحت پوشش؛ برآورد شد که چه تعداد مطب موردنیاز است. از آمار استخراج شده برای کل شهرهای کشور، مشخص شد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ۲۵۰ کلینیک بیمارستانی نیازمند است که شامل ۱۷.۰۰۰ مطب می‌شد. از سوی دیگر در راستای ارتقاء کیفیت خدمات ارایه شده، بخش نوبت‌دهی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های آنها مورد توجه قرار گرفت تا بیماران زمان کم‌تری را در صف انتظار سپری کنند. به این منظور، از تجارب کشورهای دیگر استفاده شد تا روش یا نرم‌افزاری طراحی شود که نوبت‌دهی بیماران را تسهیل نماید. در حال حاضر این موضوع به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ‌شده و هر دانشگاه نرم‌افزاری وابسته به اینترنت یا تلفن برای نوبت‌دهی طراحی کرده است. از آنجا که زمان کوتاهی از اجرایی شدن این برنامه می‌گذرد، بررسی رضایت بیماران از این سیستم، نیازمند گذشت زمان طولانی‌تری است. یکی دیگر از مبانی بسیار مهم این برنامه، ثبت اطلاعات ویزیت سرپایی بیمار، آزمایش‌های قبلی انجام شده و سوابق بیماری فرد است که ایجاد زیرساخت الکترونیک در بخش خدمات سرپایی را می‌طلبد. ثبت اطلاعات بیمار باید به‌گونه‌ای باشد که در زمان مراجعه بیمار، تمام آزمایش‌ها و سوابق پزشکی او در سیستم موردنظر ثبت‌شده باشد و نیاز نباشد که بیمار برای هر بار مراجعه تمامی آزمایش‌ها و سوابق خود را به همراه داشته باشد، از این طریق پزشک با مراجعه به فایل ثبت‌شده، تمامی مشخصات بیمار و سابقه بیماری او را دریافت کرده و می‌تواند تصمیمات بهتری را برای درمان اتخاذ کند. همچنین برای برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی، پشتوانه‌ای با عنوان نظام ارجاع در سیستم سلامت وجود دارد که در طرح پزشک خانواده معرفی شده است. در این طرح، فرایند بررسی بیماری در ابتدا

[13] Expert Panel

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

با ویزیت توسط پزشک خانواده انجام شروع می‌شود و در صورت نیاز، پزشک خانواده، فرد را به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد. در این مرحله تمامی اطلاعات مربوط به بیمار در پرونده یا سامانه الکترونیک ثبت‌شده و برای ارجاع به مرحله بعد، آماده می‌شود. در حال حاضر طرح پزشک خانواده تنها در دو استان فارس و مازندران اجرا می‌شود و تسری آن به کل کشور، علاوه بر محافظت مالی از بیماران، به افزایش کیفیت خدمات سلامت (با ارجاع درست به متخصص مناسب) منجر می‌شود.

در راستای اجرای برنامه‌های طرح تحول، سامانه اطلاعات سلامت [14] در بیمارستان‌ها جایگاه مهم‌تری پیدا کرد و جزییات بیش‌تری به آنها اضافه شد و وارد کردن اطلاعات در آنها، اجباری شد. همچنین سامانه‌ای به نام آمار و اطلاعات بیمارستانی که به‌طور مختصر «آواب» نام دارد در سراسر کشور مورداستفاده قرار می‌گرفت. این سامانه به این منظور طراحی و اجرایی شد که بیمارستان‌ها بتوانند تعداد ویزیت‌ها و اسامی پزشکان را در این سامانه وارد کنند اما پس از اجرایی‌شدن برنامه‌های طرح تحول، هر ماه، تمامی دانشگاه‌ها و کلینیک‌ها، اطلاعات پزشکان خود، شامل این‌که چه پزشکی، با چه تخصصی، در کدام بیمارستان یا کلینیک فعال است و چند ویزیت انجام می‌دهند را وارد این سامانه می‌کنند. بخش جدید این سامانه تحت عنوان ویزیت سرپایی می‌تواند به سروسامان دادن به برنامه و پیگیری دستیابی به اهداف مورد استفاده قرار گیرد.

در این راستا، محورهای اجرایی برنامه عبارتند از:

۱. بهسازی فضاهای موجود ویزیت سرپایی دانشگاه‌ها با تأیید دفاتر فنی دانشگاه‌ها

۲. اجاره و رهن فضاهای موردنیاز تا اتمام پروژه‌های بهسازی و ساخت

۳. تفکیک خدمات سرپایی و تکمیل بسته خدمات سرپایی

۴. عقد تفاهم‌نامه با دانشگاه‌ها به منظور ساخت ۶۴۴۰ مطب در قالب ۲۵۲ کلینیک با زیربنای ۳۸۵۳۸۰ متر مربع

به‌منظور ایجاد بستری برای انجام نظارت بر برنامه و تخصیص اعتبار به اقدامات انجام شده که در قالب تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های سراسر کشور، انجام می‌شود، می‌بایست راهکارهای شفافی تدوین می‌شد. در این راستا، فرایند تخصیص اعتبار و نظارت طراحی شد.

تخصیص اعتبار

به‌منظور بررسی و نظارت بر گردش مالی برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت، نخست لیست تعداد بیمار ویزیت شده هر پزشک، بر اساس اسناد بیمه‌ای که توسط مدیر کلینیک تایید شده است، در سامانه ثبت می‌شود. سپس بیمارستان پس از بررسی ویزیت‌ها و اطلاعات پزشکان اقدام به تأیید لیست در سامانه می‌کند. در گام بعد، معاونت درمان دانشگاه، با اختیار نظارتی که بر تمامی کلینیک‌های تحت‌پوشش آن دانشگاه دارد، اقدام به تأیید یا ویرایش لیست موجود در سامانه می‌کند. در مرحله نهایی ستاد اجرایی طرح تحول نظام سلامت در وزارت بهداشت، با کنترل اسامی پزشکان تمام‌وقت دانشگاه‌ها و ساعات حضور ثبت‌شده آن‌ها و تعداد بیماران ویزیت شده توسط آن‌ها، بر این فرآیند نظارت کرده و اجازه تخصیص اعتبار را صادر می‌کند. از دستاوردهای برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت می‌توان به شرکت ۲۶۲ پزشک تا پایان سال ۱۳۹۳ در این طرح اشاره کرد که مرتبه علمی آنان به شرح جدول۱و نمودار زیر است:

جدول ۱- مرتبه علمی پزشکان شرکت‌کننده در طرح

مرتبه علمی پزشکان شرکت‌کننده در طرح در دانشگاه‌های تهران	تعداد
استادیار تمام‌وقت جغرافیایی	۱۷۷
دانشیار تمام‌وقت جغرافیایی	۲۳
استاد تمام‌وقت جغرافیایی	۴
استادیار غیر تمام‌وقت جغرافیایی	۴
دانشیار غیر تمام‌وقت جغرافیایی	۱
استاد غیر تمام‌وقت جغرافیایی	۱
متخصص درمانی	۵۲
جمع کل	**۲۶۲**

این جدول، نشان‌دهنده آن است که برنامه توانسته است تا حدودی در راستای جذب و تمام‌وقت کردن پزشکان در سال اول موفق شود. (منبع، مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جمشید کرمانچی [15]، ۱۳۹۵) ذکر این مطلب ضروری است که تا قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، در حوزه ارتقاء کیفیت خدمات سرپایی اقداماتی انجام نشده بود و به‌خصوص، حوزه آموزش پزشکی در زمینه خدمات سرپایی با مشکلات اساسی مواجه بود و به دلیل آنکه خدمات سرپایی جزء اولویت‌های نظام سلامت کشور نبود، با این حوزه کم‌توجهی شده بود، در صورتی که بخش بزرگی از هزینه‌های درمانی بیماران، به بخش سرپایی مربوط است و هزینه خدمات پزشکان متخصص در بخش خصوصی برای قشر محروم جامعه زیاد بود و امکان استفاده از مطب‌های مستقر در بیمارستان‌های دولتی به دلیل حجم مراجعه، برای برخی از بیماران امکان‌پذیر نبود از این‌رو در طرح تحول نظام سلامت،

[14] Health Information System

[15] با توجه به کیفی بودن پروسه تحقیقات که بخشی از آن از طریق مصاحبه با عوامل برنامه‌های تحول نظام سلامت حاصل شده است، در این مقاله نیز مستندات آقای دکتر جمشید کرمانچی به‌عنوان مسئول اجرای برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی در سراسر کشور به‌عنوان مرجع اعداد و ارقام و دستاوردهای برنامه درنظر گرفته است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

بحث خدمات سرپایی مورد توجه قرار گرفت و می‌تواند یکی از برنامه‌های تأثیرگذار طرح در دستیابی به تمامی اهداف پوشش همگانی سلامت باشد. این برنامه با کمک دانشگاه‌ها و متخصصین به‌مرور اصلاح شده و به نقطه‌ای خواهد رسید که کیفیت و رضایت‌مندی مناسب از ویزیت سرپایی حاصل شود.

همچنین در خصوص استاندارد زمان ویزیت، این استاندارد در سال اول اجرای برنامه ۸ بیمار در هر ساعت و برای گروه روان‌پزشکی ۶ بیمار در ساعت تعیین شد و رعایت استانداردهای ویزیت ازجمله ثبت دقیق شرح‌حال و معاینه فیزیکی، یافته‌های پاراکلینیکی، برنامه درمان و داروهای تجویزی ضروری اعلام‌شد، با این وجود فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم و عدم تبعیت وضعیت و شرایط موجود از استانداردهای لازم (فضا و امکانات کلینیک‌های ویژه، سیستم‌های نوبت‌دهی و ثبت اطلاعات، تعداد مراجعین و نحوه‌ی توزیع یا ارجاع بیماران، آموزش و فرهنگ عمومی و غیره) و همچنین تعیین زمان استاندارد یکسان برای بیش‌تر رشته‌های تخصصی در عمل، رعایت استاندارد ویزیت را با مشکل مواجه نمود.

همچنین از منظر دیگر، طبق گزارش عملکرد بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، رشد شاخص‌های ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت از زمان شروع برنامه تا اسفندماه ۹۳ به شرح جدول ۲ بوده است:

جدول ۲- عملکرد بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران

ردیف	شاخص‌ها	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر- آذر	دی-اسفند
۱	وجود کلینیک‌های ویژه	٪۸۰	٪۸۰	٪۸۵	٪۹۰	٪۹۰	٪۹۳
۲	رعایت استاندارد زمان ویزیت	٪۶۰	٪۶۰	٪۷۰	٪۸۵	٪۸۷	٪۹۰
۳	ثبت مستندات ویزیت توسط پزشکان	٪۷۰	٪۷۰	٪۸۰	٪۸۵	٪۸۵	٪۹۰
٤	رعایت منشور حقوق‌گیرندگان خدمت و اصول ایمنی بیمار	٪۶۰	٪۶۰	٪۷۰	٪۷۵	٪۷۵	٪۸۵
۵	رعایت تعرفه مصوب	٪۸۵	٪۸۵	٪۹۰	٪۹۰	٪۹۰	٪۹۷
٦	آشنایی و رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از طرح تحول	٪۵۰	٪۵۰	٪۶۵	٪۸۰	٪۸۰	٪۸۵
۷	رعایت مفاد دستورالعمل توسط مسئولین بیمارستان	٪۵۰	٪۶۰	٪۷۰	٪۸۰	٪۸۰	٪۸۵

بر اساس جدول فوق در اسفندماه ۱۳۹۳ رشد شاخص‌های مذکور نسبت به میزان پایه در خردادماه همان سال (یک دوره ۹ماهه) به شرح زیر بوده است: وجود کلینیک‌های ویژه فعال ۱۳٪، رعایت استاندارد زمان ویزیت ۳۰٪، ثبت مستندات ویزیت توسط پزشکان ۲۰٪، رعایت منشور حقوق‌گیرندگان خدمت و اصول ایمنی بیمار ۲۵٪، رعایت تعرفه مصوب ۱۲٪، آشنایی و رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از طرح تحول ۳۵٪ و رعایت مفاد دستورالعمل توسط مسئولین بیمارستان ۳۵٪ رشد داشته است. این مورد به‌عنوان مثال نشان از موفقیت نسبی این برنامه در سال اول در یکی از دانشگاه‌ها را نشان می‌دهد.

دستاوردها

برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در ۱۸ ماه گذشته توانسته است که دستاوردهای زیر را حاصل نماید:

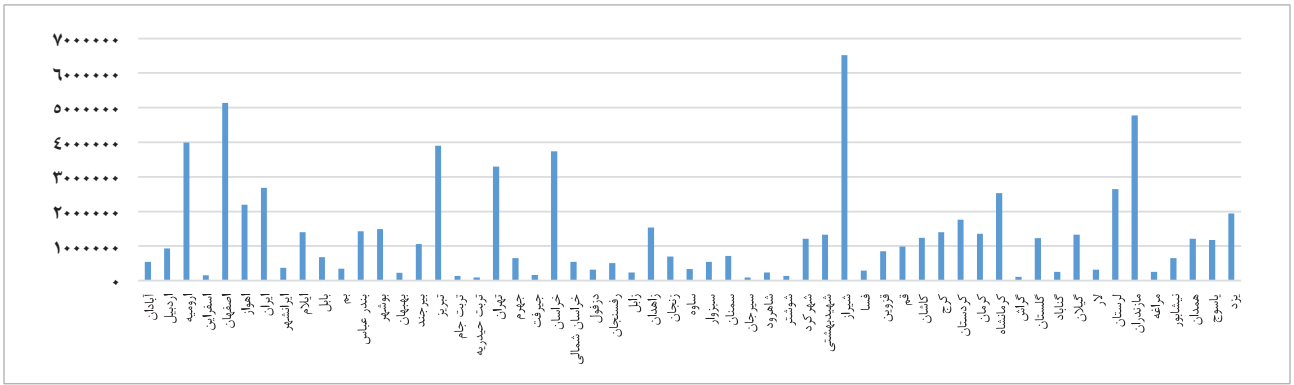
۱. فعالیت ۱۶.۱۶۳ متخصص در ۶۵۲ کلینیک ویژه در ۳۵۱ شهر کشور

۲. انجام بیش از ۷۶ میلیون ویزیت

۳. رویکرد نوین در طراحی و ساخت فضاهای درمانی

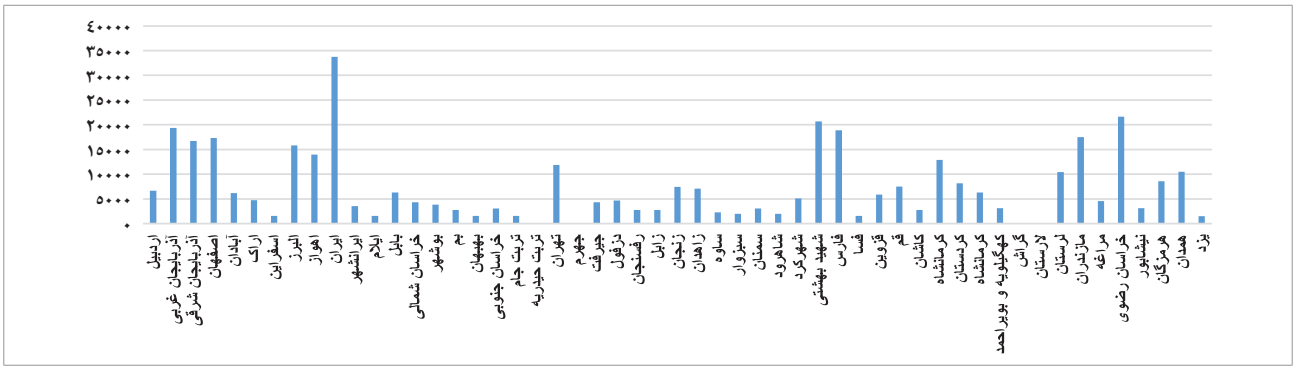
۴. شروع عملیات ساخت ۳۸۵۳۸۰ هزار مترمربع فضای کلینیک‌های ویژه

۵. کاهش پرداخت مردم در خدمات سرپایی (جمشید کرمانچی، ۱۳۹۵)



تعداد ویزیت‌های انجام شده در برنامه ارتقاء ویزیت - دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

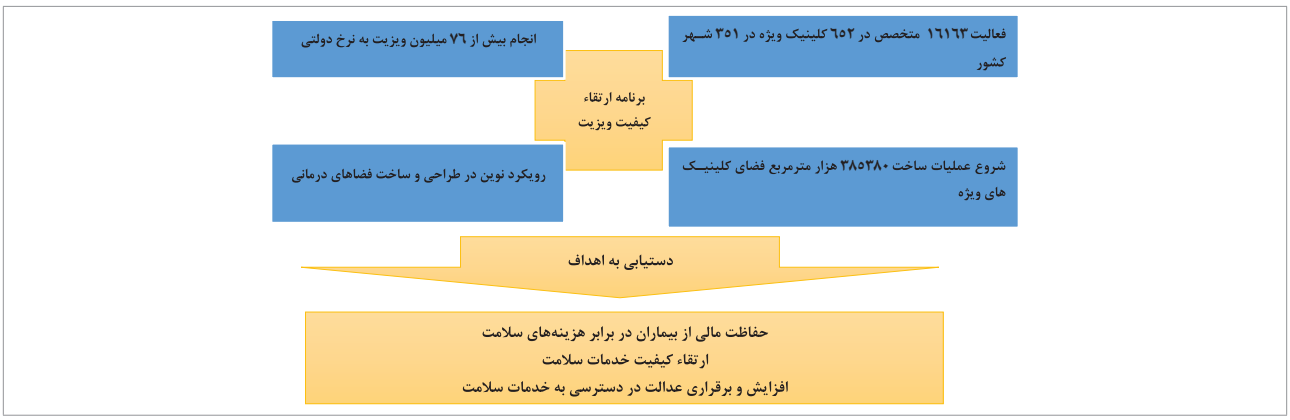
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]



متراژ کلینیک‌های ویژه در حال ساخت – دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

- ✓ با توجه به آن‌که در ۶۵۲ کلینیک ویژه، پزشکان عمومی و متخصص به ارایه خدمات ویزیت سرپایی با تعرفه دولتی، می‌پردازند لذا علاوه بر افزایش دسترسی بیماران به خدمات سلامت منجر شده است که پیش از این در بیمارستان‌های دولتی وجود نداشت.
- ✓ تجهیز فضای فیزیکی و خرید تجهیزات الزامی برای درمانگاه‌ها که به افزایش کیفیت خدمات منجر می‌شود.
- ✓ استانداردسازی فضای فیزیکی کلینیک‌های ویژه بر اساس آیین‌نامه‌های وزارتی که بر کیفیت خدمات تأثیرگذار است.
- ✓ بهبود ارتباط بین پزشک و بیمار بر اساس منشور حقوق‌گیرندگان خدمت با نظارت دانشگاه که بر کیفیت خدمات سلامت تأثیرگذار است.
- ✓ ارتقاء کیفیت ویزیت از طریق الزام پزشکان به رعایت استانداردهای ویزیت، ثبت دقیق شرح‌حال و معاینه فیزیکی و توجه به سوابق بیمار که بر کیفیت خدمات سلامت تأثیرگذار است.
- ✓ افزایش نسبت ویزیت سرپایی در بخش دولتی که منجر به درآمدزایی برای بیمارستان‌های دولتی می‌شود.
- ✓ حفاظت مالی از مردم از طریق ویزیت با کیفیت، اقدامات تشخیصی و درمانی درست در کلینیک‌ها و درنهایت بستری در بیمارستان‌های دولتی که تمامی آنها به حفاظت مالی از بیماران منجر می‌شود.
- ✓ رفتارسازی با تعیین تعرفه‌ها و اصلاح حق ویزیت برای پزشکان که به فرهنگ‌سازی ارایه خدمات مناسب منجر می‌شود.
- ✓ افزایش دسترسی مردم از طریق تمام‌وقت شدن بیش‌تر پزشکان و ایجاد کلینیک‌های ویژه و خدمات پاراکلینیک و آزمایشگاه در نقاط مختلف شهرها با تمرکز بر مناطق کم‌تر توسعه‌یافته.
- ✓ احیاء طب بالینی وجلوگیری ازخدمات پاراکلینیکی متعددو غیرضروری که درنهایت منجربه افزایش کیفیت خدمات وحفاظت مالی ازبیماران می‌شود.
- ✓ افزایش رضایت بیماران با توجه به حفاظت مالی و افزایش دسترسی و بهبود کیفیت خدمات سرپایی
- ✓ افزایش رضایت پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی با توجه به مناسب شدن دریافتی از حق ویزیت که منجر به ماندگاری آنها در برنامه و در نهایت منجر به ارایه خدمات باکیفیت می‌شود (جمشید کرمانچی، ۱۳۹۵).

همانطور که در بالا اشاره شد تمامی موارد برشمرده شده در مورد دستاوردهای برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت، همچون افزایش حضور پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی در کلینیک‌های ویژه احداث شده در سراسر کشور، افزایش زمان ویزیت در این کلینیک‌ها و ارایه خدمات تخصصی با نرخ دولتی در راستای دستیابی به سه هدف اصلی مدل پوشش همگانی سلامت که حفاظت مالی از بیماران، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و ارایه خدمات باکیفیت به بیماران است، موفق بوده است لذا می‌توان این برنامه را یکی از برنامه‌های موفق طرح تحول نظام سلامت برشمرد (جمشید کرمانچی، ۱۳۹۵).



برنامه ارتقا کیفیت ویزیت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

پیشنهادات

ستادهای اجرایی طرح تحول شامل ستاد کشوری (به‌عنوان متولی طرح)، استانی و دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح تحول نظام سلامت در کشور را از تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ در کل کشور به اجرا درآوردند. این برنامه پس از ۶ ماه مطالعه مستمر، بررسی نظام‌های سلامت در سراسر دنیا و اخذ مشاوره از کشورهای پیشرو در زمینه اصلاح نظام سلامت، تدوین شد و با الگوبرداری از مدل پوشش همگانی سلامت معرفی شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، تلاش دارد تا نظام سلامت کشور را پس از سال‌ها بی‌مهری، بازنگری، اصلاح و متحول سازد. یکی از مهم‌ترین گام‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این مسیر خلق منابع اعتباری جدید، ایجاد بستری برای همکاری بین بخشی، ایجاد چارچوبی نظامند برای مدیریت گردش مالی و نظارت بر حُسن اجرای طرح تحول نظام سلامت بود. طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان شامل ۹ برنامه فراگیر و گسترده است که همگی در راستای دستیابی به اهداف کلان تعریف شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، طراحی شده‌اند. این اهداف عبارتند از افزایش دسترسی به خدمات سلامت، حفاظت مالی از بیماران در برابر خدمات سلامت و بهبود کیفیت خدمات سلامت.

برنامه ارتقاء کیفیت خدمات سلامت یکی از برنامه‌های ۹ گانه طرح تحول نظام سلامت است که دستاوردهای قابل‌ملاحظه‌ای را در این زمان کوتاه کسب نماید. دستاوردهای این برنامه همچون حرکت در مسیر تمام‌وقت کردن هیأت‌علمی، بهسازی، بازسازی و احداث یا رهن و اجاره کلینیک‌های ویژه، عقد قرارداد با پزشکان متخصص، تدوین استاندارد ویزیت سرپایی، ایجاد رویکرد نوین در طراحی فضاهای کیلینکی، توجه به مفاد آموزشی در زمینه ویزیت سرپایی، ایجاد بستر الکترونیک برای پیگیری و نظارت بر برنامه، ایجاد انگیزه و فرهنگ‌سازی برای پایبندی به زمان استاندارد و ثبت سوابق بیمار و غیره به‌طور مشخصی در جهت اهداف مدل پوشش همگانی سلامت از مسیر این برنامه، تأثیرگذار بوده است. لازم به یادآوری است که بررسی آماری تأثیر این مداخلات منوط به تعیین شاخص‌های کمی و جمع‌آوری اعداد و ارقام مشخص به‌صورت مستمر و مطالعات گسترده در طول زمان و براساس دسته‌بندی جغرافیایی کشور است.

در این راستا فراهم کردن زیرساخت‌های لازم و رفع کمبودها، مشکلات و موانع اجرایی برنامه می‌توانند بر تسریع در دستیابی به اهداف برنامه تأثیرگذار باشد. همچنین ذینفعان برنامه می‌توانند در گام بعدی استانداردسازی خدمات ویزیت سرپایی، زمان ویزیت را با توجه به وضعیت و شرایط موجود بیمارستان‌های وابسته به وزارت (فضا و امکانات کلینیک‌های ویژه، رشته‌های تخصصی، سیستم‌های نوبت‌دهی و ثبت اطلاعات، تعداد مراجعین و نحوه‌ی یا ارجاع بیماران، آموزش و فرهنگ عمومی مراجعین) استاندارد نمایید. بررسی دقیق و آماری معنادار بودن دستاوردهای پروژه در جهت دستیابی به اهداف کلان طرح تحول نظام سلامت می‌تواند عنوان پژوهشی پیشنهادی در آینده باشد.

References

1- WHO. Health systems financing: the path to universal coverage, the world health report 2010. Geneva: World Health Organization; 2000.
2- Year. WHRot. 2000.
3- Education. MoHaM. Health field in the eleventh government, health conditions at the beginning of work and the health transformation plan. Ministry of Health and Medical Education. 1394.
4- Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984-2010). International journal for equity in health. 2014;13:42.
5- Hanji M, Alizadeh M. Justice status in health financing in Iran. J Social Welfare.5(9).
6- Organization. WH. World Health Organization report.: WHO; 2014.
7- Progress report on health promotion in the islamic republic of iran ministry of health and medical education. 2015.
8- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. Bmj. 2001;323(7318):908-11.
9- Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. Bmj. 2000;320(7233):484-8.
10- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical care. 1989;27(3 Suppl):S110-27.
11- Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Current opinion in oncology. 2005;17(4):351-4.
12- Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. Journal of family & community medicine. 2012;19(1):12-9.
13- Aeenparast A, Tabibi SJ, Shahanaghi K, Aryanejhad MB. Reducing outpatient waiting time: a simulation modeling approach. Iranian Red Crescent medical journal. 2013;15(9):865-9.
14- Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

medical practice: humanizing medical practice. New York: Oxford University Press; 2001.
15- Gifford S. Differences between outpatient and inpatient treatment programs.
16- Inpatient. Outpatient Care and Coverage. Available from:http://www.valuepenguin.com/inpatient-vs-outpatient-care-and-coverage.
17- Employers? WatToHWHMtB. Available from: http://healthcareers.about.com/od/whychoosehealthcare/f/HospitalFAQ.htm.
18- Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2002;52(485):1012-20.
19- Druss B, Mechanic D. Should visit length be used as a quality indicator in primary care? The Lancet. 2003;361(9364):1148.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]

A review of the Program to Improve the Quality of Visiting Services in Government Hospitals in Line with the Development of the Health System Through Focusing Its Achievements

Jamshid Kermanchi [1], Mohammad Aghajani [2*], Marjan Ghotbi [3], Ali Shahrami [4], Alireza Olyaeemanesh [5], Saeid Manavi [6], Leila Poraghasi [7], Ali Maher [8], Mosa Tabatabaei [9], Farah babaei [10], Peirhossein Kolivand [11], Hassan Vaezi [12], Marziyeh Zangeneh [13], Arezoo Dehghani [14], Seyedeh Sana Hosseini [15]

[1] Adviser of Curative Affairs in the Disease Management
[2] Deputy for Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education
[3] Executive Vice-President of the Office of Hospital Management and Clinical Services Excellence, Ministry of Health and Medical Education
[4] Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education
[5] Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs, Ministry of Health and Medical Education
[6] Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education
[7] Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources. Ministry of Health and Medical Education
[8] Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education
[9] Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education
[10] Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education
[11] Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education
[12] Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education
[13] Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education
[14] Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education
[15] Expert of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

Kermanchi J, Aghajani M, Ghotbi M, Shahrami A, Olyaeemanesh A, Manavi S and et al. A review of the Program to Improve the Quality of Visiting Services in Government Hospitals in Line with the Development of the Health System Through Focusing Its Achievements. Hakim Health Sys Res 2017; 20(1): 54-63

* **Corresponding Author:** Ministry of Health and Medical Education. 9th Floor, Block A, Eyvanak, E, Qods, Tehran, Iran. Tel:+98-2181454646, E-mail: Aghajani.m@health.gov.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-13]