



# پزشکی خانواده و نظام ارجاع

بررسی مهم ترین برنامه حوزه سلامت

# فهرست مطالب

- تاریخچه اجرای پزشکی خانواده در ایران
- اهداف طرح پزشکی خانواده
- پزشک خانواده کیست؟
- نظام ارجاع
- ویژگیها و مزایای پزشکی خانواده
- تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده
- راهکارهای اجرا و پیشبرد طرح پزشک خانواده



## تاریخچه اجرای پزشکی خانواده در ایران

پیشینه توصیه سیاستی نظام یکپارچه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، تربیت متخصص پزشکی خانواده و ایده ادغام آموزش پزشکی در خدمات نظام سلامت؛ به دهه ۱۳۵۰ بر می‌گردد. طرح بیمه درمانی مبتنی بر پزشک خانواده برای جمعیت تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی در دهه ۱۳۷۰ آغاز شد.

پیش نویس های پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تکامل یافت و نسخه نهایی آن توسط مرکز گسترش شبکه معاونت سلامت وقت با همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، پس از وقوع زلزله فاجعه بار بم، برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم در سال ۱۳۸۳ عملیاتی شد، به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد. ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۹) تصریح شد «به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به ۱ درصد کاهش یابد»، شواهد نشان می‌دهد که روند شاخص‌های عدالت در تأمین مالی خدمات سلامت به ویژه در مناطق روستایی به سطح هدف به طور مطلوب کاهش نیافته است.



به منظور رفع و یا کاهش مشکلات مذکور و افزایش اثربخش نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، بند ب و ج ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، شورای عالی بیمه خدمات درمانی را مکلف می‌نماید تا پایان برنامه چهارم تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید و به منظور تعمیم عدالت در بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان و عشایر، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا شود بر این اساس در بند الف تبصره ۱۴ قانون بودجه کشور، منابع مالی لازم پیش بینی و برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی- عشایری و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت اجرا می‌شود.

پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۷ و بر اساس الزامات قانونی با وجود آنکه پزشک خانواده و بیمه روستایی هنوز به خوبی نهادینه و ارزشیابی نشده و چالش‌های آن مرتفع نگردیده بود، اجرای طرح پزشک خانواده شهری توسط دولت وقت مورد توجه قرار گرفت که ابتدا قرار بود فقط در شهرهای کمتر از ۵۰ هزار نفر جمعیت اجرا گردد و به تدریج به شهرهای با جمعیت بیشتر تسری داده شود.



کارگروه تخصصی سلامت در برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۸ مصوب کرد: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است «شبکه ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت» را با تأکید بر مراقبت اولیه سلامت، خدمات سرپایی و مراقبت در خانواده مبتنی بر سطح بندی و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده تا پایان سال اول برنامه باز طراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید. این پیشنهاد در بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۵)، این گونه مصوب می‌شود «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت؛ مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، در سال اول برنامه و حین اجرا باز طراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد، سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد».



برنامه پزشک خانواده شهری در سال ۱۳۸۹، در ۳ استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری بر پایه نسخه معروف به ۰۱ پایه گذاری شد، نتایج حاصل از این طرح آزمایشی نیز رسماً منتشر نشد. اجرای آزمایشی طرح پزشک امین سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ در گیلان شروع شد و توقف آن پس از ۴ ماه به خاطر موازی کاری با برنامه پزشک خانواده و مخالفت وزارت بهداشت بود.

نسخه ۰۲ دستور عمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری که با مشارکت وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه و پس از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سوی دولت در سال ۱۳۹۱ رونمایی شد. اگرچه به طور رسمی استقرار نسخه ۰۲ در سه استان فارس، مازندران و سیستان و بلوچستان اعلام شد و مقدمات اجرای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی هم فراهم شد لیکن در نهایت تنها دو استان فارس و مازندران، برای اجرای کامل آن پیشگام شدند.



با تغییر وزیر بهداشت در دی ماه ۱۳۹۱، نسخه ۰۲ مجدداً بازنگری شد و ۸ استان سیستان و بلوچستان، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، خوزستان، یزد، قزوین و خراسان جنوبی برای اجرای برنامه، مد نظر قرار گرفتند که با پایان دولت دهم این موضوع عملیاتی نگردید. پس از شروع به کار دولت یازدهم، بر اساس تعهدات رئیس جمهور و وزیر بهداشت در برنامه ارائه شده به مجلس شورای اسلامی مبنی برای اجرای راهبرد پزشک خانواده، ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت.

تصویب نامه هیأت وزیران در آبان ۱۳۹۲، مبنی بر تشکیل کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و یکی از اولویت‌های آن، یعنی استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در تمامی روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری، بر اهمیت مرور برنامه پزشک خانواده افزود. مطالعه به سفارش معاونت بهداشت، وزارت بهداشت با مشارکت ذی نفعان به منظور بررسی کیفیت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران، شناسایی چالش‌ها و دستاوردهای اصلی و ارائه مداخلات بهبود، طراحی گردید تا در تهیه طرح تحول سلامت مورد استفاده قرار گیرد.



## اهداف طرح پزشکی خانواده در ایران

اهداف طرح پزشکی خانواده در ایران عبارتند از:

۱- ایجاد نظام ارجاع در کشور

۲- افزایش پاسخگویی در بازار سلامت

۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت

۴- کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات.





## مدیریت در نظام سلامت

### دو شیوه مدیریتی در نظام سلامت

دو شیوه مدیریت در نظام سلامت جهان وجود دارد.

در اولین شیوه مدیریتی که به آن سیستم تعاون همگانی گفته می‌شود، همه عناصر کشور به نحوی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی شرکت دارند و بیمار این حق را دارد که به هر مرکزی مراجعه کند.

شیوه دوم؛ خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت و تقاضای افراد برای دریافت، این خدمات را در سطوح مختلفی تعریف کرده و نظام مند ساخته است. به این سازوکار نظام مند، نظام ارجاع گفته می‌شود. ارجاع؛ به فرآیندهای تعیین کننده نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام گفته می‌شود. این برخورداری می‌تواند از خدمات سطح همسان باشد که به آن «ارجاع افقی» می‌گویند یا بین سطوح سه گانه باشد که «ارجاع عمودی» نامیده می‌شود.



## پزشک خانواده کیست ؟

پزشک خانواده به عنوان مسنول اولین سطح تماس با مردم و بیماران؛ دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانی اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت می‌باشد. بنابراین یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه خدمات درمانی صرف استفاده کرد، خدمات سلامت در پزشک خانواده به صورت فعال به جامعه تحت پوشش ارائه می‌شود.

خدمات پزشک خانواده به دو شکل عمده؛ مراجعه تیم سلامت به درب منازل افراد تحت پوشش به شکل فعال، و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می‌شود. در صورت نیاز به خدمات تخصصی، بیمار توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع می‌شود. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، بستری و درمان و مشاوره تخصصی انجام و پسخوراند خدمات و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام می‌شود. تمامی اطلاعات در پرونده سلامت ثبت و در صورت نیاز پیگیری خواهد شد. این سطح بندی موجب می‌شود تا از مراجعه مکرر و غیر ضرور به مراکز تخصصی جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری شود. بنابراین نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه دهنده خدمات در کاهش هزینه‌ها و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر، نقش اساسی دارد.



## بسته‌های خدمات هر سطح و انواع ارجاع

نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و سازمان‌های بیمه گر، هر یک، بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت بر اساس سطح بندی خدمات در سطوح مختلف، سطح بندی می‌گردد و از روستا تا شهر، از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می‌کند. در بخش سطح بندی جمعیت تحت پوشش، امکانات و تجهیزات و بسته خدمت که مهمترین قسمت سطح بندی است، تبیین و تعیین می‌گردد تا از القای نیازها و هدررفت منابع اعم از منابع انسانی و تجهیزاتی، پیشگیری شود و از نظام مراقبت سلامت با توجه شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشور استفاده می‌شود تا ارائه خدمات سلامت از قبیل: پیشگیری، درمان و بازتوانی به آحاد مردم به شکل‌های متفاوت سازماندهی شود.



در نظام مراقبت سلامت، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد که در چارچوب خدمت به مردم در حیطه پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص و درمان اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر احتیاج داشته باشند از طریق سیستم ارجاع به سطح‌های بالاتر هدایت و نتیجه آن را پیگیری می‌کند. نظام ارجاع فرآیندی است که در آن پزشک خانواده به دلیل کمبود مهارت، دارو و تجهیزات خود، خدمات و ابزارهای تشخیصی و درمانی بیشتری را از سطوح تخصصی و بالاتر درخواست می‌کند. در یک نظام ارجاع، مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی به سه سطح تقسیم می‌شود. سطح اول مراکز بهداشتی-درمانی می‌باشند که محل استقرار پزشک خانواده هستند. سطح دوم، مراکز تخصصی هستند که وظیفه ارائه خدمات تخصصی به بیماران ارجاع شده از سطح اول دارند. سطح سوم، مراکز فوق تخصصی است که خدمات فوق تخصصی را به بیماران ارجاع شده از سطح دوم ارائه می‌دهند.



سطوح اولیه خدمات بهداشتی برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی افراد سالم و جوان و سطوح بالاتر آن برای غربالگری و بازگرداندن سلامتی سالمندان و بیماران طراحی شده اند. اما یکی از چالش‌ها؛ فرهنگ نادرست برخی از ارائه دهندگان و دریافت کنندگان این خدمات و استفاده کمتر از خدمات سطوح اول، بار سطوح بالاتر مثل بیمارستان‌ها افزایش یافته و هزینه‌های فردی و کشوری با تمایل مطلق به سمت درمان محوری هر روز در حال افزایش است.

مطالعات نشان می‌دهند در صورت سازماندهی سطح بندی خدمات با نظام ارجاع، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود. اهمیت نظام ارجاع تا بدان جا است که گفته شده ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانسی که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط توصیه کارکنان سطح پایین‌تر مراقبت شوند. پیش نیاز دستیابی به یک نظام ارجاع کارآمد، وجود یک ارتباط قوی بین مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستانها می‌باشد. اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که سازمان جهانی بهداشت ادعا کرده است که ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، لذا اصلاح سیستم ارجاع می‌تواند به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد.



یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت ایران، اجرای طرح تحول نظام سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع است. در برنامه پزشکی خانواده، سلامت نگری، محور فعالیت‌های پزشکی محسوب شده و هدف کلی آن، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامت در حدود بسته تعریف شده؛ به فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. در صورت نیاز به خدمات تخصصی، پزشک خانواده، بیمار را به متخصص ارجاع می‌دهد. سپس متخصص نوع تشخیص، درمان و خدماتی که به بیمار ارائه داده است را در قالب فرم پسخوراند ارجاع، ثبت نموده و به منظور ادامه درمان و پیگیری‌های لازم به پزشک خانواده ارسال نموده و سرانجام این فرم جهت پیگیری‌های بعدی در پرونده سلامت فرد بایگانی می‌کند. در این سیستم پزشکی عمومی و تیم او مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آنها هستند. لذا یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است. خدمات پزشکی خانواده به دو شکل عمده؛ مراجعه تیم سلامت به درب منازل افراد تحت پوشش به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشکی خانواده انجام می‌شود. در صورت نیاز به خدمات تخصصی بیمار توسط پزشک به متخصص ارجاع داده می‌شود.



طبق قوانین و مقررات جاری کشور ایران، گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دولت بسیار مهم بوده به طوری که در برنامه چهارم، پنجم، ششم و لایحه برنامه هفتم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران، اجرای آن برای پوشش تمامی مردم کشور از وظایف مهم بخش سلامت است.

زمزمه‌های اجرای نظام ارجاع در کشور ما نیز با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴، شنیده شد اما تا سال ۱۳۸۴ جنبه اجرایی پیدا نکرد. در سال ۱۳۸۴ در هنگام بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۸۴ بود که نمایندگان با تصویب یک تبصره به همراه ردیف بودجه‌ای مستقل، دولت را موظف کردند تا پایان سال تمام روستاییان را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع بسیار مهم بوده است. لذا همواره یکی از بخش‌های مهم نظام سلامت، نظام ارجاع برنامه پزشکی خانواده بوده است که هر ساله در برنامه‌های دولت و توسعه دیده شده اما به درستی اجرا نمی‌شود. یکی از دلایل عدم اجرای این مسئله، عدم موفقیت‌ها و نقاط ضعف و قوت چالش‌هایی هست که در این طرح می‌تواند باشد، که با هدف دانستن علت این خلاء ها و کمک به شواهد با شناسایی این خلاء ها و اقدام برای برقراری نظام ارجاع



منظور از نظام ارجاع در سطح بندی خدمات، ارائه خدمات به شکل زنجیره‌های مرتبط و تکامل یافته است تا اگر یکی از مراجعان واحد محیطی به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته باشد، واحد مذکور بتواند مراجعه کننده را به واحد ارائه کننده آن خدمت ارجاع دهد. واحد دوم نیز در صورت لزوم مراجعه کننده را به واحدهای تخصصی بالاتر با امکانات تخصصی بیشتر برای بیمار، ارجاع می‌دهد. این زنجیره خدمت رسانی را نظام ارجاع می‌نامند.

نظام ارجاع: به فرآیندهای تعیین کننده نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را «ارجاع» می‌گویند. این برخورداری می‌تواند از خدمات سطح همسان باشد که به آن (ارجاع افقی) می‌گویند یا بین سطوح سه گانه باشد که (ارجاع عمودی) نامیده می‌شود.

پسخوراند: فرآیندی که در آن پاسخی شامل اقدام‌های انجام شده و اقدام‌های بعدی که باید انجام شود، توسط گیرنده ارجاع به فرد ارجاع کننده داده می‌شود تا بدین ترتیب ضمن ایجاد نسخه‌ای برای عملکرد دو طرف، اطلاعات دو طرف ارجاع در خصوص فرد ارجاع شده، همگون شده و به شکل عملکرد گروهی بیش از پیش، نمود پیدا کرده و سلامت افراد پیگیری شده و ارتقا یابد.





خدمات سلامت و بهداشتی - درمانی به سه سطح تقسیم بندی شده است : (خدمات و سطوح نظام ارجاع)

### سطح 1:

خدمات این سطح شامل پیشگیری و مراقبت های بهداشتی اولیه، خدمات تشخیص و درمان سرپایی بیماران، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، اجرای برنامه های آموزشی است که برای افراد و جامعه به وسیله مراکز و خانه های بهداشت صورت میگیرد. در این سطح اولین ارتباط فرد مراجعه کننده با پزشک خانواده یا تیم سلامت هست.

### سطح 2:

در این سطح نیز خدمات درمانی و سرپایی یا بستری، تجویز دارو و بسیاری از موارد دیگر پزشکی انجام میگیرید. این سطح اولین مرحله شروع ارجاع در نظام سلامت و بهداشت هست.

### سطح 3:

این سطح از خدمات فوق تخصصی تشخیص و درمان، بستری های تخصصی، درمان بیماری های سرپایی و افراد ناتوان و معلول، تامین دارو و بسیاری از موارد خصوصی دیگر را برعهده دارد.



هدف از اجرای نظام ارجاع: اولویت سطح ۱ بر سطوح ۲ و ۳؛ به عبارت دیگر فرد باید بیشتر مراقبت‌های اولیه و نوین و خدمات درمانی سرپایی را در سطح اول دریافت کند. موارد ارجاع بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی انجام می‌شود. (۱۵ درصد مراجعان به سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند) نظام ارجاع باعث بهبود خدمات سلامت و در نهایت مدیریت منابع می‌شود.

شیوه پرداختی به ارائه‌کنندگان سلامت، سرانه، کارانه، جریمه، تشویق، نقش بیمه‌ها، پرداخت از جیب مردم در نظام‌های خدمات سلامت شاهد مثلث بیمار، ارائه‌کننده خدمت و پرداخت‌کننده هزینه خدمات هستیم. برای اثر بخشی هر چه بهتر این نظام باید به نیازها و خواسته‌های هر سه ضلع توجه کنیم. در یک طرف دریافت‌کننده خدمت است که خواسته وی، دریافت خدمات با کیفیت و هزینه معقول است. در طرف دیگر، ارائه‌کننده خدمت است (پزشک، دندانپزشک، ماما، پرستار و...) که هدفش جذب بیشتر بیمار و کسب منافع بیشتر است. پرداخت‌کننده هزینه خدمات، که هدفش تحت پوشش بیمه قراردادان تعداد بیشتری از جمعیت و کسب منفعت بیشتر است. بنابراین ساز و کارهای پرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمت باید طوری طراحی شود تا امکان درآمد کافی برای ارائه‌کننده فراهم شود و انگیزه کافی برای ارائه خدمات با کیفیت فراهم گردد تا به سوی شغل‌های پردرآمد تر نرود و منجر به حصول اطمینان از حضور نیروی متخصص برای ارائه خدمت و تداوم خدمت به بیمه‌شدگان و جلوگیری از اتلاف منابع و ارائه خدمات غیر ضرور گردد.



## ویژگی و مزایای پزشکی خانواده

ویژگی و مزایای پزشکی خانواده :

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت؛ پزشکی خانواده، مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در نظام سلامت است. پزشکی خانواده یک راهبردی جهانی است که برای برطرف کردن مشکلات حوزه سلامت تعریف شده است تا با تبدیل سیستم درمان نگر به یک نظام سلامت محور، به عدالت در سلامت منجر شود. در واقع پزشکی خانواده، قصد دارد با حاکم کردن نظامی واحد، اقتصاد سلامت را اصلاح کند و از سردرگمی بیماران و دوباره کاری‌های پزشکی کم کند. در پزشک خانواده، سلامت نگری، محور فعالیت‌های پزشک تعریف شده و هدف کلی، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی فارغ از سن، جنس، نژاد، قومیت و... است. برنامه پزشکی خانواده یکی از موضوعات مهمی است که در صورت اجرا، بار بیماری و هزینه‌های خانواده‌ها و نظام سلامت را به شدت کاهش می‌دهد.



## تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده

آمریکا: از سال ۱۹۶۹ تخصص پزشکی خانواده توسط کمیته برد تخصصی آمریکا مورد تأیید قرار گرفت و از سال ۱۹۷۱ انجمن پزشکان عمومی آمریکا به انجمن پزشکان خانواده آمریکا تغییر یافت. دانشجویانی که تمایل به طبابت به عنوان پزشک خانواده دارند، بعد از چهار سال تحصیل در دانشکده‌های پزشکی وارد دوره دستیاری سه ساله می‌شوند. طی این دوره، فعالیت‌های عملی در خصوص تعامل با بیمار، تشخیص، تجویز نسخه، مشاهده یا انجام اعمال جراحی سرپایی توسط فردی که به عنوان پزشک خانواده فعالیت می‌کند به دستیار آموزش داده می‌شود. امروزه با گذشت بیش از پنجاه سال از فعالیت پزشکان خانواده، اکثر این پزشکان در قالب نظام سلامت یکپارچه و با استفاده از نظام ثبت اطلاعات الکترونیک به ارائه خدمت به بیماران می‌پردازند. به منظور وظایف پزشکان خانواده با نیازهای جدید نظام سلامت، نقش و وظایف این پزشکان طی دوره‌های مختلف مورد بازبینی قرار گرفته و در جدیدترین مورد، تأکید شده که پزشکان خانواده در قالب مشارکت پایدار به بیماران در درک از بیماری، پیشگیری و اداره آن کمک کنند و نظام سلامت را در دستیابی به اهدافش یاری رسانند و با استفاده از داده‌های موجود به پایش و مدیریت جمعیت تحت پوشش و با استفاده از دانش روز به انتخاب بهترین خدمات می‌پردازند.



## تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده

انگلیس: سیستم مراقبت سلامت در انگلستان در سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی را شامل می‌شود. خدمات اولیه معمولاً در تیم‌های کوچکی از پزشکان عمومی خانواده متشکل از حدود ۴ تا ۶ نفره ارائه می‌شود.

انگلیس از سال ۱۹۴۲ دارای یک سیستم درمان جامع ملی است که از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی شده و به وسیله یک بخش خصوصی کوچک و مستقل همراهی می‌شود. عمده درآمد نظام سلامت از طریق مالیات بیمه‌ای است. از سال ۱۹۴۸ و با تشکیل سرویس ملی سلامت NHS تاکنون پزشکان عمومی بسیاری برای ارائه خدمت به کل جمعیت انگلیس آموزش دیده اند؛ طبق مقررات، تمامی افراد جامعه باید در سیستم پزشکان عمومی ثبت نام شده باشند و به طور میانگین هر پزشک ۱۲۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.

از سال ۱۹۷۹ پزشکان عمومی که مایل به فعالیت در این سیستم هستند باید دوره سه ساله آموزشی و امتحان آخر دوره را طی کرده باشند. این پزشکان که به عنوان پزشک خانواده فعالیت می‌کنند، تمامی خدمات مراقبت‌های اولیه، حتی خارج از ساعات مقرر را ارائه می‌دهند و همزمان با تیم ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت از جمله پرستاران، مشاوران تغذیه، داروسازان و روان شناسان مشارکت می‌کنند. خدمات اولیه و تخصصی به طور کامل رایگان و از محل مالیات‌های عمومی ارائه می‌شود. بر اساس مطالعات ۸۸ درصد از شهروندان در انگلستان به پزشکان عمومی اعتماد

کامل دارند.



## تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده

کانادا: کانادا هم در سال ۱۹۶۷ با تغییر نام کالج پزشکی عمومی کانادا به کالج پزشکان خانواده، در مسیر برنامه جدید قرار گرفت. در عین حال آموزش حین خدمت برای فارغ التحصیلانی که در مراکز خدمات اولیه مشغول بودند آغاز شد. آموزش پزشک خانواده یک سال به طول می‌انجامید. البته در سال‌های اخیر در کانادا تعداد فارغ التحصیلانی که پزشک خانواده را به عنوان تخصص انتخاب کنند به دلیل بار مشکلات کاری و پرداختی، کاهش یافته است. در سال ۱۹۹۳ قائم مقام وزیر بهداشت کانادا اعلام کرد که ۵۰ درصد رزیدنت‌های کشورهای بایستی به پزشکی خانواده گرایش پیدا کنند، اما در سال ۱۹۹۵ این میزان ۳۵ درصد و در سال ۲۰۰۱ کمتر از ۲۸ درصد و در سال ۲۰۰۳ در حدود ۲۴ درصد دانشجویان پزشکی، پزشکی خانواده را به عنوان اولین رشته انتخاب کردند. بیش از ده درصد موقعیت‌های رزیدنتی در سال ۲۰۰۱ و حدود ۳۰ درصد در سال ۲۰۰۳، خالی ماند. در کانادا پزشک خانواده منطبق بر چهار اصل است:

- ۱- پزشک خانواده یک پزشک بالینی ماهر است.
- ۲- پزشکی خانواده یک رشته جامعه محور است.
- ۳- پزشک خانواده مسئول سلامت جمعیت مشخص است.
- ۴- رابطه پزشک - بیمار نقش محوری در پزشکی خانواده دارد.



## تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده

ترکیه: از سال ۱۹۸۳ آموزش متخصصین پزشک خانواده در ترکیه اجرا و طول دوره تخصص سه سال با گذراندن بخش‌های داخلی، کودکان، زنان و زایمان، طب اورژانس و روانپزشکی برنامه ریزی شد. علاوه بر متخصصان، پزشکان عمومی که در نظام مراقبت اولیه فعال بودند می‌توانستند با گذراندن دوره‌های آموزشی و قبولی در امتحانات کیفی به عنوان پزشک خانواده فعالیت کنند. اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی در ترکیه به ۱۱ سال قبل، باز می‌گردد، با اینکه، این اصلاحات با قاطعیت بیشتری توسط دولت‌های حزب عدالت و توسعه در ۱۲ سال گذشته در ترکیه به کار برده شده است. سیستم پزشک خانواده یکی از مداخلات اساسی این اصلاحات است که در سال ۲۰۰۵ به عنوان بخشی از تحول سلامت اجرا شد. برنامه پزشک خانواده در تلاش برای بهبود ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه متناسب با نیازهای بیماران، تمرکز بیشتر بر خدمات مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، بهبود ثبت سوابق سلامت شخصی و اجرای حق انتخاب یک پزشک بود. با پیاده سازی سامانه پزشک خانواده در استان‌های محدود در سال ۲۰۰۵، تا سال ۲۰۱۰ در ترکیه فراگیر شد. سیستم قدیمی حاکم بر مراکز بهداشتی که از سال ۱۹۶۰ راه اندازی شده بود، پس از یک دوره عملیاتی ۴۵ ساله در سال ۲۰۰۵ به پایان رسید. به نحوی که عملکرد مراکز بهداشتی بعد از اجرای مدل پزشک خانواده به دو بخش، مراکز سلامت خانواده و مراکز سلامت جامعه، تقسیم شد. اما به طور کلی پزشک خانواده، اساس اصلاحات بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهد نظام پرداخت به پزشک خانواده بر اساس سرانه افراد تحت پوشش و با در نظر گرفتن سطح اجتماعی اقتصادی منطقه است.



## تجربه کشورهای دیگر در زمینه پزشکی خانواده

مالزی: تغییر سبک زندگی و رشد سریع اقتصادی باعث شد تا مردم مالزی به طور روز افزون با بیماری‌های غیر واگیر و عوارض آنها و افزایش نیاز به خدمات سلامت مواجه شوند. در سال ۱۹۸۹ آموزش پزشکی خانواده در برنامه درسی دانشجویان پزشکی اضافه شد و از سال ۱۹۹۰ تخصص پزشک خانواده با آموزش چهارساله آغاز شد و بیش از سه دهه از فعالیت آن می‌گذرد. در مالزی ارائه مراقبت‌های اولیه هم به صورت دولتی و هم به صورت خصوصی به صورت مجزا از هم انجام می‌شود ولی قانونی مبنی بر اجبار ثبت نام افراد برای تحت نظر بودن توسط پزشک خانواده وجود ندارد. نظام پرداخت در مراکز دولتی عمدتاً با یارانه پرداختی دولت انجام می‌شود و میزان حداقلی ۱ رینگیت را بیماران پرداخت می‌کنند و در بخش خصوصی سهم اعظم پرداخت توسط بیماران و پرداخت از جیب ۷۸ رینگیت است. مشکل عمده فعلی مالزی؛ تعداد کم پزشکان خانواده، نبود مقررات و قوانین کافی و فعالیت مجزای مراکز دولتی و خصوصی است.





## راهکارهای اجرا و پیشبرد طرح پزشک خانواده

اگر بخواهیم جزئی‌تر به موضوع پزشکی خانواده نگاه کنیم بایستی موارد زیر را نیز در نظر داشته باشیم:

۱- تعرفه‌ها را واقعی کنیم، وقتی تعرفه ویزیت یک متخصص و فوق تخصص با تعرفه پزشک سطح یک اختلاف چندانی نداشته باشد و دسترسی سهل و آسانی برای دریافت مستقیم خدمت از سطوح تخصصی وجود داشته باشد، بدیهی است که برنامه‌ای اجرا نمی‌شود و نمی‌توان اجرا کرد و مردم آزادانه خدماتشان را از سطوح تخصصی دریافت می‌کنند، تقاضاهای القایی وجود دارد، سردرگمی مردم کماکان هست، پرداخت از جیب مردم افزایش پیدا می‌کند و...

۲- بسته‌های تشویقی برای متخصصین و فوق تخصص‌ها تعیین کنیم، زمانی که بر اساس سیاست‌ها و راهنماهای بالینی تدوین شده وزارت بهداشت اقدامات درمانی انجام می‌دهند با این کار هم از آنان حمایت شده و انتفاع آن به پزشک و مردم می‌رسد، با این اقدام از شلوغی مطب‌ها و مراکز درمانی کم می‌کنیم و پزشک متخصص ما با تعرفه واقعی با تعداد کمتر بیمار و فراغ بال، خدماتش را ارائه می‌دهد.

۳- مردم را در انتخاب پزشک خانواده آزاد بگذاریم و محدودشان نکنیم.



## راهکارهای اجرا و پیشبرد طرح پزشک خانواده

- ۴- فرهنگ سازی را به منظور افزایش سطح سواد جامعه و تغییر نگرش به طور گسترده با همکاری سازمان‌های مربوطه انجام دهیم. تا می‌توانیم به پزشکان و کادر بهداشتی درمانی و مردم اطلاع رسانی کنیم.
- ۵- پتانسیل پزشکی کشور را در نظر بگیریم، برآورد درستی از پزشکان دوره دیده و کادر بهداشتی درمانی داشته باشیم و از پزشکان، ماماها، پرستاران، پیراپزشکان و کادر بهداشتی و درمانی بخش خصوصی نیز استفاده کنیم و در واقع همه را در اجرای برنامه مشارکت دهیم، نه فقط محدود به بخش دولتی و نیروی انسانی آن، بسنده کنیم.
- ۶- صندوق‌های بیمه را تجمیع کنیم تا اعتبارات و منابع مالی برنامه از یک منبع و مرجع مشخص برآورد و تأمین شود.
- ۷- با توجه به تعداد پزشک و سایر نیروی انسانی مورد نیاز، بستر لازم را برای تربیت و آموزش آنها را فراهم نماییم.
- ۸- با تغییر اصلاحات و رویه‌های موجود، حمایت‌های قانونی و سیاست‌گذاری را از طریق نهاد با ثباتی که با تغییر دولت‌ها، تغییری در اصول آن ایجاد نشود ضمانت کنیم.



**با تشکر  
از توجه شما**