



ISSN:2251-6018

سال ششم ♦ شماره ی ۶۶ ♦ دی ۱۳۹۳ ♦ ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت

به مناسبت اولین سمینار بین المللی پزشک خانواده



در این شماره میخوانید:

- چرا پزشک خانواده
- استان فارس جاده اجرای پزشک خانواده را هموار کرد
- پزشک خانواده در استان فارس از ابتدا تاکنون



صفحه	عنوان
۲	سخن سردبیر
۳	مصاحبه وزیر بهداشت در مورد پزشک خانواده
۴	سرمقاله
۴	چرا پزشک خانواده؟
۶	استان فارس جاده اجرای پزشک خانواده را هموار کرد
۱۰	پزشک خانواده در استان فارس از ابتدا تاکنون
۱۵	طب اورژانس
۱۶	سونوگرافی جنینی رو به افزایش است

کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال ششم- شماره ۶۶
دی ۱۳۹۴

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سردبیر:
دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی،
دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

همکاران این شماره:
دکتر محسن مقدمی، دکتر محمدرضا کریمی، دکتر کرم توانی،
هنگامه کسرابی

سخن سردبیر

پزشک خانواده به علت نقش و جایگاهی که در پاسخگویی به مسائل و مشکلات نظام سلامت در جوامع امروزی دارد، به گفتمانی غالب در سیاستگذاری های عمومی تبدیل شده است. تمرکز بر نظام پیشگیری و جامعیت ارائه خدمات از ویژگی های مهم این گفتمان است. این خصیصه ها باعث شده است که هزینه های نظام سلامت در درازمدت کاهش پیدا کند. چنین نگاهی به پزشک خانواده بیش از همه در غالب دیدگاه های سیاستگذاری های عمومی سلامت، اقتصاد سلامت، و نظریه های بهداشتی مبتنی بر نگاه زیست شناختی (Biomedical) به امور سلامت و بیماری مطرح می شود. با وجود این، پزشک خانواده را از منظر سایر دیدگاه ها بخصوص دیدگاه های جامعه شناختی نیز می توان تحلیل کرد. از نظر جامعه شناختی، پزشک خانواده به علت نقشی که در تمرکززدایی از قدرت در نهادهای پزشکی دارد، اهمیت بالایی دارد. این نقش از یک سو در تمرکز زدایی از فرایندهای درمانگاهی شدن (Clinicalization) و بیمارستانیزه شدن (Hospitalization) و از سوی دیگر به علت شکل گیری تعاملات مبتنی بر مفاهیم بین پزشک و بیمار اهمیت دارد. از آن جایی که نظام های درمان روز به روز پیچیده تر می شوند، و این پیچیدگی در بیمارستانیزه شدن نمود بیشتری دارد (که باعث دورریزی بخش عمده ای از منابع سلامت نیز می شود)، این پیچیدگی ها بر تعاملات بین ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت تأثیرگذار است. پیچیده شدن نهادهای سلامت در فرایندهای درمانگاهی شدن و بیمارستانیزه شدن، همچنین کیفیت خدمات سلامت و اثربخشی آن را تحت تأثیر قرار می دهد. از آنجایی که گفتمان پزشک خانواده در راستای نگاه کل نگرانه (Holistic) و جامع (Integrative or Comprehensive) به پیشگیری و درمان است، پیچیدگی نهادی نظام سلامت را به حداقل می رساند و این امر باعث می شود، تعاملات ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت به سمت مفاهیم پیشتر پیش برود. در نتیجه، در مقایسه با نظام های درمانگاهی و بیمارستانی، در نظام پزشک خانواده، رضایت طرفین تعامل (پزشک و بیمار) بیشتر و کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت افزایش پیدا می کند. به همین جهت است که از منظر جامعه شناختی، پزشک خانواده نه تنها به کنترل چالش های بالقوه و بالفعل نظام سلامت و افزایش اثربخشی می انجامد، تعاملات را به سمت تعاملات مبتنی بر مفاهیم و با حداقل اوجاج سوق می دهد. در نتیجه پزشک خانواده، یکی از بهترین راه ها برای دستیابی به خدمات سلامت جامع می باشد. به علت اهمیت پزشک خانواده، و در راستای دامن زدن به این گفتمان، این شماره کلید سلامت که همزمان با نخستین کنگره بین المللی پزشک خانواده در شیراز است، به این موضوع اختصاص داده شده است.



وزیر بهداشت: در حال اصلاح اشتباهات پزشک خانواده ایم (مورخه دوشنبه ۲۳ آذر ۱۳۹۴)

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: وزارت بهداشت در حال آماده سازی زیرساخت پزشک خانواده و نظام ارجاع و اصلاح روند اشتباه گذشته است. دکتر سید حسن هاشمی در گفت و گو با ایرنا در پاسخ به این پرسش که آیا اجرای پزشک خانواده در دولت یازدهم متوقف شده است، افزود: اتفاقا بر عکس، در همین دولت ۱۶۰۰ پزشک خانواده به شبکه بهداشتی کشور اضافه شده است و اکنون حدود پنج هزار پزشک خانواده در کشور فعال شده اند. وی عنوان کرد: پزشک خانواده اکنون در تمام شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر مستقر است و در بسیاری از شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر نیز پزشک خانواده حضور دارد. وزیر بهداشت یادآور شد: برنامه پزشک خانواده که در دولت قبل در دو استان فارس و مازندران شروع شده بود، اشکالات و نقایصی داشت که همچنان در پی رفع اشکالات آن هستیم. وی خاطرنشان کرد: برنامه وزارت بهداشت این است که ابتدا زیرساخت اجرای نظام ارجاع را بر مبنای شبکه بهداشتی-درمانی کشور فراهم و تکمیل کنیم، مراقبان سلامت در تمام کشور مستقر شوند و همزمان در کنار آنها پزشکان خانواده نیز در سراسر کشور مستقر شوند. هاشمی ادامه داد: در همین دولت بیش از ۱۰ میلیون حاشیه نشین که در گذشته هیچ نوع خدمت بهداشتی و درمانی به آنها ارائه نمی شد، زیر پوشش شبکه بهداشتی قرار گرفتند و مراقبان سلامت اکنون به آنها خدمات اولیه سلامت را ارائه می کنند. وی اظهار داشت: نگرانی ما این بود که اگر پزشک خانواده از روز اول و از خط اول ارائه خدمات سلامت در پایگاه های بهداشتی مستقر شود همان مدل قبلی که در فارس و مازندران اجرا شد، اتفاق می افتد و پزشک خانواده نسخه نویسی می شود. این مقام مسئول تاکید کرد: نظر وزارت بهداشت این است که پزشک خانواده نسخه ننویسد، درمان محور نباشد و بلکه پیشگیری محور باشد، بنابراین بهتر این است که در یکی دو سال اول برنامه، مراقبان سلامت در کشور گسترش یابند و مردم را زیر پوشش خدمات اولیه سلامت ببرند، برای همه ایرانیان پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شود و بعد در صورت نیاز افراد بیمار را به پزشک خانواده ارجاع دهند. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابراز داشت: مراقبان سلامت در پایگاه های بهداشتی ۱۲ هزار و ۵۰۰ نفر را زیر پوشش قرار می دهند. هر چهار پایگاه به یک مرکز جامع خدمات سلامت که پزشک خانواده نیز در آن مستقر است، مرتبط می شود و به این ترتیب نظام ارجاع شکل می گیرد. وی عنوان کرد: این مدل اکنون در کشور در حال گسترش است، از روستاها، شهرهای کوچک و حاشیه شهرها شروع شده و به تدریج به شهرهای بزرگ و کلانشهرها نیز گسترش پیدا می کند. برنامه پزشک خانواده برای اولین بار در سال ۸۴ در زمان وزارت مسعود پزشکیان در روستاها کلید خورد و بعد از آن در دوران وزارت کامران باقری لنگرانی و مرضیه وحید دستجردی نیز پیگیری شد و طی این مدت حداقل دو نسخه اجرایی ۰۱ و ۰۲ برای این برنامه تدوین و ابلاغ شد. مطابق این برنامه، پزشک خانواده مسئول مراقبت از سلامت یک تعداد جمعیت مشخص می شود، پزشک خانواده با همکاری تیم خود، برای آنها پرونده سلامت تشکیل می دهد. در این برنامه باید تمام اطلاعات مربوط به سلامت ایرانیان از زمان تولد تا مرگ در این پرونده که قرار است، اطلاعات آن در شبکه الکترونیک سراسری ثبت شود تا در همه جای کشور امکان دسترسی به سوابق سلامت هر ایرانی میسر باشد. پزشک خانواده که باید دوره دیده باشد، در یک محدوده تعریف شده و بر اساس یک دستورالعمل مشخص خدماتی را به افراد تحت پوشش خود ارائه می کند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی، آنان را به سطح تعریف شده بالاتر که پزشک متخصص و فوق تخصص مستقر است، ارجاع می دهد.

Source: <http://www.salamatonline.ir/news/1151/>

سرمقاله



پزشک خانواده؛ از گذشته تا آینده

زیادتر در توجیه منطقی طرح، متمرکز خواهیم شد. امید که همدلی بین مسئولان دانشگاه و بیمه ها و نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی و حمایت جدی مسئولان کشوری و ادامه صبر و بردباری مردم نجیب فارس، ما را در رفع نواقص و پیشبرد کار یاری رساند.

دکتر محمدهادی ایمانیه
رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اذعان به نواقص طرح، بی تجربگی در اجرای برنامه، سختی تغییر فرهنگ جامعه پزشکی و مردم و همه ها و انتقادات بعضاً منطقی و گاه غیر منطقی، عاملی برای پیشرفت تدریجی طرح بود و تغییراتی که به ویژه در یک سال گذشته با حمایت وزارت بهداشت و معاونت بهداشت وزارت در راستای سلامت محور و فعال شدن طرح صورت گرفت، امیدها را دوچندان ساخته است.

چند ماه آینده، الکترونیک شدن پرونده سلامت، ارجاع و نسخه نویسی و گسترش آموزش و تلاش

مدت های طولانی هم دست اندرکاران نظام سلامت می دانستند باید برای ساماندهی این نظام فکری اساسی و اقدامی ریشه ای انجام داد، اما تا مدتی بر نوع تحولی که باید صورت می گرفت اتفاق نظر وجود نداشت و پس از اتفاق نظر بر اینکه این تحول باید از طریق اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع صورت پذیرد، شجاعت و همت و انگیزه کافی بر اجرای آن (علیرغم ذکر برنامه در اسناد بالای دستی سلامت کشور) وجود نداشت. پیشتازی فارس و فارسی ها در این امر و پیمردی در اجرای آن، علیرغم

چرا پزشک خانواده؟



دکتر کامران باقری لنکرانی
رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سلامت ارتباط تنگاتنگی با مفهوم توسعه دارد؛ چگونگی توزیع آن هم متأثر از وضعیت توسعه هر کشور و هم تأثیرگذار بر آن می باشد. از این جهت نه فقط سیاستگذاران سلامت، بلکه حاکمیت ها نیز نگاهی ویژه به موضوع سلامت و توزیع آن در جامعه دارند. آن ها تلاش می کنند، تا حد امکان از الگوهایی ساده و در عین حال کارآمد برای توزیع آن بهره گیرند.

سوق دهند؛ چرا که شهروندان نیازهای مختلفی دارند که باید به آن پاسخ دهند. از سوی دیگر، توزیع کالا و منابع سلامت با موضوع عدالت و اخلاق همراه است. بدین معنا که چگونه می توان با وجود محدودیت منابع و گران بودن کالای سلامت آن را عادلانه توزیع کرد به خصوص که افراد و گروه های آسیب پذیر بتوانند از حداقل توزیع برخوردار باشند. در نهایت اینکه از آن جا که موضوع

چگونگی توزیع کالای سلامت در دنیای امروز یکی از موضوعات قابل توجه می باشد. این موضوع چه در بادی نظر و چه در حوزه ی عمل و تصمیم سازی، محل ظهور دیدگاه های مختلف بوده است. به لحاظ نظری، یکی از موضوعات مهم، گرانی، کم یابی و در برخی موارد نایابی کالای سلامت است. دیگر موضوع کمبود منابع است. دولت ها و حاکمیت ها نمی توانند همه ی منابع را به سوی نظام سلامت

علت رفتار خاص شهروندان یا به علت ایجاد تقاضای القایی پزشکان است، کاهش دهد. خصیصه دوم که مرتبط با نگاه پیشگیرانه پزشک خانواده است ویژگی راهبردی آن است. جامعیت خدمات پزشک خانواده موجب می شود وی تلاش خود را بر پیشگیری متمرکز نماید. به شهروندان آموزش بدهد، گروه های در خطر را تشخیص و آن ها را راهنمایی و آموزش بدهد، در جهت ایجاد رفتار سالم تغذیه ای و ... در ایجاد رفتار در شهروندان، فعال باشد و علاوه بر این با غربالگری گروه های در خطر جلوی هزینه های تحمیل شده بالقوه به فرد، خانواده و نظام سلامت را بگیرد. بنابراین پزشک خانواده، یک نظام جامع خدمات سلامت است. پزشک خانواده همان گونه که اشاره شد کاری تیمی و گروهی است. در این گروه، ماما، پرستار، کارشناسان بهداشتی و روان شناس و کارشناسان فن آوری اطلاعات نقش حیاتی دارند که می توانند به عنوان بازوهای فعال در کنار پزشک خانواده باشند. با توجه به اهمیت و جایگاه این نهاد در نظام های سلامت و نیز با توجه به برگزاری اولین کنگره ی بین المللی پزشک خانواده در شیراز، ضرورت دیده شد که کتابی در این زمینه نوشته شود. هدف اصلی این کتاب، ارائه ی مقدمه ای بر موضوع پزشک خانواده و دامن زدن به گفتمانی است که نظام سلامت در ایران بیش از هر زمان دیگری بدان نیازمند است. با وجود آنکه سیاست های ابلاغ شده ی رهبری و قانون پنجم توسعه بر تحقق پزشک خانواده در کشور تأکید دارد، اما به دلایلی چند این موضوع در کشور به حاشیه رفته است و توجهی به ابعاد مفهومی و اهمیت آن در در کشور نمی شود. دو استانی هم که آن را راه اندازی کرده اند به علت مزبور و به سایر علل با مشکلاتی مواجه شده اند و دچار مسائلی هستند که کیفیت آن چه را از پزشک خانواده انتظار می رود تحت تأثیر قرار داده است. این در حالی است که انتظار می رود، پزشک خانواده همان جایگاهی را در کشور پیدا کند که خدمات مراقبت اولیه ی سلامت و بهورز در سه دهه گذشته یافته بود.

راهبرد نظام های سلامت برای ارائه پاسخی در خور به مشکلات مذکور چیست. راهبردی که بتواند:
 • بخشی از چالش های بالقوه و بالفعل را کنترل نماید.
 • هزینه-اثر بخش باشد.
 • به جای تمرکز بر سطوح دوم و سوم خدمات سلامت، با متمرکز شدن بر سطح اول خدمات که کم هزینه تر است و می تواند بخش عمده ای از مسائل بالقوه را در همین سطح کنترل نماید، هزینه ها را کاهش دهد.
 در شرایط فعلی، پاسخ ساده به پرسش های مذکور، پزشک خانواده است. پزشک خانواده، چارچوب و عملیاتی است که با توجه به فلسفه ی وجودی خود می تواند مسائل نظام های سلامت را تا حدود زیادی کنترل نماید. امروزه بسیاری از کشورهای اروپایی از توان بالقوه ی پزشک خانواده برای پاسخگویی به نیازهای سلامت شهروندان خود بهره می جویند. شباهت بسیار زیاد اهداف و چشم انداز پزشک خانواده به خدمات مراقبت اولیه، باعث شده است برخی کشورها الگوهایی بومی و ترکیبی از این دو ارائه دهند. مدل های جدید پزشک خانواده، الگوهایی گروه محور هستند که تلاش دارند آنچه را در بیانیه آلماتا مطرح شده با خدمات، سطح اول درمانی به طور کامل به شهروندان عرضه کنند. بنابراین پزشک خانواده ضمن داشتن نگاه درمانی در سطح اول خدمات، دارای چشم اندازی پیشگیرانه است. خصیصه اول به حفظ و کنترل منابع در بخش درمان و ویژگی دوم به حفظ منابع در درازمدتی انجامد. درباره ی موضوع کنترل منابع، باید گفت که نظام ارجاع و سطح بندی خدمات که یکی از اصول پزشک خانواده به شمار می رود، قادر است بخش عمده ای از هزینه های تحمیلی را کنترل نماید. هزینه هایی که می تواند به علت عدم دانش و آگاهی بیمار، یا به علت ایجاد تقاضای القایی پزشک به گونه ای غیر ضرور و تحمیلی شکل بگیرد. داشتن پزشکان مجرب و آموزش دیده که بتوانند اعتماد شهروندان را جلب نمایند و خدمات مناسب را به آن ها بدهند، می تواند بخش زیادی از هزینه های غیر ضروری را که یا به

از سوی دیگر در آغاز قرن بیست و یکم، پیامد تغییرات وسیع، نظام های اجتماعی با چالش های جدیدی مواجه شده است که به طور مستقیم و غیرمستقیم نظام های سلامت را متأثر می سازد. شهرنشینی فزاینده، کم تحرکی و سبک های زندگی مدرن و چالش های بالفعل و بالقوه سیاسی شرایط متفاوتی را به وجود آورده است. در نتیجه ی شرایط مذکور بیماری های غیرواگیر، سالمندی و چالش های بالقوه آن، رفتارهای پرخطر و مشکلات فراروی تغییر رفتار، بیماری های روان شناختی و افراد با مشکلات سلامت روان، شیوع HIV، ایدز، و در نهایت خطرات بالقوه ی بیماری های واگیر جهانی مثل آنفولانزا و ... افزایش یافته (داشته) است. همچنین فناوری های نوین اگر چه توانسته نقش موثری در درمان برخی بیماری ها داشته باشد؛ اما بسیار هزینه بر است. هزینه بری فناوری های نوین در کنار مفهومی چون تقاضای القایی، ضرورت نگاه متفاوت به توزیع کالاهای سلامت را برجسته می سازد. در نهایت اینکه پیشگیری، جایگاهی بالاتر از درمان دارد. اگر چه پیشگیری در گذشته اهمیتی بیش از درمان داشت، اما امروزه با توجه به رشد بیماری های غیرواگیر و به ویژه ارتباط تنگاتنگ آن با موضوعاتی چون سالمندی، نقش پیشگیری در کم کردن هزینه های سلامت، مهم تر از درمان است. با پیشگیری به موقع بیماری هایی مثل چاقی، دیابت، بیماری های قلبی و عروقی و ... می توان نقش موثری در کاهش هزینه های سلامت به جای گذاشت. علاوه بر موارد مذکور، حاکمیت های سیاسی بهتر است چون محدودیت منابع روبرو هستند، همان طور که اشاره شد، سلامت، بخشی از نیاز شهروندان است و نظام های حاکمیتی باید به دیگر امور شهروندان را نیز پاسخ دهند و از آنجا که نمی توان انتظار داشت بخش اعظم منابع خود را به حوزه سلامت تخصیص دهند و پس با محدودیت منابع روبرو خواهند بود.
 بحران های منطقه ای یا جهانی اقتصادی، شرایط محدودیت منابع را تشدید کرده است. در چنین شرایطی سوال اساسی این است که موثرترین

استان فارس جاده اجرای پزشک خانواده را هموار کرد (مصاحبه با رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز)



رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز می گوید: برنامه پزشک خانواده از سه سال پیش در استان فارس اجرا می شود. میزان رضایتمندی از این برنامه به طور مرتب رو به افزایش است. استان فارس پایلوت برنامه پزشک خانواده نبود بلکه پیشتان اجرای این برنامه است و جاده را هموار کرد.

محمد هادی ایمانیه، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز از سه سال پیش درگیر اجرای برنامه پزشک خانواده در این استان است. وی معتقد است اجرای این برنامه از هدر رفتن منابع جلوگیری می کند و جایگاه طب عمومی را که ۹۰ درصد تربیت شدگان دانشگاههای علوم پزشکی هستند تقویت می کند اما در ابتدا باید اعتبارات بیشتری اختصاص داده شود تا بعد از چند سال صرفه جویی منابع و مزایای اقتصادی این برنامه شکوفا شود.

ایمانیه می افزاید: مهمترین چالش در مسیر اجرای برنامه پزشک خانواده پذیرش فرهنگی و تغییر رفتار مردم و جامعه پزشکی است که کار بسیار سختی است و باید تبلیغات گسترده ای در این زمینه صورت گیرد با این حال در جاهایی که پزشکان صبورتر و با حوصله تر بوده اند، پذیرش فرهنگی این برنامه نیز بهتر صورت گرفته است. رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز اضافه می کند: کمبود پزشک و نبود زیرساخت اجرای پرونده الکترونیک سلامت و تأخیر بیمه ها در پرداخت هزینه ها مهمترین چالش و مشکل پیش روی این برنامه است که باید قبل از اجرای کشوری آن حل شده باشد.

• اجرای پزشک خانواده در کشور چه ضرورتی دارد؟

ایمانیه: تا زمانی که نظام ارجاع وجود نداشته باشد و پزشک خانواده در کشور اجرا نشود، هر فرد به هر دلیلی درست یا نادرست می تواند به متخصص و فوق تخصص مراجعه مستقیم داشته باشد و چنین روشی باعث هدر رفتن منابع کشور می شود. از طرفی در زمان حاضر به هر حال ۹۰ درصد از دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی در مقطع پزشک عمومی فعالیت می کنند و شاید تقریباً حدود ۱۰ درصد این دانشجویان در ادامه تخصص یا فوق تخصص بگیرند. بنابراین اگر برنامه پزشک خانواده نباشد در حقیقت فلسفه تربیت این میزان پزشک عمومی زیر سوال می رود به این معنا که ۷ سال وقت و هزینه صرف تربیت نیروهایی می شود که هیچ هدف خاص و مناسبی برای بهره برداری از توان آنها تعریف نشده است.

طبیعی است که در همه جای دنیا خدمات تخصصی و فوق تخصصی بسیار گران تمام می شود و این عملی نیست که بخواهیم متناسب با ذهنیت غلطی که در جامعه وجود دارد و برای هر بیماری کوچکی متخصص و فوق تخصص مراجعه شود و نمی شود به اندازه پزشکان عمومی مورد نیاز برای کشور فوق تخصص و تخصص تربیت کنیم تا بتوانند جوابگوی همه بیماران باشند.

این منطقی نیست که تعداد زیادی پزشک عمومی بدون در نظر گرفتن هدف خاصی بی فایده و بیکار تربیت شود و از آن طرف احساس نیاز را برای مراجعه به متخصص و فوق تخصص در جامعه به شکل کاذبی بالا ببریم. پس چرا باید این همه عمر و هزینه صرف تربیت نیروی پزشک عمومی شود؟

علم ثابت کرده که ۹۰ درصد از بیماری ها توسط پزشک عمومی قابل تشخیص و درمان است و فقط ۱۰ درصد از بیماری ها به مراجعه

به سطوح بالاتر نیاز دارد، در غیر این صورت برای کاری با سطحی مشخص و محدود آمده ایم هزینه ای سنگین صرف کرده ایم.

بی شک ادامه این وضعیت ضربهای هنگفت به اقتصاد سلامت کشور می زند. باید قبول کرد که منابع اقتصادی حوزه سلامت در تمام دنیا محدود است، این طور نیست که در کشوری بی حد و حساب و بدون هیچ گونه محدودیتی منابع اقتصادی صرف سلامت بشود و بالاخره سایر جنبه های اجتماعی و زندگی مردم هم وجود دارد که باید برای آنها نیز هزینه شود. لذا هدفمند کردن تربیت نیروهای پزشک عمومی و ساماندهی حرفه آنها و نیز ساماندهی اقتصاد سلامت از فلسفه های راه اندازی پزشک خانواده است.

دلیل دیگر در خصوص ضرورت اجرای این برنامه در کشور این است که به هر صورت وقتی همه مردم تمایل به مراجعه به متخصص و فوق تخصص دارند، جمعیت زیادی متوجه این سطح از خدمات می شود لذا نوبت ها طولانی تر می شود و فاصله جغرافیایی دریافت خدمات نیز از زندگی مردم طولانی تر شده و دسترسی ها کاهش می یابد. در صورتیکه اگر پزشکان عمومی را به خوبی توجیه کنیم که متناسب با نیاز هر منطقه در سراسر کشور حضور داشته باشند و خدمت رسانی کنند، مردم با فاصله کوتاهی از محل سکونت خود به پزشک دسترسی خواهند داشت و دیگر نیازی به طی مسافت های طولانی و نوبت دهی های چند ماهه نیست و مریض به محض بیماری می تواند نزد پزشک برود. به این ترتیب سریعتر و پیش از آنکه درد مزمن و کهنه شود، بیمار مورد تشخیص و درمان قرار می گیرد و قطعاً عوارض ناشی از بیماری کاسته و بیماری در سطح اول کنترل می شود. بنابراین با اجرای پزشک خانواده علاوه بر افزایش سرعت عمل در تشخیص و درمان،

دست آورده‌اید؟
ایمانیه: تجربه کار در این زمینه دشوار و همراه با سختی است. مدیر پروژه باید خیلی با انگیزه باشد و وقت کافی بگذارد تا بتواند تمام موانع و سختی‌ها را یکی یکی پشت سر بگذارد و آنها را از سر راه بردارد.

• چه سختی‌هایی؟
ایمانیه: اجرای این برنامه بسیار پیچیده و دشوار است اما سخت‌ترین بخش کار تغییر دادن فرهنگ و عادات مردم و جامعه پزشکی است. وقتی یک نظام و سیستم طی ۵۰ تا ۶۰ سال جا می‌افتد و به عادت تبدیل می‌شود و فرهنگ مرسوم این می‌شود که بیمار مستقیم به متخصص مراجعه کند، تغییر آن بسیار سخت است ولی به هر صورت تمام این سختی‌ها در طول سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده به رغم تمام نواقض و انتقادهای و شکایت‌های تحمل‌شده و الان شرایط بسیار تغییر کرده و اوضاع رو به بهبود است.

البته صبوری و حوصله پزشکان خانواده در این میان نقشی کلیدی داشت. به طوری که با سواد و دانشی که داشتند و حوصله‌ای که به خرج دادند به تدریج مجموعه تحت پوشش خود را توجیه کردند و به مرور شکایت‌ها کمتر شد. البته در مواردی که پزشکی کم حوصله‌تر بود هنوز با گله‌ها و شکایت‌های مردمی مواجه است. اگر چه این مسائل و مشکلات رو به کاهش است ولی هنوز هم چنین مشکلاتی وجود دارد اما خوشبختانه در مجموع سطح رضایتمندی‌ها رو به کاهش و سطح رضایتمندی‌ها در حال افزایش است.

این فرآیندی طبیعی است که وقتی کاری به ۵۰ تا ۶۰ درصد پیشرفت می‌رسد دیگر سیر افزایش رضایت‌ها و کاهش نارضایتمندی‌ها نیز نسبت به اوایل کمتر می‌شود و این طبیعت این‌طور کارها است. ولی در کل شرایط رو به بهبود است و در طول این سه سال که پزشک خانواده در استان فارس اجرا شد، همواره در تعامل تنگاتنگ و خوبی که با ستاد اجرایی استان و ستاد مرکزی در تهران داشتیم. جلسات متعددی که داشتیم، بسیاری از اعتراضات منطقی بررسی و مرتفع شده است هر چند هنوز نیز مشکلاتی باقیمانده است

مثال در نظر بگیرد که این بیمار همان فردی است که پارسال جراحی داشت یا سه سال پیش به فلان دارو واکنش نشان داده است یا در سابقه فامیلی خود سبکته زود هنگام یا دیابت دارد. مطمئناً دسترسی به این اطلاعات می‌تواند در جریان تشخیص و درمان بیماری‌ها بسیار کمک‌کننده باشد و پزشک را راحت‌تر به تشخیص و درمان برساند.

برنامه پزشک خانواده کاری تیم محور است و فرقی با سیستم سابق این است که سیستم حاکم فردگراست. نهایتاً هر پزشک یک منشی دارد و نهایتاً کاری که انجام می‌دهد پاسخگویی به تلفن و دریافت حق ویزیت از بیماران است و دیگر هیچ نقشی در پروسه سلامت ندارد. هم‌اکنون در همه استانها به جز فارس و مازندران، که برنامه پزشک خانواده اجرا شده، دسترسی که در کنار پزشک است نقشی در آموزش اصول پیشگیری و سلامت یا ثبت اطلاعات فرد در پرونده ندارد.

به همین منظور هم هست که عمداً از پرستار، ماما و کارشناسهای بهداشتی به عنوان دستیار پزشک خانواده استفاده کرده ایم تا اطلاعات پزشکی بالایی به نسبت یک فرد دیپلمه و فردی که فقط نقش منشی را بازی می‌کند، داشته باشد و بتواند به عنوان جزئی از تیم سلامت در کنار پزشک باعث ارتقاء سلامت مردم شود.

• اجرای پزشک خانواده می‌تواند هزینه‌های القایی و زائد را هم کم کند.

ایمانیه: بله، حتماً می‌تواند نقش موثری در کاهش هزینه‌های القایی داشته باشد زیرا وقتی پرونده الکترونیک افراد کامل شد، نظارت الکترونیک امکانپذیر می‌شود و به عبارتی اگر پزشکی زیادتر از معمول آزمایش، سی‌تی اسکن، ام‌آر‌آی و خدمات این‌چنینی تجویز کند و وقت لازم را در این زمینه نداشته باشد، به راحتی توسط نظام نظارت الکترونیکی قابل شناسایی و کنترل است و بکارگیری سیستم تشویق و تنبیه در کنار این سیستم نظارتی می‌تواند در کارآمدی این نظام موثر باشد.

• برنامه پزشک خانواده مدتی است که در استان فارس اجرا می‌شود، چه تجاری از اجرای این برنامه به

هزینه‌ها نیز بسیار پایین می‌آید. فلسفه دیگری که در برنامه پزشک خانواده دنبال می‌شود و بسیار هم مهم است این است که پزشک خانواده فقط وظیفه درمان بیماران را برعهده ندارد بلکه اتفاقاً بیشتر وقت و زندگی خود را صرف پیشگیری و آموزش اصول سلامت به مردم می‌کند. تجربه نشان داده است که وقتی کار بیمار به متخصص و فوق تخصص می‌رسد آنها نه وقت لازم و نه انگیزه لازم را برای آموزش اینگونه مسائل به بیمار ندارند. در صورتیکه قطعاً هزینه پیشگیری بسیار بسیار پایین‌تر از درمان است به خصوص وقتی که این خدمات پیشگیری را با درمانهای سنگین و گرانبه‌تر در سطح تخصصی و فوق تخصصی مقایسه کنیم.

نظام پزشک خانواده در حقیقت یک نظام سلامت محور به جای درمان محور است. علاوه بر آن تربیت پزشک عمومی را هدفمند می‌کند. تعداد مورد نیاز به متخصص و فوق تخصص پایین می‌آید و همین امر باعث می‌شود که جایگاه پزشک عمومی ارتقاء یابد.

علاوه بر این مزایا در کنار هر پزشک خانواده یک دستیار تحت عنوان مراقب سلامت نیز در این برنامه پیش‌بینی شده است که می‌تواند پرستار، ماما یا کارشناس بهداشت باشد. بنابراین با اجرای برنامه پزشک خانواده این گروه نیز وارد نظام مراقبت، سلامت، پیشگیری و آموزش سلامت می‌شوند و به تکمیل پرونده سلامت افراد کمک می‌کنند که البته در جهت اشتغال زایی این افراد نیز اقدام موثری اتفاق می‌افتد. برنامه دیگری که هم راستا با اجرای برنامه پزشک خانواده پیش‌بینی شده است، این است که پزشک خانواده علاوه بر تأمین سلامت مردم و تشخیص و درمان سریع بیماری‌های آنها، در جهت الکترونیکی شدن پرونده‌های سلامت جامعه گام بردارد. به این ترتیب که تمام زندگی یک فرد از زمان تولد تا زمان حاضر در پرونده شخص درج می‌شود و در صورت بروز هر مشکل و بیماری، پزشک خانواده می‌تواند با مراجعه به پرونده بیمار از سوابق بیماری‌ها و زندگی وی مطلع شود. به عنوان

که انتظار می رود هر چه سریعتر با حمایت مسئولان و متولیان امر برطرف شود.

• چه مشکلاتی باقیمانده است؟

ایمانیه: یکی از مهمترین مشکلات باقیمانده بحث تکمیل زیرساخت های IT است که مسئولیت آن خارج از حیطه وظایف وزارت بهداشت یا وزارت رفاه است تا بتوان برای آن چاره ای اندیشید و حمایت مسئولان وزارت ارتباطات و شرکت مخابرات را می طلبد تا با سرعت بیشتری به بهبود وضعیت IT کشور پردازند. قطعاً تکمیل و تقویت زیر ساختهای IT در کشور برای پرونده الکترونیک، نسخه نویسی و ارجاع الکترونیک و امثالهم بسیار حائز اهمیت است و با بهبود این سیستم کار بسیار راحت می شود.

البته در این زمینه نیز کارهای خوبی اتفاق افتاده است و روند رو به بهبود است اما باز هم سیر کندی دارد و باید سرعت بیشتری پیدا کند تا بتوان رضایتمندی بیشتری را حاصل کرد.

مسئله دیگر بحث تغییر فرهنگ مردم و پزشکان است. متأسفانه هنوز هم بعضی از پزشکان عادت ندارند که در کنار کار تشخیص و درمان به پیشگیری، غربالگری و آموزش سلامت مردم توجه کنند و در این زمینه متمرکز شوند.

باید اقرار کنیم که ما پزشکان وقتی بیماری وارد مطب یا کلینیک می شود، فقط سعی می کنیم، بیماری را تشخیص دهیم و در صدد درمان و تجویز دارو برآییم و خیلی سعی نمی شود که نسبت به تاریخچه فامیلی و خانوادگی فرد سوال کنیم یا از رژیم غذایی، سبک زندگی و بیماری های شایع در فامیل بیمار پرسیم یا تأکید کنیم که چک آپ های لازم توسط بیمار انجام شود.

قطعاً رعایت این نکات احتیاج به گذر زمان دارد. خوشبختانه اوضاع رو به بهبود است و انصافاً عده ای از همکاران پزشک برای بیماران وقت می گذارند و با حوصله آموزش می دهند و حتی کلاس های هفتگی برای ارائه اصول پیشگیری و سلامت برای بیماران خود می گذارند و برای این منظور از شبکه های اجتماعی نیز بهره می گیرند. با جمعیت تحت پوشش خود در ارتباط هستند و علاوه بر ارسال مطالب

آموزشی به سوالات آنها نیز از این طریق پاسخ می دهند.

• همه این کارها توسط خود پزشک انجام می شود؟

ایمانیه: بله خود پزشکان خانواده با حوصله، حسن سلیقه و ابتکارهای این چنینی به ایجاد ارتباط با جمعیت تحت پوشش خود اقدام کرده اند. هر چند این واقعیت هم وجود دارد که اقلیتی نیز کم حوصله هستند و نتوانسته اند در این راستا موفق باشند که امیدواریم آنها نیز با صبوری بیشتری با مردم تعامل کنند و از طرفی نیز مردم نیز کمک کنند و با کم کردن شکایت های غیر منطقی با مجموعه همکاری کنند و مطمئن باشند که نظام سلامت با نظام ارجاع و پزشک خانواده قطعاً بسیار ریشه ای تر ارتقاء می یابد و این قبیل برنامه ها در دراز مدت قابل اجراتر است.

پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده به تدریج دفترچه های بیمه در حال از دست دادن ارزش خودشان بودند و از طرفی نیز بدون حساب و کتاب بودن مراجعات، عکسبرداری ها، انواع آزمایشهای غیر ضرور، کمر اقتصاد سلامت را می شکنند.

یک حساب سرانگشتی که انجام شده است نشان می دهد با اجرای برنامه پزشک خانواده، مردم استان فارس در هر سال ۱۰۰ میلیارد تومان کمتر از جیبشان بابت سلامت خرج کرده اند و این نشان می دهد که اجرای این برنامه بسیار برای مردم بویژه نیازمندان مقرون به صرفه است.

• چطور این اتفاق افتاد؟

ایمانیه: وقتی مردم در استان فارس به پزشک خانواده مراجعه می کنند. حداکثر پرداختی شان ۲ هزار تومان است و داروهای که توسط پزشک خانواده تجویز می شود اگر تحت پوشش نظام بیمه ای کشور باشد، کاملاً رایگان در اختیار آنها قرار می گیرد و اگر احياناً نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر (تخصص و فوق تخصص) باشد نیز بیمار فقط ۲ هزار تومان پرداخت می کند در صورتی که در سایر استان ها حتی اگر فرد زیر پوشش بیمه باشد وقتی به بخش خصوصی مراجعه می کند به جای ۲ هزار تومان تقریباً ۱۰ تا ۱۱ هزار تومان برای پزشک عمومی پرداخت می شود و ۳۰ درصد هزینه

دارو نیز برعهده بیمار است و ویزیت متخصص نیز ۲۱ هزار تومان است. همچنین برای افرادی که تحت پوشش برنامه پزشک خانواده هستند اگر بستری در بیمارستان اتفاق بیفتد برای شهرنشینان به جای ۱۰ درصد فقط ۵ درصد و برای روستاییان به جای ۶ درصد، ۳ درصد هزینه دریافت می شود. یعنی پرداخت مردم در بخش بستری هم به شرطی که از طریق نظام ارجاع آمده باشند، پایین تر است.

• درآمد پزشکان کم نمی شود؟

ایمانیه: خیر درآمد آنها از طریق بیمه و دولت جبران شده است.

• اجرای برنامه پزشک خانواده در استان فارس چه تجربه ای داشته که بتواند در استانهای دیگر مورد استفاده قرار گیرد؟

ایمانیه: اول اینکه فرهنگسازی را پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده شروع کنند و از ماهها قبل روی آن کار تبلیغاتی شود. زیر ساخت های الکترونیک نیز باید همزمان فراهم شود. راهنماهای بالینی که مورد استفاده پزشکان خانواده قرار می گیرد، باید پیشاپیش تهیه و تدوین شود و به پزشکان عمومی که قرار است به عنوان پزشکان خانواده نقش آفرینی کنند، آموزش های لازم در رابطه با چگونگی کار در این حیطه آموزش داده شود. قرار و مدارها با بیمه ها باید محکم شود تا اختلالی در فرایند کار ایجاد نشود.

تمام این مسائل نکاتی بودند که ما در استان فارس در خلال کار با آنها مواجه شده ایم. توصیه می کنیم سایر استان ها پیش از شروع برنامه پزشک خانواده این نکات را مد نظر داشته باشند و مقدمات لازم را برای این منظور مهیا کنند.

در مسیر اجرای این برنامه طی سه سال گذشته همواره ارتباطمان را از طریق جلساتی که هفته ای یکی دو بار بین دانشگاه و بیمه برگزار می شود، حفظ کرده ایم و همین هم دلی و تعامل مناسب بین دانشگاه و بیمه ها بسیار کمک کرد که به هر حال یکدست و هماهنگ جلو برویم. همچنین همفکری و هماهنگی نزدیکی نیز با سازمان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی داشتیم و همکاری های خوبی در این حوزه وجود دارد.

• مراکز جامع خدمات پزشکی خانواده راه اندازی شده است؟
ایمانیه: این مراکز یکی یکی در حال اجرایی شدن است یعنی در حال راه اندازی ۶۷ تا از این مراکز هستیم که هر کدام ۵۰ هزار نفر را پوشش می دهد.
• نبود سیستم پرونده الکترونیک سلامت نیز یکی از چالشهای اجرای پزشکی خانواده است؟
ایمانیه: بله این مسئله نیز متأسفانه یکی از چالش های اجرای پزشکی خانواده است و رضایت در این حوزه را کم کرده است. مجبوریم منتظر باشیم تا مسئولان دو وزارتخانه (بهداشت و رفاه) در این باره تصمیم گیری کنند. این مسئله نیازمند عزمی جدی و وحدت رویه در دو وزارتخانه است تا بحث پرونده های الکترونیک مورد یکسری اصلاحات کلی قرار گیرد. نمی شود که در ارتباط با چگونگی شکل گیری و تکمیل این پرونده ها هر کدام نظر خاصی داشته باشند و یک تیم متشکل از هر دو ننشینند و نظرات را یکسان و ابلاغ کنند.
• برای استقرار پزشکی خانواده در سراسر کشور چه باید کرد؟
ایمانیه: به اعتقاد من امروز اگر بخواهیم در سایر استان ها یا در سطح کشور این برنامه را توسعه دهیم، کار بسیار راحت تر است. تجربه استان فارس و مازندران جاده را هموار کرده است و طی جلسات و نشست های متعدد در طول این سالها بسیاری از چالش ها و مشکلات شناسایی و مرتفع شده است.
اجرای این برنامه در استان فارس پایلوت نبود بلکه استان فارس و مازندران پیشتان اجرای این برنامه بودند البته در این مسیر بالاخره با یکسری مشکلات و موانع مواجه شدیم و توانستیم بسیاری از مسائل را با همکاری بیمه ها و دو وزارتخانه (بهداشت و رفاه) حل کنیم. بنابراین اگر یک استان دیگر بخواهد برنامه پزشکی خانواده را اجرا کند می تواند با بهره گیری از تجربه های کسب شده در استانهای فارس و مازندران بسیار موفق تر و آسان تر پیش برود.
• چه نکاتی را باید رعایت کنند؟
ایمانیه: در این مسیر اول عزم، اراده، شجاعت و ایمان لازم است، نباید این تصور ایجاد شود که اجرای این

۳۰ هزار تومان پرداخت کنند، در سایر استانها افرادی که دفترچه بیمه دارند و به متخصص در بخش خصوصی مراجعه می کنند، ۲۱ هزار تومان می پردازند و اگر بیمه نباشند ۳۰ هزار تومان پرداخت می کنند.
• تعرفه خدمات برای متخصص K۳ محاسبه می شود؟
ایمانیه: بله برای اساتید دانشگاه که در نظام ارجاع هستند به شرط آنکه قوانین ارجاع را رعایت کنند و پسخوراند مناسب به پزشک خانواده بدهند K۲ محاسبه می شود و برای بخش خصوصی هم جمع یک K خصوصی و یک K عمومی محاسبه می شود.
• مهمترین چالش و مانعی که در مسیر اجرای برنامه پزشکی خانواده دارید چیست؟
ایمانیه: به جز فرهنگسازی در بین مردم و پزشکان، علی رغم تلاش خوبی که بیمه های استان می کنند همچنان پرداخت ها نامنظم است. البته قطعاً دیرتر از استان های دیگر نیست ولی با توجه به وابستگی پزشکان خانواده به پولی که از بیمه ها دریافت می کنند، بی نظمی در اینجا آزاردهنده تر است زیرا در استان فارس پزشکان خانواده از سایر پرداخت های خارج از سیستم بیمه محروم شده اند و اهمیت بی نظمی و تأخیر در پرداخت ها بیشتر از سایر استان ها است. در استان های دیگر بخشی از دریافتی پزشکان مستقیماً از مردم دریافت می شود و تأخیر بیمه در پرداخت خیلی مسئله ساز نمی شود ولی در اینجا پزشکان مجبورند منتظر باشند تا بیمه به آنها پرداختی داشته باشد.
• پزشکان خانواده الان در استان فارس در قالب یک تیم کار می کنند یا بصورت تیمی فعالیت نمی کنند؟
ایمانیه: در حال حاضر پزشک خانواده همراه با یک نفر بعنوان مراقب سلامت است ولی به تدریج در حال راه اندازی تیم مراکز جامع سلامت هستیم که یک تیم تقریباً ۱۳ تا ۱۴ نفره را شامل می شود.
• ترکیب این تیم چه کسانی هستند؟
ایمانیه: در این تیم کارشناس بهداشت محیط، ماما، دندانپزشک، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه و گردان سلامت دهان و دندان و کارشناس بهداشت حرفه ای نیز با تیم پزشک خانواده همکاری می کند.

همکاری بسیار خوب با انجمن داروسازان و داروخانه ها نیز از تجارب بسیار ارزشمند بود و از سوی دیگر نیز حمایت اساتید تمام وقت دانشگاه نیز در این میان بسیار موثر بود تا ارجاعات به راحتی و با سهولت بیشتری انجام شود و به این ترتیب وقتی پزشک خانواده به سطح بالاتر ارجاع می دهد، اکنون مراکز قوی وجود دارد که پاسخگو باشد. همچنین ارتباط خوبی با مسئولان دو وزارت بهداشت و رفاه در تهران داشتیم که ما در سطح استان نیز می توانستیم با آنها در تماس باشیم و مشکلات را پیگیری کنیم.
• سطح دو و سه خدمات پزشکی خانواده نیز اجرایی شده است؟
ایمانیه: سطح یک پزشکی خانواده را اجرا کرده ایم و تقریباً ۱۲۰۰ متخصص و فوق تخصص هم در مراکز دولتی و خصوصی در استان قرارداد دارند و برگه های ارجاع را از سطح یک پذیرش می کنند. سطح ۲ و ۳ را هم اجرا کرده ایم و شاید ۳۰۰ تا ۴۰۰ نفر از متخصصان و فوق تخصصان در استان فارس هنوز باقیمانده اند و قراردادی برای این منظور بسته اند که البته میدانید عدم انعقاد قرارداد متخصصین و بخصوص فوق تخصص ها با بیمه ها موضوعی شایع در تمام کشور است و منحصر به فارس و مازندران نمی باشد.
بنابراین الان در شرایطی هستیم که در تمام شهرستانهای استان فارس پزشکان خانواده و متخصصانی که در شهرستانها فعالیت می کنند، قرارداد دارند و فقط یک تعدادی از متخصصان در شهر شیراز باقی مانده اند. این تعداد هنوز به صورت آزاد بیمار پذیرش می کنند و فقط داروهای تجویزی آنها در دفترچه ها توسط داروخانه پذیرش می شود و با توجه به اینکه قراردادی با برنامه پزشک خانواده ندارند، اگر آزمایش یا عکسبرداری برای بیمار بنویسند بیمار باید به صورت آزاد هزینه آن را پرداخت کند.
• تعرفه پزشک متخصص بین آنان که در نظام ارجاع هستند و افراد آزاد تفاوتی دارد؟
ایمانیه: بله اگر از طریق ارجاع به متخصص مراجعه شود، فقط ۳ هزار تومان پرداخت می شود، در غیر این صورت آزاد محاسبه می شود و باید

برنامه کار مهمی نیست و اگر اجرا نشود اتفاقی نمی افتد و فرقی نمی کند.

دوم اعتبار کافی می خواهد به ویژه در اوایل کار باید اعتباراتی برای فراهم سازی بستر کار دیده شود که به هر حال بیش از اعتبار مورد نیاز فعلی است. همه جای دنیا وقتی خواستند برنامه پزشکی خانواده را اجرا کنند مجبور شدند ابتدا مقداری هزینه کنند و تازه بعد از ۴ تا ۵ سال منافع اقتصادی برنامه دیده می شود. سوم اینکه قطعاً به تعداد بیشتری پزشک نسبت به تعداد موجود نیاز است چون به هر صورت به ازای هر ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر باید یک پزشک خانواده وجود داشته باشد و ممکن است در برخی شهرستانهای کشور در این زمینه کمبود وجود داشته باشد.

• در استان فارس نیز با کمبود پزشک مواجه هستید؟
ایمانیه: بله. در این استان هنوز هم در برخی شهرستانها کمبود پزشک وجود دارد البته رو به بهبود است و

باید به لحاظ تعداد پزشکان خانواده به جایی برسیم که در گام اول به ازای هر ۳ هزار نفر یک پزشک خانواده اختصاص یابد و به مرور تعداد جمعیت تحت پوشش را کاهش دهیم.
• پس کمبود پزشک در سطح کشور یک چالش جدی خواهد بود؟
ایمانیه: بله، به نظرم در مقطع فعلی در سطح کشوری کمبود پزشک خانواده می تواند چالش ایجاد کند.
• چالش دیگر نیز می تواند این باشد که هنوز پزشک خانواده تربیت شده نداریم.

ایمانیه: ما در استان فارس با برگزاری کارگاه های آموزشی و دوره های بازآموزی سعی کرده ایم یکسری از نواقص را رفع کنیم و به زودی هم روش آموزش را برای دانشجویان پزشکی تغییر می دهیم تا از همان ابتدا به عنوان پزشک خانواده تربیت شوند و برای این منظور آماده شوند.
• این آموزشها کفایت می کند یا لازم است تخصص پزشک خانواده نیز شکل بگیرد؟

ایمانیه: تخصص پزشک خانواده نیز به زودی راه اندازی می شود و قرار است به همین منظور اجازه پذیرش دستیار تخصصی صادر شود ولی اینتخصص خیلی جزو ضرورت های قطعی نیست. اگر باشد خوب است ولی خیلی هم ضرورت قطعی ندارد.
• اجرای این برنامه در سطح ملی چه الزامات دیگری می خواهد؟

دکتر ایمانیه: عزم ملی هم در سطح مجلس و هم دو وزارت بهداشت و وزارت رفاه و هم در سطح دانشگاه ها و پزشکان عمومی و متخصصان می خواهد. اگر این عزم و اراده ملی باشد پشت سر آن همه چیز خواهد آمد. عزم ملی به تدریج در حال شکل گرفتن است و امیدواریم سرعت اجرایی شدن این برنامه افزایش یابد البته اگر قرار به کشوری شدن برنامه پزشک خانواده باشد باید مجلس نیز اعتبار بیشتری در بودجه ۹۵ لحاظ کند.

پزشک خانواده در استان فارس از ابتدا تاکنون



دکتر محسن مقدمی - معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دکتر محمد رضا کریمی - مسئول گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دکتر کریم توانی - رئیس اداره پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اورژانس بیمارستانها دریافت کرده و خدمات بهداشتی خود همچون واکسیناسیون، مراقبت کودکان، تنظیم خانواده و بعضاً مراقبت مادران را از مراکز بهداشتی دولتی دریافت می نمودند. بدین ترتیب هیچگاه استقبال چندانی از این نوع مراکز برای دریافت خدمات درمانی صورت نگرفت و همواره اصل جامعیت خدمات سلامت به دلیل جدایی درمان از بهداشت مخدوش بود. از سال ۱۳۶۸ سعی شد با جذب زنان علاقه مند و خوشنام در هر محله که دارای سواد خواندن و نوشتن بودند نقص رویکرد غیر فعال در ارائه خدمات در مناطق شهری

بهداشتی در عرصه های بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای) ارتقای بهداشت، پیشگیری و ارائه خدمات مراقبتی و درمان سرپایی به جمعیت تحت پوشش تعریف شده بود. این مراکز بر خلاف خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی، خدمات خود را بصورت فعال به مردم ارائه نمی کردند و مکانیسمی برای پیگیری خانواده ها جهت دریافت خدمات توسط پرسنل مراکز شهری وجود نداشت. شهروندان نیز در خلال سالهای متمادی خدمات درمانی خود را از مطبها، درمانگاهها و

نظام ارائه خدمات بهداشتی استان فارس در گذشته

تا پیش از سال ۱۳۹۱، نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق شهری استان فارس همانند سایر مناطق کشور متشکل از مطبها، درمانگاهها، بیمارستانهای خصوصی و دولتی و پایگاههای بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری بوده است. در این ساختار مسئولیت پایگاههای بهداشت (با حضور کاردانهای بهداشت خانواده و ماماها) و مراکز بهداشتی درمانی شهری (با حضور پزشک کاردانهای

این نگاه محافظه کارانه از سوی تنی چند از پزشکان منجر به جذب ۹۶۹ نفر پزشک در سال اول اجرا گردید که ۹۰ درصد پزشک خانواده‌ی مورد نیاز بود.

از سوی دیگر با تبلیغات و اطلاع رسانی مناسب، شهروندان استان فارس با آگاهی از اینکه ویزیت پزشکان خانواده و داروهای که ایشان تجویز می کنند، رایگان است و نیز با توجه به تاکید مجریان مبنی بر عدم امکان استفاده از مزایای دفترچه‌های بیمه‌ی درمانی در بخش سرپایی خارج از نظام ارجاع و پزشک خانواده در آینده‌ی نزدیک از همان ابتدا استقبال چشمگیری از برنامه کرده و به سرعت نسبت به انتخاب پزشک مورد نظر خود به عنوان پزشک خانواده اقدام کردند به گونه ای که در مدت زمان کوتاهی سقف تعیین شده برای بسیاری از پزشکان تکمیل گردید. علیرغم استقبال مردمی از انتخاب پزشک خانواده و با اینکه برنامه های گسترده‌ی آموزشی و اطلاع رسانی در این زمینه خصوصا برنامه های متعدد رادیویی و تلویزیونی اجرا گردید، شهروندان همچنان نیازمند راهنمایی و مشاوره و درمیان گذاشتن مشکلات خود بودند. برای پوشش این مهم مرکز مشاوره و پاسخگویی تلفنی موسوم به **call center** با شماره‌ی ۴رقمی ۱۵۹۰ راه اندازی و با حضور کارشناسان خیره و آموزش دیده در اکثر ساعات شبانه روز نسبت به دریافت شکایات و نیز ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای و راهنمایی تماس گیرندگان در سراسر استان اقدام می نمودند. همچنین موارد مطرح شده توسط مردم و بعضاً پزشکان را نیز به تصمیم گیران استانی منتقل کرده تا نسبت به اتخاذ تصمیمات لازم، اقدام نمایند. با آغاز فرایند ثبت نام جمعیت نزد پزشکان خانواده و ثبت اطلاعات ایشان در سامانه‌ی پیش بینی شده شهروندانی که به دلیل دارا بودن چند نوع دفترچه‌ی بیمه نزد دو پزشک ثبت نام کرده بودند مشخص شد و به این ترتیب همپوشانی سازمان‌های بیمه گر تا حدودی مشخص و با اختیار فرد بیمه شده نسبت به ابطال یکی از دفترچه‌ها اقدام شد.

عنوان پزشک خانواده در تیرماه ۱۳۹۱ انجام شد. معیار انتخاب پزشکان به عنوان پزشک خانواده نیز صرفاً دارا بودن مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی در سطح پزشکی عمومی یا تخصص‌های پزشکی اجتماعی، داخلی، اطفال و عفونی و نیز دارا بودن مجوز فعالیت حرفه‌ای در محل ارائه خدمت بود. به این ترتیب با تشکیل ستاد اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده و استقرار نمایندگان سازمان های بیمه گر در دانشگاه مرکز استان نسبت به ثبت نام پزشکان متقاضی همکاری با برنامه اقدام شد و پس از تایید و عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر پزشکی که به عنوان پزشک خانواده شناخته شدند اقدام به جذب و ثبت نام از دارندگان دفترچه‌ی هر یک از سه بیمه‌ی پایه (بیمه سلامت ایرانیان، تامین اجتماعی و کمیته‌ی امداد امام خمینی(ره)) به عنوان جمعیت تحت پوشش خود نمودند. شهروندان در انتخاب پزشکان به عنوان پزشک خانواده‌ی خود آزاد بودند و با مراجعه حضوری به پزشک مورد نظر با تکمیل فرم‌هایی فرایند ثبت نام را انجام می دادند. سقف تعیین شده برای هر پزشک جهت تحت پوشش قراردادن جمعیت به عنوان پزشک خانواده، بسته به ساعات کاری وی از ۱۵۰۰ نفر برای پزشکان تک شیفت تا ۳۰۰۰ نفر برای پزشکان دو شیفت متغیر بود. با آنکه مزایای برنامه با توجه به تجارب سایر کشور های دارای ساختار پزشک خانواده واضح به نظر می رسید ولی از دید صنفی برخی از پزشکان به سه دلیل عمده در ورود به برنامه محافظه کاری نمودند:

- ۱- احتمال کاهش درآمد برخی پزشکان به دلیل نظام پرداخت سرانه‌ای در این برنامه و در نظر گرفتن سقف ۳۰۰۰ نفر برای هر پزشک
- ۲- لزوم رعایت مقررات حاکم بر برنامه مانند ساعات حضور در محل کار و رعایت تعرفه و نوع خدمات و نیز بکارگیری یک نفر فارغ التحصیل مامایی، بهداشت خانواده یا پرستاری به عنوان دستیار توسط پزشکان خانواده.
- ۳- عدم اطمینان از تداوم اجرای برنامه در آینده

پوشش داده شود. این طرح که تحت عنوان داوطلبان سلامت شناخته می شود گرچه آثار مثبت فراوانی خصوصاً در انتقال آموزش‌ها به خانوارها داشت، ولی در حل مشکل ترغیب مردم جهت دریافت خدمات از مراکز بهداشتی شهری و نیز تغییر رویکرد غیرفعال در ارائه خدمات، موفقیت مورد انتظار را حاصل نکرد.

آغاز اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس

پس از تصویب برنامه پنجم توسعه‌ی جمهوری اسلامی ایران و با توجه به بندهای «ج» و «د» از ماده‌ی ۳۲ و بند «الف» از ماده‌ی ۳۵ قانون این برنامه دولت موظف به اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری تا پایان برنامه‌ی پنجم توسعه گردید، لذا دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع را از سال ۱۳۹۱ به عنوان اولین استان کشور در کلیه‌ی شهرهای استان بطور همزمان آغاز نمود. معیار عمل در اجرای این برنامه نیز «دستورالعمل برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲» بود که مورد توافق دو وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز رفاه، کار و امور اجتماعی قرار گرفته و مصوبه‌ی هیات محترم وزیران مورخ ۹۱/۱/۲۶ را به عنوان پشتوانه دارا بود. دیدگاه مجریان استانی برنامه این بود که پزشک خانواده شهری می تواند در کوتاه مدت هزینه های درمان سرپایی مردم را با رایگان بودن حق ویزیت پزشکان و هزینه‌ی داروهای تجویز شده توسط پزشکان خانواده، کاهش دهد. همچنین نگاهی نیز به آثار میان مدت اجرای برنامه بر سلامت مردم داشتند به این ترتیب که ایجاد پزشک خانواده در ساختار سلامت به دلیل تداوم ارتباط بیمار و پزشک و به تبع آن تشخیص زودتر و کم هزینه تر بیماری و در نتیجه درمان سریعتر و کم عارضه‌تر، آثار مثبتی بر ارتقای سلامت جامعه خواهد داشت. با این مقدمات و نوع نگاه مجریان، پس از کسب حمایت‌های مسئولین استانی، فراخوان جذب پزشکان به

برنامه پزشکی خانواده‌ی استان فارس از دید مردم

گرچه رایگان بودن حق ویزیت پزشکان خانواده و داروهای تجویز شده توسط ایشان همواره از دید مردم یکی از نقاط قوت برنامه بوده است، ولی ذات محدود کننده‌ی نظام ارجاع در مراجعه‌ی بیماران به متخصصین و منوط بودن آن به تشخیص پزشک خانواده (البته در صورتی که فرد بخواهد از مزایای دفترچه بیمه‌ی خود در مراجعه به متخصصین استفاده کند)، مهمترین نقطه‌ی ضعف برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری از سوی مردم مطرح بوده است. همچنین عدم اطمینان از مهارت پزشکان خانواده در تشخیص، درمان و ارائه مراقبت‌های لازم در بیماری‌ها از دیگر نکات ذکر شده در مصاحبه‌های مردمی به عنوان مشکل برنامه است. جهت رفع این مشکلات، برنامه ریزی و اقدامات هدفمند زیر صورت گرفته که تا حدودی نیز موثر واقع شده است:

۱- اطلاع رسانی عمومی از مزایای ارتباط مداوم بیمار با یک پزشک از جهت تشخیص سریع‌تر و به تبع آن کاهش هزینه‌های درمانی و جلوگیری از انجام مکرر آزمایشات و اقدامات تشخیصی دیگر.

۲- قرار دادن ۱۰ درصد ارجاع بیماران به سطح دوم و سوم برای هر پزشک خانواده به عنوان حداقل میزان ارجاع به سطح بالاتر.

۳- توسعه کمی و کیفی دانش و مهارت پزشکان خانواده در تشخیص و مدیریت بیماری‌ها از طریق افزایش برنامه‌های بازآموزی و آموزش مداوم. این توسعه‌ی کمی و کیفی در سال‌های ابتدایی از بزرگترین مزایای برنامه از دید پزشکان خانواده بود.

۴- رایزنی بیشتر از طریق پزشکان خبره خانواده با متخصصین بخش خصوصی جهت ورود به نظام ارجاع و در نتیجه افزایش انتخاب‌های مردم در استفاده از مزایای سطح دوم و سوم ارجاع اقدامات فوق‌ضمن اینکه در ارتقای برنامه مؤثر بود و تا حدی نگرش مردمی را تغییر داد ولی دید درمان محور حاکم بر برنامه مانع از ایجاد ارتباط مناسب پزشکان خانواده و جمعیت تحت پوشش می‌شد و این ایراد که تمام آنچه باید از برنامه‌ی پزشک خانواده انتظار داشت، تغییر

ساختار درمان سرپایی نیست را پاسخ نمی‌داد.

سلامت نگر کردن پزشکان خانواده

علی‌رغم کلیه‌ی تلاش‌ها در نهادینه سازی برنامه‌ی پزشک خانواده شهری در استان فارس، همواره درمان محور بودن آن و اختصاص تمام زمان کاری پزشکان به امور درمانی جمعیت تحت پوشش، بزرگترین نقص برنامه از دید مجریان بود. ضمن اینکه نظام بهداشتی شهری نیز هیچ ارتباط ساختارمندی با پزشکان خانواده نداشت و بعضاً اقدامات موازی را به یک جمعیت مشخص ارائه می‌نمود. بطور مثال هم پزشکان خانواده سعی در شناخت بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون در جمعیت تحت پوشش خود داشتند و هم پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری با اجرای طرح‌های غربالگری، عموم مردم را از جهت این دو بیماری بررسی و بیماران را پس از شناسایی تحت مراقبت‌های بعدی قرار می‌دادند. به دلایل فوق و جهت ارتقای برنامه‌ی پزشک خانواده شهری، مسئولین استانی از ابتدای سال ۹۳ سعی در ادغام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برنامه پزشک خانواده نمودند و با ابلاغ تدریجی انجام مراقبت‌های مادران باردار، بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون، اختلالات روانی و مراقبت از سالمندان توسط پزشکان خانواده، ادغام مورد نظر را آغاز نمودند. با توجه به اینکه بیش از ۶۰ درصد پزشکان خانواده در مطب‌ها و درمانگاه‌های خصوصی مستقر بودند، ادغام برنامه‌های فوق لزوم بازنگری در ساختار و نوع ارتباط پزشکان خانواده با پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی را الزامی نمود. در این بازنگری اصل مشارکت خصوصی- عمومی **private-public partnership** می‌بایست مد نظر طراحان قرار می‌گرفت که بر این اساس دو طرح آماده گردید.

در طرح اول وظیفه یافتن بیماران و گروه‌های هدف مراقبت‌های بهداشتی اولیه به صورت فعال برعهده‌ی ساختار دولتی نظام بهداشتی در مناطق شهری گذاشته شد و از پزشکان خانواده جهت یافتن بیماران و گروه‌های هدف به صورت غیر فعال و در حین ارائه خدمات درمانی خواسته شد. سپس بصورت مداوم

اطلاعات بیماران و گروه‌های هدف شناسایی شده به هر دو طریق فوق بین دو بخش تبادل می‌گردید و مراقبت‌های ممتد افراد شناسایی شده توسط کاردان‌های بهداشتی مستقر در پایگاه‌ها و مراکز دولتی یا خرید خدمت بصورت هماهنگ با پزشک خانواده‌ی فرد ارائه می‌گردید. در این طرح هنگامی که افراد مراقبت شده به خدمات درمانی یا مراقبت‌های پزشکی احتیاج پیدا می‌کردند از ارجاع فرد توسط کاردان بهداشتی به پزشکان خانواده استفاده می‌شد.

گرچه این طرح گامی در جهت سلامت نگر کردن پزشکان خانواده بود و تبادل اطلاعات دو بخش تا حدودی نقایص گذشته را پوشش می‌داد، ولی جدا بودن ساختار ارائه خدمات درمانی و بهداشتی هم‌چنان به قوت خود باقی بود و از دید اجرایی مشکلاتی را به همراه داشت. در طرح دوم مسئولیت سلامت افراد و انجام کلیه‌ی فعالیت‌های لازم جهت نیل به این هدف اعم از اقدامات ارتقاء دهنده سلامت، پیشگیرانه و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جمعیت تحت پوشش تماماً به پزشکان خانواده سپرده شد و ساختار بهداشتی دولتی وظیفه حمایت، پشتیبانی، نظارت و حصول اطمینان از کیفیت ارائه‌ی خدمات توسط پزشکان خانواده را بر عهده گرفت. گرچه دو خدمت واکسیناسیون و معاینات و خدمات ژنیکولوژی تا زمانی که زیر ساخت‌های لازم جهت ارائه آنها توسط پزشکان خانواده فراهم شود، هم‌چنان توسط بخش دولتی تقبل شد. طرح دوم با آنچه از تعریف پزشک خانواده شناخته می‌شود و نیز شرح وظایف ایشان که در «دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲» آمده است، همخوانی بیشتری داشت. ضمن اینکه اصل جامعیت (**comprehensive**) بودن خدمات توسط پزشکان خانواده را رعایت می‌کرد. اما چند مانع برای اجرایی شدن آن وجود داشت:

۱- پزشکان سالیان متمادی مسئولیت درمان مراجعه‌کنندگان را بر عهده داشتند. لذا دید سلامت نگر در آن‌ها ضعیف بوده و عمدتاً دیدگاه درمانی داشتند.

۲- پزشکان مهارت‌های لازم در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه را نداشتند.

همچنین فرد ماهری را برای پیگیری این امور نیز در اختیار نداشتند.

۳- زیر ساخت‌های دیگر که برای قبول این مسئولیت لازم بود اعم از فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز، در محل کار پزشکان خانواده فراهم نبود. به منظور مرتفع کردن این موانع طرح اعتبار سنجی پزشکان خانواده تدوین و اجرا گردید و پزشکانی که به کسب حداقل‌های مورد نظر در این طرح شدند به عنوان «مطب‌های اعتبار بخشی شده» شناخته شده و شایسته‌ی قبول ارائه خدمات بهداشتی به جمعیت تحت پوشش خود محسوب شدند. برای اجرای این طرح و فراهم کردن سایر موارد لازم جهت سلامت نگر کردن پزشکان خانواده اقدامات زیر نیز صورت گرفت:

۱- رایزنی با انجمن پزشکان عمومی فارس و مشارکت ایشان در برنامه ریزی جهت اجرا.

۲- برگزاری جلسات توجیهی پزشکان خانواده در سراسر استان در خصوص لزوم ادغام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری.

۳- اختصاص بخش عمده‌ی برنامه‌های بازآموزی و آموزش مداوم به موضوعات متناسب با مراقبت‌های بهداشتی اولیه.

۴- توجیه پزشکان خانواده و دستیاران ایشان در خصوص نحوه ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی متناسب با هر برنامه ادغام یافته.

۵- تعیین استانداردهای مد نظر از لحاظ فضای فیزیکی و تجهیزاتی و اعلام آنها به پزشکان خانواده و آغاز اعتبار سنجی محل کار پزشکان پس از مدت زمانی که به عنوان مهلت و به منظور دستیابی به حداقل‌ها به ایشان داده شد.

نکته قابل ذکر در مرحله سلامت نگر کردن پزشکان خانواده استفاده از دستورالعمل‌ها، فرم‌ها، دفاتر و بولکت چارت‌های وزارت متبوع در هر برنامه مراقبتی ادغام شده بدون توجه به امکان اجرای آن در محل کار پزشکان خانواده شهری بود.

پزشک خانواده شهری استان فارس پس از طرح تحول در نظام بهداشت کشور

در طرح تحول نظام بهداشت کشور علاوه بر تکمیل ساختار ارائه دهنده‌ی خدمت خصوصاً در مناطق حاشیه و شهرها دو تغییر عمده‌ی دیگر نیز رخ داده است:

۱. تبدیل مراقبت‌های بیماری محور و محدود به گروه‌های هدف مشخص به مراقبت‌های مبتنی بر گروه‌های سنی

۲. اضافه شدن خدمات روانشناسی بالینی و تغذیه در سطح ارائه خدمات بهداشتی مناطق شهری

اعمال این تغییرات در کنار برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس که امکان اجرای تحول را در کلیه مناطق شهری استان فراهم می نمود باعث شد علاوه بر سلامت نگر کردن پزشکان خانواده دو اصل جامع بودن (comprehensive) و نیز تداوم (continuity) خدماتی که پزشک خانواده ارائه می دهد بیش از پیش لحاظ شود و در عمل به اجرا در آید. بر همین اساس با هماهنگی و مد نظر قرار دادن الزامات معاونت بهداشت وزارت متبوع، ضمن استقرار ساختار مد نظر ایشان یعنی استقرار مراکز سلامت جامعه و پایگاه‌های سلامت دولتی یا خرید خدمت، بازنگری دوم در برنامه‌ی پزشک خانواده شهری نیز انجام و مجدداً با تأکید بر اصل **private public partnership**

مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات درمانی سرپایی بصورت ادغام یافته و با مشارکت سطح بندی شده در دو بخش دولتی و خصوصی فعالیت‌های خود را اصلاح نمودند. به این معنی که از یک طرف مراکز سلامت جامعه (با حضور مدیر سلامت منطقه، کارشناسان تغذیه، روانشناسی بالینی، بهداشت محیط و کار مراقب سلامت مرد و واحدهای دندانپزشکی و آزمایشگاه) در هر منطقه‌ی ۲۵ تا ۵۰

هزار نفری راه‌اندازی شد و به ازای هر ۶ تا ۱۵ هزار نفر نیز یک پایگاه سلامت (با حضور مراقبین سلامت زن اختصاص یافت) و از طرف دیگر محل کار پزشکان خانواده‌ی اعتبار بخشی شده به شرط قبول دو تغییر زیر به پایگاه پزشک خانواده تبدیل وضعیت دادند و همانند یک پایگاه سلامت به جمعیت تحت پوشش خود علاوه بر خدمات درمانی سرپایی، مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر گروه‌های سنی را

ارائه نمودند.

این دو تغییر عبارت بودند از:

۱. تقبل ارائه کلیه مراقبت‌های بهداشتی ادغام یافته‌ی مبتنی بر گروه‌های سنی به کلیه افراد تحت پوشش خود به صورت فعال و در مشارکت با مراکز سلامت جامعه و پایگاه سلامت منطقه

۲. موفقیت در گذراندن دوره‌های آموزشی ۱۴۷ ساعته توسط دستیار پزشک خانواده که از آن به بعد مراقبت سلامت همکار پزشک نام می گرفت.

نکته مهم در بازنگری دوم برنامه پزشک خانواده، گروه هدف قرار گرفتن کلیه افراد اعم از نوزادان و کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان مرد و زن، سالمندان و مادران باردار بود که لازمی آن طراحی فرم‌های مراقبتی مطابق با بسته خدمتی ابلاغ شده از سوی وزارت متبوع بود که به ویژه در مورد گروه جوانان برای اولین بار در استان فارس نهایی و اجرایی شدند. همچنین در این بازنگری حمایت، پشتیبانی، نظارت و مکمل بودن مراکز سلامت جامعه و پایگاه‌های سلامت در قبال پایگاه‌های پزشک خانواده در دو حیطه‌ی روانشناسی بالینی و تغذیه به موارد قبلی اضافه گردید.

در حال حاضر با اجرایی شدن نسخه دوم بازنگری برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس ارتباط مناسبی بین پزشک خانواده و مراقب سلامت همکار او از یک طرف و این تیم با سایر اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز سلامت جامعه و پایگاه‌های سلامت ایجاد شده است و کلیه مراقبت‌های اولیه بهداشتی مبتنی بر گروه‌های سنی به صورت ادغام یافته و با رویکرد فعال در حال ارائه است.

نظام پایش و ارزشیابی پزشک خانواده شهری استان فارس

پزشکان خانواده شهری استان فارس از دو نظر پایش و ارزشیابی می شوند:

۱. از نظر رعایت مقررات حاکم بر پزشک خانواده
 ۲. به جهت نحوه و کیفیت ارائه خدمات مراقبتی بهداشتی
 برای پایش و ارزشیابی پزشکان

خانواده از نظر رعایت مقررات علاوه بر دریافت شکایات مردمی از طریق سامانه **call-center** با شماره تماس ۱۵۹۰، یک نفر ناظر ستادی به ازای هر ۵۰ مطب بکار گرفته شده است که با مراجعه حضوری به مطب‌ها و بهره‌گیری از چک لیست تدوین شده بدین منظور، این ارزیابی را به انجام می‌رساند و در صورت مشاهده تخلف، ضمن ارائه بازخورد کتبی به پزشک، موارد تخلف دارای اهمیت را به کمیته داوری پزشک خانواده شهری که زیر نظر ستاد اجرایی مستقر در دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان تشکیل شده است، منعکس می‌کند. کمیته‌ی داوری نیز به نوبه‌ی خود از طریق راهکارهای پیش بینی شده منجمله اعمال کسورات از محل ۲۰٪ پرداخت پس از پایش نسبت به رفع موارد تخلف توسط پزشکان خانواده اقدام می‌نماید. برای پایش و ارزشیابی پزشکان خانواده و مراقب سلامت همکار ایشان از جهت ارائه مراقبت‌های بهداشتی نیز یک نفر از مراقبین سلامت پایگاه سلامت منطقه موظف به مراجعه هفتگی به مطب‌ها و ارزیابی نحوه ارائه‌ی خدمات با بهره‌گیری از چک لیست تدوین شده بدین منظور شده است. البته در صورت مشاهده ایرادی که به دلیل عدم یادگیری صحیح آموزش‌ها یا عدم مهارت آموزی لازم توسط مراقب سلامت همکار پزشک در حال رخ دادن است، این ناظرین اقدام به آموزش و ارتقای مهارت مراقبان سلامت همکار پزشک خانواده در محل ارائه‌ی خدمت (پایگاه پزشک خانواده) نموده و جهت برنامه‌های بازآموزی بعدی ایرادات پر تکرار را به سطوح بالاتر گزارش می‌کند.

نظام آموزشی پزشک خانواده شهری در استان فارس

در حال حاضر برنامه‌های آموزشی علاوه بر پزشکان خانواده شامل مراقب سلامت همکار او نیز می‌شود. بدین گونه که هر مراقب سلامت همکار پزشک خانواده در یک دوره‌ی ۱۴۷ ساعته حضوری با موضوع مراقبت‌های گروه‌های سنی پیشگفت، بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیر واگیر، سلامت محیط

و کار، مهارت‌های ارتباطی و خود مراقبتی و ایمنی در خدمات، سلامت روان، برخورد با شکایات شایع، سلامت دهان و دندان، تغذیه و سلامت باروری شرکت کرده و می‌بایست موفق به کسب حداقل امتیاز لازم جهت اخذ گواهینامه مراقبین سلامت شود. در استان فارس این دوره‌ی آموزشی به شکل آموزش کلاسی و نیز مهارت آموزی عملی در محل پایگاه‌های سلامت دولتی اجرا می‌شود. آموزش پزشکان خانواده اما شامل یک دوره توجیهی کوتاه مدت جهت ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه مبتنی بر گروه‌های سنی و نیز برنامه‌های بازآموزی و آموزش مداوم ماهیانه با موضوعات نیازسنجی شده می‌شود که عمده برنامه‌های بازآموزی و آموزش مداوم به صورت متمرکز در مرکز استان و بعضاً به صورت منطقه‌ای در برخی از شهرستان‌ها اجرا می‌شود. این برنامه‌ها علاوه بر موضوعات بهداشتی به موضوعاتی که برای ارتقای دانش پزشکی ایشان لازم به نظر می‌رسد، می‌پردازد. همچنین با بهره‌گیری از تجارب گذشته، دوره آموزشی مجازی ۵۱ ساعته برای پزشکان خانواده طراحی شده که محتوای آن در حال آماده‌سازی و از ابتدای سال ۱۳۹۵ کلیه پزشکان خانواده شهری فعلی و پزشکان خانواده شهری جدید موظف به گذراندن این دوره خواهند شد. موضوعات این دوره نیز تلفیقی از موضوعات بهداشتی و مباحث درمان سرپایی است. از فعالیت‌های بارز دیگر که جهت ارتقای مهارت پزشکان خانواده در مدیریت سلامت افراد تحت پوشش و خصوصاً یکسان‌سازی نحوه‌ی ارتباط آنها با سطح دو و سه ارجاع انجام شده است، تالیف و انتشار جلد نخست کتاب «راهنمای بالینی ویژه‌ی پزشکان خانواده» در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی فارس بود که در اختیار کلیه‌ی پزشکان خانواده نیز قرار گرفته است.

نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس

در استان فارس اصلی‌ترین شیوه‌ی جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی

که پزشکان خانواده ارائه می‌دهند پرداخت سرانه (**Per Capita**) است. گرچه مقرر است از سایر شیوه‌های پرداخت مانند پاداش (**Bonus**) و بعضاً پرداخت موردی و کارانه نیز استفاده شود.

حق سرانه پرداختی نیز بر اساس ساعات کار پزشکان متفاوت است. به این گونه که پزشکانی که به صورت تک شیفت کار می‌کنند ۹۰ درصد حق سرانه پزشکانی که به صورت دو شیفت خدمت می‌نمایند، دریافت می‌کنند. این تفاوت به جهت تشویق پزشکان به ارائه خدمت به صورت دو شیفت و در نتیجه افزایش سطح دسترسی زمانی افراد تحت پوشش در نظر گرفته شده است. گرچه هم پزشکان تک شیفت و هم دو شیفت موظف هستند پزشک خانواده دیگری را به عنوان پزشک جانشین در ساعاتی که خود حضور ندارد معرفی و او را نیز به افراد تحت پوشش خود معرفی کند. البته در مورد پزشکان تک شیفت تعیین پزشک جانشین دیگر در شیفت مخالف الزامی است.

دستاورد برنامه‌ی پزشکان خانواده شهری در استان فارس تا کنون

در حال حاضر ۱۰۹۶ نفر پزشک خانواده شهری در استان فارس مشغول به خدمت هستند که ۳۰ درصد از آنها در ساختار دولتی و ۷۰ درصد در ساختار خصوصی می‌باشند. طبق آخرین بررسی‌های هزینه-اثربخشی انجام شده بر این برنامه، کاهش مصرف دارو بعد از اجرای برنامه در استان فارس نزدیک به ۱۰۰۰ میلیارد ریال بر آورده شده است. ضمن اینکه طبق اعلام سازمان‌های بیمه‌گر بیش از ۷۴ درصد مراجعات به پزشکان در استان به پزشکان خانواده بوده که نسبت به آمار کشوری که ۴۴ درصد است درصد قابل ملاحظه‌ای بوده و به میزان جهانی و علمی این شاخص که مراجعه به پزشکان سطح اول را در سطح ۸۰ درصد مطلوب می‌داند، بسیار نزدیک شده است. همچنین با افزایش سهم پزشکان خانواده در مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، میزان مراجعه به متخصصین نیز در روند کاهشی به خود گرفته است.

پیشرفت در روند آزمایش‌ها مدت انتظار برای جواب آزمایش را کم می‌کند

Daniel J. Pallin, MD, MPH reviewing White BA et al. Am J Emerg Med ۲۰۱۵ Jun ۱۴.

با سازمان‌دهی دوباره نحوه پردازش نمونه برای تست‌های آزمایشگاهی خاص، یک بخش اورژانس دانشگاهی به کاهش در مدت انتظار دریافت جواب آزمایش دست‌یافت.

در تلاشی جهت کاهش زمان دریافت نتیجه آزمایشات در یک بخش اورژانس دانشگاهی، محققان متدهای لین (Lean) را برای آنالیز و سازمان‌دهی مجدد فرآیندهای آزمایشگاهی مورد استفاده قرار دادند (روش‌های مهندسی سیستم‌های مورد استفاده در تولید، برای از بین بردن زباله). اصل مداخله جابه‌جایی ۶ تست آزمایشگاهی از کیوسکی در بخش اورژانس به آزمایشگاه مرکزی بیمارستان بود. در مقایسه ۶ ماه قبل از مداخله با ۱۲ ماه بعد از مداخله محققان دریافتند زمان بازگشت نتایج اکثر آزمایش‌ها کاهش یافته است. بیشترین کاهش زمان دریافت نتیجه برای تروپونین T (که به ۲۳ دقیقه) و رسوب ادرار (که به ۸۸ دقیقه) کاهش یافت بود. سالانه ۱۲۴۰۰ دلار صرفه‌جویی شد چون دیگر نیازی به حضور کارکنان در کیوسک‌های بخش اورژانس نبود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه هم در سطح جزئی و هم در سطح کلی نکاتی برای آموزش دارد. درس کلی این است که در نظر گرفتن زمان آنالیز جریان کار می‌تواند با افزایش بهره‌وری و صرفه‌جویی در هزینه پرداختی همراه باشد. درس خاص با کیوسک آزمایشگاهی بخش اورژانس مرتبط است: بسیاری از ما تصور می‌کنیم که روندهای آزمایشگاهی مرکزی با کارایی کم همراه است و روندهای آزمایشگاهی آنی را به‌طور ایده‌آل در نظر داریم. همان‌طور که در این مطالعه نشان داده شده است چالش‌های نظارتی موجود در آزمایشگاه‌های بخش اورژانس می‌تواند با کاهش روند فرآیندها و افزایش هزینه‌ها همراه باشد.

۲۰۱۵ BMJ

در طول هفت سال افرادی که حداقل هفته‌ای یک‌بار غذاهای ادویه‌دار خورده بودند، احتمال فوت به هر علتی در آن‌ها کمتر بود. شواهد نشان می‌دهند مصرف ادویه‌ها برای سلامتی سودمندند. این‌که آیا مصرف روزانه غذاهای ادویه‌دار بر شاخص‌های سلامت، از جمله میزان مرگ‌ومیر تأثیرگذارند نامشخص است. در این مطالعه آینده‌نگر که روی ۱۹۹۰۰۰ مرد و ۲۸۸۰۰۰ زن در ایالات متحده آمریکا و چین انجام شد (بازه سنی ۲۰ تا ۷۹ سال در زمان ورود به مطالعه)، محققان ارتباط بین مصرف منظم غذاهای ادویه‌دار با مرگ‌ومیر کلی و مرگ‌ومیر به تفکیک دلیرا در مدت میانگین ۷ سال پیگیری کردند. در مجموع ۱۱۸۰۰ مرد و ۸۴۰۰ زن در طول پیگیری‌ها فوت کردند. بعد از یکسان‌سازی متغیرهای مختلف، مصرف غذاهای ادویه‌دار ارتباطی معکوس با میزان خطر علل مرگ‌ومیر کلی داشت. احتمال مرگ‌ومیر کسانی که بیشتر غذاهای ادویه‌دار خورده بودند در مقایسه با افرادی که ندرتاً غذاهای ادویه‌دار مصرف کرده بودند (کمتر از یک‌بار در هفته) ۱۰-۱۴ درصد کمتر بود. نتایج مشابهی برای زنان و مردان مشاهده شد. در نهایت مصرف غذاهای تند به‌طور معکوس با خطر مرگ ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی، سرطان و بیماری‌های ریوی همراه بود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه آینده‌نگر گسترده، مصرف غذاهای ادویه‌دار به‌طور معکوس با خطر تمامی علل مرگ و مرگ‌های خاص در مدت ۷ سال همراه بود. کسانی که از غذاهای ادویه‌دار لذت می‌برند از این نتایج که از نظر بیولوژیکی قابل‌پذیرش هستند استقبال خواهند کرد. ادویه‌ها حاوی مواد زیستی فعالی هستند که برای سلامتی سودمندند (به‌طور مثال مصرف فلفل قرمز اشتهای را تعدیل می‌کند و باعث مصرف کالری می‌شود). با این حال با توجه به طراحی این مطالعه رابطه علیت نمی‌تواند برقرار شود و ممکن است این ابهام در جای خود باقی بماند.

سونوگرافی‌های جنینی که اغلب بدون اندیکاسیون پزشکی هستند رو به افزایش است

نویسنده Amy Orciari Herman
ویرایش از Susan Sadoughi, MD

عصبی و بیش فعالی را نشان داده است. همیشه این نگرانی وجود دارد که زیادی استفاده از فراصوت می‌تواند نتایج را مثبت کاذب کند. یک متخصص سونوگرافی به ژورنال گفت: «این لازم است که همگان بدانند، اگر باردار هستید نیازی نیست در هر ویزیت پزشک سونوگرافی کنید.»

را ببینند و با او ارتباط برقرار کنند و انگیزه‌های مالی احتمالی. در حالی که بسیاری از پزشکان معتقدند که چون سونوگرافی تابش سرطان‌زایی ندارد ایمن است، بیشتر مطالعات ایمن بودن روی تجهیزات صورت گرفته است که قبل از سال ۱۹۹۲ ساخته شده‌اند. دستگاه‌های امروزی امواج صوتی بسیار قوی‌تری از نسخه‌های قدیمی‌تر ساطع می‌کنند. علاوه بر این مطالعه روی حیوانات اثرات بدی از در معرض فراصوت بودن مانند ناهنجاری‌های

بر اساس گزارش ژورنال وال استریت زنان در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۴ به‌طور میانگین به ازای هر زایمان ۵ بار سونوگرافی از جنین انجام داده‌اند. این در حالی است که گروه‌های پزشکی در بارداری‌های کم‌خطر تنها یک یا دو بار سونوگرافی را توصیه می‌کنند. در میان دلایل اشاره شده برای این افزایش، موارد زیر وجود دارند: پزشکان از اینکه موردی از قلم نیفتاده باشد می‌ترسند، بیماران دوست دارند فرزند در حال رشد خود



وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



Shiraz E Medical Journal
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
ISSN: 1735-1391

Logo of Shiraz University of Medical Sciences and Health Policy Research Center.

<http://emedicalj.com>



مجله کلید سلامت
Health Policy Research Journal

Logo of Shiraz University of Medical Sciences and Health Policy Research Center.

<http://hkj.sums.ac.ir>



Women's Health Bulletin
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
pISSN: 2345-5136
eISSN: 2382-9990

Logo of Shiraz University of Medical Sciences and Health Policy Research Center.

<http://womenshealthbulletin.com>



International Journal of School Health
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
eISSN: 2383-1219
pISSN: 2345-5152

Logo of Shiraz University of Medical Sciences and Health Policy Research Center.

<http://intjsh.com>



Social Pharmacy Journal

<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH
Bulletin

WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014

p-ISSN: 2343-5136
e-ISSN: 2182-9648

womenshealthbulletin.com



p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF
SCHOOL HEALTH

INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



به دانش بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روز

توسعه شبکه های بهداشتی ایران



مؤلفان:
کامران باقری لنگری
رحمت الله حاکمی
سید مهدی علیزاد
سید علیرضا سولایی
حامد رحمانی پور خانی
محمدعلی فیاضی بخش
محمدحسین شالکی
ایهام خسروی
سولماز قهرمانی

موضوع: بهداشت

مقتضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایید.
شماره تماس: ۰۷۱۲۲۳۰۹۱۱۰



جست

اری در

پژوهش خانواده

مؤلفان:
دکتر کامران باقری لنگری / دکتر احمد کاله سادات
دکتر سحر محمد هادی ابدالی / دکتر رحمت الله حاکمی
دکتر محمدحسین مقدم / دکتر مهدی علیزاد
دکتر علیرضا سولایی

دکتر سید قهرمانی / دکتر سولماز قهرمانی
دکتر علیرضا قهرمانی / دکتر محمد رحمانی پور خانی
دکتر مهدی سوری سولماز



مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center



Together we can
Save Millions
of lives.



6th. International Conference on:
Reducing Burden of Traffic Accidents:
Challenges and Strategies

ششمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

شیراز ۲۸ و ۲۹ بهمن ماه ۱۳۹۴ | آخرین مهلت ارسال
کلاسها مقالات: ۱۵ آذر ۹۴

ایمنی در سالمندان



www.health-policy.org



بخش جانبی
فراخوان
عکس و فیلم کوتاه

