

**مقدمه:**

بی شک سلامتی یکی از مهم‌ترین ارکان توسعه یافتگی هر کشور است. دستیابی به عدالت در سلامت، حیاتی‌ترین نیاز هر جامعه است. برای نائل شدن به این امر مهم، دولت‌ها باید طبق قانون عمل کنند تا مردم به آسانی و با بهای کم به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند<sup>(۱)</sup>. در این راستا یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت کشور اجرای طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است<sup>(۲)</sup>. در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد<sup>(۳)</sup>. اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، مدیران بخش سلامت را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهم‌ترین اصول در تمامی مراحل اجرای طرح پزشک خانواده قرار گرفتند، که به شکلی اجرایی باید به آن‌ها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمت سلامت را در محدوده‌ی بسته‌ای تعریف شده (بسته خدمت)، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده بیمار را در سیستم ارجاع قرار می‌دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد. برنامه پزشک خانواده برای همه روستاییان وساکنان شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر از نیمه سال ۱۳۸۴ در حال اجرا است و باید برابر قانون برنامه پنجم توسعه برای تمام مردم ایران اجرا شود. این برنامه نقش محوری در همه‌ی

برنامه‌های نظام سلامت دارد و اجرای صحیح و دستیابی به اهداف عالی آن می‌تواند دستیابی به شاخص‌های والای سلامتی در کشور را تضمین نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بستر اجرایی و مجری اصلی برنامه پزشک خانواده به عنوان پشتیبان مالی برنامه است. بدیهی است که تدوین افق این برنامه در سال ۱۴۰۴ و نقش آن در پیشبرد برنامه‌های سلامت از اهمیت مضاعفی برخوردار است. این برنامه با سابقه ۷۰ ساله در بسیاری از کشورها، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان هرگونه سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت را محدود می‌کند. یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه‌ی خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه‌ی این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده فقط برای ارائه‌ی خدمات درمانی استفاده نمود. کلیه‌ی خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال ارائه می‌شود. به منظور کنترل هزینه‌های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخ-گویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی الکترونیک برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه‌ی خدمات به شکل کاملاً هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده انجام می‌شود<sup>(۴-۵)</sup>. انجام طرح پزشک خانواده به دلایل مختلف نیازمند پایش و ارزیابی مستمر بر اساس روش‌ها و مدل‌های مختلف می‌باشد. یکی از مدل‌هایی که می‌توان بر اساس آن اجرا و عملکرد این طرح را ارزیابی کرد مدل (SWOT)، یعنی نقاط قوت (Strengths)، نقاط ضعف (Weaknesses)، فرصت‌ها (Opportunities) و تهدیدها (Threats) می‌باشد. از دیدگاه این مدل یک استراتژی مناسب، قوت‌ها و فرصت‌ها را به حداکثر و ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل ممکن می‌رساند. لذا هدف از این مطالعه ارزیابی و تبیین برنامه پزشک خانواده بر اساس مدل (SWOT) در کشور ایران می‌باشد.

## روش‌ها:

این مطالعه به صورت مروری با استفاده از منابع اینترنتی فارسی (SID، Google)، خارجی (Pub Med، Science Direct) و مجلات و نشریات مختلف داخلی شامل مطالب موجود در کتابخانه‌ها، مصوبات دولت و مجلس و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای شناخت قوانین مرتبط، الزامات قانونی و وضعیت کشور انجام شده است. به دلیل تحقیقات کمی که در این زمینه انجام شده بود بازه زمانی برای گردآوری مقالات ۲۰ سال اخیر بوده است. بعد از گردآوری مطالب، مقالاتی که کمتر با هدف مطالعه مرتبط بودن حذف گردیده و نتایج گزارش گردیده است. مطالب با کلیدواژه‌هایی هم‌چون: ارزیابی پزشک خانواده در ایران و خارج کشور، ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس مدل (SWOT)، پیشینه پزشک خانواده جستجو گردید.

## یافته‌ها:

برنامه پزشک خانواده از ابتدای سال ۱۳۸۴ علی‌رغم ناهموار بودن مسیر و داشتن فراز و فرودهای بسیار، با تلاش دست اندرکاران وزارتخانه‌های مجری برنامه تا کنون ادامه داشته است. در حال حاضر کلیه جمعیت ساکن در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور تحت پوشش برنامه قرار گرفته‌اند. گرچه در برخی از مراکز مجری برنامه مستقر در نقاط مرزی و یا بسیار محروم امکان تأمین ۱۰۰٪ پزشک مورد نیاز برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مقدور نبوده است، سعی شده است که هیچ مرکزی بدون پزشک رها نشود و جمعیت تحت پوشش کلیه مراکز به خدمات تعریف شده در بسته خدمت دسترسی داشته باشند<sup>(۸-۳)</sup>. اثبات راهکار اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان عامل تحول نظام سلامت کشورها در سطح دنیا، وجود الزامات قانونی متعدد و همچنین دستاوردهای اجرای برنامه در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی را ملزم به اجرای برنامه در سطح شهرهای کشور می‌نماید. گرچه برقرار نشدن برخی از الزامات اجرایی موجب شده که

این دو وزارتخانه تا حدودی از بازه‌ی زمانی در نظر گرفته شده در متن قانون پنج ساله چهارم عقب‌تر باشند، در حال حاضر این برنامه در حال سپری کردن فاز استقرار نیرو در مراکز مجری در نظر گرفته شده است<sup>(۶)</sup>. ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم، دولت را موظف به نهادینه کردن سیاست‌های لازم برای مقاصد مختلف از جمله گسترش سلامت همگانی نموده است. همچنین در ماده ۸۹ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است که از راه سطح‌بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی را منطقی و عادلانه سازد. در ماده ۹۰ این قانون تأکید شده است که باید سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت به حد اکثر ۳۰٪ برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندکشان هزینه‌های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می‌شود به ۱٪ برسد. ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید دارد<sup>(۷)</sup>. مطالعه تطبیقی در ۱۸ کشور جهان نشان داد که تمام این کشورها در طرح‌های بیمه سلامتی خود از پزشکان خانواده به عنوان دروازه‌بانان نظام سلامت، بهره برده‌اند و در عین ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، کنترل هزینه‌های سلامتی را نیز سبب شده‌اند<sup>(۸)</sup>. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دو سویه اطلاعات و بازگشت بیمار به جایی باشد که از آن‌جا ارجاع شده است، که این امر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی مؤثر باشد<sup>(۹)</sup>. نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که اگر سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازمان‌دهی گردد، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد از نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود<sup>(۹)</sup>. کلمن در مطالعه خود نشان داد که ۵۵٪ از بیماران که با مشکلات غیر اورژانسی به واحدهای فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند<sup>(۱۰)</sup>. مطالعه دیگری نشان داد که به کار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶٪ از تعداد بیماران سرپایی بیمارستان شده است<sup>(۱۱)</sup>. نتایج پژوهش‌های اخیر انجام شده بیانگر آن است که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷٪ موارد

نامطلوب بوده<sup>(۱۰)</sup> و میزان خود ارجاعی به بیمارستان ۴۶/۳٪ بوده است<sup>(۱۲)</sup>.

قبل از ارزیابی و تبیین برنامه پزشک خانواده بر اساس مدل (SWOT) به بیان مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت کشور در اجرای این طرح می‌پردازیم<sup>(۱۰)</sup>.

الگوی مصرف ناصحیح از خدمات سلامتی منجمله دارو و آزمایش

دسترسی نامناسب به خدمات سلامت

افزایش هزینه‌های خانوار و کاهش سهم دولت در هزینه‌های خانوار

ایجاد ظرفیت اضافی (مراکز درمانی، نیروی انسانی،

تجهیزات پزشکی و...) لذا افزایش آمار بیکاری در متخصصین

رشته‌های سلامتی همزمان با کاهش استفاده از سایر ظرفیت‌ها

نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌های بالا

عدم وجود دیدگاه سلامت نگر در ارائه خدمات بیمه سلامت

عدم وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز

فقدان یک سیستم اطلاعاتی و پژوهشی فعال

نارضایتی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات از جنبه‌های مختلف کمی و کیفی

تحلیل SWOT برنامه پزشک خانواده<sup>(۱۲،۱۱)</sup> در جدول شماره ۱ توضیح داده شده است.

جدول ۱. تحلیل SWOT برنامه پزشک خانواده

نقاط قوت (Strengths)	نقاط ضعف (Weaknesses)	فرصت‌ها (Opportunities)	تهدیدها (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>قانونی بودن طرح پزشک خانواده</li> <li>وجود سوابق و مستندات علمی در مورد مناسب بودن استراتژی پزشک خانواده و حضور سیاستگذاران واقف به موضوع</li> <li>تجربه سالیان گذشته و اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها</li> <li>افزایش اشتغال‌زایی برای فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی، بهداشت، مامایی و...</li> <li>انجام پایلوت طرح در برخی از استان‌های کشور از جمله قزوین</li> <li>اعلام آمادگی تعداد کثیری از دانشگاه‌ها برای اجرای طرح</li> <li>تعاملات بین‌المللی</li> <li>تعهدات سازمانی</li> <li>در اختیار داشتن نظام مراقبت‌های اولیه ساختار یافته به عنوان بستر قابل قبول طرح</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کم رنگ کردن زمینه‌های خصوصی سازی</li> <li>شکاف اطلاعاتی میان ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات</li> <li>عدم انجام آموزش‌های تخصصی برای تیم سلامت به خصوص پزشکان</li> <li>کم ماندگاری ارائه‌دهندگان در حوزه‌های ارائه خدمات</li> <li>کمبود اعتبارات تملک‌دارایی و عمرانی و هم‌چنین اعتبارات مالی</li> <li>ناکافی بودن فرهنگ سازی و اطلاع‌رسانی به مردم</li> <li>کمبود فضای فیزیکی مناسب برای استقرار تیم سلامت</li> <li>عدم وجود زیرساخت الکترونیک کافی و در دسترس برای راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت تحت شبکه</li> <li>عدم تأمین شغلی ثابت</li> <li>عدم پرداخت به موقع حقوق</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای توأم برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده توسط مسئولین دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی</li> <li>تأکید مقام معظم رهبری در مورد اهمیت سلامت در فرصت‌های مختلف</li> <li>تعهد و عزم ملی بر انجام آن در دولت و مجلس</li> <li>وجود موارد قانونی مختلف در برنامه چهارم و پنجم توسعه در زمینه ضرورت اجرای برنامه مثل ملی بودن طرح پزشک خانواده</li> <li>وجود فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی و پیراپزشکی به تعداد کافی برای حضور در تیم سلامت</li> <li>وجود ساختارهای سازمانی مناسب برای اجرای هر چه بهتر این طرح</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقاومت درصد کم ولی قدرتمند بخش خصوصی</li> <li>تضاد منابع</li> <li>عدم همکاری بین بخشی مناسب</li> <li>عدم تمکین کامل پزشکان از قوانین و مقررات مربوطه</li> <li>وجود منابع مورد نیاز در اجرای طرح در دستگاه‌های دیگر</li> <li>عدم وجود نظام مالیاتی مناسب که نمی‌تواند از ایجاد نیازهای القایی به اندازه کافی ممانعت نماید.</li> <li>ناکارآمدی و ضعف نظام بیمه‌ای</li> <li>از هم گسیختگی بازار سلامت در بخش سلامت و ورود هر روزه تکنولوژی‌های جدید و گران قیمت و لزوم ایجاد بازار برای آنان از سوی واردکنندگان</li> <li>عدم همسویی کامل سازمان نظام پزشکی با کلیات اجرای برنامه</li> <li>غیر واقعی بودن تعرفه‌ها</li> </ul>

تهدیدها (Threats)	فرصت‌ها (Opportunities)	نقاط ضعف (Weaknesses)	نقاط قوت (Strengths)
		پزشکان و ماماهاى شاغل - افزایش حجم کار	- در اختیار داشتن زیر ساخت آماده به خدمت دولتی - در اختیار داشتن نیروهای انسانی آماده به خدمت در طرح - کاهش هزینه‌های درمان برای گیرندگان خدمت - معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار - ارتقای سطح سلامت - دلگرمی به‌پورزان و مربیان خانه‌های بهداشت - مراقبت بهتر و مؤثر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال - بیماریابی مناسب و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها

### بحث و نتیجه‌گیری:

سلامت انسان‌ها بخشی از سرمایه ملی است که دائماً معرض تهدید قرار می‌گیرد. در حقیقت سلامت فرد و جامعه آن چنان به هم گره خورده است که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرزی قائل شد. در دنیای امروز مسئولیت و تکلیف دولت‌ها در قبال سلامت مردم کشورشان به روشنی تعیین و پذیرفته شده است. برخی از اعلامیه‌های بین‌المللی نظیر اعلامیه جهانی حقوق بشر و به ویژه اعلامیه آلماتا بر این امر مهم تأکید دارد. در سوئیس پزشکان عمومی خانواده مسولیت مراقبت‌های اولیه را بر عهده دارند. معمولاً اولین مرجع تماس در صورت بیماری و یا وقوع حادثه هستند و هم‌زمان خدمات مشاوره‌ای و درمانی انجام می‌دهند<sup>(۱۳)</sup>. در پژوهشی که به منظور ارزیابی رضایت بیماران از مراقبت پزشک خانواده در اسلوانی انجام گرفت به طور متوسط ۵۸/۲٪ از پاسخ دهندگان دسترسی به خدمات پزشک خانواده را عالی توصیف کردند. در حالی که رضایت از زمان انتظار برای گرفتن خدمات به عنوان ضعیف‌ترین عامل مورد ارزیابی قرار گرفت<sup>(۱۴)</sup>. در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۴

در آمریکا انجام گرفت ۹۳٪ بیماران از گوش دادن پزشکان به مشکلات آنان، ۶۸٪ آنان از امکان مساعدت پزشکان خانواده در همه مشکلات بیماران و ۹۷٪ آنان از صداقت و همدلی پزشکان خانواده رضایت داشتند<sup>(۱۵)</sup>. در مطالعه‌ای که دکتر جنتی و همکاران انجام دادند دریافتند که، ۵۲/۷٪ دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما را از نقاط قوت طرح عنوان کردند در حالی که ۲۱٪ جمعیت مورد مطالعه ازدحام بیش از حد خانه بهداشت در هنگام دریافت خدمت و ۱۳٪ جمعیت مورد مطالعه، پذیرش در سطوح بالاتر، عدم امکان انتخاب متخصصین توسط بیماران و محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده را به عنوان نقاط ضعف عمده طرح پزشک خانواده عنوان کردند<sup>(۱۶)</sup>. جمهوری اسلامی ایران از یک سو با برخورداری از ارزش‌های اسلامی و پشتوانه فرهنگی غنی و از سوی دیگر با اعتماد به تجارب ارزشمند بین‌المللی، گام‌های مهمی در جهت عملی ساختن این امر مهم برداشته است. یکی از این قدم‌ها طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بوده است. این طرح بزرگ ملی به عنوان یک راهکار مهم اجرایی و اصلاحی در نظام سلامت،

4. Law of Fourth Economic, Social and Cultural, Iran, Iranian parliament.
5. Iran's fifth development Law of (1390-1394).
6. Documentation Network Management Center, Ministry of Health and Medical Education of Iran in. 1390.
7. Zare H. Health care system in the world. The publication of the NHS, 1384.
8. WONCA/WHO, Making medical practice and education more relevant to the people's needs: the role of family doctor. Hong Kong 1995.
9. Nasrollahpour Shirvani SD, AshrafianAmiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, ShabestaniMonfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS). 2010; 11(6): 46-52. (Persian)
10. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency Medical Journal. 2001; 18 (6): 482-487.
11. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. Eastern Mediterranean Health Journal 1997; 3(2): 236-253.
12. Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in healthcare delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health care Network. Hakim research journal 2001; 4: 238-242. (Persian)
13. Guide de Santé pour la Suisse, Médecin de famille . Available from: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)
14. American Academy of Family Physicians. Facts about family medicine. Available from: URL:[http://www.aafp.org/online/en/home/about\\_us\\_specialty.htm](http://www.aafp.org/online/en/home/about_us_specialty.htm).
15. Stock Keister MC, Green LA, Kahn NB, Phillips RL, McCann J, Fryer GE. What people want from their family physician? Am Fam Physician. 2004; 69(10): 10-23.
16. Jannati A & colleagues. Assessment the strengths and weaknesses of the family physician program. Knowledge and health. 1388; 4 (4): 39-44.

در راستای ارتقاء شاخص‌های آن با نگاه به افق سال ۱۴۰۴ محسوب می‌شود. به دنبال اجرای این طرح نه تنها ارتقای شاخص‌های سلامت، بلکه ارتقای سایر شاخص‌های توسعه انسانی و اقتصادی، خصوصاً عدالت، امنیت و رضایت‌مندی اجتماعی نیز مورد انتظار می‌باشد. همچنین با مروری بر چالش‌ها و تهدیدهای نظام سلامت اهمیت و ضرورت اصلاح و ارتقاء این نظام بیش از پیش نمایان می‌گردد. در این راستا، طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده بر اساس چند ضرورت اصلی شکل می‌گیرد که عبارتند از:

- ۱) هدف‌مندی در تعریف بسته‌های خدمات بهداشتی درمانی و بهبود مستمر در ارائه این بسته‌ها همگام با توسعه امکانات، دانش و فناوری
- ۲) دسترسی و بهره‌مندی مناسب و عادلانه آحاد مردم
- ۳) ارتقای بهره‌وری در ارائه‌ی این خدمات با توجه به شرایط اقتصادی و زیر ساخت موجود در گروه پزشکی از نظر امکانات و نیروی انسانی

### پیشنهادهات:

تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای جمعیت تحت پوشش، حل مشکلات معیشتی جمعیت تحت پوشش، باز تعریف دقیق جمعیت تحت پوشش، ایجاد انگیزه به پزشکان

### منابع:

1. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student. 2007; 9 (12): 38. (Persian)
2. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME, Kabir MJ, AshrafianAmiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences. Hakim Research journal. 2010; 13: 19-25. (Persian)
3. Budget Act 84, Planning, monitoring the President's strategy.