

اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران: دست آوردها و چالش‌ها

سیدداود نصرالله پور شیروانی (PhD)*^۱

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۲/۱۰/۱۳، اصلاح: ۹۲/۱۰/۳۰، پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۰

خلاصه

سابقه و هدف: نظام مراقبت سلامت به منظور افزایش کارایی و اثربخشی، ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به خدمات سلامت همواره مورد اصلاحات قرار می‌گیرد. برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از سال ۱۳۸۴ با اهداف: تقویت نظام ارجاع، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ ایران اجرا شده است. این مطالعه به منظور شناخت دست‌آوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران انجام گرفته است.

مواد و روشها: این مطالعه مروری با جستجو در سایت های Google scholar, SID, Inranmedex, Magiran Pub Med, Google با کلید واژه- های پزشک خانواده، بیمه روستایی، مرکز بهداشتی درمانی، نظام سلامت، خدمات سلامت، رضایتمندی پزشک خانواده، رضایتمندی بیماران انجام گرفت که در نهایت ۶۸ مقاله مرتبط با هدف مطالعه، استخراج و بررسی شد.

یافته ها: مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که با اجرای برنامه پزشک خانواده بسیاری از شاخص‌های بهداشتی ارتقا یافته، دسترسی مردم به خدمات سلامت بیشتر شده، هزینه‌های غیرضروری کاهش یافته و رضایت گیرندگان خدمات بالاتر رفته است. اما با وجود موقعیت های مذکور، نارسایی هایی در نظام ارجاع، تشکیل پرونده سلامت و ثبت خدمات تشخیصی و درمانی و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه وجود دارد که باید ارتقاء یابد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بعضی از اهداف برنامه پزشک خانواده تحقق یافته و برای رسیدن به بعضی از اهداف دیگر باید مداخلات متناسب در سطح ملی و منطقه‌ای انجام گیرد.

واژه های کلیدی: برنامه، پزشک خانواده، عملکرد، دست‌آوردها، چالش‌ها، نظام سلامت.

مقدمه

تقریباً در همه کشورها نظام مراقبت سلامت به منظور ارتقاء کارایی و اثربخشی دستخوش اصلاحات و تغییرات قرار می‌گیرد. اما علی‌رغم انجام اصلاحات مداوم، هنوز بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان به شکل نامناسب و ناکارآمد اداره می‌شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان خود با مشکلات فراوانی روبرو هستند (۱). ساختار نظام‌های بهداشتی درمانی و نحوه انسجام و هماهنگی بین امور، خود می‌تواند تعیین‌کننده کارآمدی و میزان دستیابی به اهداف باشد. براساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، کشور آمریکا با سرمایه‌گذاری ۱۵-۱۳٪ از درآمد ناخالص ملی رتبه ۳۷، سنگاپور با سرمایه‌گذاری ۳/۱٪ رتبه ۶ و ایران با ۴/۴٪ رتبه ۹۳ را در سلامت دنیا دارد (۲). سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت به سه سطح اول، دوم و سوم بزرگ‌ترین اصلاحاتی است که اکثر کشورها بمنظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به اجرا در می‌آورند (۳). در نظام سطح‌بندی شده مراقبت سلامت، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های

بهداشتی درمانی فعالیت دارد که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماریها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند، از طریق سیستم ارجاع به سطح ۲ هدایت و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پیگیری می‌کند (۴). سابقه توجه و تاکید به پزشک خانواده در نظام مراقبت سلامت دنیا به پیشنهاد فرانسیس پی‌بادی، پروفیسور پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۲۳ و توسعه آن به گزارش کمیته‌های می‌لیس و ویلارد ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۶۶ بر می‌گردد (۵). با توجه به دستاوردهای مثبت بکارگیری و توسعه برنامه پزشک خانواده و نیازهای جدید جمعیت، پزشکی خانواده از طرف سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی تلقی می‌گردد (۷). اخیراً مطالعات متعددی تأیید نموده که پزشکان خانواده نسبت به پزشکان متخصص به منابع کمتری نیاز دارند و مراقبت‌های موثرتری برای انواع

* مسئول مقاله: دکتر سیدداود نصرالله پور شیروانی

آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی، تلفن: ۰۱۱-۳۳۱۹۰۶۳۱

e-mail: dnshirvani@gmail.com

استفاده قرار گرفتند. نتایج مطالعات منتخب ابتدا مرور و در مرحله بعدی خلاصه آن استخراج و به دو گروه دست‌آوردها یا موفقیت‌ها و چالش‌ها یا مشکلات و نارسایی‌های موجود دسته‌بندی و نهایتاً یافته‌های هر دسته هم بر اساس اهمیت و گستردگی موضوع فهرست شدند.

یافته‌ها

پزشک خانواده و بیمه روستایی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه-ریزی کرد که در طول دهه ۱۳۶۰ در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۱۸) بعد از ۲۰ سال از عمر شبکه بهداشتی درمانی به منظور رفع نارسایی‌های موجود در نظام شبکه و افزایش پوشش بیمه‌ای روستائیان و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت، طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی بر اساس بند (ب) ماده ۹۱ برنامه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور از سال ۱۳۸۴ به اجرا در آمد (۱۹و۲۰). در این طرح، سلامت نگر محور فعالیت‌های پزشک خانواده بوده و هدف کلی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است (۲۱). در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت سلامت افراد تحت پوشش را بر عهده دارد و پس از ارجاع نیز مسئول پی‌گیری ادامه درمان بیماران تا حصول نتایج نهایی می‌باشد (۲۲).

برنامه پزشک خانواده و بهبود شاخص‌های بهداشتی: یکی از اهداف اصلاحات در نظام سلامت، ارتقاء شاخص‌های سلامت افراد جامعه می‌باشد. بعد از انقلاب شکوهمند اسلامی در ایران خصوصاً با ایجاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها تحولی بزرگی در بهبود شاخص‌های سلامت ایجاد شده است. مطالعات نشان می‌دهند که با اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر این شاخص‌ها از جمله درصد مرده زایی، درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک ماه، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال و مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال بر اثر اسهال و استفراغ داشته است (۲۳و۲۴).

مطالعه‌ای که در آذربایجان شرقی انجام گرفت گزارش شده که با اجرای برنامه پزشک خانواده بعضی از روش‌های مطمئن پیشگیری، معاینات ادواری زنان و نمونه‌برداری پاپ اسمیر افزایش قابل توجه و معنی‌داری داشته است (۲۵). پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری یکی از عناصر اصلی در پیاده‌سازی اصلاحات و بهبود عملکرد در نظام سلامت بوده و هدف از آن اطمینان از انطباق ارائه خدمات با استانداردها می‌باشد. در مطالعه‌ای که در این زمینه صورت گرفته، پاسخگویی پزشک خانواده را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی موفق گزارش نمود. در شاخص‌های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و گردش مالی برنامه پزشک خانواده تا حدودی بهبودی بوجود آمده است (۲۶). دهمگرشی یکی از الزامات برنامه پزشک خانواده است که از طریق آن پزشک و سایر اعضای تیم سلامت موظف می‌باشند به طور مرتب به خانه‌های بهداشت و روستاهای قمر

معنی از بیماران و بیماری‌ها انجام می‌دهند (۸و۹). در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی و اروپای غربی پزشک خانواده، محور ارائه خدمات سلامت و مسؤول تیم سلامت است (۱۰). در ایران برنامه پزشک خانواده برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ جهت حدود پنج میلیون نفر مددجویان تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا در آمد که افراد دارای پرونده سلامت از طریق پزشک خانواده خود به بیمارستان ارجاع داده می‌شدند (۱۱). اما اصلاحات جامع‌تر و گسترده‌تر که برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی نام دارد بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و با اهداف تقویت نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۱۳۸۴ در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است (۱۲). گزارشات کشوری نشان می‌دهد همه دانشگاه‌های علوم پزشکی که مسئولیت اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده را در حوزه‌های تحت پوشش خود به‌عهده دارند، به موازات و همزمان با هم در همان سال اول نسبت به اجرای برنامه (تأمین پزشک و مامای خانواده و صدور دفترچه بیمه روستایی برای افراد فاقد هر نوع بیمه درمانی) اقدام نمودند (۱۵-۱۳). برنامه پزشک خانواده مثل خیلی از برنامه‌های جدید تندرستی در نظام سلامت نیازمند به ارزیابی‌های ملی و محلی است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و موارد نیاز به بهبود، میزان رسیدن به اهداف مشخص و در صورت نیاز مداخلات مرتبط انجام گیرد (۱۷و۱۶). با توجه به اینکه ۸ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می‌گذرد، مطالعه علمی و جامع که همه عوامل تأثیرگذار در موفقیت و پایداری برنامه را مورد توجه قرار دهد و تا حدودی بتواند میزان دستیابی به اهداف تعیین شده را ارزیابی نماید، انجام نگرفته است. در مقابل مطالعات متعددی با بررسی بعضی از عوامل تأثیرگذار در استان‌ها و شهرستان‌های مختلف انجام گرفت که بعضی نتایج مشابه و بعضی نتایج متفاوتی را ارائه نمودند. این مطالعه به منظور بررسی نتایج ارائه شده از تحقیقات مختلف انجام گرفته در سطح کشور و تجمیم و طبقه‌بندی همه نتایج حاصله مربوط به جنبه‌ها و کارکردهای مختلف برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مروری با جستجو در سایت‌های Pub Med, Google Scholar, Google, SID, Inranmedex, Magiran پزشک خانواده، بیمه روستایی، نظام ارجاع، ارجاع بیماران، مرکز بهداشتی درمانی، رضایت‌مندی پزشک خانواده، رضایت‌مندی بیماران، پرونده سلامت، نظام سلامت و خدمات سلامت به منظور دستیابی به کلیه مطالعاتی که به تشریح جنبه‌های مختلف پزشک خانواده از بدو اجرای برنامه پزشک خانواده در جهان و ایران پرداخته شد، انجام گرفت که در نهایت ۸۵ مقاله مرتبط با هدف مطالعه، استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. از بین تعداد مقالات دستیابی شده، ۶ مقاله، به خاطر اینکه دارای چکیده با داده‌های مبهم بودند و ۱۱ مقاله هم به دلیل این‌که در راستای محور مطالعه حاضر نبودند در ادامه بررسی، از مطالعه حذف شدند و متعاقب آن ۶۲ مقاله کامل اصیل پژوهشی و ۶ مقاله مروری که با توجه به هدف مطالعه حاضر به جنبه‌های مختلف برنامه پزشک خانواده پرداختند، انتخاب و مورد

برنامه پزشک خانواده و رضایت‌مندی گیرندگان خدمات: رضایت‌مندی گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی و تأثیری که این مسئله در کارکرد، پایداری و دوام خدمات ارائه شده می‌گذارد، موضوعی است که به لحاظ نقش دیدگاه مراجعین در برنامه‌ریزی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی با توجه به رویکرد «ارایه خدمات با کیفیت مطلوب» قابل توجه است (۳۲). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که رضایت بیمار یک صفت چند بعدی و متأثر از عوامل فردی و زمینه‌ای (مانند وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی) افراد است (۳۳) و این عوامل تأثیرگذار موجب می‌شود که بیماران ناراضی کمتر تجویزهای پزشکی را انجام دهند، کمتر جریان درمان خود را پیگیری نمایند و در نتیجه کمتر علائم بهبودی را به دست آورند و با احتمال بیشتری، پزشک یا مرکز ارائه‌دهنده خدمت را تغییر دهند (۳۴). بنابراین رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده شاخص مهم کیفیت محسوب می‌شود و می‌تواند نشان‌دهنده میزان موفقیت در اجرای برنامه و جلب رضایت آنان باشد (۳۵).

مطالعه انجام شده در استان‌های شمالی ایران نشان می‌دهد که از ۱۰۵۷ نفر گیرنده خدمت مورد بررسی، ۵۴۳ نفر (۵۱/۵٪) رضایت مطلوب و ۵۱۲ نفر (۴۸/۵٪) رضایت نسبتاً مطلوب داشتند (۲۹). از ۲۴۸ بیمار مورد مطالعه در شهرستان‌های شهریار، رباط‌کریم، کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد، رضایت ۱۷۳ نفر (۶۹/۸٪) مطلوب و ۷۵ نفر (۳۰/۲٪) نسبتاً مطلوب بوده است (۳۰). ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت در شهرکرد نشان داد، ۴۸/۱ درصد کاملاً راضی، ۴۱/۸ درصد نسبتاً راضی و تنها ۸/۱ درصد کاملاً ناراضی بوده اند و افرادی که آگاهی کمتری از برنامه داشتند، رضایت بیشتری را ابراز نمودند (۳۶).

برنامه پزشک خانواده و رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت: مطالعات تقریباً وسیعی در خصوص عوامل مؤثر بر رضایت شغلی کارکنان سازمان‌های بهداشتی درمانی انجام شده است که همه آنها به نوعی به پیچیدگی و اهمیت رضایت شغلی تأکید نمودند (۳۷). Cumbey و همکاران در مطالعه‌ای بر روی رضایت شغلی و ارتباط آن با متغیرهای سازمانی در کارکنان خدمات بهداشتی درمانی، ایجاد محیط کاری قابل انعطاف و دخالت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری را به عنوان عوامل اصلی برای ارتقای رضایت شغلی کارکنان ذکر کرده اند (۳۸). Ma و همکاران نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان عوامل مؤثر بر رضایت شغلی پرستاران، ضمن اشاره به ارتباط سابقه خدمت و جایگاه سازمانی با رضایت شغلی در نتیجه‌گیری خویش، ضرورت اتخاذ سیاست‌های مدیریتی را که به تأمین نیازهای مختلف پرسنل منجر شود، مورد تأکید قرار داده‌اند (۳۹). Farley و Neyberg در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که عوامل مؤثر بر ارائه کار فرد در سازمان: کنترل بر برنامه کاری، رضایت شغلی، وجود فرصت‌های پیشرفت، شرکت در تصمیم‌گیری‌ها، ارتباط با مشاورین حرفه‌ای، برگزاری جلسات مکرر بین مسئولین و کارکنان، می‌باشند (۴۰). مطالعات انجام شده در خصوص روابط بین پرستاران و پزشک نشان داد که در صورت ارتقای کیفیت ارتباط بین پرستار و پزشک رضایت خاطر آنان افزایش یافته و بدنبال آن امکان ابقای پرستاران در حرفه‌شان نیز افزایش می‌یابد (۴۱ و ۴۲).

در ایران پزشکان خانواده که به عنوان سرپرست تیم سلامت و مسئول اصلی سلامت جمعیت دو نوع وظیفه فنی و مدیریتی را به عهده دارند، باید با جلب رضایت و مشارکت اعضای تیم سلامت و سازماندهی بهینه آنان در بهبود ارائه خدمات بهداشتی درمانی تلاش نمایند. در مطالعه‌ای که با بررسی ۳۹۸ نفر از

عزیمت و خدمات سلامت را در نزدیک‌ترین محل زندگی مردم آرایه دهند و فرآیند و نتایج درمان بیماران را پیگیری کنند. مطالعه‌ای نشان می‌دهد این دهگردشی‌ها در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده در استان همدان تا ۹۱٪ موارد انجام می‌شود و ۷۶٪ دهگردشی‌های انجام شده از کیفیت مطلوب برخوردار است (۲۷).

برنامه پزشک خانواده و افزایش دسترسی: یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی، تأمین دسترسی سهل و سریع جامعه به خدمات سلامت می‌باشد. یعنی خدمات با قیمتی که متناسب بضاعت مالی مردم باشد و در نزدیک‌ترین مکان به محل کار و زندگی گیرندگان خدمت برده شود (۱۶). در این زمینه بعضی از مراکز بهداشتی درمانی قبل از اجرای برنامه به ازای هر ۸ تا ۱۲ هزار نفر جمعیت تنها یک پزشک داشتند و بعضی از مراکز به خاطر پایین بودن تعداد جمعیت در همه روزهای هفته از پزشک برخوردار نبودند. بعد از اجرای برنامه جمعیت تحت پوشش هر پزشک به حدود ۴ هزار نفر کاهش یافته و بر همین مبنا چند نفر از پزشکان جدید به مراکز بهداشتی درمانی اضافه شدند و تقریباً همه مراکز با جمعیت کمتر هم از پزشک تمام‌وقت برخوردار شدند. علاوه بر این به همه مراکز بهداشتی درمانی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده بر مبنا جمعیت حداقل یک تا حداکثر ۴ ماما اضافه شده است. با اجرای برنامه پزشک خانواده کلیه روستائیان و جمعیت شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر فاقد دفترچه بیمه، از دفترچه بیمه روستایی برخوردار شدند و مثل سایر بیمه‌ها تنها ۳۰٪ هزینه درمانی، تشخیصی و دارویی را در سطح اول و در صورت ارجاع به پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح ۲ در بیمارستان‌های دولتی ۳۰ درصد هزینه خدمات سرپایی و ۱۰٪ هزینه خدمات بستری را پرداخت می‌نمایند. گرچه بعضی از متخصصین خصوصی طرف قرارداد، در پذیرش بیماران ارجاعی تعرفه‌های مصوب را رعایت نمی‌کنند ولی مطالعات نشان می‌دهد که مشکلی در واحدهای دولتی وجود ندارد (۲۶ و ۲۸).

در مطالعه‌ای که در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت، ۸۹۴ نفر (۸۴/۶٪) از ۱۰۵۷ نفر گیرنده خدمت از حضور به موقع و کامل پزشک در مرکز بهداشتی درمانی و ۸۳۶ نفر (۷۹/۱٪) هم از هزینه پرداخت شده نسبت به خدمات دریافتی در حد خیلی زیاد و زیاد رضایت داشتند که موارد فوق در شهرستان‌های شهریار، رباط‌کریم، کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد از ۲۴۸ نفر مورد بررسی به ترتیب ۸۲٪ و در خصوص هزینه ۵۴/۵٪ در سطح خیلی زیاد و زیاد و ۲۹/۲٪ در سطح متوسط بوده است (۲۹ و ۳۰). در مطالعه Janati و همکاران که در شاهرود انجام گرفته، کلیه نمونه‌های پژوهش شامل سیاست‌گذاران، پزشکان و مامای خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمات همگی به اتفاق اظهار نمودند که دسترسی آسان روستائیان به دارو، پزشک و ماما یکی از نقاط قوت برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۱۸).

برنامه پزشک خانواده و کاهش هزینه‌های غیرضروری: یکی از اهداف مورد تأکید اجرای برنامه پزشک خانواده، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت می‌باشد که جهت جلوگیری از هزینه‌های سنگین و غیرضروری باید با گسترش خدمات پیشگیری و درمان کامل و به موقع در مراحل اولیه بیماری در حیطه شغلی پزشکان خانواده در سطح اول اقدام گردد. مطالعات نشان می‌دهند که برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در کرمان و یاسوج تا حدودی مراجعات غیرضروری به سطح بالاتر را کاهش داده و بدین ترتیب از اعمال هزینه‌های سنگین بستری و سرپایی سطح ۲ پیشگیری شده است (۲۶ و ۳۱).

مراجعه به پزشک خانواده، فرم ارجاع از خانه های بهداشت را به همراه داشتند. از کل بیماران ارجاع شده به سطح ۲، ضرورت ارجاع ۱۴۶ نفر (۶۵٪) بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بوده اما پزشکان خانواده تنها در ۳۵ مورد ارجاع (۲۸٪) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشته اند. پزشکان متخصص سطح ۲ در پذیرش و ویزیت بیماران ارجاعی، برای ۶۸ بیمار پذیرفته شده (۳۰/۴٪) نتایج ویزیت را در قالب پسخوراند به پزشکان خانواده ارجاع دهنده ارائه نمودند که از این تعداد تنها ۱۸ مورد (۲۶/۴٪) دارای کیفیت مطلوب بوده و برای پزشکان خانواده وجهه آموزشی و هدایت کنندگی داشته است (۴۸٪).

برنامه پزشک خانواده و پرونده سلامت: پرونده سلامت منبعی از اطلاعات ذخیره شده در خصوص مراقبت های بهداشتی درمانی تمام طول دوران حیات فرد می باشد که با هدف پشتیبانی از استمرار مراقبت های سرپایی و بستری، ارائه آموزش، تسهیل ارتباط بین پزشک و بیمار و حمایت از روش خود مراقبتی، ایجاد می شود تا افراد بتوانند مراقبت های دوران زندگی خود را ارتقاء دهند (۴۹). در واقع ایجاد پرونده سلامت فردی پاسخی به نیازهای جدید بهداشتی افراد (۵۰) و فرصتی برای ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی است تا با ایجاد و حفظ ارتباط بین خود و افراد مراجعه شده، آموزش های لازم در رابطه با مسائل بهداشتی درمانی را ارائه نمایند (۵۱). با توجه به اهمیت فوق، تشکیل پرونده سلامت در برنامه پزشک خانواده ایران مورد تاکید قرار گرفته و برای مدیریت بهتر فرایندهای درمانی جمعیت تحت پوشش، فرم هایی طراحی گردید که در جمع آوری اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده در سطح اول و دوم کمک نماید. در مطالعه Jabari و همکاران عدم تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش یکی مشکلات موجود برنامه پزشک خانواده در سطح اول نظام شبکه مطرح گردید (۳۵).

در مطالعه Nasrollahpour Shirvani و همکاران در استان های شمالی ایران از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲، تنها ۱۶۳ نفر (۲۴/۵٪) بعد از دریافت خدمات، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند که از این تعداد، نتایج ویزیت سطح دو ۷۰ بیمار (۱۰/۴٪) بازگشت نموده، در پرونده سلامت ثبت گردید (۴۵). در مطالعه مشابه چهار سال بعد از ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲، تنها ۱۴۹ بیمار (۱۵/۵٪) بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند، که نتایج ویزیت سطح دو ۷۵ نفر (۷/۸٪) در پرونده سلامت ثبت شد (۴۶).

در مطالعه Nasrollahpour Shirvani و همکاران در جنوب غربی استان تهران و استان البرز از بین ۲۲۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲، تنها ۵۷ نفر (۲۵/۴٪) بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند که از این تعداد، نتایج ویزیت سطح دو ۴۶ بیمار (۲۰/۴٪) در پرونده سلامت ثبت گردید (۴۸). در مطالعه انجام شده در شاهرود تنها ۳۱/۶٪ پرونده سلامت تشکیل داده شده کامل بوده است. از بین ۵۸۹ بیمار ارجاعی که خدمات سطح ۲ را دریافت نمودند، ۱۷۴ نفر (۲۸/۷٪) به پزشک خانواده خود بازگشتند که نتایج ویزیت سطح دو ۷۷ بیمار (۱۲/۸٪) در پرونده سلامت ثبت شد (۴۷). در مطالعه Motlagh و همکاران ۲۵۲ نفر (۶۵٪) اعضای تیم سلامت در داخل مرکز و ۲۸۴ نفر (۵۰/۹٪) از بهروزان از کیفیت تشکیل پرونده سلامت توسط پزشکان خانواده رضایت داشتند (۴۳). در مطالعه Kabir و همکاران از ۱۸۹ پزشک خانواده مورد بررسی، ۱۷۱ پزشک (۹۰/۵٪) دارای دفتر ثبت نام بیماران بودند که داده های ثبت شده توسط ۵۳ پزشک (۳۱٪) کامل بوده است. ۱۳ پزشک (۷٪) مشخصات بیماران را در هر

اعضای تیم سلامت داخل مراکز و ۵۶۱ نفر از بهروزان شاغل در خانه های بهداشت در استان های شمالی ایران انجام گرفت، میانگین نمره رضایت اعضای تیم سلامت داخل مراکز و بهروزان به ترتیب از کارکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۳ (از ۵ نمره حداکثر) و ۴/۲ و از کارکردهای مدیریتی ۳/۴ و ۳/۳ بوده است. ۳۵۲ نفر (۹۰٪) از اعضای تیم سلامت داخل مراکز و ۴۸۶ نفر (۸۶/۶٪) از بهروزان اظهار نمودند که با اجرای برنامه پزشک خانواده، کمیت و کیفیت ارایه خدمات بهداشتی درمانی (در حد خیلی زیاد و زیاد) افزایش یافته و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم خیلی بهتر و یا بهتر شده است (۴۳). در مطالعه ای که در شهرستان شاهرود با بررسی ۲۲۴ نفر از اعضای تیم سلامت شاغل در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده انجام گرفت، ۱۳۲ نفر (۵۸/۹٪) از عملکرد پزشکان خانواده رضایت کامل و ۸۰ نفر (۳۵/۷٪) رضایت نسبی داشتند و تنها ۱۲ نفر (۵/۴٪) ناراضی بودند (۴۴).

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع: نظام ارجاع که به عنوان پل ارتباطی باعث سهولت دسترسی بیماران به خدمات تخصصی سطوح بالاتر می شود (۲) در برنامه پزشک خانواده ایران، با ارجاع بیماران از خانه بهداشت به پزشکان خانواده شروع و در صورت نیاز و بنا به تشخیص پزشکان خانواده، بیماران به سطح ۲ ارجاع می شوند. در مطالعه Nasrollahpour Shirvani و همکاران در استان های شمالی ایران از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند، ۲۷۰ نفر (۴۰/۵٪) در مراجعه به پزشک خانواده شان فرم ارجاع از خانه های بهداشت مربوطه را به همراه داشتند و مابقی خود به طور مستقیم به پزشک خانواده مراجعه کردند. از کل بیماران ارجاع شده به سطح ۲، ارجاع ۳۱۱ نفر (۴۶٪) بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده و ارجاع مابقی (۵۶٪) بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت. پزشکان متخصص سطح ۲ از بین ۶۷۵ بیمار ارجاعی پذیرفته شده، برای ۱۸۹ بیمار فرم پسخوراند ارجاع را تنظیم و برای پزشکان خانواده ارسال نمودند که از این تعداد پسخوراند تنظیم و ارسال شده، ۶۰ مورد ارجاع (۳۱/۷٪) دارای کیفیت مطلوب، ۷۰ مورد (۳۶٪) دارای کیفیت نسبتاً مطلوب و ۵۹ مورد (۳۲/۳٪) دارای کیفیت نامناسب بوده است (۴۵). در مطالعه دیگری که Nasrollahpour Shirvani و همکاران چهار سال بعد در همان محیط پژوهش انجام دادند، از ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند، ۴۲۲ نفر (۴۳/۸٪) با فرم ارجاع خانه بهداشت به پزشک خانواده شان مراجعه نمودند. ۲۹۹ مورد یا (۳۱٪) ارجاع به سطح ۲، بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود. پزشکان متخصص سطح ۲ از مجموع ۹۶۳ بیمار ارجاعی پذیرفته شده، برای ۱۵۵ بیمار (۱۶/۱٪) فرم پسخوراند ارجاع را تنظیم و برای پزشکان خانواده ارسال نمودند (۴۶). در مطالعه ای که در شاهرود انجام گرفت، از ۵۸۹ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند، ۲۶۳ نفر (۳۴/۱٪) با ارجاع بهروزان به پزشک خانواده شان مراجعه نمودند. ۴۲۴ مورد یا (۵۶/۲٪) ارجاع به سطح ۲، بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود. پزشکان متخصص سطح ۲ از کل ۵۸۹ بیمار ارجاعی پذیرفته شده، برای ۳۰۳ بیمار (۵۱/۴٪) فرم پسخوراند ارجاع را برای پزشکان خانواده تنظیم نمودند که از این تعداد پسخوراند ارسال شده، ۵۱ مورد (۸/۴٪) مطلوب بوده است (۴۷). در مطالعه ای که توسط Nasrollahpour Shirvani و همکاران در جنوب غربی استان تهران و استان البرز با بررسی ۲۲۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ انجام گرفت، ۷۸ نفر (۴۰/۸٪) از بیماران در هنگام

و کیفیت ارائه خدمات می‌باشد، همواره نیازمند به سنجش دوره‌ای است. در مطالعه‌ای که با بررسی ۱۶۶ پزشک خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت، سطح رضایت پزشکان خانواده از میزان همکاری و دانش و مهارت اعضای تیم سلامت بالا ولی از مجموعه کارکردهای پزشکان متخصص سطح ۲ نسبت به پذیرش و پشتیبانی فنی بیماران ارجاع داده شده، از کارکردهای واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان مربوطه و همچنین از میزان پذیرش و همکاری دارندگان دفترچه بیمه روستایی در اجرای اصول و مقررات مربوطه پایین بوده است (۶۱). در مطالعه مشابه دیگری که با بررسی ۱۸۸ پزشک خانواده در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت، میانگین سطح رضایت پزشکان خانواده از ۵ نمره، از اعضای تیم سلامت و امکانات و تجهیزات موجود در مرکز مجری 3 ± 0.6 ، از جمعیت تحت پوشش 2.8 ± 0.8 ، از همکاری‌های اعضای نهادهای برون‌بخشی 2.8 ± 1 ، از کارکرد شبکه بهداشت و درمان شهرستان 2.7 ± 0.9 و از عملکرد پزشکان متخصص 2.1 ± 0.9 بوده است. در این مطالعه پزشکان خانواده در بین عوامل مختلف از همکاری جمعیت تحت پوشش در اجرای اصول و مقررات بیمه‌ای، واریز شدن به موقع حق‌الزحمه ماهانه توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان و کمیت و کیفیت پاسخگویی ارائه شده توسط پزشکان متخصص سطح ۲ کمترین رضایت را داشتند (۶۲).

در مطالعه انجام شده در شاهرود، پزشکان خانواده از میزان همکاری پزشکان متخصص سطح دو در خصوص نحوه پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده و ارائه خدمات مورد نیاز و کمیت پاسخگویی ارائه شده کمترین رضایت را داشتند (۴۴). در مطالعه انجام گرفته در استان اصفهان، ۱۲۰ پزشک خانواده (۵۴/۲٪) از مجموعه عوامل مرتبط با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی راضی، ۳۰ نفر (۱۳/۸٪) بی‌نظر و ۷۱ نفر (۳۲٪) ناراضی بودند (۶۰). در مطالعه Jannati و همکاران که به منظور ارزیابی برنامه پزشک خانواده در شهرستان مراغه انجام گرفت، یکی از نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده از دیدگاه سیاست‌گذاران و همین‌طور از دیدگاه پزشکان و مامای خانواده عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها شاغل مطرح گردید (۱۸). در مطالعه Jannati و همکاران که کلیه پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشهد مورد بررسی قرار گرفتند، میزان رضایت آنها از محیط سازمانی و محل اشتغال $5.1/8$ ، میزان رضایت آنها از رفتار بیماران $6.0/8$ ٪ و میزان رضایت کلی آنها $5.9/2$ ٪ بوده است (۲۱).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که با اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در ایران در رسیدن به بعضی از اهداف از پیش تعیین شده گام‌های مثبتی برداشته شد که در این خصوص می‌توان به مواردی از قبیل افزایش دسترسی مردم به پزشک، خدمات دارویی و تشخیصی، کاهش دریافتی از جیب مردم در برخورداری از خدمات سطح اول، افزایش رضایت‌مندی مردم و اعلام رضایت اعضای نهادهای محلی و همچنین تقویت و توسعه مشارکت جامعه (۵۴) و سایر موارد اشاره نمود و چنانچه این نتایج حاصله حفظ شود و توسعه یابد، می‌تواند جزء دست‌آوردهای اصلاحات نظام سلامت در ایران به حساب آید. البته در خصوص بعضی از عملکردهای مثبتی که به اجرای برنامه پزشک خانواده ارتباط

دارد، بار مراجعه در فرم مراجعات فرد به بطور کامل و ۴۳ پزشک (۲۳٪) بشكل ناقص ثبت می‌کردند. ۱۲ پزشک (۶٪) مشخصات بیماران ارجاع داده شده به سطح ۲ و نتایج آن را در فرم سابقه ارجاع بطور کامل و ۳۱ پزشک (۱۷٪) بشكل ناقص ثبت می‌کردند. از ۱۸۹۰ خانوار بررسی شده، ۱۵۵۹ خانوار (۸۲/۴٪) دارای پرونده سلامت بودند که پرونده سلامت ۸۹۲ خانوار (۵۷٪) بطور کامل تکمیل شده بود (۵۲).

برنامه پزشک خانواده و فرهنگ‌سازی جامعه: موفقیت برنامه‌های بزرگ و ملی نظام سلامت بدون مشارکت جامعه و مصرف‌کنندگان معمولاً پرهزینه و بعضاً دست‌نیافتنی است. بنابراین فرهنگ‌سازی جامعه قبل و حین اجرای برنامه ضرورتی غیرقابل اجتناب خواهد بود (۵۳و۵۴). مطالعه‌ای که با بررسی ۱۰۸۱ نفر بالای ۲۰ سال دارنده دفترچه بیمه روستایی در خصوص تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در برنامه پزشک خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت، نشان داد که سطح آشنایی ۳۳ نفر (۳٪) خوب، ۴۱۶ نفر (۲۸/۵٪) متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵٪) ضعیف بوده است (۵۵). تحقیقی که Raeisi و همکاران در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران (وقت) انجام دادند، از بین ۲۷۲ نفر بالای ۲۰ سال دارنده دفترچه بیمه روستایی، سطح آشنایی ۴۳ نفر (۱۵/۶٪) در خصوص تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در برنامه پزشک خانواده متوسط و ۲۲۹ نفر (۸۴/۴٪) مابقی ضعیف بوده است (۵۶). در مطالعه انجام گرفته در دانشگاه‌های استان‌های شمالی کشور از ۱۶۶ پزشک خانواده مورد بررسی، ۱۳۵ نفر (۸۱/۴٪) اظهار نمودند که بیمه شدگان روستایی بخاطر عدم اطلاع از ضوابط تعیین شده بدون نیاز واقعی، ارجاع به سطح ۲ را اصرار می‌نمایند. بیش از حد نیاز دارو درخواست می‌کنند و بدون نیاز به انجام موارد تشخیصی، حتی برای MRI هم تقاضا می‌نمایند. به خاطر همین در دسرهای روزانه، ۱۴۹ نفر از (۹۰٪) پزشکان اطلاع رسانی جامع و گسترده در خصوص استفاده صحیح از دفترچه روستایی را پیشنهاد نمودند (۵۷).

در مطالعه Kabir و همکاران که ۶۰۱ نفر از اعضای نهادهای محلی ساکن مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت در خصوص میزان آشنایی از ضوابط برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند، میانگین میزان آشنایی دهیار (از کل ۲۷ نمره) 12.4 ± 4 ، اعضای شورای بهداشتی 11.7 ± 3 ، اعضای شورای اسلامی 11.4 ± 4 ، مدیر بومی مدارس تحت پوشش 10.3 ± 3 ، اعضای شورای حل اختلاف 10.5 ± 5 و معلم بومی مدارس تحت پوشش 8.4 ± 4 بوده است (۵۸).

در مطالعه Alidosti که ۱۱۰۰ نفر از ساکنین بالای ۱۵ سال مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در زمینه برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفتند، میزان آگاهی ۱۴ نفر (۱/۳٪) عالی، ۱۵۹ نفر (۱۴/۵٪) خوب، ۵۳۹ نفر (۵۳/۴٪) متوسط و ۳۴۰ نفر (۳۰/۹٪) ضعیف بوده است (۵۹). در مطالعه Asgari و همکاران از ۲۲۱ پزشک خانواده مورد بررسی در استان اصفهان، ۱۴۶ نفر (۶۶٪) از کیفیت اطلاع رسانی به مردم ناراضی بودند (۶۰). در مطالعه Jannati و همکاران یکی از نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان و مامای خانواده و همچنین بهورزان، عدم توجیه روستاییان در خصوص ضوابط و شرایط بهره‌مندی از تسهیلات برنامه عنوان شده است (۱۸).

برنامه پزشک خانواده و رضایت‌مندی پزشکان: رضایت‌مندی پزشکان خانواده به جهت این‌که عامل تاثیرگذار بر سطح انگیزش، دوره ماندگاری و کمیت

دهندگان خدمات سلامت، خصوصا پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت در سطح اول نشده است. به علت پایین بودن سطح آشنایی و آگاهی جمعیت تحت پوشش، استقبال خوبی از معاینات پایه و دوره‌ای و مشارکت لازم برای تشکیل پرونده سلامت بعمل نمی‌آید. ممکن است افراد از بعضی از خدمات در نظر گرفته شده به موقع بهره‌مند نشوند و بالعکس برای بعضی از خدمات خارج از ضوابط اصرار و پافشاری نماید و یا مسیری خارج از چارچوب تعیین شده را طی نماید که منجر به افزایش هزینه شود. اگر بیمه شده از تسهیلات در نظر گرفته شده آگاه باشد طبیعی است که از آن بهره‌مند می‌گردد (۵۵).

یکی از یافته‌های این مطالعه، پایین بودن رضایتمندی پزشکان خصوصا در مورد مزایای مالی و همکاری سطح ۲ می‌باشد که باید به جد مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرند. البته پایین بودن سطح درآمد پزشکان خانواد در خیلی از کشورها از جمله ایالات متحده آمریکا و لیتوانی هم به عنوان مشکل سطح اول نظام سلامت مطرح می‌باشد (۶۷ و ۶۸). دریافتی ناکافی پزشکان باعث می‌شود ریزش پزشکان در مناطق روستایی افزایش یابد و کمبود پزشک را حادث نماید. کمبود پزشک خود باعث افزایش جمعیت تحت پوشش پزشکان موجود شده و این موضوع می‌تواند ارائه خدمات پیشگیری، خصوصا ویزیت پایه و دوره‌ای و تشکیل پرونده سلامت را تهدید نماید (۵۴).

از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد اندک مقالات در ابعاد مختلف برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی برای دستیابی به نتایج جامع بود. اکثر مطالعات در زمینه نظام ارجاع، رضایتمندی پزشکان و بیماران بوده که این تعداد مطالعات هم در بعضی از استان‌ها به تکرار انجام گرفته و در بعضی از استان‌ها مطالعه‌ای یافت نشده است. لذا با وجود دستیابی به مطالعات مختلف هنوز نمی‌توان نتایج حاصله را با قاطعیت به کل برنامه پزشک خانواده در سطح ملی تعمیم داد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود معاونت بهداشت وزارت متبوعه با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مطالعه جامعی با توجه به جنبه‌های مختلف برنامه پزشک خانواده، خصوصا ویزیت پایه و دوره‌ای جمعیت تحت پوشش، مصرف بهینه دارو، پرونده الکترونیک سلامت، مراجعه غیرضروری مردم به سطح ۲، پرداختی مستقیم از جیب مردم در دریافت خدمات سطح ۲ و ۳ و سایر موارد موثر بر سلامت مردم انجام دهد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه مدیران، مسئولین و کارشناسان محترمی که در اجرای طرح‌های تحقیقاتی مرتبط با برنامه پزشک خانواده اینجانب را یاری نمودند و همچنین خانم مهرانگیز بالگی ویراستار محترم دفتر مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر راهنمایی‌های ارزنده در تدوین این مقاله مروری، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

داده می‌شود مثل بهبود بعضی شاخص‌های بهداشتی جای تامل بیشتری دارد. چرا که روند سال‌های گذشته در قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده نشان می‌دهد که تعدادی از شاخص‌های بهداشتی به موازات اجرای برنامه‌های اثربخش در سطح پیشگیری به دلیل بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی و بالا رفتن سطح سواد بهبودی مداوم و تدریجی داشته است که احتمالا این بهبودی تدریجی با اجرای برنامه پزشک خانواده هم ادامه یافته است. اما بعضی از دست‌آوردها مثل دسترسی بیشتر و آسان‌تر مردم به پزشک و مامای خانواده، خدمات دارویی و تشخیصی، کاهش دریافتی از جیب مردم در برخورداری از خدمات سطح اول، صرفا با اجرای برنامه پزشک خانواده حاصل شده است و نمی‌توان عوامل مخدوش‌کننده‌ای در تحلیل و تفسیر آن پیدا نمود. چرا که تعداد پزشکان در کل مراکز مجری بیش از دو برابر شده و اضافه شدن حداقل یک ماما به هر مرکز مجری هم از سال ۱۳۸۴ با اجرای برنامه پزشک خانواده عملی شده است (۱۲).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که علی‌رغم برداشته شدن گام‌های مثبت برای تقویت نظام سطح‌بندی شده خدمات در کشور و نظر به پیگیری‌های متعدد و مستمر سیاست‌گذاران و خبرگان ملی و استانی نظام سلامت هنوز مشکلات و نارسایی‌های در راستای نهادینه شدن و تکامل برنامه پزشک خانواده و تقویت هماهنگی‌های موثر بین سطوح مختلف ارائه خدمات از سطح ۱ تا سطح ۳ و بالعکس وجود دارد که باید مورد آسیب‌شناسی، تحلیل و تدبیر قرار گیرد. بر اساس یافته‌های موجود، ضعف و تحقق ناکافی نظام ارجاع یکی از مشکلاتی است که بیش از جنبه‌های دیگر پزشک خانواده گزارش شده است. طبیعی است که مشکلات باقی مانده در تحقق نظام ارجاع به خیلی از عوامل اجرایی و گیرنده خدمات وابسته می‌باشد که همزمان یا یکی از پس از دیگری باید برطرف شود. Ohara و همکاران در این خصوص دریافتند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تاکید داشتند، مطلوب‌تر عمل شده و در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ایجاد سیستم اطلاعات کارآمد و آموزش بیماران و کارکنان برای مدیریت بهتر نظام ارجاع ضروری است (۶۳). Van Ulden و همکاران و هم چنین Stephen در مطالعات خود مشخص نمودند که خود ارجاعی بیماران و عدم ایفای نقش پزشکان خانواده باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها و افزایش حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر و تحمیل هزینه‌های گزاف می‌شود (۶۴ و ۶۵). Eskandari و همکاران در مطالعه خود وجود پنج مشکل شامل طولانی بودن مسیر ارجاع، پشتیبانی ناکافی عوامل حاکمیتی برای عملیاتی شدن قواعد ارجاع، فقدان ارتباط دوسویه بین سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت، خودارجاعی و رفت و برگشت بدون موانع بیماران بین سطوح مختلف، آگاهی ناکافی در خصوص ساختار و اهمیت نظام ارجاع را از دلایل عدم نهادینه و پویا نشدن نظام ارجاع در ایران مطرح نمودند (۶۶).

یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد علی‌رغم گذشت بیش از نیم دهه از اجرای برنامه پزشک خانواده فرهنگ‌سازی در سطح جامعه در حد انتظار ارائه-

The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges

S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD) ^{1*}

1. Research Center for Social Determinants of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(Suppl 1); Winter 2014; PP: 15-26

Received: Jan 3rd 2014, Revised: Jan 20th 2014, Accepted: Jan 30th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Health care systems are constantly reforming in order to increase efficiency and effectiveness, equity, and public access to health care services. Family physicians and rural health insurance program performed in 2005 with the following objectives: strengthening the referral system, increasing access to health care services and reducing unnecessary costs in all urban and rural areas with fewer than 20,000 inhabitants in Iran. This study was designed to recognize the achievements and challenges of the implementation of family physicians programs.

METHODS: The present review article was conducted using the databases: Pub Med, Google scholar, Google, SID, Iranmedex, Magiran with Keywords such as family physicians, rural insurance, health center, health systems, health services, family physician satisfaction and patient satisfaction that 68 articles related to the objective of study were extracted and assessed.

FINDINGS: The related studies in Iran showed that health indices, further access to health services, reduction of unnecessary costs, and patient satisfaction have been improved by implementing the family physician program. But in spite of mentioned successes, there are some problems in referral system, filing and registration of diagnostic and treatment services and practice in culture in society that should be promoted.

CONCLUSION: This study showed that some of the goals of this program were achieved and to reach the other goals need interventions at the national and regional levels.

KEY WORDS: Program, Family physicians, Practices, Achievements, Challenges, Health system.

Please cite this article as follows:

Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. J Babol Univ Med Sci 2014;16(Suppl 1):15-26.

*Corresponding Author; S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)

Address: Department of General Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

Tel: + 98 11 32190631

E-mail: dnshirvani@gmail.com

References

1. Reform Structure of Ministry of Health and Medical Education. 1st ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education 1999; pp: 4-17. [in Persian]
2. Davoudi S. Introduction to health sector reform. 1st ed. Tehran: Asare Mouaser Publication 2006; pp: 233-7. [in Persian]
3. Pileroudi S. Township network health and treatment. 1st ed. Iran: UNICEF Office 1999; pp: 12-13. [in Persian]
4. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: the mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi J Med Sci 2012;18(92):24-30. Available at: http://rjms.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2076&sid=1&slc_lang=en. [in Persian]
5. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 21st ed. Banarsidas Bhanot Publishers 2011; pp: 23-47. Available at : <http://www.goodreads.com/book/show/16247589-park-s-textbook-of-preventive-and-social-medicine-21-edition>
6. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ. To evaluate the quality of family physician program in Northern Provinces of Iran. <http://congress.mums.ac.ir/erepository/archive/99/papers/53288/>
7. Rivo M L. Practicing in the New Millennium: Do you have what it takes? Fam Pract Manag 2000;7(1):35-40. Available at: <http://www.aafp.org/fpm/2000/0100/p35.html>
8. Joolae H, Alizadeh M, Falahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of clinical skills of family physicians in Fars province by means of observed structured clinical evaluation. Strides Dev Med Educ 2010;7(2):92-8. <http://www.sdmej.com/english/abstract.asp?articleID=3604>
9. Weiss BD. The death of academic family medicine: can it be prevented? Fam Med 1995;27(2):139-42.
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health, and costs. Fam Pract 2006;23(3):308-16.
11. Masoudi I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee. MSc thesis, Tehran; Islamic University Free 2003; pp: 87-125. [in Persian]
12. Family Physician Instruction. Version 9. Iran: Ministry of Health and Medical Education 2009; pp: 4- 102. [in Persian]
13. Ministry of Health and Medical Education in Iran. Report on rural insurance programs and family physician. Department of Health. Network Development and Health Promotion Center 2007; pp: 2-9. [in Persian]
14. Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord (2010). J Res Health Syst 2010;6(3):498-505. <http://hsr.mui.ac.ir/index.php/jhsr/article/view/87>. [in Persian]
15. Ministry of Health and Medical Education. Illustration of health team and family physician services. 1st ed. Tehran: Arvij 2007; pp: 12-19. [in Persian]
16. Abolhasani F. Health programs management, systematic approach for promotion of Health programs efficiency. Tehran: Baraye Farda Publication 2004; pp: 27-67. [in Persian]
17. Motlagh ME, Shariati M, Maleki MR, Tofighi S, Nasrollapour Shirvani SD, Haji Seiyed Azizi P. Performance evaluation in Vice-Chancellery of Universities/ Faculties of Medical Sciences of Iran on base Iranian National Productivity and Excellence Award & EFQM Excellence Model. 1st ed. Babol University of Medical Sciences. Babol: Honaroltahrir 2012. [in Persian]
18. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge Health J 2010;4(4):39-44. Available at: http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/46113880408.pdf. [in Persian]

- 19.Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Tolooe Behdasht* 2009; 8(1-2): 16-25. Available at: <http://www.magiran.com/view.asp?Type=pdf&ID=793267&l=en> [in Persian]
- 20.Tavassoli E, Reisi M, Alidosti M, Motlagh Z. The relationship between villagers' knowledge with the reasons behind family physician program in Shahrekord (2010). *J Jahrom Univ Med Sci* 2012;10(2):43-8. Available at: http://jmj.jums.ac.ir/browse.php?a_id=58&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
- 21.Janati A, Gholaamzade-Nikjo R, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci* 2012;13(suppl 1):39. http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/v66513901039.pdf [in Persian]
- 22.Shiri M, Asgari H, Talebi M, Karamalian H, Rohani M, Narimani S. Educational needs assessment of family (general) physicians working in rural health centers of esfahan districts in five domains. *Iran J Med Educ* 2011; 10(5): 726-34. Available at: http://ijme.mui.ac.ir/browse.php?a_id=1241&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
- 23.Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia H. the impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad university of medical sciences and health care services, Iran; 2009. *J Health Admin* 2011;14(43):27-36. Available at: http://jha.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=800&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
- 24.Barati O, Maleki MR, Gohari MR, Kabir MJ, Amiresmaili MR, Abdi Z. The impact of family physician program on health indicators in Iran (2003-2007). *Payesh J* 2012;11(3):247-9. Available at: <http://www.payeshjournal.ir/En/article/Article.aspx?aid=109669&tabid=> [in Persian]
- 25.Jabbari Berami H, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A, Asadzadeh R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. *Knowledge & Health* 2012;7(3):124-8. Available at: http://mag.shmu.ac.ir/library/upload/article/af_3342362866544472324725254646425263432378_jmsZHwYZ31Y1X.pdf. [in Persian]
- 26.Yazdi Feyzabadi V, Khosravi S, Amiresmaili MR. Performance Evaluation of Rural Family Physician Plan: A Case of Kerman University of Medical Sciences. *Tolooe Behdasht J* 2014;12(4):48-59. http://tbj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=801&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
- 27.Halimi I, Azizi T. Survey of family physicians and the influencing factors in host family physicians in health centers in Hamadan in 2010. *Proceedings of the 6th Congress of Iran Epidemiology* 2010 Jul 13-15; Tehran, Iran; 2010; p: 211. [In Persian]
- 28.Khayyati F, Esmaeil Motlagh M, Kabir MJ, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The Role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. *Iran J Publ Health* 2011;40(3):136-9. <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/IJPH/article/view/2035.pdf>. [in Persian]
- 29.Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian H, Motlagh ME, et al. Satisfaction of service recipients from health centers with family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Rafsanjan Fac Nurs Midwifery Paramed* 2009; 3(4):1-10. Available at: http://chj.rums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-41&slc_lang=en&sid=1&sw=Job. [in Persian]
- 30.Nasrollahpour Shirvani SD, Raeissi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Satisfaction in service recipients of health centers with family physician program in Iran University of medical sciences: 2008. *J Homa-ye-Salamat* 2011;8(2):41-6. Available at: <http://www.magiran.com/viewpdf.asp?no=3>. Accessed May 18 2014. [in Persian]
- 31.Masoudi Asl I. Perspective of the family practice physicians committee contracted Imam Khomeini (RA). *J Security Soc Med* 2003;3(14):10-4. <http://www.magiran.com/view.asp?Type=pdf&ID=138217&l=fa>. [in Persian]
- 32.Seyf Rabiei MA, Shahidzadeh Mahani A. Patient satisfaction: a study of Hamedan teaching and general hospitals. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2006;5(4):271-9. [in Persian]
- 33.Klotz T, Zumbé J, Velmans R, Engelmann U. The determination of patient satisfaction as a part of quality management in hospital. *Dtsch Med Wochen* 1996;121(28-29):889-95.

34. Rao JK, Weinberger M, Kroenk K. Visit-specific expectation and patient-centered outcome. A literature review. *J Fam Med* 2000;9(10):1148-55.
35. Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. *Health Inf Manage* 2013;9(7):1132-45. <http://www.him.mui.ac.ir/index.php/him/article/download/1087/1253> [in Persian]
36. Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. *Zahedan J Res Med Sci* 2011;13(6):36-9. Available at: http://www.zjrms.ir/browse.php?a_id=1492&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
37. Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Fe Gamo M, et al. The study of occupational satisfaction and its determinig factors among health professionals working in one of the areas in Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 1995; 69(6): 487-97.
38. Cumbe DA, Alexander JW. The relationship of job satisfaction with organization of variables in public health nursing. *J Nurs Adm* 1998;28(5):39- 46.
39. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm* 2003; 33(5): 293-9.
40. Farley MJ, Neyberg J. Environment as a major element in nursing administration practice theory development. *Nurs Health Care* 1990;11(10):532-5.
41. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002;102(6): 26- 34.
42. Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction on clinical expertise. *J Nurs Adm* 2002;32(5):273- 82.
43. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician in medical Universities of Northern Provinces of Iran. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2011;9(3):180-7. http://unmf.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=380&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
44. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: the mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi J Med Sci* 2012;18(92):24-30. Available at: [http://rjms.iums.ac.ir/browse.php? a_id=2076&sid=1&slc_lang=en](http://rjms.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2076&sid=1&slc_lang=en) [in Persian]
45. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010;11(6):46-52. [in Persian]
46. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral system situation in family physician program in Northern provinces of Iran: 2012-2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;23(109):34-42. Available at: http://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=3241&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
47. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. *Payesh* 2012;11(6):785-90. Available at: <http://www.payeshjournal.ir/En/article/Article.aspx?aid=109737&tabid=>
48. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Res J* 2010;13(1):19-25. Available at: http://hakim.hbi.ir/browse.php?a_id=609&sid=1&slc_lang=en [in Persian]
49. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-First Century. Washington: National Academy Press 2001;1-8. Available at: [http://www.iom.edu/~media/ Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf](http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf)
50. Lee M, Delaney C, Moorhead S. Building a personal health record from a nursing perspective. *Int J Med Inform* 2007;76(Suppl 2):308-16.
51. Kupchunas WR. Personal health record: new opportunity for patient Education. *Orthop Nurs* 2007;26(3):185-91.

52. Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabihi M, et al. Health record and recording the services provided in centers implementing rural family physician and insurance program in Northern provinces of Iran. 3rd Conference of Research Achievements in Health. Vice-chancellery. Babol Universities of Medical Sciences. December 10, 2013; p: 53. [in Persian]
53. Arzmani M, Dolatabadi T, Hashemi M. The effect of training on the degree of completeness of medical records in university hospitals in the city of Bojnurd of North. J Khorasan Univ Med Sci 2011;3(1):15-21. http://nkhmj.hbi.ir/library/upload/xml/journal_6.xml. Accessed May 27 2014. [in Persian]
54. Nasrollahpour Shirvani SD, Mohoudi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran. 1st ed. Babol, Babol University of Medical Sciences 2013; pp: 159-69. http://medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/book_2_162552.pdf. Accessed May 27 2014. [in Persian]
55. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (FP) program in Northern Provinces of Iran – 2008. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2010; 2,3: 33-38. http://nkhmj.hbi.ir/library/upload/article/af_734246304.pdf
56. Raeisi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir M.J. To evaluate the quality of family physician program in Iran University Medical Sciences. Report of research plan with code 792- Approved by Iran University Medical Sciences 2009; pp: 61-92. [in Persian]
57. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A. Evaluation of the quality of performance of family physician program in Northern provinces of Iran. Report of research plan with code 7121167/252- Approved by Babol University Medical Sciences 2008; pp: 91-102. http://217.219.173.28:8080/research/research/details.action?research_code=11002040. [in Persian]
58. Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabihi M, et al. How much do the members of local organizations in the Northern Provinces of Iran know about the family physician program and rural insurance? 3rd Conference of Research Achievements in Health. Vice-chancellery of Babol University of Medical Sciences. December 10, 2013; p: 55. [in Persian]
59. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A Survey on Knowledge and Attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord City. Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 636. Available at: <http://www.him.mui.ac.ir/index.php/him/article/view/195>. [in Persian]
60. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2012; 10(2): 11-20. http://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_id=18&sid=1&slc_lang=en. [in Persian]
61. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, et al. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in Medical Universities. J Guilan Univ Med Sci 2010;19(76):48-55. Available at: http://journal.gums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-36-93&slc_lang=en&sid=1&sw=Physicians. [in Persian]
62. Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Satisfaction of family physicians (FPs) about the effective factors on activation of FP program and rural insurance in the Northern Provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci 2014;16(1):7-15. [In Persian]
63. Ohara K, Melendez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan 1998;13(4):433-45.
64. Van Ulden CJ, Winkens RA, Weeseling GJ, Cerbolder HF, Van Scayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emerg Med J 2003; 20(2): 184-7.

65. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. World Health Forum 1981; 2(3): 215-231. Available at: <http://worldpubliclibrary.org/eBooks/WPLBN0000016082-World-Health-Organization---World-Health-Forum--1981---Volume-2-No--3--Year-1981--Pages-215-231-by-W--J-Stephen.aspx?&Trail=collection&Words=>
66. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of Referral System to Health Care Provision in Rural Societies in Iran. J Caring Sci 2013;2(3):229-36. Available at: <http://journals.tbzmed.ac.ir/JCS/Manuscript/JCS-2-229.pdf>
67. Stenger J, Cashman SB, Savageau JA. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. J Rural Health 2008;24(4):375-83.
68. Buciuniene I, Blazeveciene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. BMC Fam Prac 2005; 6(10):2296-10.