

کتاب تخصصی در عرصه مدیریت سلامت

فرصت ها و چالش های

پزشک خانواده در ایران

نویسنده:

بهرام فروتن

فرصت ها و چالش های پزشکی خانواده در ایران
نویسنده: بهرام فروتن

ناشر: عاصم

صفحه آرای: واحد هنری انتشارات عاصم

نوبت چاپ: اول/ ۱۴۰۰

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۴۱۶-۸۴-۸

قیمت روی جلد: ۴۰۰/۰۰۰ ریال

سرشناسی: فروتن، بهرام، ۱۳۵۵-

عنوان و نام پست: فرصت ها و چالش های پزشکی خانواده در ایران/ بهرام فروتن

مشخصات نشر: تبریز: انتشارات عاصم، ۱۴۰۰
مشخصات ظاهری: ۹۱ ص.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۴۱۶-۸۴-۸

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: کتابنامه: ص. [۸۵] - ۹۱.

موضوع: پزشکی خانواده -- ایران

موضوع: Family medicine -- Iran

موضوع: پزشکی خانواده

موضوع: Family medicine

رده بندی کنگره: RA۴۱۸/۵

رده بندی دیویی: ۶۱۰/۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۲۵۶۳۵

همه حقوق چاپ و نشر این کتاب اعم از چاپ، کپی، تکثیر، ذخیره در
سیستم های بازیابی محفوظ است.

فهرست

۷	پیشگفتار
۱۳	مقدمه

فصل اول: مفاهیم و تعاریف

۱۹	۱. نظام ارجاع:
۱۹	۲. پزشک خانواده:
۲۰	۳. بیمه سلامت:

فصل دوم: پزشک خانواده

۲۵	۱. اهداف بیمه سلامت:
۲۶	۲. نظام ارجاع:
۲۹	۳. پزشک خانواده از منظر سازمان بهداشت جهانی
۲۹	۴. پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی
۳۱	۵. چگونگی ثبت نام و جمعیت تحت پوشش در پزشک خانواده
۳۱	۶. پیشینه نظام سلامت در ایران
۳۳	۷. قدمت تفکر پزشک خانواده در ایران و چگونگی ظهور آن
۳۵	۸. جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران
۳۶	۹. تجربه‌ی پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده در کشور

۱۰. اهداف برنامه پزشک خانواده و میزان دستیابی به آن ها ۳۸
۱۱. دستاوردهای اجرای برنامه پزشک خانواده در دو استان پایلوت ۴۰
۱۲. نقش نظام ارجاع و پزشک خانواده در کاهش هزینه ها ۴۲
۱۳. مزایای پزشک خانواده ۴۵
۱۴. نظریات جامعه شناسی پزشکی در ارتباط با موانع اجرای پزشک خانواده ۴۶
۱۵. متغیرهای حیاتی در اجرای خط مشی پزشک خانواده ۴۸

فصل سوم: پزشک خانواده در ایران و کشورهای جهان

- پیشینه مطالعاتی پزشک خانواده در ایران ۵۳
- پزشک خانواده در سایر کشورها ۶۴
- الف. پزشک خانواده در کشورهای توسعه یافته ۶۴
- ۱) پزشک خانواده در آمریکا: ۶۴
- ۲) پزشک خانواده در کانادا: ۶۴
- ۳) پزشک خانواده در دانمارک: ۶۵
- ۴) پزشک خانواده در فرانسه: ۶۵
- پزشک خانواده در کشورهای در حال توسعه ۶۶
- ۱) پزشک خانواده در مصر: ۶۶
- ۲) پزشک خانواده در ترکیه: ۶۷
- ۳) پزشک خانواده در عربستان سعودی: ۶۸

فصل چهارم: چالش های اجرایی پزشک خانواده

۱. چالش های اجرایی برنامه های توسعه: ۷۳
۲. قائم به فرد بودن برنامه ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ی ملی: ۷۳
۳. چالش ناشی از نحوه ی حمایت دولت ها از پزشک خانواده: ۷۴
۴. چالش مسئولیت اجرای برنامه: ۷۵
۵. قانون گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری: ۷۶

۶. چالش‌های فرهنگی:	۷۷
۷. چالش تأثیر طرح بر سایر بخش‌ها:	۷۸
۸. چالش تأمین مالی طرح پزشکی خانواده:	۷۸
۹. چالش نبود زیرساخت الکترونیک برای طرح:	۷۹
۱۰. مشکلات مربوط به حمل و نقل:	۷۹
۱۱. مشکلات ناشی از پایش داروها:	۸۰
۱۲. چالش عدم استقبال پزشکان برای ورود به طرح:	۸۰
۱۳. چالش عدم آگاهی سیاست‌گذاران از ترجیحات مشارکت‌کنندگان:	۸۰
۱۴. چالش آموزش نیروی انسانی:	۸۱
۱۵. چالش میزان رضایت مردم از ارائه خدمات:	۸۲
۱۶. ضعف در برقراری نظام ارجاع:	۸۲
۱۷. چالش تیم ارائه خدمت:	۸۲
۱۸. مشکلات بسته خدمتی:	۸۳
منابع و مآخذ:	۸۵
الف) منابع فارسی:	۸۵

مقدمه

سلامت، به عنوان یکی از مهمترین مقوله‌های سیاست گذاری اجتماعی، محور اصلی توسعه اجتماعی است؛ مقوله‌ای که سهم تعیین کننده‌ای در ساختن و پویایی بخشیدن به دیگر عرصه‌های توسعه از جمله توسعه اقتصادی و سیاسی دارد. نگاه به عوامل تعیین کننده در سلامت مؤید این حقیقت است که مجموعه سیاست گذاریها، دسترسی به مراقبتها، محیط اجتماعی و محیط فیزیکی افراد بر رفتار و بیولوژی آنان اثر می‌گذارد، به گونه‌ای که تغییر در رفتار می‌تواند منجر به تغییر در بیولوژی فرد شود. با این نگاه، اقتصاددانان بخش بهداشت و درمان معتقدند بر اساس تئوری سرمایه انسانی، سلامت پیش نیاز دستیابی به رفاه اجتماعی است، به گونه‌ای که با ارتقاء سلامت می‌توان به اهدافی همچون رشد در تولید ناخالص ملی واقعی، افزایش امنیت، اشتغال و ارتقاء بهره‌وری دست یافت.

در ایران از سال ۱۳۵۳ تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، صورت گرفته است که به همراه انتشار نتیجه‌ی تحقیقات مشترک وزارت بهداشتی وقت و سازمان جهانی بهداشت (در فاصله سالهای ۱۳۵۳ تا ۱۳۵۷) مهم‌ترین این تلاش‌ها در سال ۱۳۶۴، طراحی و استقرار نظام شبکه‌ی بهداشتی و درمانی کشور بوده است، که در زمان خود انقلاب چشمگیری را در ارائه‌ی خدمات سلامت ایجاد کرده است، و گاهی از آن به عنوان اولین انقلاب در نظام سلامت ایران یاد می‌شود. با این وجود علیرغم پیشرفت سریع نظام سلامت و به دست آوردن خیل عظیم دستاوردهایی

چون «کاهش مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان از سال ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۶، کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه و نوزادان طی ۳۰ سال از ۱۲۴۹ تا ۱۳۷۹، افزایش پوشش روش های تنظیم خانواده، بیماریابی و درمان مناسب بیماریهای عفونی واگیردار، کنترل بیماری های اسهالی، کنترل بیماری های مشترک بین انسان و حیوانات، کنترل مالاریا، ریشه کنی فلج اطفال، حذف سرخک، افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم، محیط زیست و کار سالم و بسیاری از موارد دیگر»، بعد از گذشت حدود ۲۰ سال، یعنی از اواخر دهه ۱۳۷۰ به دلایلی از جمله تغییر الگوی بیماری ها از سمت بیماریهای واگیردار به سمت بیماریهای غیر واگیردار، نظام سلامت ایران دچار چالش های اساسی همچون دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی، افزایش هزینه های خانوار کاهش سهم دولت در هزینه های خانوار، نظام پرداخت نامناسب و هزینه های بالا، عدم وجود پرونده ی سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز و نیاز به تغییر و اصلاح در نظام سلامت، همانند سایر نظام های سلامت در دنیا احساس گردید برای انجام تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت از اهرم های مختلفی نام برده شده است که پنج اهرم آن از اهمیت برخوردار است و توسط اقتصاددانان سلامت دانشگاه هاروارد توصیه شده است که عبارتند از تولید، سازمان دهی، تأمین مالی، قوانین و مقررات و رفتار. که هر کدام از این ها به تنهایی اعمال اثر کرده و در صورتی که با هم به کار روند اثر هم افزایی قابل توجهی دارند. در این راستا از سال ۱۳۸۱ به ادعای بسیاری از نقش آفرینان حوزه ی نظام سلامت، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، که از بخش عمده ای از اهرم های فوق در راستای سازماندهی و اصاح نظام سلامت برخوردار است، به عنوان بهترین گزینه برای اصاح نظام سلامت مطرح گردید. بنابراین، بعد از شکل گیری شبکه های بهداشت و درمان، طرح پزشک خانواده با عناوینی چون «دومین انقلاب بزرگ نظام سلامت ایران»، «گام اساسی و کلید اصلی برای اصاح نظام سلامت»، «دروازه بان ورودی نظام سلامت»، «مهم ترین عامل برای کاهش و عادلانه ساختن هزینه ها»، به عنوان یکی از مهمترین سیاست گذاری هایی است که در دهه ی اخیر در عرصه نظام سلامت و به تبع آن در عرصه ی وزارتخانه های بهداشت و رفاه مطرح شده است که در

سطح کلان دولت مجری و مجلس ناظر اصلی آن است. از این رو اهمیت و ضرورت مورد توجه قرار دادن سیاست‌ها و برنامه‌های مطرح در قلمرو نظام سلامت همچون طرح پزشک خانواده دقیقاً از اهمیت و جایگاه سلامتی در زندگی مردم و نقش آن در توسعه و رفاه جامعه نشأت می‌گیرد. بدین جهت، هدف پژوهش حاضر، مطالعه جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران است، تا به این سؤال پاسخ دهیم که: موانع اجرای پزشک خانواده در حوزه سلامت کدامند؟ و اولویت بندی این موانع چگونه است؟

مصارف سلامتی که خود مبتنی بر منابع قابل تأمین است بر پرداخت و نوع خدمت اثرگذار بوده و رابطه دو طرفه دارد. این موضوع موجب تغییر در تقاضا می‌گردد و به نوبه خود بر اشتغال کارکنان و سلامتی آنها اثرگذار بوده و به علت ارائه خدمات مختلف، معاینات تشخیصی درمانی، رونق کارخانه‌های دارویی، غذایی، تجهیزاتی منجر به رشد و تولید داخلی شده و نهایتاً بر رفاه جامعه اثرگذار است. بنابراین چنین می‌توان نتیجه گرفت که به دنبال وجود تقاضا برای دریافت خدمات سلامت، اشتغال ایجاد می‌شود که با اثرگذاری بر رشد در تولید داخلی موجب افزایش سطح رفاه می‌شود. بنابراین سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه است. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامتی کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهمین شوند.

از این رو اهمیت و ضرورت مورد توجه قرار دادن سیاست‌ها و برنامه‌های مطرح در قلمرو نظام سلامت همچون طرح پزشک خانواده دقیقاً اهمیت و جایگاه سلامتی در زندگی مردم و نقش آن در توسعه و رفاه جامعه را نشان می‌دهد. بنابراین با توجه به اهمیت مقوله سلامت، شناسایی و اولویت بندی موانع اجرای طرح پزشک خانواده می‌تواند گام مهمی در جهت برطرف سازی این موانع و شکوفاسازی جامعه باشد و از این رو انجام تحقیق حاضر ضروری به نظر می‌رسد.