

برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع تیم سلامت برای تمام فصول

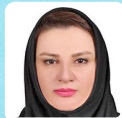
علی حمزه زاده

کارشناس پزشک خانواده
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی



رقیه جعفری

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی



دکتر جواد امجدی

مسؤول دبیرخانه برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- ویژگی های پزشک خانواده را بیان کنند.
- اهداف کلان برنامه پزشک خانواده را توضیح دهند.
- سطوح خدمات و نظام ارجاع را شرح دهند.
- مزایای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع را بیان کنند.



مقدمه

نظام سلامت متشکل از دو بخش است:

۱. سلامت عمومی شامل زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی و سبک زندگی و مقوله‌های مرتبط با آن
 ۲. مراقبت سلامت شامل ارایه‌دهندگان خدمت، سازمان‌ها و نهادها در بخش‌های دولتی و غیردولتی در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، جامعه آرمانی جامعه‌ای است که از حداکثر سلامت برخوردار باشد، بنابراین به منظور گسترش عدالت در سلامت و کارآمد سازی حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت، توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از اهداف طرح عدالت و تعالی نظام سلامت در حوزه بهداشت تعیین شده است.
- طرح پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ به عنوان یک طرح بهداشتی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور آغاز شد. بعد از گذشت چند سال و با توجه به تجارب و دستاوردهای بزرگ در اجرای طرح پزشک خانواده روستایی و ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی مناطق مجری، به برنامه تبدیل و سیاست‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در شهرهای

۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تنظیم شد. بعد از اصلاحات متعدد در دستورالعمل، در نهایت این برنامه از تیر ۱۳۹۱ در تمام شهرستان‌های بالای ۲۰ هزار نفر ۲ استان فارس و مازندران اجرا شد.

اینک در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و الزامات قانونی مصوب در برنامه‌های پنج ساله چهارم، پنجم، ششم و هفتم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، شاهد گسترش برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده در چارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان در کشور هستیم.

برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع (پزشکی خانواده) یکی از اصلاحات بزرگ و جدید نظام مراقبت سلامت ایران است. فرهنگ سازی از طریق اطلاع‌رسانی عمومی و در عین حال دقیق و همه جانبه، توسعه ارتباطات حوزه سلامت و جلب مشارکت فعالانه گروه‌های هدف و لایه‌های مختلف اجتماعی در راستای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری از راهبردهای مهم و ضروری در اجرای دقیق و کامل این برنامه عظیم کشوری است. امید است با تدبیر و تعیین راهبردها



سریع شهرنشینی، جهانی شدن، سبک زندگی ناسالم، افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های مزمن نسبت به مبتلایان به بیماری‌های عفونی و مقاومت دارویی قرار گرفته است.

در سی امین مجمع جهانی بهداشت (سال ۱۹۷۸ میلادی) در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) که با عنوان بیانیه آلماتا منتشر شد بر موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و همچنین برابری، یکپارچگی و دسترسی همه مردم جهان به مراقبت‌های اولیه سلامت (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) تا سال ۲۰۰۰ میلادی تأکید شد.

مراقبت اولیه سلامت^۲ سکوی پرشی برای توسعه اجتماعی و سیاسی کشورهاست. پزشکان خانواده با صرف کمترین بار مالی، بالاترین میزان رضایتمندی بیماران را فراهم کرده اند. در کشورهایی که بیماری‌های مزمن بار سنگینی را بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌کند، پزشکان خانواده با صرف ۵ درصد از بودجه کشور، ۹۵ درصد از مشکلات بیماران را حل کرده‌اند. پزشک خانواده در موقعیتی قرار دارد که می‌تواند رابطه‌ای طولانی و ماندگار با بیمار خود برقرار کند. تداوم این ارتباط انگیزه‌ای در بیمار ایجاد می‌کند تا مسئولیت فردی در قبال حفظ سلامت خود را بر عهده بگیرد. امروزه پیشرفت فناوری‌ها و ارتباطات از راه دور (دورا پزشکی) نیز می‌تواند کمک شایانی برای ارتباط بین پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش او باشد.

پزشک خانواده در ایران

همزمان با اجلاس جهانی آلماتا و تعیین هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی و تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی جمعی از دلسوزان و متفکران کشور را بر آن داشت تا نظامی گسترده و پویا را برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سراسر کشور طراحی کنند. نخستین گام در پی‌ریزی نظام سلامت ایران از سال‌های ۱۳۶۱ با گسترش کمی شبکه‌های بهداشت و درمان برداشته شد که تا سال ۱۳۶۳ ادامه یافت و در این

و برنامه‌های مؤثر، زمینه هدایت، راهنمایی و مشارکت فعالانه مردم عزیز فراهم شود و شاهد تحقق اهداف عالی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع^۱ در مناطق شهری و تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت باشیم.

پزشک خانواده

یعنی هر ایرانی، یک پزشک مسؤول داشته باشد، پزشکی که از زمان تولد و حتی قبل از تولد، مراقب سلامت جسمی و روانی اوست و کمک می‌کند که فرد از طریق یک برنامه ویژه خودمراقبتی، سالم بماند. او مشاوره لازم تغییر شیوه زندگی، برای پیشگیری از بیماری‌ها را ارائه می‌دهد و انجام این تغییرات را پیگیری می‌کند. همچنین هنگامی که لازم ببیند، بیماران را برای دریافت خدمات تخصصی به متخصصان مربوط ارجاع می‌دهد یا با آن‌ها مشورت می‌کند.

طراحان پزشکی خانواده، انجام معاینه‌های دوره‌ای و پیگیری وضعیت سلامت مردم، دسترسی آسان مردم به خدمات سطح اول، حذف پرداخت هزینه‌های اضافی درمان، بهره‌مندی یکسان افراد جامعه از سرانه سلامت، برقراری نظام ارجاع به‌منظور جلوگیری از مراجعه مکرر مردم به پزشکان مختلف و تشکیل پرونده سلامت را از ویژگی‌های پزشکی خانواده می‌دانند.

پزشک خانواده از منظر سازمان بهداشت جهانی

موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و نقش پزشک خانواده در ارائه آن‌ها برای نخستین بار در سال ۱۹۷۵ توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شد و می‌توان سازمان یاد شده را بنیانگذار اقدامات پیگیر سلامت در جهان دانست.

نخستین پزشکان در تاریخ پزشکی، پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی بوده‌اند. سلامت انسان‌ها در جهان امروز تحت تأثیر نیروهای قدرتمندی از جمله، رشد

2. PHC: Primary Health Care

۱. پزشکی خانواده

مدت شبکه‌های بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های کشور مستقر شدند.

سپس در تدوین برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تا سال ۱۴۰۴، اصلاح نظام سلامت مورد توجه قرار گرفت. برنامه ارتقای سلامت و ارایه آن در سه سطح، ابتدا با اجرای قانون خصوصی سازی در برنامه پنج ساله اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، با درج تأمین بهداشت عمومی، گسترش بیمه همگانی و رسیدگی به نقاط محروم و روستاها با اولویت اشتغال و بهداشت و آموزش در خط مشی‌های اساسی و واگذاری خدمات دانشگاه‌های علوم پزشکی به بخش غیر دولتی با تأکید بر خصوصی سازی در برنامه سوم مطرح شد. در فصل ۲۵ ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه، به افزایش کارآیی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی

آحاد مردم به این خدمات به موارد رایگان شدن کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، ارایه خدمات سرپایی در روستاها (واحد‌های موجود) و شهرها (مراکز بهداشت و درمان) ساماندهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان اشاره شده است.

بدین ترتیب برنامه پزشک خانواده پس از طی چند مرحله در کشور به اجرا در آمد. مرحله اول، مرحله مطالعاتی و بررسی اقدامات انجام شده و تجارب کشورهای دیگر را دربرداشت.

مرحله دوم شامل آماده‌سازی اقدامات اجرایی بود. در این مرحله جلسه‌های متعدد کارشناسی با سازمان بیمه خدمات درمانی برگزار شد تا تفاهم‌نامه‌ای در مورد دستورالعمل اجرایی تهیه شود.

در مرحله سوم مراکز بهداشت شهرستان‌ها با ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان‌ها قرارداد سالانه بستند



راستای سلامت خانواده باشد تا منجر به ارتقای سلامت فرد، خانواده و جامعه شود.

چشم‌انداز

چشم‌انداز اجرای برنامه پزشک خانواده شهری تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت است. برنامه پزشک خانواده به عنوان یک روش مقرون به صرفه، مراقبت بهداشتی جامع و مداوم را برای خانوارها در یک محدوده جمعیتی خاص فراهم می‌آورد. پزشک خانواده مسئولیت دارد ضمن مدیریت خدمات جامع سلامت در جمعیت تحت پوشش خود، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و مخاطرات بیماری، بهترین خدمت را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. از آن‌جا که توسعه، بدون رفع فقر و حفظ سلامت افراد جامعه ممکن نخواهد بود، مهم‌ترین هدف دولتمردان بهبود کیفیت زندگی در کشور بوده تا مسیر توسعه‌یافتگی را هموار سازند. بر همین مبنا عبارت «عدالت در سلامت» شکل گرفته است.

اهداف کلان

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمدسازی حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت
- افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقای جوانی جمعیت
- مدیریت منابع حوزه سلامت
- افزایش امید به زندگی و کاهش بار بیماری‌ها

سطوح خدمات و نظام ارجاع

سطح اول: شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد محور و جامعه محور است.

و تکلیف شیوه‌ارایه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی، عقد قرارداد با پزشکان و ماماها مشخص شد. مرحله بعدی استقرار پزشک خانواده را شامل می‌شد که تا نیمه اول سال ۱۳۸۶ انجام شد. در مرحله آموزش هم‌رگزاری کارگاه‌های آموزشی توجیهی، دوره‌های آموزشی پودمانی و از راه دور و دوره‌های MPH پزشک خانواده و تخصص پزشک خانواده مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفت. براساس ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و همچنین مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، پرستاری جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات و پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان اقدام کند.

اکنون سیاستگذاران نظام سلامت با بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، الگویی جدید با عنوان **طرح سلامت خانواده در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در چارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان** را طراحی کرده تا ضمن پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتوانند در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار کنند.

طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع

ارتقای سلامت جامعه صرفاً بر مبنای سلامت فرد ممکن نیست، بلکه نیازمند آموزش همگانی و ارایه مراقبت‌های فراگیر سلامت مبتنی بر خانواده است. با توجه به جایگاه ویژه خانواده در تأمین سلامت جامعه، گسترش مراقبت‌های سلامت بدون توجه به نقش خانواده‌چندان موفق نخواهد بود به همین جهت هر طرح یا برنامه‌ای با رویکرد ارتقای سلامت، الزاماً باید در

خدمات فرد محور که در پایگاه پزشک خانواده ارائه می شود،

عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص

و درمان بیماری ها بر اساس بسته خدمت شامل:

- انواع مراقبت گروه های سنی نظیر خدمات و مراقبت های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان و گروه های آسیب پذیر

- پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، پیشگیری و تشخیص بموقع و ارجاع برای درمان ناباروری، ارائه مشاوره فرزندآوری و مدیریت سلامت افراد تحت پوشش خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) که در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می شود، عبارتند از: خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، مبارزه با بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر) شامل:

- آسیب ها و جراحات در اپیدمی ها و بلایا

- آب آشامیدنی سالم

- بسیج اطلاع رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت

- کاهش بار روانی و هزینه های اقتصادی دوران بارداری

- حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی

و خود به خودی

- ترویج و تسهیل زایمان طبیعی

- آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی

- ترویج و ترغیب ازدواج و افزایش پایداری ازدواج

سطح دوم: شامل خدمات تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می شوند.

سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می شوند.

نظام ارجاع: در صورتی که بیمار، نیازمند خدمات پزشک متخصص باشد، به سطح دو و چنانچه به خدمات فوق تخصصی نیاز داشته باشد به سطح سه ارجاع داده می شود.

مزایای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع

- توانمندسازی مردم در زمینه خود مراقبتی: در این برنامه از طریق ارتباط نزدیک تیم پزشکی خانواده با فرد و دریافت آموزش های مرتبط با سلامتی، فرد در زمینه مراقبت از خود و خانواده توانا می شود.

- جامع بودن خدمات: در برنامه سلامت خانواده به همه جنبه های سلامت فرد مانند سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه می شود.

- عدالت محور بودن: دسترسی عادلانه همه مردم به خدمات ارزان و با کیفیت از دیگر ویژگی های برنامه سلامت خانواده است.

- پیشگیری از درخواست های غیر ضروری با اجرای نظام ارجاع: در این برنامه با اجرای شیوه نامه های درمانی و معاینات اولیه توسط تیم سلامت، در صورت لزوم فرد به سطوح بالاتر درمانی جهت دریافت خدمات معرفی خواهد شد.

- پیشگیری از مراجعات مکرر و بیهوده: در این برنامه با ارائه خدمات در سطح یک و راهنمایی فرد، از مراجعات مکرر به پزشکان مختلف و تکرار غیر ضروری خدمات پاراکلینیک (آزمایش ها، رادیولوژی و...) پیشگیری می شود.

- دسترسی به اطلاعات بهداشتی: با انجام خدمات فعال مراقبتی و ثبت اطلاعات در سامانه های بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه می توان از آن ها در



مسئولیت پذیری افراد نسبت به حفظ سلامتی خویش را نیز تقویت می‌کند و از چند سو در حفظ سلامتی فردی و اجتماعی مؤثر خواهد بود. بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، الگویی را طراحی می‌کند که در عین پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتوانند در قالب برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار سازد.

پیشنهادهای

با توجه به وسعت و قدرت بالقوه برنامه پزشک خانواده (شهری یا روستایی)، به روز بودن سامانه‌ها، دسترسی آسان به آن‌ها، تجمیع سامانه در یک برنامه جامع، استقرار زیرساخت‌های مستمر و با دوام، کاهش بوروکراسی دست و پاگیر، پیش‌بینی و تحقق اعتبارات لازم و تخصیص وهزینه‌کرد به موقع و عدم تأخیر در پرداختی‌ها، آموزش مداوم به جامعه و جلب مشارکت‌های مردمی، همه و همه می‌توانند در پیشبرد اهداف والای این برنامه تأثیر مستقیم داشته و ضامن بقای اجرای آن باشند.

برنامه‌ریزی‌های بهداشتی محله و جامعه استفاده کرد.

الزام‌های تحقق برنامه

- سیاستگذاری مبتنی بر شواهد (علمی، جهانی، بومی)
- تعیین استانداردهای دقیق برای اعمال حاکمیت و تنظیم در بازار سلامت
- اعمال رهبری مؤثر در جهت ارتقای سطح سلامت
- حضور تمامی عوامل تأثیرگذار و نهادهای مرتبط و ذی‌نفعان
- تأمین مالی پایدار
- خلق سایر منابع در کنار تأمین مالی
- « توسعه پژوهش و آموزش و تربیت منابع انسانی
- « توسعه صنایع دارو و تجهیزات
- « ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزاتی و شبکه‌های ارتباطی

نتیجه‌گیری

برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع به عنوان یک روش به صرفه، مراقبت بهداشتی جامع و مداوم را برای خانوارها در یک محدوده جمعیتی خاص فراهم می‌آورد. برقراری برنامه سلامت خانواده، انگیزه و حس

منابع

- فرهاد فرزادفر، سعیده جعفری، خالد رحمانی، سینا ولیئی، فرزاد بیدارپور، مهری ملاشیخی، قباد مرادی، دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارایه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و دوم / آذر و دی ۱۳۹۶
- دکتر علی اصغر کلاهی (دانشیار پزشکی اجتماعی)، دکتر محمد رضا سهرابی (استادیار پزشکی اجتماعی) درسنامه نقش‌های پزشکان در نظام سلامت
- مقاله پژوهشی پزشک خانواده، تحقق عدالت در سلامت با رویکردی به آرای امام خمینی (ره). نویسندگان: سید محمد موسوی بجنوردی، محسن داورزنی
- کبیر محمد جواد، اشرافیان حسن، حسن زاده، زهرا، ممتن رضا، ظفرمند رسول، شیروانی سید داوود دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران دیدگاه مدیران و مجریان، مجله پژوهشی راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۸، (۱۴۸-۱۵۹)
- رئیس‌یان شاهرخ، اسلامیان مریم، ازل محمد، باستانی پیوند، کلهر روح اله، مجله پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۷ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت (۱۱-۲۰)
- دستور عمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

<http://health.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=45&NewsID=161>