

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴، گفتار ۱۵ / دکتر سید احسان بلادیان، دکتر حسین حاتمی

آشنایی با پزشک خانواده

Family physician

فهرست مطالب:

تاریخچه مختصری از بهداشت و درمان تا پزشک خانواده.....	۳۱۸۳
مقدمه:	۳۱۸۳
وضعیت پزشکی در ایران در سالهای اخیر.....	۳۱۸۴
تاریخچه پزشک خانواده.....	۳۱۸۵
آمریکا:	۳۱۸۵
انگلستان:	۳۱۸۶
آلمان:	۳۱۸۶
نگاهی به وضعیت کنونی پزشک خانواده در ایران:	۳۱۸۶
الف - برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی.....	۳۱۸۷
ب - برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری	۳۱۸۸
ضرورت طرح پزشک خانواده	۳۱۹۳
مسئولیت پزشک خانواده	۳۱۹۴
نظام ارجاع	۳۱۹۵
بسته خدمات سلامت.....	۳۱۹۵
سطح بندی خدمات.....	۳۱۹۶
جامعه تحت پوشش.....	۳۱۹۷
دسترسی	۳۱۹۸
خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده:	۳۱۹۸
تحول سلامت و پزشک خانواده	۳۱۹۹
منابع	۳۲۰۲

آشنایی با پزشک خانواده

Family physician

دکتر سید احسان بلادیان*، دکتر حسین حاتمی**

* متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس:

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تاریخچه پزشک خانواده در سطح جهان و ایران را شرح دهد
- موفقیت برنامه در سایر کشورهای جهان را توضیح دهد
- پزشک خانواده را تعریف کند
- وضعیت فعلی پزشک خانواده در ایران را تشریح نماید
- سطح بندی خدمات را بیان نموده و هریک را با ذکر مثال، توضیح دهد
- نظام ارجاع را شرح دهد
- ارتباط تحول سلامت و پزشک خانواده را شرح دهد
- خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده را بیان کند
- مواردی از اهمیت و ضرورت طرح پزشک خانواده را بیان نموده و با ذکر مثال، توضیح دهد.

تاریخچه مختصری از بهداشت و درمان تا پزشک خانواده

مقدمه:

شاید در این خصوص که توجه به سلامتی، از بدو خلقت انسان در مخیله او پدید آمده است تردیدی وجود نداشته باشد. گواه این مدعا وجود نشانه‌هایی از اقدامات پیشگیرانه در رابطه با خطرات، ایجاد حفاظ در مقابل سرما و عوامل آسیب رسان طبیعی و در ادامه، استفاده از گیاهان و سایر منابع طبیعی در دسترس به منظور درمان بیماری‌ها را می‌توان نام برد و این اقدامات به ظاهر ساده به تدریج نشر یافت و پایه‌ای شد برای شکل‌گیری طب

در چین، هند، ایران باستان. تا این که مجموعه افکار فلسفی، پزشکی و بهداشتی، در یونان باستان ایجاد مکاتبی در شاخه طب نمود که سبب معرفی افراد سرامدی چون بقراط، سقراط، افلاطون، ارسطو و ... شد. البته ایران باستان هم سرآمدهایی در زمینه پزشکی داشت. از جمله حضرت زرتشت (ع) که از طرف خدای یگانه، نوید آفرینش ده هزار گیاه دارویی را داد و ضمن اشاعه فرهنگ "دارودرمانی"، "عمل جراحی" و "معنویت درمانی"، روش سوم را بر دو شیوه دیگر ترجیح داد و بر دریافت حق ویزیت و مخارج درمانی، متناسب با میزان درآمد مردم تاکید کرد و بدینوسیله اولین منشور حقوق بیماران را در دورانی به فاصله چند هزار سال قبل از میلاد مسیح (ع) رقم زد و عدالت عمودی (Vertical Equity) در برخورداری یکسان از خدمات درمانی در مقابل پرداخت متناسب با میزان درآمد را ابلاغ نمود و دستورالعمل‌های مکتوبی را در خصوص رعایت موازین بهداشتی و احترام به عوامل پاک کننده‌ای همچون آب و آتش در کتاب اوستا به یادگار گذاشت و علاوه بر او افراد دیگری نظیر مانی، برزویه طبیب و ... نیز جزو طلایه داران پزشکی و بهداشت قبل از اسلام به حساب می‌آیند. اما اوج شکوفایی پزشکی و بهداشت در بزرگترین جهان شهر اسلام، یعنی ایران پس از ظهور دین مبین اسلام، روی داد و بزرگانی چون زکریای رازی، علی ابن عباس اهوازی، بوعلی سینا و حکیم جرجانی با بهداشت گرایی و پژوهش محوری برگرفته از فهم آیات قرآنی و بهره گیری از فرهنگ غنی پزشکی و بهداشت ایران قبل از اسلام، ترجمه‌های پزشکی یونان و هند و تجربیات شخصی خود، سرنوشت پزشکی و بهداشت آن زمان را به گونه‌ای رقم زدند که قرن‌ها بعد زمینه تکامل پزشکی و بهداشت نوین را فراهم نمود.

وضعیت پزشکی در ایران طی سال‌های اخیر

در سال‌های اخیر در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس گردید که نگاهی به سابقه این وزارتخانه تا رسیدن به برنامه پزشک خانواده، بی‌مناسبت نیست. در واقع فعالیت‌های نوین پزشکی در سطح کشور، از زمان امیرکبیر در دوران پادشاهی ناصرالدین شاه و فعالیت دارالشفای رسیمیت پیدا کرد و اولین قانون مربوط به طبابت، مصوب ۱۲۹۰ می‌باشد و سال ۱۳۰۵ را می‌توان به عنوان سال ایجاد تشکیلات قانونی در ارتباط با فعالیت‌های بهداشتی و درمانی اعلام کرد. در اینجا فهرست وار بعضی از موارد قانونی که اثرات ساختاری و تشکیلاتی در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته است آورده شده است:

- تشکیل اداره کل صحیه با توجه به قانون تمرکز موسسات صحی مملکتی، بهمن ماه ۱۳۰۵
- تبدیل اداره کل بهداری به وزارت بهداری طبق اصلاحیه قانون بودجه کل سال ۱۳۲۰ کشور مصوبه هشتم آبان ماه ۱۳۲۰
- واگذاری امور بهداری به مردم به موجب قانون مصوب اردیبهشت ۱۳۳۷
- تمرکز و هماهنگی امور درمانی کارمندان دولت به موجب قانون مصوب خرداد ماه ۱۳۴۴
- واگذاری موسسات و امور درمانی وزارت بهداری به شیر و خورشید سرخ یا سازمان خدمات اجتماعی و یا بنگاه حمایت مادران و نوزادان (طبق تبصره ۵۶ قانون بودجه سال ۱۳۴۴ کل کشور)
- تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی به موجب قانون مصوب تیرماه ۱۳۵۵
- تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌ها یا فرمانداری کل طبق قانون مصوب ۱۳۵۵

- تصویب نمودار سازمانی بهداری و بهزیستی در سال ۱۳۵۸
- حذف بهزیستی از عنوان بهداری و بهزیستی و تشکیل سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۵۸
- تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به موجب قانون تشکیل وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴
- تصویب قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۷
- تصویب برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ و شروع برنامه از همان سال.

تاریخچه پزشک خانواده

تاریخچه پزشک خانواده به سال‌های پس از جنگ جهانی دوم برمی‌گردد. هنگامی که با افزایش تخصص‌های پزشکی، پزشکان عمومی به انزوا می‌رفتند برای حل این معضل، در سال ۱۹۶۹ در آمریکا بورد پزشکی خانواده به رسمیت شناخته شد و در سال ۱۹۷۲ آکادمی پزشک عمومی آمریکا به آکادمی پزشک خانواده تغییر نام داد. در پی این تحولات، کشورهای دیگری چون کانادا، انگلستان، چین، ویتنام، تایلند، ژاپن، عربستان، فلسطین و ۶۰ کشور دیگر نیز به این برنامه پیوستند که به اختصار به بعضی از کشورهایی که این طرح را با موفقیت به انجام رسانده‌اند، پرداخته می‌شود:

آمریکا:

در رابطه با کشورهای موفق در اجرای طرح پزشک خانواده می‌توان گفت که کشور آمریکا و آلمان دارای بهترین برنامه‌های پزشک خانواده هستند. براساس بررسی‌هایی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام داده است، ۹۳ درصد بیماران از توجه پزشکان به مسایل و مشکلات آنان، ۶۸ درصد آنان از امکان مساعدت پزشکان خانواده در همه مشکلات بیماران و ۹۷ درصد آنان از صداقت و همدلی پزشکان خانواده رضایت داشته‌اند. همچنین داده‌های مربوط به اجرای پزشک خانواده در آن کشور، نشان می‌دهد که به طور متوسط بیش از ۶۰ درصد از منابع عمومی برای مراقبت از بیماری‌های مزمن به پزشکان خانواده و عمومی اختصاص می‌یابد. براساس این مطالعه که نتایج آن در مقالات علمی تخصصی داخلی نیز منعکس شده است، در آمریکا از کل پزشکان همکاری کننده با طرح پزشک خانواده ۱۲ درصد، متخصص پزشک خانواده، ۱۳ درصد متخصص داخلی، ۵ درصد متخصص زنان و زایمان، ۳ درصد جراح عمومی و ۵۸ درصد بقیه را پزشکان عمومی و سایر تخصص‌ها تشکیل می‌دادند. در حالی که مطالعات داخلی در ایران نشان می‌دهد در حال حاضر تمامی پزشکان خانواده را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند.

همچنین در حالیکه فقط ۲۱ درصد جمعیت آمریکا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، مطالعه توزیع جغرافیایی پزشکان نشان دهنده این واقعیت است که ۲۴ درصد پزشکان خانواده در مناطق روستایی و بقیه در مناطق شهری آن کشور مشغول خدمت هستند. نکته مهم در رابطه با موفقیت طرح پزشک خانواده در آن کشور، حقوق بالای پزشکان در این طرح بوده است. به طوری که میزان درآمد سالیانه برای پزشکان عمومی پس از کسر مالیات ۱۱۶۰۰۰ دلار و پزشکان خانواده ۱۵۰۰۰۰ دلار است.

انگلستان:

انگلیس از سال ۱۹۴۲ تا کنون دارای یک نظام درمانی جامع ملی است که از طریق درآمدهای مالیاتی، تامین مالی شده و به وسیله یک بخش خصوصی کوچک و مستقل، همراهی می‌شود. عمده درآمد نظام از طریق مالیات بیمه‌ای است. این درآمد در اختیار پرداخت کنندگان شامل وزارت بهداشت و درمان، کمیته‌های پزشک خانواده و ادارات محلی قرار می‌گیرد. سیستم مورد اشاره، سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی را شامل می‌شود. خدمات بهداشتی و درمانی خانواده‌ها از طریق ارائه دهندگان مستقل عرضه می‌شود. خدمات بهداشت و درمان جامعه و بستری نیز از طریق بیمارستان‌های عمومی و به وسیله افراد حقوق بگیر، ارایه می‌گردد. یک بخش کوچکتر اما در حال رشد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز وجود دارد که تامین مالی آن به وسیله پرداخت مستقیم و نیز از طریق بیمه خصوصی در چارچوب مدل میزان خدمات صورت می‌پذیرد.

هزینه‌های مالی بیمار نیز در آن کشور، مستقیماً توسط شرکت‌های بیمه خصوصی به خود وی پرداخت می‌شود. در سال ۱۹۸۹ یک رفرم با نام طرح کاغذ سفید در نظام بهداشتی و درمانی کشور انگلیس شکل گرفت. گرچه اصول اولیه سیستم نظام خدمات بهداشتی و درمانی ملی بویژه نحوه تامین مالی آن تغییرات عمده‌ای نکرده ولی در مالکیت مراکز درمانی و نحوه عملکرد پزشکان، تغییرات عمده‌ای حاصل شده است. پس از رفرم ۱۹۸۹ گسترش بخش خصوصی تشدید شد و بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، از شکل انحصاری خارج گردیده و به مدل قراردادی نزدیکتر شدند.

آلمان:

در آلمان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع براساس نظام تامین اجتماعی است که در آن گستره‌ای از سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد که از لحاظ سازمانی مستقل از فراهم آورندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند و صندوق‌های بیمه در حقیقت بخشی از بیمه‌های اجتماعی می‌باشند.

هزینه‌های سرمایه‌ای عموماً توسط دولت تامین می‌شود. منبع درآمد نظام عموماً از طریق مالیات‌های عمومی، مالیات بیمه‌ای و حق بیمه‌های خصوصی و عمومی تحقق می‌یابد. شرکت بیمه‌گر خصوصی به صورت کارانه هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی و همچنین پزشکان خود را پرداخت می‌کنند.

هر شهروند آلمانی موظف به داشتن نوعی بیمه است و در حدود ۹۰ درصد مردم آلمان تحت پوشش صندوق‌های بیمه هستند. حق بیمه درصد مشخصی از حقوق و دستمزد ناخالص است. کل مبلغ حق بیمه به طور یکسان بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود و همچنین افراد غیرشاغل نظیر بازنشستگان، کشاورزان، از کار افتادگان و دانش آموزان نیز تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند. بیماران، تنها بخش کوچکی از هزینه را در نظام بیمه‌ای پرداخت می‌کنند.

نگاهی به وضعیت کنونی پزشک خانواده در ایران:

شرایط کنونی کشور ما با توجه به وجود مشکلات بهداشتی و شیوع برخی بیماری‌های عفونی و قلبی - عروقی، حاکی از ضرورت توجه هر چه تخصصی‌تر به پزشکی خانواده است. از سوی دیگر، ظرفیت گشوده‌ای برای

توان بالقوه پزشکان عمومی بیکار است که با بازآموزی آنها می‌توان توان بیش از ۱۰ هزار نفر پزشک عمومی را به شکل تخصصی‌تر و کاراتری به کار گرفت. هزینه‌های بالای درمان و بستری شدن در بیمارستان‌ها و هزینه بالای رفت و آمد مردم روستا و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ، ضرورت نگاه تخصصی به پزشک خانواده است. حدود ۲۰ سال است که در ایران مسئولان به دنبال اجرای این طرح هستند، در حالی که کشورهایی مانند آمریکا، کانادا، ایتالیا، آلمان و انگلیس هر کدام به طور میانگین بیش از ۵۰ سال است که اجرای این طرح را آغاز کرده‌اند.

الف - برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

در سال ۱۳۶۴ با شروع برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، که با به کارگیری ۴ اصل بنیانی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، منجر به ارتقاء چشمگیر شاخص‌های سلامت کشور گردید.

پس از گذشت دو دهه به منظور ارتقاء نظام سلامت و افزایش دسترسی به خدمات به استناد قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. با تصویب ماده ۹۱ در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲، بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ در برنامه پنجم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند. بدین ترتیب فرصتی جدید و مناسب به منظور تأمین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمده است.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه‌ای جمعیت روستایی،

عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خواهد بود:

- ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور است. در مورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرح‌های گسترش شبکه ملاک خواهد بود.
- وجود بسته خدمات سلامت سطح اول که امکان ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب را توسط تیم سلامت فراهم می‌کند.
- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده) با انجام بررسی‌های به عمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر به ازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت‌های روستایی در قالب جمعیت‌های تحت پوشش خانه‌های بهداشت و بدون تغییر در طرح‌های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.
- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور

براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی، متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیش‌گفت، مناسب‌ترین شکل ارجاع برای بیمار طراحی گردد.

- از مهمترین شیوه‌های ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان یکی از محوری‌ترین شاخص‌های موفقیت برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، مد نظر قرار گیرد.
- اصلی‌ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع سازوکار پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده باتوجه به شاخص‌های سلامت است.

شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه‌های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و کلاً برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می‌باشد که در روستای اصلی و روستای قمر، قدری متفاوت است:

روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می‌توانند محل استقرار مرکز بهداشتی - درمانی روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می‌کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می‌شود.

روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

ب - برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری

۱ - مرحله اول

در سال ۱۳۸۹ نیز با عنایت به تدوین، تصویب و ابلاغ دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۱) پایلوت این برنامه در برخی از شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان آغاز گردید. مشکلات و نارسایی‌های برنامه با همکاری نزدیک مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر صاحب نظران احصاء و طی جلسات و مطالعات کارشناسی راهکارهای مناسب برای رفع آن مشکلات و روان‌تر کردن نحوه اجرای برنامه طراحی و توافق کارشناسی صورت گرفت.

۲ - مرحله دوم

در سال ۱۳۹۱ (نسخه ۰۲) دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری در راستای اجرای بندهای (ج) و (د) ماده ۳۲ و (الف) ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه تدوین و در هیئت محترم وزیران طی تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت ۴۷۹۷۱ هـ مورخ ۲۶/۱/۱۳۹۱ برای کل مناطق شهری کشور لازم الاجرا گردید. اما به دلایل نبود زیرساخت‌های ضروری، از جمله منابع مالی و نیروی انسانی لازم و بروز مشکلات اجرایی احتمالی، توسعه آن در کل کشور به سال‌های بعدی موکول گردید و در دو استان فارس و مازندران در قالب برنامه با دستور عمل فوق اجرایی گردید.

۳ - مرحله سوم

در سال ۱۳۹۳ با مهاجرت روستاییان به درون شهرها و طبقه بندی‌های نوین مناطق شهری (شهريت یافتن مناطقی که در گذشته روستا بودند) سرعت در حال گسترش‌اند. در سایر شهرهای بزرگ نیز وضعیتی مشابه وجود دارد. به بیان دیگر، گستردگی قاعده هرم سنی جمعیت در سال‌های آغازین راه اندازی نظام شبکه‌ها (حدود ۳۰ سال قبل) بویژه در شهرهای بزرگ در حال انتقال به سطوح بالاتر هرم است و از طرف دیگر، مهاجرت روستاییان به شهرها به علت تفاوت‌های شرایط اقتصادی - اجتماعی زندگی بین شهر و روستا به شکلی مهار نشده ادامه دارد. واقعیات موجود نشان می‌دهند که نسبت جمعیتی شهری به روستایی کشور در حال تغییر و به نفع جمعیت شهری است و نیز تغییر در ساختار این جمعیت، برنامه‌های مورد نیاز اکثریت جامعه، شکلی متفاوت یافته است و به دنبال آن، نیاز به تغییر در ساختار شبکه‌ها احساس می‌شود.

موضوعات فوق و تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیرواگیر و تغییرات فرهنگی و اجتماعی و ... همه و همه لزوم تغییر ساختار در مراکز شهری را نشان می‌دهند. از اینرو استقرار برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای جمعیت مناطق حاشیه و شهرها در دستور کار معاونت بهداشت وزارت متبوع در سال ۱۳۹۴ قرار گرفت و در دو فاز، اجرایی گردید:

فاز اول: مناطق حاشیه، سکونت گاه‌های غیررسمی شهری و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

فاز دوم: شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر

تعریف چند واژه کلیدی**پزشک خانواده^۱:**

عبارت است از پزشکی که آموزش‌های خاصی به منظور ارائه مجموعه‌هایی از خدمات و مراقبت‌ها برای جمعیت معینی که تحت پوشش خود دارد دیده است و برای این منظور قرارداد ویژه‌ای را امضا می‌کند و به طور سرانه بابت هر فردی که در پوشش خود دارد مبلغی ثابت دریافت می‌کند. پزشک خانواده در برنامه ملی میتواند از پزشک عمومی، متخصص اطفال و متخصص پزشکی اجتماعی انتخاب شود.

^۱ . Family physician

تیم سلامت^۲:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند. این تیم شامل پزشک، بهورز، ماما و ... می‌باشد.

ارجاع:

اگر فرد تحت پوشش به خدمتی نیازمند باشد که به هر دلیل از جمله به سبب پیچیدگی خدمات، امکان فراهم ساختن آن در واحد پزشک خانواده موجود نباشد، پزشک خانواده او را نزد متخصص یا سطوح تخصصی خدمات می‌فرستد. این امر، ارجاع نام دارد.

بازخورد:

کاری که انتظار می‌رود پزشک متخصص پس از پذیرفتن فرد ارجاع داده شده از سوی پزشک خانواده انجام دهد و در پایان کار، گزارش آن را به پزشک خانواده بدهد تا با این عمل پزشک خانواده در جریان وضعیت فرد ارجاع شده قرار گیرد.

سرانه:

مبلغی است که به ازای هر بیمه شده برای مدت معین در برابر ارائه بسته خدمات سلامت پرداخت می‌شود. برنامه پزشک خانواده از جمله اقدامات جدید و به روز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است که در کشور اجرا شده است. برنامه‌ای که اگر به طور کامل و صحیح اجرا گردد مطمئناً بسیاری از مشکلات بهداشتی را کاهش خواهد داد و در درازمدت، باعث کاهش هزینه‌های درمان نیز خواهد شد.

می‌دانیم که سلامت و امنیت جزو حقوق اولیه کلیه افراد جامعه بوده و دولت‌ها موظف به تأمین آن هستند. تفکر مراقبت‌های بهداشتی تفکری انقلابی است که در نظام ارائه خدمات مرتبط با سلامت شکل گرفته و زمینه طراحی، اجرا، گسترش و ارتقای آن در سطح کشور فراهم گردیده است. با مصوبه مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴ در زمینه بیمه روستاییان و برنامه پزشک خانواده امکان پیوند این برنامه با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور فراهم شد. در این اقدام اساسی، تیم سلامت و پزشک خانواده مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش آن‌ها را به عهده دارند. در همین راستا طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی براساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است، افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت یکی از اهداف والای مراکز مجری طرح پزشک خانواده می‌باشد.

مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه غیررسمی / غیرمجاز):

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی^۳، "بافت‌های فرسوده و تاریخی،

^۲ . Health team

^۳ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۷۴۹۰۰/۴۸۶۰۱-هـ تاریخ ۷/۱۳۹۳/۲ راجع به سند بافت‌های فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

کاربری‌های غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، خوابگاه‌ها، پادگان‌ها و ... مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می‌باشند^۴. جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۱۰ میلیون نفر است.

شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون نفر را شامل می‌گردد.

شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۳۷ میلیون نفر را شامل است.

خدمات سلامت:

فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقاء سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در انسان میشود. به عبارت دیگر، خدمات سلامت؛ *مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستری لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و جامعه، فراهم می‌کنند.* خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشند^۴.

خدمات همگانی سلامت:

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده میشود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف میشوند:

۱ - چه کسی تحت پوشش است؟

۲ - چه خدماتی تحت پوشش هستند؟

⁴ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

۳ - چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟

مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری، کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا)^۵.

خدمات بهداشت عمومی:

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می‌دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه‌ای.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که پزشکان خانواده، نقش زیادی در ارائه مراقبت اولیه از بیمار دارند و علاوه بر آن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه‌های کم‌تر را فراهم می‌کند. پس نقش مهمی که پزشک خانواده می‌تواند در ارائه مراقبت‌های اولیه و راه اندازی کامل سیستم ارجاع داشته باشد انکارناپذیر است که در صورتی که به نحو صحیحی انجام پذیرد سبب کارایی و اثر بخشی برنامه می‌گردد. اما نکته مهمی که باید به آن دقت شود آن است که: عوامل موفقیت هر طرح اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت مندی ارائه دهنندگان خدمات و گیرندگان خدمات است که اگر به آن بی توجهی شود پس از مدتی باعث بی تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم‌تر از آن، بر کیفیت خدمات آسیب جدی وارد خواهد آورد. به همین سبب با رشد و توسعه سیستم‌های بهداشتی به مقوله کیفیت ارایه‌ی خدمات، توجه شایانی مبذول می‌شود. و رضایت ذی‌نفعان که یکی از ابعاد ارزیابی کیفیت به شمار می‌رود مورد توجه زیادی قرار گرفته است. و مراجعین مراقبت‌های انجام شده را با استاندارد مقایسه و نتیجه‌گیری می‌کنند.

با توجه به سطح آگاهی و فرهنگ افراد، میزان رضایت به صورت کامل تا حداقل انتظار تعریف می‌شود و وقتی بین خدمات انجام گرفته و مورد انتظار، تفاوت وجود داشته باشد، تغییر در رضایت به وجود خواهد آمد. نتایجی که از رضایت گرفته می‌شود می‌تواند بسیار سودمند و با ارزش باشد زیرا بعضی از واقعیت‌ها که به آسانی از بررسی‌های دیگر به دست نمی‌آید، (مانند توجه کافی به نیازها، مشارکت در تصمیم‌گیری، ارتباط با مراجعین و نحوه ارایه خدمات) با بررسی رضایت‌مندی قابل دسترسی خواهد بود. از طرف دیگر واضح است که رضایت ارائه

^۳ شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن‌های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تندیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و تأثیری که این مسئله در کارکرد، پایداری و دوام خدمات ارائه شده می‌گذارد، موضوعی است که در برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی با توجه به رویکرد تاثیرگذار است و لذا لازم است مشخص شود که پرسنل مجری برنامه‌ی پزشک «ارایه خدمات با کیفیت مطلوب» خانواده تا چه حد از روند کار رضایت دارند، تا از نتایج حاصله برای ارائه‌ی راهکارها به مسئولین ذیربط جهت کمک به ارتقا رضایت‌مندی و آموزش‌های مقتضی در موارد مورد نیاز بهره گرفته شود و شاید گامی در جهت بهبود اجرای این برنامه و افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی برای مراقبت‌های پایه (پزشک خانواده) برداشته شود.

ضرورت طرح پزشک خانواده

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند. ارائه خدمات در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی (PHC) اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور، مدیران بخش سلامت را به این نتیجه منطقی رسانده است 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، به عنوان مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنها فاصله نگرفت.

تحقیقات مختلف حاکی از این است که پزشکان خانواده نقش زیادی در ارائه مراقبت اولیه بیماران دارند. پزشک خانواده، ارائه خدمات پیشگیری مراقبت اولیه، فراهم آوردن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه‌های کم‌تر را فراهم می‌کند. در اینجا لازم است با بیان مصادیقی، اهمیت و ضرورت طرح پزشک خانواده برای دستیابی به اهداف سلامت در افق ۱۴۰۴ بیشتر روشن گردد:

۱. اجتناب از استفاده مکرر، بدون هدف و غیر ضروری از خدمات تشخیصی، همچنین جلوگیری از مراجعات مکرر، خودسرانه و بی‌فایده به پزشکان مختلف و کاهش مطالبه خدمات غیرعلمی به طور نامربوط از نیروهای گران قیمت متخصص و فوق تخصص.

۲. کاهش سهم مردم به حداکثر پرداخت ۳۰ درصد پوشش‌های بیمه‌ای و افزایش متناسب سطح و عمق و درصد تعمیم پذیری هرچه بیشتر پوشش بیمه‌های درمانی به خدمات پیشگیرانه و بهداشتی و نیز تشخیص و درمان زودرس بیماری‌ها با گسترش خدمات پیشگیری در سطوح اول و دوم که می‌تواند مانع صرف هزینه‌های بسیار سنگین درمانی برای بیماری‌های پیشرفته گردد.

۳. بکارگیری بهینه نیروهای تحصیل کرده و ماهر پزشک و پیراپزشک و جلوگیری از اتلاف منابع انسانی، صرفه جویی اقتصادی در صرف منابع و سرمایه‌ها و انجام مدیریت و کنترل بهتر هزینه‌ها با استفاده از سازوکارهای پیش بینی شده در طرح.
۴. کاهش بار مراجعات نامربوط و فرساینده به ارایه دهندگان خدمات تخصصی و فوق تخصصی در کنار پررنگ شدن نقش سطوح محیطی در تشخیص و درمان یا ارجاع بیماران به سطوح بالاتر با افزایش متناسب بار مراجعه به پزشکان خانواده.
۵. تقویت و ارتقاء نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به پشتوانه پزشک خانواده، امکان طراحی و تضمین اجرای مراقبت‌های مدیریت شده و همچنین بهبود نظام مراقبت و ثبت بیماری‌ها.
۶. ایجاد حس امنیت و رضایت خاطر در آحاد جامعه بخصوص اقشار آسیب پذیر به دلیل دسترسی عادلانه به خدمات با ثبات و اثربخش سلامت در سطح ملی و افزایش مشارکت ایشان در امور مربوط به سلامت فردی و اجتماعی و نیز امکان ادغام سایر مداخلات مثبت اجتماعی در خدمات گسترده سلامت.
۷. ارائه خدمات یکپارچه توسط تیم سلامت و اجتناب از انجام فعالیت‌های موازی و بعضا در تقابل با یکدیگر توسط ارایه دهندگان خدمت و جلوگیری از سودجویی یا رانت خواری در حوزه سلامت، خصوصا در ارایه خدمات تشخیصی یا درمانی تخصصی و فوق تخصصی.
۸. بهبود دانش، نگرش و عملکرد اقشار مختلف جامعه نسبت به بهداشت و سلامتی از طریق نقش ارزنده تیم سلامت خصوصا پزشک خانواده به عنوان وکیل و مشاور مردم در امر سلامت.

مسئولیت پزشک خانواده

در اینجا لازم است بدانیم پزشک خانواده به چه کسی گفته می‌شود؟ **فردی که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است.** پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها.

پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ی تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و خطر بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. وی می‌تواند برای حفظ و ارتقاء سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسئول اداره کردن تیم سلامت است. پس پزشک خانواده سلسله‌ای مشخص از خدمات بهداشتی - درمانی ارتقایی را به عنوان حداقل برای همه کسانی که تحت پوشش خود دارد

تعهد می‌کند و فراتر از این محدوده فنی، فرد را برای بهره‌گیری از خدمات تکمیلی تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می‌دهد و سلامت‌نگری، محور فعالیت‌های او بوده و هدف کلی آن حفظ و ارتقاء سلامتی جامعه است. هرچند که در کشور ما متأسفانه، بیمارنگری محور فعالیت‌ها در این طرح است! ولی امید اصلاح آن می‌رود. از طرفی اجرای صحیح و موفق برنامه پزشک خانواده نیازمند مشارکت فعال کلیه افراد درگیر در برنامه می‌باشد. در این میان، مشارکت مردم به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول تأمین و توسعه خدمات بهداشتی، امری است اجتناب‌ناپذیر که ضرورت توجه به آن در طراحی و انجام برنامه‌های سلامت، غیرقابل چشم‌پوشی می‌باشد. مطالعات مختلف نیز بیان می‌نمایند که برنامه پزشک خانواده به منظور دستیابی به مدل یکپارچه و کارآمد، نیازمند ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده‌ها و جامعه است.

نظام ارجاع

سوال مهم این است که چرا نظام ارجاع در این طرح مهم است؟ نظام ارجاع به گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی‌تری را در ابعادی وسیع‌تر و با استفاده از فناوری پیشرفته‌تری عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دوسویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان علمی در باره طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در این صورت نظام ارجاع ضمن اولویت بندی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی‌تر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شوند، مؤثر باشد.

سازمان جهانی بهداشت تأکید دارد تقویت ارتباط بین مدیران مرتبط و تدوین یک برنامه اصولی و ایجاد تعامل مناسب بین دستگاه‌ها، شفاف‌سازی ارتباط‌های بین سازمانی و بررسی جزئیات فرایند جاری به منظور سالم‌سازی مسیر جریان ارجاع، اساس کار است و کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت در گزارشی مشکلات نظام ارجاع را به حجم زیاد کاری کارکنان بهداشتی، بعد مسافت، عدم اعتماد به مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین سیستم عرضه خدمات، ناکافی بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان و عدم دسترسی افراد نیازمند، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه‌نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، فقدان پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای این نظام، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف عرضه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان خدمات پشتیبانی از مراکز بهداشتی و درمانی توسط بیمارستان می‌دانند.

بسته خدمات سلامت^۶

خدمات بهداشتی درمانی، یا توانبخشی پایه و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه

^۶ . Health services package

یا فراهم میشود. کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت‌ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی، قرار دارند و هزینه آنها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می‌شود در حالی که هزینه سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح‌های بیمه مکمل و به طور اختیاری تامین شود.

سطح بندی خدمات^۷

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات‌ها و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. خدمات‌ها و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه قرار می‌گیرد:

سطح یک

واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت، اتفاق می‌افتد شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فردمحور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها و مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی خانه بهداشت و پایگاه سلامت تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، ارائه می‌گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیکی (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه میشوند.

پایگاه‌های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. این دسته از خدمات با اولویت برونسپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.

مرکز سلامت جامعه با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف (واگیر و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و روانشناسی بالینی از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در منابع ذیربط، توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

⁷ . Stratification of health services

سطح دو

شامل خدمات تخصصی میشود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار میگیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل میگیرند. اولویت با خرید خدمت از بخش دولتی است.

سطح سه

واحدی در نظام سلامت که خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری دارای اولویت را در چارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح یک و دو قرار می‌دهد و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می‌سازد. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیکی صورت میگیرد.

جامعه تحت پوشش

پزشک خانواده، علاوه بر جمعیت تحت پوشش، برخی مسوولیت‌ها در برابر سلامت محیط، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، مدارس و دیگر اماکن عمومی نیز دارد که از آن‌ها به عنوان جامعه‌ی تحت پوشش پزشک خانواده یاد میشود.

جامعیت خدمات

نظام سلامت باید هر سه نوع خدمت پیشگیری، درمان و توانبخشی را فراهم کند تا بتوان از جامعیت خدمات سخن گفت. برای تامین این مقصود از سازوکار ارجاع، استفاده می‌شود. معنای دیگر جامعیت آن است که علاوه بر درمان بیماری جسمی، نیازهای روانی و اجتماعی شخص نیز در نظر گرفته شود.

در بیمه خدمات سلامت، معنایی دیگر برای جامعیت خدمات قائل شده‌اند و آن اینکه وقتی تجمیع منابع و عرضه بیمه‌ای همه خدمات پیشگیرانه، درمان و توانبخشی کامل باشد، ساختار بیمه به عنوان خریداری آگاه، دارای سازوکارهایی خواهد بود که پیشگیری را در عمل بر درمان، مقدم دارد. پیشگیری دست کم دو مزیت عمده دارد نخست هزینه اثربخشی این خدمات و دیگر ارتقای سلامت که سبب دیرتر بیمار شدن یا کمتر بیمار شدن می‌شود و از این راه امکان زندگی با کیفیت بهتر برای افراد فراهم می‌آید.

در اجرای دستورالعمل، کوشش می‌شود با پیگیری مفهوم نخست جامعیت، حقوق اجتماعی مردم در دست یافتن به مراحل پیشرفته خدمات تشخیص و درمان تامین شود.

دسترسی

فراهم بودن خدمت کافی نیست. باید مردم بی هیچ مانعی بتوانند از خدمات‌هایی که فراهم شده است استفاده کنند. در این حالت می‌توان گفت افراد به خدمات دسترسی یافته‌اند. مهمترین موانع دسترسی مردم به خدمات پزشکی عبارت است از:

- مانع جغرافیایی (دوری راه)
- مانع اقتصادی (پرهزینه بودن خدمت)
- مانع فرهنگی (از جمله، زبان محاوره)
- مانع زمان (فهرست انتظار، معطلی)

خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده

از پزشک خانواده انتظار می‌رود برای کار خود و فرد یا افرادی که با او در مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، کار می‌کنند برنامه ریزی کند، بر اجرای این برنامه‌ها نظارت کند و هدایت (رهبری) تیم را بر عهده گیرد. مجموعه این کارها به مدیریت سلامت تعبیر میشود.

نظام سلامت: نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارائه کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح‌های متفاوتی شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر و از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه میکند.

الف - مدیریت سلامت:

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ثبت داده‌ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی
- تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت‌های مردمی
- همکاری در اجرای برنامه‌های استانی و کشوری
- همکاری در برنامه‌های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم‌های مذکور براساس

پروتکل‌های کشوری

➤ پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت براساس دستورالعمل‌های موجود.

ب- آموزش و ارتقای سلامت

➤ آموزش سلامت

➤ ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت براساس کتاب / کتاب‌های مرجع وزارت بهداشت

نیاز پزشک خانواده به گذراندن دوره‌های عالی بهداشت عمومی (MPH)

از آنجا که اهداف زیربنایی پزشک خانواده را مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت و مراقبت از جامعه تحت پوشش، تشکیل می‌دهد و از طرفی هیچیک از این عناوین به اندازه لازم و کافی در برنامه‌های آموزشی دوران پزشکی عمومی گنجانده نشده است لذا به منظور وصول به این اهداف و کسب آمادگی لازم، نیاز به گذراندن دوره‌های نیمه‌حضوری کوتاه مدت MPH (Master of Public Health) که هم اکنون در چند دانشگاه علوم پزشکی کشور، ارائه می‌شود را بیش از هر زمان دیگری مطرح می‌کند. زیرا با گذراندن این دوره‌ها به آموزش اصول، مبانی و جنبه‌های کاربرد بالینی اپیدمیولوژی، روش تحقیق، روش‌های آماری، اصول مدیریت و برنامه‌ریزی، اقتصاد بهداشت، اصول بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، بهداشت در حوادث و سوانح، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های مسری با تاکید بر نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها، بیماری‌های مرتبط با دفاع بیولوژیک و ... پرداخته می‌شود. ضمناً در طول این دوره‌ها بر دانش نظری و مهارت‌های عملی فراگیران، به نحوی افزوده خواهد شد که قادر به انجام پژوهش‌های عرصه‌ای بالینی و آزمایشگاهی مرتبط با سلامت و بیماری، به کارگیری شیوه‌های مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت، کنترل و گزارش‌دهی صحیح همه‌گیری‌ها و مدیریت خدمات بهداشتی خواهند شد. نگاهی به اهداف اصلی و ویژه این دوره‌ها لزوم ارائه آن به پزشکان خانواده را روشن‌تر خواهد کرد:

اهداف اصلی دوره‌های MPH

- ۱ - کسب دانش و مهارت حفظ و ارتقاء سلامتی فرد و جامعه
- ۲ - فراگیری دانش و مهارت‌های مرتبط با پیشگیری سطح اول، دوم و سوم
- ۳ - فراگیری دانش و مهارت‌های مدیریتی در سیستم‌های بهداشتی
- ۴ - فراگیری دانش و مهارت‌های لازم به منظور انجام پژوهش در امر سلامت و بیماری
- ۵ - فراگیری دانش و مهارت نحوه بررسی، کنترل و گزارش‌دهی همه‌گیری‌ها

اهداف ویژه دوره های MPH

- ۱ - درک هرچه عمیق تر مفهوم بهداشت عمومی و آشنایی با وظایف و کاربردهای آن
 - ۲ - آشنایی با چشم انداز بهداشت عمومی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در هزاره سوم میلادی
 - ۳ - یادگیری دامنه فعالیت های بهداشت عمومی
 - ۴ - کسب آگاهی و مهارت کافی در زمینه اپیدمیولوژی پایه و بالینی به منظور به کارگیری مطلوب آن در طول دوره اشتغال پزشکی و از جمله در عرصه های پزشکی خانواده
 - ۵ - تدوین و به کارگیری پرسشنامه های (Questionnaire) متناسب با شیوه های مختلف مطالعات اپیدمیولوژیک
 - ۶ - توانایی تشخیص اپیدمی ها و سامان دهی (Management) و کنترل آن ها
 - ۷ - کسب توانایی در زمینه آموزش به اقشار مختلف مردم و ارائه طرح های پژوهشی در زمینه بیماری ها
 - ۸ - آشنایی و به کارگیری اصول، مبانی، اهداف و فعالیت های بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با این معیارها در حوزه بهداشت عمومی، تداخل و تشابه دارد و به کارگیری آن در راستای حفظ و ارتقای سلامت
 - ۹ - کسب توانایی شناخت مشکلات بهداشتی، مهارت های مدیریتی و روحیه کار گروهی به منظور ایجاد تغییر و توسعه در امر بهداشت عمومی
 - ۱۰ - تعیین نیازهای بهداشتی و شناسایی عوامل و خطراتی که سلامت فرد و جامعه را تهدید می کند
 - ۱۱ - کسب توانایی ارزشیابی وضعیت بهداشتی جامعه و یافتن نقاط قوت و ضعف آن و اولویت بندی نیازها
 - ۱۲ - تعیین سیاست ها و برنامه های کوتاه و درازمدت و هماهنگ با تدابیر سازمان جهانی بهداشت برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت فرد و جامعه
 - ۱۳ - سالم سازی محیط زیست، افزایش سطح آگاهی های بهداشتی جامعه، بیماریابی و مهار بیماری های واگیر و پیشگیری از ابتلاء به بیماری ها
 - ۱۴ - ارتقاء سطح و تغییر سبک زندگی و اصلاح رفتارهای خطرناک فردی و اجتماعی در جهت تامین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی برای تحقق، حفظ و ارتقای سلامت و توسعه جامعه.
 - ۱۵ - کسب مهارت های لازم به منظور برنامه ریزی، ساماندهی و مدیریت بحران در بلایا.
- آیا گذراندن این دوره ها و کسب دانش و مهارت های مورد اشاره، باعث ایجاد تحول اساسی در کیفیت خدمات پزشک خانواده نخواهد شد؟.

تحول سلامت و پزشک خانواده

معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت در برنامه خود مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، با تحلیل وضعیت و با استفاده از خرد جمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر شش برنامه و چندین پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرده است:

- ارتقاء شاخص های سلامت
- افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت

- عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی
 - بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت
 - اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
 - اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت
- با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، معاونت بهداشت نیز در راستای سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال ماه‌ها کارفشرده کارشناسی و تبادل نظر با خبرگان، افراد مجرب حوزه سلامت و معاونین بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، طرح تحول در حوزه بهداشت کشور را در قالب ۱۵ برنامه ملی و ۱۰ پروژه پشتیبان تدوین نمود. اجرای این برنامه‌ها طی سال‌های گذشته در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی آغاز شده و به تدریج در کل کشور، توسعه می‌یابد.
- برنامه ارتقاء کمی و کیفی آرایه مراقبت‌های اولیه سلامت به روستاییان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر در قالب پزشک خانواده روستایی
 - برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق جمعیت حاشیه نشینان شهری
 - برنامه ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر و تداوم آن به سایر شهرها (شامل کلانشهرها)
 - تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران و ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم
 - برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری‌های بین بخشی
 - برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)
 - برنامه تحول سلامت دهان و دندان
 - برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر
 - برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری (خوشبختانه بخشی از اهداف این برنامه در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که اخیراً به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و توسط ریاست جمهوری دولت سیزدهم جهت اجرا به سازمان برنامه و بودجه، وزارتخانه‌های تابعه و بویژه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ابلاغ گردیده است بسیار پررنگ، پرمحتوا و عملیاتی، مورد تاکید قرار گرفته است و لذا **پژشکان خانواده، علاوه بر اجرای آن وظیفه دارند جمعیت تحت پوشش خود را با مزایای این قانون و حقوق بهداشتی آنان آشنا نمایند**).
 - برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه

- برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی
- برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر
- برنامه کاهش رفتارهای پرخطر و HIV
- برنامه سلامت در بلایای طبیعی و انسان ساخت

پروژه‌های پشتیبان برنامه تحول بهداشت

- توانمند سازی مدیران و کارکنان بخش بهداشت کشور
- تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور
- مشارکت و همکاری بخش‌های دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات Public- Private Partnership (PPP)
- تهیه و تدوین بسته‌های خدمات بهداشتی درمانی سطح اول (مشمول بر ۱۱ بسته خدمت طبق دستورالعمل شرح خدمات سطح اول)
- ارتقای نظام فن آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
- استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت در کشور
- همکاری با مراکز آموزشی به منظور بهره مندی از ظرفیت آنها
- استقرار نظام دیده بان حوزه سلامت
- ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی (اورژانس ۱۱۵) به ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر
- همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش‌های کاربردی.

منابع

1. Hatami H. Importance of water and water-borne diseases: On the occasion of the world water day (March 22, 2013). Int J Prev Med. 2013;4:243-5. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/62-IMPORTANCE-OF-WATER.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
2. Hatami H, Hatami M, Hatami N. The Religious and Social Principles of Patients' Rights in Holy books (Avesta, Torah, Bible, Quran) and Traditional Medicine Resources, International, J Relig Health, 2013; 52:223-234, DOI 10.1007/s10943-012-9619-4. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/56-PATIENTS-RIGHTS.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
3. Hatami H, Hatami M, Hatami N. Health Orientation, Research Centeredness and Realism in Avicenna's Canon of Medicine, Iran Red Crescent Med J 2012; 14(6):331-336. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/46-HEALTH-ORIENTATION.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
4. Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran. Public Health services insurance Journal 2005; 27(8): 14-16.
5. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd, Journal of School Health, Yazd, 2009.
6. Davoudi S, Jamshidi H. Worry story of our family physician, Iran republic Islamic medical council. Available from: URL: <http://www.Irimc.org/News List.aspx?id=5522>
7. Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Health administration. Hades Emroz press; 2005. [Persian].

8. Stange KC, Jaen CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. *J Fam Pract* 1998; 5(46): 363-80.
 9. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 2(12): 143-47.
 10. Hoveida H. Family physician, sarmayeh. Available from: <http://www.sarmayeh.net/ShowNews.php?28076>.
 11. Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20 and 21st centuries, Ministry of Health and Medical Education, Nashreh Tends 1999; PP. 13-192.
 12. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998; 5(87): 1089-98.
 14. Kolta T. The determination of patient satisfaction as a part of quality management in hospital *Dtsch Med Wochen*. 1996; 121(28-29): 889-95.
 15. Nasrollahpour SH, Ashrafian AH, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki Mohammad R, Shabestani MA, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of IRAN, JBUMS, 2008.
 16. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept. *Soc Sci Med* 1994; 4(38): 509-16.
 17. WHO. The role of hospital in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation, 1981; PP. 44-63.
 18. Malekafzali H. Lack of Doctors justification family physician plan, Iran ministry of health. Available from: URL:<http://www.qudsdaily.com/archive/2007/page63.html>. [Persian]
 19. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. *Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. P.38. [Persian].
 20. Ghoharnejhad S. Health system decentralization on Iran University and Medical science. *Proceeding of 5th National Congress of HealthCare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. p.32. [Persian].
 21. Gut kin Cal. Opportunities in the specialty of family medicine. *Can Fam Physician* 2008; (2) 54: 320.
- ۲۲ - دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری نسخه ۰۱ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمانهای بیمه.
- ۲۳ - سیف ربیعی م ع، شهیدزاده ماهانی ع. رضایت بیماران بستری در بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی. ۲۷۱ - ۲۷۹، همدان و عوامل موثر بر آن، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره چهارم، پاییز ۱۳۸۵
- ۲۴ - ملک افضلی ح، کیقبادی ک. بررسی کارایی خانه های بهداشت شهرستان تنکابن از طریق محاسبه شاخص های مرگ و تولد. ۴۱-۱۳۶۳، ۴۳، مجله دارو و درمان، سال اول، شماره ۴
- ۲۵ - خداویسی م، فتحی ی. بررسی میزان رضایت روستاییان حومه شهر همدان از خانه های بهداشت، مجله علمی دانشگاه علوم. ۵۲-۵۵: پزشکی همدان، سال چهارم، شماره ۱۰، پائیز و زمستان ۱۳۷۵
- ۲۶ - اسماعیل مطلق، محمد، همکاران. رضایت اعضای تیم سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی، استان های شمالی ایران، ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه دوره نهم شماره سوم، پی در پی ۳۲، مرداد و شهریور ۱۸۷، ۱۳۹۰-۱۸۰
- ۲۷ - سیستم بسته خدمت تیم سلامت و پزشک خانواده: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۲۸ - دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، نسخه شماره ۱۶، سال ۱۳۹۵.
- ۲۹ - پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران
- ۳۰ - دستورالعمل برنامه "پزشک خانواده و نظام ارجاع" در منطق شهری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، چاپ سوم، ۱۳۹۱.
- ۳۱ - برنامه تامین گسترش و مراقبت های اولیه سلامت از طریق تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (نسخه ۰۳)، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، ۱۳۹۴.
- توضیح این که این مطلب، برگرفته از پایان نامه دوره MPH نگارنده است.