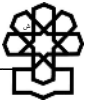


به نام خدا

## نگاهی بر نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده

### فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۶.....	۱. بررسی تجربیات سایر کشورها - اصلاحات در راستای اجرای طرح پزشک خانواده
۲۰.....	۲. جمع‌بندی تجربیات کشورها
۲۲.....	۳. نظام ارجاع در ایران از دید قانون
۲۷.....	۴. چالش‌های اساسی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران
۳۱.....	۵. نقد و بررسی سیاست تربیت نیروی متخصص پزشک خانواده
۳۶.....	۶. پیشنهادهای
۳۸.....	منابع و مأخذ



در این شرایط، به نظر می‌رسد، تربیت نیروی متخصص پزشک خانواده که در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است جای تأمل و بررسی بیشتری دارد. پس از بررسی کاریکولوم پزشک عمومی و برخی رشته‌های تخصصی، مصاحبه با برخی خبرگان نظام سلامت و نتایج مطالعاتی که با هدف ارزیابی نظام ارجاع در کشور انجام شده‌اند، پیشنهاد می‌شود به منظور تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای موفق و سریع نظام ارجاع، استراتژی جایگزینی پزشک خانواده با پزشکان عمومی به کار گرفته شود.

### مقدمه

ضرورت اصلاح نظام سلامت کشور، علیرغم تمامی موفقیت‌هایی که ساختار شبکه‌های بهداشت و درمان پس از انقلاب اسلامی به همراه داشت، از برنامه سوم توسعه در سرفصل سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. یکی از رویکردهای مهم در برنامه چهارم توسعه کشور در بخش سلامت، شکل‌دهی نظام ارجاع و اعمال سطح‌بندی خدمات بود و مطابق بند «ب» ماده (۹۱) آن<sup>۱</sup> مقرر شده بود تا پایان برنامه تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با

۱. ماده (۹۱) - به منظور افزایش اثربخش نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

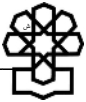
الف) کلیه شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند.

ب) تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

## نگاهی بر نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده

### چکیده

سازمان بهداشت جهانی اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده را یکی از اقدام‌های اساسی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها، برقراری عدالت در سیستم‌های مراقبت سلامت می‌داند. در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، نظام ارجاع برای حل این مشکل و مدیریت خدمات سلامت جامعه راه‌اندازی شده است. در ایران نیز متعاقب تکالیف قانون برنامه چهارم توسعه (بند «ب» ماده (۹۱))، مقرر شده بود تا پایان برنامه (سال ۱۳۸۸) نظام ارجاع در کل کشور به اجرا درآید. با ملاحظه تحقق نسبی ماده مذکور (این طرح فقط در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت به اجرا درآمده است و مراحل اجرایی گسترش آن به سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری آغاز شده است) در قانون برنامه پنجم توسعه (بندهای «ج» و «د» ماده (۳۲)، بند «ج» ماده (۳۴) و بند «الف» ماده (۳۵)) نیز مجدداً بر لزوم تداوم و تکمیل اجرای نظام ارجاع تأکید شده است. علیرغم اینکه اجرای صحیح این طرح، گام مهمی در اصلاح نظام سلامت کشور به‌شمار می‌رود، اما در عمل با چالش‌های اساسی از جمله نحوه تأمین منابع مالی مورد نیاز و کمبود نیروی انسانی برای تشکیل تیم سلامت روبرو است.



محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع فراهم گردد. به عبارتی در ابتدای سال ۱۳۸۹ باید طرح پزشک خانواده در کل کشور به اجرا درمی‌آمد، ولی در حال حاضر این طرح فقط در روستاها و شهرهای با بیش از ۲۰ هزار نفر جمعیت به اجرا درآمده و مراحل اجرایی گسترش آن به سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری آغاز شده است.

بر اساس اینکه در قانون برنامه پنجم توسعه (مواد (۳۲)، (۳۴) و (۳۵))<sup>۱</sup> نیز

(ج) به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

(د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

(ه) تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواری در طول برنامه چهارم بر اساس سرانه واقعی خواهد بود که سالیانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد.

(و) آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه‌ماه از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

۱. ماده (۳۲ ج) - سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدیگری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمترتوسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

(د) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنا در بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیئت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

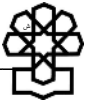
ماده (۳۴ ج) - به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

ماده (۳۵ الف) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

تکالیفی در زمینه پزشک خانواده و نظام ارجاع به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محول شده است. بررسی روند اجرای طرح و علل عدم اجرای کامل و جامع آن نشان می‌دهد که عدم حضور پزشکان در برخی مراکز، چندگانگی سیاست‌ها، عدم تجمیع منابع مالی، تعدد بیمه‌گرها و نبود اعتقاد و تعهد برخی مسئولین به اجرای برنامه از جمله چالش‌های اساسی هستند.

در شرایطی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای انجام تکالیف قانونی خود در زمینه طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع با چنین مشکلاتی روبرو است، مشاهده می‌شود که برای تأمین پزشک در تیم سلامت، سیاست تربیت نیروی متخصص پزشک خانواده را در دستور کار خود قرار داده و نگرانی‌های بیشتر خیرگان حوزه سلامت را از آینده برنامه پزشک خانواده فراهم کرده است.

این درحالی است که مطابق آمارهای منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص وضعیت پزشکان خانواده مراکز مجری برنامه در سال ۱۳۸۸، در ۳۷۵۸ مرکز شهری و روستایی، با وجود فعالیت ۵۲۹۶ پزشک، با ۱۵۵۴ نفر کسری پزشک روبرو بودند. از طرفی ظرفیت کنونی کشور برای تربیت نیروی متخصص در تمام رشته‌های پزشکی سالیانه حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر است و عملی بودن تربیت حدود ۳۰ هزار نفر متخصص پزشک خانواده در یک دوره مثلاً ده‌ساله در پرده ابهام است و ضمناً تربیت متخصصین پزشک خانواده به تعداد ۳۰ هزار نفر خود مساوی است با ابطال فلسفه پزشکی خانواده و با اصل برنامه یعنی پرهیز از تخصص‌گرایی، مغایرت دارد. در همین راستا این گزارش به نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده پرداخته است.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سند ملی توسعه بخش سلامت، خود را متعهد کرده بود که تا پایان برنامه چهارم توسعه (ابتدای سال ۱۳۸۹) طرح پزشک خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد، با نگاهی به بررسی‌ها و مطالعاتی که در ارزیابی این طرح (نظام ارجاع) صورت گرفته‌اند متوجه می‌شویم که در حال حاضر (۱۳۹۰)، این طرح در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت به اجرا درآمده و در مرحله گسترش به شهرهای با بیش از ۲۰ هزار نفر جمعیت است<sup>۱</sup> و مراحل اجرایی آن در سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری آغاز شده است.

برخی از بررسی‌ها نیز نشان از نارضایتی نسبی بهره‌مندان از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع و شکایت‌ها و نارضایتی‌های فراوان پزشکان و اعضای تیم پزشک خانواده دارد.<sup>۲</sup> در حالی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موفق به اجرای کامل تکالیف مقرر در برنامه چهارم توسعه نشده، تکالیفی نیز در زمینه اجرای نظام ارجاع در قانون برنامه پنجم برعهده او گذاشته شده است. در این شرایط باید گفت اقداماتی که در زمینه تربیت نیروهای متخصص پزشک خانواده در وزارت بهداشت در جریان است، علاوه بر آنکه در شرایط کنونی کشور هزینه اثربخش نیست، سرعت رسیدن به اهداف تعیین شده در قانون برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت را بیش از پیش می‌کاهد. این گزارش در نظر دارد، با نگاهی اجمالی به نظام ارجاع در چند کشور جهان و ایران و بررسی چالش‌های آن، به راهکارهای تأمین نیروهای انسانی مورد نیاز برای اجرای این طرح بپردازد.

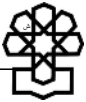
۱. فرانک فرزندی و همکاران.

۲. مفتون و همکاران.

## ۱. بررسی تجربیات سایر کشورها - اصلاحات در راستای اجرای طرح پزشک خانواده

### ۱-۱. ایالات متحده آمریکا

در ایالات متحده، شناخت این نکته که درک بهتر از ارائه خدمات، به سلامت مطلوب‌تر منجر می‌شود، باعث شده است که در سال ۱۹۸۵ کنگره آمریکا «سازمان پژوهش‌ها و سیاست‌های مراقبت‌های سلامت» را تأیید کند. این سازمان جدید با یاری تلاش‌های مردمی سعی در ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت دارد. در این کشور «مرکز مراقبت‌های اولیه» به‌عنوان کانونی برای پژوهش‌های پزشکی خانواده فعالیت می‌کند. در آمریکا پزشکی خانواده از سال ۱۹۶۹ به‌عنوان بخشی از پزشکی عمومی تأسیس شد. در سال ۱۹۷۱، فرهنگستان پزشکی عمومی آمریکا به آکادمی پزشکان خانواده آمریکا تغییر نام داد تا با دقتی بیشتر ماهیت درحال تغییر مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در آمریکا منعکس سازد. این فرهنگستان امروزه بیش از ۸۵ هزار عضو دارد و دومین سازمان بزرگ پزشکی تخصصی در کشور محسوب می‌شود. علاوه بر این، سازمان‌های دیگری در رابطه با پزشکی خانواده و پژوهش در این زمینه ایجاد شده است، که بزرگ‌ترین آنها انجمن مدرسین پزشکان خانواده است. در زمان ایجاد تخصص پزشکی خانواده در هیچ‌یک از دانشکده‌های پزشکی دیپارتمان پزشکی عمومی یا پزشکی خانواده وجود نداشت. اخیراً در ۱۱۵ دانشکده از ۱۲۵ دانشکده موجود، بخش پزشکی خانواده راه‌اندازی شده است. این بخش‌ها تأثیراتی بسیار متفاوت از خود برجا گذاشته‌اند که کمترین آن تأثیر بر



برنامه درسی دانشجویان پزشکی است تا بیشترین آن که تأثیر بارز بر دانشجویان پزشکی در هر مؤسسه است.

در ابتدای سال ۱۹۹۸، ۶۶۵ دوره رزیدنسی پزشک خانواده در آمریکا مورد تأیید قرار گرفت، که در مجموع، سالیانه بیش از ۳۰۰۰ پزشک خانواده را تعلیم می‌دهند. اگرچه تعداد متخصصان و دارندگان مدارک رشته‌های فوق تخصصی به مراتب بیش از پزشکان خانواده در آمریکاست، تغییر در نحوه ارائه مراقبت‌های بهداشتی در چند سال اخیر، به‌ویژه ظهور انواع سازمان‌ها با مدیریت کنترل شده، نیاز به پزشکان ورزیده و پزشکان خانواده که دارای مورد تخصصی هستند را افزایش داده است. به همین دلیل از سال ۱۹۹۵ پزشکی خانواده با سرعتی به مراتب بیشتر در آمریکا گسترش یافت و به اهمیت آن بیش از پیش افزوده شد.

## ۱-۲. انگلستان

در بریتانیا یک سیستم ملی، مراقبت‌های سطوح دوم و سوم را برقرار کرده و مراقبت‌های سطح اول را به‌صورت پیمانکاری به بخش خصوصی واگذار کرده است. درصد پزشکان شاغل در سیستم مراقبت‌های اولیه در این کشور ۵۰ درصد و درصد فارغ‌التحصیلان جدیدی که وارد این فیلد می‌شوند، ۲۶ درصد است. در بریتانیا دانشجویان پزشکی پس از دبیرستان وارد یک دوره پنج‌ساله شده و سپس ۱۲ ماه دوره اینترنتی را می‌گذرانند و پس از آن مجاز به کار یا انتخاب تخصص می‌شوند. اگر دانشجویی مایل بود در فیلد General Practice کار کند، پس از اینترنتی دوره

مربوطه را می‌گذرانند. در بریتانیا پزشکان خانواده در داخل بیمارستان نقشی ایفا نمی‌کنند.

در گزارش جامع دولت تحت عنوان، «ارائه مراقبت‌های اولیه در آینده»، یک طرح اصلاحی همراه با پژوهشی مرتبط با آن در زمینه استفاده از پزشکان خانواده در مراقبت‌های اولیه شرح داده شد. این طرح به‌منظور ایجاد یک نظام بهداشتی یکپارچه با کیفیت بالا ارائه شد. به‌علاوه، یک نظام تأمین بودجه برای پژوهش‌ها ایجاد شده که هزینه پژوهش‌ها در مراقبت‌های اولیه را بیش از دو برابر کرده است.

## ۱-۳. نیوزلند

نیوزلند، مانند بسیاری از کشورهای دیگر، اصلاحات وسیعی را که عمدتاً مالی بودند، تجربه کرده است. شیوه‌های جدید تأمین بودجه مراقبت‌های سلامت تجربه شد و نظام پرداخت سرانه که در مقابل نظام پرداخت در قبال ارائه خدمات فعلی قرار می‌گرفت، با پیش‌بینی جلب تعداد بسیاری از پزشکان عمومی جهت تأمین بودجه طی سه سال اجرا شد. دولت نیوزلند قصد داشت این حرفه را به سمت رویکردی جامعه‌نگر سوق دهد و در تدارک نظام پاداش برای آن دسته از پزشکان عمومی بود که از عهده پیامدهای کار با مردم نیازمند خدمات سلامت برآیند. در غیر این‌صورت، برنامه‌ریزی نیروی کار کافی نبوده و انگیزه مالی برای ارتقای کیفیت وجود ندارد.

آموزش حرفه‌ای و اعتباربخشی مجدد تمام پزشکان از نظر قانونی مورد تأیید قرار گرفته است. در نتیجه، کالج رویال پزشکان عمومی نیوزلند، باقی ماند و ۹۸



درصد پزشکان عمومی خود را به عنوان عضو حفظ کردند. تمامی پزشکان شاغل در این حرفه، ملزم به شرکت در برنامه توسعه حرفه‌ای هستند.

دولت بودجه برنامه‌های آموزش حرفه‌ای پزشکان عمومی را تأمین می‌کند و به این ترتیب توانسته است، سالیانه ۵۰ پزشک عمومی را در برنامه آموزش فشرده بالینی بپذیرد. دانشکده برنامه فشرده‌ای را به صورت سمینار برای پزشکانی که برنامه کامل را نگذرانده‌اند اجرا می‌کند. فارغ‌التحصیلان جدیدی که آموزش حرفه‌ای را نگذرانده‌اند، نمی‌توانند به طور مستقل کار کنند. بودجه برنامه بسیار اندک و سالیانه تعیین می‌شود. مسیر آینده به سمت افزایش تعداد دوره‌های آموزش پزشکان عمومی طی سال‌های حضور در بیمارستان (که قبل از آموزش بالینی فشرده است) پیش می‌رود. در این کشور تصور ایجاد راه مستقیمی از آموزش دانشگاه - محور به تحصیلات تکمیلی، از طریق آموزش حرفه‌ای و حفظ استانداردهای موجود به تدریج به واقعیت نزدیک می‌شود.

#### ۴-۱. پاکستان

در کشور پاکستان پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی اولین تماس مردم با بخش‌های مراقبت‌های بهداشتی را - به‌ویژه در روستاها - برقرار می‌کنند. علیرغم پیوستن پزشکان به «پزشکی خانواده یا پزشکی عمومی» هیچ برنامه آموزشی در این ارتباط در سطح دوره آموزش پزشکی عمومی وجود ندارد. برنامه‌های مداوم آموزش پزشکی برای پزشکان خانواده اجباری نیست و دولت هیچ علاقه‌ای به روزآمد کردن دانش در این زمینه مهم از خود نشان نمی‌دهد. به دلیل نظارت ضعیف دولت، تعداد

پزشکان دروغین روزبه‌روز بیشتر می‌شود به طوری که در بسیاری از شهرها و روستاها دیده می‌شوند.

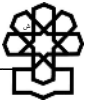
پس از تلاش‌های پیگیر جامعه پزشکان خانواده در پاکستان، برنامه M.C.P.S در پزشکی خانواده توسط دانشکده پزشکان و جراحان پاکستان آغاز شده است و تعداد زیادی از پزشکان، این دوره آموزشی را با موفقیت سپری کرده‌اند.

امتحان فلوشیپ نیز توسط دانشکده پزشکان و جراحان در پاکستان برگزار می‌شود. این پزشکان می‌توانند به دپارتمان‌های پزشکی خانواده در دانشکده‌های پزشکی ملحق شوند.

جامعه پزشکان خانواده پاکستان، هر ساله برنامه‌های آموزش پزشکی مداوم را برگزار می‌کنند که شامل یک سمینار بالینی دو ساعته در هفته است. همچنین همایش بزرگی در سطح وسیع در رابطه با پزشکی خانواده توسط جامعه پزشکان خانواده پاکستان، هر ساله برگزار می‌شود. در این همایش‌ها پزشکان خانواده و دیگر متخصصان شرکت می‌کنند.

اعضای جامعه پزشکان خانواده پاکستان، به طور مرتب در همایش‌های سازمان جهانی پزشکان خانواده که در خارج از کشور و در کشورهایی مانند کانادا، فیلیپین، هنگ‌کنگ، چین، آفریقای جنوبی و دUBLIN برگزار می‌شود، شرکت می‌کنند. اعضای این جامعه در همایش‌های بهداشت جهانی روستاها نیز نقش فعالی دارند.

کالج پزشکان خانواده نیز توسط جامعه پزشکان خانواده پاکستان شکل گرفت که دانشکده‌هایی در شهرهای بزرگ پاکستان دارد. جامعه پزشکان خانواده پاکستان



در تلاش است تا دپارتمان‌های پزشکی خانواده را در دانشکده‌های پزشکی پاکستان برقرار کند. دولت پنجاب قول مساعدت در این مورد داده است.

اعضای جامعه پزشکی خانواده در پاکستان در تلاش هستند تا برنامه‌های بهداشت روستایی را بر طبق سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت خانواده آغاز کنند. طرح اولیه این پروژه تقدیم دولت شده است.

### ۵-۱. آفریقای جنوبی

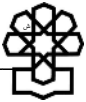
دولتی که پس از رژیم نژادپرست آفریقای جنوبی بر سر کار آمد، اصلاحات وسیعی در بخش سلامت به وجود آورد. تغییر و بازسازی ساختار نظام سلامت در راستای مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع، اولین اقدام در تحقق خط‌مشی جدید مراقبت‌های سلامت بود. اقدامات دیگر شامل توسعه نظام بهداشتی مناطق که باعث ادغام خدمات مجزا می‌شود و تمرکززدایی اختیارات و مشارکت عمومی بود. سیاست‌های جدید مراقبت‌های سلامت همچنین حامی اصول اولیه و حرفه پزشکی خانواده در آفریقای جنوبی است. از این رو، بهای بیشتری به نقش پزشکان عمومی داده می‌شود و پزشک خانواده در هر دو بخش خصوصی و دولتی به عنوان عضو اصلی تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در نظر گرفته شده است. علاوه بر این، سلامت مردم روستاها، برای اولین بار در تاریخ، در اولویت قرار گرفته است. این امر همراه با در نظر گرفتن کار پزشکان در روستاهاست. نظام اجباری یک‌ساله خدمات اجتماعی برای دوره بعد از انترنی از سال ۱۹۹۸ اجرا شد. اگرچه این مسئله باعث نارضایتی پزشکان جوان شد ولی این فرصت به علت تأثیرگذاری بر دانش، مهارت و نگرش پزشکان جوان غنیمت

بود. هدف نهایی این است که این امر را تا حد آموزش حرفه‌ای اجباری برای پزشکی خانواده گسترش یابد.

تمامی هشت دانشکده پزشکی موجود در این کشور دارای دپارتمان پزشکی خانواده هستند که دوره تخصص در پزشکی خانواده و آموزش جامعه‌نگر را برای دانشجویان پزشکی برگزار می‌کنند. این دپارتمان‌ها جهت دستیابی به هماهنگی در مسائل آموزشی، ارتقای کیفیت برنامه تخصص پزشکی خانواده یک ائتلاف ملی را ایجاد کرده‌اند. در آفریقای جنوبی General Practice به پزشکی اطلاق می‌شود که بعد از تکمیل یک سال دوره کارورزی وارد این رشته می‌شود.

فرهنگستان مراقبت‌های اولیه یا پزشکی خانواده آفریقای جنوبی که مدافع منافع علمی تعداد زیادی از پزشکان عمومی است، ابتکارات آموزشی بسیاری به شرح زیر ارائه داده است:

- برگزاری کنگره موفق بهداشت روستایی جهان دوم که به تهیه بیانیه دوربان انجامید،
- تهیه نشریه پزشکی خانواده آفریقای جنوبی،
- تعیین گروه‌های نظارتی برای کنترل کیفیت بهداشت روستا، بهداشت زنان، آموزش پزشکی مداوم و آیدن،
- برقراری شبکه اطلاع‌رسانی کشوری در مورد فعالیت‌های گسترده آموزش پزشکی مداوم،
- برپایی منظم همایش‌های ملی و منطقه‌ای،
- برپایی شبکه پژوهشی.

**۱-۶. قرقیزستان**

این کشور نمونه موفقی از توسعه برنامه‌های آموزش تخصصی رشته پزشکی خانواده در جمهوری شوروی سابق است. در سال ۱۹۹۸، هجده نفر پزشک خانواده جدید فارغ‌التحصیل شدند. این برنامه به‌عنوان بخشی از برنامه‌های اصلاحی وزارت بهداشت قرقیزستان تدوین شد و از طریق همکاری دولت و بخش خصوصی در داخل و خارج از کشور به انجام رسید.

**۱-۷. مجارستان و لهستان**

در سال ۱۹۹۴ مؤسسه ملی پزشکی خانواده مجارستان و دولت محلی به اتفاق، یک برنامه جامعه‌نگر در بوداپست تدوین کردند. پزشکان خانواده شاغل بر این آموزش نظارت داشتند. این برنامه به‌عنوان یک طرح نمایشی برای کشور مورد استفاده قرار گرفت تا بتواند در شناسایی موانع موجود بر سر راه ارائه مراقبت‌های اولیه و ارتقای آن کمک کند. درحال حاضر، اصلاحاتی درحال بررسی است که بتواند نظام سابق مراقبت‌های سلامت که تأکید بیش از حد روی آموزش حرفه‌ای تخصصی داشت را با نظام جدید و واحدی جایگزین کند که دارای پایه محکمی از مراقبت‌های اولیه باشد. اصلاحات مشابهی در کشور همسایه، لهستان درحال انجام است و هر دو کشور به‌وسیله الزام به ارجاع توسط یک پزشک عمومی درحال محدود ساختن میزان مراجعه به متخصصان هستند.

**۱-۸. اوگاندا**

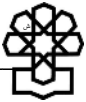
پزشکان جامعه اوگاندا با همکاری گروه پزشکان خانواده، از کشور کانادا برنامه سه‌ساله آموزشی تخصصی را در این کشور، آغاز کردند. از طریق این برنامه، پزشکان خانواده تربیت می‌شوند تا به مردمی که در مناطق دورافتاده و محروم اوگاندا زندگی می‌کنند مراقبت‌های پیشگیری فوری ارائه دهند.

**۱-۹. ترکیه**

وزیر بهداشت ترکیه با همکاری بانک جهانی به‌منظور ایجاد پایه مؤثر برای آموزش و حرفه پزشکی، یک طرح آزمایشی را برای دو ایالت محروم آغاز کرده است. هدف از این طرح اصلاح مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که شامل بنا نهادن نظام پزشکی خانواده به‌منظور بهبود بخشیدن به دسترسی و کیفیت مراقبت است. آموزش تخصصی در پزشکی خانواده همچنان دارای نقش مهمی در اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی، ارتقای کیفیت مراقبت و توزیع و هزینه اثربخشی خواهد بود.

**۱-۱۰. برزیل**

در سال ۱۹۹۴ دولت برزیل به‌منظور کمک به بهبود کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی برنامه تأسیس درمانگاه‌های چندتخصصی سلامت خانواده را در یکصد شهر آغاز کرد. احداث این مراکز منجر به ایجاد نیاز برای تربیت پزشکان خانواده شد. در یک همکاری بین دانشگاه‌های برزیل و کانادا برای پزشکان شاغل در درمانگاه‌ها برنامه‌های آموزشی تدوین شد. این برنامه‌ها به پزشکان خانواده کمک کرد تا بتوانند



شایع‌ترین مسائل پزشکی را در درمانگاه‌ها شناسایی و به‌طور مؤثر درمان کنند، نقش خود را در تیم مراقبت‌های سلامت تعریف کنند و همچنین چگونگی اداره طرح‌های گروهی را بیاموزند.

### ۱-۱۱. ویتنام

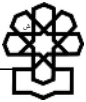
کشور ویتنام نیز مانند بسیاری از کشورهایی که اقتصادشان در حال شکوفایی است با کمک بانک جهانی طرحی اصلاحی را آغاز کرده است که تا سال ۲۰۰۳ روی بیش از نیمی از جمعیت کشور اثر گذاشت. هدف از این طرح بالا بردن کیفیت مراقبت در تمام زمینه‌های مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه در پانزده استان محروم‌تری است که مراقبت‌های اولیه غیرمستمر دریافت می‌کنند. این طرح نشان داد که صرف هزینه نامناسب در مراقبت‌های درمانی به‌جای مراقبت‌های پیشگیری باعث دسترسی مشکل‌تر محرومان به خدمات درمانی شده است به‌علاوه، برنامه‌های آموزشی جدیدی در حال تدوین است که خودآموزی و تدریس خصوصی را برای پزشکانی که در مناطق دور دست فعالیت می‌کنند ممکن می‌سازد.

### ۱-۱۲. جمهوری شوروی سابق

در طول حکومت شوروی سابق شاخص‌های بهداشتی این کشور با ملت‌های پیشرفته اروپای غربی برابری می‌کرد، اما از سال ۱۹۸۹ این شاخص‌ها به‌طور قابل ملاحظه‌ای رو به وخامت نهاده‌اند. امید به زندگی در روسیه به پنج سال و نیم کاهش یافته است. افزایش در میزان سل، اسهال و بیماری‌های آمیزشی در بسیاری از مناطق نگران‌کننده

است به احتمال قوی نظام‌های بهداشتی مسئول این تغییرات هستند. در گذشته منابع با بازدهی کم مورد استفاده قرار می‌گرفتند. برای مثال در مقایسه با بقیه نقاط دنیا، تعداد تخت‌های بیمارستانی، پزشکان و به‌ویژه متخصصان بیشتری برای هر فرد وجود داشت. از سوی دیگر این نظام‌ها خود را با نقش روزافزون بیماری‌های مزمن مانند سرطان و بیماری‌های قلبی - عروقی وفق نداده بودند، اما مهمتر از همه اینها هنوز نیاز برای تربیت پزشکان مراقبت‌های اولیه کارآمدی که بر پیشگیری تأکید می‌کردند و مراقبت‌های اولیه را برای همه فراهم می‌کردند آشکار نشده بود. تقریباً تمام کشورها در جمهوری شوروی سابق اکنون برای آموزش و بازآموزی پزشکان عمومی به‌منظور بهبود بخشیدن به کیفیت مراقبت از منابع و افراد استفاده می‌کنند.

در طی چند سال گذشته در روسیه اقدامات اولیه متعددی در جهت ایجاد پزشکی خانواده به‌عنوان عنصر عمده‌ای در ارائه مراقبت‌های سلامت انجام شده است. این تلاش‌ها نه تنها در شهرهای بزرگی مانند مسکو و سن‌پترزبورگ بلکه در نواحی دیگری نیز که دور از مراکز جمعیت غرب روسیه هستند صورت گرفته است. وزیر بهداشت روسیه و دیگر سازمان‌های دولتی و خصوصی این کشور از مباحثه و مشاوره با منابع بسیاری، از جمله ملت‌های غربی بهره برده‌اند. دولت روسیه یکسری تصمیمات و اظهارنظرهایی درباره موقعیت کنونی و آینده پزشکی خانواده در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت کشور انجام داده است. این موارد به‌طور واضح در کتابی تحت عنوان «ارتقای مراقبت‌های اولیه بهداشتی در روسیه» درج شده است که به‌طور خلاصه نتایج مطلوب حرکت به‌سوی ایجاد پزشکی خانواده - پزشکی عمومی را در نظام مراقبت‌های سلامت نشان می‌دهد.



### ۱-۱۳. کشورهای آمریکای لاتین

در کشورهای آمریکای لاتین از مدت‌ها قبل برنامه‌های آموزشی تخصص در پزشکی خانواده، تداوم آموزش پزشکی برای پزشکان خانواده و برنامه‌های توسعه اعضای هیئت علمی برای پزشکان خانواده در حال انجام بود. مکزیک، برزیل، آرژانتین و ونزوئلا دارای برنامه‌های متعدد آموزش پزشکی خانواده هستند. بسیاری از کشورهای دیگر نیز مشغول تأمین بودجه و اعضای هیئت علمی مورد نیاز برای این برنامه هستند. ارتباط با دانشکده‌های پزشکی در آمریکا و کانادا برقرار است و شامل مبادله استاد و دانشجو، توسعه همایش‌های منطقه‌ای و اعضای هیئت علمی است.

### ۱-۱۴. زامبیا

کشور زامبیا شاید بهترین نمونه از یک کشور کمتر توسعه‌یافته باشد که روش جامعی را برای اصلاحات مراقبت‌های سلامت در پیش گرفته است که در نهایت موفقیت به نسبت قابل ملاحظه‌ای به دست آورده است. پژوهشی تحت عنوان «گزارش چارچوب سیاست سلامت زامبیا، مدیریت برای کیفیت در سلامت، ۱۹۹۱» به‌عنوان پیش‌زمینه‌ای برای تمام تغییرات گسترده در سال ۱۹۹۲ مورد استفاده قرار گرفت. نظام مراقبت‌های سلامت در زامبیا قبل از ۱۹۹۲ فاقد مراقبت‌های بهداشتی روستایی، منابع و پایه‌های محکم بود و همچنین در بین سال‌های ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۹ کاهش ۵۹ درصدی در هزینه‌های وزارت بهداشت و افزایشی در خدمات درمانی بیمارستانی را نشان می‌داد (اختصاص دادن ۵۲ درصد از کل بودجه مراقبت‌های سلامت برای سه بیمارستان اصلی).

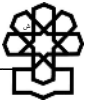
اصلاحات در زامبیا در موارد زیر انجام گرفته است:

- تعریف عملکردهای جدید و ایجاد هیئت‌ها برای افزایش «تمرکززدایی».
- برنامه‌های آموزشی برای مدیران منطقه به‌طوری که آموزش‌های لازم را در حسابداری و مهارت‌های مدیریت برای آنان فراهم کنند تا مناطق تحت کنترل خود را با شایستگی اداره کنند. به‌علاوه، اکنون به‌منظور جلوگیری از سوءاستفاده یک نظام مدیریت اجرایی واحد و یک نظام نیرومند پایش امور مالی برقرار شده است.
- مسائل مربوط به منابع انسانی به‌ویژه از لحاظ ایجاد ارتقا در رفت و آمد، مسکن و عوامل دیگری که در کار کردن در مناطق روستایی مؤثر است مورد توجه قرار گرفته است.
- تغییرات در تخصیص بودجه، امکان تأمین بودجه بیشتری را برای بخش‌های مختلف فراهم می‌کند که با طرح تمرکززدایی همخوانی دارد. تا سال ۱۹۹۹ پیش‌بینی می‌شود ۶۲ درصد از بودجه وزارت بهداشت به مناطق مختلف اختصاص داده شود.

### ۱-۱۵. هنگ‌کنگ

پزشکی خانواده هیچ‌گاه در ارائه خدمات سلامت این کشور مورد توجه جدی قرار نداشت. در این کشور بین بخش‌های مراقبت‌های اولیه و ثانویه و به‌ویژه بین بخش خصوصی و دولتی هماهنگی وجود ندارد.

در این کشور، ۷۰ درصد خدمات مراقبت‌های اولیه در بخش خصوصی ارائه می‌شود. بسیاری بر این باورند که یکی از راه‌های نویدبخش در اصلاح مراقبت‌های سلامت در هنگ‌کنگ، ادغام خدمات سلامت بخش خصوصی و دولتی از یکسو و



مراقبت‌های سلامت اولیه و ثانویه ازسوی دیگر است. برنامه‌ریزان خدمات سلامت، جهت برقراری ارتباط اصلی در این فرآیند ادغام، به پزشکان خانواده امید بسته‌اند. این تغییر نیازمند توجه ویژه به تخصیص بودجه و توزیع نیروی انسانی دارد. در سال ۱۹۸۹، هیئتی برای رسیدگی به امور مراقبت‌های بهداشتی اولیه برگزیده شد. در سال ۱۹۹۷، دولت برای اولین بار، ۲۱ سمت در آموزش بیمارستانی پزشکی خانواده ارائه کرد و سمت‌های بیشتری نیز در سال‌های بعدی ارائه گردید. در عین حال، تلاش‌هایی نیز برای افزایش تعداد سمت‌های آموزشی جامعه‌نگر با انگیزه کامل کردن این برنامه آموزشی انجام گرفته است. مراکز آموزشی بیشتری در آینده افتتاح خواهد شد تا مشکل نیاز به آموزش پزشکان خانواده رفع شود.

۹۰ درصد از بودجه سلامت ۳۰ میلیون دلاری هنگ‌کنگ صرف هزینه مراقبت‌های درمانی می‌شود. هم‌اکنون، نیمی از ۸۰۰۰ پزشک رسمی در هنگ‌کنگ، در پزشکی عمومی اشتغال دارند و ۹۰ درصد از پزشکان عمومی نیز دارای مطب خصوصی هستند. در اینجا پزشکان خانواده، پزشکان عمومی هستند که بر طبق برنامه‌ای که توسط انجمن پزشکان خانواده هنگ‌کنگ تدوین شده، آموزش کامل می‌بینند. درحال حاضر ۲۰۰ پزشک خانواده ورزیده به جمعیتی حدود شش و نیم میلیون نفر خدمت می‌کنند.

نکته مهمی که وجود دارد این است که بسیاری از پزشکان متخصص در هنگ‌کنگ وظایف پزشکان عمومی را به‌عهده گرفته‌اند.

برای رفع این مشکل، برنامه آموزش اصلاحی در پزشکی خانواده ارائه شده است. پس از طی این دوره آموزشی، افراد شرکت‌کننده می‌توانند در آزمون بورسیه شرکت کنند. علاوه بر این، تعداد زیادی پروژه پژوهشی در زمینه مراقبت‌های سلامت

اولیه توسط پزشکان خانواده و با همکاری متخصصان بیمارستانی درحال اجراست. نتایج این پژوهش‌ها نه تنها داده‌هایی جهت رفع کمبودهای بهداشتی در جامعه به‌دست می‌دهد، بلکه دستورالعمل‌های آتی ادغام خدمات بهداشتی را نیز تعریف خواهد کرد. مرکز پزشکان خانواده هنگ‌کنگ پیشنهادهایی نیز به دولت ارائه داده است:

۱. پزشکان مراقبت‌های اولیه، قبل از اینکه مستقلاً به طبابت بپردازند، دوره آموزش حرفه‌ای را بگذرانند.

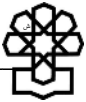
۲. تمامی پزشکان فارغ‌التحصیل که به‌عنوان پزشک خانواده قصد خدمت در اجتماع را دارند، باید از آموزش حرفه‌ای پزشکی خانواده برخوردار باشند.

۳. تمامی پزشکان مراقبت‌های اولیه شاغل در هنگ‌کنگ باید در برنامه آموزش پزشکی مداوم که توسط سازمان پزشکان خانواده هنگ‌کنگ اداره می‌شود، شرکت کنند.

## ۲. جمع‌بندی تجربیات کشورها

افزایش هزینه‌های درمان از یک‌سو و ورود فناوری‌های نوین به عرصه پزشکی ازسوی دیگر، موجب شده تا دولت‌ها بیش از پیش درصدد کنترل هزینه‌های سلامت خود برآیند. در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، نظام ارجاع برای حل این مشکل و نظارت بهتر بر سلامت جامعه راه‌اندازی شده است.

فصل مشترک تمام کشورها تأکید بر این نکته است که مراقبت‌های اولیه باید توسط پزشکی که آموزش لازم را دیده است، ارائه شود و بهترین گزینه برای ارائه خدمات به این شکل پزشک خانواده است. پزشکان خانواده نیازمند دریافت دوره‌های



آموزشی متفاوت از آنچه در دوره‌های آموزشی پزشکی پایه ارائه می‌شود، هستند و تمام کسانی که کار خود را به‌عنوان پزشک خانواده انجام می‌دهند باید آموزش‌های لازم را دریافت کنند.

به‌نظر می‌رسد، در مورد نحوه تربیت و آموزش پزشکان خانواده، هر کشور استراتژی متفاوتی را براساس شرح وظایف تعریف شده در بسته خدمتی پزشکان خانواده، منابع انسانی و مالی، شرایط اجتماعی، فرهنگی و سیاسی خود به‌کار می‌گیرد. کشورهای توسعه‌یافته مثل آمریکا و انگلستان در یک بستر تاریخی اصلاحات نظام سلامت خود، برای پزشک خانواده دوره رزیدنتی تعریف کرده‌اند و افراد پس از اتمام دوره آموزش پزشکی عمومی در یکی از رشته‌های تخصصی از جمله پزشک خانواده ادامه تحصیل می‌دهند. به‌طوری که در انگلستان نظام ارجاع قدمت ۷۰ ساله دارد و در شروع برنامه، پزشکان عمومی دروازه‌بانان اصلی سیستم سلامت بودند. در آمریکا نیز پزشکی خانواده ابتدا به‌عنوان بخشی از پزشکی عمومی از سال ۱۹۶۹ تأسیس شد و پس از گذشت حدود ۳۰ سال در سال ۱۹۹۸ اولین دوره رزیدنتی پزشک خانواده را در دانشکده‌های پزشکی خود پذیرفت.

کشورهایی مثل اوگاندا و برزیل نیز با الگوبرداری از این کشورها و با همکاری آنها از ابتدا رشته تخصص پزشک خانواده را راه‌اندازی کرده‌اند ولی از آنجا که قدمت رشته در این کشورها زیاد نیست درخصوص انتخاب الگوی صحیح این کشورها نمی‌توان اظهارنظر کرد.

برخی از کشورها از جمله هنگ‌کنگ، پاکستان، لهستان، مجارستان، نیوزلند و آفریقای جنوبی براساس انتظارات تعریف شده از پزشکان خانواده دوره‌های

آموزشی خاصی را طراحی کرده‌اند و پزشکان عمومی که تمایل به اشتغال به‌عنوان پزشک خانواده دارند باید این دوره‌ها را با موفقیت سپری کنند.

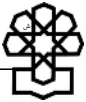
### ۳. نظام ارجاع در ایران از دید قانون

نظام ارجاع ابتدا در قانون بیمه همگانی (مصوب سال ۱۳۷۳) مورد توجه قرار گرفت و سپس در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه تداوم و تکامل یافت.

#### ۳-۱. ماده (۱۲) قانون بیمه همگانی (مصوب سال ۱۳۷۳)

ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود.

**تبصره -** به‌منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به‌صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالیانه منظور و براساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر به مصرف برساند.



### ۳-۲. تبصره «۲» ذیل ماده (۱۱) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین

اجتماعی (مصوب سال ۱۳۸۳)

ماده (۱۱)

در راستای تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی و جهت اجرای این قانون، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل می‌گردد.

**تبصره «۲» -** خطمشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و قلمروهای آن لازم‌الاجرا می‌باشد.

### ۳-۳. قانون برنامه چهارم توسعه

ماده (۸۹)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به‌منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز یا تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً، با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران امکانپذیر خواهد بود. درخصوص واحدهای سلامت و ایمنی

محیط کار (H.S.E)، طبق مقررات اختصاصی زیربند عمل خواهد شد.

**تبصره -** مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی - درمانی که از طریق

سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد.

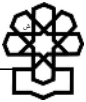
ماده (۹۰)

به‌منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به ۱ درصد کاهش یابد. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت ۶ ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

ماده (۹۱)

به‌منظور افزایش اثربخش نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

**بند «ب» -** تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم



جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

#### ۴-۳. قانون برنامه پنجم توسعه

##### بند «ج» و بند «د» ماده (۳۲)

**بند «ج» - سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت»** مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدیگری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمترتوسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

**بند «د» - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیئت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

##### بند «ج» ماده (۳۴)

**بند «ج» - به‌منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با**

نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

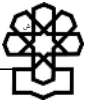
##### بند «الف» ماده (۳۵)

**بند «الف» - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

**بند «ب» - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی** با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید.

کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.



#### ۴. چالش‌های اساسی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران

چالش‌های طرح پزشکی خانواده از سه منظر مالی، نظام پرداخت و ساختار قابل طرح است. سهم اندک سلامت در تولید ناخالص ملی و پایین بودن میزان سازگاری و هماهنگی نهادهای تصمیم‌گیر مالی موضوعات قابل طرح از منظر مالی هستند. پایین بودن «سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)» از یکسو موجب افت و کاهش کیفی خدمات پزشکی و ازسوی دیگر علاوه بر القای نگرانی، عدم امنیت و انگیزه‌زدایی از جامعه پزشکی، منجر به پرداخت مستقیم بیش از حد متعارف و ناعادلانه مردم و تحمیل بار سنگین مالی و اقتصادی بر آنان می‌شود.

در حوزه نظام پرداخت نیز می‌توان به غیرواقعی بودن تعرفه‌ها و آثار آن، مدت زمان طولانی گردش اعتبارات مالی، عدم رضایت تیم سلامت از میزان و نحوه پرداخت اشاره کرد.

درمان‌محوری به جای سلامت محوری، فقدان نظام پایش اثربخش و تعدد نهادهای تصمیم‌گیر از جمله محورهایی هستند که از منظر ساختاری قابل طرح هستند.

#### ۴-۱. منابع مالی

چندگانگی سیاست و عدم تجمیع منابع مالی و تعدد صندوق‌های بیمه‌گر: این چالش پیامدهای ناگوار و متعددی دارد. یکی از مهمترین این پیامدها ممانعت از استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده است و این درحالی است که بهبود کیفیت خدمات، رهایی بیمار از سرگردانی و حفظ منابع صرفاً در گرو استقرار سیستم ارجاع و پزشکی خانواده است.

پایین بودن سهم بهداشت و درمان از درآمد ناخالص ملی: سهم بهداشت و درمان کشورهای توسعه‌یافته از GDP حدود ۱۶-۱۲ درصد است، این درحالی است که سهم سلامت ایرانیان از GDP براساس آمار بانک جهانی برای ایران در سال ۲۰۰۸ برابر ۶/۴ درصد است. مشکل بعدی عدم تطابق رشد این عدد در مقایسه با رشد هزینه‌های سلامتی است. این موضوع باعث افزایش سهم مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت می‌شود.

#### ۴-۲. نظام پرداخت

ارزشگذاری غیرواقعی در بحث تعرفه‌ها: این موضوع خود مشکلات دیگری را به دنبال دارد.

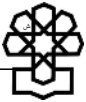
محاسبه تعرفه‌ها و ارزشگذاری بر روی خدمات هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی براساس متدولوژی غیرعلمی و منطقی پیامدهای زیر را به‌عنوان مکانیسم جبرانی به دنبال دارد:

- وجود پدیده‌هایی مانند Induced demand در بخش خصوصی،

- وجود پدیده زیرمیزی در بخش دولتی،

- ورشکستگی و پایین بودن کیفیت خدمات ارائه شده در بخش دولتی به‌علت کمبود درآمد،

- مطلوب نبودن نظام پرداخت به پزشکان و تیم سلامت (بی‌عدالتی و تبعیض در نظام پرداخت حقوق و دستمزد پزشکان و عدم پرداخت یکسان در بخش قراردادهای بیمه‌ای و بخش استخدام)،



- طولانی بودن گردش مالی اعتبارات برنامه پزشک خانواده در معاونت پشتیبانی دانشگاه‌ها،

- عدم اجرای برخی از قسمت‌های تفاهمنامه مشترک ازسوی بعضی از ادارات کل استانی بیمه‌ها از قبیل: اعمال کسورات کامل در مواردی که جمعیت تحت پوشش پزشک بیش از ۴۰۰۰ نفر است.

#### ۳-۴. ساختار

- عدم اجرای صحیح و اصولی نظام ارجاع (آنچه درحال حاضر شاهد اجرای آن به‌عنوان نظام ارجاع هستیم نه تنها در راستای بهبود نظام سلامت نیست، بلکه به شبکه‌های بهداشتی هم آسیب می‌زند)،

- کمبود منابع انسانی برای تشکیل تیم‌های سلامت و عدم رضایت نیروهای انسانی فعال در طرح،

- درمان محوری به‌جای سلامت محوری،

- پوشش‌های بیمه‌ای متنوع و گاهی موازی،

- فقدان نظام پایش و ارزشیابی به‌گونه‌ای عملی،

- عدم ارائه آموزش کامل به تیم سلامت مستقر در روستاها به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی،

- کمبود دسترسی به پزشک در نقاط روستایی،

- عدم وجود بازخورد در سطح ۲ و ۳ خدمات به‌طوری که نظام ارجاع به‌طور کامل اجرا نمی‌شود،

- عدم جامعیت کافی خدمات درمانی ارائه شده به روستاییان (سیستم شبکه و ارجاع بیمار، گنجایش لازم را برای پاسخگویی به نیاز واقعی روستاییان ندارد)،

- وجود تعدد مسئولیت در ساختار نظام بیمه درمان روستاییان (بخشی از مسئولیت‌ها به‌عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بخشی دیگر به‌عهده سازمان بیمه خدمات درمانی است، درحالی که منابع مالی هر دو ازسوی دولت تأمین می‌شود. اجرای بهینه در دستیابی به اهداف اصلی مستلزم هماهنگی بین این دو وزارتخانه است و تا چالش مدیریتی فی‌مابین حل نگردد نمی‌توانیم نظام ارجاع و پزشک خانواده را در روستاها و شهرها ارتقا دهیم)،

- جابجایی زیاد پزشکان سطح ۱ به‌دلیل مشکلات موجود فعلی طرح و در نتیجه مختل شدن اهداف آن،

- بی‌توجهی به آموزش‌های لازم برای پزشکان عمومی،

- نداشتن مشارکت همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه،

- بی‌توجهی به مبانی علمی اصلاح نظام سلامت در راهکارهای ارائه شده،

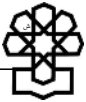
- نبود اعتقاد به اجرای برنامه در برخی از مسئولین و کارشناسان سازمان‌های بیمه،

- نبود دستورالعمل واحد در وزارت رفاه و سازمان بیمه خدمات درمانی،

- دخالت‌های غیرمتعارف سازمان‌های بیمه‌گر در نحوه اجرا،

- انعقاد قرارداد یکطرفه با پزشکان مطب‌دار در مناطق تحت پوشش برنامه توسط بیمه،

- کمبود اطلاع‌رسانی دقیق به مردم و ارائه‌دهندگان خدمت.



## ۵. نقد و بررسی سیاست تربیت نیروی متخصص پزشک خانواده

### ۵-۱. تخصیص اعتبارات و سازماندهی

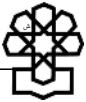
روش‌های تخصیص منابع و اعتبارات در بخش سلامت، نقش بسزایی در کارایی آن ایفا می‌کنند. براساس این سازماندهی بودجه مراقبت‌های سلامت و ارائه مراقبت‌های پزشکی و آموزش پزشکی، باید در راستای نیازهای مردم باشد. اولویت‌های مراقبت‌های سلامتی، عملکرد پزشکی و آموزش پزشکی باید در سایه استفاده صحیح از منابع مالی، انسانی و فناوری که در ارتقای سلامت تأثیر دارند تعیین شود. سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی سلامت که در حال حاضر دوسوم بودجه سلامت هر کشور را به خود اختصاص می‌دهد، باید با دقت مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان در مورد تعداد مناسب، نوع و توزیع نیروی حرفه‌ای در سلامت برای ارائه خدمات سلامت به فرد و جامعه اطمینان حاصل کرد. از آنجا که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی اصلی سلامت در کشور است باید با هزینه اثربخش‌ترین راهبردها خدمات جامع و همگانی سلامت را به‌طور عادلانه برای تمامی آحاد مردم فراهم کند.

### ۵-۲. الگوبرداری از سایر کشورها

همان‌گونه که پیش‌تر آمد، تقریباً تمام کشورها در اهمیت نقش نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده در نظام سلامت اتفاق نظر دارند، اما در مورد نحوه تربیت و آموزش پزشکان خانواده، هر کشور براساس شرایط خود استراتژی متفاوتی را به‌کار

می‌گیرد. به‌طور مثال در کشورهایی مثل بریتانیا، آمریکا، کانادا، اوگاندا و تایلند دوره رزیدنتی پزشک خانواده تعریف شده است و بعد از آموزش پایه در رشته پزشکی (دوره ۵-۶ ساله) مجاز به کار یا انتخاب تخصص می‌شوند. در صورتی‌که تمایل به کار به‌عنوان پزشک خانواده باشد پس از اینترنی حدود دو سال دیگر تحت نظر یک پزشک خانواده آموزش‌های لازم را می‌بینند. در آلبانی سه رشته داخلی، زنان و اطفال هسته اصلی پزشکان خانواده را تشکیل می‌دهد. مفهوم پزشکی خانواده در سیستم سلامتی چین به آن دسته از مراقبت‌های سلامتی اطلاق می‌شود که در جامعه برای همه گروه‌ها به وسیله پزشک عمومی و تیم‌های مراقبت اولیه‌اش تدارک دیده شده است. در مالزی نیز در سال ۱۹۹۰ یک دوره چهارساله فوق‌لیسانس در پزشکی خانواده تأسیس شد.

امروزه جهت‌گیری تمامی کشورهایی که نظام‌های توسعه‌یافته سلامت دارند به‌سوی به‌کارگیری کارکنانی است که کارهای پیچیده و تخصصی را در مدت کوتاهی بیاموزند و در قالب تیم‌های حرفه‌ای آن را برای جمع وسیع‌تری از مردم فراهم کنند. باید توجه داشت در بسیاری از کشورهای موفق در این زمینه که دوره‌های رزیدنتی برای پزشک خانواده را طراحی کرده‌اند اولاً این تصمیم به تدریج و طی ده‌ها سال از آغاز برنامه و آماده‌سازی سایر زیرساخت‌ها صورت گرفته و ثانیاً نظام آموزشی رشته پزشکی عمومی و تخصصی در این کشورها با ایران متفاوت است و اگر قرار به الگوگیری از این کشورها باشد باید این تغییر در الگو از نقطه صفر در رشته پزشکی صورت گیرد.



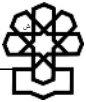
۳-۵. نامشخص بودن ضرورت وجودی تربیت نیروی متخصص پزشک خانواده  
در ایران پس از تلاش‌های مجلس و تصویب قوانین از سال ۱۳۷۳، در اواخر سال ۱۳۸۱ تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت در وزارت بهداشت تشکیل شد، از اقدامات اجرایی این تیم طراحی دوره‌های آموزشی به منظور بسترسازی به خصوص در زمینه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بود. علیرغم برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات اولیه، اجرای این طرح از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر با محوریت نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی به اجرا درآمد و پزشکان عمومی که دوره‌های آموزشی طراحی شده براساس اهداف تعیین شده را گذرانده بودند نقش پزشک خانواده در تیم سلامت را به عهده گرفتند. در ارزیابی و پایش برنامه، آمارهای منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حاکی از رشد شاخص‌های سلامتی و ارتقای سلامت علیرغم وجود چالش‌های اشاره شده در گزارش است. بنابراین با توجه به قوانین موجود به ویژه بندهای «ج» و «د» ماده (۳۲)، بند «ج» ماده (۳۴) و بند «الف» ماده (۳۵) قانون برنامه پنجم توسعه در شرایطی که پرداختن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تعهدهای معوق و نو را کاملاً برحق و جدی جلوه می‌دهد و مجلس نیز با اشتیاق فراوان مترصد دریافت گزارش‌های پیشرفت در این باب است، سیاست تربیت رده‌های جدید متخصصان - متخصصان پزشکی خانواده و دکترای بهداشت عمومی - موجب تعجب و درخور پرسش است. متأسفانه بررسی‌ها نشان می‌دهد مطالعات سازمان‌یافته‌ای در ضرورت تربیت این رده‌های تخصصی و عدم امکان استفاده از تخصص نیروهای تربیت شده مانند دکترای مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی،

دکترای تخصصی اپیدمیولوژی برای برآوردن نیاز مدیریت نظام سلامت وجود ندارد.

#### ۴-۵. ظرفیت محدود تربیت نیروی متخصص و لزوم برقراری تعادل بین پزشکان عمومی و متخصص

بیشک با توجه به نیاز مردم به خدمات مراقبت‌های اولیه با کیفیت بالا، باید به سمت نظامی حرکت کنیم که در آن اکثر پزشکان شاغل را پزشکان خانواده تشکیل دهند. برای رسیدن به این هدف، بودجه عمومی باید بیشتر در مسیر تربیت پزشکان خانواده و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت اولیه جامعه‌نگر هزینه شود و کمتر به پزشکان متخصص معطوف شود.

براساس مطالعه دکتر فرزندی و همکاران، اجرای طرح پزشک خانواده در کل جمعیت کشور نیاز به ۳۲۷۶۹ نفر پزشک دارد و بنابراین ادامه اجرای این طرح تا پوشش کامل جمعیت کشور با کمبود حدود ۴۵۹۳ نفر پزشک روبرو است و طبق آمارهای منتشر شده توسط وزارت بهداشت، در سال ۱۳۸۸ در ۳۷۵۸ مرکز شهری و روستایی با ۱۵۵۴ نفر کسر پزشک روبرو بودند. بنابراین با در نظر گرفتن ظرفیت کنونی کشور برای تربیت نیروی متخصص که در تمام رشته‌ها سالیانه حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر است، عملی بودن تربیت ۲۰ تا ۳۰ هزار نفر متخصص پزشک خانواده برای تأمین نیروی انسانی طرح غیرعملی است. بنابراین به نظر می‌رسد در حال حاضر شناسایی و رفع موانع اجرایی جذب و نگهداشت پزشکان عمومی از اولویت بیشتری نسبت به تربیت و تأمین نیروی متخصص برخوردار است.

**۵-۵. عدم تحقق «عدالت در سلامت»**

در صورت اجرای تکلیف قانونی دولت در استقرار سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت و محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، تمام وقت شدن اعضای هیئت علمی و سایر تکالیف در قانون برنامه پنجم توسعه، بهره گرفتن از وجود متخصصان بی‌شمار کشور که خود محصول سیاست تخصص‌گرایی افراطی هستند و وظیفه‌ای شاق و خطیر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود. در چنین شرایطی افزودن دو رشته دیگر به رده‌های تخصصی حوزه سلامت خلاف جهت‌گیری نظام جمهوری اسلامی ایران برای تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت خواهد بود.

**۵-۶. امکان‌پذیری جایگزینی پزشک خانواده با پزشک عمومی**

تفاوت یک پزشک عمومی و یک پزشک خانواده در آموخته‌های پزشکی و تشخیصی آنان نیست، بلکه در روش برخورد با بیمار و اداره<sup>۱</sup> ایشان است. پزشکان خانواده پس از تشخیص بیماری براساس پروتکل تعیین شده از طرف حاکمیت نظام سلامت، باید نسبت به درمان، ارجاع، اداره و پیگیری بیمار اقدام نمایند. پایش سلامتی افراد سالم هم جایگاه مهمی در حفظ سلامتی بالینی و ایجاد عوارض ناخواسته دارد. این مهم نیز از طرف پزشکان عمومی قابل ارائه بوده و آنها صلاحیت پیاده‌سازی آن را در چارچوب آیین‌نامه‌های مراقبت بهداشتی دارند.

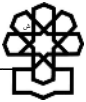
براساس مطالعه انجام شده توسط دکتر ترابیان و همکاران، فاصله برنامه درسی

دوره پزشکی عمومی از شرح وظایف پزشکی خانواده حدود ۲ تا ۶ ماه است، به عبارت دیگر این زمان می‌تواند به دوره پزشک عمومی اضافه شود یا دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی موظف به اتمام این دوره‌ها به مدت ۲ تا ۶ ماه (بسته به پوشش دادن دانش، نگرش و مهارت‌های لازم در برنامه دوره) باشند. ازسوی دیگر به دلیل محتوی نزدیک این دوره به دوره‌های موجود مانند کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی و یا چرخش‌های کلینیک‌های سرپایی در دوره انترنی (که به درمان بیماری‌های شایع می‌پردازند) این امکان وجود دارد که بدون افزایش مدت تحصیل دوره پزشکی عمومی با تغییر محتوی کاریکولوم و متناسب کردن با انتظارات از پزشک خانواده، دانش‌آموختگان پزشکی عمومی را پزشک خانواده نامید و نحوه تعامل با آنان و تعرفه‌گذاری خدمات آنها را اصلاح نمود و جایگاه تخصص آنان را به‌عنوان محور نظام ارائه خدمات سلامت، حتی از سایر حرف تخصص سلامت، ارجح‌تر بشمارد.

در بررسی جهانی نیز که در دهه نود توسط سازمان بهداشت جهانی در ۶۶ کشور جهان صورت گرفت، دیده شد که در مجموع در اکثر کشورها علاقه زیادی به جایگزینی پزشکی خانواده به‌جای پزشکان عمومی وجود دارد.

**۶. پیشنهادها**

پیشنهاد می‌شود برای تأمین نیروی انسانی به‌منظور اجرای موفق نظام ارجاع، استراتژی جایگزینی پزشک خانواده با پزشکان عمومی به‌کار گرفته شود و برای



تشکیل گروه‌های پزشک خانواده از اعضای هیئت علمی با رشته‌های تحصیلی مرتبط از جمله اپیدمیولوژی، پزشکی اجتماعی، بهداشت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، داخلی، زنان و اطفال بهره گرفته شود. از جمله مزایای این سیاست می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. استفاده از منابع انسانی عظیم موجود (پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل) پس از توانمندسازی ایشان با ارائه دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت توسط نیروهای متخصص موجود (متخصصین داخلی، اطفال، جراحی، زنان، پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژیست‌ها)،
۲. تربیت پزشکان عمومی حین تحصیل مبتنی بر وظایف عملی و افزایش انگیزه تحصیلی در دانشجویان پزشکی می‌گردد و سرعت به‌کارگیری آنها بعد از فراغت تحصیل افزایش می‌یابد.
۳. مباحثی که در دوره پزشک عمومی ضرورتی به تدریس آنها نیست جای خود را به مطالب و محتوی «بایدها» می‌دهد.
۴. منابع نظام سلامت بابت تربیت متخصصین به هدر نمی‌رود و کشور در سال‌های بعد با عوارض تخصص‌گرایی از جمله افزایش سهم پرداخت از جیب مردم، القای خدمات توسط متخصصان، کاهش دسترسی و پوشش خدمات اولیه سلامت و سایر عوارض روبرو نمی‌شود.
۵. اعتبار و اعتماد عمومی به پزشکان عمومی برمی‌گردد.

### منابع و مآخذ

۱. فرزندی، فرانک. تعداد پزشک عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از بعد نیروی انسانی فصلنامه پایش، سال هشتم، ش ۴، پاییز ۱۳۸۸.
۲. مفتون، فرزانه. گزارش طرح بررسی رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده، تهران، ۱۳۸۸.
۳. جولایی، حسن و همکاران. بررسی میزان توانمندی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون OSCE در سال ۱۳۸۷، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم‌اندیشی.
۴. نصری، مراد. بررسی مقایسه‌ای نظرات پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی روستایی در طرح ارتقای بیمه درمان روستاییان و عشایر در استان ایلام، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم‌اندیشی، بهار ۱۳۸۵ و دی‌ماه ۱۳۸۷.
۵. نجفی، لیلا و عبیدالله، فرجی. بررسی رضایت ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت از برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان تویسرکان، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم‌اندیشی، ۱۳۸۷.
۶. ترابیان، سعادت، محمدعلی چراغی و امیر آذرهمایون. میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از «برنامه بیمه روستایی» در استان همدان بخشی از نتایج حاصل از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۱۷۱۵۶۷/۱/۱۶/۳۵/پ مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۲۰.
۷. ترابیان، سعادت و همکاران. تعیین سیاست‌های تطبیق دوره‌های آموزش پزشکی عمومی با نیازهای آموزشی پزشک خانواده معاونت هماهنگی و امور مجامع وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشک خانواده، ۱۳۸۷.
۸. معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور مجموعه برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، اسفندماه ۱۳۸۹.
۹. گزارش عملکرد اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۵ و ۶ ماهه اول ۱۳۸۶، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.



10. Family Physician's Satisfaction in Iran: a Long Path ahead [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Volume 376, 14 August, 2010



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۰۹۹۶

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی بر نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشکی خانواده

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: مریم رهبری

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی، رضا زمانی

همکاران: کامل شادپور، علی حسن‌زاده

اظهار نظر کنندگان: علیرضا مرندی (وزیر اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، حسین ملک افضلی (وزیر اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مسعود پزشکیان (وزیر اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، بیژن صدریزاده (مشاور اسبق وزیر بهداشت در امور بهداشتی و بین‌المللی)، علیرضا زالی (قائم مقام سازمان نظام پزشکی ایران)، سیدامیرحسین قاضی‌زاده هاشمی (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی)، بهزاد وماری (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس انجمن علمی پزشکی اجتماعی)، سعید کریمی (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، مرضیه نجومی (مدیر گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، کامبیز منظم (کارشناس ارشد تأمین اجتماعی)، عباس وثوق (عضو هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و سعادت ترابیان (عضو هیئت علمی دانشگاه همدان)

متقاضی:

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۰/۵/۳۰