نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، بهار ۱۴۰۱، شماره اول، صفحات ۱۲ تا ۱۸

تطبیقی

روند پزشکی خانواده در ایران و کشورهای منتخب جهان

معصومه حسینی[۱]، نرگس تبریزچی[۲*]

۱. دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، عضو گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
۲. * **نویسنده مسئول:** استادیار پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران، narges_tabrizchi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: پزشکی خانواده به عنوان رویکردی هزینه اثربخش درراستای گسترش عدالت سلامت درجوامع معرفی می‌شود. باگذشت بیش از نیم قرن از آغاز برنامه پزشک خانواده، نظام‌های سلامت کشورهای مختلف بتدریج این برنامه را باتوجه به نیاز جامعه، سیاست‌ها، منابع و زیرساخت‌های داخلی به صورت‌های گوناگون به اجرا گذاشته‌اند. هدف از این مقاله مرور تجربه پزشک خانواده در ایران و تعدادی ازکشورهای منتحب و تحولات آن و معرفی راهکارهای مناسب برای ادامه مسیر است.

روش: این مطالعه به صورت توصیفی تطبیقی انجام شده است. اطلاعات با استفاده از کلید واژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده، نظام سلامت، ایران، آمریکا، انگلستان، کانادا، ترکیه، مالزی، چین و معادل‌های انگلیسی آن در وبگاه‌های مقالات علمی استخراج شد. علاوه بر آن داده‌های سازمان بهداشت جهانی و نظام‌های سلامت کشورها هم مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا عنوان مقالات و سپس چکیده‌ها مطالعه و مقالات مرتبط جدا شد. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از متن مقالات و تارنماها به دست آمد.

یافته‌ها: سابقه و تحولات برنامه پزشک خانواده، طول مدت آموزش درکشورهای آمریکا، انگلستان، کانادا، ترکیه، مالزی، چین و ایران تشریح شد.

نتیجه‌گیری: باوجود تشابه در اصول شکل‌گیری پزشک خانواده در اکثر کشورها، در سیاست‌گذاری‌ها، راهبردها و روش‌های اجرا و نحوه تأمین هزینه‌ها تفاوت وجود دارد. تحولات صورت گرفته هم در جهت ارتقای سیستم ارجاع و تقویت جایگاه پزشک خانواده و با هدف تطبیق هرچه بیشتر برنامه با نیاز مردم و رفع مشکلات و چالش‌ها انجام شده است.

کلیدواژه‌ها: ارجاع و مشاوره، پزشک خانواده، مطالعات تطبیقی

مقدمه

پزشکان خانواده درجایگاه نخست مواجهه افراد با نظام مراقبت‌های سلامت قراردارند بنابراین فارغ از محدودیت‌های سنی، جنسی و نوع شکایت بالینی باید به ارائه خدمات مداوم و جامع بپردازند(۱). سازمان بهداشت جهانی، پزشکی خانواده را به عنوان رویکردی در جهت ارتقای کیفیت و برابری در ارائه خدمات سلامت و روشی هزینه اثربخش معرفی می‌کند (۲)، زیرا که اهداف برنامه پزشکی خانواده ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات می‌باشد(۳).

در بیانیه آکادمی اروپایی مدرسان پزشکی خانواده در سال ۲۰۰۵، پزشک خانواده و نقش آن به عنوان اولین نقطه ارتباطی مردم با نظام سلامت و ارائه‌دهنده خدمات از تولد تا مرگ، به صورت ممتد و جامع شامل تمامی مشکلات حاد و مزمن و رسیدگی‌کننده به مشکلات پزشکی افراد با در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای نظیرعوامل محیطی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و دارای توانایی تصمیم‌گیری نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش براساس شیوع و بروز بیماری‌ها تعریف شده است(۴).

با اینکه آکادمی اروپایی مدرسان پزشکی خانواده سعی دارد تا رویه همسانی را معرفی کند ولی نظام‌های سلامت کشورها در مورد پزشک خانواده، سیاست‌های گوناگونی را اتخاذ کرده‌اند. برخی کشورها پزشکی خانواده را به عنوان تخصص (مانند آمریکا و کانادا) و بعضی به عنوان گرایش پزشکی عمومی (مانند انگلستان وچین) تلقی می‌کنند(۵)؛ اما تقریباً تمامی کشورها معتقدند پزشک عمومی پس از فارغ‌التحصیلی نیاز به گذراندن دوره‌های آموزشی برای آمادگی ارائه خدمات پزشکی خانواده را دارد. طول دوره آموزش پزشک خانواده هم در کشورهای مختلف یکسان نیست. درایران از سال۱۳۸۳ سیاست پزشک خانواده با موفقیت در برنامه چهارم توسعه (بند ب ماده ۹۱) قرار گرفت واز سال ۱۳۸۴ برنامه

پزشک خانواده برای اصلاح نظام سلامت کشور طراحی شد. اجرای این طرح راهی برای کاهش هزینه‌ها و توجه بیشتر به پیشگیری از بیماری، رسیدگی به موقع به مراجعان و ارتقا کیفیت خدمات بود(۶). همچنین در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغ شده از سوی مقام معظم رهبری، بر استقرار نظام ارجاع و ارائه خدمات منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع تأکید شده است.

استقرار سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی و سیستم ارجاع در ایران با اهداف کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی، کاستن از بار مراجعات غیر ضروری به متخصصان و فوق‌تخصص‌ها، ارتقا کارایی و عدالت در دسترسی مردم به خدمات، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت و ارتقای سلامت مردم انجام گرفت(۱۰-۷). در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش او را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند (۱۱).

این برنامه در ابتدا در روستاها و سپس در دو استان فارس و مازندران از سال۱۳۹۲ اجراشده است. در ابتدا آموزش برنامه پزشک خانواده با برگزاری کارگاه‌های آموزشی توجیهی، دوره‌های آموزشی پودمانی و از راه دور و سپس دوره‌های تخصصی پزشک خانواده ادامه یافت (۸). در این مقاله برآنیم تا با مرور سابقه و سیر تحولات و نقش پزشک خانواده در کشورهای منتخب به مقایسه آن با ایران پرداخته و راهکارهای مناسب برای ادامه مسیر در کشور خودمان ارائه کنیم.

روش

در این مطالعه توصیفی تطبیقی برنامه پزشک خانواده در ایران و کشورهای منتخب جهان مورد بررسی قرار گرفته است. به این منظور اطلاعات با استفاده از کلید واژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده، نظام سلامت، ایران، آمریکا، انگلستان، کانادا، ترکیه، مالزی، چین و معادل های انگلیسی آن در وبگاه‌های مقالات فارسی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ مانند SID، Magiran، Irandoc، Civilica و پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی مانند scopuse، Google Scholar، Pub med از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۲مورد واکاوی قرار گرفت. علاوه بر آن داده‌های سازمان بهداشت جهانی و نظام‌های سلامت کشورها هم مورد استفاده قرار گرفت. در جستجوی اولیه تعداد ۵۷ مقاله یافت شد سپس مطالب و مقالات بطور هدفمند ابتدا براساس عنوان و سپس با مطالعه چکیده انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

آمریکا

از سال ۱۹۶۹تخصص پزشک خانواده توسط کمیته بورد تخصصی آمریکا مورد تأیید قرار گرفت و از سال۱۹۷۱انجمن پزشکان عمومی آمریکا به انجمن پزشکان خانواده آمریکا تغییر یافت(۱۲). دانشجویانی که تمایل به طبابت به عنوان پزشک خانواده دارند، بعداز چهارسال تحصیل در دانشکده‌های پزشکی وارد دوره دستیاری سه ساله می‌شوند. طی این دوره، فعالیت‌های عملی درخصوص تعامل با بیمار، تشخیص، تجویز نسخه، مشاهده یا انجام اعمال جراحی سرپایی توسط فردی که خود به عنوان پزشک خانواده فعالیت می‌کند به دستیارآموزش داده می‌شود(۱۳). امروزه با گذشت بیش از پنجاه سال از فعالیت پزشکان خانواده، اکثر این پزشکان درقالب نظام سلامت یکپارچه وبا استفاده از نظام ثبت اطلاعات الکترونیک به ارائه خدمت به بیماران می‌پردازند(۱۴). به منظور تطابق وظایف پزشکان خانواده با نیازهای جدید نظام سلامت، نقش و وظایف این پزشکان طی دوره‌های مختلف مورد بازبینی قرار گرفته است و در جدیدترین مورد تأکید شده که پزشکان خانواده درقالب مشارکت پایدار به بیماران در درک از بیماری، پیشگیری و اداره آن کمک می‌کنند و نظام سلامت را در دستیابی به اهدافش یاری می‌رسانند و با استفاده از داده‌های موجود به پایش و مدیریت جمعیت تحت پوشش و با استفاده از دانش روز به انتخاب بهترین خدمات می‌پردازند(۱۵).

انگلستان

سیستم مراقبت سلامت در انگلستان سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی را شامل می‌شود. خدمات اولیه معمولاً در تیم‌های کوچکی از پزشکان عمومی (خانواده) متشکل از حدود ۴ تا ۶ نفره ارائه می‌شود.

انگلیس از سال ۱۹۴۲ دارای یک سیستم درمان جامع ملی است که از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی شده و به وسیله یک بخش خصوصی کوچک و مستقل همراهی می‌شود. عمده درآمد نظام از طریق مالیات بیمه‌ای است. از سال ۱۹۴۸ و با تشکیل سرویس ملی سلامت (NHS) تاکنون پزشکان عمومی بسیاری برای ارائه خدمت به کل جمعیت انگلیس آموزش دیده‌اند؛ طبق مقررات تمامی افراد جامعه باید در سیستم پزشکان عمومی ثبت‌نام شده باشند و به‌طور میانگین هر پزشک ۱۲۰۰نفر را تحت پوشش دارد(۱۶). از سال۱۹۷۹ پزشکان عمومی که مایل به فعالیت در این سیستم هستند باید دوره سه ساله آموزشی و امتحان آخر دوره را طی کرده باشند(۱۷). این پزشکان که به عنوان پزشک خانواده فعالیت می‌کنند؛ تمامی خدمات مراقبت‌های اولیه، حتی خارج از ساعات مقرر را ارائه می‌دهند و همزمان با تیم ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت ازجمله پرستاران، مشاوران تغذیه، داروسازان و روان‌شناسان مشارکت می‌کنند. خدمات اولیه و تخصصی به‌طور کامل رایگان و از محل مالیات‌های عمومی ارائه می‌شود. براساس مطالعات ۸۸ درصد از شهروندان به پزشکان عمومی اعتماد کامل دارند(۱۸).

کانادا

اولین نشست جهانی پزشکان عمومی در سال ۱۹۶۳در اسکاتلند برگزارشد و بعداز آن بود که در دانشکده‌های پزشکی انگلستان برنامه‌های پزشکی خانواده اجراشد. کانادا هم در سال ۱۹۶۷ باتغییر نام کالج پزشکی عمومی کانادا به کالج پزشکان خانواده، در مسیر برنامه جدید قرار گرفت. در عین حال آموزش حین خدمت برای فارغ‌التحصیلانی که در مراکز خدمات اولیه مشغول بودند آغاز شد. آموزش پزشک خانواده ۲سال به طول می‌انجامد (۱۹). البته در سال‌های اخیر در کانادا تعداد فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی که پزشک خانواده را به عنوان تخصص انتخاب کنند به دلیل بار مشکلات کاری و پرداختی کاهش یافته است. در سال ۱۹۹۳ قائم مقام وزیر بهداشت کانادا اعلام کرد که ۵۰ درصد رزیدنت‌های کشور باید به پزشکی خانواده گرایش پیدا کنند؛ اما در سال ۱۹۹۶ این میزان ۳۵ درصد و در سال ۲۰۰۱ کمتر از ۲۸ درصد و در سال ۲۰۰۳ در حدود ۲۴ درصد دانشجویان پزشکی، پزشکی خانواده را به عنوان اولین انتخاب برگزیدند. بیش از ده درصد موقعیت‌های رزیدنتی در سال ۲۰۰۱ و حدود ۳۰ درصد در سال ۲۰۰۳، خالی ماند (۵).

در کانادا پزشک خانواده بر ۴ اصل است:

۱. پزشک خانواده یک پزشک بالینی ماهر است؛
۲. پزشکی خانواده یک رشته جامعه محور است؛
۳. پزشک خانواده مسئول سلامت جمعیت مشخص است؛
۴. رابطه پزشک- بیمار نقش محوری در پزشکی خانواده دارد (۲۰).

ترکیه

از سال ۱۹۸۳آموزش متخصصان پزشک خانواده (Family Medicine Specialists) در ترکیه اجرا و طول دوره تخصص سه سال با گذراندن واحدهای داخلی، کودکان، زنان و زایمان، طب اورژانس و روان‌پزشکی برنامه‌ریزی شد(۲۱). علاوه بر متخصصان، پزشکان عمومی که در نظام مراقبت اولیه فعال بودند می‌توانستند با گذراندن دوره‌های آموزشی و پس از امتحانات کیفی به عنوان پزشک خانواده (Family physician) فعالیت کنند(۲۲).اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی در ترکیه به ۲۰ سال پیش باز می‌گردد، با اینکه، این اصلاحات با قاطعیت بیشتری توسط دولت‌های حزب عدالت و توسعه در ۱۲ سال گذشته در ترکیه به کار برده شد. سیستم پزشک خانواده یکی از مداخلات اساسی این اصلاحات است که در سال ۲۰۰۵ به عنوان بخشی از تحول سلامت اجرا شد. برنامه پزشک خانواده در تلاش برای بهبود ارائه خدمات مراقبت های اولیه متناسب با نیازهای بیماران، تمرکز بیشتر بر خدمات مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، بهبود ثبت سوابق سلامت شخصی و اجرای حق انتخاب یک پزشک بود. با پیاده سازی سامانه پزشک خانواده در استان‌های محدود در سال ۲۰۰۵، تا سال ۲۰۱۰ در ترکیه فراگیر شد. سیستم قدیمی حاکم بر مراکز بهداشتی (HC) که از سال ۱۹۶۰ راه اندازی شده بود، پس از یک دوره عملیاتی ۴۵ ساله در سال ۲۰۰۵ به پایان رسید. به نحوی که عملکرد مراکز بهداشتی بعد از اجرای مدل پزشک خانواده به دوبخش، مراکز سلامت خانواده و مراکز سلامت جامعه تقسیم شد.

مرکزسلامت خانواده، خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی، توانبخشی و مشاوره در سطح اول ارائه خدمات را عهده دار بود درحالیکه مراکز سلامت جامعه برنامه‌های مبتنی بر جامعه مانند جمع آوری آمار، کنترل بیماری‌های واگیر، خدمات بهداشت محیط و بهداشت کار، آموزش و ارتقا سلامت و بهداشت مدارس، برنامه‌های غربالگری سرطان و تلاش برای مقابله با سیگار و چاقی را اجرا می‌کنند؛ اما بطور کلی پزشک خانواده اساس اصلاحات بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهد (۲۳). نظام پرداخت به پزشک خانواده بر اساس سرانه افراد تحت پوشش و بادرنظر گرفتن سطح اجتماعی اقتصادی منطقه است(۲۴).

مالزی

تغییر سبک زندگی و رشد سریع اقتصادی باعث شد تا مردم مالزی به‌طور روزافزون با بیماری‌های غیرواگیر و عوارض آنها وافزایش نیاز به خدمات سلامت مواجه شوند. در سال ۱۹۸۹ آموزش پزشکی خانواده در برنامه درسی دانشجویان پزشکی اضافه شد و از سال۱۹۹۰ تخصص پزشک خانواده با آموزش چهارساله آغازشد و بیش از سه دهه از فعالیت آن می‌گذرد (۲۵). در مالزی ارائه مراقبت‌های اولیه هم به صورت دولتی و هم به صورت خصوصی به صورت مجزا از هم انجام می‌شود ولی قانونی مبنی بر اجبار ثبت نام افراد برای تحت نظر بودن توسط پزشک خانواده وجود ندارد. نظام پرداخت در مراکز دولتی عمدتاً با یارانه پرداختی دولت انجام می‌شود و میزان حداقلی ۱ رینگت را بیماران پرداخت می‌کنند و در بخش خصوصی سهم اعظم پرداخت توسط بیماران و پرداخت از جیب (۷۸ درصد) انجام می‌شود (۲۶). مشکل عمده فعلی مالزی تعدادکم پزشکان خانواده، نبود مقررات وقوانین کافی و فعالیت مجزای مراکز دولتی و خصوصی است(۲۷).

چین

با اینکه نظام مراقبت‌های سلامت اولیه در چین از سال ۱۹۸۰پایه گذاری شد ولی اغلب سیاست‌گذاران از این حیطه غفلت کردند و همین امر منجربه افزایش هزینه‌های نظام سلامت در چین شد(۲۸). در سال-های اخیر دولت‌مردان چین سیاست‌هایی در جهت تقویت نظام مراقبت‌های سلامت اولیه بخصوص تشکیل مراکز خدمات سلامت

جامعه درشهرها اتخاذ کردند دراین مراکز پزشک اولیه (Primary physician) که همان پزشک خانواده یا پزشک عمومی هستند؛ به ارائه خدمات می‌پردازد(۲۹). درحقیقت پزشکان عمومی که مهارت کافی برای ارائه خدمات جامع به تمامی مراجعان نظام سلامت را دارند به عنوان پزشک خانواده فعالیت می‌کنند این پزشکان علاوه بر خدمات معمول مانند طب عمومی، اطفال، پیشگیری، نوتوانی و...، به ارائه خدمات طب سنتی چین می‌پردازند(۵). درسال ۲۰۱۰تنها۵/۳ درصد ازکل پزشکان چینی، پزشک خانواده یا دستیار این رشته بودند. به همین دلیل برنامه جدید آموزش پزشک خانواده در چین راه اندازی شد تاسالانه باجذب ۵۰هزار پزشک آموزش پزشک خانواده مبتنی بر بیمارستان بمدت یک ساله بصورت تمام وقت، توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه شود (۳۰). دولت چین برای تقویت نظام مراقبت‌های سلامت اولیه، خدمات قراردادی پزشک خانواده را معرفی کرد که از سال ۲۰۱۶ این خدمات برای عموم جامعه قابل استفاده و اختیاری بود. مطالعات نشان دادند این سیاست باعث افزایش آگاهی و ارتقای اثربخشی خود مراقبتی افراد شده است. در این میان استقبال مراجعان دارای بیماری مزمن برای عقد قرارداد استفاده از خدمات پزشکان خانواده بیش از سایرین بوده است. بررسی‌های انجام شده در شهرهای مختلف چین نشان داد با وجود اختیارداشتن افراد در انتخاب محل دریافت خدمات، سیاست عقد قرارداد با پزشک خانواده باعث شده تا مراکز خدمات سلامت به عنوان اولین محل مراجعه انتخاب شود. انتظار می‌رود این مراکز نقش عمده‌ای در سلامت عموم جمعیت چین بخصوص در اصلاح سبک زندگی ایفا کنند(۲۸).

ایران

در سال ۱۳۸۱، برای بازطراحی نظام سلامت به تناسب چالش‌های جدید، بخصوص تعیین راهبردهای تحقق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور، گروهی متشکل از دست اندرکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی (که طبق اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۶ عهده‌دار خدمات بیمه درمانی حدود ۳۵ درصد جمعیت کشور بود)، سازمان تأمین اجتماعی (بزرگ ترین بیمه‌گر دولتی و پرداخت‌کننده مستمری کارگران و کارمندان دولت)، سازمان سابق مدیریت و برنامه‌ریزی (مسئول تنظیم بودجه‌های سالیانه کشور) و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، برای مطالعه و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه های مختلف تشکیل شد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زیر مجموعه‌های سیاست‌گذاری خود را تغییر داد ویک گروه اجرایی برای اصلاح بخش سلامت و تربیت نقش آفرینان و آماده سازی محیط برای تغییر تشکیل شد.

در سال ۱۳۸۳، سیاست پزشک خانواده با موفقیت در برنامه پنج ساله چهارم توسعه کشور (۸۸-۱۳۸۴) گنجانده شد و دولت را به مواردی مکلّف نمود؛ ۱: تعمیم پوشش مراقبت‌های اولیه به کل جمعیت؛ ۲: ارتقای بهداشت عمومی و کاهش خطر بیماری‌ها و سایر چالش‌های عمومی؛ ۳: ایجاد دسترسی منطقی و عادلانه به خدمات سلامت از طریق سطح‌بندی خدمات؛ ۴: کاهش سهم مردم در پرداخت هزینه مراقبت های بهداشتی درمانی از ۵۵ درصد به ۳۰ درصد و کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۳ درصد به ۱ درصد؛ ۵: تحقق بیمه پایه درمانی بر مبنای پزشک خانواده و نظام ارجاع(۳۱). گنجانیدن پزشک خانواده در برنامه چهارم توسعه ابتکاری اساسی بود که این خط مشی را از تحولات سیاسی مصون می‌داشت. گروه اجرایی اصلاح بخش سلامت به اتفاق، بر اجرای پزشک خانواده در مناطق شهری (مشتمل بر ۶۵ درصد جمعیت) به صورت آزمایشی در چهار استان کشور تأکید ورزیدند . با این وجود، به دلیل تفکیک سازمان بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت در اوایل سال ۱۳۸۳، این اجرای آزمایشی هیچ‌گاه به طور کامل صورت نپذیرفت. سازمان مذکور همراه با سایر سازمان‌های بیمه‌گر دولتی در مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی قرار گرفت .وزارت بهداشت نتوانست بودجه لازم برای انجام پایلوت‌های مورد نظر را تخصیص دهد و اجرای برنامه پزشک خانواده به کندی پیش رفت (۳۲). در مورد آموزش در سال ۱۳۸۸ دوره‌های آموزش تکمیلی پزشکان عمومی در قالب دوره‌های پودمانی (MPH)آموزش‌های مجازی و حضوری ارائه می‌شود. برنامه آموزش رشته تخصصی پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۴ تدوین و به تدریج دستیاران طی آزمونی پذیرش شدند. طول آموزش دو سال درنظر گرفته شده است(۳۳).

بحث

هدف از این مطالعه مقایسه، بررسی تاریخچه وچگونگی شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده در کشورهای منتخب بود، گرچه دلایل و اصول کلی برنامه پزشک خانواده در این کشورها مشابه‌اند؛ اما در سیاست‌گذاری‌ها، راهبردها و روش‌های اجرا و نحوه تأمین هزینه‌ها با یکدیگر متفاوتند.

در تمامی کشورهای منتخب، وزارت بهداشت (سلامت) مسئول سیاست‌گذاری، نظارت و اجرای سیاست‌های سلامت است که نشان می‌دهد حکمرانی قوی در کشورهایی مانند انگستان منجر به اجرای برنامه‌های ملی مانند برنامه پزشک خانواده موفقیت‌آمیز می‌شود (۳۴).

اکثر کشورهای منتخب دارای دوره‌های تخصص‌های پزشکی خانواده بعد از دوره پزشک عمومی هستند. البته در سال‌های اخیر در کانادا تعداد

فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی که پزشک خانواده را به عنوان تخصص انتخاب کنند به دلیل بار مشکلات کاری و پرداختی کاهش یافته است(۳۵). در برخی کشورها مانند انگلستان، فنلاند، هلند عنوان پزشک عمومی به فردی اطلاق می‌شود که پس از فارغ‌التحصیلی از دانشکده پزشکی، دوره‌های مربوط به پزشک خانواده را طی کرده است و در بخش سرپایی ارائه خدمت می‌کند درحالیکه در سایر کشورها پزشک عمومی فردی است که پس از فارغ‌التحصیلی بدون دوره‌های تکمیلی به ارائه خدمات بالینی می‌پردازد و همچنین مطالعات نشان می‌دهد که طول دوره آموزش پزشک خانواده از ۲سال (کانادا، انگلستان) تا۵سال(فنلاند) متغیر است(۳۶). ولی همواره تأکید می‌شود آموزش در محیط واقع گرایانه، مناسب و واقعی انجام شود (۳۷).

در ایران علاوه برتخصص پزشک خانواده و برگزاری دوره‌های آموزشی بعد از فارغ‌التحصیلی برای پزشکان عمومی، در برنامه آموزش پزشکی عمومی نیز واحدهایی برای آشنایی با نظام بهداشتی و درمانی و نحوه ارائه خدمت گنجانده شده است و انتظار می‌رود محیط آموزشی این واحدها مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی باشد. با این وجود محتوای آموزشی نیاز به اصلاحاتی در جهت نیازهای روز جامعه و آشنایی بیشتر دانشجویان پزشکی با خدماتی که در آینده به عنوان پزشک خانواده ارائه خواهند کرد دارد.

در نظر گرفتن سیستم‌های ارزیابی مناسب در طراحی و اجرای طرح‌های بهداشتی مانند پزشک خانواده ضروری است. اعتباربخشی یکی از بهترین روش‌های رایج ارزیابی در پزشک خانواده و مراکز مراقبت اولیه در اکثر کشورها است (۳۸). این مطالعه نشان داد که در انگلستان و ترکیه، ثبت نام نزد پزشک عمومی/پزشک خانواده ضروری است و پزشک خانواده دارای نقش دروازه‌بان است؛ اما در مالزی و چین انتخاب پزشک خانواده اختیاری بوده و در ایران هم هنوز به شکل جامع و فراگیر طرح پزشک خانواده اجرا نشده و محدودیت دسترسی به سطوح تخصصی و بیمارستان‌ها نیز وجود ندارد.

مطالعات نشان می‌دهد که در سیستم‌های بهداشتی که پزشکان خانواده نقش دروازه‌بان را ایفا می‌کنند، هزینه‌های بهداشتی کاهش می‌یابد(۳۹). در کشورهایی که پزشک خانواده نقش دروازه‌بان رسمی در سیستم بهداشت را ندارد، مشوق‌هایی برای تقویت نقش پزشک خانواده در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال، اگرچه دسترسی رایگان به متخصصان در انتاریو، کانادا، ممنوع نیست دولت این دسترسی را محدود کرده است (۴۰). در کشورهایی که در برنامه پزشک خانواده موفق‌تر بوده‌اند، سیاست‌های سیستم ارجاع به خوبی اجرا می‌شوند. در انگلستان و کانادا، سیستم بهداشت ملی براساس طبقه‌بندی خدمات سلامت، نظام ارجاع و پزشک خانواده است. (۴۲-۴۱)

همچنین یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در سیاست‌های بهداشتی، داشتن اطلاعات مناسب و زیرساخت‌های ارتباطی بین سطوح مختلف ارائه مراقبت و اجرای سیستم‌های الکترونیک سلامت است که پاسخگویی و شفافیت در حوزه سلامت را افزایش داده و سیستم پشتیبانی قوی از نظام ارجاع را فراهم می‌کند (۴۳). که در این مطالعه مشخص شد در آمریکا پزشکان خانواده در قالب نظام سلامت یکپارچه و با استفاده از نظام ثبت اطلاعات الکترونیک به ارائه خدمت به بیماران می‌پردازند(۱۵) در کانادا، انگلستان، ترکیه و اخیرا در ایران نیز نظام ثبت اطلاعات سلامت افراد به صورت الکترونیک فراهم است که می‌توان برای تقویت نظام ارجاع از آن بهره گرفت.

در نهایت، نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه پزشک خانواده از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. گیبسون نیز توضیح می‌دهد یکی از ویژگی‌های کلیدی برنامه پزشک خانواده سازگاری با محیط زیست اجرایی آن است (۴۴). بنابراین، در افزایش و بهبود برنامه پزشکی خانواده، ویژگی‌های فرهنگی، ملی و منطقه‌ای باید درجهت بهبود عملکرد نظام سلامت نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به بررسی تاریخچه راه‌اندازی پزشک خانواده در کشورهای منتخب مشخص شد هر کشوری بر اساس وضعیت نظام سلامت و شرایط پزشکان عمومی اقدام به راه‌اندازی پزشکی خانواده به‌عنوان رشته تخصصی سپس به‌عنوان پزشکان دروازه‌بان سیستم سلامت نموده است. اما باید توجه نمود راه‌اندازی و به‌کارگیری پزشک خانواده تا زمانی که برنامه از حمایت جدی سیاست‌گذاران برخوردار نباشد، فرهنگ‌سازی در سطوح مختلف از ارائه‌دهندگان خدمات، تصمیم‌گیران و گیرندگان خدمت انجام نشود و زیرساخت‌های اساسی مانند نظام ثبت الکترونیک و تأمین منابع مالی تکمیل نشود و نظارت و ارزیابی کاملی به عمل نیاید موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

یکی از مشکلات برنامه پزشکی خانواده که به صورت پایلوت در برخی استان‌ها انجام گرفت، مربوط به ارجاع و دریافت بازخورد مناسب بود(۴۵)؛ کمیته کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بابیان‌دلایل ناکارآمدی سیستم‌های بشرح زیر، توصیه به رفع این عوامل نمودند:

حجم کار بسیار زیاد کارکنان بهداشتی، طولانی بودن مسافت و مشکل حمل‌ونقل بیماران، عدم اعتماد به مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین خدمات تحویل، مقدار ناکافی اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بالعکس، عدم وجود سیستم ارجاع کارآمد، مدیریت و تعهد ناکافی، آموزش ناکافی و عدم راهنمایی در مورد معیارهای ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و عدم حمایت خدمات مراکز بهداشتی درمانی ارائه شده توسط بیمارستان ها (۴۶). بنابراین جهت ارتقای سیستم ارجاع و تقویت پزشک خانواده می‌توان با توجه به دلایل مطرح شده به بررسی مشکلات و حل چالش‌های پیش رو پرداخت.

منابع

1. WONCA EUROPE. The European Definition of GP/ FM; 2011. Available at: https://www.woncaeurope.org/
2. WHO. Family Medicine. Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum .2003.New Delhi . Available at: https://apps.who.int
3. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N,Honarvar MR, et al . Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2016; 25(132): 23-32. [In Persian]
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Portugal: EURACT ; 2005.
5. Sohrabi M R, Saadat S, Haji Hashemi Z. Excerpt from Family Medicine: Situation in the World, Necessity in Iran. Medicine and Cultivation 2004; 55: 66-74. [In Persian]
6. Naghavi H, Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran2002. Tehran: Tandis press; 2005. [In Persian]
7. MosaFarkhany E, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F. Determining the causes of discontinuation of family physicians working in Mashhad University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2015; 12(1): 117-24. [In Persian]
8. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran Provinces: History, achievements, challenges and solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2016; 14(2): 17-38. [In Persian]
9. Yazdi Feyzabadi V, Khosravi S, Amiresmaili M. Performance evaluation of rural family physician plan: a case of Kerman University of Medical Sciences. Toloo-e-Behdasht 2014; 12(4): 48-59. [In Persian]
10. Nasrollahpour Shirvani SD. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. Journal of Babol University of Medical Sciences 2014; 16(3): 15-26. [In Persian]
11. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44.
12. Gutierrez C. Scheid P. The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery. Available at: https://www. aafpfoundation.org/content/dam/foundation
13. The Specialty of Family Medicine. Available at: https://www.stfm.org/
14. Saultz J.W., Taylor R.B., Paulman P.M. Family Medicine: Fifty Years of Caring for America. Family Medicine; 2022.
15. Phillips RL Jr, Brundgardt S, Lesko SE, Kittle N, Marker JE, Tuggy ML, Lefevre ML, Borkan JM, Degruy FV, Loomis GA, Krug N. The future role of the family physician in the United States: a rigorous exercise in definition. Ann Fam Med 2014; 12(3): 250-255.
16. British Medical Association (BMA). Safe Working in General Practice.London:BMA; 2016. Available at: file:///C:/Users/user/ Downloads/20160684- GP-safe%20working-and-localityhubs%20.pdf
17. Royal College of General Practitioners, United Kingdom. General Practice Training; 2019. Available at: https://www.rcgp.org.uk/ about-us/gps-intraining.aspx
18. Primary Care Workforce Commission. The future of Primary Care: Creating teams for tomorrow. National Health Service, Health Education England; 2015.
19. Campbell C, Hendry P, Delva D, Danilovich N, Kitto S. Implementing Competency-Based Medical Education in Family Medicine: A Scoping Review on Residency Programs and Family Practices in Canada and the United States. *Family medicine* 2020; *52*(4): 246–254.
20. Gibson C, Arya N, PonkaD, Rouleau K, Woollard R. Approaching a global definition of family medicine. Canadian Family Physician 2016; 62(11): 891-896.
21. Uzuner, A, Topsever P, Unluoglu, I. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Med Educ* 2010; 10(29).
22. Günes ED, Yaman H. Transition to family practice in Turkey. *J Contin Educ Health Prof* 2008; 28: 106–12.
23. Cevik C, Kilic B. Change from health center to family physician period in the Turkish health system: A qualitative study. Int J Health Plann Manage. 2018; 33(4): e1022-e1036.
24. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Fam Pract. 2014; 15:38.
25. Merican MI, Rohaizat BY, Haniza S. Developing the Malaysian Health System to Meet the Challenges of the Future. Med J Malaysia 2004; 59(1): 84-93.
26. Ministry of Health Malaysia. Malaysia Health Facts 2018. Availabte at: http://www.moh.gov
27. Ramli AS, Taher SW , Zakaria Z F , Ali N , Shamsuddin N H, Foo W P,et al. The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI): Issues and Challenges for Malaysia as a Trailblazer Country.Journal of Clinical and Health Sciences 2019;4(1): 4-21.
28. Li X, Lu J, Hu S, Cheng K, De Maeseneer J, Meng Q, et al. The primary health-care system in China. The Lancet 2017; 390(10112): 2584–94.
29. Qingming Zh, Lu Sh, Tiantian P, Willie L. Utilization of community health care centers and family doctor contracts services among community residents: a community-based analysis in Shenzhen, China. BMC Family Practice 2021; 22(1): 100.
30. Dai H, Fang L, Malouin RA, Huang L, Yokosawa KE, Liu G. Family medicine training in China. Fam Med 2013; 45(5): 341-4.
31. Shiani M , Rashidian A, Mohammadi A. The position and obstacles of implementing the family doctor plan in the Iranian health system. Social Welfare 2016; 10(62): 59-102. [In Persian]
32. Moshiri E, Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and Coincidence in the Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. Hakim Research Journal 2013; 15(4): 288- 299.[In Persian]
33. Curriculum and criteria for Specialty of family medicine. Educational Compilation and Planning Commission. Ministry of Health and Medical Education. 2nd edition; 2015. Availabte at: https://crtm.iums.ac.ir/files/ crtm/files/FM_Curriculum.pdf .[In Persian]
34. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Syst Transit 2015; 17: 1-26.
35. Ayuso-Raya MC, Escobar-Rabadán F, López-Torres-Hidalgo J, Montoya-Fernández J, Téllez-Lapeira JM, Campa-Valera F. Predictors for choosing the specialty of Family Medicine from undergraduate knowledge and attitudes. Sao Paulo Med J 2016; 134: 306-14.
36. Neil A, Christine G, David P, Cynthia H, Stephanie H, Bruce D, et al. Family medicine around the world: overview by region. Canadian Family Physician 2017; 63(6): 436-441.

37. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. Health Syst Transit 2013; 15: 1-431.
38. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. Ann Saudi Med 2011; 31: 407-16.
39. Starfield B. Is Strong Primary Care Good for Health Outcomes. The Future of Primary Care: Papers for a Symposium Held on 13th September 1995. Office of Health Economics; 1996.
40. Dogac A, Yuksel M, Avci A, Ceyhan B, Hülür U, Eryilmaz Z, *et al*. Electronic health record interoperability as realized in the Turkish health information system. Methods Inf Med 2011; 50: 140-9.
41. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Syst Transit 2015; 17: 1-26.
42. Marchildon GP. Health Systems in Transition. Canada: University of Toronto Press; 2013.
43. Dong L, Keshavjee K. Why is information governance important for electronic healthcare systems? A Canadian experience. J Adv Hum Soc Sci 2016; 2: 250-60.
44. Larson PR, Chege P, Dahlman B, Gibson C, Evensen A, Colon-Gonzalez MC, *et al*. Current status of family medicine faculty development in sub-Saharan Africa. Fam Med 2017; 49: 193-202.
45. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. Journal of Education and Health Promotion 2020; 9: 160.

Comparative

The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World

Masoumeh Hosseini[1], Narges Tabrizch[2*]

1. Ph.D in Health policy, Department of Women's Health, Academy of Medical Sciences of I.R of Iran
2. ⁎**Corresponding Author:** Assistant Professor of Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R Iran, narges_tabrizchi@yahoo.com

Abstract

Background: Family physician is introduced as a cost-effective approach to promote health equity. More than half a century after the beginning of the family physician program, health systems of different countries have gradually implemented this program in different ways according to the needs of society, policies, resources and internal infrastructure. The purpose of this article is to review the experience of family physician program in Iran and selected countries and to introduce appropriate strategies for the future.

Methods: This study is a descriptive comparative study. Information was extracted by querying keywords including family physician, family medicine, health system, Iran, USA, UK, Canada, Turkey, Malaysia, China and in scientific databases. In addition, data from the World Health Organization and health systems of the selected countries were used.

Results: The history and development of the family physician program, as well as the duration of training in the United States, the United Kingdom, Canada, Turkey, Malaysia, China and Iran were described.

Conclusion: Although there are similarities in the principles of family physician in most countries, differences exist in policies, strategies and methods of implementation and financing. Developments were made to upgrade the referral system and strengthen the position of family physician, with the aim of adapting the program to the needs of the people and solving problems and challenges.

Keywords: Comparative Study, Family Physicians, Referral and Consultation