

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پزشکی خانواده در ایران و جهان

و چالش های آن

استاد راهنما : آقای دکتر شریعتی مدیر گروه پزشکی خانواده
ارائه : دکتر نامجو رزیدنت پزشکی خانواده

تعاریف و رویکردهای مختلف

به برنامه پزشکی خانواده

❖ سلامت حقی است برای انسانها و سرمایه ای ارزشمند برای تمام کشورها

❖ تقریباً تمام کشورها از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم خود نام برده اند و **حکومت ها** مسئول حفظ و ارتقای آن هستند

❖ کشورهای پیشرو در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توانسته اند با رویکرد سلامت نگر ، کل نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی باعث رضایت مردم و ارتقای سلامتی شوند

• در هر کشور هدف از برنامه پزشک خانواده متفاوت است :

• ارتقاء کیفیت خدمت

• رعایت اقتصاد سلامت و کاهش هزینه ها

• رضایت مردم

• کشور آمریکا بر اساس **Manegment Care** طراحی
نموده است

• کشور انگلستان بر اساس **اقتصاد سلامت** طراحی کرده
است

هر کشوری متناسب با

شرایط

نیازها

اهداف

باید مدل مطلوب خود را طراحی کند

•کشور هایی مانند آمریکا، کانادا، ایتالیا، آلمان و انگلیس هر کدام به طور میانگین بیش از ۵۰ سال است که اجرای برنامه پزشک خانواده را آغاز کرده اند.

• در بیانیه آکادمی اروپایی مدرسان پزشکی خانواده که در سال ۲۰۰۵ منتشر شده، پزشک خانواده و نقش پزشک خانواده به صورت زیر تعریف شده است :

✓ پزشک خانواده اولین نقطه ارتباطی مردم با نظام خدمات بهداشتی است

✓ پزشک خانواده رویکردی اتخاذ می کند که بر فرد ، خانواده و اجتماعی که در آن زندگی میکند مبتنی است

✓ پزشک خانواده مسئول ادامه خدمات در دراز مدت از تولد تا مرگ خواهد بود

✓ پزشک خانواده باید مشکلات متعدد افراد اعم از مشکلات حاد و مزمن را همزمان پیگیری کند

✓ پزشک خانواده در رسیدگی به مشکلات پزشکی افراد ، عوامل زمینه ای نظیر عوامل محیطی ، روانی ، اجتماعی و فرهنگی را در نظر بگیرد

✓ فرایند تصمیم گیری در پزشک خانواده به شیوع و بروز بیماریها در جامعه تحت پوشش بستگی دارد



در سال ۱۹۶۹ پزشکی خانواده بعنوان یک تخصص مستقل
در ایالات متحده، بعنوان بیستمین تخصص موجود در آمریکا،
شناخته شد.

پزشکان عمومی در ایالات متحده در یک دوره ی سه ساله
بعنوان متخصص پزشک خانواده تربیت می شوند.

- در آمریکا از کل پزشکان همکاری کننده با برنامه پزشکی خانواده ۱۲ درصد متخصص پزشک خانواده، ۱۳ درصد متخصص داخلی، ۴,۵ 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 اکثریت پزشکان خانواده را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند.

بر اساس مطالعات، بیشترین مراجعات و مراقبت ها از موقعیت های مهم سلامتی از جمله: بیماری های قلبی، MI، HTN، دیابت، سرطان، امفیزم و برونشیت، آسم و اضطراب/استرس؛ توسط پزشکان خانواده انجام میشود.

• بر اساس مطالعه ای اگر پزشکان خانواده وجود نداشت، ۵۸٪ از شهرهای آمریکا با کمبود پزشکان برای مراقبت های اولیه بهداشتی روبرو بودند.

• به طور خلاصه و با توافق مطالعات موجود، نظام سلامت آمریکا بالاترین وابستگی را به پزشکان خانواده‌ی خود دارد و این برنامه بار عظیمی را از دوش این نظام برچیده است.

پیش بینی ها نشان میدهد که تا سال ۲۰۲۰
همچنان کمبود پزشک خانواده را خواهند
داشت



آلمان

• در آلمان برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بر اساس تامین اجتماعی است که در آن گستره‌ای از سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد

• 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.

کل مبلغ حق بیمه به‌طور یکسان بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود و همچنین افراد غیرشاغل نظیر بازنشستگان، کشاورزان، ازکارافتادگان و دانش‌آموزان نیز تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند.

- بیماران تنها بخش کوچکی از هزینه را در نظام بیمه‌ای پرداخت می‌کنند.

• در شهرهای بزرگ، که پزشک های متخصص زیادی وجود دارند، افراد بیمار در بسیاری از مواقع بدون آن که با پزشک خانوادگی تماس بگیرند، نزد پزشک های متخصص رفته و در انتها دوباره از طرف پزشکهای متخصص نزد پزشک خانوادگی شخص بیمار فرستاده می شدند.

- به طور متوسط خانواده های آلمانی در طول سال ۱۸ بار به پزشک خانواده ی خود مراجعه میکنند.
- در حدود نیمی از پزشکان متخصص در آلمان پزشک خانواده هستند که بار زیادی از مراقبت های اولیه بهداشتی را بر دوش می کشند.



انگلیس

• سیستم مورد نظر سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی را شامل می شود

خدمات اولیه معمولا در تیم های کوچکی از پزشکان عمومی (خانواده) متشکل از حدود ۴-۶ نفره ارائه میشود.

• انگلیس از سال ۱۹۴۲ دارای یک سیستم درمان 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.

- سیستم ثبت نام اطلاعات سلامت با حق انتخاب پزشک های موجود وجود دارد.

- تمامی خدمات سلامتی اولیه توسط پزشکان عمومی ارائه میشود که معادل متخصصان پزشک خانواده در دیگر کشورها، از جمله آمریکا، می باشند.

- خدمات اولیه و تخصصی کاملاً رایگان و از محل مالیات های عمومی ارائه می شود.

بر اساس مطالعات ۸۸٪ از شهروندان به پزشکان عمومی
اعتماد کامل دارند



ایران

پیشینه پزشکی خانواده در ایران

- استقرار شبکه های بهداشتی درمانی در شهرستان های کشور در سال ۱۳۶۳
- طراحی شبکه های بهداشتی درمانی با دید همه جانبه
- اصلاح نظام سلامت از برنامه سوم توسعه

• در راستای سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای ماده ۳۲ و ۳۵ قانون برنامه پنجم و ابلاغ دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۱ طراحی شد

- طراحی نسخه ۰۲ برای اجرا در کل مناطق شهری کشوری
- اصلاح این برنامه برای خدمات روستایی

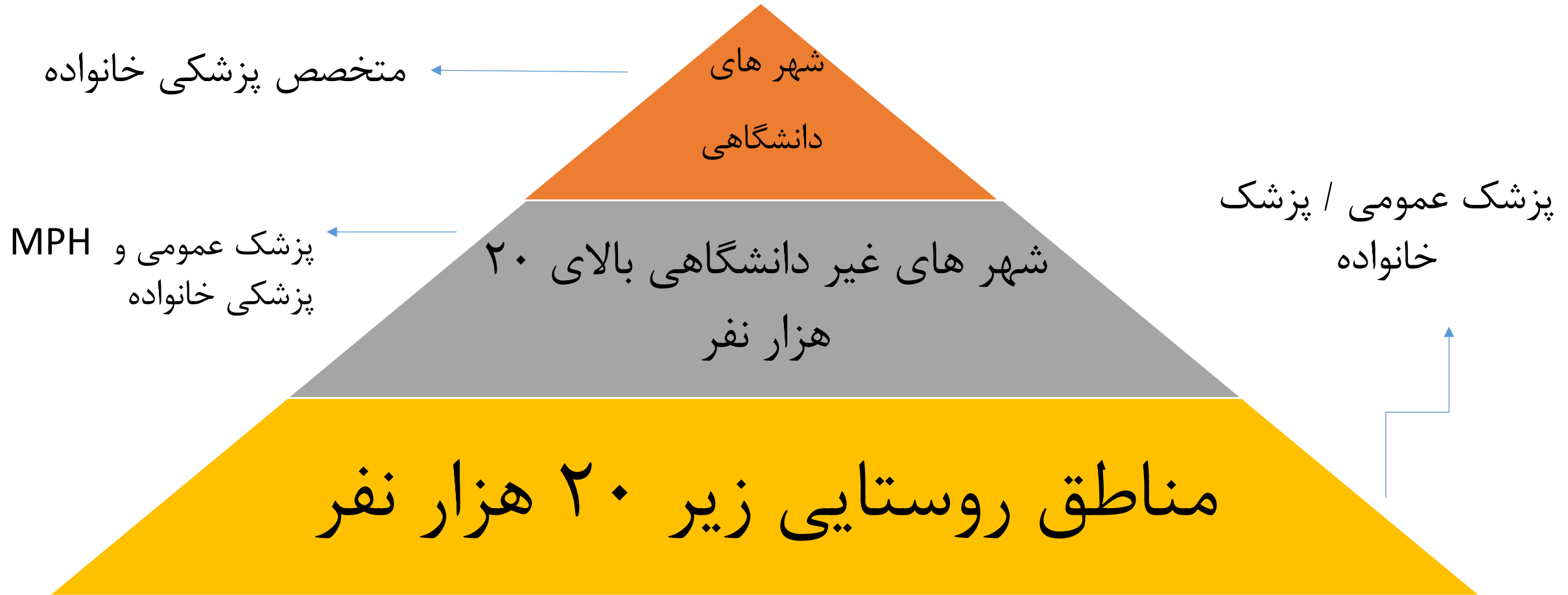
♦ خصوصیات برنامه ۲

- همه جانبه است (اورژانس ، پزشک جایگزین ،)
- مقرون به صرفه است
- ارجاع را ضروری دانسته
- اقتصاد سلامت را لحاظ کرده
- حق مدیریت پزشک خانواده را در نظر گرفته
- بخش خصوصی را در برنامه دیده (مطب خصوصی)

- برنامه ۰۲ در زمان خودش مطلوب بوده است و در حال حاضر نیاز به اصلاح دارد

- بند ۴ دستورالعمل شهری تاکید بر اصلاح وضع موجود و تلاش به رسیدن به وضع مطلوب دارد

مدل ارائه خدمت با استقرار پزشکی خانواده و نظام ارجاع



سطح بندی خدمات

- پزشک خانواده
- خدمات تخصصی و فوق تخصصی
- بستری و بیمارستان



مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و
پارازیت‌شناسی و ستائیدگی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

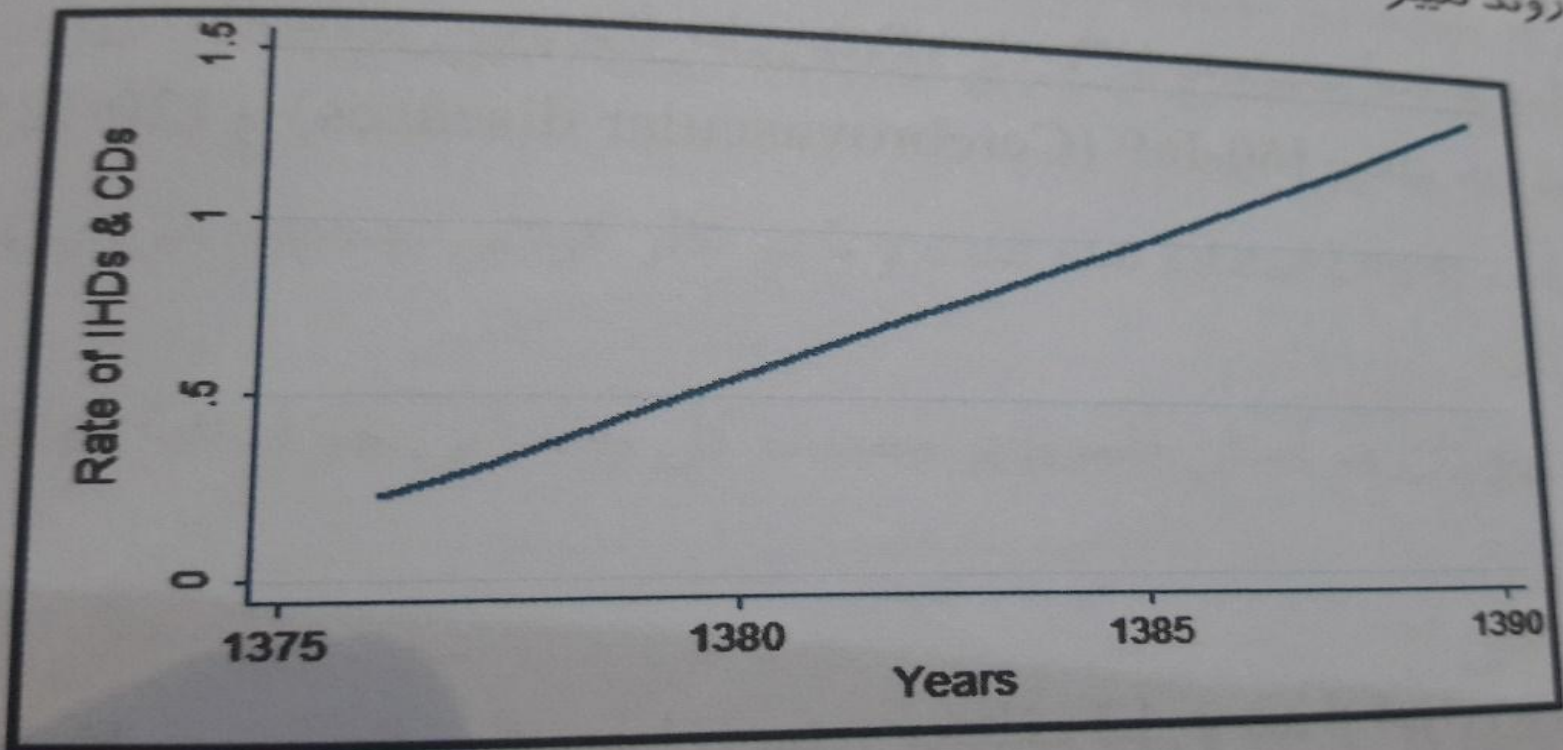


سازمان بهداشت جهانی



ارزشیابی جامع برنامه
پزشک خانواده
در مناطق روستایی و شهرهای
زیر بیست هزار نفر جمعیت

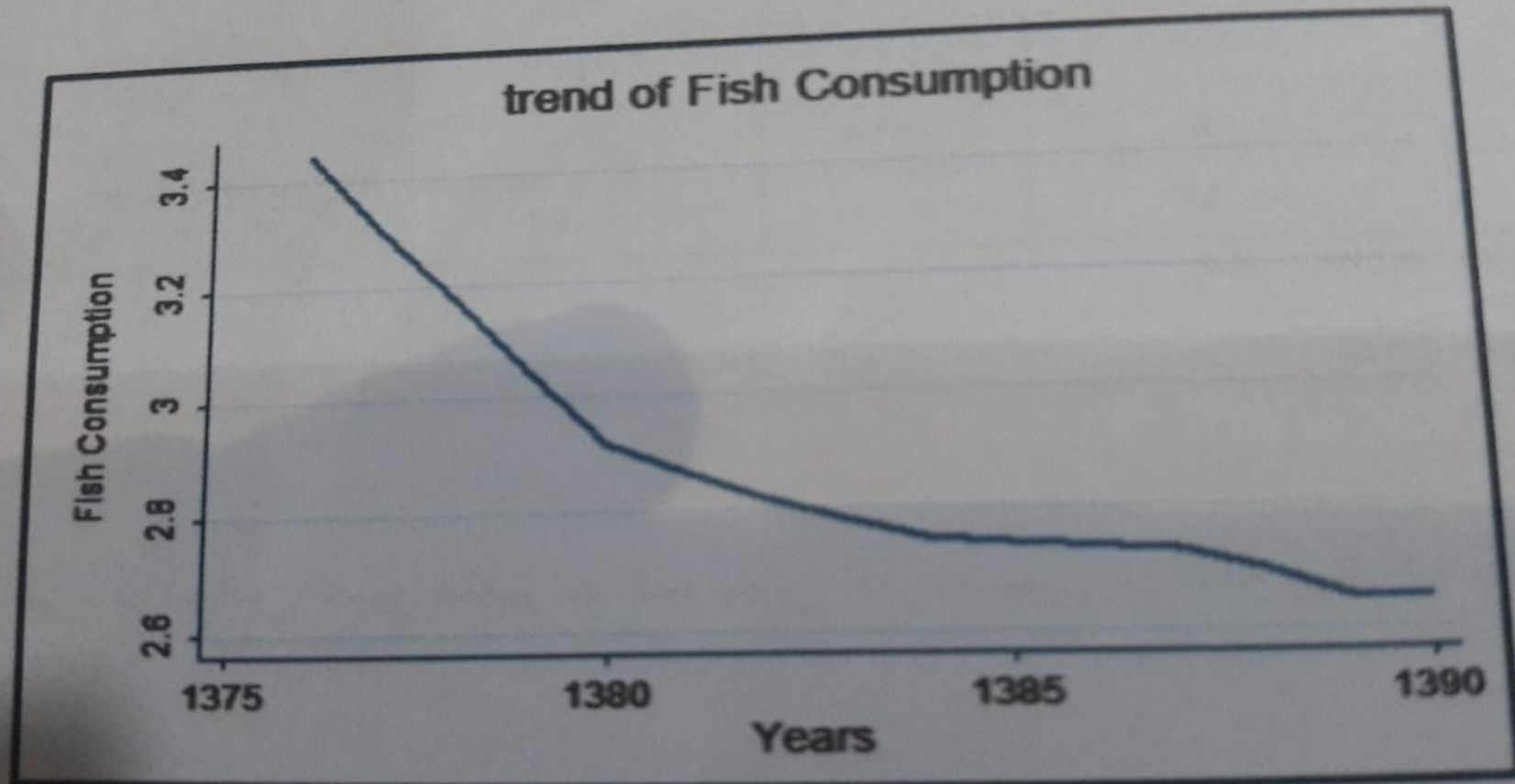
با میانگین معیار
نمودار زیر، تعداد مبتلایان به بیماری‌های ایسکمی قلبی در مناطق روستایی طی سال‌های گذشته رو به اف
نمودار ۴-۲۴۷. روند تغییر آمار مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی در سطح ملی (به صورت هموا



دارای توزیع نرمال نبودند، داده‌ها به توان ۰/۵ رسیده و سپس در مدار قرار گرفتند. توزیع د
یر مشاهده کرد

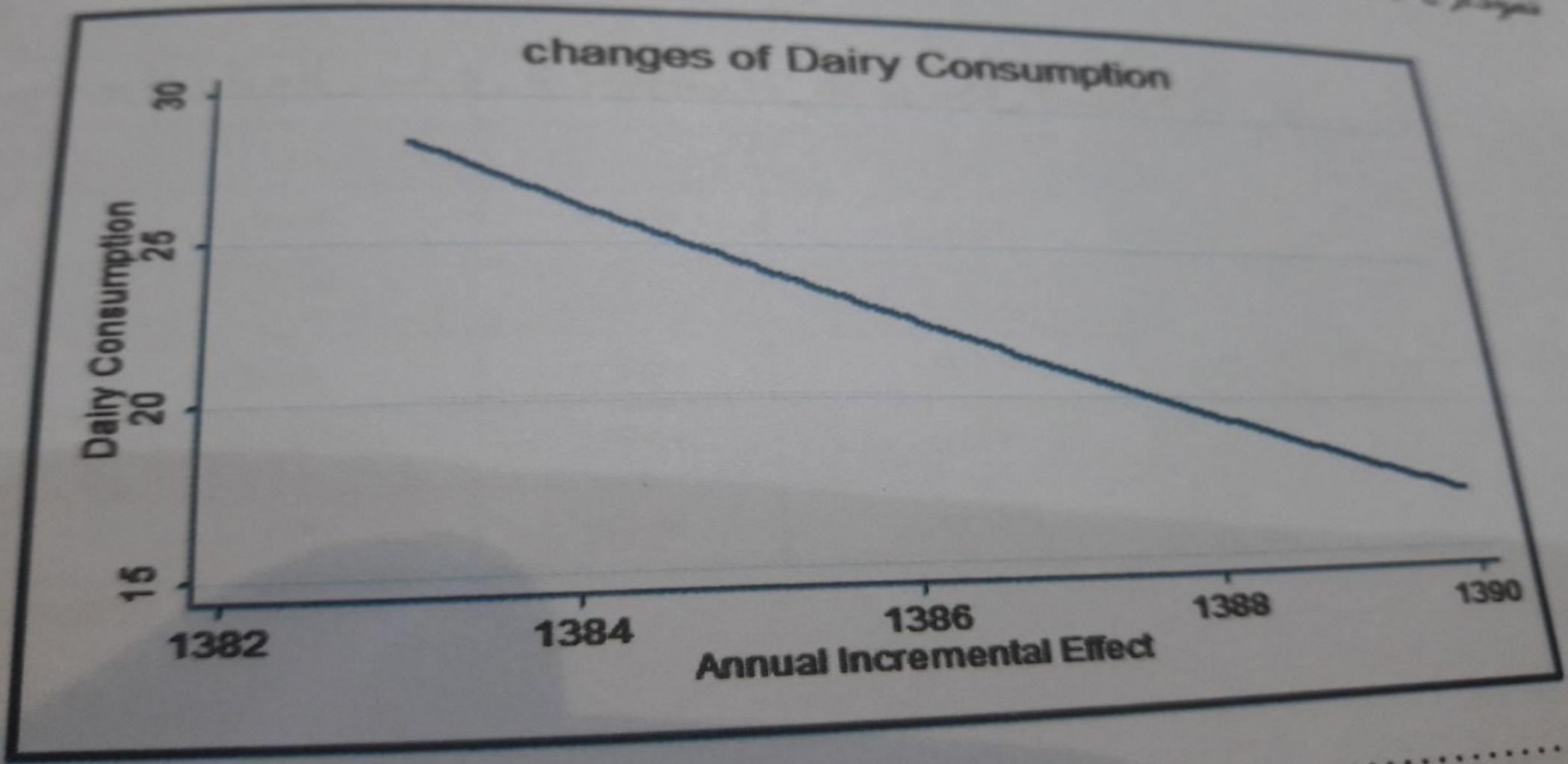
ماهی در این بازه پانزده ساله دائماً کاهشی بوده، به گونه‌ای که تقریباً مصرف هیچ سالی بیش از سال پیش از مختلف، متفاوت بوده و در کل کاهشی حدود ۲۰ الی ۲۵ درصدی را شاهد هستیم.

نمودار ۴-۱۸۸. روند مصرف ماهی از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۰



میانگین میزان مصرف لبن در طی این دوره تغییرات قابل مشاهده است.

نمودار ۸-۱۷۹. نحوه تغییر متغیر میزان مصرف لبنیات به ازای «گذشت سالهای سپری شده»

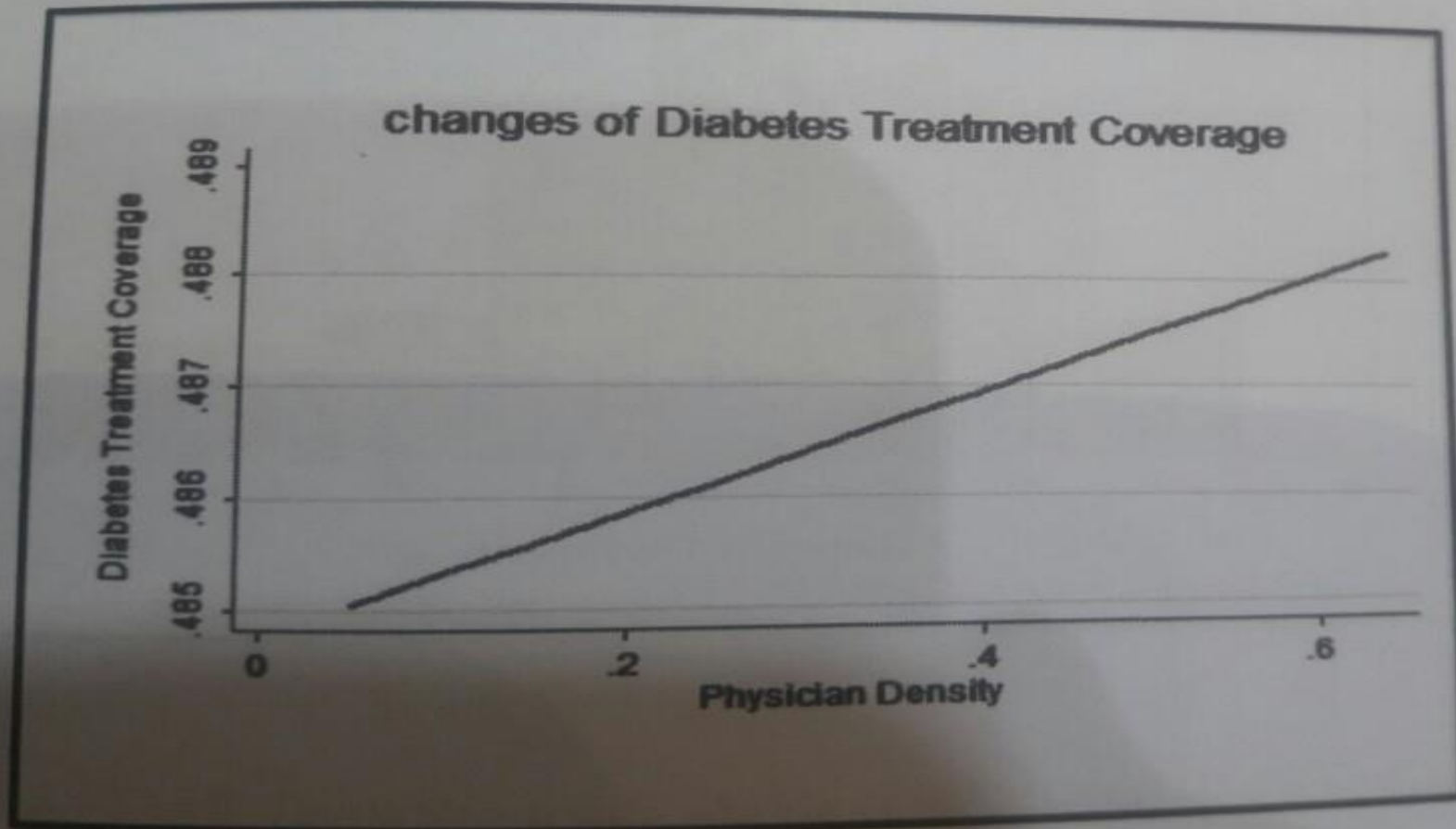


نمودار ۴-۱۸۱. روند مصرف سوسیس و کالباس از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۰



یابی برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستایی
به ضریب رگرسیونی ۰.۰۱/۰۰۵٪، با افزایش تراکم پزشک خانواده، پوشش درمان دیابت افزایش یافت.

نمودار ۴-۱۶۳. نحوه تغییر متغیر «میزان پوشش درمان دیابت» به ازای «میزان تراکم پزشک خانوادگی»

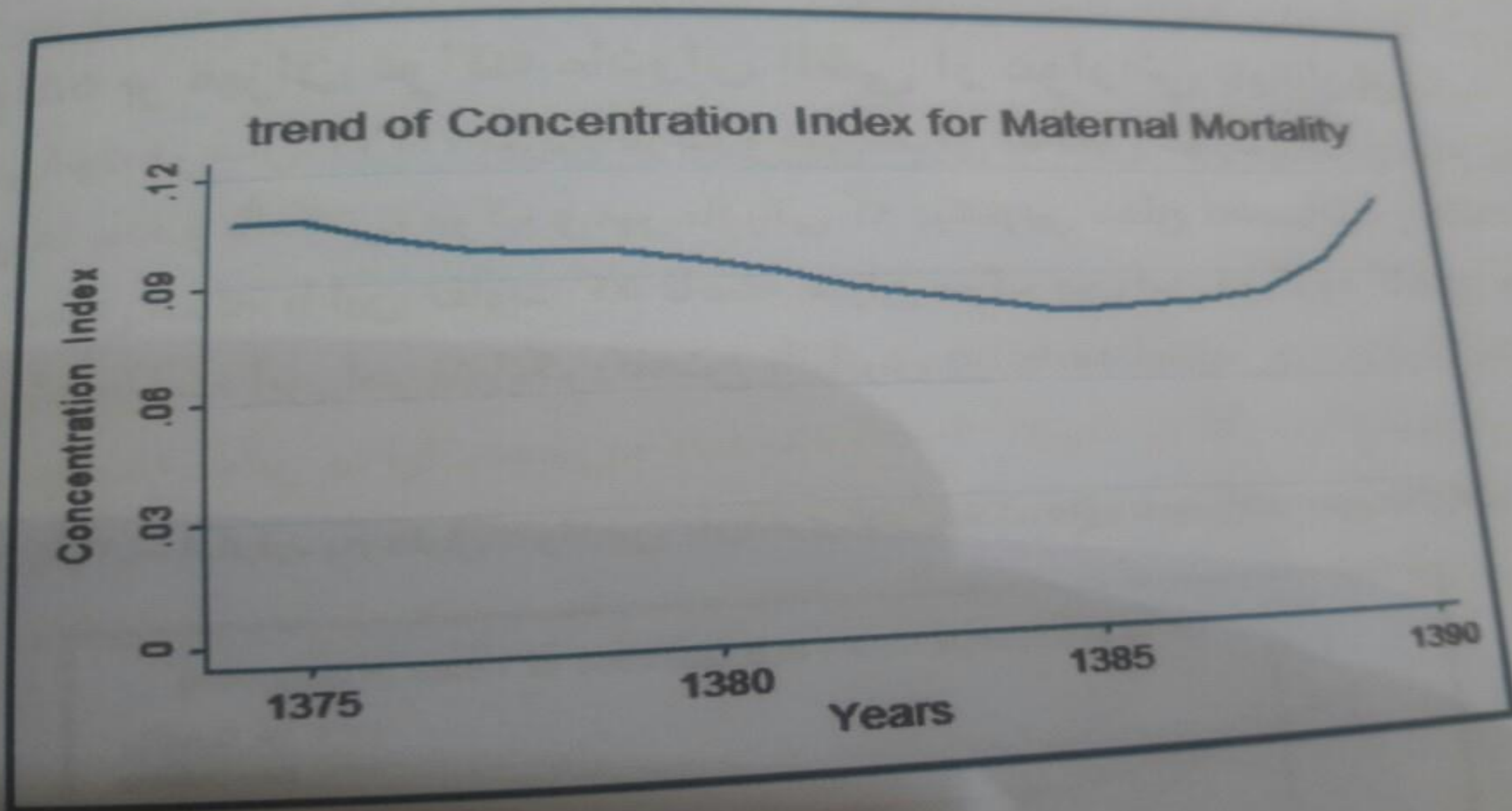


نمودار ۴-۷۵. روند مرگ کودکان زیر ۵ سال در پنجک‌های سطح تحصیلات طی سال‌های ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۵

Trend of Under 5 Years Mortality in 5 Quintiles of Years of Schooling

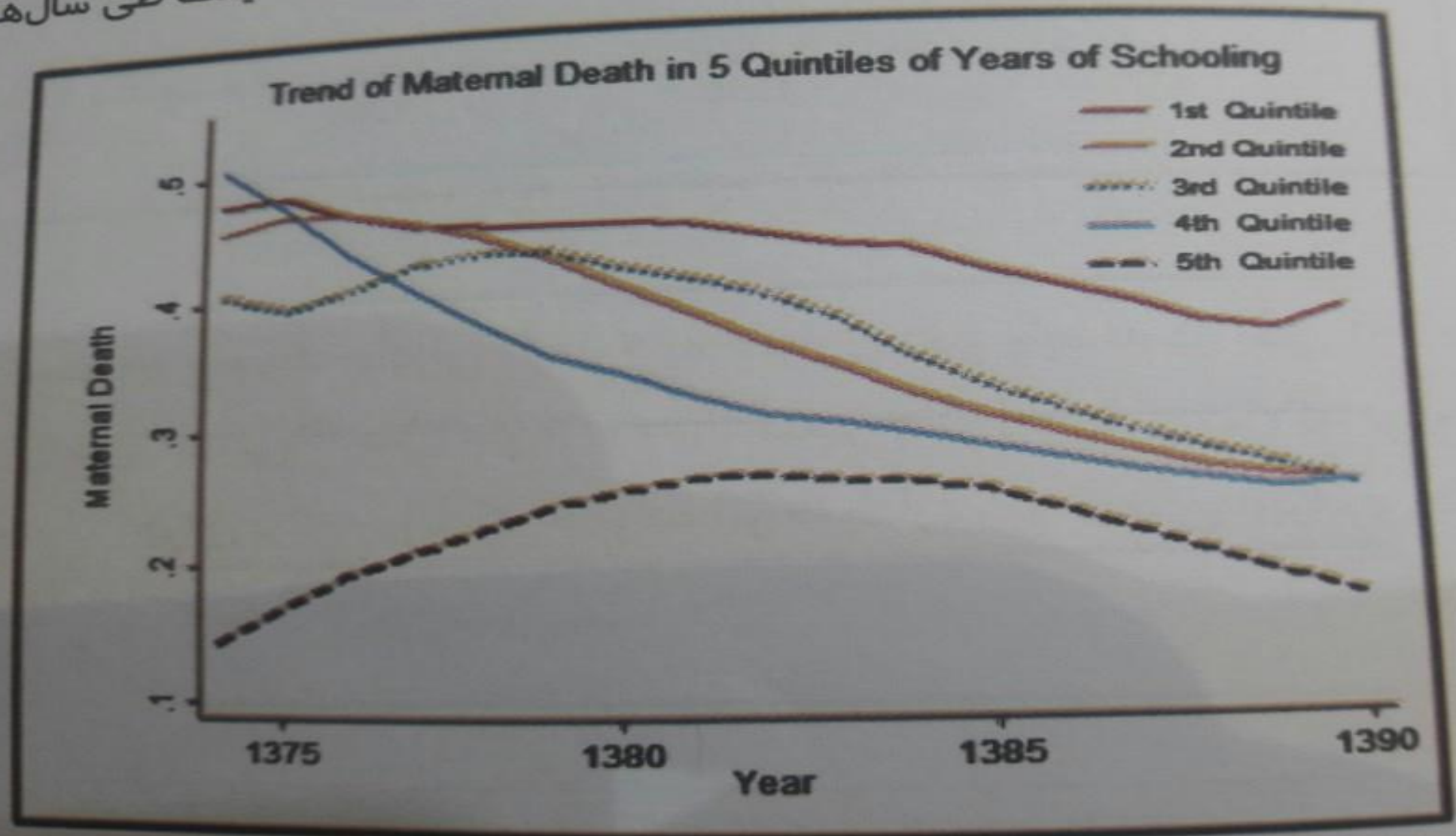


موردار ۶۸-۴ روند تغییرات شاخص تراکم بر اساس میزان مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری طی سال



«شاخص تراکم»

نمودار ۶۶-۸ روند مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری در پنجک‌های تحصیلات طی سال‌های گروه‌های میانی



بیا از حسن توجه شما

