

ارائه الگو جهت استقرار فراگیر برنامه پزشک خانواده شهری در کشور

مقدمه: برنامه پزشک خانواده به عنوان مهمترین استراتژی اصلاحات نظام سلامت در رسیدن به پوشش همگانی سلامت شناخته شده است. کشورهای پیشرو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توانسته اند با رویکرد سلامت نگر، کل نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی ضمن کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، به ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع و در نهایت عدالت در سلامت نزدیک شوند. در ایران نیز اجرای این طرح در استان های فارس و مازندران با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات و ارتقای سلامت همراه بوده است، ولی مشکلات اجرایی این برنامه منجر به عدم استقرار آن به صورت فراگیر شده است. لذا این مطالعه با هدف گزینه های سیاستی و ارائه الگو جهت استقرار فراگیر برنامه پزشک خانواده شهری در کشور انجام شد.

روش: پژوهش حاضر، در چهار مرحله با رویکرد کیفی انجام پذیرفت. در مرحله نخست، در طی یک مطالعه مرور نظام مند، چالش ها و موانع اجرایی برنامه پزشکی خانواده نظام های سلامت جهان در طی سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ بررسی گردید. پایگاه های مورد بررسی شامل ISI/Web of Sciences, PubMed, Embase, CINAHL, EBSCO, Scopus بودند. داده های این بخش با استفاده از مدل Six Building Blocks تحلیل شد. در مرحله دوم، جهت مقایسه مدل های پزشک خانواده کشورهای منتخب، مطالعه تطبیقی انجام شد. کشورهای منتخب بر اساس مدل ارائه خدمت شامل: مدل های متکی بر بیمه های اجتماعی، مدل های متکی بر طب ملی، مدل های مبتنی بر بخش خصوصی، مدل های مبتنی بر صندوق های پس انداز شخصی و نیز بر اساس سطح پیشرفتگی انتخاب شدند. بدین ترتیب کشورهای مورد مطالعه عبارت بودند از آلمان، انگلستان، آمریکا، سنگاپور، مصر و ترکیه. تحلیل داده های تطبیقی براساس تحلیل چارچوبی انجام شد. این چارچوب براساس نظر خبرگان شامل بررسی ابعاد آموزش پزشکان خانواده، ارزشیابی برنامه، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، تامین مالی، نظام پرداخت و تعارض منافع در کشورهای منتخب بود. در مرحله سوم، جهت بررسی چالش ها و مشکلات برنامه پزشک خانواده شهری در استان های فارس و مازندران، مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد. در این مرحله برای تحلیل از روش نظریه بسترزاد استفاده شد. در مرحله چهارم و از مجموع یافته های سه مرحله فوق گزینه های سیاستی و الگوی استقرار برنامه پزشک خانواده شهری ارائه و با استفاده از تکنیک دلفی اعتبار سنجی گردید.

یافته ها: در مرحله مرور نظام مند ۳۴ مقاله انتخاب شد که تم های شناسایی شده براساس چارچوب بلوک های ساختاری، شامل شش تم اصلی و یک تم مکمل بود. این تم ها شامل تولید/ رهبری، تامین مالی، نیروی کار سلامت، ارائه خدمت، نظام اطلاعات سلامت، قابلیت دستیابی و دسترسی و ملاحظات فرهنگی بودند. نتایج مطالعه مرور نظام مند نشان داد ایجاد برنامه پزشک خانواده در کلیه مؤلفه های اصلی بلوک های ساختمانی در سراسر جهان دچار چالش است و صرف نظر از تفاوت در نظام های مراقبت های اولیه و زمینه های فرهنگی و تاریخی، برنامه پزشک خانواده در اکثر کشورها با چالش های مشترکی از جمله موانع مالی و نظام پرداخت، مشکل در ارائه خدمات، هماهنگی خدمات و نظام ارجاع روبروست. نتایج مطالعه تطبیقی نشان داد در همه کشورهای مورد بررسی آموزش پزشکی خانواده به صورت تخصصی درآمده است. همه کشورهای مورد بررسی به روش های مختلف برنامه پزشک خانواده و عملکرد پزشکان را ارزشیابی می کنند. نظام ارجاع در همه کشورها به جز انگلستان به صورت اختیاری است. پرونده الکترونیک سلامت به درجات مختلف در کشورهای مورد بررسی راه اندازی و در حال اجرا می باشد. تامین مالی برنامه پزشک خانواده در اغلب کشورهای منتخب از طریق روش های عمومی و مالیات می باشد. نظام پرداخت به پزشکان در این کشورها به صورت ترکیبی بود. تعارض منافع در کشورهایی که برنامه پزشک خانواده به عنوان یک ارزش و تحول اجتماعی پذیرفته شده است به درجات کمتری دیده می شود و در کشورهایی که فرهنگ تخصص گرایی رواج دارد، شدت بیشتری دارد. نتایج مرحله کیفی (نظریه بسترزاد) نشان داد که تعارض منافع به عنوان پدیده مرکزی در فراگیر نشدن برنامه پزشک خانواده شهری مطرح است و عوامل علی ایجاد تعارض منافع شامل مشکلات نظام ارجاع و نظام پرداخت بود. همچنین عوامل زمینه ای و ریشه ای نظام سلامت مانند مشکلات مدیریتی و تولید، مشکلات ساختاری، مشکلات مالی، ضعف نظام پایش و ارزشیابی و مشکلات فرهنگی زمینه ساز بروز موانع برای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و تشدید اثرات منفی تعارض منافع شناسایی شدند.

نتیجه گیری: اجرای برنامه پزشک خانواده مستلزم توجه به جنبه های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر نظام سلامت است. این چالش ها در هر کشوری مبتنی بر زمینه است و هیچ الگوی "متناسب برای همه" در اجرای برنامه پزشک خانواده وجود ندارد. با فراهم کردن ساختارهای مناسب، سازماندهی دقیق و تامین مالی مناسب می توان اجرای برنامه پزشک خانواده را تسهیل نمود. همچنین تعارض

منافع ایجاد شده در اجرای برنامه پزشک خانواده حاصل عوامل اصلی و ریشه ای در نظام سلامت است که بعضا روابط علت و معلولی با هم دارند و شناسایی درست و دقیق آنها می تواند به مدیریت و تعدیل تعارض منافع کمک نماید. تعیین نوع استراتژی در پیاده سازی نظام ارجاع و نظام پرداخت به عنوان علل مستقیم و اصلی و حل مشکلات زمینه ای نظام سلامت، می تواند زمینه ساز مدیریت تعارض منافع و هموار شدن مسیر اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری گردد.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، تعارض منافع، گزینه های سیاستی.