

پایش طرح ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرستان رباط کریم در سال ۱۳۸۷

فرید عبادی فرد آذر^{۱*}، حمید حقانی^۲، فرح السادات هاشمی^۳

پذیرش: ۱۳۸۸/۳/۱۷

دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۳

چکیده:

زمینه و هدف: توسعه چیزی جز رضایت بخش تر کردن وضعیت زندگی مردم نیست از آنجائیکه بدون سلامت هیچکس از زندگی خود راضی نخواهد بود پس استقرار نظام سلامت در اصول بنیادین توسعه اجتناب ناپذیر است هدف از پژوهش حاضر پایش طرح ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرستان رباط کریم در سال ۸۷ می باشد .
مواد و روشها: این مطالعه بصورت توصیفی - تحلیلی در کل مراکز روستایی (۹ مرکز) شهرستان رباط کریم در سال ۸۷ انجام شد . جمع آوری داده ها با استفاده از روشهای پرسشنامه مشاهده و مصاحبه صورت گرفت بعلاوه ۳ فوکوس گروپ با مراجعین روستایی به مراکز صورت گرفت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .
یافته ها: پایش از نحوه اجرا طرح توسط اداره بیمه خدمات درمانی و کلیه واحد های ستادی با نسبتهای متفاوت صورت گرفته بود فقط ۴٪ از ارجاعات از خانه بهداشت بود ۳۰٪ موارد ارجاع به پزشک متخصص به اصرار خود بیمار بود. در طول فرایند ارجاع پزشک یا بهورز هیچیک از موارد ارجاع را پیگیری نکرده بودند از فاصله زمانی ارجاع تا پذیرش در سطح ۲ در ۸۶٪ موارد اطلاعاتی نبود در ۱۰۰٪ موارد پسخوراندی از سطح ۲ وجود نداشت. بیماران در ۷۸٪ موارد پس از بازگشت از سطح ۲ به مرکز بهداشت مراجعه نکرده بودند روستائیان نقش حضور پزشک خانواده را در قالب کاهش هزینه های درمانی و رسیدگی آسان؛ اثر بخشی خدمات ارائه شده و ارتباط و آشنایی پزشک خانواده با مسائل و مشکلات خود بیان نمودند. میزان رضایت روستائیان از ارائه خدمات سطح ۲ ۱۱/۵۲٪ بود. ۹۶٪ گیرندگان خدمت نحوه استفاده از دفترچه بیمه خدمات درمانی را می دانستند ولی ۶۵٪ آنها از محدودیت کاربرد آن رضایت نداشتند.
نتیجه گیری: یافته ها حاکی از عدم رعایت ضوابط سیستم ارجاع می باشد بدلیل عدم ارائه خدمات رفاهی هیچیک از پزشکان در روستای تحت پوشش مستقر نبودند پس از گذشت ۳ سال از استقرار تیم سلامت در شهرستان رباط کریم هیچ پس خوراندی از سطح ۲ در مراکز در پرونده بیماران وجود نداشت رعایت دستورالعملهای ارسالی و پایش مداوم از اجرا برنامه همراه با آموزش و الزام پرسنل سطح ۲ برای رعایت استانداردها در جهت تحقق طرح پیشنهاد می گردد.
کلمات کلیدی: پزشک خانواده، کیفیت، مرکز بهداشتی و درمانی روستایی، نظام ارجاع

مقدمه:

در ماده ۹۰ برنامه توسعه چهارم که تصریح نموده سهم مردم از هزینه های درمانی از ۵۴٪ ابتدای برنامه به ۳۰٪ در انتهای برنامه برسد (۲) اگر چه استقرار شبکه های بهداشتی درمانی از سال ۱۳۶۳ در کلیه شهرستانها با پوشش بیش از ۸۵٪ مناطق روستایی دستاوردهای چشمگیری در مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی بدست آمد ولی دسنزی مردم به خدمات سطح دو و سه همواره با مشکلات عدیده ای مواجه بوده است که یکی از دلایل مهم آن نبود رویکرد سلامت محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با در مان

امروزه مقوله توسعه، دغدغه خاطر بسیاری از کشورهاست در راه رسیدن به جنبه های مختلف توسعه نیز سلامت انسان ملاک اصلی است و هنوز بسیاری از کشورها ی جهان تصمیم گیری در بخش بهداشت و درمان خود با مشکلات فراوانی روبرو هستند (۱) در کشور ما علی رغم اصلاحات مداوم در نظام سلامت هنوز مشکلات مربوط به سلامت مردم دغدغه مهم مسئولین و سیاست گذاران میباشد فصل ۷ ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی مردم

۱-دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران (*نویسنده مسئول): آدرس الکترونیک: dr_febadi@yahoo.com

شماره همراه: ۰۹۱۲۱۲۴۹۱۳۹

۲- مربی آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- دانشجوی MPH دانشگاه علوم پزشکی ایران

پوشش ارائه می دهند و انجام ۳ فوکوس گروه در ارتباط با دیدگاه روستائیان (در ابتدا انجام ۴ فوکوس گروه پیش بینی شده بود ولی در عمل در فوکوس گروه ۳ به اشباع رسیدیم) در این بررسی سعی شد با استفاده از تکمیل پرسشنامه و چک لیست (استاندارد) به روش مصاحبه و مشاهده بر اساس رسیدن به سوالات پژوهش در کلیه ۹ مرکز مجری طرح پزشک خانواده در رباط کریم و انجام فوکوس گروه اطلاعات جمع آوری شود نحوه انجام کار بدین ترتیب بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی با مشاهده ظواهر فیزیکی، امکانات، تجهیزات و مستندات موجود و همچنین سوالات مرتبط با پزشک یا پزشکان خانواده حاضر در مرکز پرسشنامه مربوطه را تکمیل کرده و در بررسی کیفیت فرایند نظام ارجاع پرسشگران با مشاهده لیست بیماران ارجاع داده شده در مدت ۱۰-۳۰ روز قبل و مشخص کردن آنها داده ها را با توجه به مستندات موجود تکمیل نموده و با انجام فوکوس گروه از نظرات روستائیان آگاه شدیم داده ها در نرم افزار SPSS وارد کامپیوتر گردید و با از مونهای مرتبط و معتبر آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در حدود ۵۵/۶٪ مراکز بهداشتی و درمانی از نظر نظافت و فضای سبز وضع مطلوبی داشتند و همینطور نظافت داخل مرکز و در ۱۰۰٪ مراکز بهداشتی کیفیت جمع آوری و دفع زباله ها مطلوب بود کلیه پزشکان خانواده دارای اطاق مستقل (مطب) جهت ویزیت بیماران بودند که از نظر کف و سقف و دیوار مناسب واز نظر سیستم گرمایش و سرمایش نیز مناسب بود در این مطب وسایل پزشکی لازم و اداری سالم در اختیار پزشک قرار داشت که شامل میزپاروا، تخت معاینه، فایل، نگاتوسکوپ، افتالموسکوپ، فشارخون سنج و چراغ معاینه بود.

کلیه مراکز بهداشتی و درمانی روستایی مجهز به دستگاه EKG بودند و ۱۰۰٪ آنها دارای کیسول اکسیژن بین ۱-۳ عدد بودند ۳۳/۳٪ مراکز دارای اتوکلاو بودند در واقع کلیه مراکز دارای خدمات دندانپزشکی را شامل می شد. ۸۷/۹٪ مراکز دارای کامپیوتر بودند در هیچ یک از مراکز تحت مطالعه محلی به عنوان پانسیون با امکانات لازم نبودند در اطاق خود دفتر ثبت نام بیماران را دارند و همه اطلاعات خواسته شده را در دفتر ثبت نام بیماران ثبت نموده اند در ۱۱/۱٪ موارد پزشک خانواده مشخصات بیماران ارجاع داده شده به سطح ۲ و همینطور موارد پیگیری و نتایج را در فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص ثبت نکرده بودند و ۸۸/۹٪ موارد اطلاعات بطور ناقص درج شده بود. پزشکان خانواده در ۲۲/۲٪ موارد برای ۱۰۰٪ جمعیت تحت پوشش پوشه پرونده سلامت را تکمیل نموده اند و در ۳۳/۴٪ موارد بین ۸۰-۱۰۰٪ و در ۴۴/۴٪ موارد بین ۵۰-۸۰٪ کیفیت ثبت پوشه پرونده سلامت خانوار در ۳۳/۳٪ مطلوب و در بقیه موارد بطور ناقص تکمیل شده بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مراکز بهداشتی- درمانی تحت مطالعه بر حسب

فرم «بررسی سلامت» تکمیل شده برای جمعیت تحت پوشش

درصد تکمیلی	درصد
۱۰۰٪	*
۸۰٪ تا کمتر از ۱۰۰٪	۲۲/۲
۸۰٪ تا کمتر از ۸۰٪	۳/۳۳
۲۰٪ تا کمتر از ۵۰٪	۵/۴۴

در مجموعه نظام سلامت کشور است و متأسفانه این مشکل در بین مردم بصورت فرهنگ درآمده که با اولین دردی که احساس میکنند به متخصص یا فوق تخصص مراجعه نمایند در صورتیکه این وضعیت در اکثر کشورها خصوصاً توسعه یافته وجود ندارد (۳) جهت رفع و یا کاهش مشکلات مذکور جدیدترین طرح اصلاحی اجرای طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع می باشد که بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و با اهداف (۱۰) ایجاد نظام ارجاع در کشور (۲) افزایش پاسخگویی در بازار سلامت (۳) افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت (۴) کاهش هزینه های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمز از ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شده است. پزشک خانواده بعنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار (بعد از بهورز) باید دارای مهارتهای لازم در زمینه غربالگری تشخیص و درمان بیماران باشد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و باید به شکل فعال به جمعیت تحت پوشش ارائه گردد (۴) گزارشات کشوری نشان میدهد دانشگاههای علوم پزشکی که مسئولیت اصلی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در حوزه های تحت پوشش خود بعهده دارند از نظر پوشش کمی اجرای طرح، موفقیتهای چشمگیری بدست آورده اند (۵) اما با توجه به گذشت حدود ۳ سال از شروع اجرای طرح ایا کیفیت اجرای طرح برابر با انتظارات کشوری و تعهدات تکلیفی می باشد؟ عبارتی اگر کیفیت اجرای طرح را دستیابی به استانداردها و الزامات از پیش تعیین شده تعریف کنیم ایا استانداردهای از پیش تعیین شده در مورد شرایط فیزیکی کمیت و کیفیت تجهیزات امور دارویی اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش ایجاد و تقویت همکاری برون بخشی وضعیت پایش و نظارت بر رده محیطی ثبت داده ها و سیستم گزارش دهی کیفیت دسترسی مردم به پزشک خانواده رعایت سیستم ارجاع کیفیت ارائه پسخوراند کیفیت پیگیریهای بعدی محقق شده است؟ سوالاتی از این قبیل موضوعاتی است که سیستم گزارش گیری موجود قادر به پاسخ دادن به آن نیست و الزاماً باید مورد پژوهش قرار گیرد لذا بنا به اهمیت موضوع تأمین حفظ و ارتقاء سلامت مردم از طرفی و نو پا بودن طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که ممکن است بدلیل فراهم نشدن بسز مناسب و با توجه ناکافی به الزامات از پیش تعیین شده با انحرافات مواجه شود ویا از پویایی لازم برخوردار نگردد و همچنین نگرانی های مسئولین و سیاست گذاران ما را بر آن داشت که با انجام یک پژوهش منطقه ای تحت عنوان پایش طرح ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در منطقه رباط کریم و انجام مشکلات و نارسایی های احتمالی را شناسایی و نسبت به رفع آن راهکارهای اجرایی مناسب را پیشنهاد کنیم از آنجائیکه تحقیقات چندانی در راستای طرح ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور انجام نگرفته مطمئناً این پژوهش میتواند مورد استفاده برنامه ریزان و مدیران اجرایی و قرار گیرد.

مواد روشها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی و تحلیلی می باشد که محیط

پژوهش شامل مناطق روستایی و شهرهای کمز از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت شهرستان رباط کریم بوده و جامعه مورد مطالعه شامل مراکز بهداشتی و درمانی روستایی مجری طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که اعضای تیم سلامت در آن مستقر بوده و خدمات مورد تعهد سطح اول را به جمعیت تحت

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مراکز بهداشتی- درمانی دقت مطالعه بر حسب ارسال لیست بیماران نیازمند به پیگیری به خانه بهداشت مربوطه

ارسال لیست	درصد
بطور کامل	۳۳/۳
بطور پراکنده	۵۰
ارسال نمی شود	۷/۱۶
جمع	۱۰۰

است شرکت نموده اند و در ۳۳/۳٪ موارد بین ۳-۵ بار و در ۳۳/۳٪ موارد بیش از ۱۰ بار شرکت نموده اند.

در طول ۳ ماه گذشته کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان و اداره خدمات بیمه درمانی یکباربطور مشنرک انهم در سطح داخل مرکز بهداشتی و درمانی پایش و نظارت داشته اند ودر سطح خانه های بهداشت با مردم و نمایندگان محلی پایش و نظارتی صورت نگرفته است.

میانگین اقلام دارویی تجویز شده در نسخ پزشکان خانواده و میانگین ارجاع به آزمایشگاه سطح ۲ در هر ۳ ماه یک بار بررسی و پسخوراند بصورت نامرتب و شفاهی داده میشود در کلیه مراکز هیئت امنا مرکز تشکیل شده بود و ترکیب هیئت امنا با توجه به پیشنهادات کشوری بود تلفن تماس اعضای هیئت امنا در اختیار پرسنل بود و کلیه جلسات دارای صورت جلسه بود ودر ۳ماه گذشته یکبار هیئت امنا بر اساس پیشنهادات کشوری تشکیل شده بود. در بررسی ارجاعات فقط ۴٪ از خانه بهداشت ارجاع شده بود که ۲٪ آنها ارجاع فوری و ۲٪ ارجاع غیر فوری بوده است و ۹۶٪ آنها مراجعه مستقیم داشتند. در ۹۰٪ موارد انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ با پزشک خانواده بوده و در ۲٪ موارد با بیمار و در ۸٪ موارد اطلاعات موجود نبود. در ۱۶٪ موارد رونوشت ارجاع به خانه بهداشت مربوطه ارسال شده و در ۴۶٪ موارد خیر. در ۳۸٪ موارد نیز مرکز خانه بهداشت نداشت.

۷۰٪ ارجاع به پزشک متخصص توسط پزشک خانواده صورت گرفته و ۳۰٪ موارد به اصرار خود بیمار.

انتقال بیماران به سطح ۲ در ۹۸٪ موارد توسط خود آنها بوده است. محل ارجاع بیماران در ۹۶٪ موارد بیمارستانهای تحت پوشش بود و در ۴٪ موارد اطلاعات ثبت نشده بود. ۱۸٪ ارجاعات به متخصصین داخلی بود ۱۴٪ زنان و ۱۰٪ جراحی ۱۰٪ چشم پزشکی و سایر تخصصها با در صداهای مشابه بود. در ۲۰٪ موارد نتایج ویزیت پزشک متخصص سطح ۲ درپرونده سلامت بر اساس گفته های خود بیمار یا اطرافیان ثبت شده بود ودر ۸۰٪ موارد

در ۵۵/۶٪ موارد در صورتیکه پزشک خانواده در برنامه دهگردشی یا در جلسات اداری و آموزشی شهرستان و یا در مرخصی استحقاقی باشد بیماران تحت پوشش آن پزشک، عمدتا توسط سایر پزشکان آن مرکز ویزیت میشوند ودر ۴۴/۴٪ موارد توسط پزشک جانشین. در ۸۸/۹٪ موارد پزشکان خانواده تلفن تماس خود را در اختیار روستاییان قرار نداده اند. بازدید پزشک خانواده از خانه های بهداشت تحت پوشش مربوطه در ۱۶/۶٪ موارد ۲ بار در هفته و در ۸۳/۴٪ موارد یک روز در هفته می باشد.

۱۰۰٪ پزشکان خانواده در اوایل شروع به کار توسط رییس یا مسئولین و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان به جمعیت تحت پوشش معرفی شده اند که نشانگر اهمیت موضوع از نظر مسئولین و کارشناسان مرکز بوده است. تاکنون هیچیک از پزشکان در جلسات آموزشی و توجیهی که توسط اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان یا استان برگزار شده شرکت نکرده اند. تاکنون هیچیک از پزشکان جلسات آموزشی و توجیهی مشنرک با پزشکان متخصص سطح ۲ نداشته و اگر جلساتی بوده در سطح متخصصین و رییس بیمارستان بوده و این هماهنگی صورت نگرفته است. در ۳۳/۴٪ موارد پزشکان تیم سلامت ۲ باردر جلسات آموزشی که مرکز بهداشت شهرستان برگزار نموده

جدول شماره ۳: توزیع مرکز بهداشتی و درمانی مورد مطالعه بر حسب پایشکارشناسان واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان در ۳ماه گذشته

واحد های ستادی	پایش نشده %	یک بار %	دو بار %	سه بار %	جمع %
گسترش شبکه	۰	۴۴,۴	۲۲,۲	۳۳,۴	۱۰۰
مبارزه با بیماریها	۱۱,۲	۴۴,۴	۴۴,۴	۰	۱۰۰
بهداشت خانواده	۰	۴۴,۴	۳۳,۴	۲۲,۲	۱۰۰
حرفه ای و محیط	۳/۳۳	۵/۴۴۲/۲۲	۲۲,۲	۰	۱۰۰
دهان و دندان	۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰
بهداشت مدارس	۰	۱۰۰	۰	۰	۱۰۰
دارویی	۲۲,۲	۱۱,۱	۲۲,۲	۴۴,۵	۱۰۰
حسابداری	۶۶,۷	۳۳,۳	۰	۰	۱۰۰
اداری	۶۶,۷	۳۳,۳	۰	۰	۱۰۰

در مرکز بهداشتی و درمانی که جمعیت تحت پوشش آن حدود ۲۰۰۰۰ نفر بود فقط یک پزشک طرحی از ساعت ۸-۱۳ و ۱-۲ ماما وظیفه ارائه خدمات را داشتند ولی پس از استقرار پزشک خانواده تعداد پزشکان در این مرکز ۴ نفر و تعداد ماما هم به همان نسبت افزایش یافت که از نتایج استقرار تیم سلامت است. همانطور که از یافته ها مشخص گردید پزشکان خانواده در روستاها ی تحت پوشش مستقر نبوده و دلیل عمده ان عدم ارائه خدمات رفاهی برای پزشکان است که اگر سازمانهای مربوطه تدابیری در جهت مستقر نمودن پزشکان در روستاهای مربوطه کنند بهره وری از طرح پزشک خانواده بیش از وضعیت فعلی خواهد بود. یافته ها حاکی از رعایت استانداردها در زمینه دسترسی بیماران در شیفت عصر و شب به خدمات پزشک خانواده است (۱۱). یافته ها نشان می دهد در بیش از نیمی از موارد در صورتیکه پزشک خانواده در برنامه دهگردشی یا در جلسات اداری و آموزشی شهرستان و یا در مرخصی استحقاقی باشد بیماران تحت پوشش آن پزشک عمدتاً توسط سایر پزشکان آن مرکز ویزیت میشوند و در سایر موارد توسط پزشک جانشین ولی بعضی از مراکز علی رغم نیاز به دو پزشک هنوز پزشک دوم در آن مرکز مستقر نشده یا پس از استعفیای پزشک مرکز هنوز جایگزین نشده است. پیشنهاد می گردد در زمان شروع به کار؛ پزشکان خانواده متعهد شوند در صورت استعفیای تا زمان جایگزینی پزشک دیگر به فعالیت ادامه دهند و مرکز بهداشت شهرستان نیز در جهت ادامه ارائه خدمات هرچه سریعتر برای جایگزینی پزشک تلاش نماید تاخالی در ارائه خدمات در روستا صورت نگیرد.

کلید پزشکان خانواده در اوایل شروع به کار توسط رییس یا مسئولین و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان به جمعیت تحت پوشش معرفی شده اند که نشانگر اهمیت موضوع از نظر مسئولین و کارشناسان مرکز بوده است و برنامه آموزشی بصورت ماهیانه جهت تدریس کتابهای ارسالی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی آماده و کلیه گروههای ستادی در این امر درگیر بودند و بدلیل بالا بودن *turn over* پزشکان خانواده ارائه کننده خدمات در قالب تیم سلامت در نتیجه وضعیت آموزش بطور مطلوب صورت نمی گرفت که این *turn over* بالا خود تحت تاثیر عواملی مانند (کم بودن حقوق و مزایا؛ عدم پرداخت بوقوع حق الزحمه (در کلیه مراکز کلیه پزشکان و ماماها خانواده ۷۰٪ دستمزد خود را در سال ۸۷ بعد از پنجم ماه بعد دریافت کرده بودند و ۳۰٪ باقیمانده؛ بیش از ۳۰ روز بعد از عملکرد ۳ ماهه به آنها پرداخت شده بود که این پرداخت در سالهای قبل بافاصله های بیشتری بود)؛ (۳ ساعات کار بالا (از دیدگاه پزشکان)؛ (۴ دوری راه (علی رغم اجازه استفاده از سرویسهای شبکه بهداشت و درمان رباط کریم در رفت و آمد بدلیل عدم تطابق ساعات کاری آنان با پرسنل شبکه شهرستان امکان برخورداری از سرویسها در هنگام برگشت وجود نداشته در نتیجه مشکلاتی از قبیل نبود وسیله مطمئن، استفاده از چندین وسیله نقلیه در طول مسیر بخصوص در روزهای کوتاه زمستان بخصوص برای پزشکان خانواده خانم) (۵). آینده مبهم در زمینه این طرح ملی و کشوری از دیدگاه پزشکان می باشد و باعث شده که شناخت جمعیت تحت پوشش برای پزشکان زمانبر شده و این موضوع با اجرای صحیح این طرح ملی منافات دارد و به نظر روستائیان تا ارتباط و آشنائی در خصوص وضعیت بهداشتی و درمانی آنها با پزشک مربوطه صورت بگیرد آن پزشک استعفیای داده و رفته است که این موضوع را می توان یکی از ضعفهای اجرا دانست که پیشنهاد می شود به موارد پرداخت بوقوع حقوق و مزایا و تجدید

اطلاعاتی موجود نبود. در ۶٪ موارد توصیه های ضروری بعد از ویزیت متخصص سطح ۲ توسط پزشک خانواده به بیمار داده شده بود و در ۹۴٪ موارد خیر.

در طول فرایند ارجاع پزشک خانواده یا بهورز خانه بهداشت در هیچیک از موارد ارجاع از طریق حضوری یا تلفنی بیمار را پیگیری نکرده بودند. نوع خدمات ارائه شده به روستائیان در ۴۰٪ موارد سرپائیه و در ۸٪ موارد بستری و در ۵۲٪ موارد اطلاعات ثبت نشده بود. فاصله زمانی ارجاع تا پذیرش در سطح ۲ در ۸۶٪ موارد اطلاعاتی نبود و در ۱۴٪ موارد در همان روز بود. پس از گذشت ۳ سال از استقرار تیم سلامت در ۱۰۰٪ موارد پسخوراندی از سطح ۲ وجود نداشت. بیماران در ۷۸٪ موارد پس از بازگشت از سطح ۲ به مرکز بهداشت مراجعه نکرده بودند و در ۲۲٪ موارد بین ۱-۱۵ روز بعد مراجعه کرده بودند که در ۲۰٪ موارد نتایج ارجاع از زبان بیمار در پرونده ثبت شده بود و در ۸۰٪ موارد ثبتی وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری:

بیش از نیمی از مراکز بهداشتی و درمانی از نظر نظافت و فضای سبز وضع مطلوبی داشتند و در کلیه مراکز بهداشتی کیفیت جمع آوری و دفع زباله ها منطبق بر استانداردها بود. کلیه پزشکان خانواده دارای اطاق مستقل (مطب) جهت ویزیت بیماران بودند که از نظر تجهیزات پزشکی اطاق فوق طبق استانداردها و دستورالعملهای ارسالی از وزارت بهداشت بود. در ضمن از امتیازاتی که استقرار پزشک خانواده داشته تجهیز این مراکز به دستگاه EKG بوده است که این امر از ارجاع بیماران برای پروسه تشخیصی جلوگیری کرده است (۱۱، ۱۲).

کلید مراکز دارای کامپیوتر بودند ولی هیچیک قابل استفاده نبود زیرا هیچ نرم افزاری در خصوص استفاده از کامپیوتر در جهت خدمات پزشک خانواده طراحی نشده بود و پزشکان از آن برای کارهای شخصی استفاده میکردند در صورتیکه طبق برنامه های استراتژیک و عملیاتی خدمات بیمه درمانی باید هر چه سریعتر نرم افزاری تهیه و در اختیار پزشکان قرار گرفته شود تا ورود اطلاعات و استفاده از آنها بهتر و موثرتر صورت گیرد و همینطور از هزینه های چاپ و تکثیر پرونده ها؛ دفاتر ثبت نام بیماران ممنعت شود. این از نظر اثر بخشی؛ بهره وری و کارایی خدمات پزشک خانواده فوق العاده موثر می باشد و پیشنهاد میگردد بسته رایانه ای هر چه سریعتر راه اندازی شود.

با گذشت سه سال از استقرار تیم سلامت هنوز برای عده کثیری از روستائیان پرونده سلامت تشکیل نشده است و کیفیت ثبت پرونده ها در نیمی از موارد نامطلوب بود که بعنوان یکی از نقاط ضعف طرح می توان نام برد و هر چه سریعتر باید با آموزش پزشکان خانواده و کنترل و پایش بر طرف گردد تا طرح مربوطه به نحو احسن اجرا گردد. در بیش از نیمی از موارد لیست بیماران نیازمند به پیگیری به خانه بهداشت ارسال نشده بود و با توجه به اینکه استقرار تیم سلامت بر پایه سیستم ارجاع بنا شده ولی یافته ها حاکی از عدم رعایت ضوابط سیستم ارجاع است لازم الاجرا بودن رعایت استانداردها برای تحقق و موفقیت طرح پیشنهاد می گردد.

در کلیه موارد فرم شاخصهای برنامه های جاری و مداخله ای پزشک خانواده تکمیل شده بود و شاخصهای بهداشتی افزایش قابل ملاحظه ای را نشان میداد که افزایش تعداد نیروی انسانی (ارائه خدمات به موقع؛ مستمر و با کیفیت) می تواند یکی از عوامل موثر باشد برای مثال قبل از استقرار پزشک خانواده

قرارداد ممکن است در ارائه خدمات خلی وارد نماید که همانگونه که در سایر موارد پیشنهاد گردید نظارت و پایش یکی از ابزار بررسی چگونگی اجراء این طرح ملی است باید بطور مستمر و دقیق صورت گیرد (۶،۷).

یافته ها نشان داد در امر پایش و نظارت تعدادی از واحد های ستادی جدی عمل نکرده که این امر در مراکز مختلف منجر به سو استفاده افراد غیر متعهد در امور مربوطه از جمله امور مالی و عدم حضور مرتب تیم سلامت در ساعات مقرر شده بود که با توجه به نو پا بودن طرح ملی پزشک خانواده و نیاز به حمایت های همه جانبه این طرح ملی در جهت رفع نواقص و راه حل مناسب پیشنهاد میگردد پایش و نظارت در میان مجریان طرح با اهمیت بیشتری پیگیری شود. همچنین یاد آور میشود بر اساس یافته ها پایش و نظارت از داروخانه های مستقر در مراکز بهداشتی و درمانی با قدرت وجدیت صورت گیرد (۱۲).

در یافته ها مشخص شد میانگین اقلام دارویی تجویز شده در نسخ پزشکان خانواده و میانگین ارجاع به آزمایشگاه سطح ۲ هر ماه بررسی و پسخوراند بصورت نامرتب و شفاهی داده میشود که با توجه به *turn over* بالای پزشکان خانواده پیشنهاد میگردد که پس خوراند مربوطه به مراکز بصورت مرتب و بطور مستند به مراکز اعلام گردد تا خود راهنمایی برای پزشکان جایگزین در موضوع مرتبط باشد.

از یافته های مثبت در اجرای دقیق طرح ملی پزشک خانواده میتوان به تشکیل هیئت امنای مراکز بطور مرتب همراه با مستندات صورتحسابات با توجه به پیشنهادات کشوری اشاره کرد که اثرات مثبت تشکیل هیئت امنای رباط و وضوح در بررسی یافتیم مثلا در روستای همدانک با وجود حدود ۸۰۰۰ نفر جمعیت و پیش بینی احداث یک مرکز بهداشتی و درمانی؛ تا قبل از استقرار پزشک خانواده هیچگونه فعالیت درمانی انجام نمی شد و در این روستا فقط یک پایگاه بهداشتی فعال بود و در ابتدای آغاز طرح بناچار پزشک خانواده در همان پایگاه بهداشتی شروع به ارائه خدمات نمود که محل مناسبی برای ارائه خدمات نبود و با فعال شدن و تشکیل هیئت امنای روستا و جلب اعتماد مردم و با وجود عدم امکان فراهم نمودن فضایی مناسب جهت ارائه خدمات توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران شورای روستا فضا بی را در اختیار تیم سلامت قرار داد و بدین ترتیب با تشکیل هیئت امنای روستا کمکهای مردمی آغاز شد.

در بررسی این طرح مشاهده شد که کلیه ارجاعات بصورت مستقیم به پزشک خانواده بوده است (۶،۷). یافته ها نشان داد که پس از گذشت ۳ سال از استقرار تیم سلامت در ۱۰۰٪ موارد پسخوراندی از سطح ۲ وجود نداشت (۹،۱۰). و مراجعه ای (بیماران) پس از ویزیت سطح ۲ به مرکز بهداشتی و درمانی وجود نداشت و مراجعه تعداد معدودی از آنها بین ۱-۱۵ روز بود که در تعدادی از موارد نتایج ارجاع از زبان بیمار در پرونده ثبت شده بود و در کلیه موارد رونوشت ارجاع به سطح ۲ به خانه بهداشت مربوطه ارسال نشده و در طول فرایند ارجاع پزشک خانواده یا بهورز خانه بهداشت در هیچیک از موارد ارجاع از طریق حضوری یا تلفنی بیمار را پیگیری نکرده بودند. که این امر با اساس ارائه خدمات در قالب تیم سلامت که با رویکرد سیستم ارجاع بنا شده منافات داشته و منجر به عدم اجرای مصوبات این طرح خواهد شد (۸). که پیشنهاد میگردد که با آموزش و آگاهی روستائیان در خصوص هدف از استقرار طرح ملی پزشک خانواده و آموزش و الزام پزشکان به رعایت دستورالعملهای ارسالی از وزارت متبوع و پایش و نظارت در سطح ۲ در تداوم طرح موثر و مفید باشیم (۹،۷).

نظر در میزان حقوق بر اساس ضرایبی که به مناطق اختصاص یافته است توجه بیشتری شود.

از طرفی عدم تمایل پزشکان استخدامی و پیمانی برای حضور در تیم سلامت باعث شده تا در مراکز از نیرو های طرحی و فارغ التحصیلان جدید استفاده کنند که بدلیل عدم تجربه کافی در جلب اعتماد مراجعین و بیماران و در نتیجه ارائه خدمات با مشکل مواجه می شوند و حضور آنها اثر بخشی لازم را ندارد همانگونه که روستائیان در فوکوس گروههای انجام شده به اینکه اینها دانشجوی هستند و امدن کار یاد بگیرند اشاره می کنند. همانطور که قبلا اشاره شد پیشنهاد می شود با انجام تدابیری در خصوص فراهم نمودن امکانات رفاهی و حقوق و مزایا و پرداخت به موقع حق الزحمه اعضای تیم سلامت باعث جذب نیروهای رسمی و پیمانی در ارائه خدمات در قالب تیم سلامت شویم (۶). روستائیان از تبدیل بیمه تامین اجتماعی خود به بیمه روستایی راضی نیستند و از مهمترین دلایل می توان به محدودیت کاربرد و پوشش ناکامل بیمه روستایی نسبت به بیمه تامین اجتماعی (از نظر تعداد دارو - عدم امکان استفاده آن در غیر از محل سکونت - محدودیت تجویز دارو در بیمه روستایی) اشاره نمود.

در بعضی مراکز تعداد پزشکان با جمعیت تحت پوشش هم خوانی ندارد در نتیجه بیماران برای ویزیت نیاز به صرف وقت بیشتری دارند که این امر پس از گذشت ۳ سال از شروع طرح برای روستائیان قابل پذیرش نبود. بیماران در زمینه محدودیت تجویز دارو توسط پزشکان صحبت کردند که نشان میداد پزشکان برای اینکه خارج از دستورالعمل عمل نکنند دو گونه نسخه نویسی داشتند در نسخه اول که در دفترچه بیمه روستایی نوشته میشد ۳ قلم دارو بود و در نسخه ای که بطور آزاد محاسبه میشد داروهای گران قیمت یا اقلامی که در لیست مصوب موجود نبود یا برای اینکه اقلام دارویی نسخه مورد نیاز بیش از ۳ قلم بود نوشته می شد که این امر خود با اهداف این طرح ملی مغایرت داشت این امر بخصوص در مورد بیمارانیکه در ساعات عدم حضور پزشک خانواده در مرکز بهداشتی و درمانی (شب و عصر) که به بیمارستان میرفتند صادق بود و اظهار می کردند که این چگونه بیمه ای است که نیمی از دارو های آن بصورت آزاد نسخه می شود که منجر به نارضایتی تعدادی از روستائیان در خصوص افزایش هزینه بود که در این ارتباط در جلسه ای که با حضور رییس مرکز بهداشت رباط کریم و معاونت درمان و کارشناس گسترش داشتم آنها نیز مهر تاییدی بر این موضوع زدند ولی راه حلی برای آن ارائه نشد پیشنهاد می شود با توجه به امارهای ارائه شده از طرف اداره بیمه خدمات درمانی که حاکی از کاهش هزینه در سال ۸۶ در مقایسه با سال ۸۵ و ۸۴ بوده یک بازنگری در اقلام دارویی؛ و محدودیتهای اعمال شده در خصوص تعداد و نوع دارو شود تا این طرح در اجراء با مشکلات مواجه نشود.

در ارتباط با ارجاع بیماران پس از دریافت فرم ارجاع به سطح ۲ برای انجام هر نوع خدمت پاراکلینیکی نیاز به فرم ارجاع می باشد که این امر منجر به رفت و آمدهای مکرر برای انجام خدمات شده است که دور از هدف استقرار تیم سلامت بوده و پیشنهاد میشود با پایش و نظارت سطح ۲ و آموزش و الزام همکاران در سطح دوم ارائه خدمات در برخورد با فرد تحت پوشش پزشک خانواده از اتلاف وقت و رفت و آمد بی مورد بیماران در پروسه درمانی پیشگیری کنیم. یافته ها نشان می دهد که فقط نیمی از داروخانه های خصوصی که با ستاد شهرستان قرارداد تامین دارو برای افراد تحت پوشش را داشتند بازدید و پایش شده بودند که این عدم نظارت برداروخانه های طرف

References:

- 1) Ministry of health & education of medicine, revision of the basis of the ministry of health & education. No.10
- 2) Iran newspaper, 2008. Available from <http://www.Iran-newspaper.Com/2008/8608/htm/report.Htm> [Accessed December 2008].
- 3) Iran newspaper, 2007. Available from <http://www.Iran-newspaper.Com/2007/8608/htm/report.Htm> [Accessed December 2008].
- 4) Ministry of health & education of medicine the 8th edition of recipe of family physicians ,mehr,2007.
- 5) Ministry of health & education of medicine , the report of the family physician project ,mordad, 2007.
- 6) Osivand soroor, et al. design of questionnaire in 1988 in the study of medical published by fekrat publication, first edition 2002.
- 7) Palmer, p .E s “feeling unwell” must you go straight to hospital world health forum, 12: 38-42
- 8) Pileroodi.S,referral system in iran, the first pediatric social medicine seminar in iran. Zahedan university of medicine 1988.
- 9) Stephen, W.J Primary medical care and the future of the medical profession .World health forum 1981.316
- 10) Hosseini,R. Evaluation of referral patients of the health care`center of gonab ,the magazine of the babol university of medicine 2005.
- 11) Ebadifar azar,F. evaluation of accepting in referral system in 5 educational centers in university of iran , magazine of qazvin university of medicine 2002.
- 12) Vanulden, cjt. winkens, rag. weaseling, gj. cerborder hf, jm. vanscayck, C. use of out of hours services: acamparision between two organizations .Emerg med j 2003.
- 13) Rasooli nejad,A. Evaluation of referral system in health care & resolve in health net of kashan. Magazine of kashan university of medicine 2001.