

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

کارگروه برنامه ریزی تربیت منابع انسانی حوزه سلامت

متن فنی ۱۹

# نقش های پزشکان عمومی در نظامهای سلامت کشورهای مختلف

---

بهار ۱۳۹۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي  
هدانا لهذا  
والذي كنا  
لنا كافرين

## فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	۴
تعاریف پزشک عمومی	۶
نقش‌های متفاوت یک پزشک	۱۶
روابط میان اعمال نظام سلامت و اهداف آن	۲۰
مقایسه وظایف پزشک خانواده با پزشک عمومی	۲۸
نقش پزشکان عمومی در کشورهای مختلف	۲۹
استرالیا	۲۹
کانادا	۳۱
دانمارک	۳۳
انگلستان	۳۴
فرانسه	۳۵
آلمان	۳۶
ایسلند	۳۸
ایتالیا	۳۹
ژاپن	۴۰
هلند	۴۱
نیوزیلند	۴۳
نروژ	۴۴
سوئد	۴۵
سوئیس	۴۶
ایالات متحده آمریکا	۴۷

## مقدمه

امروزه در جهان دیدگاه جوامع نسبت به نقش پزشکان عمومی و جایگاه آنان در سلامت مردم تغییر یافته و یک نگرش مثبت و جامع بدان بخشیده است، به نحوی که از پزشکان عمومی در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی استفاده گردیده و افزون بر آن از توانمندی این نیروهای بالقوه در زمینه های هدایت برنامه ها و مدیریت واحدهای بهداشتی و درمانی و انجام پژوهش های علمی کاربردی استفاده بعمل می آید.

مصادق این موضوع انجام طرح پزشک خانواده در کشورهای مختلف از جمله کشور انگلستان، کانادا و ... می باشد. بر این اساس ویژگیهای خاصی برای پزشکان عمومی به منظور ایجاد نقش مفید و موثر در عرصه خدمات بهداشتی درمانی بیان گردیده که تحت عنوان پزشکان پنج ستاره مصطلح است این ویژگیها عبارتند از :

- مراقب سلامت
- تصمیم گیرنده
- هماهنگ کننده
- هدایت کننده
- مدیر

برخورداری از ویژگیهای فوق موجبات تقویت مدیریت برنامه های بهداشتی گردیده و زمینه مساعدی را برای ارتقاء سلامت جامعه و مردم فراهم می سازد. با یک نگاه کارشناسانه به وضع موجود و جایگاه پزشکان عمومی در کشور ما وجود نارساییهای خرد و کلان بر کسی پوشیده نیست که از اهم آنها می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- ۱- کثرت پزشکان عمومی و مشکل اشتغال آنان در بخشهای مختلف جامعه
- ۲- موانع جدی در بکارگیری پزشکان جهت خدمت در سیستم شبکه بهداشت و درمان
- ۳- روشن نبودن جایگاه پزشک عمومی در سیستم بهداشت و درمان کشور که موجب گرایش شدید پزشکان عمومی برای پیوستن به رشته های تخصصی گردیده و لذا پزشکان عمومی به وضعیت فعلی

بعنوان یک شغل موقت و فرعی می نگرند. که این قضیه موجب می گردد تا پزشکان عمومی به وظایف اصلی خود آنگونه که باید عمل نمایند.

۴- فقدان مرز کاری روشن و واضح بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص و نبود سیستم ارتباطی بین این دو سطح که در نتیجه موجب به خطر افتادن سلامت افراد جامعه و هزینه های بالای درمان با تاثیر کمتر و اتلاف وقت و سردرگمی بیماران و پرسنل بهداشتی درمانی کشور می شود.

۵- در وضعیت موجود نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور عمدتاً معطوف به ارائه خدمات درمانی گردیده فلذا نقش بهداشت و پیشگیری کمرنگ گردیده و رویکرد پزشکان بجای ایفای نقش در زمینه پیشگیری از بیماریها، بیماریابی و غربالگری ، توانبخشی ، مدیریت فنی و در نهایت ارتقای سلامت جامعه به درمان صرف بیماران بویژه درمانهای علامتی سوق پیدا کرده است.

## تعاریف پزشک عمومی

### تعاریف اروپایی در سال ۲۰۰۲

#### رشته و تخصص پزشکی عمومی / پزشکی خانواده

پزشکی عمومی / پزشکی خانواده یک رشته دانشگاهی و علمی دارای مفاد آموزشی، پژوهشی، فعالیت‌های درمانی و مبتنی بر شواهد و رشته‌ای بالینی با گرایش به مراقبت اولیه مخصوص به خود است.

#### • خصوصیات رشته پزشکی عمومی / پزشکی خانواده عبارتند از:

- معمولاً اولین نقطه تماس پزشکی در سیستم ارائه خدمات سلامت است و برای مراجعه‌کنندگان خود خدماتی قابل دسترس و نامحدود فراهم می‌کند و به هر نوع مشکل پزشکی صرف‌نظر از سن، جنس و یا هر نوع ویژگی فرد رسیدگی می‌کند.
- از طریق هماهنگ کردن فعالیت‌های درمانی، همکاری با دیگر حرفه‌های فعال در زمینه مراقبت‌های اولیه، مدیریت تعامل با تخصص‌های دیگر و دفاع از منافع بیمار در مواقع لزوم سعی در استفاده بهینه از منابع سیستم ارائه خدمات سلامت دارد.
- رویکردی فرد محور متمایل به فرد، خانواده و جامعه‌اش دارد.
- روند مشورتی منحصربه‌فردی دارد که از طریق ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار و در طی زمان به دنبال برقراری رابطه با بیمار است.
- بر اساس نیازهای بیمار مسئول تأمین مراقبت‌های مستمر طولانی مدت است.
- بر اساس شیوع و بروز بیماری‌ها روند تصمیم‌گیری خاصی دارد.
- هم‌زمان مشکلات مزمن و حاد سلامت افراد بیمار را مدیریت می‌کند.
- بیماری‌های نیازمند اقدام فوری را که در مراحل اولیه به‌راحتی قابل تشخیص و شاخص نیستند را مدیریت می‌کند.
- با مداخله مناسب و مؤثر سطح سلامتی و رفاه را ارتقاء می‌دهد.
- مسئولیت ویژه‌ای در قبال سلامت جامعه دارد.

○ به مسائل پزشکی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی رسیدگی می کند.

### • تخصص پزشکی عمومی / پزشکی خانواده

پزشکان عمومی/خانواده متخصصینی هستند که اصول این رشته را آموخته‌اند و در درجه اول مسئول فراهم کردن مراقبت‌های جامع و مستمر برای افراد خواهان مراقبت پزشکی فارغ از سن، جنس و نوع بیماری هستند. آنان افراد را در متن خانواده، جامعه و فرهنگ آن‌ها در نظر می‌گیرند و همواره حق انتخاب و اختیار بیماران را محترم می‌شمارند، نسبت به مسئولیت حرفه‌ای خود در قبال جامعه واقفند، با تلفیق عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و با استفاده از اطلاعات و اعتماد حاصل از تعامل با بیمار به درمان بیماری می‌پردازند. پزشکان عمومی / خانواده با ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت، درمان و تسکین درد نقش حرفه‌ای خود را ایفا می‌کنند. این مهم یا مستقیماً و یا از طریق خدمات سایر بخش‌ها بسته به نیازهای پزشکی و امکانات موجود در جامعه انجام می‌گیرد و پزشکان به افراد در دستیابی به این خدمات کمک می‌کنند. پزشکان باید مسئولیت حفظ و ارتقاء مهارت‌های خود، تعادل شخصیتی و ارزش‌ها را به عنوان مبنای ارائه خدمات صحیح و مؤثر برای بیماران بپذیرند.

### • توانمندی‌های اساسی پزشک عمومی / خانواده

تعریفی که از رشته پزشکی عمومی / خانواده و تخصص پزشکی خانواده ارائه می‌شود باید مستقیماً بیانگر توانمندی‌های اساسی (به معنی ضروری برای این رشته و بی‌طرف در ارتباط با سیستم سلامتی که این تعاریف را بکار می‌گیرد) پزشک عمومی/خانواده باشد.

یازده ویژگی اصلی که معرف رشته در ارتباط با یازده توانایی‌ای که هر متخصص خانواده‌ای باید در آن‌ها متبحر باشد و می‌توان آن‌ها را در شش توانمندی اصلی خلاصه کرد (با ارجاع به ویژگی‌ها):

- مدیریت مراقبت‌های اولیه
- مراقبت‌های شخص - محور
- مهارت‌های ویژه حل مسئله

- رویکرد جامع
- جهت‌گیری اجتماعی
- مدلسازی کل‌نگر

۱. جهت بکار بردن این تخصص، پزشک متخصص این توانمندی‌ها را در سه عرصه ایفا کند:

- وظایف کلینیکی
- ارتباط با بیماران
- مدیریت حرفه

۲. به عنوان یک رشته شخص - محور علمی، سه ویژگی اساسی باید مدنظر قرار گیرد:

- در ارتباط با موقعیت: استفاده از سابقه شخص، خانواده، جامعه و فرهنگ آن‌ها.
  - نگرشی: بر مبنای توانایی‌های حرفه‌ای و ارزش‌های پزشک
  - علمی: داشتن رویکردی نقادانه و پژوهش محور در ارتباط با این حرفه و حفظ این رویکرد از طریق آموزش مداوم و ارتقاء کیفیت.
- رابطه متقابل بین توانمندی‌های اصلی، زمینه‌های کاربرد و نیز ویژگی‌های بنیادی این رشته را متمایز کرده و بر پیچیدگی این تخصص تأکید می‌ورزد.
- این رابطه پیچیده توانمندی‌های اساسی است که باید الگو قرار گیرد و در برنامه‌های مربوط به تدریس، پژوهش و بهبود کیفیت منعکس گردد.

## **توضیحات تکمیلی – تعاریف جدید**

### **رشته و تخصص پزشکی عمومی/پزشک خانواده**

تعریف و ترسیم رشته پزشکی عمومی/پزشکی خانواده و نقش متخصص پزشکی خانواده، هر دو، امری ضروری است. تبیین رشته پزشکی عمومی لازم است زیرا پایه و چارچوب آکادمیکی که رشته بر اساس آن بنا شده است را توضیح می‌دهد و بدین ترتیب توسعه آموزش، پژوهش و بهبود کیفیت را گزارش می‌دهد.



مورد اخیر لازم است تا این واژه آکادمیک به سمت نقش واقعی پزشک خانواده ترجمه شود که ملموس جامعه اروپا و نظام سلامت و سلامتی است که بیماران با آن روبرو هستند.

۱. ویژگی‌های رشته پزشکی عمومی/پزشکی خانواده عبارتند از:

**معمولاً نقطه اولین تماس با تشکیلات پزشک خانواده بوده که دسترسی باز و نامحدودی برای استفاده کننده فراهم می‌سازد و صرف‌نظر از سن، جنسیت و یا هر ویژگی خاص دیگر، با تمام مسائل پزشکی مربوط سروکار دارد.**

کلمه "معمولاً" به کار برده شد تا نشان دهد که در بعضی شرایط، مثل بروز آسیب‌های شدید، رشته‌ی پزشکی خانواده اولین نقطه تماس نمی‌باشد. با این همه، در بیشتر شرایط، پزشک خانواده می‌بایست نقطه اولین تماس باشد. نباید مانعی در دسترسی به پزشک خانواده وجود داشته باشد و پزشکان خانواده می‌بایست با همه نوع بیمار، جوان یا پیر، مرد یا زن و مشکلات پزشکی آن‌ها سروکار داشته باشند. در ابتدا پزشک عمومی مرجع اصلی و اساسی است. بسته به نیاز و خواست‌های بیماران، پزشک خانواده زمینه وسیعی از فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد. این چشم‌انداز موجب گسترش ابعاد این رشته و رشد فرصت استفاده از آن در حل و فصل مسائل فردی و منطقه‌ای (جامعه‌ای) می‌شود.

**با بهره‌گیری از مراقبت هماهنگ، موجب استفاده بهینه از منابع می‌شود و ضمن همکاری با دیگر حرفه‌ها در صحنه‌های اولیه مراقبت، در مدیریت هماهنگ‌سازی تخصص‌های مختلف، در هنگام لزوم برای بیمار نقش حامی را ایفا می‌کند.**

این نقش هماهنگ‌کنندگی مشخصه کلیدی اقتصادی بودن مراقبت اولیه با کیفیت می‌باشد که تضمین می‌کند بیمار مناسب‌ترین پزشک حرفه‌ای آگاه به مشکل خود را ملاقات می‌کند. تعیین ترکیب ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی، توزیع مناسب اطلاعات و ترتیب مداوا، نیاز به هماهنگ‌کننده دارد. در صورتی که شرایط ساختاری اجازه دهد، پزشک عمومی قادر به ایفای این نقش محوری خواهد بود. ایجاد یک سیستم کار گروهی حول بیمار و

استفاده از تمام پزشکان حرفه‌ای، به بهبود کیفیت مراقبت کمک خواهد کرد. این رشته با مدیریت امور هماهنگی بین تخصص‌ها، دسترسی مناسب بیماران نیازمند به خدمات ثانویه و با فن‌آوری بالا را تضمین می‌کند. یکی از نقشهای کلیدی این رشته، ایجاد چتر حمایتی و جانبداری از بیمار به نحوی است که او را از آسیب‌هایی ناشی از غربال‌ها و آزمایش‌ها و درمان‌های غیرضروری حفظ کرده و در میان پیچیدگی‌های نظام ارائه خدمات سلامت هدایت می‌کند.

### **رویکردی فرد-محور با تمرکز بر فرد، خانواده و جامعه‌اش ایجاد می‌کند.**

پزشک خانواده با انسان‌ها و مشکلات آن‌ها در متن شرایط زندگی و نه با موارد و آسیب‌شناسی غیرشخصی سر و کار دارد. نقطه شروع فرآیند خود بیمار است. فهمیدن طرز کنار آمدن بیماران با بیماری و رنجی که بیماری می‌کشند به اندازه پرداختن به فرآیند خود بیماری مهم است. نکته‌ی مهم ارتباط فرد با باورها، ترس‌ها، انتظارات و احتیاجات خود می‌باشد.

دربرگیرنده فرآیند مشورتی منحصربه‌فردی است که در طول زمان بر اثر گفت و گوی مؤثر و ارتباط بین دکتر و بیمار به وجود می‌آید.

هر تماس بین بیمار و پزشک خانواده، موجب تکمیل داستانی می‌شود و هر بار مشورت، می‌تواند بر این تجربه مشترک بیفزاید. ارزش این ارتباط شخصی را میزان مهارت‌های مشورتی پزشک خانواده تعیین می‌کند و به خودی خود دارای خاصیت درمان‌گری است.

### **بسته به نیازهای بیمار، مسئول فراهم آوردن استمرار مراقبت می‌باشد.**

رویکرد پزشکی عمومی می‌بایستی از تولد (و گاهی قبل از آن) تا مرگ (و گاهی بعد از آن) ثابت باشد. لازمه تحقق این امر، استمرار مراقبت از طریق پی‌گیری امور بیمار در تمام طول عمر اوست. پرونده پزشکی، نشانه اصلی این تداوم می‌باشد. در واقع، این پرونده، حافظه عینی مشورت‌هاست که فقط بخشی از تاریخچه مشترک پزشک و بیمار را نشان می‌دهد. پزشکان خانواده در بخش وسیعی از زندگانی بیماران خود حضور داشته و آن‌ها را در برابر رخدادهای فراوانی مراقبت می‌کند. آنان مسئول تضمین وجود مراقبت‌های پزشکی در سراسر ۲۴ ساعت شبانه روز

می باشند و هنگامی که در شرایط خاص شخصاً قادر به فراهم کردن این شرایط نباشند، مسئول هماهنگی و مدیریت مراقبت‌ها هستند.

دارای فرایند تصمیم‌گیری اختصاصی هستند که تحت تأثیر شیوع و بروز بیماری‌ها در جامعه است. مسائل به پزشکان خانواده، به شکل متفاوت از مراقبت‌های ثانویه عرضه می شوند. در اینجا شروع بیماری متفاوت از حالتی است که در بیمارستان‌ها به نظر می آید و به دلیل فقدان انتخاب قبلی در بیمارستان، در پزشکی عمومی بیماری‌های حاد بسیار کمتری اتفاق می افتد. این امر مستلزم فرآیند تصمیم‌گیری بر پایه احتمالاتی است که حاصل آگاهی در خصوص اطلاعات مربوط به بیماران و جامعه است. ارزش پیشگویی کننده یک علامت بالینی (کلینیک) یا یک آزمون تشخیص، چه مثبت یا منفی در پزشکی خانواده متفاوت از ارزش این کار در صحنه بیمارستانی است. اغلب بعد از اطمینان از عدم وجود بیماری، وظیفه پزشک خانواده اطمینان دادن به کسی است که درباره بیماری اضطراب دارد.

مسائل پزشکی حادّ و مزمن فرد را به طور همزمان، مدیریت می‌کند. پزشک خانواده باید با تمام مسائل مربوط به مراقبت‌های پزشکی و سلامتی فرد سروکار داشته باشد و نمی‌تواند خود را فقط به کنترل بیماری عنوان شده محدود کند و در این راستا، اغلب پزشکان مجبورند که مسائل متعددی را کنترل کنند. بیمار اغلب برای دردهای گوناگونی مشورت می‌کند که تعداد این دردها به موازات بالا رفتن سن، زیادتر می‌گردد. پاسخ هم زمان به تقاضاهای متنوع، مدیریت سلسله مراتبی از مسائل را لازم می‌گرداند که در آن، اولویت‌های هم پزشک و هم بیمار لحاظ شده باشد.

**مدیریت بیماریهایی که در مراحل اولیه ناشناخته بوده و ممکن است مستلزم مداخله فوری گردد.**

معمولاً بیمار با شروع علائم، به پزشک مراجعه می‌کند و در این مرحله اولیه، تشخیص دشوار است. به عبارتی، در این قبیل موارد باید بر اساس اطلاعاتی محدود، تصمیم‌هایی مهم گرفت و ارزش نتایج آزمایش‌های بالینی (کلینیک) در این مرحله کمتر مسلم است. حتی اگر علایم یک بیماری خاص خیلی مشخص و واضح باشند، باز هم در مراحل اولیه، علائم اولیه اغلب غیرمشخص بوده و در خیلی از بیماری‌ها مشترک می‌باشند. کنترل ریسک و خطرپذیری تحت این شرایط ویژگی بارز این رشته است. با رد پیامدهای سریع جدی، بهتر است تصمیم‌گیری بر

مبنای پیشرفت بیشتر و بررسی بعدی قرار گیرد. در نتیجه، مشورت ابتدایی اغلب به صورت بررسی یک یا چند علامت اولیه صورت می‌گیرد. گهگاه اتفاق می‌افتد که ایده‌ی بیماری در همان ابتدا به تشخیص کامل منجر شود. با مداخله مناسب و مؤثر موجب ارتقاء سلامتی و تندرستی می‌شود. این مداخله می‌بایست در زمان و امکان مناسب و به طور مؤثر صورت گرفته و مبتنی بر شواهد صحیح و معتبر باشد.

مداخله‌ی غیرضروری می‌تواند موجب صدمه زدن به سلامت بیمار و هدر رفتن منابع با ارزش سلامتی شود.

### **مسئولیت خاصی در قبال سلامتی جامعه دارد.**

این رشته هم در رابطه با مسائل سلامتی پزشکی در سطح فرد و هم سطح جامعه مسئولیت دارد. بعضی وقت‌ها، این موضوع تنش‌هایی در پی داشته و تضاد منافع ایجاد می‌کنند که می‌بایستی به طرز مناسبی کنترل گردد.

### **با مسائل سلامتی پزشکی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی آن‌ها برخورد می‌کنند.**

این نظام می‌بایستی هم زمان تمام این ابعاد را تأیید کرده و برای هر کدام وزن مناسبی قائل گردد. رفتار بیماری و روال و اسلوب مرض در خیلی از این مواضع متفاوت است و اگر ریشه اصلی مسائل مورد خطاب قرار نگیرد، به دلیل مداخله‌ی نابجا، ناراحتی‌های فراوانی برای بیمار ایجاد می‌گردد.

## **۲. تخصص پزشکی خانواده**

پزشکان خانواده، متخصصانی هستند که اصول این رشته تخصصی را آموخته‌اند. این گروه، پزشک فرد هستند و صرف‌نظر از سن، جنس و نوع بیماری، به هر فردی که خواهان مراقبت پزشکی باشد، باید مراقبت مستمر و جامع برسانند. آنان به افراد، در چارچوب خانواده، جامعه و فرهنگشان خدمت‌رسانی کرده و همیشه استقلال بیمار خود را محترم می‌شمارند. این پزشکان پذیرفته‌اند که نسبت به جامعه خود مسئولیت حرفه‌ای دارند. در محاوره‌هایی که تحت برنامه‌های مدیریتی صورت می‌گیرد، ضمن لحاظ نمودن عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی، از اعتماد و آگاهی‌ای که در نتیجه‌ی تماس‌های مکرر ایجاد گردیده استفاده می‌کنند. پزشکان عمومی با ترفیع سلامت و ممانعت از بیماری و درمان، مراقبت و تسکین نقش خود را ایفا می‌کنند. این مهم یا به طور مستقیم توسط خود پزشک و یا بسته به ضرورت‌های پزشکی و منابع در دسترس جامعه مورد بحث، توسط دیگران انجام می‌گیرد و

به بیماران در دسترسی به این خدمات کمک و مساعدت می‌کنند. به عنوان مبنایی برای مراقبت مؤثر و امن بیماران آنان می‌بایستی مسئولیت توسعه و حفظ مهارت‌ها و تعادل و ارزش‌های شخصی خود را به عهده بگیرند.

با ارائه این تعریف از نقش پزشک خانواده، ویژگی‌های نظام فوق در قالب عملکرد قرار می‌گیرد. به عبارتی این تعریف، تصویر ایده آلی را ترسیم کرده که همه پزشکان خانواده می‌توانند طالب آن باشند. بعضی از عناصر این تعاریف تنها مختص پزشک خانواده نبوده و به تمامی حرفه‌های مرتبط با پزشکی قابل اطلاق است. با این همه، تخصص پزشکی خانواده تنها حرفه‌ای است که قادر به اعمال تمام این ویژگی‌ها است. از جمله می‌توان به ویژگی مسئولیت مشترک حفظ مهارت‌ها اشاره کرد که این برای پزشکان خانواده که اغلب در در انزوا و به تنهایی کار می‌کنند مشکل است.

### **توضیحات تکمیلی – توانمندی‌های اساسی**

در تعریف نظام پزشک خانواده و دکتر متخصص خانواده، باید به طور صریح توانمندی‌های اساسی پزشک خانواده را برشمرد.

Mcwhinney این بیان را به عنوان عهد و پیمانی مطرح کرد که دارای اثر درمانی خاص است. Balint ضمن توجه به رابطه بین پزشک و بیمار در پزشکی عمومی، واژه “The drug doctor” را به معنای استفاده از مشاوره به عنوان ابزار درمانی و یک ویژگی کلیدی از پزشکی عمومی ابداع کرد که باید در آموزش‌ها گنجانده شود.

Pereire- Gray بیشتر بر تداوم و صرف زمان و استفاده از مشاوره ی پزشک عمومی با بیمار تأکید دارد. به عقیده او شهروندان بریتانیا به طور متوسط در سال پنج بار و هر بار به مدت ۴۷ دقیقه به مشاوره با پزشک عمومی می‌پردازند. در اینجا، مفهوم خودمختاری بیمار و نقش پزشک خانواده به عنوان کارشناسی که به بیمار در تغییر رفتار کمک می‌کند مطرح می‌شود.

احتمالاً در آینده اطلاع رسانی به بیمار اهمیت دوچندانی می‌یابد، زیرا امروزه به‌طور فزاینده ای افراد به سیستم های اطلاعاتی مثل اینترنت دسترسی دارند.

حمایت طلبی فقط در بیانات WHO می‌باشد، اگرچه که در طرح و چارچوب WONCA هم مطرح شده است. در اینجا منظور این است که پزشک نقش کمک‌کننده ای را ایفا می‌کند و این یک بخش مهم فرآیند تصمیم‌گیری بالینی است که طی آن باید با دولت و کارشناسان دیگر مشاوره کرد تا خدمات به‌طور مساوی به تمام افراد جامعه برسد. این ویژگی اهمیت پزشک خانواده در کمک به مذاکره و گفتگوی بیمار در مراحل ثانویه و ثالثیه سیستم مراقبتی سلامتی را نشان می‌دهد.

علم همه گیرشناسی پزشکی عمومی اساساً متفاوت از مراقبت‌های ثانویه است. بیشتر بیماری‌ها در ابتدا از یکدیگر قابل تمایز نیستند. بسیاری از جزئیات و مشکلات بیماری باید در مراقبت‌های اولیه کنترل شود و این پزشک خانواده است که بخش اعظم مراقبت‌های بیماری‌های مزمن را مدیریت می‌کند. بسیاری از مشاوره‌ها نشانگر اضطراب بیماران به دلیل فقدان اطلاعات آسیب‌شناسی است (جهت‌یابی طبیعی مراقبت‌های اولیه). جهت‌یابی طبیعی مفهومی پیچیده است و بسیاری از موضوع‌ها را در بر می‌گیرد. این موضوع شامل ارتقاء سلامت و بهبود آن و انتظاراتی است که در بسیاری از موارد ریشه در آسیب‌شناسی ندارند. پزشکان عمومی باید بتوانند به‌طور همزمان بیماری تشخیص داده و بیماری‌های جدی را کنترل کنند. این موضوع متفاوت از مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه است. در اینجا پزشک باید با استفاده از مهارت حل مشکل، مساله‌ی غامضی که وجود دارد را رفع کند. این کار، وظیفه‌ی پیچیده‌ای است که به فرآیند تصمیم‌گیری بر اساس اصل احتمال کم وقوع بیماری‌های جدی و ارزش اخباری مثبت علائم و تست‌های تشخیصی نیاز دارد و بنابراین از مراقبت‌های اولیه و بیماری‌های مهم بیمارستانی متمایز است. اغلب اوقات در این موارد، معمولاً علل بیومدیکالی برای اندوه و پریشانی وجود ندارند و بنابراین مهم این است که چه وقت ضمن ادامه‌ی مراقبت، باید جستجو را متوقف کرد. همچنین باید از بیمار در برابر آسیب‌های جدی ناشی از تست‌های غربالگری و درمان‌های غیرضروری محافظت کنیم.

Mcwhinney روی مدل عضوی فرآیند زیست‌شناسی (بیولوژیکی) تأکید می‌کند، به این ترتیب که یک موجود زنده بسته به سابقه، زمینه، و محیط زندگی خود، به‌طور ویژه‌ای رفتار می‌کند. بر اساس این مدل، پزشک عمومی

باید با جستجوی پیچیدگی و پذیرش ابهامات تمام اصول بالینی و پزشکی عمومی را به کار برده و در بالاترین سطح پیچیدگی و ابهام عمل کند. وی در نطقی بر تعدادی از موضوع‌هایی که قبلاً بحث شد، بر روابط، منشأ فردی و ارتباط دوگانه‌ی بین تفکر و بدن (فیزیکیال روانشناسی و اجتماعی) تأکید ورزید. به‌زعم ما سیستم مراقبت سلامتی باید به شکلی تغییر یابد که فواید بیشتری به بیمار رسانده و در عین- حال این نتایج سلامتی و اجتماعی را با هزینه‌ای معقول به انجام برساند.

این موضوع ما را به تعریف‌های جدید یا تجدیدنظر شده رهنمون می‌شود. ما به تعریفی از ویژگی‌ها و اصول پزشک خانواده و تعریف نقش پزشک خانواده احتیاج داریم که در آن، دسته‌بندی‌ها مبتنی بر سیستم مراقبت‌های سلامتی باشد.

### **تجزیه و تحلیل علمی توانمندی‌های پایه**

توصیف توانمندی حاصل فرآیندی آبخاری است. اصول نظام پزشکی عمومی، از وظایف حرفه‌ای تخصصی پزشکی عمومی منتج شده که این وظایف مبتنی بر توانمندی‌های پایه است.

۱-۱) در تعریف شایستگی‌ها و وظایف محوری، عوامل غیرضروری وجود دارند که اغلب به تفاوت‌های سیستم مراقبت سلامت و جامعه مربوط می‌شود. در اروپا، تنوع زیادی در سیستم‌های مراقبت سلامتی و وضعیت کاری پزشکان عمومی به چشم می‌خورد. اصول فرهنگی شامل دین و گرایش‌های سیاسی متفاوتی در جامعه وجود دارد و این امر می‌تواند به تفاوت‌هایی در شرح شغلی پزشک عمومی منتهی شود. پزشکی عمومی مبتنی بر نوعی نظام بالینی است که در مقایسه با سایر رشته‌ها، بیش از هر چیز به تفاوت‌های اجتماعی وابسته می‌باشد. پزشک عمومی واسطه‌ای بین جامعه و سیستم پزشکی است.

۱-۲) منظور از توانمندی و شایستگی به‌عنوان توانایی‌های پزشک عمومی، انجام موفقیت‌آمیز چند وظیفه‌ی مجزا در کنار کار اصلی پزشکی است. بنابراین شایستگی را می‌توان به‌عنوان توانایی فرد در نشان دادن سطح دانسته‌ها

(واقعیت‌های پایه) با سطوح نمایش رفتاری خاص در وضعیت مشخص نامید. در هرم Miller دانش (توانایی به کارگیری علم) و چگونگی نمایش (توانایی ارائه مهارت‌ها) با مفهوم توانمندی و شایستگی مرتبط هستند. در شرح وظایف، منظور از اجرا، کاری است که پزشک در مراقبت بالینی و ارتباط با بیمار در حال انجام آن است. اجرا و انجام تا حد زیادی به وضعیت مراقبت‌های سلامتی و احتیاجات آن، فرصت‌های مالی و اقتصادی و حمایت‌ها بستگی دارد.

به منظور قابل اجرا بودن در سطح اروپا، اسناد حاضر خود را به توانمندی‌های پایه پزشک عمومی/خانواده محدود می‌کنند؛ توانمندی‌هایی که از مدلی فرضی ناشی می‌شود. در واقعیت اجرا ممکن است این شایستگی‌ها تفاوت کند.

### **نقش‌های متفاوت یک پزشک**

این نقش‌ها به‌گونه‌ای نیست که مرتبط تنها با یک فرد باشد، بلکه هر فرد قسمتی از یک نقش (Role) را به عهده می‌گیرد. پزشک عمومی جزئی از نظام سلامت است که از هر نقش تعدادی وظیفه (task) را به عهده می‌گیرد. دیگر اجزای نظام سلامت وظیفه‌های دیگر را به عهده می‌گیرند که زیرمجموعه‌ای از نقش‌های کلان است. این وظایف (tasks) باید به‌گونه‌ای تقسیم شود که هیچ وظیفه‌ای بدون آن که کسی برای انجام آن وجود داشته باشد باقی بماند (service gap)، همین‌طور بین وظایف اجزاء سیستم هم‌پوشانی وجود نداشته باشد (task overlap) البته شاید این مسئله به طور عینی حادث نشود اما وظیفه ما این است که به این شرایط نزدیک شویم. با مشخص کردن نقش‌های کلان یک پزشک عمومی می‌توانیم وظایف و کارهایی که مرتبط با نقش اوست را تعیین کنیم بدین‌وسیله می‌توانیم نتیجه بگیریم که فرد نیازمند چه آموزش‌های بالینی در دوره‌های تحصیل خود است و چه دانش پایه‌ای برای این آموزش‌ها نیاز دارد.

Role definition → task analysis → (تعریف نقش)

Clinical education need assessment → (نیازسنجی آموزش بالینی)

Basic science education → (تحصیلات علوم پایه)



مکان‌های مختلفی در دنیا نقش‌های متفاوتی برای یک پزشک عمومی تعریف کرده‌اند.

از جمله آن‌ها می‌توان به انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا اشاره کرد که نقش‌های زیر را برای یک پزشک تعریف کرده است:

American association of medical colleges (AAMC-MSOP)

°Altruistic (نوع‌دوست)	knowledgeable (وارد بکار)	Skill full (ماهر)	Dutiful° (وظیفه‌شناس)
---------------------------	------------------------------	----------------------	--------------------------

Knowledgeable ← بتواند دانش را خودش کسب کند

Skill full ← مهارت‌های پزشکی را بداند

Dutiful ← به وظایف خود آگاه باشد

دانشکده پزشکی کانادا نقش‌های زیر را در نظر گرفته است: Can Med 2000

Medical expert* ماهر در پزشکی	communicator (ارتباط برقرارکننده)	Collaborator	
Manager* (مدیر)	Health advocate* (مروج سلامت)	Scholar (پژوهشگر)	Professional° (حرفه‌ای)

Collaborator ← بتواند در یک تیم کار کند

base Scholar ← پایه پژوهشی داشته باشد

Professional ← اخلاق و رفتار حرفه‌ای داشته باشد

موسسه Scott-Cottrell به نقش‌های زیر اشاره کرده است:

Leader (رهبر گروه)	Medical expert* (ماهر در پزشکی)	Clinician* (متخصص بالینی)	Scholar (پژوهشگر)	Professional° (حرفه‌ای)
-----------------------	------------------------------------	------------------------------	----------------------	----------------------------

سازمان جهانی سلامت (WHO) به منظور تعریف نقش‌ها یک پزشک ۵ ستاره معرفی می‌کند:

Care provider* (ارائه‌دهنده خدمات سلامت)	Decision Maker (تصمیم‌گیرنده)	Communicator (ارتباط برقرارکننده)
Community leader* (رهبر اجتماعی)	Manager* (مدیر)	

دانشگاه West Virginia نقش‌های زیر را برای یک پزشک مشخص کرده است:

Medical Knowledge (دانش پزشکی)	Clinical Skill (مهارت بالینی)	Communicator (برقراری ارتباط)
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Logical reasoning (استدلال منطقی)	Spirituality° معنویت	Life- long learning (کسب دانش در تمام مدت زندگی)
--------------------------------------	-------------------------	---

Community involvement (درگیری در اجتماع)	professionalism° (حرفه‌ای‌گری)	Team work (کار گروهی)
Self- awareness° (خودآگاهی)		

Self- awareness ← از وضعیت دانش، اخلاق و... خودآگاه باشد.

موسسه ACGME به نقش‌های زیر برای یک پزشک اشاره کرده است:

Patient Care* (مراقبت از بیمار)	Medical Knowledge (دانش پزشکی)	°professionalism (حرفه‌ای‌گری)
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

System – based practice (کاربر مبنای نفع سیستم)	Practice – based learning (آموزش بر مبنای کار عملی)
--	--

Interpersonal skills (مهارت‌های میان فردی)
---

System – based practice: در طبابت فقط منافع بیمار را در نظر نگیرد، بلکه منافع او را در کنار منافع سیستم سلامت بنگرد تا به دلیل کمبود منافع در حق کسی اجحاف نشود.

Practice – based learning: توانایی انجام آنچه را که می‌آموزد داشته باشد

Roles: از میان نقش‌هایی که مکان‌های مختلف برای یک پزشک تعریف کرده‌اند تعداد محدودی از آن‌ها به معنی واقعی نقش (Role) یک پزشک هستند و با تعریف نقش مطابقت دارند و مجموعه‌ای از وظایف را در بر می‌گیرند که با علامت ستاره مشخص شده‌اند.

Meta- competency: از میان موارد بالا تعدادی جز دسته‌ی meta- competency به معنی فرا توانایی یا فرادانش قرار می‌گیرند که با زیر خط مشخص شده‌اند.

فرا توانایی، به معنی توانایی است که به استدلال تشخیصی کمک می‌کند و برای استفاده از مهارت‌هایی (competency) که در طول دوره تحصیل فراگرفته‌ایم، لازم است. این فرا توانایی‌ها برای زندگی شخصی ما نیز لازم است. به‌عنوان مثال:

Life- long learning (کسب دانش در تمام مدت زندگی) و Team work (کار گروهی) جزء این دسته قرار می‌گیرند. مثال دیگری که می‌توان اشاره کرد در مورد یک فرد دیابتی است. مدیریت یک فرد دیابتی هم نیاز به مهارت درمانی و هم نیاز به فرا توانایی دارد. اگر فردی در امر مهارت‌های درمانی، ماهر باشد (competence) و از دانشگاه فارغ‌التحصیل شود تضمینی وجود ندارد که این فرد در این زمینه ماهر باقی بماند فرا توانایی به فرد کمک می‌کند تا در طول عمر خود ماهر باقی بماند. در واقع فرا توانایی meta competency یک حلقه بزرگ‌تر از مهارت (competency):مهارت‌های خاص درمانی، است.

اگر فردی هم دارای مهارت (competency) و هم دارای فرا توانایی (meta competency) باشد، این دو به تنهایی نمی‌تواند تضمین کند که فرد پزشک خوبی خواهد بود. مثلاً اگر فرد وجدان نداشته باشد. نمی‌تواند پزشک خوبی باشد پزشک خوب بودن متضمن فاکتور دیگری است که در ادامه توضیح خواهیم داد.

Essential characteristic : ویژگی‌های شخصیتی هستند که لازم است هر فرد برای اینکه پزشک خوبی باشد آنها را دارا باشد. این ویژگی‌های شخصیتی با علامت دایره مشخص شده‌اند این ویژگی‌های شخصیتی حلقه بزرگ‌تری است که دو فاکتور دیگر یعنی مهارت (competency) و فرا توانایی (meta- competency) را تضمین می‌کند.

competency → (مهارت) به صورت واحد ارائه می‌شود

meta- competency → (فرا توانایی) به صورت تدریجی در طول دوره تحصیلی آموزش داده می‌شود

Essential characteristic → آموزشی نیست و بیشتر در محیط‌های اجتماعی آموزش داده می‌شود

## روابط میان اعمال نظام سلامت و اهداف آن

کل نظام سلامت چهار عمل کلی را انجام می‌دهد تا به سه هدف دست یابد، این اعمال عبارتند از:

- ارائه خدمات یا فراهم کردن خدمات (Delivering services (provision) : این عمل نیازمند منابع از جمله منابع انسانی، تولید دانش، انجام پژوهش، ساختمان، بیمارستان، ابزار، دارو و... است.
- خلق منابع (سرمایه‌گذاری و آموزش) (Creating resources (investment & training) : به‌عنوان مثال کلاس‌های درس منابع انسانی را تولید می‌کنند. هر دوی این‌ها نیازمند منابع مالی هستند.
- تأمین و تخصیص مالی (جمع‌آوری پول، روی هم گذاشتن و خرید) (Financing (collecting, pooling and purchasing) : برای تمام موارد بالا نیاز به سیاست‌گذاری و ایجاد سیستم وجود دارد تا اجزای نظام سلامت به صورت هماهنگ (coordinate) فعالیت کنند.
- تولیت (نظارت) (stewardship (oversight) : سیاست‌گذاری، حاکمیت و اولویت‌گذاری اجزای اصلی تولیت هستند.

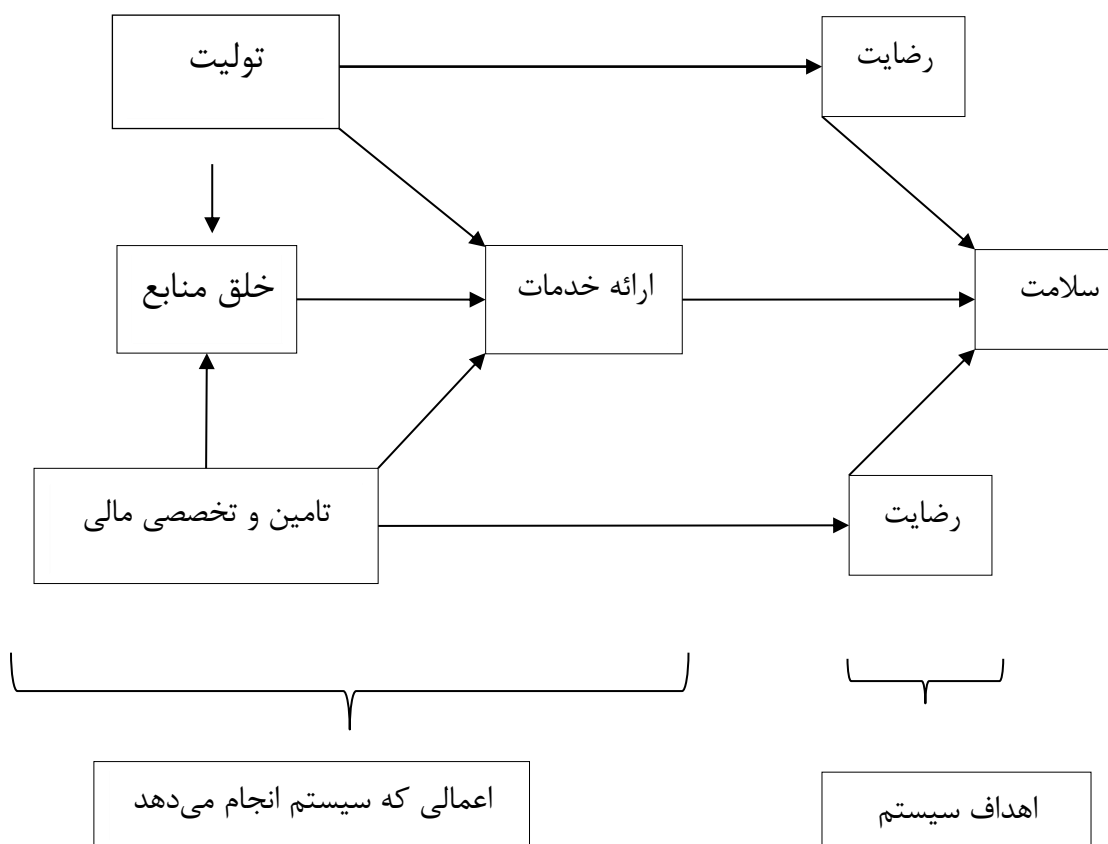
این ۴ عمل کلی برای رسیدن به سه هدف زیر انجام می‌گیرد:

۱- پاسخدهی به توقعات غیرپزشکی (Responsiveness(to non- medical expectation) که همان رضایت را ایجاد می کند.

۲- توزیع عادلانه خدمات و منابع مالی (Fair (financial) contribution

۳- Health : سلامت

دیاگرام ۱: ارتباط بین اعمال و اهداف سیستم سلامت:



اولین عملی که مورد بررسی قرار می گیرد service Delivery یا ارائه خدمات است. در این بحث ابتدا به بررسی سطوح مشکلات (problem level) سپس به ارزیابی سطوح مداخله در مشکلات (intervention level) و در نهایت به نقش های مختلف که مربوط به ارائه خدمات می شود می پردازیم.

## سطوح مشکلات (problem level)

مشکلات دارای ۳ سطح بیماری (disease)، عوامل خطرزای سلامت (Health risk factor) و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (social determinant of health) است.

۱- **بیماری‌ها: Diseases:** از دیگر مشکلات در جامعه فراوان‌تر است و در دسترس‌ترین سطح برای مداخله است.

۲- عوامل خطرزای سلامت Health risk factor : از بیماری‌ها تعداد آن‌ها کمتر است. حدود ۳۰ عامل در کتاب‌ها آورده شده است. که در جامعه ما ۸۰٪ بار بیماری‌ها را به ۱۰ عامل خطر بر می‌گردد.

هر عامل خطرزا می‌تواند باعث به وجود آمدن چندین بیماری شود و هر بیماری می‌تواند با چند عامل خطرزا مرتبط باشد. سیگار کشیدن، رژیم غذایی، رفتار پرخطر جنسی و... در این گروه جای می‌گیرند.

۳- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (social determinant of health) تعداد آن‌ها از دیگر مشکلات کمتر اما بیشترین و وسیع‌ترین تأثیر را بر روی سلامت طیفی از جامعه می‌گذارد. فقر، بی‌سوادی و ... در این گروه جای می‌گیرند حل این مشکلات تأثیر به‌سزایی در ارتقاء سطح سلامت دارد، تفاوت کشورهای پیشرفته و جهان سوم در کارکردن در این حوزه است.

ما به‌عنوان پزشک و متولی سلامت مردم وظیفه داریم با این ۳ سطح مشکلات به خوبی آشنا باشیم.

○ سطوح مداخله Intervention level : مداخلاتی که می‌توان در این مشکلات انجام داد در سه سطح قرار می‌گیرند.

(۱) **در سطح فرد: individual** ← به‌عنوان مثال یک پزشک به فردی که به او مراجعه کرده است توصیه می‌کند که

سیگار نکشد (عامل خطرزای سلامت)

(۲) **در سطح جمعیت community** ← مثلاً پزشک خانواده در منطقه تحت پوشش خود یک بیماری را کنترل

می‌کند.

(۳) **در سطح سیاست‌گذاری policy level** ← در سطح سیاست‌گذاری در جامعه که مربوط به وزارتخانه‌ها و

سازمان‌های مربوط به آن می‌شود.

حال با دانستن سطوح مشکلات و سطوح مداخله می‌توانیم نقش‌های مربوط به این عمل (ارائه خدمت) را مشخص کنیم:

۱- care provider : این نقش که نقش اصلی پزشکان عمومی و متخصص و فوق تخصص محسوب می‌شود، کنترل بیماری‌ها در سطح فرد است. این نقش، نقش فرعی پرستاران، دستیاران پزشک و ... محسوب می‌شود. این نقش می‌تواند در دو مدل ارائه شود:

اول مدل سنتی که در آن فرد به تنهایی و بدون کمک گرفتن از سایر پزشکان به صورت بالینی این خدمت را ارائه می‌کند.

دومین مدل که هم اکنون در بعضی از شهرهای کشور ما نیز ارائه می‌شود مراقبت بالینی از بیمار به صورت گروهی است. مثلاً یک فرد دیابتی به‌عنوان یک بیمار به چندین پزشک در تخصص‌های مختلف نیاز دارد.

شما به‌عنوان یک پزشک عمومی و مدیر گروه می‌توانید بیمار خود را در صورت نیاز به یک پزشک دیگر ارجاع دهید اما بیمار بعد از آن دوباره نزد شما باز می‌گردد (مدل عرضی). در نوع دیگری از این نوع ارائه خدمت ممکن است شما پزشک خانوادگی بیمار نباشید اما بیمار به علت مشکلی که دارد به شما مراجعه می‌کند و به‌عنوان اولین فرد به شما مراجعه می‌کند در این سیستم شما باید او را به فرد بالاتر متناسب با بیماری او ارجاع دهید. در این سیستم یک نوع سلسله مراتب وجود دارد (مدل طولی).

در مدل عرضی یک نوع case management وجود دارد. پزشک عمومی رهبر تیم ارائه‌دهنده خدمت و مسئول کلیت درمان می‌باشد.

۲- Personal Health Advocate (مروج سلامت شخصی) : این نقش، کنترل عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد است. به‌عنوان مثال فردی به پزشک خود مراجعه می‌کند که بیماری ریوی دارد و سیگار نیز می‌کشد. علاوه بر درمان‌هایی که برای او تجویز می‌کنیم به او توصیه می‌کنیم تا از سیگار کشیدن خودداری کند. این نقش می‌تواند به چند گونه ارائه شود:

**Chemoprophylaxis** : پیشگیری دارویی : مثلاً آقایان بعد از سن ۴۰ سالگی و خانمها بعد از سن ۵۰ سالگی باید روزانه یک قرص آسپیرین مصرف کنند تا از بیماری‌های قلبی عروقی که آنها را تهدید می‌کند پیشگیری کنند. همین‌طور توصیه می‌شود خانمها در سنین باروری قرص‌های اسیدفولیک مصرف کنند تا در زمان حاملگی از کم‌خونی پیشگیری شود.

**Immunoprophilaxis** : تجویز واکسن :

**Screening** : غربالگری، مثلاً آقایان بالای ۶۰ سال سالانه، باید برای سرطان پروستات معاینه شود. همین‌طور بچه‌هایی که به دنیا می‌آیند برای بیماری‌هایی همچون فنیل‌کتونوریا و کم‌کاری تیروئید مورد آزمایش قرار می‌گیرند.

**Healthy life style consultation** : مشاوره برای سبک زندگی سالم: مشاوره دادن پزشک به بیمار و شناساندن عوامل خطرزای سلامت به او و اینکه چطور زندگی کنیم تا زندگی سالم‌تری داشته باشیم. پزشک زمانی می‌تواند مشاوره خوبی به بیمار خود دهد که او را بشناسد و با عادات و تمایلات او آشنا باشد. این نقش، نقش اصلی پزشکان عمومی، متخصصین پزشکی پیشگیری است و نقش فرعی دیگر متخصصان می‌تواند باشد.

۳-Social Assistant : برای اجرای این نقش باید بتوانیم به هر فردی که به ما مراجعه می‌کند به‌عنوان عضوی از یک جامعه بنگریم تا بتوانیم دلایل اجتماعی بیماری او را بیابیم و در پی حل آن براییم. البته این نقش، نقش اصلی مددکاران اجتماعی و نقش فرعی پزشکان خانواده است.

این ۳ نقش بالا هر سه در سطح فرد پیاده می‌شود، حال به بررسی نقش‌هایی که مربوط به اجتماع می‌شود می‌پردازیم.

۴-مدیریت بیماری Disease Manager : این نقش، مدیریت بیماری در یک جمعیت تعریف شده می‌باشد. جمعیت ممکن است به دو صورت تعریف شود:



۱) **Catchment area** : که در آن یک منطقه جغرافیایی خاص در نظر گرفته می‌شود که افراد در آن منطقه تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۲) **Defined population**: لیستی است که نام تک تک افراد یک منطقه خاص در آن آمده است.

در جمعیت تعریف شده، معمولاً یک بیماری خاص شایع‌تر است و بار بیماری زیادی دارد. ما با بیماری در سطح جمعیت سروکار داریم و آن را در جامعه مورد هدف قرار می‌دهیم و کاری می‌کنیم تا از بار آن در جامعه هدف کاسته شود. به‌عنوان مثال می‌توان از ریشه‌کنی آبله در جامعه، و مدیریت همه‌جانبه تالاسمی چه از لحاظ تشخیص، چه درمان و چه پیشگیری یاد کرد.

این نقش چون نیازمند یک طرح گسترده است، نمی‌توان از پزشک عمومی انتظار چندانی داشت. این نقش، نقش اصلی متخصصین و فوق تخصص‌های مرتبط و نقش فرعی پزشک خانواده است.

۵-Health risk manager: کنترل عوامل خطرزای سلامت : این نقش نیازمند بررسی سطح عوامل خطر در جامعه و انجام مداخلات مؤثر در سطح جامعه است. به‌عنوان مثال ابتکار عمل به خرج دهیم تا سطح سواد سلامت مردم را بالا ببریم. یعنی مردم بتوانند در صورت بروز مشکلی تا حدی خود آن را برطرف کنند (self care)، یا حتی ایجاد کمیته‌هایی که دارای طرح‌هایی برای تغییر رفتار مردم در جهت زندگی بهتر باشند. این مداخلات برای کاهش سطح عوامل خطرزای سلامت، اگر در سطح جامعه اجرا شود مسلماً تأثیر بیشتری خواهد داشت تا در سطح فرد اجرا شود. برای اجرای این نقش بهتر است پزشک با افراد ذینفع (غیرپزشک) در سیستم سلامت آشنا شود.

این نقش، نقش اصلی گروه زیادی از جمله پزشک و غیرپزشک است: متخصصین پزشکی اجتماعی (برای اجرای مداخلات)، اپیدمیولوژیست (برای ارزیابی سطح عوامل خطر در جامعه)، متخصصین و فوق متخصصین مرتبط، متخصصین در امر سلامت عمومی، روانپزشکان رفتارهای اجتماعی، روانپزشکان سلامت و نقش فرعی پزشکان خانواده است.

۶-Social leader: رهبر اجتماعی : کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح جامعه که این نقش کمتر پزشک عمومی را درگیر می‌کند به‌عنوان مثال پزشکی که مدرسه می‌سازد تا سطح سواد و سلامت مردم را ارتقا دهد.

این نقش، نقش اصلی دولت محلی و متولیان رفاه عمومی است (فرمانداران، شهرداری و ...) و همین‌طور متخصصین پزشکی اجتماعی است. و نقش فرعی یک پزشک به‌عنوان رهبر و مسئول یک جامعه است.

دومین عمل کلی که در سیستم سلامت باید به آن پردازیم تولیت (نظارت) (stewardship) است. که شامل سیاست‌گذاری، حاکمیت درون بخشی (مدیریت اجرایی و ...) و حاکمیت بین بخشی است. که ابتدا نقش‌های مربوط به سیاست‌گذاری توضیح داده می‌شود. در این مبحث، سطح مداخلات در سطح سیاست‌های کلان است که ۳ نقش برای آن تعریف می‌شود:

۷-Clinical policy maker: سیاست‌گذار بالینی : در این نقش برای کاهش سطح بیماری‌ها، سیاست‌گذاری می‌شود که شامل سیاست‌گذاری اجرایی و عمومی است که به آن Health Technology assessment گفته می‌شود و همین‌طور سیاست‌گذاری‌های بالینی که شامل تدوین (clinical practice guideline) CPGها می‌شود که مجموعه‌ای از بهترین توصیه‌های بالینی برای پزشکان با در نظر گرفتن شرایط بومی (اقتصادی، سیاسی، اثربخشی داروها و...) است. این مجموعه توسط گروه بزرگی از پزشکان و محققین جمع‌آوری و تألیف می‌شود.

این نقش، نقش اصلی اپیدمیولوژیست‌ها، اقتصاددان‌های در حوزه سلامت و سیاستمداران است. این نقش می‌تواند نقش فرعی متخصصین و فوق تخصص‌ها باشد.

۸-Public Health policy maker: سیاست‌گذاری در سطح سلامت عمومی :این سیاست‌گذاری‌ها برای کاهش سطح عوامل خطرزای سلامت در جامعه صورت می‌گیرد و شامل ارزیابی عوامل خطرزا و انجام مداخلات برای کاهش آن می‌باشد. این نقش، نقش اصلی متخصصین در حوزه سلامت عمومی، متخصصین پزشکی اجتماعی(مداخلات) و اپیدمیولوژیست‌ها (ارزیابی) است و نقش فرعی متخصصین و فوق تخصصین مربوطه می‌باشد.

۹- social policy maker:سیاست‌گذاران اجتماعی : این سیاست‌گذاری‌ها برای رفع عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت است از جمله بی‌سوادی، فقر و ... می‌باشد. این نقش، نقش اصلی اقتصاددان‌ها و سیاستمداران است و نقش فرعی متخصصین پزشکی اجتماعی محسوب می‌شود.

در نهایت مدیریت اجرایی است که نقش اصلی فعالان مدیریت سیستم سلامت و نقش فرعی پزشکان خانواده و متخصصین و فوق متخصصین مربوطه است که باید این سیاستها را اجرایی کنند.

## مقایسه وظایف پزشک خانواده با پزشک عمومی

GP	پزشک خانواده	Roles
***	***	Care provider
	***	تنظیم کننده خدمات
	***	مروج سلامت شخصی
	*	Social Assistant
	*	مدیریت سلامت
	**	مدیریت عوامل خطرزا
	*	رهبر اجتماعی
		سیاست گذار بالینی
		سیاست گذار سلامت عمومی
		سیاست گذار اجتماعی
	*	مدیر
	*	آموزشگر
		تولید دانش (محقق)
		مدیریت دانش
		واسطه ارائه دانش
	**	گیرنده خطر مالی
	***	Gate keeper
	*	سهامدار

## نقش پزشکان عمومی در کشورهای مختلف استرالیا

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>۱</sup>

در سال ۲۰۱۰، ۴۴۶۰۰ پزشک عمومی<sup>۲</sup> و ۲۹۳۰۰ متخصص در مشاغل بهداشتی درمانی استرالیا مشغول به کار بوده‌اند. بیشتر پزشکان عمومی مستقل هستند و در مراکز متعدد ارائه دهنده خدمات سلامتی کار می‌کنند. حدود ۸٪ پزشکان عمومی با سازمانهای خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامتی قرارداد دارند.

پرداخت به پزشکان عمومی بر مبنای ارائه خدمت (FFS) و قسمت اعظم آن bulk-bill Medicare است. نیازی نیست که مردم حتماً برای مراجعه به پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه ثبت نام کنند. آنها آزاد هستند که به هر پزشک عمومی که دوست دارند مراجعه کنند. پزشکان عمومی در واقع دروازه ورود مدیکر هستند. به پزشکان متخصص تنها بر مبنای فهرست خدمات مشاوره‌ای که از سوی پزشکان عمومی به آنها ارجاع داده شده است پرداخت صورت می‌گیرد.

### مراقبت‌های تخصصی سرپایی<sup>۳</sup>

مدیکر به افراد اجازه می‌دهد تا متخصص مورد نظر خود را برای مراقبت‌های تخصصی سرپایی خارج از بیمارستان انتخاب کنند. البته پزشکان عمومی بایستی نامه ارجاع به متخصص را به فرد بدهند. به پزشکان متخصص نیز براساس خدمات ارائه شده FFS در بخش دولتی و خصوصی پرداخت صورت می‌گیرد. پزشکان متخصص دارای مطب هستند و همچنین در بیمارستانهای دولتی و خصوصی حق ویزیت می‌گیرند. در واقع پزشکان متخصص به دلیل حضور در درمانگاههای سرپایی، درمان بیماران بستری و بالاحص جراحی، در بیمارستانهای خصوصی و دولتی، پول دریافت می‌کنند.

---

<sup>1</sup> Primary care

<sup>2</sup> General practitioners

<sup>3</sup> Outpatient specialist care

## خدمات خارج از ساعت کاری<sup>۱</sup>

استانداردهای اعتباربخشی که توسط دانشگاه سلطنتی استرالیا برای پزشکان عمومی تنظیم شده است بیان می‌دارد که بایستی از سازماندهی منطقی مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای بیماران خارج از ساعات کاری مراکز بهداشتی اطمینان حاصل کرد. در واقع کلینیک‌های پزشکان عمومی بطور گسترده این موضوع را تحت پوشش قرار می‌دهند و حتی گاهی این خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد. برای مثال در سال ۱۹۷۱ تعدادی از پزشکان کانبرا<sup>۲</sup> شرکتی غیر انتفاعی تاسیس کردند – که البته اکنون توسط دولت استرالیا حمایت مالی می‌شود- که در آن جمعی از پزشکان پذیرفتند که در خارج از ساعات کاری به بیماران محدوده خود خدمات ارائه کنند. همچنین دولت استرالیا نیز یکسری گرنت برای پزشکان عمومی که خارج از ساعات کاری خدمات ارائه می‌کنند در نظر گرفته است.

---

<sup>1</sup> After-hours care

<sup>2</sup> Canberra

## کانادا

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

در سال ۲۰۱۰ از بین ۶۹۶۹۹ پزشک کانادا حدود نیمی از آنها پزشک خانواده و نیمی دیگر پزشک متخصص بوده‌اند. پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه دروازه ورود به مراقبت‌های بعدی هستند. بیشتر پزشکان در بخش خصوصی هستند و بر مبنای رایجه خدمت FFS پرداخت به آنها صورت می‌گیرد. اگر چه تعداد در حالی رشدی از پزشکان خانواده شکل پرداختی جایگزینی را دریافت کرده‌اند. این اشکل جدید پرداخت شامل سرانه<sup>۱</sup>، حقوق<sup>۲</sup>، سرمایه‌گذاریهای منظم<sup>۳</sup> است.

پرداخت معمولاً با عملکرد فرد در ارتباط است. FFS تنها ۵۰٪ پزشکان خانواده در اونتاریو را شامل می‌شود در حالیکه ۷۰٪ درآمد پزشکان خانواده در کبک و ۸۵٪ درآمد پزشکان خانواده در British Columbia بر اساس FFS است.

پزشکان در کلینیک‌های عمومی حقوق دریافت می‌کنند. برخی از تیم‌های جدید رایجه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی اولیه براساس سرانه‌ای که برای خدمات بهداشتی در نظر گرفته شده است بخشی از پرداخت‌هایشان صورت می‌گیرد. برای استفاده از این سرانه در برخی جاها بیماران حتماً باید ثبت نام کنند و در برخی دیگر نیازی به ثبت نام نیست و افراد پزشک خود را آزادانه انتخاب می‌کنند. برای استفاده بیماران از خدمت پزشکان خانواده و مشخص کردن جدول پرداختی به آنان، وزارت بهداشت با موسسات رایجه‌دهنده خدمات در سطوح مختلف (استانی و ایالتی و ...) مذاکره می‌کند.

### مراقبت‌های تخصصی سرپایی

اکثر متخصصین خدمات درمانی را در بیمارستانها رایجه می‌کنند. البته روند کنونی به سمت رایجه خدمات تخصصی در مراکز غیر بیمارستانی تخصصی در حال حرکت است. پرداخت به متخصصان براساس رایجه خدمت

<sup>1</sup> capitation

<sup>2</sup> salary

<sup>3</sup> blended funding

FFS است. بیماران می توانند پزشک خود را انتخاب کنند و مستقیماً به متخصص دسترسی داشته باشند. اما بیشتر اتفاق می افتد که پزشکان خانواده افراد را به متخصص ارجاع می دهند چرا که بیشتر استانها پرداختی کمتری برای مشاوره هایی که توسط پزشک خانواده ارجاع نشده اند، دارند.

### **مراقبتهای خارج از ساعت کاری**

این خدمات معمولاً توسط مراکز اورژانس کلینیک ها و بیمارستانهایی که توسط خود پزشکان شکل گرفته اند ارائه می گردند. همچنین در بیشتر استانها سرویس تلفن رایگان بصورت ۲۴ ساعته مشاوره های سلامتی را توسط یک پرستار مجرب ارائه می کنند. از قدیم حضور یک پزشک مراقبتهای بهداشتی اولیه برای مراقبتهای خارج از ساعات کاری الزامی و مورد نیاز نبوده است. اما در حال حاضر به خاطر انگیزه های مالی و یا یکسری الزامات دیگر حضور پزشکان عمومی در ارائه خدمات بعد از ساعات کاری پر رنگ تر شده است. در بررسی سال ۲۰۰۹ تنها ۴۳٪ پزشکان کانادا برای دسترسی بیماران به خودشان یا پرستار در بعد از ساعات کاری تمهیداتی اندیشیده بودند و در بررسی سال ۲۰۱۰ مشخص شد ۶۵٪ مردم کانادا اعلام کرده بودند که بعد از ساعات کاری دسترسی به پزشکان بسیار مشکل است.



## دانمارک

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پرداخت به تمامی پزشکان عمومی که مستقل<sup>1</sup> هستند بر مبنای سرانه (۰.۳۰٪) و به ازای ارائه خدمت FFS (۰.۷۰٪) انجام می‌گیرد. ساختار عملی از تنها و انفرادی کار کردن به سمت کار تیمی تغییر کرده است. تمامی مردم برای استفاده از خدمات باید توسط پزشک مراقبت‌های بهداشتی اولیه ثبت نام شوند. انتخاب این پزشک آزاد است و افراد هر کسی را که بخواهند می‌توانند انتخاب کنند. پزشکان عمومی دروازه ورود به سطح دوم خدمات هستند. البته یک مدل دیگر هم وجود دارد که افراد مستقیماً خودشان به متخصص مراجعه می‌کنند که در این صورت باید پرداخت بیشتری انجام دهند. اما برای مراجعه به بیمارستان همه افراد باید از طرف پزشک عمومی ارجاع داده شوند.

### مراقبت‌های تخصصی سرپایی

مراقبت‌های تخصصی سرپایی توسط کلینیک‌های سرپایی وابسته به بیمارستان‌ها (که کاملاً وابسته به بیمارستان‌های دولتی هستند) و یا توسط کلینیک‌های خصوصی که توسط خود پزشکان تاسیس شده‌اند، ارائه می‌گردند. دانمارک در انتقال خدمات بستری به مراقبت‌های تخصصی سرپایی و کاهش سریع طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها، پیشتاز بوده است.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

خدمات خارج از ساعات کاری توسط پزشکان عمومی ارائه می‌شود. پزشکان عمومی داوطلب برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی در خارج از ساعات کاری، پرداخت بالاتری نسبت به ساعات عادی دارند. این خدمات غالباً توسط کلینیک‌هایی که در مجاورت بخش اورژانس بیمارستانها قرار دارند، ارائه می‌شوند. مراقبت در منزل نیز برای موارد حاد و بیمارانی که قادر به حرکت نیستند، ارائه می‌شود. اطلاعات مربوط به ویزیت‌های بیماران بصورت روتین برای پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارسال می‌گردد

---

<sup>1</sup> self-employed

## انگلستان

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

در انگلستان مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط پزشکان عمومی ارائه می‌شود. ۳۹۷۸۰ پزشک عمومی در سال ۲۰۱۱ در انگلستان بوده‌اند که بطور متوسط هر پزشک ۱۵۶۲ بیمار داشته است. پزشکان عمومی اولین نقطه تماس هستند و مردم باید برای پزشک عمومی منطقه خود ثبت نام انجام دهند. البته دولت در حال برنامه ریزی برای این موضوع است که افراد بتوانند پزشک عمومی خود را انتخاب کنند. در برخی مناطق مراکزی وجود دارد که مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه می‌کنند که برای استفاده از خدمات آنها نیازی به ثبت نام نیست. پزشکان عمومی دروازه ورود بیماران به متخصصین هستند.

### مراقبت‌های تخصصی سرپایی

متخصصین معمولاً استخدام بیمارستانهای وابسته به NHS هستند. بیماران برای انتخابی بیمارستان و پزشک متخصص آزاد هستند. بیشتر مشاوره‌های تخصصی بیماران سرپایی در بیمارستانها انجام می‌شود اگر چه ممکن است این مشاوره‌ها توسط پزشکان عمومی ارائه شود.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

پزشکان عمومی ملزم نیستند که مراقبت‌های بعد از ساعات کاری را به بیماران ارائه کنند هرچند تعداد کمی هنوز این کار را انجام می‌دهند. شوراهای محلی<sup>۱</sup> برای ارائه اینگونه خدمات قراردادهایی را با ارائه دهندگان مختلف که شرکتهای خصوصی پزشکان خصوصی هم می‌تواند جزء آنها باشد منعقد می‌کند. در این روش پرداخت به پزشکان براساس هر جلسه<sup>۲</sup> صورت می‌گیرد. موارد اورژانسی جدی توسط بخش اورژانس بیمارستانها پوشش داده می‌شوند.

---

<sup>1</sup> local commissioners

<sup>2</sup> per-session

## فرانسه

### پزشکان

اقدامات انفرادی<sup>۱</sup> برای پزشکان عمومی و متخصصین هنوز در فرانسه یک نرم<sup>۲</sup> است. بیشتر پزشکان (۵۹٪) مستقل هستند. پرداخت به پزشکان عمومی و متخصصی که استخدام بخش دولتی یا موسسات غیر انتفاعی نیستند براساس ارایه خدمات FFS، انجام می شود. براساس تحولی که در سال ۲۰۰۴ در نظام بهداشت و درمان فرانسه اتفاق افتاد اگرچه ثبت نام برای پزشکان مراقبتهای بهداشتی اولیه اجباری نشد اما انگیزاننده های مالی قوی برای بیمارانی که چنین پزشکی را انتخاب می کنند در نظر گرفته شد و آنها هزینه های کمتری بابت ویزیت پرداخت می کنند. بیش از ۸۵٪ افرادی که برای پزشک خانواده ثبت نام کرده اند، در انتخاب پزشکان عمومی و متخصص آزاد هستند.

### مراقبتهای خارج از ساعت کاری

این دسته از خدمات توسط واحدهای اورژانس بیمارستانهای دولتی، بیمارستانهای خصوصی که با دفاتر سلامت منطقه ای تفاهم نامه همکاری دارند و برمبنای آن پرداخت به آنها صورت میگیرد و پزشکان مستقلی که برای خدمات اورژانسی کار می کنند و اخیرا توسط *maisons médicales de garde* که نهادی عمومی است و در ساعات خارج از ساعت کاری باز است و توسط SHI تامین اعتبار می شود و کارکنانش متخصصین بهداشتی داوطلب هستند، ارایه می شوند.

---

<sup>1</sup> Solo practice

<sup>2</sup> norm

## آلمان

### پزشکان

پزشکان عمومی و متخصصین در مراکز مراقبتهای سرپایی، بر اساس قانون اجباری کشور آلمان، باید عضو انجمن های منطقه ای باشند. انجمن های منطقه ای که درخصوص بودجه های بیماریها مذاکره می کنند مسوول سازماندهی مراقبتها و همچنین واسطه مالی هستند. در هر حال پزشکان سرپایی که بصورت خصوصی برای خودشان کار می کنند ۶۰ درصدشان بصورت انفرادی و ۲۰ درصد آنها بصورت دو نفری کار می کنند. بیشتر پزشکان یکسری دستیار دکتر استخدام می کنند در حالیکه غیر پزشکان مثل فیزیوتراپیستها کار انفرادی خود را دارند.

در سال ۲۰۱۰ از بین ۱۳۸۷۴۲ پزشک ثبت شده برای مراقبتهای سرپایی، ۴۴٪ به عنوان پزشک خانواده و ۵۶٪ به عنوان پزشک متخصص در حال فعالیت بودند.

افراد برای انتخاب پزشک عمومی، پزشک متخصص و درصورت ارجاع به بیمارستان در انتخاب بیمارستان، آزادی انتخاب دارند. ثبت نام برای مراقبتهای بهداشتی اولیه الزامی نیست و پزشکان عمومی وظیفه دروازبانی رسمی ندارند. در هر حال از سال ۲۰۰۴ به بعد، اعتبارات مربوط به درمان بیماریها اعضا را ملزم به این کرد که در مدل پزشک خانواده ثبت نام کنند تا هم خدمات بهتری ارائه گردد و هم انگیزه ای برای تطابق با قوانین دروازبانی باشد. در ژانویه ۲۰۰۷ از حدود ۲۴,۶ میلیون نفر بیمه شده ای که گزینه ثبت نام در برنامه پزشک خانواده را داشتند حدود ۴,۶ میلیون نفر ثبت نام کردند.

پرداخت به پزشکان مراقبتهای سرپایی (پزشکان عمومی و متخصص) براساس FFS و تعرفه مورد توافق بین تامین کننده اعتبار و پزشک، انجام می شود. پرداخت به پزشکان محدود و براساس سقف تعداد بیمارانی که هر پزشک می تواند ویزیت کند است. پرداخت بر اساس عملکرد هنوز در آلمان اجرا نشده است.

## مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

خدمات خارج از ساعت کاری توسط انجمن های منطقه ای پزشکان سازماندهی می شوند تا اطمینان حاصل شود که مراقبت‌های تخصصی سرپایی طی ساعات شبانه روز در دسترس هستند. پزشکان ملزم به ارائه خدمات خارج از ساعت کاری طبق قواعد و اصولی هستند که در هر منطقه می تواند متفاوت باشد. در برخی مناطق (مثل برلین) خدمات خارج از ساعت کاری به بیمارستانها واگذار شده است. شبکه ارائه دهندگان خدمات اورژانس (که مسوول اصلی آن شهرداریها هستند) نیز در کنار بیمارستانها وجود دارد تا در خارج ساعت کاری خدمات مورد نیاز را ارائه دهند. در سطح ملی نیز خطوط تماس تلفنی برای کمک به مردم در صورت نیاز فعال هستند.

## ایسلند

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیشتر توسط پزشکان عمومی و پرستاران در مراکز عمومی مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>۱</sup> ارائه می‌شود. در کشور ایسلند تعداد کمی از پزشکان عمومی فقط در بخش خصوصی کار میکنند و براساس FFS پرداخت به آنها انجام می‌شود. بطور کلی ۳۹ مرکز عمومی مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۳ تای آن خصوصی است) وجود دارد که ۲۵٪ خدمات پزشکان عمومی در آنها ارائه می‌شود. بطور متوسط برای هر مرکز ۸ پزشک وجود دارد. در سال ۲۰۱۰، ۰٫۷ پزشک عمومی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت وجود داشت. پزشکان عمومی شاغل در مراکز عمومی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، حقوق دریافت می‌کنند اما آنهایی که در مراکز خصوصی هستند براساس FFS پرداخت به آنها صورت می‌پذیرد. مراکز عمومی مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولین نقطه تماس بیماران با نظام بهداشت و درمان هستند و بیماران براساس انتخاب خود باید برای یک پزشک عمومی ثبت نام کنند. اما پزشکان عمومی در نظام بهداشت و درمان ایسلند نقش دروازه ورود<sup>۲</sup> ندارند.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

این دسته از خدمات در کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه<sup>۳</sup> و دو واحد اورژانس واقع در مناطق شهری و در اتاقهای اورژانس HCR ها ارائه می‌شوند. پزشکان عمومی و دکترهای بیمارستانها در خارج از منطقه اصلی<sup>۴</sup>، آنکال هستند. در داخل منطقه اصلی خدمات خارج از ساعات کاری توسط کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه و در بعد از ساعت ۷ عصر، توسط یک ارائه دهنده خدمات سلامتی خصوصی که معمولاً توسط پزشکان عمومی اداره می‌شود، ارائه می‌شوند. پرداخت به پزشکان بابت مراقبت‌های خارج از ساعت کاری براساس FFS صورت می‌گیرد. اطلاعات مربوط به ویزیت‌های بیماران در ساعات خارج از ساعات کاری برای پزشک عمومی که فرد برای او ثبت نام کرده است ارسال می‌گردد.

<sup>1</sup> public primary care centers (PCCs)

<sup>2</sup> gatekeeping

<sup>3</sup> primary care clinics

<sup>4</sup> Capital Region

## ایتالیا

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پزشکان عمومی در کشور ایتالیا براساس ترکیبی از سرانه و FFS، و در برخی موارد بر اساس عملکرد جبران خدمت می‌شوند. اگر چه دولت مرکزی و مناطق انگیزاننده‌های اقتصادی برای تشویق کار گروهی و تعامل بیشتر پزشکان عمومی با مراقبت‌های اجتماعی، مراقبت در منزل، آموزش بهداشت و خدمات بهداشت محیط ایجاد کرده است، بیشتر پزشکان عمومی بصورت انفرادی کار می‌کنند. در سال ۲۰۰۹، حدود ۴۶۳۰۰ پزشک عمومی (۳۲،۲٪) و ۱۰۷۰۰۰ کلینیک بیمارستانی (۶۹،۸٪) وجود داشته است. بیماران بایستی برای استفاده از خدمات یک پزشک عمومی که دروازه ورودی نظام سلامت است ثبت نام کنند. پزشکان عمومی نیز براساس لیست خود بیماران را به پزشکی که هنوز به حداکثر تعداد بیماران مجاز نرسیده اند ارجاع می‌دهند.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

برای ارتقای همکاری بین کارکنان بهداشت و درمان و بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دولت و انجمن‌های پزشکان عمومی<sup>۱</sup> بر روی یک مدل توافق کرده اند. براساس این مدل پزشکان عمومی، متخصصین و پرستاران با همکاری یکدیگر این اطمینان را ایجاد می‌کنند که امکان دسترسی ۲۴ ساعته به خدمات وجود دارد و از استفاده غیرضروری از بخش‌های اورژانس بیمارستانها جلوگیری می‌کند.

---

<sup>1</sup> GP associations

## ژاپن

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات تخصصی دو رشته جدا از هم و متمایز نیستند و هر دو باید وجود داشته باشند. در گذشته پزشکان به عنوان متخصص تربیت می شدند و زمینه کاری خود را در کلینیک و بیمارستان انتخاب می کردند. مالک کلینیک ها اکثرا پزشکان یا شرکتهای پزشکی بودند که توسط پزشکان اداره می شدند. اما بعضی از کلینیک ها هم وابسته به دولت ملی، دولتهای محلی یا سازمانهای عمومی<sup>1</sup> هستند. کلینیک ها خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات تخصصی ارایه می دهند. خدمات تخصصی نیازمند بستری شدن در بیمارستان و استفاده از تجهیزات گران قیمت است، بنابراین معمولا توسط بخش خدمات سرپایی بیمارستانها ارایه می شوند. ثبت نام الزامی نیست اما دولت از بیماران خواسته است تا پزشک خانواده خود را انتخاب کنند. بیماران هر فرد در هر کلینیکی را که خواستند انتخاب کنند. هیچ دروازه ورودی مطرح نیست اما انگیزه های مالی وجود دارد که به دلیل کاهش هزینه برای بیمار فرد ترغیب می شود از پزشک خانواده استفاده کند.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

این مراقبت‌ها توسط بخش سرپایی بیمارستانها (در این بخش پزشکان بصورت آنکال در دسترس هستند) و کلینیک های مراقبت خارج از ساعت کاری<sup>2</sup> ارایه می شوند. بیمارستانها و کلینیک ها برای ارایه این نو خدمات دریافتی بالاتری دارند. معمولا پرسنل کلینیک های مراقبت خارج از ساعت کاری شامل پزشکان و پرستاران است که وابسته به دولت محلی هستند و انجمن های پزشکی محلی<sup>3</sup> تامین کننده نیروی انسانی آنها می باشند. دولت ملی برای اداره این کلینیک ها به دولتهای محلی کمک های مالی می کند.

---

<sup>1</sup> public agencies

<sup>2</sup> after-hours care clinics

<sup>3</sup> local medical societie



## هلند

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پزشکان عمومی نسبت به سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه مثل دندانپزشکان و ماماها، نقش اصلی را در مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارند. قانون دروازه ورود در کشور هلند، بیمارستانها و متخصصین را موظف کرده است (به جز موارد اورژانسی) که تنها براساس فرم ارجاع پزشکان عمومی بیماران را پذیرش کنند. تنها ۴٪ از مراجعین به پزشکان عمومی به سطح دوک خدمات ارجاع داده می شوند. همه مردم کشور هلند براساس انتخاب خود پزشک عمومی شان را انتخاب می کنند و معمولاً نزدیک ترین پزشک به منزلشان را انتخاب و ثبت نام می کنند. بطور میانگین هر فرد ۵ بار در سال پزشک عمومی اش را ملاقات می کند. پزشکان عمومی تمام وقت حدود ۲۳۰۰ بیمار را تحت پوشش دارند. افراد بدون هیچ محدودیت قانونی می توانند پزشک عمومی خود را تغییر دهند. در سال ۲۰۱۱، تعداد پزشکان عمومی ۸۸۸۴ نفر بوده است که ۵۱٪ آنها در گروههای سه تا هفت نفره، ۲۹٪ گروههای دو نفره و ۲۰٪ به تنهایی کار می کردند. بیشتر پزشکان در موسسه خود بطور مستقل یا با شراکت سایر پزشکان کار می کنند و تنها تعداد اندکی از آنها توسط سایر پزشکان استخدام می شوند. بعد از تحول سال ۲۰۰۶ پرداخت به پزشکان عمومی ترکیبی از سرانه به ازای هر بیمار و FFS شده است. در نتیجه نظام سلامت شامل چند جزء شده است:

- سرانه به ازای هر بیمار ثبت شده<sup>۱</sup>
- حق مشورت پزشکان عمومی؛ مشاوره های تلفنی
- حق مشورت پرستاران
- حق مشارکت در فعالیتهایی که منجر به افزایش کارایی می شوند
- پرداخت بر اساس خدماتی که خارج از ساعات کاری ارائه می شوند.

<sup>1</sup> Capitation fee per registered patient

به علاوه یکسری پرداخت های دیگر برای بیماریهای مزمن (مثل دیابت، انسدادهای ریوی مزمن) وجود دارد و تلاشهایی در حال انجام است تا برای بیماریهای قلبی و افسردگی نیز چنین پرداختهایی انجام شود.

### **مراقبتهای خارج از ساعت کاری**

مراقبتهای اولیه خارج از ساعات کاری معمولاً توسط شهرداری ها در نزدیکی بیمارستانها توسط پزشکان عمومی بین ساعت ۵ عصر تا ۸ صبح روز بعد ارائه می شوند. در خصوص ارجاع بیماران به بیمارستان پزشکان عمومی تصمیم گیری می کنند. پزشک عمومی حاضر در شیفت اطلاعات بیمار را بعد از ویزیت برای پزشک عمومی اصلی بیمار ارسال می کند.

## نیوزیلند

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پزشکان عمومی دروازه ورود بیماران به متخصصین هستند و معمولاً بصورت مستقل کار می‌کنند. پرداخت به آنها اغلب از محل سرانه دولت صورت می‌گیرد. مراکز بهداشتی اولیه یکسری بودجه‌هایی برای ارتقای سلامت و همکاری در ارائه خدمات اضافی به افراد با بیماریهای مزمن و یا افرادی که به خدمات دسترسی ندارند، دریافت می‌کنند. پزشکان عمومی با پرستاران ماهر بصورت یک تیم کامل و ماهر عمل می‌کنند. این پرستاران نقش اساسی در مراقبت از بیماریهای طولانی مدت (مثل دیابت) دارند. ثبت نام بیماران برای پزشکان عمومی الزامی نیست اما پزشکان عمومی و مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه فهرست همه بیماران مراجعه کننده را ثبت می‌کنند تا براساس آن بتوانند از کمک هزینه‌های دولتی بهره‌مند شوند. بیماران در انتخاب پزشکان عمومی آزاد هستند اما در مناطق کوچک این انتخاب کمی محدودتر است.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

از پزشکان عمومی انتظار می‌رود که مراقبت‌های بعد از ساعات کاری را ارائه کنند و بابت آن یکسری کمک هزینه‌های دولتی دریافت کنند. پزشکان عمومی ترجیح می‌دهند تا در کلینیک‌های خصوصی خودشان که تعرفه‌های بالاتری نسبت به مراقبت‌های طی روز دارند، بیماران را در خارج از ساعات کاری ویزیت کنند. البته حدود ۹۰٪ کودکان زیر شش سال بصورت رایگان به خدمات پزشکان عمومی حتی در خارج از ساعات کاری دسترسی دارند. پزشک عمومی اصلی بیماران اطلاعات مربوط به مراقبت خارج از ساعات کاری را دریافت می‌کند. در مناطق روستایی و شهرهای کوچک پزشکان عمومی بصورت آنکال کار می‌کنند. همچنین همه مردم ۷ روز هفته بصورت ۲۴ ساعته به خطوط تلفن سلامت که توسط پرستاران به سوالات عمومی سلامتی پاسخگویی می‌شود دسترسی دارند.

## نروژ

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

اگر چه تعداد پزشکان عمومی و متخصص افزایش پیدا کرده است، نسبت پزشکان عمومی طی ده سال گذشته به شدت کاهش یافته است و منجر به ایجاد یک عدم تعادل در رشد پزشکان متخصص و خدمات سطح دوم شده است. بنابراین دولت نروژ یکسری انگیزه‌های مالی برای پزشکان عمومی برای ویزیت تعداد بیشتری بیمار در روز ارائه کرده است.

از سال ۲۰۰۱ بیماران تشویق شده اند که برای یک پزشک عمومی ثبت نام انجام دهند و توسط او به سایر ارائه دهندگان خدمات سلامتی در صورت لزوم ارجاع داده شوند. افرادی که ثبت نام نکرده باشند باید هزینه بالاتری برای دریافت خدمات به پزشک عمومی پرداخت کنند. البته بیماران این اختیار را دارند که سالی دو مرتبه پزشک عمومی خود را تغییر دهند و یا اینکه مستقیماً سراغ خدمات سطح دوم بروند. اما در بسیاری از جاها تعداد کمی پزشک عمومی وجود دارد که جای خالی در فهرست بیماران دارند بنابراین در واقع تعداد زیادی از بیماران هیچ انتخابی ندارند.

### مراقبت‌های خارج از ساعت کاری

مسئولیت ارائه خدمات اورژانسی پس از ساعات کاری برعهده شهرداری هاست. برای ارائه این خدمات توسط پزشکان عمومی، شهرداریها، فضا، امکانات و تجهیزات را در اختیار پزشکان قرار می دهند و مبلغ کمی به پزشکان پرداخت می کنند. در بیشتر جاها خدمات اورژانس در نزدیکی یا داخل بیمارستانها ارائه می شود که دسترسی به امکانات رادیولوژی و آزمایشگاه و ارجاع سریع به بیمارستان در صورت لزوم وجود دارد. تعرفه خدمات خارج از ساعات کاری نسبت به ساعات دیگر کمی بالاتر است.

## سوئد

### مراقبت‌های بهداشتی اولیه

نظام بهداشت و درمان به شدت یکپارچه است. هدف مهم تغییرات ساختاری از سال ۱۹۹۰، حرکت از بستری بیماران به سمت خدمات سرپایی یا مراقبت‌های اجتماع محور بوده است. خدمات بهداشتی اولیه وظیفه دروازه‌بانی نظام سلامت را برعهده ندارند. پزشکان عمومی، پرستاران، ماماها، فیزیوتراپیست‌ها، روانشناسان و متخصصان زنان، خدمات درمانی، مشاوره‌ای و پیشگیری را در سطح خدمات بهداشتی اولیه ارائه می‌کنند. پزشکان عمومی اغلب اولین نقطه تماس برای بزرگسالان، سالمندان و کودکان هستند. پرستاران ناحیه‌ای توسط شهرداری‌ها استخدام می‌شوند و خدمات مراقبت در منزل را بالاخص به افراد مسن ارائه می‌کنند. آنها حق تجویز دارو بصورت کاملاً محدود دارند. از سال ۲۰۱۰ آزادی افراد برای انتخاب ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه که مورد تایید شورای محلی است به صورت قانون در آمد و الزامی شد. بیش از ۱۱۰۰ ارائه دهنده خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سراسر کشور وجود دارند که حدود یک سوم آنها بطور خصوصی برای خودشان کار می‌کنند. جبران هزینه‌های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی اولیه در دو بخش دولتی و خصوصی براساس ترکیبی از سرانه (۸۰٪ پرداختی)، FFS و پرداخت براساس عملکرد (مثل رضایت بیماران، ثبت ملی بیماران و ...) است. تعداد بسیار زیادی از پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان گروه بهداشت و درمان استخدام با حقوق ثابت در دولت هستند.

## سوئیس

### پزشکان<sup>۱</sup>

افراد مقیم سوئیس نیازی نیست که برای استفاده از خدمات پزشکان عمومی ثبت نام کنند و آنها در انتخاب پزشک عمومی خود آزاد هستند (مگر اینکه در برنامه مراقبت‌های بهداشتی خاصی ثبت نام کرده باشند). در سال ۲۰۱۱، ۲۲ درصد پزشکان در بخش خدمات سرپایی به عنوان پزشک عمومی طبقه بندی شدند. خدمات سرپایی تمایل دارد که کاملاً پزشک محور باشد و پرستاران نقش نسبتاً کوچکی ایفا نمایند. فعالیت انفرادی پزشکان کاملاً رایج است. شهروندان بدون هیچ نیازی به نامه ارجاع دسترسی آزاد به متخصصین خصوصی دارند (مگر اینکه در برنامه مراقبت‌های بهداشتی مربوط به نظام دروازه بانی ثبت نام کرده باشند). پزشکان متخصص تمایل دارند که در مناطق شهری و در مجاورت بیمارستان‌های ارایه دهنده مراقبت‌های حاد تمرکز داشته باشند. پزشکان متخصص می‌توانند همزمان در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی اشتغال داشته باشند. جدای از برنامه های مراقبت سلامتی که در آنها پرداخت به گروه پزشکان براساس سرانه انجام می‌شود، پزشکان خدمات سرپایی (شامل پزشکان عمومی) براساس مقیاس ملی پرداخت FFS (TERMED) حق الزحمه دریافت می‌کنند. TERMED یکسری انگیزاننده برای اشکالی از مراقبت‌ها که منابع کمتری را مصرف می‌کنند، ارایه کرده است.

---

<sup>1</sup> Physicians

## ایالات متحده امریکا

### پزشکان

اکثریت پزشکان مراقبتهای سرپایی در بخش خصوص هستند و بیشتر آنها فردی یا بصورت گروهی کار می کنند. مردم حق انتخاب آزادانه پزشکان خود را در بین شبکه گسترده ارایه دهندگان خدمات سلامتی دارند و براساس بیمه درمانی که دارند لزومی ندارد جهت بهره مندی از خدمات ثبت نام انجام دهند. پزشکان مراقبتهای اولیه وظیفه دروازه بانی ندارند (مگر در برخی از برنامه های مراقبتهای سلامتی). پزشکان متخصص می توانند در بخش خصوصی و بیمارستانهای دولتی کار کنند. پرداخت به پزشکان براساس ترکیبی از روشها انجام می شود: حق الزحمه مورد مذاکره و توافق توسط شرکتهای بیمه خصوصی، قراردادهای نرخ سرانه با برخی بیمه های خصوصی و پرداختهایی که برای برنامه های عمومی اصلی انجام می شود. بیماران بیمه شده بطور کلی مستقیماً مسوول پرداخت بخشی از هزینه ها به پزشکان هستند. بیماران بیمه نشده ظاهراً مسوول پرداخت بخش یا کل هزینه های پزشکان هستند. هزینه هایی که معمولاً یا کاهش می یابند یا مورد چشم پوشی قرار می گیرند (بر اساس مراقبتهای نیکوکارانه و خیرانه که در بین ارایه دهندگان مختلف تفاوت اساسی با هم دارند).