

عنوان: بررسی مقایسه ای تعداد خدمات مامائی ارائه شده توسط ماما در 6 ماهه اول سال 87 و 88 در روستاهای تحت پوشش طرح پزشک خانواده مرکز بهداشت شماره 2 اصفهان
 نویسندگان: محمدحسن طغریایی، سوسن فدایی، نرجس قدیری (کارشناسان بهداشت عمومی مرکز بهداشت شماره 2)

روش اجرا: نوع مطالعه: توصیفی

روش گرد آوری: اسنادی و بررسی آمار

روش تجزیه و تحلیل داده ها: بررسی مقایسه ای آمار 87 و 88 مراکز تحت پوشش پزشک خانواده

مقدمه: در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی، در قانون بودجه سال 1384، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر 20000 نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی فراهم شود. اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، مسئولین را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در محیط روستایی کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبتهای اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا، اصول چهارگانه برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهمترین اصولی هستند که در تمامی مراحل اجرای برنامه به شکلی اجرایی می بایست به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت. مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. تصویب ماده 91 در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی کاری نابجاست. همچنین، کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

قانون اساسی و طرح پزشک خانواده: در ماده 89 قانون اساسی وزارت بهداشت مکلف است که به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی درمانی کشور را مبتنی بر سطح بندی خدمات طراحی نماید.

قانون توسعه چهارم و طرح پزشک خانواده: مطابق ماده 91 شاخص مشارکت عادلانه مردم تا 90٪ ارتقاء یابد. سهم مردم از هزینه های سلامت حداکثر از 30٪ افزایش نیابد. میزان خانوارهای آسیب پذیر از هزینه های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد. محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر 20000 نفر می باشد:

1. تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات درمانی و بهداشتی، طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده 193 برنامه سوم توسعه یا ماده 89 برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.

2. وجود بسته خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند.

3. تعیین جمعیت معین برای یک تیم پزشک خانواده با انجام بررسیهای بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود 2000 تا 4000 نفر بازاری هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود

4. تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود.

5. ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، که در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده در نظر گرفته شد.

تعریف پزشک خانواده: پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیتهایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخشها را برعهده دارد. پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگیهای اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

بسته خدمات سلامت (health services package) :

خدمات سلامتی (بهداشتی و درمانی) و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم می شود.

سطح بندی خدمات (stratification of health services).

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور فراهمی دسترسی بیشتر مردم به مجموعه خدمات به طوریکه، تا جایی که ممکن است دسترسی سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت ایجاد گردد.

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می شود:

سطح اول خدمات:

خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد.

سطح دوم خدمات:

خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می شوند. خدمات تخصصی سرپایی، بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک در این سطح است.

سطح سوم خدمات:

خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح اول و دوم قرار میگیرند.

نظام ارجاع: نظام ارجاع نظامی است که براساس آن، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) مراجعه و در صورت لزوم با ارجاع بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز با برگه دفترچه بیمه روستایی به پزشک متخصص معرفی گردد و پزشک متخصص، پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه های لازم و انعکاس آنها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبداء ارجاع معرفی کند.

اعضای تیم سلامت: پزشک - ماما-کاردان یا کارشناس بهداشتی مرد -کاردان یا کارشناس بهداشتی زن-داروبار

استراتژی: مهمترین استراتژی در نظام سلامت راه اندازی پزشک خانواده و نظام ارجاع است به این معنی که هر شهروند ایرانی یک پزشک خانواده مخصوص داشته باشد که همواره تیم سلامت مسئول تأمین حفظ و ارتقا سلامت فرد در طول زندگی خواهد بود .

اهداف برنامه: برنامه پزشک خانواده یکی از برنامه های چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی بخش بهداشت و درمان کشور است. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مساعدت مجلس شورای اسلامی و با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی از اوایل سال 84 طرح بسیج همگانی پزشک خانواده و بیمه روستائیان را آغاز کرده و بدین وسیله زمینه لازم برای ارائه هرچه بهتر خدمات بهداشتی و درمانی به روستائیان را فراهم نموده است.

تحقیقات انجام شده در برنامه پزشک خانواده:

نصوحی و همکاران در طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی میزان رضایت مردم از خدمات پزشک خانواده و وضعیت کلی رضایت از تیم سلامت شامل رضایت از مدت زمان ارائه خدمات 2/96٪ هزینه پرداخت شده 7/97٪ سهولت دسترسی به خدمات 2/98٪ تجهیزات و تسهیلات و ابزار در ارائه خدمت 2/92٪ نحوه برخورد تیم سلامت از لحاظ ادب و احترام 8/98٪ وضعیت فیزیکی و امور رفاهی ارائه خدمت 100٪، سیستم ارجاع 7/53٪ اعلام نموده اند. تحقیقی که بین 990 نفر از پزشکان خانواده شهر تهران انجام شد نشان داد: 93٪ پزشکان متخصص تعرفه های مصوب دولت برای بخش خصوصی را رعایت نمی کنند و 56٪ نیز حتی تعرفه های نظام پزشکی را رعایت نمی کنند. روح اله عسگری و همکاران در بررسی شاخص های مؤثر بر ارزیابی سلامت با رویکرد عدالت محوری «در راستای اجرای هرچه بهتر طرح پزشک خانواده: افزایش میزان پاسخگویی مؤسسات بهداشتی و درمانی در جهت افزایش میزان مراجعه بیماران و مراجعه کنندگان به این مؤسسات، استقرار روشی مناسب در راستای کنترل و نظارت بر تعرفه های درمانی مخصوصاً در مراکز خصوصی، ارائه خدمات با بالاترین کیفیت به آحاد مردم با در نظر گرفتن عامل انسانی هر فرد و نه بر اساس میزان درآمد و طبقه اجتماعی که فرد در آن زندگی می کند، برای ارتقا و اجرای عدالت در نظام سلامت کشور توصیه نموده اند.

هدف تحقیق: شناخت ابعاد مختلف برنامه بیمه روستایی سبب خواهد شد برنامه های جاری مجدداً ارزیابی شده و نقاط قوت و ضعف آنها را شناسایی کرده و در نهایت ضمن ارزیابی عملکرد مرکز بهداشت برنامه های موجود را ارتقاء داد. لذا محققین با هدف بررسی وضعیت ارائه خدمات ماماها در طرح پزشک خانواده اقدام به مقایسه آمار ارائه خدمات ماما در سالهای 87 و 88 نموده اند. امید است با استفاده از نتایج تحقیق بتوان در رفع کاستیها و رفع نقاط ضعف در جهت کارآمد کردن طرح اقدام نمود.

خدمات مامایی	شش ماه اول سال 87	شش ماه اول سال 88	درصد افزایش تعداد مراجعین
--------------	-------------------	-------------------	---------------------------

نتایج تحقیق:	تعداد آیودی	823	1034	25
تعداد	پاپ اسمیر	154	512	43
موارد ارائه خدمات در شش ماهه اول سال	مراقبت مادران باردار	2643	3029	14
	مشاوره	3098	5470	76
	معاینات زنان	3497	7841	124
	ویزیت بیماران	6961	14968	115
	تزریقات	6277	9613	42

40 درصد بیشتر از شش ماهه اول سال 87 می باشد. در شش ماهه اول سال 87 تعداد موارد ارائه خدمات 30171 مورد بوده که این تعداد در شش ماهه اول سال 88 به 42467 مورد افزایش یافته است. این خدمات شامل گذاشتن آیودی، انجام پاپ اسمیر، مراقبت مادران باردار، مشاوره، معاینات زنان، ویزیت بیماران و تزریقات است. کمترین خدمت ارائه شده در خدمت مراقبت مادران باردار، آیودی می باشد.

بحث و نتیجه گیری کلی:

آمار نشان می دهد ماماهاى طرح پزشک خانواده خدمات بیشتری نسبت به سال قبل ارائه داده اند. همچنین ماماها در ارائه خدمات معاینات زنان، تزریقات، مشاوره و پاپ اسمیر بیش از خدمات دیگر موفق بوده اند بطوری که این خدمات به ترتیب 124٪ - 115٪ - 76٪ - 43٪ پیشرفت وجود داشته است. عملاً این امر دال بر استقبال روستائیان از خدمات ارائه شده توسط ماماها در طرح پزشک خانواده می باشد. نا گفته نماند که مراقبت زنان باردار کمترین درصد ارائه خدمت یعنی 14 درصد را داشته است هر چند که یکی از علل مهم آن مراقبت مادران باردار توسط بهورزان است ، ولی این امر نیاز به تحقیقات تحلیلی اختصاصی و بررسی های بیشتر دارد.