

مراجعه‌ین به مراکز بهداشتی و افزایش ۱۹/۲٪ در ارجاعات می‌شود لذا به نظر می‌رسد که پیش نیاز دستیابی به یک نظام ارجاع کارآمد، وجود یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها می‌باشد(۸).

علیرغم مطالعات مختلفی که بر اهمیت و لزوم استفاده از یک نظام ارجاع مناسب در نظام‌های سلامت مختلف تاکید دارند، در کشور ما شواهد حاکی از آن است که کیفیت نظام ارجاع موجود چندان مناسب نمی‌باشد به عنوان مثال مطالعه‌ای در استانهای شمالی کشور نشانگر آن است که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷٪ موارد نامطلوب بوده است(۹).

سایر شواهد مویید آن است که تنها در ۲۵/۳٪ موارد بیماران بعد از دریافت خدمات سطح دو مجدداً به پزشکان خانواده ارجاع داده شده بودند ضمن آنکه بسیاری از قواعد و الزامات اجرایی طرح نیز مطابق دستورالعمل رعایت نشده بود(۱۰).

برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ به عنوان یک طرح بهداشتی اولیه در ایران آغاز شده است. در مرحله اول، همه ساکنان روستاها و شهرها در کشور، با جمعیت زیر ۲۰،۰۰۰ نفر مزایای در شرایط برابر و دسترسی راحت به خدمات بهداشتی و درمانی از این برنامه را دریافت نمودند. برای یک تیم پزشک خانواده جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر اختصاص داده شد. اعضای تیم پزشک خانواده عبارتند از: پزشکان عمومی، ماماها، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی و خدمات دارویی. در حال حاضر، مراحل نهایی این برنامه در ایران راه اندازی شده‌اند که اگر به طور کامل اجرایی شود، تمام جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش قرار خواهند گرفت(۱۱).

بیشتر منابع در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به مراقبت‌های بیمارستانی، جایی که بخش کوچکی از

آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم خدمات، به گونه‌ای سازماندهی می‌شود که با توجه به سطح بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق نظام ارجاع میسر گردد(۲). در عین حال مهمترین ویژگی نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه دهنده خدمات در کاهش هزینه و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر به گونه‌ای که بتواند منجر به یک تبادل دو سویه اطلاعات گردد، از اهمیت فراوانی برخوردار است(۳). اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که گفته شده ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، لذا اصلاح سیستم ارجاع می‌تواند به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد(۴).

بر همین اساس مطالعات حاکی از آن است که ضریب اشغال تخت سطح حاشیه‌ای سیستم در برخی کشورهای توسعه یافته به دلیل ضعف پرسنل آموزش دیده در سطوح پایین، کمبود دارو و وسایل پزشکی در آن مراکز و قطع کامل نظام ارجاع، پایین بوده است(۵).

سایر مطالعات دلالت بر این دارند که در صورت سازماندهی سطح بندی خدمات با نظام ارجاع، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تامین نمود(۶).

اهمیت نظام ارجاع تا بدانجاست که گفته شده ۵۵٪ از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه کارکنان سطوح پایین‌تر مراقبت شوند(۷).

در همین رابطه مطالعه‌ای در کشور عربستان نشان داد که استفاده از نظام ارجاع باعث کاهش ۴۰/۶٪ در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶٪ در

تیم‌های سلامت مستقر در شهرهای پایلوت طرح، اطلاعات لازم از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، کسب گردید.

همچنین جهت گردآوری اطلاعات مربوط به سطوح دوم و سوم نظام ارجاع با مراجعه حضوری به دفتر طرح پزشک خانواده مستقر در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اهواز و همچنین اطلاعات موجود در پورتال معاونت درمان دانشگاه استفاده شد. تعداد نیروی مورد نیاز بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری محاسبه گردید (۱۴). تحلیل وضعیت نیروی انسانی با مقایسه نیروهای موجود و نیروهای مورد نیاز صورت گرفت و شکاف موجود نمایان گردید. در این راستا کلیه پرسنل تیم‌های سلامت سطح اول به تفکیک پست‌های موجود و مورد نیاز و همچنین کلیه پزشکان متخصص سطوح دو و سه به تفکیک تخصص با یکدیگر مقایسه شدند. پس از جمع آوری داده‌ها بنا به ماهیت توصیفی طرح، جهت نمایش نتایج و خلاصه سازی آن از جداول و نمودارهای توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور بهبود ارائه خدمات سلامت و شاخص‌های مربوط به آن، برنامه پزشک خانواده به صورت پایلوت در استان خوزستان همزمان با دو استان دیگر کشورمان اجرا گردید که شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر این استان به عنوان پایلوت انتخاب شدند. برنامه پزشک خانواده در استان خوزستان با ارائه خدمات ۱۵ تیم سلامت که در واحدهای بهداشتی درمانی استان مستقر شده‌اند، جمعیتی در حدود ۱۶۵,۳۰۱ نفر از شش شهر را تحت پوشش قرار داده است. در برنامه پزشک خانواده مسیرهای ارجاع هر شهر مشخص شده است. بدین ترتیب که بیماران در صورت نیاز به

جمعیت پوشش داده شده است اختصاص یافته است (۱۲). یکی از موانع عمده در بهبود عملکرد سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان نابرابری چشمگیر و پرسنل بهداشت ناکافی شناسایی شده است (۱۳). هدف این مطالعه بررسی وضعیت اجرای طرح پزشک خانواده به ویژه در حوزه نیروی انسانی و بررسی مسیرهای ارجاع مشخص شده برای شش شهر پایلوت این طرح در استان خوزستان در سال ۱۳۹۰ می باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی می باشد که به شیوه مقطعی در پائیز ۱۳۹۰ بر روی اطلاعات ۱۵ تیم سلامت مستقر در مراکز بهداشتی درمانی شهرهای باغملک، گتوند، لالی، هفتگل، هندیجان، رامشیر که سطح اول طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در استان خوزستان تشکیل می‌دهند و کلیه سطوح دو و سه تعریف شده برای مسیرهای ارجاع هریک از این شش شهر صورت گرفته است. جامعه پژوهش در سطح اول نظام ارجاع شامل کلیه پرسنل تیم‌های سلامت مستقر در شش شهر با جمعیت بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر که برنامه پزشک خانواده به صورت پایلوت کشوری در آن اجرا شده است، می‌باشد. به منظور جمع آوری اطلاعات ابتدا چک لیستی بر اساس اهداف طراحی گردید. این چک لیست مشتمل بر دو بخش بود. در بخش اول اطلاعات کلی مربوط به شهرهای پایلوت از جمله جمعیت، تسهیلات موجود و غیره بود. در بخش دوم وضعیت نیروی انسانی موجود به تفکیک وظیفه، نیروهای متخصص ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده در سطوح دوم و سوم نظام ارجاع و همچنین در مرکز استان بود. این چک لیست با نظر کارشناسان و ناظرین برنامه پزشک خانواده تایید گردید. در سطح اول نظام ارجاع و

پزشک خانواده و نظام ارجاع تا سطح بعدی خود ۸۰ کیلومتر و بیشترین فاصله سطح دوم اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع تا سطح بعدی خود ۲۰۰ کیلومتر می‌باشد.

بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، اعضای تیم های سلامت شامل ۱۷ نفر از جمله پزشک، پرستار، ماما، کارشناس بهداشت خانواده، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط، کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماریها، روانشناس، کارشناس تغذیه، کاردان مدارک پزشکی و خدمتگذار می‌باشد. بر اساس داده‌های جدول ۲ در کل حدود ۱۷ درصد کمبود نیروی انسانی در تیم‌های سلامت به چشم می‌خورد. بیشترین کمبود مربوط به کارشناس تغذیه و نیروهای پرستاری می‌باشد. نسبت پزشک به جمعیت نیز از حداکثر در نظر گرفته شده در دستورالعمل کشوری کمتر می‌باشد و کمبود قابل توجهی دارد. این در حالی است که نیروهای بهداشت محیط، مبارزه با بیماریها، مدارک پزشکی و نظافتچی مورد نیاز به طور کامل تامین شده است.

خدمات سطوح بالاتر به بیمارستان معین آن شهر که دارای تخصص‌های اصلی بوده و متخصصین شاغل در این مراکز به پزشکان خانواده مشاوره نیز می‌دهند. برای هر یک از شهرهای پایلوت بیمارستان مرجع نیز تعریف شده که به عنوان سطح بالاتر ارجاع معرفی شده است تا در مواردی که شهر پایلوت فاقد بیمارستان معین بوده و یا این بیمارستان‌ها امکانات لازم را نداشته باشند، بیماران را به بیمارستان‌های مرجع اعزام نمایند. در نهایت بیمارستان‌های عالی در شهر اهواز که اقدامات درمانی تخصصی و فوق تخصصی را در آن رشته خاص ارائه می‌نمایند. جدول ۱ اطلاعات مربوط به شهرهای پایلوت و نیز شهرهای مرجع و عالی و فاصله آنها تا سطح ارجاع بعدی را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های این جدول شهر باغملک دارای بیشترین جمعیت بوده، دارای بیمارستان معین می‌باشد. بیشترین فاصله تا سطح ارجاع بعدی هندیجان بوده که فاقد بیمارستان معین است و کمترین فاصله تا سطح ارجاع بعدی مربوط به رامشیر می‌باشد که دارای بیمارستان معین می‌باشد. از سوی دیگر کمترین فاصله سطح دوم اجرای طرح

جدول ۱: اطلاعات شهرهای پایلوت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

شهر عالی	شهر مرجع	شهر پایلوت	جمعیت (هزار نفر)	تعداد تیم	بیمارستان معین	فاصله تا سطح ارجاع دوم (کیلومتر)	فاصله سطح ارجاع دوم تا سوم (کیلومتر)
	شوشتر	گتوند	۳۸,۲۲۱	۳	ندارد	۳۰	۸۵
	رامهرمز	هفتگل	۱۴,۷۶۷	۲	ندارد	۴۵	۸۰
اهواز	ایذه	باغملک	۴۰,۲۳۷	۳	دارد	۳۷	۲۰۰
	ماهشهر	رامشیر	۲۲,۱۶۴	۲	دارد	۲۰	۱۱۰
	ماهشهر	هندیجان	۲۹,۵۳۱	۳	ندارد	۷۵	۱۱۰
	مسجد سلیمان	لالی	۲۰,۳۸۱	۲	دارد	۵۵	۱۳۵

جدول ۲: ترکیب و تعداد اعضای تیم های سلامت مستقر در مراکز بهداشتی درمانی سطح اول و کمبود موهود

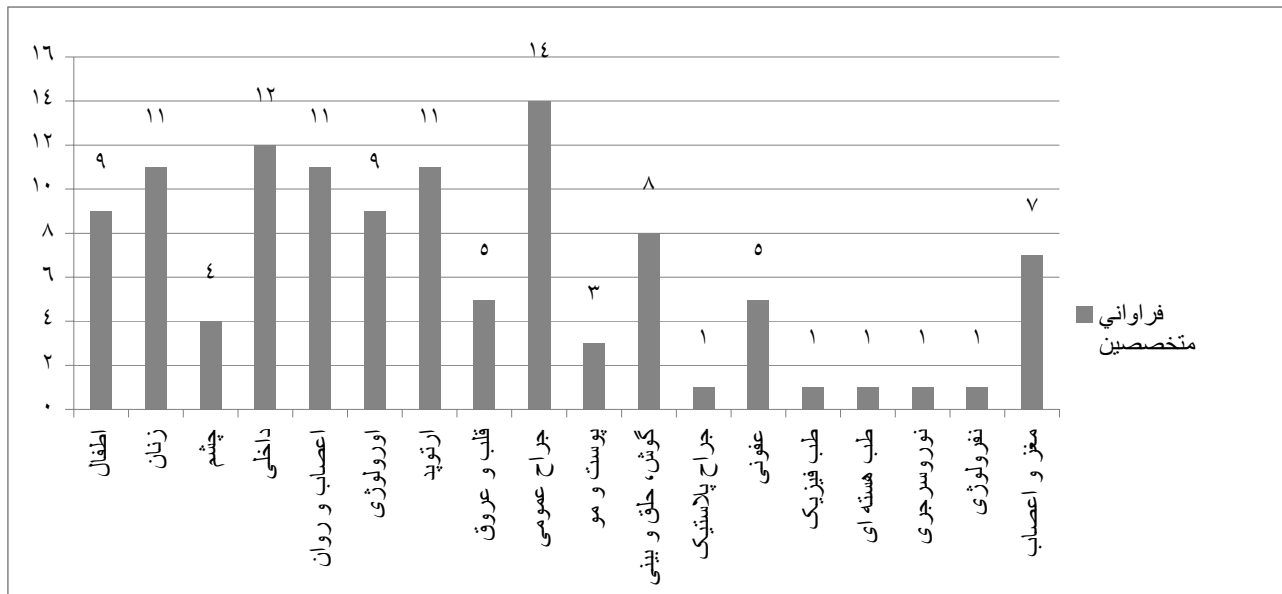
عنوان شغلی	تعداد مورد نیاز به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	تعداد موجود	تعداد مورد نیاز	درصد کمبود نیرو
پزشک	۴	۳۲	۵۰	۳۶
ماما	۲	۲۶	۲۷	۳/۷۰
پرستار	۲	۱۹	۲۹	۳۴/۴۸
بهداشت خانواده	۳	۳۹	۴۰	۲/۵۰
بهداشت محیط	۱	۱۵	۱۵	۰
مبارزه با بیماریها	۱	۱۵	۱۵	۰
روانشناس	۱	۱۴	۱۵	۶/۶۶
کارشناس تغذیه	۱	۶	۱۵	۶۰
مدارک پزشکی	۱	۱۵	۱۵	۰
خدمتگذار	۱	۱۵	۱۵	۰
جمع	۱۷	۱۹۶	۲۳۶	۱۶/۹۴

جدول ۳: فراوانی پزشکان متممض ثبت نام کرده در طرح پزشک خانواده در شهر های سطح دو(مرجع) نظام ارجاع به تفکیک تفصص

نوع تخصص	ایذه	ماهشهر	رامهرمز	مسجد سلیمان	شوشتر
اطفال	۴	۰	۲	۲	۳
زنان	۲	۱	۱	۱	۳
اورولوژی	۲	۰	۱	۱	۱
قلب و عروق	۱	۱	۱	۰	۱
داخلی	۲	۱	۲	۲	۳
جراحی عمومی	۲	۱	۱	۰	۱
بیهوشی	۲	۰	۰	۱	۱
ارتوپد	۱	۰	۰	۰	۲
چشم	۱	۰	۰	۱	۲
اعصاب و روان	۱	۰	۰	۰	۰
مغز و اعصاب	۱	۱	۰	۱	۰
رادیولوژی	۳	۰	۱	۱	۰
پاتولوژی	۰	۰	۲	۲	۰
گوش، حلق و بینی	۱	۰	۰	۰	۱
جمع	۲۳	۵	۱۱	۱۲	۱۸

نفر بوده که بیشترین تعداد مربوط به شهر ایذه ۲۳ نفر و کمترین تعداد در شهر ماهشهر ۵ نفر پزشک می‌باشد. همچنین بیشترین متخصصین ثبت نام کرده متخصصین اطفال (۱۱ نفر) و کمترین متخصصین مربوط به متخصص اعصاب و روان (۱ نفر) بود.

داده‌های جدول ۳ فراوانی پزشکان متخصص ثبت نام کرده در طرح پزشک خانواده در شهرهای سطح دو (شهرهای مرجع) نظام ارجاع را به تفکیک تخصص نشان می‌دهد که بر اساس این جدول تعداد کل متخصصین ثبت نام کرده در طرح پزشک خانواده ۶۹



نمودار ۱: فراوانی متخصصین ثبت نام کرده در طرح پزشک خانواده در سطح سوم نظام ارجاع (عالی) به تفکیک تخصص

یک نفر) بوده است.

بحث

همانگونه که یافته‌های این مطالعه نشان داد کمبود قابل توجهی در سطح اول در تیم‌های سلامت مشهود بود. علیرغم اهمیت کلیه مشاغل و پست‌های تعریف شده در تیم‌های سلامت، اصلی‌ترین وظیفه از لحاظ ارائه خدمت، مربوط به پزشک می‌باشد. با توجه به اینکه خدمات پزشک تیم سلامت مستقر در سطح اول نظام ارجاع علاوه بر تشخیص، درمان و ارجاع بیمار به سطوح بالاتر، وظیفه مهم دیگری چون ثبت و

حدود ۴۰۰ نفر پزشک متخصص فعال در شهر اهواز به عنوان سطح عالی یا سوم ارجاع فعالیت می‌کنند که از این تعداد ۱۱۴ پزشک متخصص (۲۸/۵ درصد) در طرح پزشک خانواده در شهر اهواز ثبت نام کرده‌اند. فراوانی متخصصین ثبت نام کرده در طرح پزشک خانواده در شهر اهواز به تفکیک تخصص در نمودار ۱ نشان داده شده است که براساس یافته‌های این پژوهش بیشترین متخصصین ثبت نام کرده، متخصصین جراح عمومی (۱۴ نفر) و کمترین تعداد متخصصین، مربوط به جراح پلاستیک، طب فیزیکی، طب هسته ای، نفرولوژی و نورولوژی (هر تخصص

بودن نیروی فعال در طرح با مازاد پزشک عمومی در جامعه مواجه خواهیم شد. از این رو بازبینی و بررسی و رفع موانع اجرایی از اولویت بالاتری نسبت به تربیت نیرو برخوردار است. از سوی دیگر بدیهی است که تامین نیرو از طریق بازنگری جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده تنها یکی از چالشهای موجود بر سر راه عملکرد مطلوب این طرح می باشد و بررسی و رفع موانع مربوط به نگهداشت پزشکان شاغل در طرح، مقوله دیگری است که نباید از نظر دور نگه داشته شود (۱۹). یافته های حاضر حاکی از آن بود که در سطح اول ارجاع در استان مذکور، علاوه بر ۱۵ تیم سلامت معرفی شده، در برخی شهرها بیمارستان های معین هم وجود دارد که در زمان های خارج از شیفت های مشخص شده تیم های سلامت، پاسخگویی نیاز بیماران می باشند. بدین نحو که در صورتی که نیاز بیماران به هر دلیلی در سطح یک برطرف نگردید، با صلاح دید پزشک عمومی تیم سلامت، بیمار به سطح دو ارجاع داده می شود. در این سطح علاوه بر بیمارستان های دولتی که موظف به پذیرش بیماران ارجاع شده می باشند، پزشکان خصوصی، بیمارستان های خصوصی، خیریه و ... نیز در صورت ثبت نام در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می توانند به عنوان سطح دو تعریف شده در نظام ارجاع واقع شوند. از مشاهده روند مذکور و مقایسه آن با سایر استان های کشور، چنین بر می آید که در شهرهای دارای جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر از یک سو بیشتر بار مراجعات برای دریافت خدمات درمانی به سمت متخصصان، شیفت پیدا کرده است و از سوی دیگر بخشی از خدمات مورد نیاز جمعیت این شهرها توسط پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی سایر سازمان ها پوشش داده می شود (۲۰)، لذا به نظر می رسد برای ایجاد یکپارچگی در نظام ارجاع و کارآمدی هر چه بیشتر آن، اتخاذ تدابیری که موجب

تکمیل پرونده سلامت بیمار را نیز در بر می گیرد، این کمبود در تعداد پزشک ممکن است در اجرای صحیح تکمیل پرونده سلامت بیمار که از پیش فرض ها و الزامات طرح پزشک خانواده است، ایجاد مشکل نماید. لذا در همین رابطه پیشنهاد می شود با برآورد صحیح جمعیت هدف و با توجه به معیارهای استاندارد، نسبت به تخصیص تعداد بیشتری پزشک به این منطقه تمهیداتی اندیشیده شود.

از دیگر راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش بار کاری پزشکان و استفاده بهینه از زمان کاری آنها، استفاده از نظام غربالگری توسط کارکنان کمکی (پزشک عمومی یا پرستار آموزش دیده) می باشد. مطالعه Rosenblatt نیز بیشترین کمبود پزشک در برنامه پزشک خانواده از میان سایر مراکز بهداشتی جامعه در کلمبیا را نشان می دهد (۱۵). از طرفی با مقایسه نسبت پزشک به جمعیت با دستورالعمل کشوری این کمبود بیشتر به چشم می خورد. پورشیروانی، در مطالعه خود گزارش کرده که ۴۰٪ پزشکان خانواده کشور جمعیتی بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشته اند (۱۰). این در حالی است که طبق استاندارد جهانی برای هر ۱۰۰۰ نفر یک پزشک (۱۶) و در طرح پزشک خانواده کمیته امداد برای هر پزشک حداقل ۱۰۰۰ و حداکثر ۲۵۰۰ نفر تعیین شده است (۱۷ و ۱۸).

در همین رابطه ذکر این نکته ضروری به نظر می رسد که گرچه افزایش جمعیت تحت پوشش هر پزشک در طرح پزشک خانواده می تواند انگیزه و رضایت بیشتر پزشکان را به لحاظ مادی بدنبال داشته باشد، ولی جامع بودن خدمات و میزان درگیر شدن پزشکان خانواده در مسائل بهداشتی جمعیت تحت پوشش را با چالش هایی مواجه خواهد نمود. علاوه بر این اگر سیاست و روند جذب نیروی انسانی پزشک در طرح پزشک خانواده به گونه ای باشد که به تعداد کمتر از میزان استاندارد، پزشک جذب شود، با وجود ناکافی

می‌باشد که مشکلی درخور تامل می‌باشد. برای سهولت دسترسی بیماران به پزشکان طرف قرارداد طرح پزشک خانواده چه در سطح دو و چه در سطح سه لازم است تمهیداتی جهت جذب متخصصین به منظور ثبت نام در طرح مذکور اندیشیده شود. به نظر می‌رسد جهت افزایش در میزان مشارکت پزشکان متخصص در طرح پزشک خانواده استفاده از انگیزاننده‌های (مالی و غیر مالی) و امتیازات ویژه بسیار موثر باشد. در خاتمه بررسی سایر جنبه‌های برنامه مذکور از جمله فضای فیزیکی، ارزیابی بسته خدمات، شیوه‌های تامین مالی و پرداخت و غیره توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی مدیران، کارشناسان پزشک خانواده مستقر در معاونت‌های درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که در انجام این مطالعه ما را یاری دادند، صمیمانه سپاسگزاریم.

یک کاسه شدن خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده از سوی مراکز مختلف به جمعیت تحت پوشش شود، از ضروریات باشد. به علاوه برای شهرهایی که فاقد بیمارستان معین می‌باشند هماهنگ با نظام سطح بندی کشور تدابیر لازم اندیشیده شود. باتوجه به فاصله سطوح اول تا سطح بعدی به خصوص در بعضی شهرها و نیز فاصله این سطوح با مرکز استان، ضرورت توجه به مطالعات نیازسنجی و امکان سنجی انجام این طرح و استقرار هر چه بیشتر و موثرتر نظام ارجاع در این استان را به خوبی نشان می‌دهند.

نتیجه گیری

این مطالعه برنامه پزشک خانواده و مسیرهای مشخص شده ارجاع را در شهرهای پایلوت استان خوزستان را بررسی می‌کند. یافته‌های این مطالعه حاکی از کمبود قابل توجه پزشک و پرستار در تیم‌های مستقر در سطوح اول و عدم اقبال متخصصین در سطوح بالاتر

منابع

1. Davoudi S. Health and its determinants. Tehran: Asare Mouaser Pub; 2008: 140-2[Book in Persian].
2. Davoudi S. Introduction to health Sector Reform. Tehran: Asare Mouaser Pub; 2006: 233-7[Book in Persian].
3. Shahdpour K & Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20th and 21st centuries. Tehran: Nashreh Tandis Pub; 1999: 192-213[Book in Persian].
4. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. WHO(World Health Forum) 1981; 2(3): 316.
5. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. UK: Oxford University Press; 1992: 70-85.
6. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. J R Coli Gen Pract 1972; 22(118): 297-309.
7. Coleman P, Irons R & Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency. Emerg Med J 2001; 18(6): 482-7.
8. Khoja TAM, Al Shehri AM, Abdul Aziz F & Aziz KMS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. EMHJ 1997; 3(2): 236-53.

9. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Alizade R, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010; 11(6): 46-52[Article in Persian].
10. Nasrollahpour Shirvani SD, Raieisee P, Motlagh ME, Kabir MJ & Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Research Journal* 2010; 13(1):19-25[Article in Persian].
11. Khuwaja AK & Khuwaja NK. Screening for diseases in family practice. *J Pak Med Assoc* 2005 Mar; 55(3): 116-8.
12. Maciocco G & Stefanini A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007; 7(4): 479-86.
13. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I & Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care. WHO: Health Systems Knowledge Network; 2007: 10-37.
14. Ministry of Health and Medical Education. An instruction for urban family physician program and referral system. Tehran: MOHME Press; 2012: 57[Book in Persian].
15. Rosenblatt RA, Andrilla CH, Curtin T & Hart LG. Shortages of Medical Personnel at Community Health Centers: Implications for Planned Expansions. *Journal of the American Medical Association* 2006; 295(9): 1042-49.
16. Baghiani Moghadam MH & Ehrampoosh MH. Principles and generalities of health services. Tehran: Asar Sobhan Pub; 2006: 43-67[Book in Persian].
17. Imam Khomeini's Relief Committee. Insurance laws and regulations about covered classes. Tehran: Imam Khomeini's relief committee Pub; 2003: 15-37 [Book in Persian].
18. Masoudi I. Study conception of family physician having an Imam Khomeini's Relief Committee on family physician system. *Medical Journal of Social Security* 2003; 3(14): 10[Article in Persian].
19. Farzadi F, Mohammad K, Maftoun F, Labaf GHasemi R & Tabibzadeh Dezfouli R. General Practitioner Supply: Family Physician Program and Medical Workforce. *Payesh* 2009; 8(4): 415-21[Article in Persian].
20. State department of health sector reform in Ministry of health. Regulations and General Physicion referral system. Tehran: Andishmand Press; 2005: 20-45[Book in Persian].

Assessment Of Urban Family Physician Program In Pilot Centers Covered By Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences

Reiesian Shahrokh¹(M.D.) - Eslamian Maryam²(BSc.)
Azmal Mohammad³(MSc.) - Bastani Peivand⁴(MSc.) - Kalhor Rohollah⁵(MSc.)

1 Assistant Professor, Oral & Maxillofacial Surgery Department, School of Dentistry, Ahvaz Jondishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

2 Masterr of Sciences Student in Health Care Management, School of Health Management and Information Sciences, Health Service Management Research Center, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 Master of Sciences in Health Care Management, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

4 Ph.D Student in Health Care Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Sciences in Health Care Management, Webometrics Unit, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Abstract

Received : Oct 2012
Accepted : Mar 2013

Background and Aim: Family physician is the core in the world efforts for quality improvement, cost effectiveness, and equity in the health care systems. The main purpose of this present study was to investigate situation of the family physician program and identify referral route in this program in six pilot cities in Khuzestan province.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 2011. Pre-designed checklists were used for collecting data. In this study, 15 healthcare team in six pilot cities for family physician program in Khuzestan province were examined and their specified referral levels for each city was investigated and compared with the national instruction to identify current gaps.

Results: The least number of staff belonged to nutrition, nurses and physicians respectively. In the second referral level cities, Specialists did not welcome the program. In Mahshar, a second level city, five specialists have been registered to family physician program. In the third level, 28/5 percent of specialist were enrolled in this program.

Conclusion: It seems that it is necessary to facilitate patient access to physicians under contract with family physician program and referral system in second and third levels. Therefore, establishing a motivation system for attracting specialist and improving their maintenance situation can also be beneficial.

Key words: Services Stratification, Health Care Network, Family Physician, Referral System

* Corresponding Author:
Kalhor R;
E-mail:
R.kalhor@gmail.com