Original Article **Open Access**

Health Law Journal

2023; 1(1): e2

International ThinkTank of Human Dignity | The Bioethics and Health Law Institute | The Iranian Association of Medical Law

Comparative Study of Duties, Legal and Legal Position of Family Physician in Promoting the Country's Health Rights

Mohammad Javad Davarzani[1*], Nasrin Alipour[2], Mohsen Davarzani[3]

1. Department of Parivate Law, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Department of Women's Studies, Faculty of Social Sciences, Al-Zahra University, Tehran, Iran.
3. Department of Parivate Law, School of Law, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The health of society members is considered the most important success factor in promoting health rights in any country. According to the description of the legal and universal duties, the family doctor plays an essential role in this field. The family doctor, as the person responsible for the prevention and primary health care program, is the concern of the World Health Organization and the Ministry of Health of the countries. The rule of law in this regard plays a significant role in the health rights of the society and the reduction of social harm, in Iran, even though the implementation of the law The family doctor program has been going on for several years, but it has not yet found its main and legal position in the country's health law system. However, examining the duties and legal status of the family doctor can be of great help in the development of the country's health rights. Therefore, the legal duties and legal status of the family doctor in the promotion of health rights can be examined. The family doctor's responsibilities, which are partly related to his medical profession and partly related to his medical responsibilities, such as taking care of all age groups, especially pregnant women, in increasing the population of the covered community, filing electronic health records, identifying and preventing the spread of disease in Society, vaccination, etc. are concerned. Any delay in the implementation of these legal duties and international legal status will harm the treatment process and progress of the society and the health rights of the country, therefore identifying the legal duties and international legal status of the family doctor, both from the perspective of the World Health Organization and from the perspective of the domestic laws of the countries and taking advantage of it, which leads to the advancement and promotion of health rights and the formulation of applicable laws in the country's health system, especially regarding the promotion of medical rights, and following that, informing the target population and family doctors and implementing it, and monitoring it, reduces the harms It becomes social in the health law system of the country and legalizes the health of the target society and patients.

Methods: The research method used in this article is descriptive-analytical and the data and information collection tool is based on the library method.

Ethical Considerations: One of the most important things in line with the rights of health and patients is observing ethical considerations, including privacy, informing the patient about treatment methods and diseases, etc.

Results: The rule of law in line with the implementation of the family doctor program and the improvement of the level of health system services and the right to health and the guarantee of its implementation is essential, which can have the greatest effect in the promotion of health rights in a favorable and lawful implementation.

Conclusion: Formulation of applicable laws with appropriate executive guarantee to improve the country's health rights and implement the family doctor program and create the necessary infrastructure and fields to support the vulnerable and weak sections of the society.

Keywords: Health Rights; Family Physician; Legal Duties; Electronic Health Record

Corresponding Author: Mohammad Javad Davarzani; **Email:** davar1730@yahoo.com

Received: July 26, 2023; **Accepted:** November 17, 2023; **Published Online:** January 14, 2024

Please cite this article as:

Davarzani MJ, Alipour N, Davarzani M. Comparative Study of Duties, Legal and Legal Position of Family Physician in Promoting the Country's Health Rights. Health Law Journal. 2023; 1(1): e2.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی

مجله حقوق سلامت

دوره اول، شماره اول، ۱۴۰۲

بررسی تطبیقی وظایف، جایگاه قانونی و حقوقی پزشک خانواده در ارتقای حقوق سلامت کشور

محمدجواد داورزنی[۱*]، نسرین علی‌پور[۲]، محسن داورزنی[۳]

۱. گروه حقوق خصوصی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۳. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سلامتی اعضای جامعه مهم‌ترین عامل موفقیت ارتقای حقوق سلامت در هر کشور به شمار می‌آید. پزشک خانواده با توجه به شرح وظایف قانونی و جهانی نقش اساسی در این حیطه دارد. پزشک خانواده به عنوان مسئول در برنامه پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت، مورد توجه سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت کشورها است. حاکمیت قانون در این خصوص نقش به سزایی در حقوق سلامت جامعه و کاهش آسیب‌های اجتماعی دارد، در ایران با اینکه از اجرایی‌شدن قانون برنامه پزشک خانواده چندسالی می‌گذرد، اما هنوز جایگاه اصلی و قانونی خود را در نظام حقوق سلامت کشور نیافته است. با این همه، بررسی وظایف و جایگاه قانونی و جهانی پزشک خانواده می‌تواند کمک شایانی در پیشرفت حقوق سلامت کشور نماید، لذا وظایف قانونی و جایگاه حقوقی مطروحه برای پزشک خانواده در ارتقای حقوق سلامت قابل بررسی است. مسئولیت‌های پزشک خانواده که در بخشی به حرفه پزشکی او و در بخش دیگر به مسئولیت‌های درمانی او همچون مراقبت از همه گروه‌های سنی به ویژه خانم‌های باردار در افزایش جمعیت جامعه تحت پوشش، تشکیل پرونده سلامت الکترونیک، شناسایی و پیشگیری از تسری بیماری در جامعه، واکسیناسیون و... مربوط می‌شود. هرگونه تعلل در اجرای این وظایف قانونی و جایگاه حقوقی جهانی، باعث خدشه به روند درمان و پیشرفت جامعه و حقوق سلامت کشور می‌گردد. بنابراین شناسایی وظایف قانونی و جایگاه حقوقی جهانی پزشک خانواده، چه از منظر سازمان بهداشت جهانی و چه از منظر قوانین داخلی کشورها و بهره‌گیری از آنکه باعث پیشرفت و ارتقای حقوق سلامت و تدوین قوانین کاربردی در نظام سلامت کشور به ویژه در خصوص ارتقای حقوق پزشکی و در پی آن اطلاع‌رسانی به جمعیت هدف و پزشکان خانواده و اجرایی‌شدن و نظارت بر آن باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی در نظام حقوق سلامت کشور می‌گردد و سلامت جامعه هدف و بیماران را قانونمند می‌کند.

روش: روش تحقیقِ استفاده‌شده در این مقاله از نوع توصیفی ـ تحلیلی است و ابزار گردآوری داده‌ها و اطلاعات مبتنی بر روش کتابخانه‌ای می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی: یکی از موارد بسیار مهم در راستای حقوق سلامت و بیماران، رعایت ملاحظات اخلاقی اعم از حریم خصوصی، مطلع‌نمودن بیمار از روش‌های درمانی و بیماری و... است.

یافته‌ها: حاکمیت قانون در راستای اجرای برنامه پزشک خانواده و ارتقای سطح خدمات نظام سلامت و حق بر سلامتی و ضمانت اجرای آن امریست ضروری که می‌تواند در اجرای مطلوب و قانونمند بیشترین اثر را در ارتقای حقوق سلامت به دنبال خواهد داشت.

نتیجه‌گیری: تدوین قوانین کاربردی با ضمانت اجرایی مناسب در جهت ارتقای حقوق سلامت کشور و اجرای برنامه پزشک خانواده و ایجاد زیرساخت‌ها و زمینه‌های لازم برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و ضعیف جامعه.

واژگان کلیدی: حقوق سلامت؛ پزشک خانواده؛ وظایف قانونی؛ پرونده سلامت الکترونیک

نویسنده مسئول: محمدجواد داورزنی؛ **پست الکترونیک:** davar1730@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۸/۲۶؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۲/۱۰/۲۴

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Davarzani MJ, Alipour N, Davarzani M. Comparative Study of Duties, Legal and Legal Position of Family Physician in Promoting the Country's Health Rights. Health Law Journal. 2023; 1(1): e2.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

موضوع تأمین سلامت آحاد مردم جامعه یکی از مهم‌ترین معیارهای حقوق سلامت کشورها به شمار می‌رود، زیرا نیروی انسانی سالم سبب پیشرفت اقتصادی جامعه شده و میزان تولید و درآمد داخلی (GDP) کشور را افزایش خواهد داد (۱). پزشک خانواده نقش اساسی در راستای ارتقای حقوق سلامت دارد و باید دارای اطلاعات کاملی از وضعیت بهداشتی، درمانی جامعه و تاریخچه خانوادگی افراد از نظر بیماری‌های ژنتیکی، ارثی، تاریخچه سلامت، بیماری‌های جسمی، روانی، اجتماعی واکسیناسیون اعضای خانواده تحت پوشش خود برای انجام مداخلات درمانی مناسب باشد.

بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات سلامت و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده، فقط برای ارائه خدمات درمانی استفاده نمود.

پزشک خانواده رویکردی سلامت‌نگر و پیشگیری‌کننده دارد، کل‌نگر است و به همه ابعاد سلامتی توجه می‌نماید، بیماری را با در نظرگرفتن خانواده و جامعه‌ای که موجب تکوین آن شده است، درمان می‌کند، علل بیماری را در سبک زندگی ریشه‌یابی کرده و سپس به تشخیص، درمان، پیشگیری، واکسیناسیون و تغییر شرایط خطر و آموزش می‌پردازد. پیشگیری و اصلی‌ترین وظیفه پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است.

لازم است که پزشک خانواده خدمات سلامت (در محدوده بسته خدمات سلامت تعریف‌شده) را بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی ـ اجتماعی و ریسک بیماری ارائه دهد و چنانچه بیماری را به سطوح بالاتر ارجاع دهد، مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود.

در قانون برنامه پزشک خانواده مسئولیت سلامتی فرد و طبق قانون مسئولیت بهداشتی و درمانی جامعه بر عهده پزشک خانواده است.

بدین‌صورت که اگر شخصی بر اثر افزایش فشار خون دچار سکته قلبی شود، پاسخگوی قانونی پزشک خانواده است و از وی پرسیده می‌شود که چرا فشار خون بیمار را کنترل نکرده یا در صورت نیاز داروهای لازم را تجویز نکرده که باعث بروز سکته قلبی شده است.

اینجاست که علامت سؤال بزرگ در اذهان همه به وجود آمده و مطرح است که پزشکان خانواده که اصولاً باید برای نجات جان آدمی در تلاش باشند، چگونه در ارتقای حقوق سلامت نقش دارند؟ علم پزشکی که اساساً برای حیات آدمی مفید است، با استعانت از آخرین دستاوردهای علوم و توسعه توسط پزشکان خانواده چگونه ابزاری در راستای ارتقای حقوق سلامت در کشور است؟ از آنجا که این موضوع به وظایف و نقش پزشک خانواده برمی‌گردد و بر اساس واقعیت‌ها اولین تردیدها را در خصوص کاربرد و وظایف پزشک خانواده و قانون حاکم مطرح می‌گردد که پزشک خانواده چه وظایفی در راستای ارتقای حقوق سلامت دارد؟ در تعریف وظایف قانونی پزشک خانواده آمده است که این وظایف جهانی و قانونی مجموعه تظاهرات رفتاری پزشک خانواده و تیم سلامت را در جریان انجام وظیفه شغلی ایفا می‌نماید که به صورت رابطه با بیمار، محیط کار و جامعه و... تجلی می‌نماید. حاکمیت قانون در راستای اجرای برنامه پزشک خانواده و ارتقای سطح خدمات نظام سلامت و حق بر سلامتی و ضمانت اجرای آن امریست ضروری که می‌تواند در اجرای مطلوب و قانونمند بیشترین اثر را در ارتقای حقوق سلامت به دنبال خواهد داشت.

۱. بیان مسأله و پیشینه موضوع: علم پزشکی دارای تاریخ دیرینه‌ای در ایران است. امروزه نیز این حوزه علم از مباحث حائز اهمیت است. سلامتی یکی از استانداردهای دوازده‌گانه زندگی است که سازمان ملل در سال ۱۹۵۴ آن‌ها را بیان کرده است (۲).

بر این اساس پذیرش سلامت به عنوان کالای عمومی حقی را برای مردم و همه شهروندان ایجاد می‌کند که صرف نظر از جنس، سن، قومیت و مذهب برای همگان قابل مطالبه خواهد بود. موضوع دیگر مسئولیت به تکلیف است. به این معنا که اگر حقی وجود دارد، باید مسئول و پاسخگو نیز وجود داشته باشد

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

و فراهم‌آوردن زمینه سلامت به عنوان اصلی‌ترین سرمایه انسانی تکلیف حاکمیت است (۲).

موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و نقش پزشک خانواده در ارائه آن‌ها برای نخستین‌بار در سال ۱۹۷۵ توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شد و می‌توان سازمان یادشده را بنیانگذار اقدامات پیگیر سلامت در جهان دانست. در بیست و هشتمین گردهمایی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۷۶ م.) موضوع فوریت تهیه برنامه‌های ملی مراقبت سلامت مطرح گردید. سال بعد در گردهمایی سازمان بهداشت جهانی در مسکو، دکتر مالر (Mahler) که در آن زمان مدیریت کل سازمان بهداشت جهانی را بر عهده داشت، در سخنرانی خود بر لزوم تحول نظام سلامت در جهان تأکید کرد و با بیان شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ اظهار داشت (۳): «برای رسیدن به این هدف لازمست که یک تغییر بنیادین صورت بگیرد. بیشتر تحولات و انقلاب‌های اجتماعی زمانی روی می‌دهند که ساختارهای اجتماعی در حال فروپاشی و زوال هستند. علائم موجود حاکی از فروپاشی و اضمحلال ساختارهای علمی و فنی بهداشت عمومی است» (۴).

سازمان بهداشت جهانی پس از برگزاری گردهمایی‌های یادشده و بیان پیشنهادات خود مبنی بر لزوم تحول در سلامت مردم جهان و تغییر نظام سلامت کشورها با هدف «سلامت برای همه» سی و دومین نشست خود را با حضور ۳۰۰۰ نفر اعضای ۱۳۴ کشور و ۶۷ سازمان بین‌المللی از سرتاسر جهان در سال ۱۹۷۸در آلماتی تا قزاقستان برگزار کرد. سال بعد در نشست ژنو نیز تنها راه رسیدن به سطح قابل قبول سلامت را ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت عنوان نمود، سپس توصیه‌های زیر را مبنای تحول نظام سلامت برشمرد:

ـ انجام اقدامات ساده و کم‌هزینه از قبیل تأمین آب آشامیدنی سالم.

ـ واکسیناسیون: ماهیت واکسیناسیون که امروزه در شرایط بحرانی مرگ و میر ناشی از جهش‌های ویروس کرونا بر همگان به اثبات رسیده است.

ـ آموزش سبک زندگی سالم.

ـ راه‌های پیشگیری از بیماری‌های مسری.

۲. تعاریف

۲-۱. تعریف پزشک خانواده: پزشک خانواده، پزشک عمومی است که از تحصیلات دانشگاهی و علمی رشته پزشکی برخوردار بوده و دوره‌های بالینی و پژوهشی را گذرانده است و نقطه اول تماس در نظام سلامت به شمار می‌رود. وی امکان ارائه خدمات درمانی و سلامت را به همه اقشار جامعه بدون در نظرگرفتن سن، جنس و سایر ویژگی‌های فردی فراهم می‌سازد. وی در امر مدیریت سلامت با سایر متخصصان برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت همکاری می‌کند، رویکردی بیمارمحور دارد و به فرد، خانواده و جامعه‌اش توجه می‌نماید. پزشک خانواده‌محور اصلی ارائه خدمات بهداشت و درمان به جمعیت‌های معین است پزشک خانواده نخستین سطح خدمات عهده‌دار ارائه خدمات سلامتی سطح اول است؛ تأمین جامعیت خدمات تداوم خدمات مدیریت سلامت و هماهنگی با سایر بخش‌ها در حال حاضر در بسیاری از کشورها انجام هرگونه مداخله و اقدامی توسط پزشکان باید از مجرای پزشک خانواده صورت گیرد (۵).

۲-۲. تعریف پزشک خانواده در اروپا: پزشک خانواده؛ پزشک عمومی است که از تحصیلات دانشگاهی و علمی رشته پزشکی برخوردار بوده و دوره‌های بالینی و پژوهشی را گذرانده است و نقطه اول تماس در نظام سلامت به شمار می‌رود. وی امکان ارائه خدمات درمانی و سلامت را به همه اقشار جامعه بدون در نظرگرفتن سن، جنس و سایر ویژگی‌های فردی فراهم می‌سازد. وی در امر مدیریت سلامت با سایر متخصصان برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت همکاری می‌کند، رویکردی بیمار محور دارد و به فرد، خانواده و جامعه‌اش توجه می‌نماید (۶).

مسئولیت تداوم مراقبت‌ها را بر عهده دارد و در شرایط شیوع بیماری‌ها در جامعه تحت پوشش خود تصمیم‌های بحرانی را اتخاذ می‌کند. رابطه مناسب با بیمار برقرار می‌کند و محرم و مشاور بیمار محسوب می‌شود. بیماری‌های حاد و مزمن جامعه را تحت کنترل دارد. مداخلات لازم را در مورد بیماری‌های

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

نامشخص در مرحله شروع انجام می‌دهد. با انجام مداخلات مناسب و مؤثر به ارتقای سلامت جامعه کمک می‌کند. مسئولیت تخصصی در مورد سلامت جامعه را بر عهده دارد و به ابعاد وجودی، فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و جسمی مشکلات سلامت می‌پردازد.

۳. شرایط و وظایف

۳-۱. احراز شرایط پزشک خانواده: پزشک خانواده پزشکی است که دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد و در دوره‌های بازآموزی کوتاه‌مدت مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که توسط دانشگاه‌ها برگزار می‌گردد، شرکت نموده و گواهی لازم را دریافت نماید (۷).

بند «ذ» ماده ۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۶ ش.) ـ پزشک خانواده: فردی است با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبرکار پزشکی که علاوه بر ارائه خدمات سطح اول (خدمات پایه سلامت) مسئولیت تداوم خدمات و اداره گروه سلامت را بر عهده دارد.

بند «ر» ـ گروه سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی است که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می‌دهد و مسئولیت آن با پزشک خانواده است و ترکیب این تیم توسط وزارت تعیین می‌شود.

۳-۲. برخی از وظایف قانونی خانواده در نظام سلامت: سرپرست خانوار باید خود و خانواده خود را تحت پوشش بیمه سلامت روستایی (در روستا) و بیمه‌های همگانی در شهرها قرار دهد، سپس با مراجعه به پایگاه سلامت پرونده سلامت را برای خود و خانواده‌اش تشکیل دهد. اگر بیمار بیمه نشده باشد، باید تعرفه‌ها را به صورت آزاد پرداخت کند (۸).

انتخاب پزشک خانواده از سوی خانوار در فاصله مجاز تعیین‌شده (۱/۵ کیلومتری از محل سکونت خانوار) اختیاری است. تنها عامل محدودکننده نام‌نویسی افراد نزد پزشکی معین و پرشدن ظرفیت او خواهد بود. بدین‌معنا که هر پزشک خانواده در فهرست خود می‌تواند ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش خود قرار دهد. اگر فهرست وی پر شده باشد، سرپرست خانواده ناگزیر است پزشک خانواده دیگری را انتخاب کند. انجام کلیه مراحل اطلاع‌رسانی به بیمه‌شدگان برای انتخاب پزشک خانواده و نیز فراهم‌کردن امکانات و الزامات آن به عهده سازمان بیمه مربوطه بوده که با هماهنگی ستاد عملیاتی استان‌ها انجام می‌شود (۸).

۳-۳. وظایف قانونی و مسئولیت‌های درمانی و مدیریتی پزشک خانواده: پزشک خانواده که یک پزشک عمومی است مسئولیتی بسیار فراتر از یک پزشک عمومی دارد و به عنوان درگاه نظام سلامت دارای رویکردی سلامت‌نگر و پیشگیری‌کننده، کل‌نگر و جامعه‌نگر است و به همه ابعاد سلامتی در کل جامعه توجه دارد.

پزشک خانواده دیدگاهی کل‌نگر دارد و در جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه بدون توجه به وضعیت اقتصادی، جنسیت و نژاد تلاش می‌کند. علاوه بر تلاش‌های وی در برقراری عدالت در سلامت، محیط زندگی گروه‌های هدف را ارزیابی می‌کند و بر اساس اولویت‌ها در جهت کاهش عوامل خطر تهدیدکننده سلامت اقدام می‌کند. پیشگیری و درمان و کنترل بیماری‌های واگیردار، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها، ایجاد شرایطی که خدمات پزشکی و مراقبت سلامت در صورت بیماری را برای همگان تضمین کند (۹).

مسئولیت‌های خاص پزشک خانواده به شرح ذیل می‌باشد:

ـ پیشگیری؛ ـ واکسیناسیون؛ ـ درمان (معاینه)؛ ـ ارجاع؛ ـ پیگیری؛ ـ مشاور؛ ـ مراقبت؛ تدبیر فوریت‌ها؛ ـ تشخیص بیماری؛ تبادل اطلاعات، ارائه گزارش‌های مورد نیاز و ضروری؛ ـ تشکیل پرونده الکترونیک؛ ـ محافظت از اسرار بیمار؛ مدیریت سلامت محیط کار؛ ـ مدیریت سلامت روانی جامعه؛ ـ طی‌کردن دوره پزشک خانواده؛ ـ مراقبت از زنان باردار؛ ـ تنظیم خانواده؛ ـ مراقبت از سلامت کودکان؛ ـ مراقبت از سلامت سالخوردگان؛ ـ ارتقای دانش؛ ـ انجام وظایف محوله.

۳-۳-۱. تشکیل پرونده الکترونیک: یکی از موضوعات بسیار مهم در عصر حاضر که باعث کاهش ترددها و تسهیل در

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

روند رسیدگی و اطلاع کامل پزشک از سوابق بیماری فرد می‌باشد، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت می‌باشد، که از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

پرونده الکترونیک سلامت در ایران این‌گونه تعریف می‌شود: «مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان، از پیش از تولد (شامل اطلاعات دوران جنینی و ماقبل آن مانند اطلاعات مربوط به لقاح آزمایشگاهی) تا پس از مرگ (مانند اطلاعات به دست‌آمده از محل دفن و...) که به تدریج و به صورت مداوم به شکل الکترونیکی ذخیره می‌گردد و در صورت نیاز بدون محدودیت زمانی یا مکانی، تمام یا بخشی از آن در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت. به عبارتی دیگر مجموعه کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت فرد که مورد تأیید ارائه‌کننده خدمات بوده و در طول دوره زندگی وی به صورت مداوم شکل گرفته و به شکل الکترونیکی ذخیره می‌گردد و در صورت نیاز بدون ارتباط با مکان یا زمان خاص تمام یا بخشی از آن به سرعت در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت» (۱۰).

دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت یک عامل مهم و تعیین‌کننده در حوزه سلامت می‌باشد. اطلاعات و آموزش در خصوص پیشگیری، درمان و علل بیماری‌هایی که با سهل‌انگاری و فقدان اطلاعات لازم ایجاد می‌شوند، نقش مهمی در کاهش تعداد موارد و شدت ابتلا به بیماری‌ها ایفا می‌کند (۱۱).

به علاوه قابلیت دسترسی نیز شامل حق جستجو، دریافت و ارائه اطلاعات و ایده‌های مرتبط با سلامت به دیگران می‌شود. به هر حال قابلیت دسترسی به اطلاعات نباید به محرمانگی اطلاعات شخصی خدشه وارد سازد و به طور کلی به حریم خصوصی افراد خدشه وارد نکند (۱۲).

۳-۳-۲. محافظت از اسرار بیمار: ماده ۱۷ قانون جرایم رایانه‌ای نیز به صورت کلی انتشار یا در دسترس قراردادن اسرار دیگران به غیر را به وسیله سیستم رایانه‌ای و مخابراتی بدون کسب رضایت که منجر به ضرر یا عرفاً هتک حیثیت وی شود، جرم و مستحق مجازات دانسته است (۷). لازم است که مراتب امنیت و محافظت از اطلاعات الکترونیکی مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر اینکه رازداری پزشک از وظایف اخلاقی وی محسوب می‌شود، طبق ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی، ضرر مادی و معنوی ناشی از آن باید جبران شود.

۳-۳-۳. ارائه اطلاعات به بیمار: کوتاهی در اطلاع‌رسانی به بیمار سبب خسارت تام خواهد بود. از سوی دیگر بیمار آگاه به خطرات عملیات پزشکی با رضایت‌دادن به طور ضمنی خطرات آن را پذیرفته است (۱۳).

۳-۳-۴. بررسی سلامت محیط کار به عنوان وظیفه‌ای خطیر: یکی دیگر از وظایف مهم پزشک خانواده بررسی و نظارت بر سلامت محیط جامعه و محیط کار است. در این حوزه وظایف پزشک خانواده شامل موارد زیر است:

بررسی و نظارت بر سلامت آب آشامیدنی، آلودگی هوا، انجام اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی، بهداشت پرتوها، کنترل ناقلین بیماری‌ها، نحوه جمع‌آوری و دفع زباله در محله یا منطقه، مواد شیمیایی و سموم موجود در محله، پسماندها، ایمنی مواد غذایی، بررسی محیط فیزیکی مسکن خانواده‌ها، بررسی سلامت محیط‌های جمعی مانند پادگان، پرورشگاه، زندان، سرای سالمندان، خوابگاه. بررسی سلامت محیط‌های بهداشتی و درمانی، محیط‌های آرایشی، محیط‌های تهیه و توزیع مواد غذایی، بررسی سلامت محیط‌های آموزشی، توجه به رعایت بهداشت حرفه‌ای، پیشگیری از بروز بیماری‌های شغلی و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار.

۳-۳-۵. پیگیری سلامت روان به عنوان وظیفه‌ای مهم: طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی به معنای آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است نه فقط نبودن بیماری یا نقص عضو (۱۴). بنا به این تعریف سلامتی فقط جنبه‌های جسمی را دربر نمی‌گیرد، بلکه ابعاد روان‌شناختی فرد را هم شامل است.

پزشک خانواده در برنامه سلامت روان به شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر می‌پردازد. آموزش‌های لازم را به آن‌ها ارائه می‌دهد. سلامت روان مادران باردار در دوران بارداری و پس از زایمان، مشاوره ازدواج و مداخله در بحران‌های انسانی را هم عهده‌دار است. بحران‌های انسانی شامل موارد خشونت و خودکشی است که با مداخلات لازم

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

پزشک خانواده از آسیب‌دیدگی قربانیان جلوگیری خواهد شد. به علاوه اصول سلامت و مهارت‌های زندگی را به مردم آموزش می‌دهد و در جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانی و ارتقای سلامت روان جامعه تحت پوشش خود تلاش می‌کند (۱۴).

۴. بررسی جایگاه حقوقی پزشک خانواده در جهان و ایران: در خصوص موضوع پزشک خانواده و طرح آن به شکل امروزی آن از فرانسیس ولد پیباد (Francis Weld Peabody) استاد رشته پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۲۳ نام برده می‌شود، اما پیشرفت در مراقبت‌های اولیه سلامت در امریکا به دهه ۱۹۶۰ و به ویژه سال‌های ۸۰-۱۹۷۰ می‌رسد. در کانادا بسیار زودتر از امریکا مطرح بوده که در بررسی سیر تحول پزشک خانواده به آن پرداخته شده است. برنامه ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در سازمان بهداشت جهانی نخستین‌بار در سال ۱۹۷۵ مطرح شد و پس از آن در سطح محافل بین‌المللی و کشورهای جهان عمومی گردید و کشورها دعوت به اجرای برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت شدند و بر پزشک خانواده به عنوان درگاه نظام سلامت تأکید گردید. حقوقدانان فرانسوی در زمینه مسئولیت مدنی و مسئولیت پزشکی اظهار نظر مؤثر و پایدار داشته‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به «دموگ (Demog)» که راجع به ماهیت تعهد در مسئولیت نظر داده است و نیز «دوما (Douma)» که مسئولیت مدنی را مبتنی بر تقصیر دانسته و نیز «دیمولومب (Dimulomb)» که پزشکان را در قبال ارتکاب تقصیر هرچند سبک، مقصر می‌داند اشاره نمود (۶، ۸).

از جمله رأی‌های مشهور در مسئولیت پزشکی جهان رأی مرسیه (Mersiyeh) در ۱۹۳۶ است که بیان می‌دارد رابطه بین صاحبان حرف پزشکی و بیمار رابطه قراردادی است.

اما نیازهای زمان حال از پیچیدگی بیشتری برخوردار است و انتظارات جامعه از پزشکان به خصوص پزشکان خانواده که نخستین نقطه تماس مردم با نظام سلامت به شمار می‌روند را بیشتر کرده است. در این مبحث شرح مختصری از برنامه پزشک خانواده در بعضی از کشورهای جهان، ایران وکشورهای اسلامی ارائه می‌شود:

۴-۱. در آمریکا: همانطور که بیان شد، پزشک خانواده به پیشنهاد فرانسیس پیبادی، پروفسور پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۲۳ به نظام سلامت دنیا معرفی شد. پس از جنگ جهانی دوم پزشکان متخصص امتیازات زیادی در بیمارستان‌ها به دست آوردند، درآمدشان افزایش یافت و پرستیژ اجتماعی‌شان بیشتر شد، در حالی که پزشکان عمومی فقط پزشک عمومی باقی ماندند. در دهه ۱۹۶۰پیشرفت‌های زیادی در حوزه‌های خارج از پزشکی به وقوع پیوست. این تحولات برای پزشکان عمومی هم فرصتی بود تا یک هویت تازه پیدا کنند.

آمریکا که پس از جنگ، بهداشتی از هم گسیخته و حتی غیر انسانی داشت، به پزشکان خانواده رو آورد. دولت و مسئولان استانی به حمایت از رزیدنت‌ها و تعلیم آن‌ها پرداختند، سپس رشته پزشک خانواده در دانشگاه‌ها تدریس شد و به این ترتیب جامعه آمریکا تحت پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی قرار گرفت.

در دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ بر تعداد فارغ‌التحصیلان این رشته افزوده شد و آن‌ها توانستند کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا سلامت را بالا برده و ۸۵ تا ۹۰ درصد از نیاز بیماران را برطرف سازند. در کشور آمریکا پزشک خانواده با رویکرد تلفیقی به بیمار می‌نگرد. وی با مراقبت سلامت، پیشگیری از بروز بیماری و آسیب‌دیدگی‌ها و ارائه رهنمودهای متناسب با سن و جنس و انجام واکسیناسیون انتظارات بیماران و خانواده ایشان را بدون تبعیض برآورده می‌کند.

در حدود ۲۶ درصد از جامعه آمریکا تحت پوشش بیمه خصوصی و بقیه مردم تحت پوشش بیمه دولتی قرار دارند. مراقبت‌های سلامت در این کشور شامل دو بخش است: بخش اول خدمات سرپایی و خدمات محدود پرستاری در منزل و برخی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دربر می‌گیرد؛ بخش دوم شامل برنامه‌های تکمیلی است، به طوری که خدمات بستری، پزشکی تخصصی، آزمایشگاهی و مراقبت در منزل پیشرفته را دربر دارد (۸).

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

۴-۲. در کانادا: نظام سلامت کانادا به صورت استان به استان طراحی شد. ابتدا در سال ۱۹۴۷ در استان ساسکاچیوان برنامه نظام سلامت با محوریت پزشک خانواده به اجرا درآمد، سپس در استان‌های دیگر هم اجرا شد و در سال ۱۹۷۱ یک طرح جامع مراقبت سلامت جهانی جایگزین طرح منطقه‌ای شد. تأمین‌کننده اصلی منابع مالی نظام سلامت دولت کانادا است، ولی شرکت‌های بیمه خصوصی و حق بیمه که در برخی از استان‌ها پرداخت می‌شود هم در تأمین منابع مالی نقش دارند. بیش از نیمی از پزشکان عمومی در کانادا پزشک خانواده هستند. پزشکان خانواده درگاه نظام سلامت این کشور را تشکیل می‌دهند. آن‌ها بیماران را به خدمات تخصصی ارجاع می‌دهند. دستمزد پزشکان به صورت FFS (Fee For Service) است. جداول قیمت پس از مذاکره بین نماینده دولت در استان و نماینده انجمن پزشکان عمومی تهیه می‌شود. ساکنان کشور کانادا خودشان پزشک خانواده خود را انتخاب می‌کنند. پزشکان هم در مورد الگوی درمانی روش کارشان خود مختارند. همه مردم تحت پوشش بیمه عمومی درمانی هستند. در سال ۲۰۰۱ کشور کانادا برای هر نفر ۲۷۹۲ دلار سرانه درمان پرداخته است. سهم سلامت از تولید ناخالص ملی این کشور ۹/۳ درصد است.

نظام سلامت کانادا ملی است و بیمه سلامت دولتی همه جمعیت این کشور را تحت پوشش قرار داده است و به نام Medicare شناخته می‌شود.

۴-۳. در فرانسه: پزشکان عمومی در کشور فرانسه در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی مشغول به کار هستند. ۳۶ درصد از پزشکان عمومی در بیمارستان‌های دولتی کار می‌کنند. آن‌ها بر اساس تعرفه تعیین‌شده حقوق می‌گیرند. به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۳/۳۷ نفر پزشک وجود دارد. با تحول نظام سلامت در سال ۲۰۰۵ پزشک عمومی درگاه نظام سلامت شناخته می‌شود. بیمار به پزشکی که از قبل در فهرست وی ثبت نام کرده است، مراجعه می‌کند. اگر پزشک اصلی حاضر نباشد می‌تواند به پزشک جایگزین مراجعه کند.

تغییر پزشک خانواده امکان‌پذیر است، ولی باید اطلاع داده شود. پزشک مشاور یا پزشکی که بیمار به وی ارجاع داده شده است. پزشک متخصصی است که مسئولیت معاینه و بررسی وضعیت بیمار را بر عهده دارد و باید اطلاعات را به پزشک عمومی ارجاع‌دهنده برساند تا مورد پیگیری قرار داده و جهت ادامه درمان استفاده کند. خدمات زنان و زایمان، دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی نیاز به ارجاع ندارد.

بیمار با ارائه کارت سلامت خود می‌تواند در همه نقاط فرانسه خدمات سلامت را خریداری کند. مبلغ پرداخت‌شده در مدت ۱۰ روز به حساب وی واریز می‌شود. به طور متوسط ۷۰ درصد از هزینه ویزیت پزشک خانواده یا متخصص، ۹۵ درصد از هزینه جراحی‌های بزرگ، ۸۰ درصد از هزینه جراحی‌های کوچک، ۹۵ تا ۱۰۰ درصد از هزینه زایمان و ۷۰ درصد از هزینه تصویربرداری با اشعه ایکس پرداخت می‌شود.

البته درصد پرداخت از سوی بیمار بر اساس وضعیت جسمی و توان مالی وی تعیین می‌شود. به طور مثال بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و دیابت وابسته به انسولین ۱۰۰ درصد از هزینه‌های درمانشان تحت پوشش بیمه قرار دارد. افراد کم‌درآمد هم از سوی خدمات تأمین اجتماعی حمایت می‌شوند و ۱۰۰ درصد از پرداخت هزینه درمان معاف هستند. کشور فرانسه ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف نظام سلامت می‌کند.

سلامت فرانسه ترکیبی از پوشش بیمه جهانی و بیمه داخلی (خصوصی و دولتی) است و سطح بالایی از خدمات سلامت را در مقایسه با کشور آمریکا ارائه می‌دهد. در حال حاضر نظام سلامت فرانسه الگوی کشور آمریکا در امر ارائه خدمات سلامت به شمار می‌رود، زیرا در طول ۳ دهه گذشته نظام سلامت این کشور تحول قابل ملاحظه‌ای داشته است.

نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه سلامت در موارد مراقبت‌های سیار و بیمارستان‌های دولتی و مراقبت‌های حاد به صورت رایگان است. ۹۰ درصد از مردم تحت پوشش بیمه مکمل قرار دارند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

در نظام فرانسه درگاه ورودی به متخصص و بیمارستان وجود ندارد و تسهیل دسترسی به خدمات سطح بالاتر اطمینان خاطر بیماران را فراهم کرده است. در نظام سلامت فرانسه بیمار آزادی در انتخاب پزشک دارد و پزشک هم آزادانه می‌تواند روش درمانی خود را برگزیده و در درمان بیمار به کار برد (۱۵).

در این نظام محرمانه‌ماندن اطلاعات بیمار بسیار محترم شمرده شده و جنبه حرفه‌ای دارد. منتقدان نقطه ضعف نظام سلامت فرانسه را اندکی نابرابری در توزیع خدمات سلامت در نقاط دورافتاده فرانسه بیان کرده‌اند که به تازگی رخ داده است (۱۵).

۴-۴. در انگلستان: طرح ملی سلامت درکشور انگلیس بعد از جنگ جهانی دوم به دنبال طرح فقرزدایی لُرد بوریج (William Beveridge) (۱۹۳۸ م.) شکل گرفت. به دنبال مذاکرات در سطح مجلس عوام و لُردها به تصویب رسید و از سال ۱۹۴۸ به اجرا درآمد. نظام ملی سلامت انگلستان برای اولین‌بار خدمات بیمارستانی، خدمات پزشک خانواده (شامل پزشکان، داروسازان، عینک‌سازان و...) و خدمات خانواده محور را در یک سازمان جمع کرد.

در حال حاضر پزشکان خانواده همراه با دندان‌پزشکان و سایر افراد تیم سلامت در مراکز سلامت جامعه خدمات سلامت را در سطح گسترده‌ای ارائه می‌دهند.

در سال ۱۹۶۲ نظام سلامت انگلستان که به سه بخش بیمارستانی، خدمات عمومی و واحدهای سلامت تقسیم می‌شد، در هم ادغام گردید. در این کشور هولدینگ پزشکان عمومی اداره صندوق‌های مربوط به پزشکان عمومی (خانواده) را بر عهده دارد که خدمات درمانی مورد نیاز جامعه تحت پوشش را خریداری می‌کند.

نظام سلامت ملی انگلستان در هزاره سوم با هدایت و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت انجام اقدامات جدی بیمار ـ مردم‌محور را دنبال می‌کند، از جمله تأمین قدرت و اطلاعات بیشتر برای بیماران، افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، افزایش تعداد پزشکان و پرستاران، کاهش زمان انتظار بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، تدوین استانداردهای قوی در سازمان‌دهی نظام سلامت. اتحادیه‌های نظام ملی سلامت انگلستان بیمارستان‌های واقع در شهرها هستند که خدمات سلامت را ارائه می‌دهند. برخی از آن‌ها به سیستم‌های دانشگاهی متصل هستند و به جز موارد اورژانس، بیمار از طریق پزشک خانواده ارجاع داده می‌شود. کلیه خدمات رایگان است.

صاحب‌نظران مقوله سلامت کشور انگلستان اعتقاد دارند که در اقدام به اصلاحات باید از تقلید و نسخه‌برداری از مدل سایر کشورها به طور جدی پرهیز شود. هدف از سیاستگذاران حوزه سلامت انگلستان شامل موارد زیر است:

ـ بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت شامل مراقبت‌های اولیه، ثانویه و سطح سوم.

ـ گسترش پوشش سلامت به آحاد افراد جامعه.

ـ تضمین دسترسی مردم به کلیه مراقبت‌های مورد نیاز.

ـ پایین‌نگه‌داشتن هزینه‌ها و اعمال کارآیی و اثربخشی.

ـ تشدید رقابت کیفیت‌نگر بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جلب رضایت بیماران.

ـ گرایش به سوی طب مستندمحور.

ـ کاهش مبلغ پرداخت از جیب بیماران.

۴-۵. در دانمارک: کشور دانمارک از یک نظام سلامت غنی برخوردار است. همه مردم این کشور به طور رایگان درمان می‌شوند. آن‌ها می‌توانند به صورت رایگان به پزشک عمومی، چشم‌پزشک، متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنند و خدمات اورژانس بیمارستان را دریافت کنند. پزشک عمومی در کشور دانمارک هم درگاه ورودی به بخش‌های تخصصی است. اگر ارجاع بیمار از طریق پزشک خانواده یا پزشک عمومی مسئول باشد، دسترسی به خدمات تخصصی در مطب‌های خصوصی هم رایگان است. فهرست هر پزشک خانواده با ۱۶۰۰ بیمار تکمیل می‌شود. پزشک خانواده درگاه نظام سلامت است و خدمات درمانی باید تحت پوشش پزشک خانواده و با مراقبت و تداوم و پیگیری وی ارائه شود. پزشکان خانواده خویش‌فرما هستند و با مسئولان سرمایه‌گذار دولتی قرارداد می‌بندند. قرارداد آن‌ها هر ۲ سال یک بار تمدید

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

می‌شود. در سال ۲۰۰۷ سهم سلامت دانمارک از تولید ناخالص داخلی ۹/۷ درصد بود.

۴-۶. در ترکیه: نظام سلامت یا مراقبت‌های اولیه بهداشتی از دهه ۱۹۹۰ در کشور ترکیه مطرح شد، ولی مرحله اصلی اجرای برنامه سلامت یا انقلاب سلامت در این کشور از سال ۲۰۰۳ و تحت عنوان برنامه تحول سلامت (HTP) می‌باشد (۱۶).

برنامه پزشک خانواده برای نخستین‌بار در یک طرح پایلوت در سال ۲۰۰۵ معرفی شد و به تدریج تا سال ۲۰۱۰ همه کشور را دربر گرفت. در این برنامه پزشکان عمومی و متخصصان پزشک خانواده به ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت می‌پردازند از نظر دسترسی به خدمات بهداشت و سلامت بخشی از مردم ترکیه که مرتب مهاجرت می‌کنند، نمی‌توانند به طور مستمر تحت پوشش خدمات مراکز بهداشت باشند. نظام ارجاع در ترکیه به طور کامل اجرا نمی‌شود. هنوز هم برخی از بیماران، اول به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند. بیشتر مردم از خدمات ارائه‌شده در زمینه‌های واکسیناسیون و مراقبت از زنان باردار رضایت کامل دارند.

۴-۷. در عربستان سعودی: پیشینه مراقبت‌های اولیه سلامت در عربستان سعودی به سال ۱۹۴۹ بازمی‌گردد، زمانی که فقط ۱۱۱ پزشک و کمتر از ۱۰۰ تخت بیمارستانی در این کشور وجود داشت. از آن سال تاکنون پیشرفت‌های بسیار چشم‌گیری در حوزه سلامت در این کشور دیده می‌شود که در مقایسه با آن زمان تعداد پزشکان و پرستاران ۲۵ برابر شده است. وزارت بهداشت متولی سازماندهی به نظام سلامت است. ارائه خدمات پیشگیری از دهه ۱۹۵۰ آغاز شده است. در آن زمان شرکت نفت ARAMCO با همکاری سازمان بهداشت جهانی در ریشه‌کن‌کردن مالاریا به وزارت بهداشت عربستان کمک می‌کرد. اقدامات بسیار مهمی هم در پیشگیری از بیماری‌های سل، تراکوما و سالک انجام شد. پایگاه‌های مراقبت سلامت هم از سال ۱۹۷۸ تأسیس شدند و از سال ۱۹۸۳ با همکاری و سرپرستی پزشک خانواده به عنوان نقطه تماس مردم با نظام سلامت فعالیت‌های خود را ادامه دادند. در حال حاضر ۶۰ درصد از خدمات سلامت به صورت رایگان ارائه می‌شود. در سال ۱۹۹۸ سرانه درمان ۱۰۸ دلار آمریکا در سال تعیین شد. در حال حاضر توسعه نظام سلامت با به خدمت‌گرفتن فناوری اطلاعات و شبکه‌های ارتباطی جهت برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی نظام سلامت و تقویت خدمات پیشگیری مورد توجه دولتمردان این کشور است.

۴-۸. در ایران: پزشک خانواده، یعنی هر ایرانی، یک پزشک مسئول داشته باشد، پزشکی که از زمان تولد و حتی قبل از تولد، مراقب سلامت اوست و در صورت بروز بیماری اگر در حیطه توان او باشد، به درمان می‌پردازد و فقط در صورت نیاز، فرد را به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد. در برنامه پزشک خانواده مسئولیت سلامتی فرد بر عهده پزشک خانواده است. به عبارت بهتر پزشک خانواده باید در مقابل گیرندگان خدمات سلامت و سازمان‌های نظارتی حقوقی پاسخگو باشد، در حالی که در قبال سایر نهادها باید نقش پرسشگری را ایفا نماید (۱۶).

همچنین با توجه به نقش مسئولیت‌پذیری پزشک خانواده برآورد وضعیت سلامتی فرد در هنگام اولین مراجعه است که به لحاظ حقوقی در بدو قرارداد بین پزشک و بیمار اهمیت دارد. پس نقش ویزیت پایه چه به صورت کتبی و چه به صورت الکترونیکی به لحاظ حقوقی بسیار بااهمیت است (۸).

همانطور که گفته شد، مفهوم پزشک خانواده بر پایه دو جزء اصلی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی استوار شده است. بدین صورت که اگر شخصی بر اثر افزایش فشار خون دچار سکته قلبی شود، پاسخگوی قانونی پزشک خانواده است و از وی پرسیده می‌شود که چرا فشار خون بیمار را کنترل نکرده یا در صورت نیاز داروهای لازم را تجویز نکرده که به بروز سکته قلبی منجر شده است.

پزشکان عمومی در امور آموزشی و پژوهشی نیز شرکت دارند. با وجود نقش پررنگی که پزشکان عمومی در نظام سلامت کشور ایفا می‌کنند، ولیکن نمی‌توانند در یک جا به مدت طولانی ساکن شوند و رابطه عمیقی با بیماران و خانواده‌هایشان که تحت پوشش برنامه پزشک خانواده هستند، برقرار کنند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

پزشکان عمومی که با عنوان پزشک خانواده خدمت‌رسانی می‌کنند، باید دوره‌های مربوط به پزشک خانواده را بگذرانند.
همچنین وضعیت مسکن، بیمه، امنیت شغلی، وضعیت خانواده و آینده تحصیلی آن‌ها از جمله مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد، اگر قرار است که به برقراری عدالت در سلامت اعتقاد داشته باشیم و نیز معتقد باشیم که این امر ساختمان محور و یا مرکز بهداشتی درمانی و یا خانه بهداشت محور نیست و اصل خود پزشک است، باید در شهر و روستا هم به خود پزشک بها بدهیم، سپس مسئولیت‌های سنگین را بر عهده‌اش گذاشته و از وی بخواهیم که ایثار و از خودگذشتگی پیشه کند.

پزشک خانواده مسئول ارائه خدمات جامع سلامت و پاسخگویی مستمر به افراد تحت پوشش خود، اعم از سالم و بیمار، بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و نوع بیماری، قبل از تولد تا لحظه مرگ است. پزشک خانواده موظف به ارائه خدمات باکیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت فرد، خانواده و جامعه بوده مسئول ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تعریف‌شده تحت پوشش خود است. پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانی، اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده و قادر به مدیریت بیماران به ویژه بیماران مزمن نیازمند مراقبت طولانی مدت باشد (۸).
پزشک خانواده باید دارای اطلاعات کاملی از تاریخچه خانوادگی افراد از نظر بیماری‌های ژنتیکی و ارثی و نیز تاریخچه سلامت و بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی اعضای خانواده تحت پوشش خود برای انجام مداخلات مناسب باشد (۱۷).

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک خانواده و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند. بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده فقط برای ارائه خدمات درمانی استفاده نمود. علاوه بر آن پزشک خانواده مسئولیت مدیریت و نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت محله خود را بر عهده داشته و مسئول ارائه خدمات سلامت محیط و کار و نظارت بر آن را بر عهده دارد. به طور کلی وی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخش‌ها و پیگیری را بر عهده دارد (۵).
در برنامه پزشک خانواده کنونی همه مراجعات اولیه باید به پزشک خانواده باشد. وی در صورت صلاحدید اقدام به ارجاع می‌کند. ارجاع معکوس دو طرفه است از سطح ۲ و ۳ به سطح ۱ هم صورت می‌گیرد، اما تا زمانی که پزشک خانواده تأیید نکند، سازمان‌های بیمه‌گر هزینه‌های مربوطه را پرداخت نخواهند کرد. در واقع حرف آخر را پزشک خانواده می‌زند و در همه مراحل نیاز به تأیید وی در استفاده از تعرفه‌های بیمه وجود دارد، ولی لازمست که راهکارهای قانونی آن فراهم شود (۱۸).

بنابراین پزشک خانواده موظف به اجرای برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت در جامعه خود است که در واقع دستیابی مردم به حق بر سلامتی را پی گرفته و امکان‌پذیر می‌سازد.

۵. خانواده و پزشک خانواده از منظر قانون

۵-۱. مفهوم و گستره خانواده در قانون و نظام سلامت:

خانواده مهم‌ترین و اساسی‌ترین واحد اجتماعی است. زن و شوهر دو رکن اصلی تشکیل خانواده‌اند. این گروه کوچک هسته اولیه جوامع بشری را تشکیل می‌دهد و مجموعه‌ای از آن‌ها یک ملت را پدید می‌آورد. ملتی که صاحب افکار، ارزش‌ها، آداب و رسوم، علم و جهان‌بینی است و آن‌ها را از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌کند.

در قانون مدنی ایران تعریف دقیقی از خانواده نیامده است، اما می‌توان خانواده را «زن و شوهر و فرزندان تحت سرپرستی آن‌ها که معمولاً با هم زندگی می‌کنند و تحت ریاست شوهر و پدر هستند و معیار و ضابطه تشکیل خانواده همان ریاست یک شخص بر اعضای آن است (ماده ۱۱۰۵ قانون مدنی)» (۵).

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تالکوت پارسونز (Talcott Parsons) جامعه‌شناس آمریکایی، اعتقاد داشت که فرآیند توسعه صنعتی منجر به بروز تغییرات در خانواده‌ها شده و آن‌ها را از شکل گسترده به شکل هسته‌ای درآورده است، به طوری که به یک واحد سکونت و مصرف تبدیل شده‌اند. کارکردهای اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و خدماتی و محافظتی و... خانواده‌ها به دست نهادها و سازمان‌های اجتماعی (شرکت‌ها، مدارس و بیمارستان‌ها) سپرده شده است (۶).

پیرو همین نظریه، رنه کارنیگ (Rene Kornig)، جامعه‌شناس آلمانی هم بر این باور است که خانواده‌های امروز بیش از حد به جامعه وابسته شده‌اند و از آنجا که این کارکردها و مؤلفه‌ها برای خانواده‌ها حیاتی است، خانواده‌ها بدون آن‌ها قادر به ادامه حیات نیستند، بدین‌ترتیب خانواده‌ها می‌توانند به وظیفه اصلی خود که پرورش شخصیت اجتماعی و فرهنگی کودکان است، بپردازند (۶).

با توجه به این رویکردها و تغییرات سریع جوامع، نهادها و سازمان‌های مختلف در حوزه‌های گوناگون تشکیل شدند تا در زمینه موضوعات مهم زندگی انسان، از جمله بهداشت و درمان و به طور کلی سلامت برنامه‌ریزی و فعالیت کنند. به طور مثال، سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۱۹۴۵ با تصویب مجمع عمومی سازمان ملل تشکیل شد. این سازمان با هدف هدایت، هماهنگی و ارتقای سلامت مردم جهان در چارچوب سازمان ملل متحد فعالیت می‌کند (۷).

علاوه بر سطح جهانی، در سطح ملی هم کشورهای جهان هم راستا با سیاست‌های جهانی سلامت، برای تأمین و ارتقای سلامت مردم خود به برنامه‌ریزی و انجام اقدامات لازم دست زدند، از جمله کشور جمهوری اسلامی ایران که برنامه نظام سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را ابتدا در سطح روستاها و سپس در سطح شهرها اجرایی کرد.

۵-۲. پزشک خانواده از منظر حاکمیت قانون در حقوق موضوعه: حاکمیت قانون پایه و اساس جوامع طرفدار تأمین حقوق سلامت است که خود زیربنایی برای احترام به حقوق اساسی جامعه محسوب می‌شود.

ایران از جایگاه ضعیفی در شاخص حاکمیت قانون برخوردار است که دلیل آن را می‌توان به امتیاز و رتبه پایین کشور در ارکان «دولت باز» و «حقوق بنیادی» نسبت داد. در خصوص سایر ارکان شاخص حاکمیت قانون نیز ایران از وضعیت مناسبی برخوردار نیست و تنها در دو رکن « نظم و امنیت» و «عدالت مدنی» به ترتیب با رتبه‌های ۶۶ و ۶۵ عملکرد نسبتاً بهتری را داشته است.

تقویت حاکمیت قانون یکی از اهداف اصلی شهروندان، دولت‌ها، بنگاه‌ها، خیرین و سازمان‌های جامعه مدنی در سراسر جهان می‌باشد. با هدف ارتقای سطح مطلوب و کارایی، توسعه حاکمیت قانون مستلزم شفافیت در مورد ویژگی‌های اساسی و دارابودن مبانی کافی است که در سطح مطلوب و ارتقای حقوق سلامت جامعه ارزشیابی و اندازه‌گیری می‌کند. چارچوب‌های قانونی حاکم بر نظام سلامت باید منصفانه و درست بوده و اعمال آن نیز کاملاً منصفانه باشد. حاکمیت قانون بر دولت‌ها و نحوه حکومتداری آن‌ها حاکم می‌باشد تا شهروندان در برابر اقدامات مقتدرانه ناشی از قدرت و اختیارات دولتی و حکومتی حمایت به عمل آورد (۱۵).

با این ابزار تشخیصی می‌توان به شناسایی نقاط قوت و ضعف در هر کشور یا نهادهای رسیدگی به بهداشت عمومی کمک، انتخاب‌های سیاستی را تشویق، توسعه و ارتقای برنامه را هدایت و اطلاع‌رسانی لازم را در زمینه تحقیقات برای تقویت حاکمیت قانون در داخل کشور انجام داد.

وضعیت بهداشت و درمان و سرعت عمل در واکسیناسیون و جلوگیری از مرگ و میرهای ناشی از شرایط کرونایی و رسیدگی به وضعیت، خروج از خط قرمز در تمامی شهرستان‌ها می‌تواند باعث افزایش اعتماد عمومی و امید به آینده گردد. همچنین سرعت عمل، اعمال قانون و توسعه پایدار در سیاستگذاری، تفسیر، تغییر اساسی تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت و عملکرد مطلوب تیم جدید می‌تواند باعث افزایش شاخص حقوق سلامت و امید به آینده درکشور ایران گردد.

حاکمیت اثربخش قانون در اجرای برنامه پزشک خانواده، موجب توسعه و ارتقای حقوق سلامت و امید به آینده و باعث

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

ارتقای اعتماد عمومی می‌شود، از سلامتی که از حقوق اولیه انسانی است، محافظت و با بی‌عدالتی‌های کوچک و بزرگ و با فقر و بیماری مقابله می‌کند.

در حقوق موضوعه ایران به مسئولیت قانونی پزشک خانواده به صورت مستقیم پرداخته نشده است، اما در رابطه با موارد حقوقی مربوط به پزشکان همان قوانین در حوزه اطلاق پزشک عمومی برای پزشک خانواده هم مطرح است.

پزشک خانواده در میان دیگر صاحبان حرف پزشکی به علت گستردگی وظایف از حیث تعهدات و مسئولیت منحصر به فرد بوده و در هر زمان هم با بیمار و هم با شرکت‌ها یا سازمان‌های بیمه‌گر سروکار دارد. بنابراین مجبور به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه‌گر است که این نوع قرارداد، هویتی همانند سایر قراردادها دارد، قرارداد درمان یک عقد انسانی است (۱۹) و پزشک خانواده به موجب آن می‌باید به ارائه خدمات سلامت مندرج در قرارداد طبق دستورالعمل وزارت بهداشت بپردازد. در قرارداد درمان قصد سودجویی و تجارت نبوده و از جمله عقود مدنی است (۲۰) و در زمره عقود تجاری قرار نمی‌گیرد. میزان آزادی شاغلین حرف پزشکی و وابسته در فسخ قرارداد درمان از کشوری به کشور دیگر بسیار متفاوت است به وسیله بودن ماهیت تعهد (۲۱) و رضایی‌بودن قرارداد از دیگر خصاص این عقد است.

در رابطه با موارد حقوقی مربوط به پزشکان به صورت عام موارد متعدد قانونی در قوانین اساسی (اصل ۳ بند ۱۲، اصل ۲۹ و اصل ۴۳)، قانون مجازات اسلامی، قانون حمایت خانواده (ماده ۵۵، موضوع مواد ۲۳ و ۳۱) (۲۲)، قانون کار و امور اجتماعی (مواد ۸۵، ۹۲ و ۹۳ قانون کار) (۲۳) و پزشکی ذکر شده است. در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی جدید مصوب سال ۱۳۹۲ درباره دیه مقرر شده است: «هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد، موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است، مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نا بالغ یا مجنون‌بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌گردد.»

تبصره ۱: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد، هرچند برائت اخذ نکرده باشد.

تبصره ۲: ولی بیمار اعم از ولی خاص است، مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص رییس قوه قضاییه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه نسبت به اعطای برائت به طبیب اقدام می‌نماید.

در ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی جدید مصوب سال ۱۳۹۲ درباره تقصیر پزشک نیز مطالبی بیان شده است.

در ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ نیز آمده است: «ج ـ هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.»

بدین‌سان زمانی که از مسئولیت یاد می‌شود، مقصود گستره معنایی حقوقی این واژه است که آثار و پیامدهای حقوقی نیز به همراه دارد. در این راستا، پزشک خانواده در حیطه تخصص خویش و به اندازه توانایی‌ها و قابلیت‌های علمی‌اش، بر وفق نظامات مقرر وظیفه دارد در قبال بیمار، خانواده و جامعه از تمام استعداد و قابلیت‌های خویش بهره گرفته و با عنایت به نظامات و مقررات دولتی این وظیفه را به انجام رساند. بالطبع در این میان، همواره مقصود مطلوب محقق نمی‌گردد و مشکلاتی بروز می‌نماید.

در قانون موضوعه ایران مبنای مسئولیت صاحبان حرف پزشکی و وابسته تقصیر است، لکن در برخی موارد مصرح و خاص و به عنوان استثنای بر اصل، نظریه ایجاد خطر (مسئولیت محض) مقبول می‌باشد. قطعاً همین رویه و نتیجه در مورد پزشک خانواده هم صادق می‌باشد.

۵-۳. جایگاه حقوقی پزشک خانواده در قانون مدنی:

بررسی متون فقه نشان می‌دهد که پزشک ضامن بی‌قید و شرط صدمات ناشی از اعمال و رفتارش شناخته شده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

شهید ثانی در شرح لمعه نوشته است که: «پزشک از مال خودش مسئول خسارتی است که در اثر معالجه او به جان و عضو بیمار وارد شده است، زیرا تلف مستند به عمل اوست و خون انسان مسلمان هم به هدر نمی‌رود، هرچند موارد احتیاط را رعایت کرده و تلاش خود را هم کرده باشد و بیمار هم اذن داده باشد، ولی با همه این‌ها در عدم ضمان نقشی ندارد و برائت‌دادن بیمار مسبب عدم ضمان پزشک است.» در این مورد بین فقها اتفاق نظر وجود دارد، همچون خویی، اصفهانی و... .

در ماده ۳۲۸ قانون مدنی خواهان نیازی به اثبات تقصیر خوانده ندارد و همین که خسارت واقع شود و رابطه علیت بین خسارت و فعل خوانده باشد، خوانده ملزم به تأدیه خسارت است. در ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی علاوه بر خسارت مادی بر خسارت معنوی هم تصریح شده و اثبات تقصیر را به عهده شاکی گذاشته است. شاکی باید ثابت کند که خوانده عمداً یا سهواً به وی خسارت وارد ساخته است.

۵-۴. جایگاه حقوقی پزشک خانواده در قانون مجازات اسلامی قدیم و جدید: در ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی قدیم (۱۳۷۰ ش.) مقرر شده است: «هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد، در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد، باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن است. در اینجا پزشک نمی‌تواند از ضمان تعیین‌شده بگریزد، مگر آنکه طبق ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی قبل از شروع درمان از مریض یا ولی او برائت حاصل کند.»

طبق مدلول ماده ۳۲۱ قانون مجازت اسلامی قدیم مسئولیت بیطار و دام‌پزشک مسئولیت محض است و مبتنی بر تقصیر نیست، ولیکن ماده ۳۲۰ مبتنی بر تقصیر است (۱۷).

بر اساس مدلول ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات اسلامی قتل غیر عمد به واسطه بی‌احتیاطی را دربر می‌گیرد: «در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود، مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد، مگر اینکه خطای محض باشد.»

۵-۵. جایگاه حقوقی پزشک خانواده در قانون حمایت خانواده: طبق ماده ۵۵، هر پزشکی که عامداً برخلاف واقع گواهی موضوع مواد ۲۳ و ۳۱ را صادر یا با سوءنیت از دادن گواهی مذکور خودداری کند، بار اول به محرومیت درجه شش موضوع قانون مجازات اسلامی از اشتغال به طبابت و بار دوم و بالاتر به حداکثر مجازات مذکور محکوم می‌شود (۲۲).

۵-۶. ضمانت قانونی اجرای برنامه پزشک خانواده: لازمه تأمین ضمانت اجرایی برای هر برنامه، تدوین برنامه‌های اخلاقی و قانونی است و از آنجایی که ضمانت اجرا از نظر قانونی محدود به قوانین کیفری و جرائم نیست و در مورد امور حقوقی نیز ضمانت اجراهای بسیاری به چشم می‌خورد. به طور مثال جهت اینکه قراردادها و عقود مختلف در چارچوب حاکمیت قانون انجام گرفته و موارد مندرج در قانون از سوی طرفین قرارداد رعایت شود، ضمانت اجرا تعیین می‌گیرد، در مواردی عدم رعایت قانون موجب می‌شود که آن قرارداد از نظر قانونی باطل تلقی شود، فلذا برنامه پزشک خانواده نیاز اساسی به ضمانت قانونی و اجرایی دارد، زیرا با منافع خانواده و جامعه سروکار دارد. لزوم ضمانت اجرا در تعهدات و قراردادها از آنجا اهمیت پیدا می‌کند که اگر نهادهای جامعه که مسئولیت تأمین نیازهای جامعه را بر عهده دارند، به وظایف خود عمل نکنند، این وظیفه از نهادها فراتر رفته و به جامعه کشیده شده و جامعه را دچار ناهنجاری کرده و به خود علاجی می‌رساند.

با عنایت به اینکه ضمانت اجرای قانونی به دو صورت است و یک جنبه آمره و یک جنبه تکمیلی دارد، لذا در اجرای برنامه پزشک خانواده جنبه آمره آن کمتر مورد توجه بوده، شاید به خاطر اصل آزادی اراده، اجرای مرحله‌ای و تشویق پزشکان بدین‌نحو صورت گرفته است.

البته ضمانت اجراهایی که قانون تعیین می‌کند، نمی‌تواند تمامی مقاصد طرفین را تأمین نماید، ولی در مرحله عمل سازمان‌های مجری می‌توانند موارد کارآمدی را به کار گیرند تا در جهت اجرای طرح مؤثر و مفیدتر واقع شود.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

برنامه پزشک خانواده از مؤلفه‌های اصلی قانون برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بخش سلامت، است و به عنوان یک مؤلفه قانونی باید ضمانت قانونی و اجرایی داشته باشد. مسئولان وزارت بهداشت و درمان بارها تأکید کرده‌اند که پزشک خانواده یک «طرح» نیست، بلکه یک «برنامه» است که در کمیسیون‌های تخصصی مجلس بحث شده و به تصویب رسیده و اجرای این برنامه به وزارت بهداشت تکلیف شده است، پس اکنون که مصوبه مجلس است و به دولت تکلیف شده باید به اجرا دربیاید و حاکمیت قانون به منصه ظهور برسد.

از این رو اگر قوانین نهادهایی که وظایف تأمین نیازهای جامعه را بر عهده دارند، به خوبی تبیین نشود، با مشکل و ناهنجاری در جامعه رو به رو خواهیم شد، حقوق و جامعه دو روی یک سکه‌اند، البته بررسی نتایج حاصل از اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور نشان می‌دهد که هم از لحاظ بعد مادی و تأمین منابع مورد نیاز و هم از نظر قانونگذاری و سیاستگذاری‌ها، این برنامه مورد حمایت دقیق قرار نگرفته است. از این رو ضمانت اجرایی دقیق و حساب‌شده ندارد یا ضمانت اجرایی آن بسیار ضعیف است.

بنابراین یکی از عناصر تحقق ضمانت اجرا در هر نظام حقوقی پیش‌بینی‌های مندرج در متن قانون است (۲۰) و می‌بایست حاکمیت قانون با حمایت قوه مجریه جنبه اجرایی پیدا کند.

۶. پزشک خانواده در قانون توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

۶-۱. پزشک خانواده در قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۶۸ ش.)

: تبصره ۱۵: (بخش بهداشت و درمان) به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود از متقاضیان تأسیس بیمارستان، پلی‌کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه، مبالغی را به عنوان هزینه‌های صدور موافقت اصولی، پروانه تأسیس به شرح زیر اخذ نماید و به حساب خزانه‌داری کل واریز نماید و معادل آن را از محل اعتباری که به همین منظور در بودجه سالیانه منظور می‌شود، جهت تجهیز مراکز بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی و بیمارستان‌ها در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

۶-۲. پزشک خانواده در قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۷۳ ش.)

: قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور هم در خط مشی‌های اساسی، بند ۶، لزوم عنایت به مناطق محروم با الویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید عمران و در بند ۹ تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی را مورد توجه قرار داده است.

۶-۳. پزشک خانواده در برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۷۹ ش.)

: در برنامه سوم توسعه، برخی سیاست‌های استراتژیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مواد ۱۹۲ تا ۱۹۷ بهره گرفته شده است، عبارتند از:

۱ـ فراهم‌کردن بستر مناسب برای افزایش مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی از طریق افزایش سهم بخش غیر دولتی، تشکل‌های تعاونی و خیریه در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی و کاهش تصدی دولت؛

۲ـ کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیردار با قابلیت پیشگیری و درمان مناسب بیماری‌های غیر واگیردار و ارتقای سطح کیفی خدمات بهداشتی و درمانی و جلب رضایت گیرندگان خدمات؛

۳ـ تقویت توسعه همکاری‌های بین بخشی با تأکید بر حوزه‌های مربوط به محیط زیست، تغذیه و شیوه‌های زندگی و کیفیت آن؛

۴ـ تأکید بر برخورداری جمعیت ساکن در مناطق شهری با اولویت بهره‌مندی گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم جامعه از مراقبت‌های اولیه بهداشتی؛

۵ـ اولویت پیشگیری از بروز و تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و توجه به عوامل آسیب‌زا به جای آسیب‌دیدگان و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های اجتماعی، روانی و معلولیت‌ها؛

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

۶ـ اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور؛
۷ـ ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب؛
۸ـ افزایش سهم اعتبارات بهداشت، درمان و توان‌بخشی از منابع عمومی و تولید ناخالص ملی تا رسیدن به متوسط قابل قبولی از نرخ جهانی و تأمین منابع و تعیین تعرفه‌های بهداشتی و درمانی بر مبنای قیمت تمام‌شده خدمات (یا اصلاح ساختار مالی)؛
۹ـ ارتقای امنیت غذا و تغذیه در کشور؛
۱۰ـ نهادینه‌کردن پژوهش در آموزش و ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی و توسعه تحقیقات علوم پزشکی به ویژه تحقیقات کاربردی؛
۱۱ـ ارتقای کیفیت آموزش در همه رده‌های نیروی انسانی گروه پزشکی متناسب با ضرورت‌های توسعه؛
۱۲ـ گسترش و ایجاد دوره‌های آموزش مداوم برای جامعه پزشکی؛
۱۳ـ ارتقای فرهنگ ارائه خدمات بهداشتی درمانی مطابق با موازین شرعی و پاسخگویی به حق انتخاب بیماران.

۶-۴. پزشک خانواده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۸۴ ش.): در قانون برنامه چهارم، بند «ذ» ماده ۱ برای نخستین‌بار به برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه پایه و جزئیات آن پرداخته شد.

آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

ماده ۷: انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد اختیاری است.

۶-۵. پزشک خانواده در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۰ ش.): در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (مواد ۳۲ و ۳۵) بر لزوم ارائه برنامه نظام درمانی کشور در چارچوب یکپارچگی بیمه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع از سوی وزارت بهداشت و درمان به هیأت وزیران و استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و ساماندهی اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی مرکز آمار ایران و سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید شده است.

ج ـ سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا، باز طراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

د ـ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید.

۶-۶. پزشک خانواده در قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۵ ش.): در برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور طبق ماده ۷۰ قانون، دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه، اقداماتی از قبیل پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور و برخورداری از یارانه دولت جهت حق‌سرانه بیمه را بر اساس سیاست‌های کلی سلامت به عمل آورد.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

۶-۷. پزشک خانواده در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۲ ش.):

در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی ـ اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه و سایر مفاد سیاست‌های کلی سلامت، معطوف به همه ابعاد سلامت (معنوی، اجتماعی، روانی و جسمی) بوده و لازمه قطعی پیشرفت و تعالی جامعه اسلامی ایرانی است. این بیانیه با توجه به اهمیت و حساسیت فرایند تدوین و تصویب سیاست‌های کلی و احکام برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (در این بیانیه برنامه هفتم نامیده می‌شود) و منبعث از سیاست‌های کلی سلامت و بر شالوده آن، تنظیم شده است.

روش

در بررسی این مقاله منابع مورد استفاده اسناد و متون موجود در کتابخانه‌ها و به ویژه کتابخانه‌های دیجیتال خواهد بود و بدین‌ترتیب مطالعه اسنادی ـ توصیفی است.

یافته‌ها

امروزه حقوق سلامت در تمامی کشورها مورد توجه و از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و نیز مورد توجه سازمان‌های بین‌المللی به ویژه سازمان ملل و بهداشت جهانی قرار گرفته است و کشورها همواره در جهت ارتقای حقوق سلامت تلاش می‌نمایند. یکی از عامل مؤثر در ارتقای حقوق سلامت، پزشک خانواده است. پزشک خانواده نقش مؤثری در شناخت بیماری‌ها، پیشگیری، درمان، بهداشت، واکسیناسیون و... در جامعه داشته و همچنین نقش مؤثری قبل از تشکیل جنین، مراقبت از جنین، مراقبت از بارداری و واکسیناسیون قبل از بارداری و مراقبت‌های بعد از زایمان، شناسایی مشکلات ژنتیک، بهداشت محیط و جامعه دارد و به همین جهت پزشک خانواده نقش محوری در محله، منطقه و یا شهر را از جهت رعایت و ارتقای حقوق سلامت شهری و روستایی بدون توجه به جنسیت و یا شخصیت افراد و به دور از هرگونه تبعیض نقش خود را ایفا می‌کند و به عنوان اولین سطح در برخورد با بیماران می‌باشد و کل‌نگر است.

بیماران از طریق پزشک خانواده به سطوح بالاتر (متخصصین) ارجاع داده می‌شوند و حتی علاوه بر ارتقای حقوق سلامت، در توزیع عادلانه امکانات بهداشتی، درمانی و واکسیناسیون هم نقش به سزایی دارد و مانع از هدررفتن هزینه‌ها و باعث بهره‌وری بهتر در زمینه بهداشتی و درمانی می‌شود.

بحث

در مقاله حاضر، هدف شناخت وظایف و جایگاه قانونی و جهانی پزشک خانواده از منظر بهداشت جهانی و نظام حقوق سلامت است، لذا برای ارتقای حقوق سلامت و دستیابی به این هدف ابتدا مروری بر وظایف پزشک خانواده در قوانین موضوعه از منظر بهداشت جهانی و نظام سلامت گردید و در نهایت به ارائه راهکارهایی در جهت ارتقای اجرای برنامه پزشک خانواده و رفع موانع موجود پرداخته شد.

نتیجه‌گیری

در دهه‌های اخیر، متناسب با توسعه و پیشرفت‌های خیره‌کننده علوم خصوصاً پزشکی و پیدایش روش‌های روزآمد درمانی و پیشرفت خیره‌کننده علوم پزشکی، حوزه تعاملات و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده و این خود چالش‌های قانونی زیادی را به دنبال داشته است. از سوی دیگر نهضت جهانی دفاع از حقوق بشر در دهه‌های اخیر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق، به ویژه به گروه‌های اجتماعی خاص، از جمله بیماران جلب نموده است. بیماران به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی (جسمی) و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار داشته و این عامل توجه خاص مجامع بین‌المللی حقوق بشر به مفهوم حقوق بیمار می‌باشد.

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به ویژه در حوزه خانواده

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

می‌باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار است.

به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات سلامت، پزشک خانواده باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان باشند.

پزشک خانواده و کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن اشرافیت داشته باشند.

پیش‌بینی و پیشنهاد قوانین لازم و تکمیلی برای جنبه‌های مختلف فعالیت پزشکان خانواده و لحاظ‌کردن آن‌ها در قراردادهای منعقده به شفاف‌سازی هرچه بیشتر وضعیت خدمتی آن‌ها و در نهایت توسعه مطلوب در سطح جامعه منجر خواهد شد.

تشکیل پرونده‌های الکترونیکی سلامت نیاز به زیرساخت مخابراتی لازم و ایمن دارد، در حالی که در بسیاری از مناطق امکان دسترسی وجود ندارد یا ضعیف است و بایستی با فوریت نسبت به ایجاد زمینه آن اقدام گردد.

پوشش بیمه همگانی سلامت را باید یکی از مترقی‌ترین اهداف نظام سلامت دانست، زیرا چتر حمایتی مناسبی برای همه افراد جامعه به خصوص اقشار آسیب‌پذیر که هنگام بیماری دچار مشکلات فراوانی از نظر پرداخت هزینه‌های دارو و درمان می‌شوند، به شمار می‌رود. در قرارداد پزشک خانواده با سازمان بیمه‌گر، پزشک خانواده باید بسته خدمات سلامت ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و درمان را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه دهد. بیماران هم به جهت حق بر سلامتی و هم تعهدی که پزشک در قبال ارائه خدمات سلامت بر عهده گرفته، باید تحت مراقبت و درمان قرار گیرند، اما تا زمانی که پزشک خانواده تأیید نکند، سازمان‌های بیمه‌گر هزینه‌های مربوطه را پرداخت نخواهند کرد. در واقع حرف آخر را پزشک خانواده می‌زند و در همه مراحل نیاز به تأیید وی در استفاده از تعرفه‌های بیمه وجود دارد، ولی لازم است که راهکارهای قانونی آن فراهم شود (۱۸). بنا به نظر کارشناسان در کشورهای توسعه‌یافته همه تجویزها تحت نظارت مستقیم پزشک خانواده صورت می‌گیرد و بیماران می‌توانند به هر پزشکی اعم از متخصص و عمومی مراجعه نمایند، ولی در مورد تقبل بیمه، فقط با تأیید پزشک خانواده امکان‌پذیر خواهد بود و بایستی در راستای توسعه پایدار مطلوب این موضوع مورد حمایت قرار گیرد.

چارچوب‌های قانونی حاکم بر نظام سلامت باید منصفانه و درست بوده و اعمال آن نیز کاملاً منصفانه باشد.

لازم است که پزشک خانواده خدمات سلامت (در محدوده بسته خدمات سلامت تعریف‌شده) را بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی ـ اجتماعی و ریسک بیماری ارائه دهد و چنانچه بیماری را به سطوح بالاتر ارجاع دهد مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. همچنین اگر فرد در جهت پیگیری سلامت خود به پزشک خانواده مراجعه نکند، باید او را برای انجام مراقبت فراخوان و پیگیری کند.

در این برنامه انجام آیتم‌های بهداشتی تعیین‌شده و واکسیناسیون بر عهده پزشک خانواده گذاشته شده است.

مشارکت نویسندگان

محمدجواد داورزنی: جمع‌آوری منابع و گردآوری اطلاعات.

نسرین علی‌پور: نظارت و راهنمایی بر مقاله.

محسن داورزنی: نگارش مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

References

1. Daghighi Asli A, Faghih Nasiri M, Aghasi Kermani S. Estimation of demand function for supplementary medical insurance in the country's insurance industry. Academic Jihad. 2010; 25(3): 119-143. [Persian]

2. Safikhani H. Health from the perspective of Islam. Social Security Quarterly. 2007; 9(1): 225-246. [Persian]

3. Cueto M. Origin of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. Am J Public Health. 2004; 94(11): 1864-1874.

4. Fakhri A. The Need to Review Public Health Education. Hakim Research Journal. 2020; 90(3): 266-269.

5. Safayi H. Summary of family law. Tehran: Mizan Publications; 2002. [Persian]

6. Ghavami N. Sociological theories in the field of family. Tehran: Anthropology; 2014. [Persian]

7. Karimi A, Rahimipour E, Hasani M. Telemedicine crimes caused by e-health. Medical Crimes. 2010; 4(14): 47-69. [Persian]

8. Davarzani M. family physician 1. Tehran: Davargostar Publications; 2022. [Persian]

9. Habibi Majandeh M. The right to health in the international human rights system. Two International Human Rights Quarterly. 2007; 2(1): 7-38. [Persian]

10. Aghdak P. The process of using electronic health records in the health system. Health Information Management Quarterly. 2017; 14(5): 186. [Persian]

11. Hunt P. Neglected Diseases A Human Rights Analysis. Geneva: World Health Organization; 2007.

12. Eslami Tabar SH. General health rights. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2020. [Persian]

13. Lotfi E. From Informed Consent to Informed Choice A Discourse on Commitment to Information in Physician-Patient Relationships. Medical Crimes. 2009; 3(11): 39-73. [Persian]

14. Afsari M. Mental Health. Tehran: Shasousa Publications; 2012. [Persian]

15. Rodwin VG. The Health Care System under French National Health Insurance. Am J Public Health. 2003; 93(1): 31-37.

16. Davarzani M, Mousavi Bojnourdi M. Family physician realization of justice in health with an approach according to Imam Khomeini's views. Matin. 2015; 17(66): 27-52. [Persian]

17. Yarpezeshkan M. The role of family doctors in the field of health. Tehran: Sib Electronic Magazine; 2020. [Persian]

18. Meskinimoud S. Analysis of the implementation of the family doctor program from version 01 to May 2013 version. Tehran: Salamatnews.com; 2013. [Persian]

19. Alhiyari AH. Civil liability of the physician. Oman: House of Culture for Publishing and Distribution; 2008. [Arabic]

20. Rene S. Métamorphoses de la responsabilité. French: Albin Michel; 1998. [French]

21. Helli E. Al-Saraer. Qom: Islamic Publication Institute; 1990. [Arabic]

22. Kamalan M. Family Support Law. Tehran: Barazesh; 2014. [Persian]

23. Mansoor J. Labor law. Unemployment insurance law. Tehran: Doran Publications; 2023. [Persian]

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.