



«ایران» در گفت‌وگو با پزشکان خانواده از نقاط

قوت و ضعف اجرای نظام ارجاع و ضرورت کاهش

هزینه‌های خدمات درمانی گزارش می‌دهد

زخم کهنه نظام سلامت

فریبا خان احمدی خبرنگار

سرّیع و آسان و شبانه‌روزی مردم به خدمات سطح اول نظام سلامت، بهبود و ارتقای نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، ساماندهی خدمات درمانی در کشور، جلوگیری از هدر رفتن بودجه بخش درمان و نیز کاهش سهم هزینه درمان از جیب بیماران و پاسخگویی به نیاهای جدید مردم اشاره کرد. یعنی پزشک خانواده هم کار درمانگری انجام می‌دهد و هم درحوزه پیشگیری، حتی سلامت اجتماعی و روانی مردم را کنترل می‌کند.

دکتر سیامک متقیان پور پزشک خانواده استان فارس، دلیل اصلی اجرایی نشدن نظام ارجاع را نبود عزم ملی و تعارض منافع بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص می‌داند. به این معنا که بعضی‌ها به غلط تصور می‌کنند، اجرای پزشک خانواده بر عملکرد و درآمد متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی تأثیر منفی دارد، درحالی که واقعیت این است، طرح پزشک خانواده روابط ناسالم و معیوب پزشک، داروخانه، آزمایشگاه و بیمار را از بین می‌برد و درنهایت همه پزشکان عمومی در سطوح مختلف بیمار دارند و به‌دلیل مشکلات معیشتی به کارهای زیبایی و مشاغل دیگر روی نمی‌آورند. با همه اینها گرچه اجرای طرح نظام ارجاع هزینه‌های هنگفتی را بر بدنه دانشگاه‌های علوم پزشکی وارد کرد، اما کماکان طبق گفته برخی از پزشکان خانواده شهری اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده طرح فرسایشی و بی‌بازدهی بوده که با گذشت همه این سال‌ها هنوز نقاط قوت و ضعف این طرح با توجه به تجربیات پزشکان خانواده شهری مشخص نشده است.

از طرفی در روزهای گذشته و هم‌زمان با مطرح شدن بحث تعرفه‌های خدمات درمان و گران شدن دخل و خرج سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان خریداران خدمت و سیستم درمان به‌عنوان فروشنندگان خدمات درمانی، موضوع اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده بار دیگر از حاشیه به متن آمده است. متخصصان اقتصاد سلامت بر این باورند، زمانی که اراده ملی و سیاسی برای اجرای این طرح وجود نداشته باشد، کماکان کشمکش‌ها بین خریداران و فروشنندگان خدمات سلامت ادامه خواهد داشت که نتیجه آن ناراضیاتی مردم و کاهش کیفیت ارائه خدمات درمانی، اتلاف امکانات پیچیده درمانی برای درمان بیماری‌های ساده، مصرف بی‌رویه داروها و عدم ثبت سوابق درمانی بیماران و در نهایت افزایش بار هزینه‌های تحمیلی به دولت خواهد بود.

■ **چراپیشگیری اولویت نیست؟**

دکتر سیامک متقیان پور، پزشک خانواده شهری و عضو هیأت‌مدیره انجمن پزشکان عمومی شیراز که از ۱۰ سال گذشته وارد اجرای

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده شده است در پاسخ به اینکه چه چیزی موجب غفلت از اجرای طرح نظام ارجاع و بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها شده است؟ به «ایران» می‌گوید: «اولا باید بگویم اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران به‌صورت پایلوت نبود نه به این دلیل که مدت زمان آن طولانی شده است بلکه به این دلیل که طرح نظام ارجاع از اول هم پایلوت نبود، چرا که پیش از اجرای طرح نظام ارجاع نسخه‌های صفریک و بعد هم نسخه صفر دو به‌عنوان پیشتاز اجرای نظام ارجاع اجرا شد. اما علت اصلی اجرایی نشدن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، تعارض منافع صنوف مختلف پزشکی است.

دکتر متقیان پور در ادامه می‌افزاید: با استقرار نظام ارجاع، ارائه خدمات سلامت از سطح یک شروع می‌شود، یعنی بیمار در قدم اول باید به پزشک عمومی مراجعه کند و چنانچه پزشک به او اجازه داد می‌تواند پیش متخصص برود. درواقع نظام ارجاع به‌عنوان نوعی فیلتر عمل می‌کند که این فیلتر مورد پسند پزشکان متخصص و سندیکیا آنها نیست و به همین دلیل نیز سعی می‌کنند این برنامه اجرایی نشود. البته بحث تعارض منافع در اجرای این طرح در همه جای دنیا مطرح است.

به گفته این پزشک خانواده شهری؛ هر تصمیمی که دولت در زمینه اجرای نظام ارجاع بگیرد، گروهی متضرر و گروهی منتفع می‌شوند ولی واقعیت این است که خصوصی کارها با لایه‌گری‌هایشان اجازه اجرایی شدن چنین طرحی را نمی‌دهند و چون تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت همگی متخصص هستند با رویکرد درمان محور به موضوع نگاه می‌کنند و به رویکرد بهداشت و پیشگیری برای ارتقای سلامت مردم اعتقادی ندارند. بنابراین اینکه عده‌ای اجرای نظام ارجاع را اسرکوب کرده و با سمپاشی و مانع‌تراشی‌ها مردم را با عوانیبه همچون محدودیت دسترسی به پزشک متخصص تحریک می‌کنند، ناشی از تعارض منافع است.دکتر متقیان پور با بیان اینکه نقاط قوت اهمیت ارائه خدمات سطح اول به بیماران برای تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت ملموس نیست، عنوان می‌کند: سخت‌ترین چالش حوزه سلامت کشورها اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده است که علاوه‌بر تعارض منافع از قبولیت مردمی نیز باید برخوردار باشد. همچنین با تغییر و تحولات دولت‌ها و مدیران بالادستی و میانی، طرح‌ها و برنامه‌های مدیران قبلی پیگیری نمی‌شود، درحالی‌که نظام ارجاع به سلامت مردم مربوط است و باید عزم ملی برای اجرای آن ایجاد شود، البته وزیر بهداشت دولت

تا سال ۱۴۰۲ طرح گازرسانی به همه شهرهای سیستان و بلوچستان تکمیل می‌شود

پایان انتظار در صف‌های گاز

صف‌های چند کیلومتری سیلندر گاز مایع که قصه تکراری هرساله مردم شهرستان سیستان و بلوچستان بود امسال با پیگیری‌های کارگروه تأمین گاز و نظارت‌های میدانی مسئولان استان برچیده شده است. حالاً مردمی که تا همین چند ماه پیش طبق روال هرساله باید ساعت‌ها در صف‌های طولانی چشم‌انتظار خودروه‌های حمل سیلندر گاز بوده‌و در گرمای سوزان تابستان یا سرمای استخوان سوز منظرهمی‌ماندند تا شاید یک کپسول گاز نصب‌شان شود دیگر نگران کمبود گاز نیستند.

یادداشت

مادر کودک نجات یافته از چاه:

پسرم ۶ روز کنار مورچه‌ها زندگی کرده بود

پسربچه ۶ ساله‌ای که پس از ربوده شدن از سوی مرد تبهکار به داخل چاه ۴۰ متری پرت شده اما به طرز معجزه‌آسایی زنده مانده بود جزئیات این حادثه را برای خانواده‌اش بازگو کرد.



فعلی اولین حرفی که در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی بر زبان آورد اجرای پزشک خانواده بود که دنیا نیز همین مسیر را پیموده است. این پزشک خانواده شهری در ادامه به برخی تجربیات و نقاط قوت و ضعف اجرای نظام ارجاع اشاره می‌کند و می‌گوید: استان فارس اولین استانی بود که برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده را سریع اجرا کرد و ۱۰ سال است ما مشکلات متعددی داریم که تصمیم‌گیران حاضر نیستند به این مشکلات متعدد ورود کنند. اولاً که زیرساخت و فرهنگ‌سازی مناسب نبود و شروع شتاب‌زده آن در دولت دهم به دلیل مسائل سیاسی بود و هیچ وقت عزم ملی و سیاسی برای تسهیل و ارتقای این برنامه وجود نداشته است.

به‌عنوان مثال هنوز منابع مشخص مالی برای این برنامه معین نشده است و پرداخت بیمه‌ها برای پزشکان خانواده که از راه دیگری درآمد ندارد همیشه تأخیر دارد. از طرفی از روز نخست که برنامه را شروع کردند، قرار بود سرانه تیم پزشک خانواده را بر اساس نرخ تورم در نظر بگیرند. اما بعد از ۱۰ سال سرانه به نسبت تورم و هزینه‌ها بالا نرفته است، برای همین دخل و خرج پزشک خانواده با هم تناسبی ندارد. طبق دستورالعمل، پزشک خانواده باید ۱۲ درصد از سرانه کلی را به مراقب سلامت(ماما یا مراقب سلامت بهداشت) بدهد، اما این سرانه از کف حقوق اداره کار نیز پایین‌تر است. علت نازل بودن سرانه به تصمیم سازمان‌های بیمه‌گر برمی‌گردد که چون نگاه‌های اقتصادی هستند نگاه علمی در بیمه‌ها برای خرج و مخارج هزینه‌های بهداشت مردم وجود ندارد.

او درباره چگونگی اجرای برنامه پزشک خانواده نیز می‌گوید: ۲۵۰۰ نفر جمعیت را برای یک پزشک در نظر می‌گیرند. این پزشک باید ۲۵۰۰ نفر را از نظر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پوشش دهد. بنابراین بیماری که برای دریافت خدمات بهداشتی مراجعه می‌کند در تور حلقه بهداشت و درمان گیری می‌افتد و بیماری‌های زمینهای اش از جمله دیابت، قند خون و فشار خون‌اش تشخیص داده می‌شود. پزشک نیز به ازای هر یک از افراد تحت پوشش، ماهانه سرانه‌ای را دریافت می‌کند. از طرفی قبلاً ویزیت پزشک خانواده رایگان بود اخیراً افزایش ۶ درصدی را برای ویزیت و ۱۰ درصد برای دارو در نظر گرفته‌اند و تزیزیقات نیز رایگان است. در فرم ارجاع به متخصص نیز ۱۰ درصد ویزیت متخصص را پرداخت می‌کنند که همه اینها به کاهش هزینه‌های درمانی کمک می‌کند.

■ **ضرورت تشکیل ستاد بررسی موانع و نقاط ضعف نظام ارجاع از سوی دولت**
دکتر فیروزی یکی از پزشکان خانواده که تجربه سال‌ها ارائه خدمات سطح یک شکل‌گیری نظام ارجاع هستیم. در شکل کلی، این خدمات متکی بر اصول اقتصادی سالم و اصل کلی فایده - اثربخشی است و براین اساس بهینه‌ترین حالت آن است که هر نیاززی پاسخ همسطح مناسب خود را دریافت کند. در این سیستم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانند درجات مختلف تحصیلی داشته باشند؛ برای مثال افراد دارای مدارک از سیکل تا دکترا و فوق‌دکترا هستند. اصل مهم در این شیوه این است که نیازی نیست ساده‌ترین خدمت مورد نیاز توسط افراد با مدرک فوق‌دکترا ارائه شود و قطعاً بزرگ‌ترین اشتباه ممکن به وسیله بیمه‌ها پوشش داده شود چراکه این هزینه‌ها می‌توانند آسیب‌های اقتصادی فراوانی به طبقات فرودست و متوسط جامعه وارد کنند.

شاید جامع‌ترین اصل قابل تعمیم در زمینه ارائه خدمات که مبتنی بر عقل و علم باشد، قانون و اصول «فایده - اثربخشی» باشد. با همین اصل بسیار ساده می‌توان همه خدمات ارائه شده در سطوح مختلف در جهان را عقلانی و منطقی یا غیرعقلانی و غیرمنطقی ارزیابی کرد.

بر اساس اصل فایده و اثربخشی متوجه می‌شویم که با چه هزینه‌ای چه میزان اثربخشی را موجب شده‌ایم و آیا آن هزینه برای آن میزان اثربخشی منطقی و ممکن هست یا نیست.

در حوزه خدمات سلامت هم می‌توان دقیقاً همین اصل را در نظر گرفت و بر اساس آن عملکرد سیستم‌ها، مجموعه‌ها و افراد را سنجید. برای ارائه خدمات درمانی و بهداشتی، سیستم‌های متنوع و گوناگونی در جهان شکل گرفته‌اند اما پس از آزمون و خطاهای فراوان به‌نظر می‌رسد که حالا چند سیستم محدود در تمام کشورهای جهان به‌کار گرفته می‌شود که ممکن است تفاوت‌های جزئی در نحوه سیاستگذاری و اجرا با هم داشته باشند.

در آغاز بحث باید یادمان باشد که خدمات بهداشت و درمان جزو گران‌ترین خدمات ارائه شده در جهان هستند که به‌خاطر تخصصی بودن خدمات و ارائه آن توسط نخبه‌ترین افراد جامعه و نیاز به وسایل و تجهیزات گرانقیمت، قیمت تمام شده آنها بسیار گران است و به‌همین دلیل است که در سرتاسر جهان تلاش شده است تا این هزینه‌ها توسط بیمه‌ها مدیریت شود و فایده و اثربخشی آنها به‌ایده‌آل‌ترین و مناسب‌ترین حالت برسد. البته دریافت خدمات آزاد با پرداخت هزینه آن در بسیاری از نقاط جهان ممکن است اما حتی در آزادترین اقتصادهای جهان هم تلاش شده است تا هزینه ارائه خدمات به جامعه عمومی به وسیله بیمه‌ها پوشش داده شود چراکه این هزینه‌ها می‌توانند آسیب‌های اقتصادی فراوانی به طبقات فرودست و متوسط جامعه وارد کنند.

در این سیستم‌های متکی بر عملکرد بهینه اقتصادی در جای‌جای جهان شاهد طبقه‌بندی سطوح ارائه خدمات و شکل‌گیری نظام ارجاع هستیم. در شکل کلی، این خدمات متکی بر اصول اقتصادی سالم و اصل کلی فایده - اثربخشی است و براین اساس بهینه‌ترین حالت آن است که هر نیاززی پاسخ همسطح مناسب خود را دریافت کند. در این سیستم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانند درجات مختلف تحصیلی داشته باشند؛ برای مثال افراد دارای مدارک از سیکل تا دکترا و فوق‌دکترا هستند. اصل مهم در این شیوه این است که نیازی نیست ساده‌ترین خدمت مورد نیاز توسط افراد با مدرک فوق‌دکترا ارائه شود و قطعاً بزرگ‌ترین اشتباه ممکن به وسیله بیمه‌ها پوشش داده شود چراکه این هزینه‌ها می‌توانند آسیب‌های اقتصادی فراوانی به طبقات فرودست و متوسط جامعه وارد کنند.

در این سیستم‌های متکی بر عملکرد بهینه اقتصادی در جای‌جای جهان شاهد طبقه‌بندی سطوح ارائه خدمات و شکل‌گیری نظام ارجاع هستیم. در شکل کلی، این خدمات متکی بر اصول اقتصادی سالم و اصل کلی فایده - اثربخشی است و براین اساس بهینه‌ترین حالت آن است که هر نیاززی پاسخ همسطح مناسب خود را دریافت کند. در این سیستم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانند درجات مختلف تحصیلی داشته باشند؛ برای مثال افراد دارای مدارک از سیکل تا دکترا و فوق‌دکترا هستند. اصل مهم در این شیوه این است که نیازی نیست ساده‌ترین خدمت مورد نیاز توسط افراد با مدرک فوق‌دکترا ارائه شود و قطعاً بزرگ‌ترین اشتباه ممکن به وسیله بیمه‌ها پوشش داده شود چراکه این هزینه‌ها می‌توانند آسیب‌های اقتصادی فراوانی به طبقات فرودست و متوسط جامعه وارد کنند.

در این سیستم‌های متکی بر عملکرد بهینه اقتصادی در جای‌جای جهان شاهد طبقه‌بندی سطوح ارائه خدمات و شکل‌گیری نظام ارجاع هستیم. در شکل کلی، این خدمات متکی بر اصول اقتصادی سالم و اصل کلی فایده - اثربخشی است و براین اساس بهینه‌ترین حالت آن است که هر نیاززی پاسخ همسطح مناسب خود را دریافت کند. در این سیستم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانند درجات مختلف تحصیلی داشته باشند؛ برای مثال افراد دارای مدارک از سیکل تا دکترا و فوق‌دکترا هستند. اصل مهم در این شیوه این است که نیازی نیست ساده‌ترین خدمت مورد نیاز توسط افراد با مدرک فوق‌دکترا ارائه شود و قطعاً بزرگ‌ترین اشتباه ممکن به وسیله بیمه‌ها پوشش داده شود چراکه این هزینه‌ها می‌توانند آسیب‌های اقتصادی فراوانی به طبقات فرودست و متوسط جامعه وارد کنند.



دکتر امیر ماردنی مدیر روابط عمومی سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ

اجرای سیستم ارجاع، منطبق بر اصل کلی

هزینه - اثربخشی است

یادداشت