

«ایران» چالش‌های صلاحیت پزشکان شاغل در «سیستم نظام ارجاع» را بررسی می‌کند

بازگشت پزشک خانواده

برنده واقعی اجرای پزشک خانواده، مردم هستند

فریبا خان احمدی
خبرنگار

با وجود پشت سر گذاشتن سه برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه و تأکید اسناد بالادستی بر اجرای پزشک خانواده، هنوز اجرای این برنامه با وجود تأکید مکرر رهبر معظم انقلاب به منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت درجا می‌زند به طوری که با ایجاد زیرساخت‌های پرورنده الکترونیک سلامت و تلاش‌های جسته و گریخته برای اجرای این طرح در دو استان مازندران و فارس همچنان اجرای این طرح متریقی در نظام سلامت، به بلوغ نرسیده است. طری‌کی که به زعم متخصصان؛ با کاهش تقاضای القایی و ارتقای شاخص‌های سلامت در حوزه پیشگیری و غربالگری بیماری‌ها، نجات بخش اقتصاد سلامت کشور خواهد بود. قرار بود با اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، دسترسی به خدمات درمانی ارزان افزایش پیدا کند و هزینه‌های نظام سلامت در این بخش کنترل شود اما اجرای ناقص نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، علاوه بر اینکه جایگاه پزشک عمومی در نظام سلامت را خدشه‌دار کرده، به افزایش هزینه‌های نظام سلامت نیز دامن زده است، یعنی نه تنها اجرای نصف و نیمه آن در روستاها و دو استان مازندران و فارس به شکست منتهی شده بلکه هزینه‌های افسارگسیخته نظام سلامت نیز کمکان ادامه دارد. به گونه‌ای که رئیس جمهور نیز هفته گذشته در نشست هم‌اندیشی با جمعی از مدیران و متخصصان نظام بهداشت و درمان خواستار تحول در نظام سلامت با هدف کاهش هزینه‌ها و ارتقای شاخص‌های سلامت شد. دکتر ابراهیم رئیس‌یابراز نگرانی نسبت به افزایش مهاجرت پزشکان به روستاها و ضرورت تقویت شبکه جامع بهداشت کشور با اتکا به روش ارجاع تأکید کرد و از وزیر بهداشت خواست تا اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده را که تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش هزینه‌ها و بستری‌ها دارد، با جدیت پیگیری کند.

با این همه گرچه که روزنامه «ایران» در شماره‌های قبلی به سلسله گزارش‌هایی در زمینه نظام ارجاع و پزشک خانواده پرداخته است اما پرس و جوی ما از مردم و بیماران نشان می‌دهد، هنوز خیلی از مردم، تصویری درباره برنامه پزشک خانواده ندارند و گاه‌ا‌ا اجرای نظام ارجاع را به شکل یک دردرس جدید یا یک مانع برای دسترسی به پزشک متخصص می‌بینند و پیش از زمینه ذهنی درستی درباره مزایای برنامه پزشک خانواده در باور عمومی شکل گرفته‌است. اما عدا‌ی از نبود زیرساخت‌های فرهنگی برخی از منتقدان این طرح معتقدند، پزشک عمومی صرفاً با وجود مراجعه بیماران به پزشک متخصص می‌شود و سایر اهداف نظام ارجاع و پزشک خانواده مثل آموزش خودمراقبتی و تجویزهای پیشگیرانه اجرایی نمی‌شود. به باور آنها، این شرایط موجب می‌شود که ما از مدل پزشک خانواده واقعی و علمی که در کشورها توسعه یافته از جمله انگلیس اجرا می‌شود، فاصله بگیریم. در این گزارش ما سعی کرده‌ایم موضوع نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده را بخوبی برای مخاطبانمان تبیین کنیم و به‌طور شفاف به مزایا و ساختار اجرایی آن بپردازیم.

■ در نظام ارجاع مراجعه به پزشک متخصص محدودیت دارد
دکتر مسعود مشایخی مدیرکل دفتر خدمات عمومی سازمان بیمه سلامت برای اینکه موضوع را برای مخاطبان ما بخوبی تبیین کند یک سری مفاهیم کلیدی پیرامون برنامه اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده که بعضاً از این عبارات ججا استفاده نمی‌شود، تعریف می‌کند. اولین نکته‌ای که او بدان اشاره می‌کند تعریف درست نظام سلامت است. نظام سلامت مجموعه قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌هایی است که از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل پزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مؤسسات پاراکلینیکی و همچنین خریداران خدمات سلامت یعنی بیمه‌ها ارائه می‌شود.

خریداران یا تأمین‌کنندگان خدمات سلامت در دنیا دو نوع هستند. در نوع اول؛ تأمین‌کننده خدمات NHS با طب عمومی از منابع عمومی دولت تأمین می‌شود که در وزارت بهداشت متمرکز است از طرفی وزارت بهداشت بخشی از سیاستگذار نظام سلامت است و بخش دیگر نظام سلامت، مجلس شورای اسلامی است

به گفته دکتر مشایخی، تأمین‌کننده منابع خرید خدمت در کشور ما سازمان‌های بیمه‌گر هستند که بخشی از هزینه‌های آن از منابع عمومی دولت تأمین می‌شود که در وزارت بهداشت متمرکز است از طرفی وزارت بهداشت بخشی از سیاستگذار نظام سلامت است و بخش دیگر نظام سلامت، مجلس شورای اسلامی است که در تدوین قوانین نقش دارد بنابراین نظام سلامت شامل اجزا و ارکانی است که به نوعی در سلامت تأثیرگذار هستند از جمله صنف پزشکان که در سازمان نظام پزشکی متمرکز است یعنی

به گفته دکتر مشایخی، تأمین‌کننده منابع خرید خدمت در کشور ما سازمان‌های بیمه‌گر هستند که بخشی از هزینه‌های آن از منابع عمومی دولت تأمین می‌شود که در وزارت بهداشت متمرکز است از طرفی وزارت بهداشت بخشی از سیاستگذار نظام سلامت است و بخش دیگر نظام سلامت، مجلس شورای اسلامی است که در تدوین قوانین نقش دارد بنابراین نظام سلامت شامل اجزا و ارکانی است که به نوعی در سلامت تأثیرگذار هستند از جمله صنف پزشکان که در سازمان نظام پزشکی متمرکز است یعنی



حسب توصیه از اطرافیان یا مراجعات متعدد به انواع تخصص‌های پزشکی گاهی اقداماتی انجام می‌دهند که زبان آور است برای مثال یک پزشک ممکن است برای تشخیص بیماری آزمایش‌های پاراکلینیکی تجویز کند پزشک دیگری بیمار را برای انجام ام آر آی یا عکس برداری و سونوگرافی و... درمات پزشکان بدرستی طی نشود. وجود پزشک خانواده موجب می‌شود از اقدامات تشخیصی و درمانی زیان آوراختاب شود.

او در ادامه با اشاره به کاهش تقاضای القایی و مدیریت هزینه‌های منابع مالی بیمه‌ها نیز می‌گوید: پزشک خانواده موجب می‌شود بیمار در مسیر نظام ارجاع خدمات دریافت کند بنابراین هزینه اثربخشی بالا می‌رود و منابع مالی بیمه‌ها نیز هدر نمی‌رود و چون بیمه هزینه‌های غیرواقعی ندارد بیمار نیز هزینه کمتری می‌پردازد و در نهایت برنده ماجرا، مردم هستند که هم برای سلامت‌شان متولی پیدا می‌کنند و هم منحل خدمات تشخیصی و درمانی زیان آور نمی‌شوند.

■ بی‌توجهی به نظام ارجاع و افزایش مهاجرت پزشکان عمومی
دکتر مشایخی درباره چگونگی تعیین پزشک خانواده و حدود صلاحیت‌هایش نیز عنوان می‌کند: اصل پزشکی خانواده بر این است که جمعیت مشخصی برای یک پزشک خانواده تعریف می‌شود. جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در سطح اول خدمات به او مراجعه می‌کنند و چنانچه بیمه شده نیاز به خدمات سطح دوم داشته باشد به پزشک متخصص در همان سیستم پزشکی خانواده ارجاع داده می‌شوند. محدودیت‌ها شامل مراجعه مستقیم بیمه شده به پزشک متخصص است در حالی که در نظام پزشکی خانواده برای فرد پزشک خانواده تعریف شده و جمعیت تحت پوشش آن نیز متفاوت است. در واقع پزشک خانواده متولی مردم است یعنی مردم صاحب متولی برای پیگیری خدمات سلامتی‌شان می‌شوند بدین ترتیب که چنانچه بیمه شده دچار عارضه یا کسالتی شود دیگر سرگردان پیدا کردن پزشک متخصص نیست بلکه طبق برنامه پزشکی خانواده پیگیری درمان فرد بیمه شده توسط متولی آن انجام می‌گیرد و اینکه مسئولیت بیمار با چه کسی است، مشخص می‌شود یعنی پزشک خانواده تشخیص می‌دهد که بیمار چه مسیری را باید طی کند.

نیز عنوان می‌کند: صلاحیت یک پزشک در امور درمانی حاصل دانش، تجربه و مهارت پزشک است و بسته به این مؤلفه‌ها صلاحیت پزشک خانواده تعریف می‌شود. اما آیا پزشک خانواده صلاحیت این را دارد اقدام درمانی روی چشم بیمار انجام دهد یا خیر؟ و به‌طور کلی مزایای نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده چیست؟ دکتر مشایخی پاسخ می‌دهد: مهم‌ترین مزیت پزشکی خانواده این است که مردم برای سلامت‌شان متولی پیدا می‌کنند و اطمینان خاطر دارند که هر نوع عارضه و مشکلی که دارند متولی به نام پزشک خانواده دارد. مزیت دوم، کاهش تقاضای القایی و هزینه‌ها است. به این معنا که وقتی بیمه شده یا مردم متولی به نام پزشک خانواده ندارند

آسیب‌های ریل گذاری سنتی نظام سلامت بر سلامت مردم



دکتر احمد مهری
اییدمیولوژیست

پداداشت

نظام سلامت وارد میدان گسترده و پیچیده‌تری شده است. از سوی دیگر عامل بیماری‌ها دیگر یک عامل عفونی نیست و عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز به عوامل بروز بیماری‌ها پیوسته‌اند. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد در ۵۰ سال اخیر، پدیده‌های جدیدی نظام سلامت را در ایران تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سویی جمعیت کشور با سالمند شدن، شاهد رشد چشمگیر سرطان‌ها، دیابت، سکنه‌های قلبی و ناتوانی‌های ناشی از آن خواهد شد. مقاومت آنتی‌بیوتیکی به‌عنوان دلایل اصلی مرگ مطرح می‌شود، بیماری‌های جدیدی ظهور خواهد کرد و اثرات محیط‌زیست بر پیامدهای سلامتی جدی‌تر خواهد شد.

حال که دورنمای سلامتی در ایران به‌عنوان دغدغه جدی پژوهشگران و کارشناسان بهداشت و درمان مطرح است، باید اثرات این پیامدهای نامطلوب در آینده به حداقل برسد. پدیده‌ای که به جای سخنرانی کردن، شعار دادن، وعده دادن و آرزو کردن، نیاز به اقدام عملیاتی، با تکیه بر شواهد معتبر دارد.

تمام کارشناسان و پژوهشگران نظام سلامت معتقدند از آنجایی که انسان سالم محور توسعه پایدار است، عملاً برای تحقق داشتن انسان سالم، دیگر ساختن بیمارستان‌ها، تجهیزات پاراکلینیکی و توسعه کمی دارو‌ها نمی‌تواند منجر به حفظ و ارتقای سلامت شود. آنچه به‌عنوان اقدام عملیاتی باید مدنظر باشد، تقویت ساختار بیماریابی فعال در بیماری‌های عفونی و غیرواگیر، حرکت به سمت سبک زندگی سالم، تحقق اقتصاد سلامت خانواده‌ها و گسترش خودمراقبتی است.

کشورهای دنیا به این نتیجه رسیده‌اند که اگر یک دلار به‌طور واقع‌بینانه در دست در بخش تشخیص زودهنگام، توسعه تغذیه سالم و اصلاح سبک زندگی هزینه شود، بین ۱۰ تا ۲۰ دلار در بخش درمان صرفه‌جویی می‌شود. بیش از نیمی از سرطان‌ها قابل پیشگیری‌اند؛ سرطان‌هایی که هزینه‌های درمان آن در این دوران تحریم سرسام‌آور است. حدود ۸۰ درصد از بیماری‌های غیرواگیر به‌دلیل سبک زندگی ناسالم بروز می‌کنند. نبود فعالیت فیزیکی و عدم دسترسی به غذای سالم باعث بروز سالانه صدها هزار مرگ و میر در ایران و جهان می‌شود. این وضعیت هر چند نگران‌کننده است اما از جهاتی هم امیدوارکننده است که با تمرکز عملیاتی می‌توان جلوی این روند رو به رشد نگران‌کننده بیماری‌ها و عوامل خطر ایستاد.

متأسفانه با وجود هشدارهای متعدد کارشناسان بهداشت و درمان، مجلس شورای اسلامی و دولت، همچنان بر تمرکز اعتبارات در بخش درمان تأکید دارند و تصور می‌کنند با گسترش بیمارستان‌ها (که مقدار استانداردش نیاز است)، می‌توانند باعث حفظ و ارتقای سلامت مردم شوند اما راهکار درست، توسعه خدمات اولیه تشخیص، غربالگری، مشاوره و... در بخش مراکز جامع سلامت است تا بتوان جلوی بار سهمگین بیماری‌ها را گرفت.

دسترسی مردم به خدمات تشخیصی سرطان‌ها، قلب و عروق و... از مسیر گسترش شبکه‌های بهداشت کشور به‌طور جد مورد غفلت قرار گرفته است چرا که ریل‌گذاری سنتی به دور از توجه به نیازهای سلامت جامعه، کارایی کافی را برای تحقق سلامت جامعه ندارد. مراکز بهداشتی نیز خالی از نیروی انسانی است حال که بیش از ۳۰ خدمت مهم برای این ساختار تعریف شده است. نیروی انسانی موجود نیز به‌طور جد، خسته شده‌اند و مورد حمایت قرار نمی‌گیرند. دعوا بر سر مسابقه آماری‌های شاخص‌ها بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و کمی‌نگری به جای کیفی‌نگری، نظام بهداشت کشور را گرفتار کرده است و نمی‌گذارد برای نیازهای سلامت اقدام عملیاتی صورت گیرد.

با وجود این، مسیر تحقق ارتقای سلامت، از معبر بهبود سبک زندگی، تقویت خدمات پیشگیری محور، دسترسی به تغذیه سالم و از همه مهم‌تر تشخیص زودهنگام بیماری‌ها می‌گذرد. تشخیص سریع فشار خون، دیابت، سرطان کولون، معده، مری، پستان و مثانه به‌طور جد باید دنبال شود و جایگاه تحقق آن نیز مشارکت مردم، توجه به تقویت ساختار شبکه‌های بهداشتی و دسترسی راحت‌تر مردم به خدمات است.

وقتی تعداد بیمار مشخصی به پزشک مراجعه کند تمرکز پزشک برای تشخیص و درمان بیماری بیشتر می‌شود چرا که پزشک سوابق خانوادگی بیمار را می‌داند، نسبت به حساسیت‌های دارویی و داروهای مصرفی بیمار شا آگاه است و با آرامش خاطر بیشتری خدمت می‌کند. همچنین باید گفت که کار پزشک خانواده فقط ویزیت بیمار نیست بلکه تیمی از نیروهای مراقب سلامت، به‌ورز و پزشک، غربالگری و تشخیص بیماری را انجام می‌دهند آن هم با حداقل هزینه

قرار می‌دهد و منفعت مالی برایش ندارد. او با بیان اینکه درآمد پزشک متخصص تابع تعداد مراجعان بیمه شده است، عنوان می‌کند: درآمد پزشک خانواده ناشی از تعداد مراجع نیست بلکه بخش عمده‌ای از درآمد پزشک به پزشک سرانه پرداخت می‌شود و درآمد پزشک خانواده به تعداد مراجعان بستگی ندارد و پزشک دغدغه‌ای از بابت درآمد و جمعیت مراجعه‌کننده ندارد هر چند که خریدار خدمت این حق را برای مردم قابل شده که تا دو بار اجازه دارد پزشکشان را عوض کند.

تجارب دنیا نشان داده است تنها راه نجات مدیریت نظام سلامت و منفعت مردم استقرار کامل و درست نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده است. مقایسه نظام سلامت کشورهای آمریکا و انگلیس نشان می‌دهد در آمریکا مردم در گرفتن خدمات سلامت و پزشکان در ارائه خدمات آزادی عمل دارند یعنی نظام سلامت آمریکا این حق را به مردم می‌دهد هر آنچه می‌خواهند دریافت کنند البته مردم، دولت‌ها و بیمه‌ها هزینه‌های زیادی را صرف می‌کنند و جالب آنکه هر سه نیز ناراضی‌اند. در انگلیس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده وجود دارد و هزینه‌های نظام سلامت در آن یک پنجم کشور آمریکا است. به‌رغم آنکه نظام ارجاع در دسترسی

اینکه بیمار پذیرد که قرار نیست با دیدن علائم بیماری بلافاصله به پزشک فوق تخصص مراجعه کند، راه دشواری است و چه بسا گذشتن از هفت خان رستم است. با این حال آن‌طور که دکتر کمال حیدری تأکید دارد؛ امسال وزارت بهداشت عزمش را جزم کرده تا پزشک خانواده را از سال ۱۴۰۱ اجرایی کند. به گفته معاون بهداشت، اجرای برنامه پزشک خانواده منجر به کاهش بار بیماری‌ها و عدالت در دسترسی به خدمات پزشکی و منطقی شدن تجویز دارو و درمان می‌شود

کار پزشک خانواده فقط ویزیت بیمار نیست بلکه تیمی از نیروهای مراقب سلامت، به‌ورز و پزشک، غربالگری و تشخیص بیماری را انجام می‌دهند آن هم با حداقل هزینه.

دکتر مشایخی با اشاره به برخی از نارضاایت‌ها در ارائه خدمات پزشکی نیز عنوان می‌کند: یکی از تفاوت‌های بازار سلامت با بازارهای دیگر، بازار اجتماعی و اقتصادی آن است. در بازار اجتماعی منفعت بیشتر بر رضایت مشتری است. در نظام سلامت منفعت بیمار با مصلحت وی همراه است. ممکن است بیمار نیازمند خدمات باشد اما نسبت به آن‌جم رضایت نداشته باشد مانند عمل جراحی. در حالی که منفعت بیمار در این است که جراحی شود. ممکن است این جراحی منجر به نارضاایتی بیمار شود یعنی نوعی شکاف اطلاعاتی بین گیرنده و ارائه‌دهنده خدمات وجود دارد. پزشک منفعت بیمار را در نظر می‌گیرد در حالی که بیمار نسبت به منفعتش آگاه نیست. این‌طور به نظر می‌رسد که اجرای پزشک خانواده به‌دلیل محدودیت در مراجعه به پزشکان، نارضاایتی بین مردم ایجاد می‌کند در حالی که پزشک خانواده جمعیت خاص را تحت پوشش

حالی که بیمار نسبت به منفعتش آگاه نیست. این‌طور به نظر می‌رسد که اجرای پزشک خانواده به‌دلیل محدودیت در مراجعه به پزشکان، نارضاایتی بین مردم ایجاد می‌کند در حالی که پزشک خانواده جمعیت خاص را تحت پوشش