می‌کند. وقتی برنامه پزشکی خانواده در فارس اجرا می‌شد، همه به دنبال این مفهوم بودند که باید روی مولفه‌های سلامت مردم تاکید شود. یعنی این‌که یک بیمار دیابتی قبل از این‌که نیاز به دیالیز داشته باشد، شناسایی شده و تحت مراقبت قرار بگیرد.

وی ادامه داد: مردم در حوزه سلامت همچنان احساس می‌کنند که پناهگاهی وجود دارد و نباید این احساس امنیت از دست برود. در طرح‌های آزمایشی اجرا شده در استان‌ها نیز تاکید شده که این طور رفتار شود.

همکاری پزشکان با برنامه پزشکی خانواده

وجه دیگر اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پزشکان هستند؛ در واقع، پزشکان مجریان واقعی این برنامه خواهند بود و اگر همکاری پزشکان وجود نداشته باشد یا باور به این برنامه شکل نگیرد، برنامه فقط روی کاغذ اجرا می‌شود و در عمل نتیجه‌ای نخواهد داشت.

دکتر عسکری در این زمینه بیان کرد: یکی از مشکلات، تعداد پزشکان عمومی همکار در طرح پزشکی خانواده شهری است؛ اگر یک شهر ۹۰ هزار نفری در این طرح باشد و هر ۳ هزار نفر به یک پزشک عمومی منتسب شوند، آن شهر به ۳۰ پزشک عمومی نیاز دارد که البته اغلب این تعداد پزشکی عمومی در هر شهر حضور دارند؛ اما امکان دارد جامعه پزشکی که اعلام همکاری کرده‌اند حدود ۵ نفر باشند. رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ادامه داد: در حال حاضر وضعیت در همکاری متخصصان بسیار بهتر است؛ بر اساس ورژن جدید برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، حدود ۸۵ تا ۹۰ درصد متخصصان مورد نیاز در شهرهای پایلوت حضور دارند. در سطح دو و سه خدمات سلامت درخواست شده که ریاست دانشگاه علوم پزشکی با متخصصان صحبت کرده و تعهدات لازم را ارائه کند و این ارتباط دو طرفه شکل بگیرد. با شکل‌گیری تعامل به نظر می‌رسد در همکاری متخصصان در سطح دوم خدمات سلامت، مشکلی نخواهیم داشت.

برنامه‌ای دستوری یا اصلاحات واقعی در نظام سلامت

در این‌که برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌تواند اصلاحات متعددی در نظام ارائه خدمات سلامت ایجاد کند، هیچ شکی نیست؛ اما این هم بدیهی است که اجرای این برنامه با چالش‌های متعددی در نظام سلامت همراه خواهد بود. از طرفی مردم اطلاع چندانی از اجرای آن ندارند و در واقع تا زمانی که برنامه در شهرهای بیشتری گسترش پیدا نکرده، میزان همراهی اجتماعی به طور دقیق مشخص نخواهد شد و نمی‌توان گفت که مردم تا چه میزان از مزایای آن اطلاع پیدا کرده‌اند.

اجرای برنامه به طور رسمی از اول تیر ماه ۱۴۰۵ در ۲۵ شهرستان آغاز شد و سپس در مرحله دوم، ۲۰ شهرستان دیگر نیز به این برنامه پیوستند که مجموع آن به ۴۵ شهرستان رسید. همچنین ۱۹ شهر دیگر در شهریور ماه به اجرای برنامه ملحق شده و بدین ترتیب، برنامه در ۶۴ شهر در سال جاری اجرا می‌شود.

دکتر علیرضا رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه گفت: در دوره‌ای که دکتر پزشکیان، وزیر بهداشت بودند، برنامه پزشکی خانواده در روستاها آغاز شد و ایشان در دوره رئیس جمهوری، به دنبال اجرای قانون و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع هستند. قبل از این، در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر که حدود ۳۰ میلیون نفر جمعیت را شامل می‌شود، شکلی از این برنامه وجود داشت. در حدود یک سال اخیر، جلسه‌های کارشناسی مختلفی برگزار شد و حتی رئیس جمهوری نیز در جلسه‌ها حضور داشته و پیگیری کردند. برای اجرای برنامه پزشکی خانواده، بهترین مسیر این است که از هر دانشگاه علوم پزشکی، یک شهرستان انتخاب شده و در آن استان، برنامه اجرا شده و معایب مشخص شده و سپس به سایر شهرستان‌های یک استان، تسری پیدا کند.
وی ادامه داد: یکی از اصول اساسی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، دسترسی به خدمات و عدالت در سلامت است؛ رئیس جمهوری نیز در صحبت‌های خود اشاره کرده‌اند که نمی‌شود در یک گوشه از کشور، خدمتی ارائه شده و در جای دیگر، هیچ خدمتی ارائه نشود.