



مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران مطرح کرد

زمینه اجرای «نسخه ۰۳» فراهم است

گزارش

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان مازندران تجارب به دست آمده از اجرای طرح پزشک خانواده به صورت پایلوت در این استان و نیز استان فارس را بسیار ارزشمند توصیف کرد؛ به گونه‌ای که با جمع تجارب به دست آمده در طول ۱۰ سال، امکان پیاده‌سازی «نسخه ۰۳» پزشک خانواده فراهم است.



زهراتوسلی

روزنامه‌نگار

پزشک خانواده لازم است

محمد خورشیدی در وبینار «ارزایی طرح پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی» که از سوی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برگزار شد، افزود: «لزوم اجرای پزشک خانواده بر کسی پوشیده نیست و برای مدیریت مسائل درمانی و بهداشتی جامعه نیازمند اجرای این طرح هستیم.» وی اظهار کرد: «طرح پزشک خانواده در دو استان مازندران و فارس به مدت ۱۰ سال است که به صورت پایلوت اجرا می‌شود و می‌توان گفت یکی از طولانی‌ترین طرح‌های پایلوت دنیا به شمار می‌رود.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران با بیان اینکه تجارب بسیار خوبی در زمینه پزشک خانواده در این دو استان به دست آمده است، گفت: «مسائل و مشکلات و نیز راه‌حل‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی که در اجرای طرح پزشک خانواده در این دو استان به دست آمده، تجارب بارز می‌باشد که استفاده از آن امکان فراگیر شدن طرح را در سایر استان‌ها فراهم می‌کند و وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و متولیان پزشک خانواده می‌توانند از تجارب دو استفاده کنند.» خورشیدی تصریح کرد: «تجارب به دست آمده از اجرای طرح در شهرها و مناطق این دو استان منجر به ایجاد مصوباتی شده است که چنانچه جمع‌بندی شود، می‌توان از آن نسخه ۰۳ را به دست آورد که نسخه اجرایی پزشک خانواده در کشور می‌شود.» وی با اشاره به روند اجرای نسخه ۰۲ در مازندران، افزود: «به مدت هشت سال مقاومت کردیم که بیماران در این طرح فرانشیز پرداخت نکنند، اما این اتفاق افتاد و بیمه‌شدگان اخیراً با پرداخت ۶ هزار تومان به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران اظهار کرد: «اگر بیمار به متخصص ارجاع شود، تنها ۱۰ درصد فرانشیز پرداخت می‌کند و چنانچه به طور مستقیم به متخصص مراجعه کند ۲۰ درصد فرانشیز پرداخت خواهد کرد.» خورشیدی گفت: «تسخن‌نویسی پزشک خانواده در داروخانه و پاراکلینیک، شامل ۱۰ درصد فرانشیز در داروخانه و ۳۰ درصد فرانشیز در پاراکلینیک است. همچنین تسخن‌نویسی پزشک متخصص اگر مراجعه مستقیم انجام شود، مشمول پرداخت ۲۰ درصد فرانشیز نسخ داروخانه و پاراکلینیک است.» وی تصریح کرد: «در بیمارستان نیز فرانشیز پرداختی در درمان سرپایی ۱۰ درصد و درمان بستری در صورت غیر ارجاعی بودن ۳۰ درصد است؛ اما فرانشیز بستری با فرم ارجاع ۵ درصد فرانشیز دارد و بدون فرم ارجاع نیز مشمول پرداخت ۱۰ درصد فرانشیز است که در سیستم پزشک خانواده اجرا و عملیاتی می‌شود.»

دروازه بانان سلامت عمومی

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران با اشاره به دستوردهای پزشک خانواده در مدت ۱۰ سال اجرای پایلوت، افزود: «یکی از مهمترین این دستوردها، تقویت جایگاه پزشکان عمومی است؛ ابتدای برنامه و از سال ۹۲ پزشکان عمومی به عنوان دروازه بانان سلامت در پزشک خانواده مطرح شدند؛ زیرا مردم باید به این پزشکان مراجعه و در صورت نیاز به متخصص ارجاع شوند.» خورشیدی اظهار کرد: «همچنین در بحث پزشک خانواده، در زمینه توسعه حوزه خدمات، نیز دستوردهای خوبی کسب کرده‌ایم و با ارائه بسته‌های مراقبتی توانستیم از وضعیت «درمان محور» به سوی «پیشگیری محور» و

رعایت موازین بهداشتی، پیش رویم.» وی گفت: «اکنون هزینه‌های ویزیت‌ها، به صورت «فی فور سرویس» نیست و این مسأله سبب کاهش القانات بیماری شده و میانگین ویزیت روزانه پزشکان خانواده به حدود ۲۵ تا ۳۰ نفر رسیده است. پیش از این پزشکانی وجود داشتند که روزانه ۱۰۰ بیمار را ویزیت می‌کردند.»

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران ایجاد پرونده الکترونیک سلامت را نیز از دیگر دستوردهای مهم پزشک خانواده عنوان کرد و افزود: «از این طریق امکان ثبت الکترونیک پرونده بیماران و گروه‌های در معرض خطر فراهم و نسخه‌نویسی الکترونیک انجام شد.» خورشیدی تصریح کرد: «همچنین استاندارد دسلازی خدمات از طریق ارائه ۹ گایدلاین برای پزشکان ایجاد شد؛ هرچند در زمینه گایدلاین‌ها سیستم نظارتی فراهم نیست که حتماً درمان از این مسیر هدایت شود، اما در زمینه بیماری‌هایی مانند فشارخون، دیابت، سالمندی و برخی بیماری‌های شایع، از گایدلاین‌ها استفاده می‌شود و امید است که سیستم‌های نظارتی نیز طراحی شود تا پزشکان در این مسیر قرار گیرند.»

رفع سرگردانی مردم

وی با اشاره به رفع سرگردانی مردم در طرح پزشک خانواده، افزود: «پیش از این بیماران معمولاً مسیرهای صحیحی را برای درمان در پیش نمی‌گرفتند که این مسأله نیز در پزشک خانواده از بین رفت؛ اکنون بیماران نخستین جایی که برای درمان مراجعه می‌کنند پزشک خانواده است که می‌تواند روند درمان را در مسیر صحیح هدایت کند.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران افزود: «از طرفی بحث اصلاح رویکرد بیمه‌ها در زمینه خرید سلامت و پیشگیری نیز از مسائل مهمی است که در پزشک خانواده امکان آن فراهم شده است؛ به این معنا که به جای پرداخت هزینه «درمان» اکنون هزینه‌های سرانه‌ای پرداخت می‌شود که مربوط به خرید سلامت و پیشگیری است و تمامی این اطلاعات با آمار و ارقام موجود است.»

بستری برای نظارت

خورشیدی با بیان اینکه پزشک خانواده دستوردهای بلندمدتی نیز داشته است، یکی از مهمترین این دستوردها را مربوط به ایجاد یک بستر برای نظارت بیمه‌ها بر عملکرد کیفیت خدمات عنوان کرد و گفت: «با توجه به فراهم بودن زمینه خدمات در قالب سامانه، این نظارت میسر می‌شود.» وی اظهار کرد: «از سوی دیگر با کاهش هزینه‌های ناشی از عدم تشخیص درمان به موقع و نیز عدم کنترل عوارض بیماری، مواجه بودیم. با توجه به شیوع دو بیماری دیابت و فشارخون خدمات منظم به این بیماران در قالب پزشک خانواده منجر به کاهش عوارض بیماری شده و مطالعات انجام شده نشان می‌دهد تعداد بیماران دیابتی در مدت یک سال و اندی حدود ۰.۲ درصد کاهش یافته که دستوردهای مهمی است.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران همچنین پزشک خانواده را بستری مناسب برای خریدهای راهبردی دانست و گفت: «می‌توان گفت، پزشک خانواده، خود یک خرید راهبردی از نگاه بیمه‌ای است. اینکه می‌توانیم از پزشک خانواده خریدهای درمانی را به صورت سرانه انجام دهیم، خرید راهبردی کرده‌ایم. همچنین بستر

آن فراهم است که بتوان خریدهای راهبردی داخل پزشک خانواده را هم به صورت سرانه انجام دهیم و مکانیزاسیون فرایندهای بیمه‌ای در این طرح فراهم است و می‌توان از طریق سامانه‌ها به راحتی اطلاعات مورد نظر استخراج شود.»

ساماندهی داروها در پزشک خانواده

خورشیدی با اشاره به اینکه در پزشک خانواده اطلاعات و آمار ورود و خروج داروها از نوع گرانقیمت، ارزاقیمت و بیماری‌های خاص استخراج می‌شود، تصریح کرد: «این ویژگی در برنامه‌ریزی‌های بیمه‌ای بسیار مؤثر است و امکان آن را فراهم می‌کند تا بتوانیم چشم‌انداز آینده را ترسیم کنیم و با توجه به اینکه آمار بیماران دیابتی، فشارخونی و سالمندان به عنوان شایع‌ترین مسائل حوزه درمان، مشخص است، در این زمینه‌ها نیز می‌توان برنامه‌ریزی مناسبی ارائه داد.» وی ادامه داد: «این اطلاعات حوزه درمان کمک می‌کند که حتی سبک‌های زندگی افراد در شهرها و شهرستان‌ها نیز مشخص شود و نیز سبک‌های زندگی افراد در شهرستان‌ها و استان‌ها معلوم شود. انجام یک مطالعه نشان داد که در غرب استان، افراد مبتلا به دیابت دو درصد بیش از شرق استان است که معلوم شد نوع غذا و سبک زندگی غربی‌ها با شرقی‌ها تفاوت دارد و این اطلاعات می‌تواند برای اصلاح زندگی افراد مؤثر باشد.»

تأثیر در مدیریت کرونا

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران با بیان اینکه پزشک خانواده در کنترل بیماری کرونا، دستوردهای خوبی داشته است، افزود: «در استان مازندران که یکی از پرجمعیت‌ترین، پرتراکم‌ترین و مسافرخیزترین استان کشور است، از طریق پزشک خانواده توانستیم در زمینه کنترل کرونا مؤثر عمل کنیم؛ زیرا با توجه به ارتباط مناسب با جمعیت در اختیار، امکان ارائه آموزش‌ها و نیز ارسال پیام‌ها فراهم است و نیز دسترسی مناسبی به آمار و اطلاعات وجود دارد.» خورشیدی اظهار کرد: «تنها از طریق درمان مستقیم، بیش از ۳۰۰ هزار تماس تلفنی انجام و از این طریق راهنمایی و آموزش‌های لازم به بیماران ارائه شده است. این در حالی است که در استان‌های مجاور مانند گیلان و گلستان با بحران کرونا مواجه بودیم. اکنون نیز در بحث امیکرون، می‌توان روند شیوع بیماری را از طریق پزشک خانواده ارزیابی و در صورت افزایشی بودن روند برنامه‌ریزی و هشدارهای لازم را ارائه داد.»

نواقص طرح پزشک خانواده

وی اجرای صحیح پزشک خانواده را نیازمند رفع نواقص این طرح بیان کرد و گفت: «عدم امکان برنامه‌ریزی برای خرید راهبردی خدمات توسط بیمه‌ها در نسخه ۰۲ این طرح وجود ندارد. متأسفانه بیمه‌ها تنها به عنوان یک پرداخت‌کننده تلقی می‌شوند و نقش دیگری ندارند.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران تصریح کرد: «همچنین تحمیل هزینه‌های بهداشتی و پیشگیری در بیمه‌ها اتفاق افتاده است و باید تعیین تکلیف شود که آیا سازمان‌های بیمه‌گر در این زمینه دارای وظایف‌اند یا خیر.» خورشیدی نقش کمربند بیمه‌ها در سیاست‌گذاری‌ها و پرداخت‌ها را نیز از دیگر مسائل برشمرد و ادامه داد: «سازمان‌های بیمه‌ای

تنها پرداخت‌کننده هزینه‌ها هستند و سرانه خدمات درمانی را به حساب پزشک‌واریزی می‌کنند و انجام نظارت‌ها بر عهده دانشگاه‌ها قرار دارد.» وی با اشاره به نقش کمربند بیمه‌ها در نظارت و ارزیابی، افزود: «متأسفانه در نسخه ۰۲ هیچ پیوست نظارت و ارزیابی برای سازمان‌های بیمه‌ای پیش‌بینی نشده است. این در حالی است که انجام نظارت جزو وظایف اصل بیمه‌گری است؛ زیرا وقتی هزینه‌ها توسط بیمه‌ها پرداخت می‌شود، باید نظارت نیز انجام شود.»

عدم اجرای ۳ سطح ارجاع

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران یکی از بزرگترین اشکالات طرح پزشک خانواده را در استان مازندران، عدم اجرای طرح در سه سطح ارجاع دانست و گفت: «متأسفانه این طرح تنها در سطح یک اجرا شده و سطح دو و سه که اصل استفاده سازمان‌های بیمه‌گر در این سطوح رخ می‌دهد، اجرایی نشده است و عدم اجرای کامل نظام ارجاع در همه سطوح یکی از ضعف‌های این برنامه به شمار می‌رود.» خورشیدی اظهار کرد: «از سوی دیگر، دو گانه پوشش هزینه‌ها در شهرها و روستاها بسیار مشکل‌آفرین است؛ در حال حاضر در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر برنامه «فی فور سرویس» اجرا می‌شود، در روستاها یک برنامه و در شهرها پزشک خانواده نیز برنامه دیگر و اگر قرار باشد که طرح به صورت فراگیر به اجرا درآید، باید این نواقص اصلاح شود.»

روح پزشک خانواده مغایر با فرانشیز

وی با بیان اینکه روح پزشک خانواده با فرانشیز کاملاً در تضاد است، ادامه داد: «پرداخت فرانشیز ابتدا در استان فارس انجام شد و با وجود مقاومت‌هایی که در مازندران انجام دادیم، اما در این استان نیز اجرایی شد. هرچند مبلغ فرانشیز بسیار کم و ناچیز و تنها به میزان ۶ هزار تومان در مراجعه به پزشک عمومی است، اما این مقدار ناچیز هم با اصول پزشک خانواده مغایر است.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران تصریح کرد: «همچنین در بحث پزشک خانواده در سازمان‌های بیمه‌گر منابع پایدار وجود ندارد؛ به نظر می‌رسد که باید تأمین منابع مالی پایدار در بیمه‌ها ایجاد شود. حداقل اینکه در پزشک خانواده باید صندوق مجزا ایجاد شود تا پرداختی‌های سرانه از این صندوق‌ها اتفاق بیفتد.»

تعدد سامانه‌های مکانیزه

خورشیدی افزود: «تعدد سامانه‌های مکانیزه در سطح یک نیز یکی از اشکالات سیستم است؛ هرچند تعدد سامانه‌ها اقدامی مناسب است، اما خروجی‌های یکسان وجود ندارد. هر یک از این سامانه‌ها باعث شده است که مشکلاتی به وجود آید و در اجرای طرح پزشک خانواده در گستره کشوری باید تمهیدات لازم برای رفع این مشکلات اندیشیده شود.» وی اظهار کرد: «همچنین عدم امکان ارجاع الکترونیک از سطح یک به دو یا سطح دو به سه و نیز سطح یک به سه وجود دارد و سیستم‌های سامانه پاسخگوی این موضوع نیست.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران گفت: «دسترسی سازمان‌های بیمه‌گر به سامانه پزشک خانواده محدود است و امکان دسترسی به داشبوردهای اطلاعاتی برای رصد خدمات و هزینه‌ها وجود ندارد.»

ادامه در صفحه ۵