

گزارش



## زمینه اجرای...

ادامه از صفحه ۲

...خوشیدی تصریح کرد: «در برخی از مواقع، کمبود پزشک و نیروی انسانی مورد نیاز در برخی شهرها باعث می شود برخی از جمعیت ها تحت پوشش قرار نگیرند. همچنین برخی قوانین دست و پاگیر نیز وجود دارد. در جایی مجبور می شویم به یک پزشک خانواده ۴ هزار جمعیت بدهیم و در جای دیگر ۲ هزار جمعیت و از این رو تعدادی از شهرها ممکن است دچار مشکل شوند و برخی شهرها با پزشک اضافه مواجه شوند.

وی ادامه داد: «تا پایداری حضور پزشک خانواده در برنامه نیز از مشکلات دیگری است؛ با استغای برخی پزشکان با قبولی در دوره زبندتی، جمعیت تحت پوشش آنها دچار سرگردانی می شود و امکان جابه جایی سریع پزشکان وجود ندارد که از مسائل مهم پزشک خانواده است.» مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران با بیان اینکه برنامه های آموزشی وزارت بهداشت منطبق با بحث پزشک خانواده نیست، افزود: «لازم است که دانشجویان رشته پزشکی واحدهای پزشک خانواده را بگذرانند و این طرح در برنامه آموزشی وزارت بهداشت گنجانده شود.»

خوشیدی نبود هماهنگی مناسب با ستادهای اجرایی برنامه در سطح کشور را از دیگر مسائل برشمرد و گفت: «بود این هماهنگی سبب شده تصمیم گیری ها در سطح استانی انجام شود که روش مناسبی نیست و برای اجرای فراگیر طرح نیازمند ایجاد راهبری قوی و منسجم هستیم.»

وی با اشاره به جایگاه مراقبان سلامت در طرح پزشک خانواده، اظهار کرد: «به رغم تلاش اما هنوز مشکلات مراقبان سلامت بر طرف نشده است؛ از سال های گذشته، مراقبان سلامت، دریافتی ناچیزی دارند و نسبت به این موضوع معترض هستند. نقش پزشکان در پزشک خانواده تعریف شده و حق و حقوقی برای آنها در نظر گرفته شده، اما مراقبان سلامت تعیین تکلیف نشده اند.»

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران ادامه داد: «همچنین در طرح پزشک خانواده، در سطح دو سه الزام همکاری برای پزشکان وجود ندارد و هر یک از پزشکان بنا به میل خود می توانند همکاری کنند که خود سبب ایجاد مشکلاتی شده است. از سوی دیگر، مسأله عدم تمایل پزشکان متخصص و فوق تخصص در بحث قرارداد است که برای نهادینه شدن همکاری، انعقاد این قراردادها بسیار مهم است.»

خوشیدی با اشاره به سه برنامه مهم به عنوان مقدمات ضروری برای اجرای طرح پزشک خانواده، تصریح کرد: «برای اجرای مناسب این طرح ابتدا لازم است، زیرساخت های ارتباطی مانند شبکه های داخلی، نرم افزارها، اینترنت و سخت افزارها در استان ها فراهم و مهیا شود.»

وی افزود: «همچنین در بحث پرونده سلامت الکترونیک نیز باید قدم های جدی تر برداشته شود تا امکان اجرای طرح پزشک خانواده میسر شود.»

مدیر درمان تأمین اجتماعی مازندران با بیان اینکه سطح بندی و تعریف سطوح خدمات نیز یکی از مهمترین موضوع هایی است که در زمینه اجرای طرح پزشک خانواده در استان به آن رسیدگی می شود، اظهار کرد: «اجرای سطح بندی به عنوان یک ابلاغیه از سوی وزارت بهداشت یا کار کارشناسی شده بود بلکه در استان به این نتیجه رسیدیم که سطح بندی بسیار ضروری است.»



## رییس اداره راهنماهای بالینی درمان غیر مستقیم تأمین اجتماعی مطرح کرد

## دستورسی عاد لانه به درمان با پزشک خانواده

گزارش

طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع از مهمترین برنامه هایی است که در دهه اخیر در عرصه نظام سلامت کشور رخ داده است. این طرح با هدف دسترسی آسان به پزشک و بهره مندی عادلانه به امکانات درمانی و ساماندهی امور حوزه درمان در سال ۱۳۸۴ مورد توجه قرار گرفت. در این سال مجلس شورای اسلامی، دولت را موظف کرد تا پوشش بیمه ای روستا بیان و عشایر کشور را با و یکدر پزشک خانواده میسر کند. هر چند اجرای چنین طرح عظیمی نیازمند زیر ساخت های لازم برای ایجاد تحول بود. اما توانست برخی شاخص های سلامت و بهداشت را از جمله افزایش دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی، فراهم کند. در سال ۸۹ سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان به عنوان پایلوت طرح پزشکی خانواده شهری در نظر گرفته شد و در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، نسخه موسوم به ۰۱ طرح به اجرا درآمد. پس از پایش طرح، در سال ۱۳۹۱ نسخه ۰۲ پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران اجرا و مسائل و مشکلات طرح، استحصال شد. اکنون در دولت سیزدهم، طرح پزشک خانواده برای بار دیگر محور توجه قرار گرفت و گسترش آن در تمامی استان ها لازم دانسته شد.

رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع را در راستای اقدام برای اصلاح نظام سلامت بیان کرد؛ به گونه ای که این اقدام باید منجر به افزایش عدالت، دسترسی به درمان و بهره مندی از خدمات شود. همزمان نیز باید کیفیت خدمات ارتقا یافته و کارایی نظام سلامت بهبود یابد.

## نخستین سطح خدمات

«جمال الدین خدمتی» در وینار «ارزیابی طرح پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی» که از سوی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برگزار شد، با بیان اینکه پزشک خانواده، پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد، افزود: «پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است. همچنین پزشک خانواده مسئولیت تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها را بر عهده دارد.» وی در «ارزیابی و تحلیل تأثیر برنامه پزشکی خانواده شهری بر الگوی تجویز دارو و ارائه مدل ارتقاء برنامه» با اشاره به سطح بندی پزشک خانواده، اظهار کرد: «در این طرح سه سطح خدمات شامل سطح یک (پایگاه پزشک خانواده)، سطح ۲ (واحد تخصصی در نظام سلامت) و سطح ۳ (خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری) است.» پزشک و دکترای تخصصی اقتصاد و مدیریت دارو با بیان اینکه اجرای طرح پزشکی خانواده سبب اصلاح نظام سلامت می شود، افزود: «تحقیقات انجام شده، نشان داده که متوسط تعداد اقلام در نسخه پزشک عمومی به طور معناداری بیش از پزشک خانواده و متخصص و پزشک خانواده نیز بیش از متخصص است.» خدمتی گفت: «همچنین سرانه تعداد نسخه پزشک متخصص به طور معناداری بیش از پزشک عمومی و خانواده است و بین پزشک خانواده و پزشک عمومی تفاوت معناداری نشان داده نشد. از سوی دیگر، متوسط هزینه هر نسخه بین پزشکان متخصص، عمومی و خانواده نیز تفاوت معناداری نمایان نشد.» وی با اشاره به در صد نسخ حاوی آنتی بیوتیک، تصریح کرد: «در صد نسخ تجویزی حاوی داروهای آنتی بیوتیک در پزشکان عمومی و خانواده از پزشک متخصص بیشتر است و بین پزشک خانواده و پزشک عمومی تفاوت معناداری مشاهده نشد.»

## برنامه پزشکی خانواده شهری

رییس اداره راهنماهای بالینی درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در ارزیابی فرایند برنامه پزشکی خانواده شهری، با اشاره به مشکلاتی که کم و بیش در طرح مشاهده می شود، ادامه داد: «یکی از مسائل طرح مربوط به مشکلات بسته خدمت است. در زمینه برخی از بیماری ها نیز غفلت شده و توجه کمتری به برخی از مراقبت ها شده است. عدم دسترسی مناسب به آموزش های سلامت در جامعه و ضعف در برگزاری جلسات آموزشی برای گروه های هدف از جمله این مسائل است. همچنین

۳۰ بسته راهنمای بالینی به استان ها ابلاغ شده اما به دلیل مشکلات موجود در سامانه استانی و عدم تکمیل مشخصات جمعیت تحت پوشش از جمله شماره تلفن، نوع بیمه و... دسترسی پزشکان به بیماران مقدور نیست.» وی با اشاره به سایر مسائل پزشک خانواده، گفت: «مراکز اورژانس مکلفند حداکثر ۴۸ ساعت خدمات درمانی اورژانسی را ارائه کنند تا ادامه درمان از سوی پزشکان خانواده انجام شود؛ اما این محدودیت زمانی در اورژانس رعایت نمی شود.»

رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، با تأکید بر اینکه امکانات در سطح اول برنامه بهبود و ارتقا یابد، ادامه داد: «همچنین ضروری است، افراد جامعه با روش ها و رسانه های مختلف با برنامه بیشتر آشنا شده و برای استفاده بهینه آموزش ببینند. از سوی دیگر، مراکز راهنمایی تلفنی، اینترنتی و اپلیکیشن موبایل برای پاسخگویی به ارباب رجوع در خصوص مشکلات سلامت و استفاده از برنامه پزشک خانواده، فعال سازی و راه اندازی شود.»

خدمتی انجام نظارت و ارزیابی عملکرد پزشکان، طبق معیار های از پیش تعیین شده را از دیگر اقدامات ضروری طرح برشمرد و افزود: «همچنین سازو کار تشویقی و تنبیهی متناسب نیز باید در نظر گرفته شود. چنانچه بیمار، ویزیت و خدمات تشخیصی و دارویی را خارج از سازو کار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دریافت کرد، پیشنهاد می شود، تحت پوشش تعهدی سازمان های بیمه گر قرار نگیرد. همچنین ضروری است، نظام پرداخت از سرانه به ترکیب سرانه و مبتنی بر عملکرد (بر اساس معیار های تعریف شده) تغییر کند.»

## عملکرد پزشک خانواده در حوزه دارو

وی با اشاره به نتایج عملکرد برنامه پزشک خانواده در حوزه دارو، اظهار کرد: «این برنامه در خصوص شاخص های تجویز منطقی دارو، تنها در «تعداد اقلام دارو در نسخه» و «در صد نسخ حاوی داروی تزریقی» تأثیر گذار بوده است و هنوز با میزان مطلوب فاصله وجود دارد.» رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، گفت: «پزشکان خانواده در تجویز داروهای قلبی عروقی و ضد دیابت از میان چهار بیماری غیر واکیر، نسبت به سایر پزشکان فعال تر هستند و این نکته مثبتی است که نشان از فعالیت پزشکان خانواده در خصوص پیشگیری و درمان بیماری های مزمن دارد. همچنین در تعداد نسخ پزشکان «متخصص» و «عمومی خانواده» استان های مجری در مقایسه با استان های متناظر کاهش مشاهده نشده است.»

خدمتی تصریح کرد: «در نهایت نباید فراموش کرد که هر طرح خوبی اگر به روش غلط و ناقص اجرا شود، نه تنها اصلاحي در نظام سلامت ایجاد نمی کند بلکه ممکن است خود مشکلاتی به جامعه اضافه کند و همزمان هزینه ها را نیز افزایش دهد. در این طرح نیز اگر فرایند ها ناقص، جامعه و زیر ساخت های لازم غیر آماده باشند، سطح بندی به طور صحیح انجام نشود و نظام ارجاع ناقص باشد؛ پیامدی جز ناکارآمدی نخواهیم داشت.»

رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، تصریح کرد: «پزشکان خانواده حداکثر سه شب در ماه می توانند در مراکز اورژانس خدمت کنند که در استان فارس به دلیل کمبود پزشک، بیش از سه شب از پزشکان خانواده استفاده می شود و در استان مازندران نیز سه شب در ماه تبدیل به شش شب شده است. راهکار است. رفع کمبود پزشک خانواده از مسائل بسیار مهم است و در صورت توسعه طرح، نیازمند تأمین پزشک خانواده به تعداد مناسب خواهیم بود. همچنین در نظر بود تا پزشک خانواده در فاصله ۱،۵ کیلومتری محل زندگی یا کار انتخاب شود، اما این محدودیت در هیچ یک از استان ها اجرا نمی شود.

## دریافت فرانشیز

خدمتی با بیان اینکه در طرح پزشک خانواده شهری در نظر بود تا فرانشیز دارو و ویزیت پزشک و تیم سلامت سطح یک را یگان باشد، ادامه داد: «در حال حاضر مصوب شده است تا مبلغی از سوی پزشک خانواده دریافت شود که گاه به بهانه های مختلف، این دریافتی بیش از مبلغ مصوب است.»

وی با اشاره به نظام پرداخت به پزشک متخصص در بخش سرپایی افزود: «در صورت رعایت سیستم ارجاع، بر اساس قوانین نسخه ۰۲ پرداخت می شود، اما در اکثر موارد مراجعه به متخصصان خارج از سیستم ارجاع است و در این صورت بیمه ها تنها ۷۰ درصد تعرفه دولتی را تقبل می کنند و باقی توسط بیمار پرداخت می شود. همچنین پرداخت در آزمایشگاه و تصویر برداری بخش سرپایی نیز ۷۰ درصد تعرفه دولتی است.» رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، با بیان اینکه جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس حدود ۹۰ درصد است، اظهار کرد: «این میزان در استان مازندران با طی شدن روند افزایشی، تا سال ۹۷ به ۸۰ درصد رسیده است.»

## پیشنهاد ارتقاء برنامه پزشک خانواده

خدمتی با ارائه پیشنهاد هایی در زمینه ارتقاء برنامه پزشک خانواده، گفت: «بسته های ارائه خدمات سلامت به طور کامل تعریف، تدوین و ارائه شود. قوانین و مقررات مستحکم در خصوص انجام برنامه به همراه ضمانت اجرایی مناسب تدوین و تصویب شود و نیز راهنماهای بالینی تهیه و دستورالعمل های لازم الاجرا تدوین و ابلاغ شود.»

ارتباط ضعیف پزشک و در نتیجه نقص در ارائه خدمات جامع نیز وجود دارد.» خدمتی عدم همکاری لازم بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص سطح دو را نیز از دیگر مسائل برشمرد و افزود: «همچنین اطلاع محدود پزشک خانواده از نتیجه درمان پزشک متخصص نیز وجود دارد.» وی با اشاره به بالا بودن حجم کاری و تعداد ویزیت های روزانه در طرح پزشکی خانواده شهری، افزود: «در نتیجه آن زمان کافی برای بیماران در نظر گرفته نمی شود.»

رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در خصوص مشکلات «دسترسی» به پزشک خانواده، اظهار کرد: «به رغم تصریح در دستور عمل نسخه ۰۲ پزشک خانواده شهری، امکان دسترسی تلفنی بیماران به پزشک خانواده وجود ندارد و نیز دسترسی به پزشکان خانواده در بسیاری از ساعات روزهای غیر تعطیل نیز امکان پذیر نیست.» خدمتی گفت: «همچنین مسائلی مانند تک شیف بودن مراکز، عدم اطلاع بیماران برای مراجعه به مراکز جایگزین در صورت بسته بودن مرکز، وجود ابهام در پذیرش بیمار اورژانسی و عدم اطلاع مرکز تماس و عدم امکان دریافت راهنمایی از آن نیز از جمله مشکلات حوزه «دسترسی» به پزشک خانواده شهری است.» وی برنامه پزشکی خانواده شهری را از منظر فرهنگی نیز بررسی کرد و افزود: «تگرش منفی افراد به برنامه پزشک خانواده شهری، عدم اعتماد و باور به عملکرد پزشکان خانواده، ضعف در فرهنگ سازی در خصوص رعایت نظام ارجاع و آگاهی پایین خانوارها از برنامه پزشک خانواده و بهداشت از جمله این مسائل فرهنگی است.» رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، تصریح کرد: «همچنین از ابعاد فرهنگی مسائل دیگری نیز وجود دارد؛ درمان محوری به جای سلامت محوری، حاکم بودن فرهنگ خود درمانی در جامعه و تقاضای غیر ضروری از جمله مسائل ابعاد فرهنگی این طرح را تشکیل می دهد.»

## رعایت نظام ارجاع

خدمتی با اشاره به مسائل مربوط به «رعایت نظام ارجاع» در پزشک خانواده شهری، عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع را یکی از این مسائل برشمرد و گفت: «عدم ارائه پس خوراند (فیدبک) متخصص به پزشک خانواده، پایین بودن کیفیت پس خوراند پزشکان متخصص و اصرار بیماران برای دریافت فرم ارجاع در مواقع غیر ضروری از این دست مشکلات را شامل می شود.» وی ادامه داد: «از سوی دیگر در صد قابل توجهی از برگه های ارجاع توسط پزشکان خانواده به صورت استاندارد تکمیل نمی شود و نیز ارجاع غیر ضروری مبادران باردار وجود دارد که به تبع آن مداخلات و هزینه های غیر ضروری نیز افزایش می یابد.»

رییس اداره راهنماهای بالینی اداره کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در بیان تفاوت های اجرای برنامه با دستور عمل «نسخه ۰۲»، با اجرای «سته خدمات سلامت» در استان های پایلوت طرح شامل فارس و مازندران، اشاره کرد و افزود: «تعداد



[عکس: پویا یارزگرد]



سلا ماردانی

روزنامه نگار

## ضروری است

## افراد جامعه

## با روش ها و

## رسانه های

## مختلف با

## برنامه بیشتر

## آشنا شده و

## برای استفاده

## بهینه آموزش

## ببینند. از سوی

## دیگر، مراکز

## راهنمایی

## تلفنی،

## اینترنتی و

## اپلیکیشن

## موبایل برای

## پاسخگویی به

## ارباب رجوع

## در خصوص

## مشکلات

## سلامت و

## استفاده از

## برنامه پزشک

## خانواده،

## فعال سازی و

## راه اندازی شود