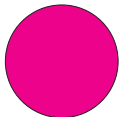


# تحول در بخش راهنمای بالینی تأمین اجتماعی

استفاده از راهنماهای بالینی، ضمن افزایش ایمنی بیماران، از درخواست‌های غیرضروری مانند سی تی اسکن و ام آر آی جلوگیری کرده و هزینه‌های نظام سلامت را کاهش می‌دهد



سلاله صدراپی

روزنامه نگار

## کاهش ۱۸ درصدی مهاجرت پزشکان

گزارش اخیر وزارت بهداشت ایران نشان می‌دهد که در سال ۱۴۰۳، مهاجرت پزشکان و پرستاران به طور قابل توجهی کاهش یافته است. تعداد پزشکان متقاضی دریافت گواهی عدم سوءپیشینه فعالیت پزشکی (Goodstanding) در سال ۱۴۰۳ نسبت به سال ۱۴۰۲ با کاهش ۱۸ درصدی مواجه شده که بیشترین افت طی بازه ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۳ است. در مورد پرستاران نیز از مرداد ۱۴۰۳، کاهش چشمگیری در تقاضای گواهی مشابه مشاهده شده است. به عنوان مثال، تعداد متقاضیان در شهریور ۱۴۰۳ به ۸۸ نفر کاهش یافت، در حالی که در ماه‌های پیشین این تعداد بالای ۱۱۵ نفر بود. این کاهش در حالی رخ داده که طی سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲، تقاضا برای مهاجرت کادر درمان به طور مداوم افزایش داشت.

عوامل متعددی در کاهش مهاجرت کادر درمان در سال ۱۴۰۳ دخیل بوده‌اند. در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲، نارضایتی‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی، از جمله گرانی دلار و سیاست‌هایی نظیر افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی بدون زیرساخت مناسب، انگیزه مهاجرت را تقویت کرده بود. همچنین، خالص‌سازی دانشگاه‌ها و اخراج اساتید مستقل به دلیل ناهمسویی با دولت سیزدهم، به تصمیم‌گیری برای مهاجرت دامن زد. اما در سال ۱۴۰۳، موانع مالی مانند افزایش هزینه آزادسازی مدارک پزشکی و احتمال بهبود نسبی شرایط اقتصادی یا کاهش التهابات اجتماعی ممکن است به کاهش تقاضا منجر شده باشد. در مورد پرستاران، اجرای ناقص قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و اعتراضات گسترده در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲، انگیزه مهاجرت را بالا برده بود، اما کاهش تقاضا در ۱۴۰۳ می‌تواند به دلیل دسترسی از موانع مالی یا تغییر در سیاست‌های دولت باشد.

کاهش مهاجرت کادر درمان می‌تواند نشانه‌ای از بهبود شرایط یا کاهش فشارهای اجتماعی و اقتصادی باشد، اما همچنان چالش‌هایی جدی برای نظام سلامت ایران وجود دارد. در دست رفتن پزشکان و پرستاران در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲ ضربه مهلکی به نظام سلامت وارد کرد. کاهش مهاجرت در ۱۴۰۳ ممکن است به حفظ نیروی انسانی کمک کند، اما اگر ریشه‌های نارضایتی مانند اجرای ناقص قوانین، کمبود زیرساخت‌های آموزشی، و تنش‌های سیاسی حل نشود، این روند ممکن است موقتی باشد. برای پرستاران، کاهش ورودی به دانشکده‌های پرستاری و انصراف از خدمت نشان‌دهنده بحران عمیق‌تر در این حرفه است که نیازمند توجه فوری است.

دولت باید با تمرکز بر ریشه‌های نارضایتی کادر درمان، از جمله بهبود شرایط اقتصادی، اجرای کامل قوانین مانند تعرفه‌گذاری پرستاری، و ایجاد فضای بازتر برای گفت‌وگوهای اجتماعی، مانع از بازگشت روند صعودی مهاجرت شود. بازنگری در سیاست‌های آموزشی، مانند افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو بدون زیرساخت، و توقف خالص‌سازی دانشگاه‌ها می‌تواند اعتماد کادر درمان را بازگرداند. همچنین، کاهش موانع مالی غیرمنطقی برای مهاجرت و در عین حال ایجاد انگیزه‌های مثبت برای ماندن، مانند بهبود حقوق و شرایط کاری، ضروری است. بدون این اقدامات، کاهش مهاجرت در ۱۴۰۳ ممکن است تنها یک توقف موقت در مسیر فرسایش نیروی انسانی نظام سلامت باشد.

# “

**با بهره‌گیری از راهنماهای بالینی، سازمان تأمین اجتماعی به استانداردهای خدمات درمانی، کاهش اقدامات تشخیصی غیرضروری، بهبود ایمنی بیماران و صرفه‌جویی در هزینه‌های سلامت کمک می‌کند**

در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت راهنماهای بالینی را با هدف مدیریت بهتر بیماری‌ها تدوین و به مراکز درمانی ابلاغ کرده است. سازمان تأمین اجتماعی نیز به‌عنوان دومین ارائه‌دهنده خدمات درمانی کشور، بهره‌گیری از این گایدلاین‌ها را برای استانداردسازی خدمات، ارتقای کیفیت درمان و بهینه‌سازی منابع، در دستور کار قرار داده است. همچنین، بند دوم طرح‌های بیست‌گانه تحول‌آفرین این سازمان، بر ضرورت استفاده از راهنماهای بالینی تأکید دارد. در این گزارش، از مسئولان و کارشناسان درمان مستقیم سازمان، درباره نحوه به کارگیری این راهنماها در مراکز ملکی تأمین اجتماعی پرس‌و‌جو کرده‌ایم.

رئیس اداره مدیریت بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، راهنماهای بالینی را دارای دو ویژگی مهم دانست: نخست اینکه در قالب این اسناد، افزایش ایمنی بیمار، میسر می‌شود دوم «کاهش تنوع بی دلیل روش‌های درمانی» به‌وجود می‌آید و اعلام کرد که اکنون در مراکز درمانی تأمین اجتماعی برای درمان بیماری‌های دیابت، فشارخون، مراقبت‌های بارداری و مصرف منطقی داروها از گایدلاین استفاده می‌شود. دکتر فرهاد اشافی در شرح ویژگی‌های راهنمای بالینی به‌آینه‌نو، گفت: «راهنمای بالینی (گایدلاین) سندی مبتنی بر شواهد علمی و تخصصی پزشکی است که به درمانگر کمک می‌کند تا در شرایط مشخص بالینی با رویکرد استانداردسازی، مراقبت‌های منطقی و بهبود کیفیت درمان، تصمیم‌گیری کند و خدمات درمانی را با کمترین خطا ارائه دهد.

وی با اشاره به مزایای بهره‌مندی از راهنمای بالینی در حوزه خدمات درمانی، افزود: «در حوزه درمان، مبحث مهمی با عنوان «ایمنی بیمار» (Patient safety) وجود دارد که مهمترین شاخص اعتباربخشی بیمارستانی نیز به‌شمار می‌رود. ارزیابی این شاخص کمک می‌کند تا معلوم شود یک مرکز تا چه حد به مقوله ایمنی بیمار توجه کرده است. براین اساس، استفاده از راهنمای بالینی نه تنها دست‌یابی به هدف «افزایش ایمنی بیمار» را میسر می‌کند، بلکه «کاهش تنوع بی‌دلیل روش‌های درمانی» را نیز در پی دارد. برای مثال در شرایط عادی مراجعه بیمار به پزشک، بعضاً اقدامات تشخیصی گوناگونی مانند سی تی اسکن، ام آر آی، تصاویر رادیولوژی و آزمایش برای او درخواست می‌شود که انجام آن هزینه‌گرانی را بروش بیمار، نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌ای قرار می‌دهد. اما راهنمای بالینی کمک می‌کند تا خدمات تشخیصی منطبق با نوع بیماری تعیین شده و از درخواست‌های بی‌دلیل خودداری شود. نکته مهم اینکه راهنمای بالینی تنها از انجام اقدامات غیرضروری جلوگیری می‌کند و در مواقع لزوم بیمار از حداکثر خدمات تشخیصی و درمانی برخوردار خواهد شد. یکی دیگر از مزایای راهنمای بالینی، کاهش آمار بستری مجدد است. بستری مجدد به شرایطی گفته می‌شود که بیمار پس از یک ماه ترخیص از بیمارستان بار دیگر با همان نوع بیماری بستری شود. اما ارائه خدمات در قالب استانداردهای تعیین شده در راهنمای بالینی، نیاز به بستری مجدد بیماران را کاهش می‌دهد.

رئیس اداره مدیریت بیمارستان‌های اداره کل درمان مستقیم درباره اینکه در مراکز درمانی تأمین اجتماعی

کدامیک از خدمات منطبق با راهنمای بالینی ارائه می‌شود، بیان کرد: «یکی از رایج‌ترین شیوه‌های درمانی منطبق با گایدلاین‌ها مربوط به دو بیماری دیابت و فشارخون است که از حدود پنج سال پیش به‌اجرا درمی‌آید. همچنین در زمینه مراقبت‌های بارداری و مصرف منطقی داروها از گایدلاین استفاده می‌شود. اما فراگیر شدن راهنماهای بالینی در مراکز درمانی نیاز به آگاه‌سازی و فرهنگ‌سازی مخاطبان دارد؛ کسب این آگاهی از ابعاد گوناگونی مهم است؛ از جمله اینکه در تقویت تعامل دو سویه پزشک و بیمار موثر واقع شده و مراجعه‌کننده‌ها با اطمینان خاطر از توصیه‌های پزشکی و شیوه‌های درمانی بهره‌مند می‌شوند. همچنین ارائه خدمات در قالب راهنمای بالینی منجر به کاهش تقاضاهای القایی بیماران می‌شود که خود عاملی برای صرفه‌جویی هزینه‌های درمانی به‌شمار می‌رود. از این‌رو انتظار می‌رود تا فعالان حوزه ارتباطات و روابط عمومی سازمان در مراکز درمانی با استفاده از ظرفیت‌های اطلاع‌رسانی مانند سایت‌ها، شبکه‌های اجتماعی، صداوسیما، تهیه بروشور و سایر روش‌ها، آگاهی مخاطبان را نسبت به فواید راهنماهای بالینی افزایش دهند. در این راستا، تقویت زیرساخت‌های فناوری اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند انتقال اطلاعات را تسهیل کند. اشافی در شرح چگونگی پایش و نظارت بر اجرای راهنماهای بالینی در مراکز، ادامه داد: «در تمامی مراکز درمانی تأمین اجتماعی سامانه مدیریت جامع خدمات بیمارستانی (HIS) مستقر شده که این سامانه مهمترین زیرساخت برای ثبت و ضبط اطلاعات حوزه درمان و پایش خدمات به‌شمار می‌رود. علاوه برآن در بیمارستان‌ها سازوکارهای مختلفی برای بازبینی پرونده‌ها وجود دارد که از جمله آن می‌توان به پزشکان معتمد اشاره کرد که پرونده‌های بیماران را بررسی می‌کنند. همچنین دفتر بهبود کیفیت نیز ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌ها را برعهده دارند. نظارت‌های عالیه نیز انجام می‌شود و در این راستا مدیریت‌های درمان استان‌ها و به‌تبع اولی، سازمان تأمین اجتماعی و کارشناسان متخصص، خدمات درمانی را رصد می‌کنند و در نهایت این نظارت عالیه از سوی وزارت بهداشت در قالب ارزیابی اعتباربخشی و بازدیدهای دوره‌ای تکمیل می‌شود. وزارت بهداشت به‌عنوان یک نهاد بالاسری حوزه درمان، سیاست‌گذاری راهنمای بالینی را برعهده دارد.

او با اشاره به مهمترین چالش‌های حاکمیت راهنمای بالینی، گفت: «کم‌رنگ بودن الزام قانونی حاکمیت گایدلاین‌ها از جمله مسائل این حوزه را تشکیل می‌دهد و هرچند سازمان تأمین اجتماعی اجرای راهنماهای بالینی را در چهار زمینه دیابت، فشارخون، مراقبت‌های بارداری و مصرف منطقی داروها به‌اجرا درمی‌آورد، اما نگاه فرعی به این شیوه باید به اصل تبدیل شود. از طرفی می‌دانیم هر تغییری با مقاومت مواجه می‌شود و همراه سازی بدنه کادر درمان برای به کارگیری شیوه‌های درمانی تعریف شده، نیاز به صرف وقت، آموزش و توجیه شدن فعالان عرصه درمان دارد. به‌ویژه اینکه همسوس شدن با شرایط جدید، اقدامی فراتر از شرح وظایف عادی و روزانه به‌شمار می‌رود. همچنین برای

اجرای دستورات راهنماهای بالینی باید زیرساخت‌های فناوری اطلاعات به‌طور مستمر به‌روزرسانی شود. رئیس اداره مدیریت بیمارستان‌های اداره کل درمان مستقیم، درباره علت محدود بودن تدوین راهنماهای بالینی، افزود: «تدوین دستورالعمل‌های درمانی در زمینه هر بیماری، نیازمند بهره‌برداری از تمامی منابع اطلاعاتی موجود درباره همان بیماری است. برای مثال، جهت تهیه دستورالعمل جراحی تیروئید لازم است تا انواع بیماری‌ها و سرطان‌های تیروئید مطالعه و بررسی شده و شیوه‌های درمان منطقی هر یک از انواع بیماری‌ها تدوین شود. انجام این کار نیازمند ایجاد کارگروه تخصصی و بارش افکار است که انجام آن برعهده وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی درمان کشور قرار دارد؛ به‌ویژه اینکه زیرساخت‌های آموزشی حوزه درمان در زیرمجموعه این وزارتخانه بنا نهاده شده و هیچ‌یک از نهادهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی مانند سازمان‌های بیمه‌ای از زیرساخت آموزشی برخوردار نیستند و این نهادها وظیفه دارند تا از دستورالعمل‌های وزارت بهداشت تبعیت کنند.

اشافی با اشاره به عملکرد تأمین اجتماعی در تطبیق با راهنمای بالینی از منظر آماری، تأکید کرد: «آمار عملکرد مراکز درمانی در حوزه رعایت دستورالعمل‌های درمانی همواره رصد می‌شود و میزان انطباق خدمات با مفاد راهنماهای بالینی به‌دست می‌آید. در سال جاری یکی از طرح‌های مهم اداره کل درمان مستقیم، بررسی تطابق گایدلاین‌ها با اقدامات درمانی است که در نیمه دوم سال نتایج آن به‌دست می‌آید.

### هر نسخه پزشک حاوی ۳/۴ قلم داروی تجویزی است

راهنماهای بالینی معمولاً برای نحوه مدیریت بیماری‌ها استفاده می‌شود و براین اساس در حوزه مدیریت دارو، گایدلاین وجود ندارد. به گفته کارشناس متخصص مدیریت دارویی درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، برای مدیریت دارو، «روش و شیوه مصرف» تدوین شده است و ارتباط دارو با گایدلاین‌ها تنها از این منظر مورد توجه قرار می‌گیرد که پزشکان بدانند درمان کدام بیماری، نیازمند مصرف چه دارویی است و در نتیجه گایدلاین اختصاصی برای مدیریت دارو ارائه نشده است.

دکتر آرتنا شکوهمند، یکی از شیوه‌های مدیریت دارو را بررسی فرایند گردش کار بیان کرد و گفت: «در درمان مستقیم، واحدی با عنوان «اداره مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی» وجود دارد که مدیریت دارو از مرحله تأمین تا توزیع دارو در مراکز درمانی تأمین اجتماعی را تحت نظر قرار می‌دهد. همچنین تهیه تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای نیز توسط این اداره رصد می‌شود. ارزیابی شرکت‌های مجاز برای خرید اقلام دارویی و تهیه دارو براساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت -به‌منظور ورود داروهای مجاز به سیستم‌های درمانی و مصرف مجاز داروها- از دیگر وظایف این اداره به‌شمار می‌رود. باید توجه داشت این فرایند برای داروهای تحت پوشش بیمه انجام می‌شود و در صورت تجویز داروهای بدون پوشش، امکان خرید اقلام مذکور در داروخانه‌های سطح شهر از طریق سامانه

نسخه الکترونیک وجود دارد. وی با اعلام اینکه تا سال ۱۴۰۳ هر نسخه پزشک حاوی ۳/۴ قلم داروی تجویزی بوده است، افزود: «میزان مصرف دارو در مراکز درمانی تأمین اجتماعی همواره رصد می‌شود و برای این منظور، کمیته‌های بررسی نسخ مراکز درمانی تابعه مدیریت‌های درمان استان‌ها، هر شش ماه یک‌بار عملکرد پزشکان را ارزیابی کرده و نتایج به‌دست آمده را با میانگین کشوری مصرف دارو مقایسه می‌کنند. چنانچه ارقام به‌دست آمده از میانگین کشوری بالاتر باشد، تذکرات لازم برای متعادل سازی مصرف دارو طی نامه به مراکز اعلام می‌شود. همچنین بیمارانی وجود دارند که برای دریافت دارو به‌طور مکرر مراجعه می‌کنند. این افراد نیز رصد می‌شوند و در مرحله اول با آن‌ها صحبت شده تا اگر بیماری خاصی دارند، رسیدگی مناسبی انجام شود. بعضاً عامل سودجویی نیز مطرح است که جلوی آن گرفته می‌شود. برخی از بیماران به دلیل عدم شناخت کافی از نوع بیماری و عدم آشنایی با روند صحیح درمان، ناگزیر به مراجعات مکرر می‌شوند که به مسائل این دسته از بیماران نیز پرداخته می‌شود.

کارشناس متخصص مدیریت دارویی درمان مستقیم با اشاره به تمهیدات تأمین اجتماعی برای تهیه داروهای مورد نیاز بیماران در شرایط گرانی و کمبود برخی اقلام، ادامه داد: «سازمان تأمین اجتماعی هیچ‌گاه در زمینه خرید داروهای مورد نیاز محدودیتی ایجاد نمی‌کند و مراکز درمانی تأمین اجتماعی داروهای مورد نیاز بیماران را به‌ویژه اقلام پرمصرف مانند داروهای بیماران مزمن به‌تعداد کافی تهیه می‌کنند. چنانچه در بازه‌های زمانی مختلف، کمبودهای دارویی به‌وجود می‌آید، این اتفاق یک مسئله کشوری به‌شمار می‌رود و ناشی از اعمال محدودیت خرید در سازمان تأمین اجتماعی نیست، با توجه به سال‌ها کسب تجربه در حوزه دارویی می‌توانم بگویم، کمبود برخی داروها در سبد اقلام داروخانه‌ها، اتفاقی رایج به‌شمار می‌رود و این مراکز همواره با کاهش کمیّت داروها مواجه می‌شوند. شکوهمند، تأکید کرد: «عوامل مختلفی در ایجاد این کمبود نقش دارد که از جمله آن می‌توان به عدم توزیع دارو از سوی شرکت‌های تولید کننده اشاره کرد که به دلیل طی شدن روند افزایشی قیمت‌ها به‌وجود می‌آید. همچنین کمبود مواد اولیه نیز در این زمینه نقش دارد. در نتیجه می‌توان گفت، داروهای مورد نیاز مراکز درمانی تأمین اجتماعی براساس سطح بندی مراکز، تحت هر شرایطی تهیه می‌شود؛ مگر اینکه در شرکت‌های توزیع کننده موجود نباشد.

او یکی دیگر از تمهیدات مدیریتی در حوزه مصرف مناسب داروها را برنامه ارتقای سطح آگاهی بیماران به‌شمارد و گفت: «طی دو سال گذشته اقداماتی را برای ارتقای آگاهی عمومی در حوزه دارویی انجام داده‌ایم و خوش‌بین هستیم که در طولانی مدت مصرف منطقی دارو بهبود یابد. برای این منظور بخشی از محتوای سایت درمان تأمین اجتماعی به آدرس dr.tamin.ir را به «درمان سلامتی» اختصاص داده‌ایم. در این فضا چهار گروه آموزشی شامل دارو، تغذیه، بیماری‌ها و بهداشت تعبیه شده است؛ به‌نحوی که با ورود به هر یک از این گروه‌ها اطلاعات مناسبی در قالب بروشورهای ساده با طراحی جذاب در اختیار مخاطبان قرار داده می‌شود.