

همه آنچه که باید درباره پزشک خانواده بدانید

در طرح جدید بیماران ابتدا به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند و در صورت نیاز به متخصصان و سپس فوق تخصص‌ها ارجاع داده می‌شوند تا مسیر درمان نظام‌مند شود

هستند که طرح پزشک خانواده را با تداوم و نسبتی موفق اجرا می‌کنند؛ هرچند با مسائل و چالش‌های ریز و درشت مواجه‌اند. کلید موفقیت این دو استان، عزم راسخ و مدیریت مستمر مسئولان سلامت در مراحل آغازین برنامه بود که توانستند از سد مشکلات عبور کنند و طرح را پیش ببرند. در حال حاضر، بیش از هزار پزشک خانواده در هر یک از این استان‌ها فعال هستند و روزانه خدمات درمانی و مراقبتی به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌دهند.

یکی از مشکلات اصلی، عدم تطابق سرانه پرداختی با تورم است. سرانه به مبلغی گفته می‌شود که به ازای هر مراجعه بیمار به پزشک خانواده پرداخت می‌شود، اما این مبلغ تنها به پزشک اختصاص ندارد و شامل دستمزد مراقبان سلامت، اجاره مطب، تجهیزات پزشکی، مواد مصرفی و استهلاک نیز می‌شود. کاهش ارزش این سرانه و عدم تأمین معیشت مناسب پزشکان و مراقبان، اجرای برنامه را با چالش مواجه کرده است. در استان فارس حدود ۳۰۰ پزشک بدون مراقب هستند؛ بسیاری از افرادی که به امید فعالیت در حرفه مراقب به شیراز مهاجرت کرده بودند، به دلیل پایین بودن سهم‌شان و هزینه بالای زندگی، مجبور به بازگشت به شهرهای خود شده‌اند.

علاوه بر این، اجبار به ارجاع بیماران به سطح دوم (متخصصان) در سال‌های دوم و سوم اجرای طرح برداشته شد. متخصصان بخش خصوصی، که ملزم به ارائه بازخورد نتایج درمان به سطح اول بودند، از اجرای این دستور سر باز زدند؛ مطب‌های آن‌ها شلوغ بود و برخی حتی از قرارداد با سازمان‌های بیمه‌ای خودداری کردند. اکنون ارجاع بیماران به سطح دوم تنها در بخش دولتی و با قرارداد رسمی انجام می‌شود، اما سیستم اجباری نیست و بیماران می‌توانند به صورت مستقیم و با پرداخت فرانشیز بالاتر به متخصص مراجعه کنند. با این وجود، اساس برنامه پزشک خانواده بر مراجعه اولیه بیماران به پزشکان سطح اول و ادامه درمان در سطح بالاتر بر اساس تشخیص پزشک استوار است. به طوری که بازخورد درمان به سطح اول بازمی‌گردد و مدیریت درمان بیماران به شکل هدفمند ادامه می‌یابد.

برنامه‌های جدید

اجرای سراسری طرح پزشک خانواده اکنون به عنوان یکی از اولویت‌های اصلی دولت برای تحقق عدالت در سلامت، به ویژه در مناطق کم‌برخوردار مطرح است. دکتر محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت، اعلام کرده است که فاز اول این طرح از شهریور آغاز می‌شود و با تأمین منابع مالی، به تدریج در سراسر کشور گسترش خواهد یافت. او در شهریور ماه امسال با حضور در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، توضیحاتی درباره عملیات اجرایی و برنامه‌ریزی پزشک خانواده ارائه کرد و از آغاز تدریجی برنامه در مناطق محروم، روستاها و شهرهای کوچک زیر ۲۰ هزار نفر خبر داد.

هدف اصلی اجرای برنامه، دسترسی عادلانه مردم به خدمات پزشکی است؛ به گونه‌ای که افراد بتوانند ضمن حفظ کرامت، از خدمات سطوح مختلف درمانی، از کلینیک‌های سطح دوم تا بیمارستان‌های سطح سوم، بهره‌مند شوند. مقدمات اجرای طرح به صورت یک سند هماهنگ با رئیس جمهور، روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و کارشناسان حوزه سلامت فراهم شده است. وزیر بهداشت همچنین اعلام کرده که نزدیک به ۴۵ همت اعتبار برای اجرای پزشک خانواده در سال جاری اختصاص یافته است، هرچند این بودجه تا حدی روی کاغذ است و اجرای طرح وابسته به تأمین واقعی اعتبار خواهد بود.

راه تحقق کامل برنامه پزشک خانواده، نیازمند بودجه کافی و آمادسازی زیرساخت‌هاست. فاز نخست طرح حدود ۳۰ میلیون نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد و موفقیت آن مستلزم همسویی پزشکان عمومی و متخصصان با توجیه اقتصادی، تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و فراهم بودن تعداد کافی پزشکان در شهرها و مناطق محروم است.

با استاندارد جهانی، هر پزشک خانواده بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. با جمعیت ۸۶ میلیونی کشور، بیش از ۳۴ هزار پزشک عمومی برای پوشش سراسری مورد نیاز است. این تعداد، جدا از تیم‌های سلامت شامل پرستار، ماما و بهورز است. در حال حاضر حدود ۱۴ هزار پزشک خانواده فعال هستند و برای اجرای کامل طرح، این تعداد باید دو برابر شود تا دسترسی عادلانه و کارآمد به خدمات پزشکی در سراسر کشور تضمین شود.



آشنایی والدین با پزشک خانواده می‌تواند سلامت نسل آینده را تضمین کند

بهداشت به شمار می‌رود و برای اجرای هرچه بهتر این برنامه هفته‌ای یک مرتبه به استان‌های مختلف کشور سفر خواهد داشت. اما اجرای این برنامه در استان‌های مختلف با دست‌اندا‌هایی مواجه شد و تنها استان‌های فارس و مازندران توانستند طرح را ادامه دهند و پیاده‌سازی آن در سایر استان‌ها در بدو امر متوقف شد. از همین روی است که نباید اجرای پزشک خانواده در این دو استان به عنوان پایلوت قلمداد شود؛ زیرا این دو استان از آن زمان تاکنون توانسته‌اند طرح را ادامه دهند و به این ترتیب طرح پزشک خانواده تحت عنوان نسخه صفر ۲ در این استان‌ها ادامه یافته است.

علت توقف در استان‌ها

اکنون باید دید دلایل عدم موفقیت اجرای طرح در سایر استان‌ها چه بود و این برنامه درحال حاضر در استان‌های فارس و مازندران در چه وضعیتی قرار دارد؟ در سال ۱۳۹۱ افزایش ۲۰ درصدی تعرفه‌های درمان و رایگان بودن ویزیت پزشکان در مناطق روستایی و سهم کم بیماران شهری، فشار مالی سنگینی بر دولت و سازمان‌های بیمه‌ای وارد کرد و تأمین منابع برای اجرای پزشک خانواده در استان‌ها با مشکل مواجه شد. اجرای طرح بر پایه پرداخت سرانه به پزشکان بود که در مقایسه با پرداخت عملکردی هزینه بیشتری داشت و همین مسأله باعث شد بسیاری از دانشگاه‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای نتوانند آن را اجرا کنند. علاوه بر این، نبود زیرساخت‌های لازم مانند شبکه بهداشت، سامانه‌های ارجاع، پرونده الکترونیک و نیروی انسانی کافی، اجرای طرح را با چالش مواجه کرد. ضعف‌های طراحی و اشکالات اجرایی، تعریف ناقص نظام ارجاع، کمبود آموزش، نظارت و ارزیابی نیز از عوامل توقف طرح بودند. نتایج پایلوت شفاف نبود و انتقادات سازمان نظام پزشکی و برخی نهادهای صنفی و کارشناسی باعث شد برخی مجامع خواستار توقف موقت برای رفع نواقص شوند.

در این شرایط، مرضیه وحید دستجردی، وزیر وقت بهداشت، در دی ماه ۱۳۹۱ از سمت خود برکنار شد و اجرای طرح متوقف شد. پس از آن، اظهارنظرهای متناقض مسئولان درباره ادامه یا توقف برنامه، سردرگمی شدیدی ایجاد کرد و روند پیشرفت پزشک خانواده در کشور مختل شد.

پزشک خانواده در فارس و مازندران

استان‌های فارس و مازندران از معدود نقاط کشور

بهداشت و «مبارزه با بیماری‌های واگیر» وجود داشت؛ اما این برنامه‌ها یکپارچه نبود. در سال ۱۳۶۳، با تصویب قانون تشکیلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ایجاد «شبکه بهداشت و درمان کشور» به صورت قانونی درآمد. بر اساس این قانون، کشور به واحدهای جغرافیایی به نام «خانه بهداشت» و «مرکز بهداشت» تقسیم شد و پایه ساختار امروزی شبکه ریخته شد.

پروژه «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» در شهرستان نیشابور (۱۳۶۱) نقطه عطف اصلی است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) و صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF) با دولت ایران همکاری کردند تا یک پروژه پایلوت برای ایجاد نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در نیشابور راه‌اندازی کنند. موفقیت چشمگیر این پروژه، دولت را متقاعد کرد که آن را در سطح ملی اجرا کند. در سال‌های اخیر، بسیاری از «خانه‌های بهداشت» به «پایگاه سلامت» و «مرکز بهداشتی درمانی» به «مراکز خدمات جامع سلامت» ارتقا یافته‌اند. این تغییر نام نشان دهنده گسترش ماموریت مراکز مذکور از صرفاً «بهداشت» به ارائه «خدمات سلامت» به صورت جامع است.

باید توجه داشت؛ پزشک خانواده به عنوان راهبرد رسمی تا سال ۱۳۸۱ وارد اسناد سیاستی نشده بود و با توجه به وجود زیرساخت‌های شبکه‌های بهداشت، برنامه «پزشک خانواده روستایی» از سال ۱۳۸۴ در مناطق و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز شد و با پیوند به شبکه بهداشت، امکان پیاده‌سازی اهداف پزشک خانواده مانند ارجاع بیماران به سطوح بالاتر به وجود آمد. نسخه شهری پزشک خانواده نیز از سال ۱۳۹۱ در استان‌های فارس و مازندران کلید خورد که اکنون نیز اجرای آن در این دو استان ادامه دارد. حال باید دید چرانسخه شهری پزشک خانواده تنها در این دو استان به اجرا درآمد؛ ابتدا برنامه پزشک خانواده شهری تحت عنوان نسخه «۱» در شهرهای کنارک و سراوان سیستان و بلوچستان به صورت پایلوت آغاز شد و از ابتدای مرداد سال ۱۳۹۱ این طرح در سراسر استان به اجرا درآمد.

اواخر سال ۱۳۹۰ و اوایل سال ۱۳۹۱ بحث تکمیم پزشک خانواده شهری به کل کشور در وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی و مقرر شد تمامی استان‌های کشور اجرای این برنامه را آغاز کنند. وزیر بهداشت وقت آن زمان مرضیه وحید دستجردی (۱۳۹۱-۱۳۸۸) خود را وزیر پزشک خانواده نامید و اعلام کرد؛ برنامه پزشک خانواده از جمله برنامه‌های محوری و راهبردی وزارت

پس از دو دهه تلاش و توقف، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بار دیگر در کانون توجه مسئولان نظام سلامت قرار گرفته است. محمدرضا ظفرقندی اجرای گسترده برنامه را از روستاها و شهرهای کوچک زیر ۲۰ هزار نفر آغاز کرده است. این طرح سه سطحی شامل پزشکان عمومی، متخصصان و فوق تخصص‌هاست و با مراجعه بیماران ابتدا به سطح اول و در صورت نیاز به سطوح بالاتر، مسیر درمان را نظام‌مند می‌کند، مدیریت هزینه‌ها را بهینه کرده و پایه‌ای برای دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی در کشور فراهم می‌آورد.

اهداف اجرای طرح

حال باید دید هدف از اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع چیست و چه اهدافی را دنبال می‌کند؟ یکی از مهمترین اهداف استراتژیک اجرای طرح مذکور کاهش پرداخت از جیب بیماران در برخورداری از خدمات درمانی است. زیرا در قالب پزشک خانواده ویزیت بیماران در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر رایگان است و در صورت نیاز به مراکز سطح ۲ و ۳ ارجاع داده می‌شود. در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر نیز از مجموع حق ویزیت پزشکان عمومی، افراد تحت پوشش پزشک خانواده تنها ۲۷ هزار تومان پرداخت می‌کنند. سال گذشته این میزان تنها ۱۰ هزار تومان بود. همچنین بیماران تنها ۱۰ درصد هزینه‌های دارو را از جیب می‌پردازند.

کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌ها هدف بعدی را شامل می‌شود. همچنین در این مسیر، مراقبت‌های بهداشتی گروه‌های مختلف از جمله مادران باردار، کودکان و سالمندان پی‌گیری می‌شود. کنترل بیماری‌های واگیر براساس بیماری‌های منطقه‌ای هدف دیگر طرح به‌شمار می‌آید. از طرفی تشکیل پرونده الکترونیک سلامت در قالب این طرح پیش‌بینی شده است. اما هدف غایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را می‌توان در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و کنترل هزینه‌های سلامت دانست.

تاریخچه اجرا

نگاهی به تاریخچه اجرای این برنامه در کشور بهتر می‌تواند زوایای وضعیت آن را روشن کند؛ در دهه‌های ۱۳۴۰ و ۱۳۵۰ خدمات بهداشتی عموماً در شهرها متمرکز بود و در روستاها نیز برنامه‌هایی مانند «سپاه

سلاله صدایی

روزنامه نگار

یادداشت
O P I N I O N



دکتر ابوالفضل بهجو

رئیس سابق کمیته پزشک خانواده کشور

پزشک خانواده و تجربه موفق جهانی

بسیاری از کشورهای پیشرفته طی دهه‌های گذشته نظام پزشک خانواده را به عنوان ستون اصلی اصلاح سلامت ملی پیگیری کرده و توانسته‌اند آن را به شکل کارآمد پیاده‌سازی و ارتقا دهند. اهمیت این برنامه تا حدی است که برخی کشورها، از جمله انگلستان، آن را بزرگ‌ترین دستورالعمل نظام اجتماعی خود می‌دانند و به آن به چشم نمادی از موفقیت ملی و غرور جمعی نگاه می‌کنند. این تجربه‌ها نشان می‌دهد که استقرار نظام پزشک خانواده نه تنها به بهبود دسترسی مردم به خدمات اولیه سلامت کمک می‌کند، بلکه موجب افزایش هماهنگی میان سطوح مختلف درمان و کاهش بار بیمارستان‌ها می‌شود و سلامت عمومی را بهبود می‌بخشد.

در ایران، اجرای نظام پزشک خانواده از سال‌های اولیه برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران بوده است. این برنامه در قانون برنامه چهارم توسعه کلید خورد و در هر دوره بعدی، از جمله برنامه هفتم، همچنان مورد اشاره قرار گرفت. تجربه اجرای پزشک خانواده در روستاها از سال ۱۳۸۴ آغاز شد و تا امروز، هرچند به طور پراکنده، ادامه یافته است. موفقیت نسبی این طرح روستایی عمدتاً مدیون شبکه‌های بهداشت و درمان مستقر و پایدار است که با تلاش جمعی بزرگان عرصه سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی بنیان گذاشته شد. با این حال، نسخه شهری این برنامه در ابتدا در چند استان غیربرخوردار تحت عنوان «دستورالعمل ۰۱» آغاز شد و پس از مدتی با شکست مواجه شد. تلاش‌های بعدی در دولت نهم نیز به رغم شروع در استان‌های فارس و مازندران، ادامه پیدا نکرد و با تغییر دولت به کلی متوقف شد. وضعیت کنونی اجرای پزشک خانواده در کشور نشان از ناکامی طولانی مدت دارد. پایگاه‌های پزشکان خانواده در فارس و مازندران طی چهار ماه اخیر حتی حقوق پرسنل و هزینه‌های مطب را از جیب خود پرداخت کرده‌اند، و این روند طی ۱۳ سال گذشته تقریباً بی‌وقفه ادامه داشته است. زیرساخت‌های لازم مانند سامانه‌های الکترونیک کارآمد و گایدلاین‌های بالینی در دسترس نیست و مسیر مشخصی برای ارجاع بیماران به متخصصان نیز عملیاتی نشده است. مردم همچنان برای دریافت خدمات اولیه و مطمئن درمان سردرگم هستند و هیچ منبع پایدار و کارشناسی شده‌ای که با استانداردهای علمی همخوانی داشته باشد، وجود ندارد. به گونه‌ای که برنامه‌ای قانونی و مصوب هیأت وزیران، به اشتباه به عنوان طرح پایلوت معرفی می‌شود. علل ناکامی پزشک خانواده را می‌توان در چند محور اصلی خلاصه کرد؛ فقدان فرهنگ‌سازی جامع در میان مردم، نخبگان و قانون‌گذاران، نبود زیرساخت‌های فنی و مالی پایدار، عدم اولویت‌بندی منابع و بودجه و غیاب مدیریت مؤثر هزینه‌ها و پیشگیری از بیماری‌ها؛ به ویژه بیماری‌های غیرواگیر. تجربه جهانی اما نشان می‌دهد با برنامه‌ریزی دقیق، تخصیص منابع مناسب و آموزش مستمر، نظام پزشک خانواده می‌تواند ستون سلامت ملی باشد و امنیت بهداشتی مردم را تضمین کند.

پزشک خانواده در تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بازوی نظام سلامت، نقش کلیدی در اجرای طرح پزشک خانواده به ویژه در فارس و مازندران دارد. این سازمان و دیگر بیمه‌گران، براساس دستورالعمل نسخه ۰۲، مسئولیت پرداخت سرانه پزشکان و مراقبان سلامت را برعهده گرفته‌اند. همچنین،