

چتر سلامت بر سر خانواده

حدود 10 سال پیش بود که وزیر پیشنهادی بهداشت و درمان در برنامه‌های اعلامی خود، اجرای نظام ارجاع را جزو اولویتهای خود نام برد.

جام جم آنلاین: حدود 10 سال پیش بود که وزیر پیشنهادی بهداشت و درمان در برنامه‌های اعلامی خود، اجرای نظام ارجاع را جزو اولویتهای خود نام برد. از آن زمان تاکنون 3 دوره است که وزرای بهداشت، اجرای کامل طرح #171؛ پزشک خانواده و نظام ارجاع» را برنامه اصلی خود و نسخه شفابخش بهداشت و درمان کشور عنوان می‌کنند و همگان نیز آن را تایید می‌کنند، اما کماکان نظام ارجاع بیش از روستاها آن هم به طور نیم‌بند اجرا نمی‌شود.

سازمان جهانی بهداشت اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده را نکته کلیدی و اقدام اساسی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، اثربخشی و برقراری برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی می‌داند. تا سال 1997، 56 کشور در جهان برنامه پزشک خانواده را برقرار کرده بودند. در کشور ما نیز با تصویب قانون بیمه همگانی در سال 1374 زمره‌های اجرای طرح نظام ارجاع در کشور شنیده شد، اما هیچ‌گاه جنبه اجرایی به خود نداد. تنها در برخی مقاطع به صورت کاملاً محدود در کمیته امداد این طرح اجرا شد. علی‌رغم این که در قانون برنامه چهارم توسعه در بند ب ماده 91 آمده است: تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید، اما عملاً اتفاق مهمی در کشور رخ نداد. هنگام بررسی لایحه بودجه سال 1384 بود که نمایندگان با تصویب یک تبصره به همراه ردیف مستقل بودجه‌ای، دولت را موظف کردند تا پایان سال 84 تمامی روستاییان را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. در آن زمان مقرر شد شیوه اجرای این طرح براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده باشد. این آغاز کاری بود که با نام پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور شروع شد و قرار بود در سراسر کشور مستقر شود.

نظام ارجاع چیست؟

اما نظام ارجاع که این همه روی آن مانور می‌شود چیست؟ نظام ارجاع سامانه دسترسی افراد به خدمات نظام سلامت در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده است. محور درمان در این سامانه پزشک خانواده است.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند، بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه خدمات درمانی استفاده کرد. افرادی که خواهان دریافت مراقبت توسط یک پزشک متخصص هستند، باید تماس اولیه با یک پزشک عمومی داشته باشند. پزشک و بیمار هر دو باید از کیفیت مراقبت‌های سلامتی و نتایج احتمالی آگاه باشند تا این که بتوانند براساس آن لزوم مشاوره با پزشک متخصص را تعیین کنند.

تمامی خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال ارائه می‌شود. همچنین به منظور کنترل هزینه‌های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخگویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه‌گانه نظام ارائه خدمات به شکل کاملاً هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده انجام می‌شود.

از شبکه تا ارجاع

بسیاری معتقدند اجرای آنچه به اصرار مدیریت وقت وزارت بهداشت در سال 1384، به صورتی شتابزده، با عنوان #171؛ پزشک خانواده» به مرحله اجرا درآمد؛ تنها تجهیز شبکه‌های بهداشتی و افزایش دسترسی روستاییان به پزشک عمومی و برخی از خدمات درمانی است.

از میان اشکالاتی مانند درمان محوری به جای سلامت محوری، افزایش میزان مراجعه به پزشک در روستاها و بازماندن پزشکان از وظیفه اصلی خود یعنی پایش و ارتقای سلامت، چرخه ناکارآمد منابع مالی، برداشتهای متفاوت از این طرح ناشی از ویرایش‌های مکرر آن، تاثیر منفی بر عملکرد پزشکان بخش خصوصی بدون وجود سیاست‌های جبرانی موثر، فقدان نظام پایش و ارزشیابی به گونه‌ای علمی و غیره باید به این نکته اشاره کرد که تقسیم مسوولیت‌ها میان وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه و نیز قلمرو اختیارات در درون هر یک از دو وزارتخانه بی‌تردید اشکالاتی در روند پیگیری و هماهنگی در پی داشته است.

بی‌تردید توسعه این برنامه به شهرها ماهیتی متفاوت داشته و حضور بخش خصوصی و همکاری جامعه پزشکی را به عنوان ارائه‌کننده بخش اعظم خدمات می‌طلبد. از سوی دیگر همگام با سیاستگذاران برنامه برای تدوین و بهره‌گیری از یک استراتژی مطلوب رسانه‌ای ضروری به نظر می‌رسد. باورها و رفتارهای نادرست در فرهنگ عمومی جامعه، مهم‌ترین مانع در مسیر استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده به شمار می‌رود؛ بنابراین، فرهنگ سازی برای پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده مهم‌ترین بخش از مراحل مختلف این طرح است.

آینده‌ای نامشخص

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های مدیریتی در هر پروژه‌ای، ثبات تصمیم‌گیری‌ها و قابل اطمینان بودن اقدامات اجرایی مربوط به طرح است. اجرای نظام ارجاع نیز از این قاعده کلی مستثنی نیست. در حال حاضر پزشکان خانواده که در بیش از 3500 نقطه روستایی مرتبط با طرح مستقر شده‌اند، ماماها، داروکاران و بهیاران و کارشناس‌هایی که جذب طرح شده‌اند و خانه و زندگی و منطقه زادگاه خود را ترک کرده و همسر و فرزندان و ثبت‌نام مدرسه و رفت و آمد خانوادگی خود را منطبق با الزامات طرح و موقعیت فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی برنامه‌ریزی کرده‌اند، تنها با مشاهده و احساس در ثبات تصمیم‌گیری می‌توانند به آینده و عاقبت این طرح بزرگ اطمینان کنند و تنها با چنین اطمینانی است که می‌توانند زندگی شخصی و خانوادگی خود را با الزامات طرح هماهنگ و بر طبق آن برنامه‌ریزی نمایند. مردمی که دفترچه‌های بیمه درمان دریافت کرده و بر طبق روال برنامه‌ریزی شده ارجاع باید مسیر درمانی خود را طی کنند، تنها با آموزش و استمرار به این مسیر درمانی اطمینان و عادت می‌کنند. اگر هر روز روش جدیدی در این طرح خلق گردد و بی‌ثباتی در تصمیمات احساس شود، نه مردم و نه کارکنان، هیچ‌یک حساب درازمدتی روی طرح باز نمی‌کنند و با احساس موقتی بودن چارچوب‌ها و الزامات طرح، هر آن انتظار و هراس فرو ریختن چارچوب طرح را خواهند داشت. خود این احساس ناامنی موجب می‌شود آن توان لازمی که باید، در طرح صرف نشود. تازه تصور کنید وقتی قرار باشد این طرح در سطح کشور اجرا شود نیاز به چه میزان هماهنگی دارد.

تغییر نظام انگیزشی

دکتر محمد شریعتی با اشاره به چگونگی نظام پرداخت پزشکان خانواده و تیم سلامت در طرح #171؛ پزشک خانواده شهری، می‌گوید: نظام پرداختی در این طرح براساس افرادی خواهد بود که پزشک و تیم سلامت وی را به عنوان پزشک خانواده خود انتخاب می‌کنند. همچنین پزشک خانواده و تیم سلامت وی در قبال ارائه خدمات به افرادی که خدمت بیشتری نیاز دارند، پول بیشتری دریافت می‌کنند.

نکته: نظام ارجاع سامانه دسترسی افراد به خدمات نظام سلامت در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده است محور درمان در این سامانه پزشک خانواده است

وی با اشاره به پیش‌بینی‌های صورت گرفته در جهت پایش عملکرد تیم سلامت در طرح پزشک خانواده شهری، می‌افزاید: با اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها تمام پرداخت‌ها در نظام سلامت و در تمام سطوح قانون‌مند خواهد شد. نظام در نظر گرفته شده برای پرداخت‌ها به پزشکان و متخصصان در طرح پزشک خانواده شهری از نظام انگیزشی مناسبی برخوردار است. در مجموع وزارت بهداشت به این امر اشراف کامل دارد که در قبال خدمات بیشتر، پرداخت‌های بیشتری صورت گیرد. قائم‌مقام معاونت بهداشتی وزارت بهداشت با اشاره به چگونگی انجام پرداخت‌ها به پزشکان عمومی فعال در طرح پزشک خانواده شهری، می‌گوید: 80 درصد پول سرانه پزشکان عمومی در هر ماه علی‌الحساب به آنها پرداخت می‌شود. پس از بررسی عملکرد آنها بر حسب امتیازی که پزشک مربوط کسب می‌کند بین 20 تا 40 درصد دیگر نیز به وی پرداخت می‌شود. به این ترتیب پس از ممیزی و ارزیابی کامل اگر یک پزشک خانواده بیش از حد انتظار فعالیت داشته باشد، امکان دریافت بیش از 100 درصد (تا 120 درصد) نیز برای وی پیش‌بینی شده است، اما اگر پرونده قابل قبولی نداشته باشد از حیثه ارائه‌دهندگان خدمت خارج می‌شود.

شریعتی ادامه داد: در مورد خدمات سطح 2 نیز باید گفت که پزشک خانواده می‌تواند فرد مربوط را به متخصصان طرف قرارداد با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارجاع دهد. در برنامه پزشک خانواده شهری، برای پزشکان متخصص نیز استاندارد ویزیت تعیین شده است. همچنین این پزشک متخصص باید پس خوراند اقدامات انجام شده را به پزشک خانواده اطلاع دهد. مدیر مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت وزارت بهداشت می‌افزاید: پرداخت ویزیت پزشک متخصص منوط به ارائه بازخوراند وی به پزشک خانواده است. همچنین نرم مشخصی برای ارجاع بیمار به متخصص از سوی پزشک خانواده در نظر گرفته شده است. به این ترتیب هر پزشک خانواده می‌تواند حدود 10 تا 12 درصد افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد. اگر میزان ارجاع از نرم اعلام شده کمتر یا بیشتر باشد، عملکرد آن پزشک مورد ممیزی قرار می‌گیرد.

شریعتی تاکید می‌کند: براساس دستورالعمل فعلی برنامه پزشک خانواده شهری، پرداخت‌ها به یک متخصص برابر 2 ویزیت K دولتی صورت می‌گیرد. همچنین به متخصصان بخش خصوصی نیز 40 درصد اضافه پرداخت می‌شود. در مجموع در طرح پزشک خانواده

شهری برای پزشکان عمومی و سطوح تخصصی نیز پرداخت‌های خوبی پیش‌بینی شده است؛ چراکه انتظار وزارت بهداشت از متخصصان و پاسخ آنها به نظام ارجاع، توقعی بیش از اکنون است.

آیا ارجاع اجرا می‌شود؟

اواخر اردیبهشت بود که وزیر بهداشت اعلام کرد مرحله جدید طرح پزشک خانواده از 15 خرداد در 3 استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و کهگیلویه و بویراحمد با پشتیبانی بیمه و تحت نظام ارجاع انجام می‌گیرد. بنا بر اعلام وزارت بهداشت این طرح در شهرها و روستاهایی که جمعیت بالای 50 هزار نفر داشته باشند به اجرا درمی‌آید و در آن برای هر 10 هزار نفر چهار پزشک عمومی، دو نفر ماما و دو نفر پرستار و کارشناس تغذیه و کارشناس بهداشت و روان‌شناس براساس برنامه‌ریزی بسته سلامت در نظر گرفته شده است.

این طرح قرار است تا پایان یک سال به تمامی شهرهای این 3 استان توسعه یابد و حمایت و پشتیبانی مالی این طرح بر عهده معاونت برنامه‌ریزی راهبردی ریاست جمهوری است. در آن زمان صادق محصولی وزیر رفاه و تامین اجتماعی نیز اعلام کرد: منابع بودجه‌ای این طرح به طور مشترک میان دو وزارتخانه تقسیم‌بندی شده است. براساس آن 65 درصد از بودجه بیمه‌ای این طرح متعلق به وزارت رفاه و 35 درصد از بودجه بیمه‌ای از طریق سیستم شبکه‌ای وزارت بهداشت تامین می‌شود و در صورت کمبود منابع، دولت باید از طریق معاونت برنامه‌ریزی و راهبردی آن را تامین کند.

حال باید منتظر بود و دید آیا این طرح اجرایی می‌شود یا خیر؟ نگاهی به گذشته نشان می‌دهد اجرای نظام ارجاع از حدود 16 سال پیش در کشور مطرح بوده، اما هیچ‌گاه به اجرا درنیامده است. در واقع مسائلی چون نبود اراده و عزم لازم، مقاومت متخصصان، اولویت نداشتن موضوعی و کمبود اعتبارات در عمل مانع تحقق این مساله شده است.

علی اخوان بهبهانی / جام‌جم