طرح پزشک خانواده اهداف، رسالت‌ها و پرسش‌های بی‌پاسخ

دکتر نیت اله اکبری
داروساز

در حالی‌که بیش از سه دهه از نظام سلامت کشور پشت سر گذاشته شده و با توجه به سهم بالای مردم از هزینه‌های درمان نسبت به سهم کمتر دولت (۶۰ درصد به ۴۰ درصد)، متولیان امر درمان بر آن شدند تا این نسبت را به مثابه بعضی از کشورها تغییر دهند و سهم مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت را به حداقل برسانند. از سویی با توجه به حاکم بودن رویکرد بیمارمحور به جای سلامت محور در نظام کنونی سلامت، انگیزه‌ای مضاعف در خصوص تغییر این رویکرد فراهم شد. ظهور این اندیشه به دهه ۸۰ و اجرای آزمایشی آن با شروع طرح پزشک خانواده روستایی منسوب به نسخه ۰۱ با تاکید بر محورهای چندگانه زیر برمی‌گردد:

۱ ـ دسترسی همگانی و عدالت‌محور به خدمات درمانی

۲ ـ کاهش بار مراجعه‌های غیرضروری به پزشکان متخصص

۳ ـ سامان‌دهی هزینه‌های درمان در پیکره نظام سلامت

۴ ـ اصلاح فرهنگ درمان و اتخاذ دیدگاه سلامت محور

۵ ـ نظارت دقیق‌تر بر بیماران تحت پوشش

۶ ـ برخوردار شدن از فرهنگ مصرف منطقی دارو

۷ ـ نظام‌مند کردن و قابل کنترل نمودن فرآیند درمان

۸ ـ دسترسی به آماری دقیق‌تر از حوزه سلامت کشور

از این‌رو، اجرای منطقه‌ای این طرح مقدمه‌ای جهت پیاده نمودن نسخه جامع‌تر آن در گستره جغرافیایی وسیع‌تر توام با رفع ابهام‌های و معضلات نمایان شده و تحت عنوان پزشک خانواده شهری نسوب به نسخه۰۲ مطرح گردید. بدیهی بود اجرای طرح دوم مشابه هر طرح ملی دیگر نیازمند مطالعات دقیق و بسترسازی مناسب باشد. از این‌رو سه پرسش اصلی باید توسط متولیان در این حوزه پاسخ داده می‌شد:

۱ ـ تامین منابع اعتباری

۲ ـ تامین نیروی انسانی

۳ ـ تغییر رویکرد درمان با بسترسازی خاص فرهنگی

پر واضح است شروع این برنامه که به منزله جراحی بزرگ نظام درمان و سلامت کشور تلقی می‌شد، بدون پاسخ به سه مقوله مذکور میسر نمی‌گردید. از این‌رو، دولتمردان بر آن شدند تا از محل مرحله دوم طرح هدفمندسازی یارانه‌ها و تامین شش هزار میلیارد تومانی حوزه سلامت هزینه طرح را فراهم نموده و با ایجاد ساز و کار تشویقی مناسب تمهیدات لازم جهت جذب نیروی انسانی لازم را از میان جامعه هفتادهزار نفری پزشکان عمومی ساکن در کشور فراهم سازند و در مقوله سوم با مساعدت رسانه‌های جمعی زمینه‌های پذیرش فرهنگی طرح را فراهم نمایند.

از آنجا که دولت دهم مصمم بود تا این طرح را تا پایان دوره خود جامه عمل بپوشاند و همانند طرح هدفمندسازی یارانه ها، آن را در کارنامه خود ثبت کند، به شکل بخشنامه‌ای و بدون دخیل دانستن نظرات و پیشنهادات پزشکان عمومی به‌عنوان مجریان خط مقدم طرح که بار اصلی ارایه خدمات بهداشتی درمانی در حوزه سلامت را به دوش دارند و بدون تجزیه و تحلیل منطقی پس خوراندهای نسخه آزمایشی ۰۱، در خرداد ۱۳۹۱ دستور به اجرای آن از شروع نیمه دوم تیرماه ۱۳۹۱ داد و در بین استان‌های کشور، استان فارس با اعلام آمادگی به‌عنوان پیش قدم در اجرای طرح از سوی وزارت متبوع معرفی گردید. نگارنده همفکر با توده مردم و اعضای نظام سلامت یقین دارد که پزشک خانواده شهری با حدود وثغور تعریف شده آن می‌تواند طرحی مهم و راه گشا جهت جامعه و نظام سلامت تلقی گردد به شرطی که با نگاه کارشناسانه تعقیب گردد. در غیر این صورت، اجرای ناقص آن محاسبه‌های نظام سلامت در کشور را بر هم خواهد زد و اکنون طرح چند پرسش:

۱ ـ در حالی‌که جمعیت پزشکان عمومی ساکن در کشور هفتادهزار نفر برآورد شده و از سویی براساس نرخ بیکاری اعلام شده از سوی مراجع رسمی، تعداد ده هزار نفر پزشک، بیکار برآورد گردیده، چرا وزارت بهداشت در جذب پزشک مورد نیاز طرح از میان پزشکان شاغل و بیکار قاصر مانده است؟

۲ ـ آیا لغو یک‌سویه قراردادها از طرف‌سازمان‌های بیمه‌گر با پزشکان عمومی که بنا به دلایل مشخص

به طرح نپیوسته‌اند، به منزله افزایش تدریجی نرخ بیکاری در میان پزشکان عمومی نخواهد بود؟

۳ ـ چرا متولیان وزارتی طرح به‌جای تعیین سرانه مطلوب و رضایتبخش به گونه‌ای که متضمن تامین رضایتمندی حرفه‌ای پزشک باشد، در اولین گام دستور به لغو قرارداد با این بخش که ستون فقرات بهداشت و درمان کشور هستند، دادند؟

۴ ـ آیا صنفی که سهم زیادی در دستاوردهای درخشان حوزه سلامت پس از انقلاب داشته‌اند و از بیشترین چالش‌ها در جامعه پزشکی نیز برخوردار می‌باشند و در عین حال، در مقایسه تطبیقی کمترین درآمد را نسبت به سایر پزشکان دارا بوده و در عین حال با مشکلات عدیده‌ای مواجه هستند سزاوار چنین برخوردی می‌باشند؟

۵ ـ از جمله اهداف چندگانه‌ای که در نسخه آزمایشی طرح یعنی نسخه ۰۱ بیان شده بود چاره‌اندیشی در خصوص اصلاح فرهنگ مصرف دارو و هدفمند کردن بار مراجعه به پزشک با جایگزینی رویکرد سلامت محور به جای نگاه بیمار محور بود. آیا آمار مصرف دارو به دنبال اجرای نسخه ۰۱ و افزایش بار مراجعه بی حد و حصر در میان جمعیت تحت پوشش در مغایرت تام با دو رسالت یاد شده نمی‌باشد؟ یقینا از تبعات بروز این پدیده، افت شدید کیفیت خدمات ارایه شده و تواما محروم ماندن بخش عمده‌ای از بیماران واقعی از خدمات درمانی در مراکز مربوط به دلیل ظرفیت محدود پذیرش بیمار و انباشت دارو در منازل به دلیل نوع خاص نگرش حاکم بر جامعه می‌باشد که اجرای ناقص نسخه ۰۲ نیز از این آسیب‌ها قطعا مصون نخواهد ماند. یقینا ادامه این رویه معلول عدم ایجاد فرهنگ‌سازی مطلوب و مورد نظر پیشنهاددهندگان طرح می‌باشد.

۶ ـ صرف نظر از پرداخت‌های نمادین در چند ماهه اخیر که از سوی سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص مطالبات موسسات طرف قرارداد صورت گرفته است و در مقایسه با پرداخت‌های یک دهه اخیر آن‌ها کاملا متفاوت بوده است، این‌سازمان‌ها به‌طور میانگین شش ماه در پرداخت، مطالبات پزشکان تاخیر داشته‌اند و یا به عبارتی، از پرداخت فقط بخشی از حق ویزیت به پزشکان عمومی عاجز مانده‌اند. با توجه به توقف مرحله دوم طرح هدفمندسازی که محل اصلی تامین اعتبار نسخه ۰۲ می‌باشد و با در نظر گرفتن این مهم که فقط بخشی از بودجه سالانه وزارت بهداشت در چندین حوزه آن طی سال جاری تامین اعتبار شده و بسیاری از فعالیت‌ها و برنامه‌های این وزارتخانه مسکوت مانده است، کدام منابع مالی را برای چنین طرح عظیمی باید در نظر گرفت تا آن چنان که در محتوای طرح عنوان گشته است، بتوان پزشکان بخش خصوصی را به پیکره بخش دولتی درمان گره زد؟

۷ ـ آیا از خود پرسیده‌ایم با به‌کارگیری همه تدابیر ممکن (چه در خور انجمن پزشکان عمومی و چه خارج از آن) میزان واقعی پوشش طرح و رضایتمندی نزد گیرندگان خدمت به چه میزان بوده است؟

۸ ـ با گذشت ده سال که از ارایه اولیه طرح شناسنامه الکترونیک سلامت افراد که در عین

حال از استلزام‌های اولیه طرح پزشک خانواده نیز می‌باشد این برنامه به کجای مسیر خود رسیده است؟

شایان ذکر است کشورهای پیشگام نظیر کانادا و انگلستان که بیش از چهل سال از عمر این طرح در آن‌ها سپری شده، علی‌رغم تامین منابع مالی و انسانی همچنان با ابعاد مغفول و زوایایی تاریک در این حوزه مواجه هستند و در تلاش می‌باشند تا با تمهیدات مناسب مشکلات مرتبط را مرتفع سازند. از این‌رو، اجرای شتابزده نسخه ۰۲ بدون لحاظ نمودن استلزامات مربوط با وجود همه نیات نیکو و عدالت‌گستری که با خود به همراه دارد، می‌تواند تبعات ناگوار و جدی را برای نظام سلامت به همراه داشته باشد و باید پذیرفت و از نظر دور نداشت که اگر شیوه دیرینه آزمون و خطا در هر حوزه‌ای زیانبار باشد، در حوزه سلامت زیانبارتر خواهد بود. به‌عنوان مثال، در منطقه‌ای که بضاعت مالی اهالی آن محدود به کشاورزی با ده‌ها مداخله‌گر خارج از کنترل می‌باشد، از اعتبار ساقط نمودن نظام بیمه درمانی از طریق لغو قرارداد پزشکان معتمد آن‌ها در کنار خلا تامین پزشک خانواده به تعداد مکفی، اجحافی آشکار بر طبقه‌ای است که ماهیانه مقادیر قابل توجهی از درآمد خود را جهت بهره‌مندی از خدمات درمانی در قالب دفترچه‌های درمانی سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌نمایند و به یک‌باره از قابلیت تعیین شده این دفترچه‌ها محروم گشته‌اند.