

## گام دوم طرح تحول گامی مختص حوزه بهداشت بود و مثل سایر گام‌ها رسانه‌ای نشد، چه اقداماتی در این گام قرار است انجام شود؟

❖ مسائل مربوط به پیشگیری، مسائل پر سروسدایی نیستند، تبعاً به همین علت است که گام دوم علی‌رغم این که خیلی فراتر و عمیق‌تر از گام اول اجرا می‌شود، زیاد خبر ساز نیست. طبق سیاست‌های کلان بالادستی پیشگیری اولویت اول ماست. خوشبختانه در دوره وزارت بهداشت دولت تدبیر و امید اولین سیاست اتخاذ شده این بود که محرومین بایستی به حساب بیایند و دیگر با پاک کردن صورت مسئله نمی‌شود مشکل را حل شده دید، رویه‌ای که سال‌ها در حال انجام بود، البته مسئولان گذشته هم معتقدند اگر ما به حاشیه‌نشینان آب، برق و بهداشت بدهیم، بقیه هم به این مناطق می‌آیند، در حالی که این طرز فکر درست نبود. به هر حال وزارت بهداشت در گام دوم، برنامه‌ای را با الهام از برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی که سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۷۸ کنفرانس آلماتا گذاشته بود و ما در شبکه روستایی‌مان آن را پیاده کردیم، برای شهرها و حاشیه‌های آن شروع کرد، یعنی هم ارتقایی، هم پیشگیری، هم شناسایی زودهنگام، هم تشخیص مشکل در مان و حتی توان بخشی انتهای کار.

## این برنامه همان نسخه پیشرفته شبکه‌های بهداشتی اوایل انقلاب است؟

❖ بله خدماتی تکامل یافته‌تر ایجاد می‌کند که این خدمات به همه جمعیت ارائه می‌شود، نه فقط به گروه مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال. مراقبان سلامت کارشناسان چندپیشه هستند و باید تمام کسانی که سرشماری کرده‌اند را به مرکز خدمت دعوت کند و به تناسب بسته خدماتی که متناسب با مشکلات شایع بیماری تعریف شده، ارائه خدمت کند. اگر افراد نیامدند دنبالشان برود. به این خدمات، فعال می‌گویند. بعد اصلی مسئله این است که نظارت و ارزشیابی مراقب سلامت بر اساس تعداد پرونده‌های فعال اوست؛ یعنی اگر تشویق بشود، بر اساس تعداد پرونده تشویق می‌شود، اگر تنبیه هم بشود، بر همان اساس است و حتی پرداخت حقوق هم منوط بر تعداد پرونده است.

## با خطر گزارش کارهای نکرده چه می‌کنید؟

❖ مثل همه کارهای دیگر روش‌های نظارتی مشخص و علمی و تبیین شده وجود دارد، مشکلی نیست. از مراکز بهداشت شهرستان کارشناسی که فاقد سوگیری است کنترل می‌کند و به خانه مردم منطقه هم مراجعه می‌کند. گاهی اوقات اگر لازم بشود پرونده چند خانه را اتفاقی برمی‌داریم و به در خانه آن‌ها می‌رویم؛ بنابراین شاغلین این عرصه از دو طرف کنترل می‌شوند هم از طرف آن واحدی که شمارا به کار گرفته است که بخش خصوصی است و هم از طرف وزارت بهداشت. برای اینکه حجم دولت زیاد نشود، متولی‌گری و سیاست‌گذاری را انجام می‌دهیم ولی خدمات را توسط کارکنان بخش خصوصی ارائه می‌نماییم.

## یعنی پایگاه‌های سلامت خصوصی هستند؟

❖ بله اغلبشان خصوصی‌اند و از این طریق برای جوان‌هایمان که کارشناس بهداشت عمومی یا مامایی هستند اشتغال‌زایی کرده‌ایم، ما بسته‌ای را تحت عنوان بسته ارائه خدمت به مراقبت بهداشتی اولیه سلامت در حاشیه شهر آماده کردیم، شامل خدمات سلامت اعم از ارتقایی، پیشگیری، شناسایی زودهنگام، تشخیص و درمان سطح اول که پزشک عمومی است. استانداردهای لازم مثل نیروی انسانی را مشخص کردیم و بعد به مناقصه گذاشتیم، گفتیم به صورت سرانه مبالغ را پرداخت می‌کنیم. در اینجا اگر بخواهیم پیشرفت کنیم باید حتماً این سیاست را بپذیرند و بخش‌هایی از این کار را که به درمان و درمان سطح ۲ می‌رسد، تأمین کنند. کشورهای پیشرفته هم به سمت این مسئله رفته‌اند که مراقبت در سطح یک و سطوح دورا یک واحد به صورت یکپارچه انجام می‌دهد و هزینه‌ها هم خیلی پایین می‌آید. برای انجام خدمات بهداشت شهری بلوک‌بندی‌هایی انجام شد و برای هر بلوک با جمعیت ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت به کارگیری شد. مراقبین سلامت دعوت شدند، آموزش دیدند، خدمات فعال و بسته خدمات تعریف شد. این بسته خدمات مبتنی بر مشکلات شایع سلامت در کشور است که توجه ویژه به

حاشیه شهر می‌کند. این توجه ویژه یعنی علاوه بر خدمات پیشگیری و خدمات مربوط به بیماری‌های واگیردار و خدمات مراقبت بیماری‌های مزمن و غیر واگیر مثل دیابت و فشارخون که در سایر مکان‌ها انجام می‌شود، به دلیل وجود آسیب‌های اجتماعی بالاتر در حاشیه شهرها بسته خدمات آسیب‌های اجتماعی برای این مناطق دیده شده است.

## برخی معتقدند که پزشک خانواده فدای طرح مراقبان سلامت شده است و به لحاظ ساختاری و به لحاظ خدماتی که ارائه می‌شود، نمی‌توان این پایگاه‌ها را جایگزین طرح پزشک خانواده کرد. در دورنمای طرح پایگاه‌های سلامت نظام ارجاع کجا است؟

❖ من به عقاید همکاران و منتقدان احترام می‌گذارم ولی یک سؤال دارم، پزشک خانواده کجا بود که ما این طرح را جایگزینش کردیم؟ اصلاً کجا اجرا می‌شد؟ در حاشیه شهر کدام پزشک خانواده اجرا می‌شد؟ چطور می‌توانیم ما این قدر خودخواه باشیم بگوئیم برای حفظ منافع یک حرفه خاص، سیستم خدمات خودش را به مردمان حاشیه‌نشین که ۱۱ میلیون نفر جمعیت هستند ارائه نکند تا مبادا مراقب سلامت جایگزین پزشک نشده باشد. من در جایی وارد شدم و این طرح را انجام می‌دهم که چیزی تحت عنوان پزشک خانواده وجود ندارد. هر یک از مردم حاشیه شهر که می‌دانست بچه‌اش باید واکسن بزند به منطقه شهری می‌رفت و به سختی خدمت می‌گرفت، چون در سیستم شهری باید معلوم شود که تو چه کسی هستی؟ کجا زندگی می‌کنی؟ در حوزه خدمات بهداشتی هستی یا نه؟ اینجا شماره پرونده داری؟ چون واحد بهداشتی هم باید پاسخ بدهد این واکسن‌ها را به چه کسی زده و چگونه مصرف کرده است؛ بنابراین مردم بیچاره و گرفتاری که در حاشیه شهر زندگی می‌کردند، نمی‌توانستند واکسن بزنند. ما در چنین شرایطی وارد گود شدیم و پایگاه سلامت و بعد هم مرکز سلامت جامعه درست کردیم. یادمان باشد از نظر تئوری و علمی ما می‌گوییم اولین سطح خدمت خود شخص است. خودمراقبتی و بعد خانواده. سپس اولین واحد رسمی که مردم به آن مراجعه می‌کنند، پایگاه سلامت شهری است که در اینجا برای هر ۲۵۰۰ نفر یک مراقب داریم، مراقب کسی است که ماما یا کارشناس بهداشت خانواده یا کارشناس بهداشت عمومی مادر و کودک است، این افراد را در یک دوره ۱۵۰ ساعت حضوری و ۶۰۰ ساعت راه دور و با آزمون کتبی و عملی تربیت کردیم. کسانی که نیاز به خدمات یک سطح بالاتر داشته باشند، توسط مراقب به مرکز سلامت جامعه سلامت ارجاع می‌شوند که در آن محله و منطقه مستقر شده است، هر دو یا چهار پایگاه سلامت تحت پوشش مدیریت و نظارت یک مرکز سلامت جامعه قرار می‌گیرد. در مرکز سلامت جامعه پزشک، دندان‌پزشک و آزمایشگاه وجود دارد. البته آزمایشگاه و دندان‌پزشک در صورتی که در منطقه باشد خرید خدمت می‌شود و به مرکز سلامت اضافه نمی‌گردد، چون قرار این است که مردم به این خدمات دست پیدا کنند و بهره‌مند شوند نه این که حتماً دولت این کار را بکند. هیچ جای جهان در سطح اول هنوز این کار را نکرده‌اند که کارشناس تغذیه و بهداشت روان را در سطح یک ارائه خدمت بگذارند اما ما در ساختار مراکز خود این دو سمت را دیده‌ایم. چون ده عامل اول بیماری در کشور عمدتاً ناشی از الگوی غذایی مردم است.

## پس می‌شود گفت مدیریت فعلی وزارت بهداشت این طرح مراقبان سلامت را کارآمدتر از پزشک خانواده می‌داند.

❖ صحبت من این است که پزشک خانواده اصلاً وجود نداشت که بخواهیم این دو را مقایسه کنیم، وزارت بهداشت طرح مراقبان سلامت را شروع کرد چون چیزی وجود نداشت و سعی کردیم به بهترین وجه آغاز کنیم. این طرح اساساً باید زمینه‌ساز پزشک خانواده باشد. اگر ما برای هر ۲۵۰۰ نفر یک مراقب گذاشته‌ایم این توانمندی را نداشته‌ایم اما به این تعداد پزشک نداریم. همه می‌گویند از سال ۶۶ و ۶۷، هر سال ۵۰۰۰ پزشک تربیت کرده‌ایم ولی بیش از نیمی از این افراد که در سازمان نظام پزشکی ثبت شده‌اند، دیگر اصلاً مراجعه نکرده‌اند و معلوم نیست کجا هستند و به چه شغلی مشغول‌اند. لذا اگر قرار باشد برای هر ۳ هزار نفر که رقم بالایی هم است، یک پزشک خانواده داشته باشیم، برای ۷۵ میلیون نفر حداقل ۳۰ هزار نفر پزشک لازم داریم؛ اما

پرونده اول

■ بهداشت

و پیشگیری



چطور می‌توانیم

این قدر خودخواه

باشیم و بگوئیم

برای حفظ منافع

یک حرفه خاص،

سیستم خدمات

خودش را به مردمان

حاشیه‌نشین ارائه

نکند تا مبادا مراقب

سلامت جایگزین

پزشک خانواده

نشده باشد