

اجرا کنند. با این استدلال، وزارت بهداشت به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمت درمانی انگیزه کافی برای اجرای این طرح را ندارد. نظر شما چیست؟

❖ بله کاملاً درست است. در سایر کشورها، نظام بیمه‌ای است که پزشک خانواده افراد را تعیین می‌کند چون که در نهایت سهم بیمه مردم در یک مسیر صحیح مصرف می‌شود و با توجه به پیشگیری محور بودن پزشک خانواده، برای بیمه‌ها منافعی را به دنبال دارد. در واقع بیمه‌ها در هر امری که منجر به پیشگیری از بیماری می‌شود پیش قدم می‌شوند، مثلاً در برخی از کشورها، بیمه‌ها به وضعیت نامناسب جاده‌ها یا ایمنی اتومبیل‌ها رسیدگی می‌کنند چون که در راستای پیشگیری است و هزینه‌ها را برای بیمه‌پایین می‌آورد و به نفع مردم هم تمام می‌شود.

آیا آماری از تعداد فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی و همچنین پزشکان عمومی مشغول به کار دارید؟

❖ ما در کشور ۸۰ هزار پزشک عمومی فارغ‌التحصیل داریم که عمدتاً به کارهایی غیر از پزشکی مشغول هستند. در سال ۱۳۸۹ با پیگیری‌هایی که در سازمان نظام پزشکی صورت گرفت، طرحی اجرا شد که تعدادی فرصت شغلی برای پزشکان عمومی ایجاد گردد که حدود ۱۰ هزار پزشک عمومی در این طرح ثبت‌نام کردند ولی هم‌اکنون با وجود نیاز به پزشک عمومی در برخی مراکز، تمایل این پزشکان به فعالیت کمتر شده است و عمدتاً به مشاغل آزاد مشغول هستند که وضعیت درآمدی مناسب‌تری از پزشکی عمومی دارد.

به نظر شما با این تعداد پزشک عمومی که در کشور وجود دارد، امکان اجرای نظام ارجاع هست؟

❖ بله این تعداد کافی هست. البته بستگی به برنامه‌ریزی‌ها دارد که چه تعداد خانوار در اختیار یک پزشک خانواده قرار بگیرد اما در مجموع با این تعداد پزشک عمومی امکان اجرای نظام ارجاع وجود دارد. به شرطی که مسئولان طوری برنامه‌ریزی کنند که پزشکان عمومی به وعده‌های آن‌ها اعتماد کنند.

آیا آماری دارید که چه نسبتی از مراجعات سرپایی به پزشکان عمومی و چه نسبتی به پزشکان متخصص صورت می‌گیرد؟

❖ الان آمار دقیقی در اختیار ندارم اما در بخش دولتی، اورژانس‌ها و مراکز بهداشتی عمدتاً مراجعات به پزشکان عمومی هست اما در بخش سرپایی عمده فعالین این بخش در بخش خصوصی مشغول به فعالیت هستند که عمده مراجعات به پزشکان متخصص صورت می‌گیرد.

جایگاه ایده آل یک پزشک عمومی در نظام سلامت کجاست؟

❖ جایگاه ایده آل پزشکان عمومی در سطح اول مراجعات به عنوان پزشک خانواده هست که این‌ها ارجاعات را در صورت نیاز و با صلاحدید خود به سطوح بعدی که تخصصی هستند می‌دهند، این امر مزایایی را که قبلاً گفته شد به دنبال خواهد داشت.

می‌گویند که زیرساخت‌های لازم برای این طرح وجود ندارد. این گفته‌ها صحیح است؟

❖ بله این زیرساخت‌ها وجود نداشته اما در حال حاضر نیز تلاشی برای ایجاد آن‌ها دیده نمی‌شود. به طوری که وزارت خانه تمام انرژی و منابع خود را بر طرح تحول متمرکز کرده است.

خوشبختانه در دولت جدید بحث سلامت در اولویت قرار گرفت و منابع خوبی در اختیار این حوزه قرار گرفت. اگر این منابع که به وزارت بهداشت داده شد صرف اجرای نظام ارجاع می‌شد بهتر بود یا شرایط فعلی مناسب‌تر است؟

❖ طرح تحول سلامت برای هزینه‌های بالای درمانی مردم یک مسکن بود و پرداخت از جیب مردم پایین آمد، اگر چه که منابع پایدار برای این طرح وجود ندارد ولی این موضوع دلیلی بر شکست طرح نیست اما اگر که نظام ارجاع و پزشک خانواده که یک تحول واقعی و بنیادی در نظام سلامت است پیاده می‌شد، مؤثرتر بود.

نقش بخش خصوصی در نظام ارجاع چیست؟

❖ در حال حاضر تعدادی از مراکز خصوصی با بیمه‌ها همکاری دارند و تعدادی هم ندارند، آن تعداد از مراکز خصوصی که آماده همکاری با بیمه‌ها هستند می‌توانند وارد نظام ارجاع شوند ولی بیمارانی که توان مالی بالایی دارند می‌توانند خارج از نظام ارجاع به مراکز خصوصی که با بیمه‌ها قرارداد ندارند، بروند. در حقیقت مزیت نظام ارجاع برای مردم بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای است اما اگر فردی مایل بود خارج از این چارچوب خدمات درمانی بگیرد می‌تواند ولی باید هزینه تمام‌شده را بدون حمایت بیمه‌ها پرداخت کند.

به نظر شما اهمیت طب عمومی در چیست؟

❖ زیربنای نظام سلامت طب عمومی است، در حال حاضر تخصص گرایی در دانشجویان پزشکی ایجاد شده است که در گذشته خیلی کمتر بود، این موضوع بر روی مردم هم تأثیر گذاشته است، به گونه‌ای که به پزشک متخصص هم مراجعه نکرده و به دنبال پزشک فوق تخصص می‌گردند.

❖ ما حدود ۸۰ هزار پزشک عمومی در کشور داریم که جایگاه مشخصی در نظام سلامت ندارند و باید پزشک خانواده و نظام ارجاع این جایگاه را ایجاد کند. البته پزشک خانواده باید آموزش‌های بیشتری در مورد تشخیص اولیه بیماری ببیند که با روش‌هایی قابل اجرا است، مثلاً به صورت پودمانی، یعنی این که در ضمن تحصیل این آموزش‌ها را ببیند. در واقع باید پزشک خانواده برای انجام وظیفه خود، توانمند شود.

عده‌ای از کارشناسان معتقدند که سازمانی باید پزشک خانواده را اجرا کند

که برایش منفعت داشته باشد یعنی این که ارائه‌دهنده خدمت از پزشک خانواده منفعتی نمی‌برد و باید سازمان‌های بیمه‌گر کارآمد که زیرساخت‌های لازم مانند پرونده الکترونیک را دارا هستند، در قالب خریدار آگاه و ناظر بر ارائه خدمت آن را

نقد



آغاز شکست یک طرح

طرح پزشک خانواده برای نخستین بار در سال ۱۳۸۴ در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر. آن‌هم در محیط‌های روستایی- کلبه‌خوردو قرار شد در آینده نزدیک در شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت و بعدها شهرهای بزرگ اجرا شود. توجیه طراحان این بود که نگاه مردم به پزشک عمومی تغییر کند چرا که در ساختار استاندارد یک نظام سلامت موفق، پزشکان عمومی بیش‌ترین بار مراجعات را تأمین می‌کنند. اما این تغییر نگرش که به اجبار صورت گرفت هیچ‌گاه نتیجه نداد و حتی موجی از بی‌اعتمادی را در جامعه پزشکان عمومی به دنبال داشت. باور عمومی مردم بر این بود که کمبود پزشکان متخصص، سلامتی آنان را به خطر می‌اندازد و دولت قصد دارد با اجرای این طرح تنها به نیاز مالی پزشکان عمومی پاسخ دهد. به دلیل همین باور از این طرح استقبال ویژه‌ای به عمل نیامد و کار به آنجا رسید که مردم با احساس کوچک‌ترین دردی، پرداخت هزینه سنگین و رنج راه را بر خود هموار کردند تا توسط پزشکان متخصص معاینه شوند به هر حال این طرح به طور آزمایشی در چند استان شروع شد ولی در حال حاضر تنها در استان مازندران و فارس اجرا می‌شود.