

صورت این قوانین و مقررات با وجود پیگیری‌ها و اصرار حاکمیت، محقق نمی‌شود. به همین دلیل است که دنیا معتقد است پزشکان به‌عنوان متخصصان فرهیخته نباید در تخصص‌هایی که توانایی ندارند، مداخله کنند. کشورهای پیشرفته گفتند که پزشک، کار طبابت کند و رابطه مالی‌اش را با بیمار قطع کردند که بنابراین هر نارسایی به وجود بیاید، آن مدیران بخش هستند که زیر سؤال می‌روند.

به همین دلیل حرمت و تقدس پزشکی در کشورهای که پزشکان مداخله در اموری که تخصص ندارند نمی‌کنند، بیشتر حفظ شده است و جالب است که علم جدید معتقد است اگر بین پزشک و بیمار اعتماد لازم وجود نداشته باشد، بسیاری از زحمات بلا اثر می‌ماند اما در کشور ما عکس است.

❖ یکی از مزیت‌های پزشک خانواده همین مسئله است که رابطه مالی بیمار و پزشک را قطع می‌کند، موافق این مسئله هستید؟

❖ پزشک خانواده هم در فلسفه حضورش چند مزیت دارد. یکی این که مسئول پیشگیری و مراقبت‌های اولیه و ارائه خدمات عمومی است، دوم این که این پزشک خانواده به‌عنوان کسی است که بیمار را می‌شناسد و همه اتفاقاتی که در طول زندگی برای بیمار افتاده است و در پرونده‌اش ثبت است را می‌داند و از این پرونده به‌عنوان یک ذخیره ارزشمند استفاده می‌کند و جلوی خدمات تکراری غیر ضروری را می‌گیرد. سوم این که چون پزشک، بیمار را می‌شناسد و به‌همراه بیمار حرکت می‌کند، در سطوح بعدی با کمک گرفتن از آن، راه‌نمایی که در اختیار دارد، نظارت می‌کند که خدمات غیر ضروری و گران‌قیمت اجتناب‌پذیر ارائه نشود.

برای آماده کردن این پزشکان در غرب در راستای این مسئولیت سنگین دو اتفاق می‌افتد، یکی این که محوریت در اختیار بیمار است و بیمار اجازه دارد پزشکش را انتخاب کند و پزشک را عوض کند. کارت اعتباری یک بیمه‌مقتدر را در اختیار دارد که برای پزشک فرقی نمی‌کند که این بیمار فقیر است یا غنی. آن کارت اعتباری است که مشیت پزشک را تأمین می‌کند چون بیمار اختیار دارد که آن را به هر پزشکی و در هر مدتی بدهد، اینجا در واقع بیماری و شاخه بلند اهرم نشسته است و واقعاً بیمار محوری و بیمار سالاری اعمال می‌شود. دوم این که این پزشک بر مبنای سرانه مدیریت می‌کند یعنی در هر جامعه‌ای مشخص است که سرانه بهداشت و درمان هر نفر چقدر است. پزشک تعداد بیمار خاصی را در یک جمعیت مشخص شده پوشش می‌دهد. اگر پزشک قانون‌ها را رعایت نکند، وظیفه‌اش را درست انجام ندهد، به‌همراه بیمار در سطوح دیگر حرکت نکند و هزینه‌ها بالا رود، این هزینه‌ها بر عهده خود پزشک خواهد بود چرا که از آن اعتبار مشخص شده سرانه تجاوز کرده است. البته ممکن است که توجیه داشته باشد، مثلاً پزشک بتواند ثابت کند که بیماری‌های مزمن و بیماری‌های خاص این بیمار ها که تحت پوشش هستند، از متعارف بیشتر است. اگر پزشک در ارائه خدمت به خواسته‌های بیمار

توجه نکند و بیمار ضمن این که مرتب از طریق بیمه از حقوقش مطلع می‌شود، می‌تواند پزشکش را عوض کند؛ بنابراین یک ضابطه خودکار و خودجوش برای این کار ارتباط به وجود می‌آید که بیمار در جایگاه عالی خودش بنشیند. پزشک باید راهنماهای طبابت بالینی را رعایت کند و همراه بیمار برود، منظور این نیست که پاهای بیمار برود. در واقع هر اتفاقی که برای بیمار می‌افتد، این پزشک ایشان را ارجاع می‌دهد به سطوح بالاتر و مرتب خدمات را کنترل می‌کند، بنابراین این پزشک به دلیل این که ذی‌نفع است در جلوگیری از هزینه‌های غیر ضروری به‌طور خودجوش به وظایف خودش عمل می‌کند.

بنابراین بیمار محوری، پرداخت مبتنی بر عملکرد در چارچوب سرانه، تدوین گایدلاین‌های روزآمد و راهنماهای طبابت بالینی و رعایت آن‌ها و حمایت پرداخت‌کننده منابع از پزشک عمومی که وظیفه‌اش را انجام می‌دهد، باعث شده است که تعادل منابع و مصارف حفظ شود و دیگر نیاز به ناظر بالایی و ناظر در کنار کنترل‌کننده وجود ندارد. این یکی از اقدامات ضروری، علمی و کارآمدی است که دنیا بعد از پیشرفت تکنولوژی و علم در پزشکی از آن استفاده کرده است و در واقع این تعادل را به وجود آورده است.

پزشک خانواده نزدیک به ۱۷ تا ۱۸ سال است که توسط

حاکمیت به بخش سلامت تکلیف شده است. در قوانین برنامه توسعه چهارم و پنجم به شدت تأکید شده است اما متأسفانه به بهانه‌های مختلف این داستان به تأخیر می‌افتد که یکی از این بهانه‌ها این است که می‌گویند پزشک خانواده باید تخصص پزشکی خانواده را داشته باشد.

در دنیا ابتدا پزشکان عمومی با آموزش‌های تکمیلی به‌عنوان پزشک خانواده ایفای نقش کردند بعدها که آن جوامع با تورم پزشک مواجه شدند، گفتند شما بیایید چند سالی تخصص پزشک خانواده را ببینید. در حالی که پزشکان عمومی قبلی هم انجام وظایفشان یک ماهیتی داشت، یعنی پزشک با تشخیص افتراقی، بیمار را به سطوح بعدی ارجاع می‌داد، متخصص مربوطه با پزشک در ارتباط بود. با گزارش‌هایی که می‌داد، می‌گفت این بیمار به این دلیل به من مربوط نیست یا این بیمار به من مربوط است و این در مان را دارد.

این در مان مستمر و دائمی بین پزشک خانواده و متخصصان باعث می‌شد که این پزشکان به سرعت از یک تجربه و علم بسیار مفیدی بر خوردار می‌شدند که در واقع بهترین خدمات را در سطح اول به بیمار می‌دادند و نیازی به این که تخصص ببینند، پیدا نمی‌کردند. ما اگر معتقد هستیم که باید پزشک به‌عنوان پزشک خانواده تخصص می‌دید، در ۱۶ تا ۱۷ سال گذشته باید به اندازه کافی متخصص می‌داشتیم. اگر هم مطابق تجربه دنیا در ابتدا ضرورتی ندارد، خوب چرا طرح را اجرایی کنید؟ فرض کنید ما حداقل ۳۵ هزار پزشک خانواده نیاز داریم، کشور توان تربیت هزار نفر در سال را هم ندارد. این هم یک پدیده‌ای است که باید حداقل ۳۵ سال به تأخیر بیفتد؟ در حالی که تجربه‌های موفق دنیا نشان می‌دهد که پزشکان عمومی اگر درست تربیت شوند، به راحتی می‌توانند ایفای نقش کنند. اگر هم تربیتشان به دلایلی اشکال پیدا کرده است و برای متخصص شدن تربیت شده‌اند، در آموزش‌های تکمیلی می‌توانند این توان را به دست بیاورند.

یک اتفاقی در کشور در سال ۶۳ افتاده، بر اساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی، چون ما پزشک نداشتیم، از نیروهای زیر دیپلم استفاده کردیم و با آموزش‌هایی که به آن‌ها دادیم، بخش فراوانی از وظایف پزشک را در اختیار بهورز گذاشتیم. به‌خصوص در شبکه‌های بهداشتی که امکان دسترسی به پزشک کم بود، این اتفاق جواب داد. ما به خاطر این کار جایزه سنگینی را که در سطح بین‌المللی بود، گرفتیم. وقتی که یک بهورز می‌تواند در این حد ایفای نقش کند، یک پزشک عمومی به‌عنوان یک جوان با استعدادی که ۷ تا ۸ سال در س خوانده است، این کار را نمی‌تواند انجام دهد؟

❖ یکی از بهانه‌ها برای عدم اجرای این طرح کمبود منابع مالی است، چه قدر معتقدید مشکل اصلی نبود منابع مالی است؟

❖ اگر بحث مالی هم باشد، بیشتر از اعتبار موردنظر برای تأمین پزشک خانواده، اعتبار داریم. مایک محاسبه‌هایی را زمانی که قرار بود پزشک خانواده را اجرا کنیم در آورده‌ایم. اگر به‌طور متوسط به هر پزشک خانواده حدود ۱۰ میلیون تومان ماهیانه حقوق بدهیم و ۳۵ هزار پزشک خانواده را از ۷۰ هزار پزشک عمومی که داریم در خدمت بگیریم این ۳۵ هزار پزشک با متوسط ۱۰ میلیون تومان حدود ۴ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان پول می‌خواهند. اگر به هر پزشکی هم دو تا دستیار بدهیم، حالا یا ماما یا پرستار باشند، به حساب این که این پزشک زن یا مرد است، یا کجای زندگی می‌کند و به آن دستیار هم یک حقوق متداولی که تقریباً یک میلیون تومان پول بدهیم، ۷۰ هزار دستیار به ۳۵ هزار پزشک هم رقمی معادل هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان است که برآورد این هزینه ۶ هزار میلیارد تومان می‌شود؛ کل هزینه ملزومات پزشکی و دارو بر اساس آمارهایی که هر ساله بیمه‌ها می‌دهند، کمتر از ۲ هزار میلیارد تومان است.

یعنی ما برای اجرای برنامه پزشک خانواده در سامانه ارجاع با تمام هزینه‌هایش کمتر از ۸ هزار میلیارد تومان پول می‌خواهیم. در حالی که الان اعتبارات وزارت بهداشت بالغ بر ۶ تا ۷ هزار میلیارد تومان است. اعتبارات بیمه‌ها هم که الان بالغ بر ۱۵ هزار میلیارد تومان است و باید حداقل ۴۰ درصد آن صرف سطح اول شود. آن ۴۰ درصد هم بالغ بر ۶ تا ۷ هزار میلیارد تومان می‌شود یعنی ما به‌مراتب بیشتر از نیازمان برای اجرای

برش ویژه

پزشک خانواده نزدیک به ۱۸ سال است که به بخش سلامت تکلیف شده است. قوانین برنامه توسعه چهارم و پنجم هم به شدت تأکید شده است اما متأسفانه به بهانه‌های مختلف به تأخیر می‌افتد که یکی از این بهانه‌ها این است که می‌گویند پزشک خانواده باید تخصص پزشکی خانواده داشته باشد

