

تعلل ۲۰ ساله در اجرای سراسری «پزشکی خانواده»؛ دلایل ناکامی وزارت بهداشت در اجرای برنامه چیست؟

برنامه‌ریزی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده به دو دهه قبل بازمی‌گردد؛ با وجود این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استقرار این مدل برنامه در کشور تاکنون دستاورد قابل توجهی نداشته است و رفع برخی چالش‌ها می‌تواند به اجرای موفقیت‌آمیز پزشکی خانواده کمک کند.

به گزارش سایت خبری پرسون، پزشکی خانواده نوعی از طبابت است که در آن پزشکان به صورت مستقیم با خانواده‌ها در تماس هستند. این پزشکان مراقبت‌های اولیه را بر عهده دارند و پزشک سلامت‌نگر هستند، یعنی علاوه بر درمان بیماری، به بهداشت جسم و روان افراد تحت پوشش خود و پیشگیری از بیماری‌ها در این افراد نیز توجه دارند و بنابراین به کاهش هزینه‌های درمانی در نظام سلامت کمک شایانی می‌کنند. پزشکان خانواده متناسب با همه‌گیرشناسی بیماری‌ها، مسائل جمعیت‌شناختی و منابع اجتماعی - اقتصادی جمعیت تحت پوشش خود، برای خدمت و پاسخگویی به نیازهای جوامع آموزش دیده‌اند و به همین دلیل، برنامه پزشکی خانواده به عنوان الگوی کارآمدی از ارائه خدمات سلامت در بسیاری از کشورها اجرایی شده است.

پیشینه برنامه پزشکی خانواده در ایران

برنامه‌ریزی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده در ایران به دهه ۷۰ و ۸۰ برمی‌گردد. زمانی که پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع (ارجاع بیمار از پزشک خانواده به سطوح بالاتر ارائه‌دهنده خدمات درمانی) طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد. در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب از مردادماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و براساس الزامات قانونی دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.

تأمین منابع مالی برنامه از مهم‌ترین اقدامات اجرایی پیش رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه‌ها و در غیر این صورت از محل اعتبارات مستقیم دولت اجرایی می‌شد. پیرو تفاهم‌نامه‌ای که در تیرماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان سال تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور منعقد شد. موضوع این تفاهم‌نامه مبنی بر اجرای هرچه سریع‌تر طرح پزشک خانواده تدوین شد، اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

در ادامه رئیس‌جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری شود. به دنبال آن، شورای عالی سلامت به تصویب شیوه‌نامه اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیئت وزیران اقدام کرد و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاست‌گذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید؛ در نهایت از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه ۰۲ شیوه‌نامه اجرایی برنامه، در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در ایران

در سال جاری نیز دکتر بهرام عین‌اللهی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از اجرای سراسری برنامه پزشکی خانواده از ابتدای اردیبهشت ماه خبر داد. آنطور که وزیر بهداشت به تسنیم گفته بود، قرار بود در این برنامه به مراقبین سلامت بسته‌های مختلف خدمات سلامت آموزش داده شود تا به جلوگیری و کنترل بسیاری از بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و ... بپردازند. در صورتی که فردی دچار بیماری شد مراقب سلامت بیمار را به پزشک سطح یک که عمدتاً پزشک عمومی است؛ ارجاع دهد. در صورتی که پزشک عمومی توانایی درمان بیمار را داشت او را درمان می‌کند و در صورت نیاز بیمار به مراجعه به متخصص، بیمار را به پزشک متخصص ارجاع دهد.

با وجود این، هنوز چالش‌ها و مشکلات زیادی بر سر راه اجرای این برنامه در کشور وجود دارد.

در همین راستا، پژوهشی با عنوان «درآمدی بر طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده در ایران» با هدایت دکتر کامران باقری لنکرانی، وزیر اسبق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توسط هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام طراحی و گزارش آن منتشر شده است که خلاصه آن به شرح زیر است:

امروزه نظام‌های سلامت با چالش پویایی محیط و ضرورت بهبود رویکردها و روش‌های سنتی ارائه خدمات سلامت مواجه‌اند. جابجا شدن سطح توقعات بیماران و کارکنان حوزه سلامت، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، بودجه ناکافی نسبت به هزینه‌ها و تأکید بیشتر بر کیفیت الگوهای درمانی از

جمله عوامل مؤثر بر این روند بوده که منجر به توسعه الگوهای جدیدی از ارائه خدمت (مدل مراقبت) با هدف بهبود تجربه دریافت‌کنندگان خدمات و افزایش سطح سلامتی شده‌است. در پژوهش حاضر مدل «پزشکی خانواده» به عنوان یکی از مدل‌های مراقبت مطرح در جهان، موضوع بررسی بوده‌است.

تجربه‌های موجود کشور پیرامون پزشکی خانواده و تحلیل ابعاد آن در قالب پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که استقرار این مدل در کشور تاکنون دستاورد قابل توجهی در پی نداشته‌است. این مهم برخی کارشناسان را بر این نتیجه متفق می‌سازد که علت اصلی این ناکامی‌ها، ضعف در مدل اجرایی پزشکی خانواده است.

بر اساس این گزارش، ناکارآمدی قراردادهای کاری، عدم تناسب آموزش با شایستگی‌های لازم، عدم طراحی نظام ارزشیابی و بازخورد، ضعف هماهنگی و همکاری درونی و بیرونی و عدم تطبیق پذیری مدل پزشکی خانواده و عدم جلب اعتماد و مشارکت عمومی از مسائل و مشکلات کلان اجرای پزشکی خانواده در ایران هستند.

توضیح درباره هریک از این چالش‌ها، در جدول زیر آمده است:

راهکارهایی برای رفع چالش‌های اجرای برنامه پزشکی خانواده

راهکارهایی توسط کارشناسان برای رفع این چالش‌ها و موانع اجرایی پزشکی خانواده نیز آمده است که در جدول زیر قابل مشاهده است: