

جستاری در

نظام پزشکی خانواده و تحقق آن در ایران

مولفان:

دکتر کامران باقری لنکرانی
دکتر احمد کلاته ساداتی
دکتر محمد هادی ایمانیه
دکتر حسن جولایی
دکتر محسن مقدمی
دکتر امید آسمانی
دکتر بهنام هنرور
دکتر میترا امینی
دکتر سولماز قهرمانی
دکتر محمد رضا حیدری
دکتر آمنه سبزی سروستانی
دکتر سید تقی حیدری

هیات تحریریه

دکتر کامران باقری لنکرانی (سرپرست هیات تحریریه) دکتر احمد کلاته ساداتی دکتر حسن جولایی دکتر محمد هادی ایمانیه دکتر سید تقی حیدری	
فصل مربوطه	مشارکت کنندگان
فصل دوم: پزشک خانواده و اخلاق پزشکی	دکتر امید آسمانی
فصل ششم: ضرورت تربیت پزشکان متخصص پزشکی خانواده در کشور	دکتر میترا امینی
بخش دوم کتاب (فصول هفتم تا سیزدهم)	دکتر کامران باقری لنکرانی- دکتر احمد کلاته ساداتی- دکتر حسن جولایی- دکتر محمد هادی ایمانیه- دکتر محسن مقدمی- دکتر سید تقی حیدری
فصل پنجم: پزشک خانواده و نظام های پرداخت؛ به انضمام الگویی پیشنهادی	دکتر محمدرضا حیدری
فصل اول: مروری بر پزشک خانواده	دکتر آمنه سبزی سروستان
فصل سوم: کلیاتی در مورد نظام ارجاع	دکتر سولماز قهرمانی
فصل چهارم: تعامل پزشک- بیمار در نظام پزشک خانواده	دکتر احمد کلاته ساداتی
فصل اول: مروری بر پزشک خانواده	دکتر بهنام هنرور
ویراستار: دکتر فاطمه غلامی، استادیار ادبیات دانشگاه شیراز	

مقدمه

بخش اول: نگاهی به نظام پزشکی خانواده و اجزای مبنایی آن

فصل اول: مروری بر پزشکی خانواده

- 1-1- تعریف پزشکی خانواده
- 1-2- اسامی مختلف برای پزشکی خانواده
- 1-3- تفاوت های پزشکی خانواده آن از پزشکی مرسوم
- 1-4- ضرورت، اهداف و خصوصیات اجرای برنامه پزشکی خانواده
- 1-5- نظام ارجاع
- 1-6- مروری بر برنامه پزشکی خانواده دربرخی کشورها
انگلستان
آمریکا
کانادا
دانمارك، نروژ، سوئد
آلمان
روسیه
استرالیا و نیوزلند
ترکیه
هندوستان
کشورهای عربی
- 1-7- تاریخچه پزشکی خانواده در ایران
- 1-8- برخی از مهم ترین مشکلات موجود پیش روی نظام سلامت ایران تا پیش از اجرای برنامه کشوری تحول نظام سلامت
- 1-9- سایت ها و مراکز مرتبط با برنامه پزشکی خانواده :

فصل دوم: پزشکی خانواده و اخلاق پزشکی

- 1-2- ارزشهای اخلاقی پزشکی خانواده
- 2-2- حریم خصوصی و رازداری
- 2-3- اخلاق حرفه ای یا پروفشنالیسم
- 2-4- رضایت آگاهانه
- 2-5- بیان اخبار ناگوار
- 2-6- اخلاق حرفه ای و خطای پزشکی

فصل سوم: کلیاتی در مورد نظام ارجاع

- 1-3- آشنایی با نظام ارجاع
- 1-3-1- تعریف واژه ها

- 3-1-2- انواع مختلف ارجاع
- 3-1-3- اجزای نظام ارجاع
- 3-1-4- شرح اجزای نظام ارجاع
- 3-2- مشاوره
- 3-2-1- مشاوره اثر بخش
- 3-2-2- تصمیم برای مشاوره و عوامل موثر بر آن
- 3-3- ارزیابی و پایش سیستم ارجاع

فصل چهارم: تعامل پزشک- بیمار در نظام پزشک خانواده

- 4-1- اهمیت تعامل پزشک- بیمار
- 4-2- رابطه‌ی نابرابر در مقابل رابطه برابر (یک بحث در جامعه شناسی پزشکی)
- 4-3- انواع الگوی تعامل
 - پزشک محوري
 - بیمارمحوري
- 4-4- پزشک خانواده و ابعاد تعامل
 - همدلی
 - گوش دادن
 - مصاحبه کردن
 - ایجاد اطمینان
 - تجربه خودبازاندیشانه
- 4-5- چکیده

فصل پنجم: پزشک خانواده و نظام های پرداخت؛ به انضمام

الگویی پیشنهادي

- 5-1- ویژگیهای سیستم های پرداخت مناسب
- 5-2- مروري بر برخي روشهاي (نظام های) پرداخت در سیستم های ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- 5-2-1- نظام پرداخت سرانه (Per capita payment system)
- 5-2-2- خدمات ادغام یافته
- 5-2-3- روش پرداخت به ازای خدمت (Fee For Service)
- 5-3-4- پرداخت به ازای مورد (Per Case)
- 5-2-6- پرداخت حقوق روزانه (Salary Base Payment)
- 5-2-7- پرداخت پاداش (Bonus payment system)
- 5-2-8- نظام پرداخت متغیر
- 5-8- تحلیلی بر نظام های پرداخت و مقایسه نظام پرداخت فعلی پزشک خانواده ایران با آنها
- 5-9- مدل پیشنهادي پرداخت در نظام پزشک خانواده

فصل ششم: ضرورت تربیت پزشکان متخصص پزشکی خانواده در کشور

- 1-6- تعریف پزشکان خانواده
- 2-6- خصوصیات این نوع تخصص
- 3-6- تخصص پزشک خانواده در یک نگاه
- 4-6- توانمندیهای محوری پزشکان خانواده
- 5-6- دلایل ضرورت پزشک خانواده
- 6-6- طراحی برنامه درسی یا کاریکولوم پزشک خانواده
- 7-6- برنامه ریزی درسی (گام های ده گانه)
 - 1-6-7- گام اول نیازسنجی
 - 2-6-7- گام دوم: اهداف آموزشی و تعیین حیطه های یادگیری
 - 3-6-7- گام سوم وچهارم، محتوای برنامه و سازماندهی برنامه
 - 4-6-7- گام پنجم، راهبردهای آموزشی
 - 5-6-7- گام ششم، شیوه های تدریس
 - 6-6-7- گام هفتم، سنجش و ارزشیابی
 - 7-6-7- گام هشتم و نهم و دهم، برقراری ارتباط ، ارتقاء محیط آموزشی و مدیریت برنامه درسی
- 8-6- مهارتهای ضروری برنامه دستیاری پزشک خانواده
- 9-6- برنامه توانمند سازی پزشکان خانواده در کشور

بخش دوم: جستاری در تحقق پزشک خانواده در ایران

فصل هفتم: روش شناسی تحقیق

- 1-7- انواع تحلیل محتوا
- 2-7- روش کار
- 3-7- تحلیل محتوای عرفی
- 4-7- اعتبار
- 5-7- نتایج

فصل هشتم: اصول

- 1-8- سلامت محوری
- 2-8- جامعیت
- 3-8- نظام ارجاع
- 4-8- تیم محوری

فصل نهم : ضرورت

- 9-1- نقش پیشگیرانه
- 9-2- صرفه جویی هزینه ها
- 9-3- اثربخشی
- 9-4- عدالت و اخلاق
- 9-5- خلاصه

فصل دهم : موانع

- 10-1- زیرساختی
 - 10-1-1- بیمه
 - 10-1-2- فن آوری اطلاعات (IT)
- 10-2- مالی
- 10-3- نیروهای متخصص
- 10-4- بی سازمانی ساختاری
 - 10-4-1- نداشتن برنامه اصلی یا برنامه ریزی ناقص
 - 10-4-2- درمان نگری برنامه ها
 - 10-4-3- ضعف کارشناسی
 - 10-4-4- تضاد و تقابل دیدگاه ها
 - 10-4-5- ضعف کنترل و نظارت
 - 10-4-6- بلاتکلیفی سطوح
- 10-5- فرهنگی
- 10-6- منافع صنفی متخصصین
- 10-7- سیاست زدگی و بی ثباتی سیاسی در عرصه سلامت

فصل یازدهم : فرصت طلایی

- 11-1- سیاست های ابلاغی
- 11-2- الزامات قانونی و برنامه ای
- 11-3- حمایت دولت و مجلس

فصل دوازدهم : الزامات

- 12-1- الزام سیاسی
- 12-2- برنامه و تقسیم کار
- 12-3- تأمین منابع و نیروی انسانی

فصل سیزدهم : بحث و نتیجه گیری

ضمائم :

مقدمه

چگونگی توزیع کالای سلامت در دنیای امروز یکی از موضوعات قابل توجه می باشد. این موضوع چه در بادی نظر و چه در حوزه ی عمل و تصمیم سازی، محل ظهور دیدگاه های مختلف بوده است. به لحاظ نظری، یکی از موضوعات مهم، گرانی، کم یابی و در برخی موارد نایابی کالای سلامت است. دیگر موضوع کمبود منابع است. دولت ها و حاکمیت ها نمی توانند همه ی منابع را به سوی نظام سلامت سوق دهند؛ چرا که شهروندان نیازهای مختلفی دارند که باید به آن پاسخ دهند. از سوی دیگر، توزیع کالا و منابع سلامت با موضوع عدالت و اخلاق همراه است. بدین معنا که چگونه می توان با وجود محدودیت منابع و گران بودن کالای سلامت آن را عادلانه توزیع کرد به خصوص که افراد و گروه های آسیب پذیر بتوانند از حداقل توزیع برخوردار باشند. در نهایت اینکه از آن جا که موضوع سلامت ارتباط تنگاتنگی با مفهوم توسعه دارد؛ چگونگی توزیع آن هم متأثر از وضعیت توسعه هر کشور و هم تأثیرگذار بر آن می باشد. از این جهت نه فقط سیاستگذاران سلامت، بلکه حاکمیت ها نیز نگاهی ویژه به موضوع سلامت و توزیع آن در جامعه دارند. آن ها تلاش می کنند، تا حد امکان از الگوهایی ساده و در عین حال کارآمد برای توزیع آن بهره گیرند.

از سوی دیگر در آغاز قرن بیست و یکم، پیامد تغییرات وسیع، نظام های اجتماعی با چالش های جدیدی مواجه شده است که به طور مستقیم و غیرمستقیم نظام های سلامت را متأثر می سازد. شهرنشینی فزاینده، کم تحرکی و سبک های زندگی مدرن و چالش های بالفعل و بالقوه سیاسی شرایط متفاوتی را به وجود آورده است. در نتیجه ی شرایط مذکور بیماری های غیرواگیر، سالمندی و چالش های بالقوه آن، رفتارهای پرخطر و مشکلات فراروی تغییر رفتار، بیماری های روان شناختی و افراد با مشکلات سلامت روان، شیوع HIV، ایدز، و در نهایت خطرات بالقوه- ی بیماری های واگیر جهانی مثل آنفولانزا و ... افزایش یافته (داشته) است.

همچنین فناوری های نوین اگر چه توانسته نقش موثری در درمان برخی بیماری ها داشته باشد؛ اما بسیار هزینه بر است. هزینه بری فناوری های نوین در کنار مفهومی چون تقاضای

القایی، ضرورت نگاه متفاوت به توزیع کالاهای سلامت را برجسته می سازد.

در نهایت اینکه پیشگیری، جایگاهی بالاتر از درمان دارد. اگر چه پیشگیری در گذشته اهمیتی بیش از درمان داشت، اما امروزه با توجه به رشد بیماری های غیرواگیر و به ویژه ارتباط تنگاتنگ آن با موضوعاتی چون سالمندی، نقش پیشگیری در کم کردن هزینه های سلامت، مهم تر از درمان است. با پیشگیری به موقع بیماری هایی مثل چاقی، دیابت، بیماری های قلبی و عروقی و ... می توان نقش موثری در کاهش هزینه های سلامت به جای گذاشت.

علاوه بر موارد مذکور، حاکمیت های سیاسی بهتر است چون محدودیت منابع روبرو هستند. همان طور که اشاره شد، سلامت، بخشی از نیاز شهروندان است و نظام های حاکمیتی باید به دیگر امور شهروندان را نیز پاسخ دهند و از آنجا که نمی توان انتظار داشت بخش اعظم منابع خود را به حوزه سلامت تخصیص دهند و پس با محدودیت منابع روبرو خواهند بود. بحران های منطقه ای یا جهانی اقتصادی، شرایط محدودیت منابع را تشدید کرده است. در چنین شرایطی سوال اساسی این است که موثرترین راهبرد نظام های سلامت برای ارائه پاسخی در خور به مشکلات مذکور چیست. راهبردی که بتواند:

- بخشی از چالش های بالقوه و بالفعل را کنترل نماید.
 - هزینه-اثر بخش باشد.
 - به جای تمرکز بر سطوح دوم و سوم خدمات سلامت، با متمرکز شدن بر سطح اول خدمات که کم هزینه تر است و می تواند بخش عمده ای از مسائل بالقوه را در همین سطح کنترل نماید، هزینه ها را کاهش دهد.
- در شرایط فعلی، پاسخ ساده به پرسش های مذکور، پزشک خانواده است.

پزشک خانواده، چارچوب و عملیاتی است که با توجه به فلسفه وجودی خود می تواند مسائل نظام های سلامت را تا حدود زیادی کنترل نماید. امروزه بسیاری از کشورهای اروپایی از توان بالقوه ی پزشک خانواده برای پاسخگویی به نیازهای سلامت شهروندان خود بهره می جویند. شباهت بسیار زیاد اهداف و چشم انداز پزشک خانواده به خدمات مراقبت اولیه، باعث شده است برخی کشورها الگوهایی بومی و ترکیبی از این دو ارائه دهند. مدل های جدید پزشک خانواده، الگوهایی گروه محور هستند که تلاش دارند آنچه را در بیانیه آلماتا مطرح شده با خدمات، سطح اول درمانی به طور کامل به شهروندان عرضه کنند.

بنابراین پزشک خانواده ضمن داشتن نگاه درمانی در سطح اول خدمات، دارای چشم اندازی پیشگیرانه است. خصیصه اول به حفظ و کنترل منابع در بخش درمان و ویژگی دوم به حفظ منابع در درازمدت می انجامد. درباره ی موضوع کنترل منابع، باید گفت

که نظام ارجاع و سطح بندی خدمات که یکی از اصول پزشک خانواده به شمار می رود، قادر است بخش عمده ای از هزینه های تحمیلی را کنترل نماید. هزینه هایی که می تواند به علت عدم دانش و آگاهی بیمار، یا به علت ایجاد تقاضای القایی پزشک به گونه ای غیرضرور و تحمیلی شکل بگیرد. داشتن پزشکان مجرب و آموزش دیده که بتوانند اعتماد شهروندان را جلب نمایند و خدمات مناسب را به آن ها بدهند، می تواند بخش زیادی از هزینه های غیرضروری را که یا به علت رفتار خاص شهروندان یا به علت ایجاد تقاضای القایی پزشکان است، کاهش دهد.

خصیصه دوم که مرتبط با نگاه پیشگیرانه پزشک خانواده است ویژگی راهبردی آن است. جامعیت خدمات پزشک خانواده موجب می شود وی تلاش خود را بر پیشگیری متمرکز نماید. به شهروندان آموزش بدهد، گروه های در خطر را تشخیص و آن ها را راهنمایی و آموزش بدهد، در جهت ایجاد رفتار سالم تغذیه ای و ... در ایجاد رفتار در شهروندان، فعال باشد و علاوه بر این با غربالگری گروه های در خطر جلوی هزینه های تحمیل شده بالقوه به فرد، خانواده و نظام سلامت را بگیرد.

بنابراین پزشک خانواده، یک نظام جامع خدمات سلامت است. پزشک خانواده همان گونه که اشاره شد کاری تیمی و گروهی است. در این گروه، ماما، پرستار، کارشناسان بهداشتی و روان شناس و کارشناسان فن آوری اطلاعات نقش حیاتی دارند که می توانند به عنوان بازوهای فعال در کنار پزشک خانواده باشند. با توجه به اهمیت و جایگاه این نهاد در نظام های سلامت و نیز با توجه به برگزاری اولین کنگره بین المللی پزشک خانواده در شیراز، ضرورت دیده شد که کتابی در این زمینه نوشته شود. هدف اصلی این کتاب، ارائه مقدمه ای بر موضوع پزشک خانواده و دامن زدن به گفتمانی است که نظام سلامت در ایران بیش از هر زمان دیگری بدان نیازمند است.

با وجود آنکه سیاست های ابلاغ شده رهبری و قانون پنجم توسعه بر تحقق پزشک خانواده در کشور تأکید دارد، اما به دلایلی چند این موضوع در کشور به حاشیه رفته است و توجهی به ابعاد مفهومی و اهمیت آن در کشور نمی شود. دو استانی هم که آن را راه اندازی کرده اند به علت مزبور و به سایر علل با مشکلاتی مواجه شده اند و دچار مسائلی هستند که کیفیت آن چه را از پزشک خانواده انتظار می رود تحت تأثیر قرار داده است. این در حالی است که انتظار می رود، پزشک خانواده همان جایگاهی را در کشور پیدا کند که خدمات مراقبت اولیه ی سلامت و بهورز در سه دهه گذشته یافته بود. هدف اصلی کتاب همان طور که اشاره شد دامن زدن به گفتمان پزشک خانواده در کشور است. این کتاب مشتمل بر دو بخش است، بخش اول مقدمه ای بر پزشک خانواده و ابعاد آن را ارائه می دهد. بخش دوم نتایج طرح تحقیقاتی است که مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام داده

است. این طرح تحقیقاتی تلاش داشت به علل، ابعاد و چالش های تحقق پزشکی خانواده در کشور بپردازد. امیدواریم که این کتاب بتواند مقدمه ای نظری بر بحث پزشکی خانواده در کشور باشد. همچنین انتظار می رود که نتایج آن مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت که دغدغه ارتقای خدمات سلامت دارند، قرار گیرد. در پایان لازم می داند که از حمایت های مادی و معنوی استاد گرانقدر جناب آقای دکتر ایمانیه ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز در جهت چاپ این کتاب تشکر گردد.

دکتر کامران باقری لنکرانی

بخش اول:

نگاهی به نظام پزشک خانواده و اجزای مبنایی آن

فصل اول

مروری بر پزشک خانواده

1-1- تعریف پزشک خانواده

"پزشک خانواده، فارغ التحصیل رشته پزشکی و با مدرک حداقل دکترای عمومی است که دارای مجوز کار معتبر پزشکی می باشد و ضمن دریافت آموزش های خاص، وظیفه دارد تا خدمات سلامت را در سطح اول در محدوده ی بسته ی تعریف شده (بسته خدمت)، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و... در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد". (1) همچنین طبق تعریف سازمان جهانی پزشکان خانواده [World Organization of Family Doctors \(Wonca\)](#)، پزشک خانواده هدف تامین مراقبت از شخص به صورت همه جانبه، مداوم و با توجه به بستر خانوادگی و اجتماعی وی را به عهده دارد. (2) از سوی دیگر می توان گفت پزشکان خانواده دارای بینش، مهارت ها و دانشی منحصر به فرد هستند که به آن ها ویژگی ارائه مراقبت مداوم و همه جانبه ی پزشکی به همراه نگهداری سلامت از و ارائه ی خدمات پیشگیری به هر عضو خانواده صرف نظر از جنسیت، سن و یا نوع مشکل آن ها اعم از بیولوژیکی، رفتاری و یا اجتماعی می دهد (3-4) تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها نیز از مسئولیت های پزشک خانواده است. (5) در حقیقت پزشکی خانواده پزشکان را در جهت به کار گیری هنر و علم پزشکی خانواده آموزش داده و توانمند می کند و در این راستا پزشکی خانواده بیمار-محور، مبتنی بر شواهد، خانواده-محور و در جهت حل مشکلات بوده و ریشه های تاریخی و پویایی جهانی را با پزشکی عمومی درهم می آمیزد. (6) تعریف پزشکی خانواده بر اساس تعریف هیات بورد هندوستان، عبارتست از یک نوع تخصص پزشکی که هدف آن ارائه ی خدمات همه جانبه به افراد و خانواده شان از طریق ادغام علوم بیومدیکال، رفتاری و اجتماعی و برقراری ارتباط لازم با دیگر رشته ها است. این تخصص به عنوان یک رشته ی آکادمیک، خدمات همه جانبه، آموزش و تحقیق را شامل می شود. (6)

پس به طور اجمالی می توان گفت که **پزشکی خانواده** نوعی از طبابت است که در آن، پزشکان خانواده به صورت مستقیم با خانواده ها در تماس هستند. این پزشکان مراقبت های اولیه را بر عهده دارند و پزشک سلامت نگر هستند، یعنی علاوه بر درمان بیماری، به بهداشت جسم و روان افراد تحت پوشش خود نیز توجه دارند. آنها عموماً در صورت بیماری و یا حوادث ناگوار با خانواده ها هستند و به صورت همزمان خدمات مشاورتی و درمانی برای خانواده ها را نیز انجام می دهند. این پزشکان به دلیل شناخت دقیق اشخاص تحت طبابت خود و آشنایی با تاریخچه بیماری آنها، قادرند زودتر به کسالت آنها پی برده و آن ها را درمان کنند. پزشکان خانواده در صورت صلاحدید، بیماران را به پزشکان متخصص ارجاع می دهند و پزشکان متخصص نیز نتیجه معاینات، نوع بیماری و اقدامات درمانی و پی گیری های لازم را به پزشک خانواده اعلام می

کنند. پزشک خانواده نیز مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات را به عهده دارد و همچنین موظف به اداره‌ی تیم سلامت جمعیت تحت پوشش خود نیز است. (1)

1-2- اسامی مختلف برای پزشک خانواده

تاریخچه متفاوت پزشکی در هر کشور، نام‌های متفاوتی را برای پزشکی خانواده سبب شده است. نخستین بار اصطلاح پزشک خانواده (Family Physician) در آمریکا ابداع شد که هدف از آن تفاوت قائل شدن بین پزشکی خانواده و پزشکی مرسوم بود. در هندوستان کاربرد اصطلاح پزشک اولیه (Primary Physician) و یا پزشک مراقبت اولیه (Primary Care Physician) با توجه به نقش پزشک خانواده در ارائه مراقبت‌های اولیه مناسب‌تر بنظر رسید. در انگلستان اصطلاح پزشکی عمومی (General Practice) بکار می‌رود و در استرالیا نیز اصطلاح پزشک عمومی (General Practitioner) همچنان مورد استفاده است و برنامه‌های آموزشی ایالتی پزشک خانواده نیز اجرا می‌شود. در اروپا هم اصطلاح طب عمومی (Medicine Generale) به کار می‌رود (6).

1-3- تفاوت‌های پزشک خانواده آن از پزشکی مرسوم

تفاوت‌های پزشک عمومی مرسوم از پزشک خانواده را می‌توان در جدول 1 مشاهده نمود. (1)

جدول 1- برخی تفاوت های پزشکی خانواده از پزشکی مرسوم

موضوع	پزشکی مرسوم	پزشکی خانواده
رویکرد	بیمارنگر، درمانگر	سلامت نگر و پیشگیری کننده
حیطه تفکر و عمل	بیماری و علامت خاص	کل نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی، جامع و جامعه نگر و درمان بیماری با توجه به خانواده و جامعه ای که موجب تکوین بیماری شده
اقدامات و تصمیمات	اقدامات تشخیصی و درمانی	ریشه یابی علل بیماری در روش زندگی،... و سپس تشخیص، درمان، پیشگیری، تغییر شرایط خطر و آموزش
ابزار و روش کار	طبی، جراحی و تمایل به بستری	رهبری اجتماعی و تغییر رفتار و درمان سرپایی یا درمان در منزل
مراجعه کننده	بیمار برای درمان	فرد سالم، فرد با بیماری پنهان یا آشکار برای ارتقاء سلامت
حق الزحمه	در ازای ویزیت و خدمت	در ازای فرد تحت پوشش و کیفیت خدمات
منفعت مالی پزشک	بیمار بیشتر درآمد بیشتر	پیشگیری بهتری بیماری کمتر و منفعت بیشتر
استفاده از آزمایشگاه، رادیولوژی و تجویز دارو	به دلیل عدم شناخت قبلی از بیمار و تعدد پزشک مورد مراجعه زیاد	به دلیل شناخت کامل بیمار ومسئولیت تداوم خدمت توسط یک پزشک متناسب با نیاز
برخورداري از خدمات	متناسب با توان و تمایل در پرداخت	استفاده از خدمات متناسب با نیاز
مشارکت مالی	متناسب با خدمات دریافتی	متناسب با توان پرداخت و درآمد

علاوه بر این جدول ذیل وظایف چندگانه پزشک خانواده را نمایش می دهد.



نمودار وظایف پزشک خانواده (1)

بر اساس وظایف مذکور ویژگی های عام پزشک خانواده مطرح می شود که در جدول ذیل نشان داده شده است.

جدول 2- ویژگی های پزشکی خانواده بر مبنای تعاریف Gay ، WONCA ، WHO 1998 ، 1991 (2)

WHO 1998	WONCA 1991	Gay
General	Comprehensive care	Field of activities determined by patient needs and requests Unselected and complex health problems
Continuous	Orientation to the patient	Patient centered approach Continuing management
Comprehensive	Comprehensive care	Field of activities determined by patient needs and requests Unselected and complex health problems
Coordinated	Coordination with other services	Coordinated care
Collaborative	Coordination with other services	Coordinated care
Family oriented	Family focus	Orientation on family and community context
Community oriented	Commitment to the Community	Orientation on family and community context

توضیح هفت ویژگی پزشک خانواده از نگاه سازمان بهداشت جهانی:

1- عمومیت خدمات (General) :

- حل مشکلات سلامتی کل جمعیت (تحت پوشش) و به صورت غیر انتخابی

- ارائه خدمات بدون در نظر گرفتن سن ،جنسیت ،طبقه اجتماعی،نژاد و مذهب
- دسترسی آسان و نامحدود (به پزشک خانواده) بدون محدودیت های جغرافیایی ، فرهنگی ، اجرایی و یا مالی

2- مداومت خدمات (Continuous)

3- همه جانبه (Comprehensive)

- ارائه مراقبت های ادغام یافته (از طریق)
- ارتقاء سلامت ، پیشگیری از بیماری ها ، معالجه و ارائه مراقبت های توانبخشی و حمایتی
- برخورداری از چشم انداز جسمی، روانی و اجتماعی
- برقراری ابعاد بالینی، انسانی و اخلاقی درباره ی پزشک-بیمار

4- هماهنگی (Coordinated)

- مدیریت مراقبت از تماس اول
- ارجاع به سطوح تخصصی(در صورت لزوم)
- ارائه اطلاعات برای بیماران
- هماهنگی و مدیریت مراقبت

5- همکاری (Collaborative)

- فعالیت در تیم های چندپیشه ای
- نمایندگی (تیم) مراقبت در موارد ضروری
- تمرین رهبری (تیم مراقبت)

6- مراقبت خانواده محور (Family oriented care)

حل مشکلات فردی در زمینه :

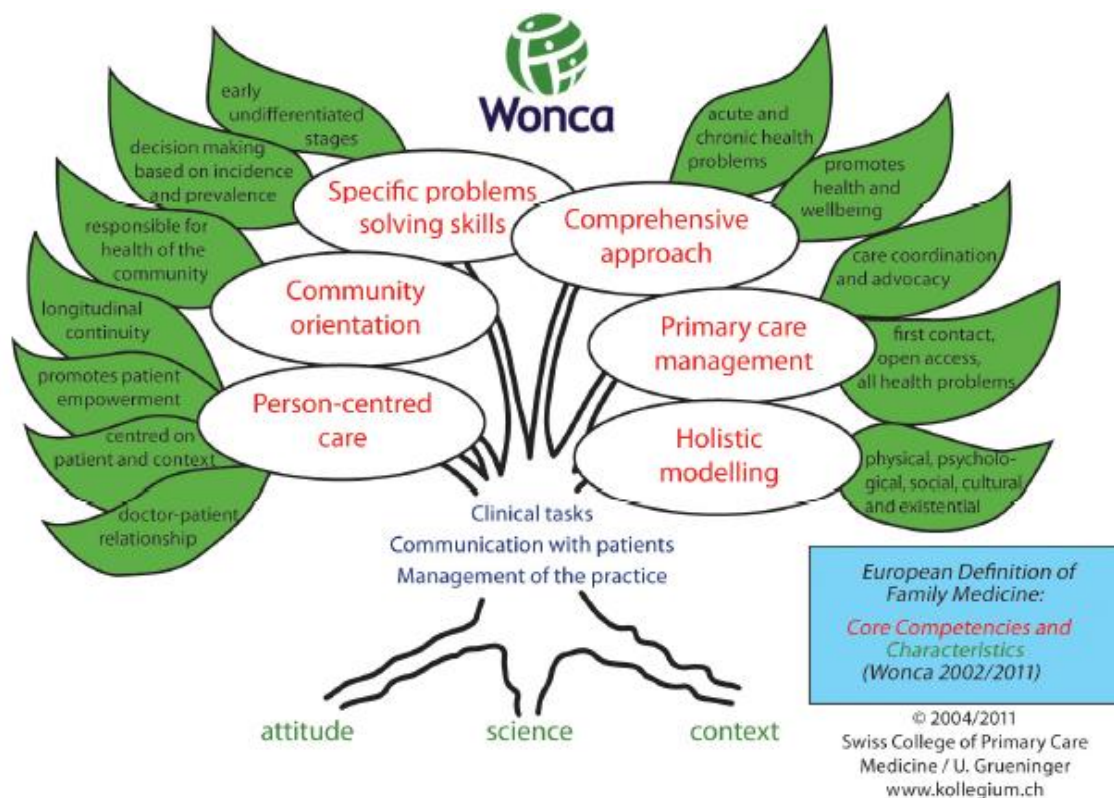
- شرایط خانوادگی
- شبکه های اجتماعی و فرهنگی
- شرایط کاری و منزل

7- جامعه محور (Community oriented)

در نظر گرفتن مشکلات فردی در زمینه :

- نیازهای سلامتی جامعه
- سائر ارکان جامعه

شکل 1- ارتباط وظائف مختلف های پزشک خانواده



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)

(Courtesy from: The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2011 Edition)

1-4- ضرورت، اهداف و خصوصیات اجرای برنامه پزشک خانواده

هدف اصلی از اجرای برنامه پزشک خانواده، مقابله با مشکلات موجود در نظام سلامت است. به نحوی که ارائه مناسب ترین شیوه خدمات سلامت با قابلیت دسترسی و اثربخشی حداکثر به منظور تامین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی

برای افراد، فراهم گردد و در آن پزشکان، مناسب ترین پاسخ را به نیازها و تقاضاهای مردم برای خدمات بهداشتی درمانی براساس رعایت اصل احترام به آنان و ارزش ها و اعتقاداتشان بدهند. مبانی و اصول اساسی اجرای برنامه پزشک خانواده، همان اصول اساسی مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) و مشتمل برتوجه به برقراری عدالت، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از فناوری مناسب است. همچنین به منظور ارتقای سلامت، کنترل خدمات تکراری، افزایش پاسخ گویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای آحاد جامعه، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات پیشگیری از بیماری ها، مقابله با عوامل خطرزای سلامت و جلوگیری از سردرگمی بیماران در مراجعه به سایر ارائه کنندگان خدمات، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده انجام می شود. منظور از سطوح سه گانه ارائه خدمات، شامل خدمات عمومی، تخصصی و فوق تخصصی است. به روایتی دیگر برنامه پزشک خانواده، یکی از مهم ترین و موثرترین روش های افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است. این برنامه علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط راییه دهندگان خدمات سلامت را نیز کم و محدود می کند. به عبارت دیگر عدالت، کیفیت، کارآیی، ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخ گویی در بازار سلامت، کاهش هزینه های غیرضروری در بازار سلامت، افزایش میزان دسترسی فقرا به خدمات سلامت و همچنین افزایش پوشش خدمات سلامت، همگی از اهداف نظام سلامت و برنامه پزشک خانواده می باشند. (1)

1-5- نظام ارجاع

منظور از نظام ارجاع، ویزیت بیماران یا مراجعین سیستم بهداشتی درمانی توسط پزشک عمومی، پزشک متخصص و پزشک فوق تخصص برحسب ضرورت و نیاز می باشد. یعنی همواره اولین سطح ویزیت و خدمات، پزشک عمومی است و در صورت نیاز، بیماران توسط پزشک عمومی به سطوح بالاتر ارجاع می شوند. در این نظام، ارجاع بیماران از مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستای، مطب پزشکان خانواده (سطح اول) به متخصصین، بیمارستان های شهرستان (سطح دوم)، پزشکان فوق تخصص و یا بیمارستان های فوق تخصصی دانشگاهی در مراکز استان ها (سطح سوم) بر حسب ضرورت انجام می شود. .
در حقیقت ، نظام ارجاع موثر ارتباط نزدیک بین تمام سطوح نظام سلامت را تضمین کرده، کمک می کند که مردم بهترین مراقبت ممکن را در نزدیکترین محل به خانه دریافت کنند. همچنین استفاده از بیمارستان ها و خدمات مراقبت های

بهداشتی اولیه را مقرون به صرفه می‌کند. در این نظام، پشتیبانی کارکنان با تجربه‌ی بیمارستان‌ها یا مطب‌ها از مراکز بهداشتی درمانی و خدمات محیطی، خود به ایجاد ظرفیت و افزایش دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت بهتر کمک می‌کند

به عبارتی دیگر نظام ارجاع خوب می‌تواند به ما اطمینان دهد که:

- مراجعین مراقبت بهینه را در سطح مناسب دریافت می‌کنند و بی دلیل هزینه زیادی خرج نمی‌شود.
- تجهیزات بیمارستان به صورت بهینه و مقرون به صرفه استفاده می‌شود.
- مراجعینی که نیاز به خدمات تخصصی دارند می‌توانند به موقع به آن دسترسی پیدا کنند.
- خدمات بهداشتی اولیه به خوبی ارائه می‌شود.

• دستاوردهای اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده که می‌توان به آن‌ها دست یافت عبارتند از:

- ایجاد ارتباط عالی انسانی و اعتماد متقابل بین پزشک و خانواده‌ها
- تمرکز بیشتر منابع و اعتبارات بر اولویت‌های سلامت جامعه
- حذف ارتباط مالی گیرنده‌ی خدمت و ارائه دهنده‌ی آن به منظور ایجاد ارتباط سالم در بازار سلامت
- ارائه‌ی خدمات جامع در ابعاد پیشگیری، درمان و توان بخشی
- ایجاد افزایش دسترسی به خدمات برای افراد و گروه‌های در معرض خطر نظیر کودکان، مادران باردار، سالمندان و...
- افزایش پاسخ‌گویی به نیازهای افراد و خانواده‌ها.
- ارتقای عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت. (1، 5)

نتایج بلند مدت اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (1):

با اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع انتظار می‌رود در درازمدت نتایج زیر بدست آید:

(الف) برای مردم

- افزایش پوشش و پاسخ گویی به نحوی که کلیه خدمات مورد نیاز در قالب بسته های خدمات به عموم مردم کشور ارائه شود.
- اصلاح نظام سلامت و افزایش پاسخگویی و مسئولیت پذیری نظام سلامت، تیم سلامت و پزشکان در مقابل مردم
- ارتقای سلامت به نحوی که شاخص های سلامت، وضعیت مطلوب تري نسبت به شرایط کنونی داشته باشند. . این مهم از طریق انجام ویزیت پایه، ایجاد و استفاده از پرونده الکترونیک سلامت تحت شبکه در تمام مراجعات، انجام مراقبت ها مطابق برنامه های سلامت کشوری و ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر فردی و اجتماعی سلامت در مردم محقق می گردد.
- افزایش عدالت در سلامت به نحوی که سهم پرداخت افراد فقیر و غنی متعادل تر شده و درکل پرداخت های مستقیم مردم به نظام سلامت کاهش یابد. ضمناً پوشش بیمه ای کامل مردم نیز که در برنامه دیده شده است به تحقق این مهم کمک خواهد کرد.
- افزایش بهره مندی از خدمات سلامت درکل جمعیت شهری و روستایی کشور.
- افزایش رضایت مندی از خدمات سلامت.

(ب) برای پزشکان عمومی

- ارتقای جایگاه و شأن آنان با دریافت عنوان ارزشمند پزشک خانواده
- داشتن نقش تصمیم گیرنده در مورد سلامت افراد تحت پوشش و وظیفه ی دیده بانی سلامت.
- ارتقای توان علمی و تجربی آنان و تسهیل ورود به دوره های MPH و دستیاری تخصص پزشک خانواده.
- امکان آموزش غیرحضوری، الکترونیک و دریافت مشاوره و امکان پیگیری بیماران.
- تثبیت و افزایش درآمد، با توجه به پرداخت سرانه ای درآمد.
- درآمد مازاد بر سرانه با توجه به پرداخت های تشویقی در مورد مراقبت های خاص و کشف بیماری ها.

(ج) برای پزشکان متخصص

- افزایش دقت و اثربخشی تشخیص و درمان بیماران با ویزیت بیماران تخصصی
- دسترسی به سوابق و پرونده الکترونیک (آزمایشات و.....).

- غربال شدن بیماران توسط پزشک خانواده و ارسال شرح حال اخذ شده توسط پزشک خانواده.
- افزایش درآمد ناشی از ویزیت بیماران ارجاعی
- ارتقای علمی با درمان بیماران تخصصی و ایجاد وقت آزاد جهت رشد علمی.

(د) برای دولت و کشور

- ارتقای سلامت عمومی و در نتیجه توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور.
- کاهش هزینه های غیر ضروری (دارو و پاراکلینیک و...)
- همدلی مردم و مسئولین با ایجاد درک مشترک در حوزه ی سلامت.
- توجه به عوامل اجتماعی سلامت با نگاه جامع پزشک خانواده و تیم سلامت.
- کاهش بار بیماری ها و هزینه های ناشی از آن با افزایش سطح سلامت و پیشگیری.

1-6- مروری بر برنامه پزشک خانواده دربرخی کشورها

اجرای برنامه ی پزشک خانواده در بسیاری از کشورها سابقه ی چندین دهه دارد و تاریخچه پزشک خانواده به سال های پس از جنگ جهانی دوم برمی گردد. هنگامی که با افزایش تخصص های پزشکی و ناکافی بودن دوره پنج ساله پزشکی عمومی همزمان با رشد دانش پزشکی، پزشکی عمومی را با چالشی جدی مواجه نمود. (3) در سال 1962 سازمان بهداشت جهانی کمبود پزشکان خانواده در سطح جهان را بررسی کرد. در نتیجه این بررسی بر نیاز آموزش پزشکان خانواده بعنوان اولین پزشکان در تماس با بیماران تاکید شد. در پی این تحولات بدنبال شکل گیری پزشک خانواده در آمریکا در دهه 1950 میلادی و در انگلستان در دهه 1960 میلادی، اقبال به راه اندازی پزشکی خانواده در خاورمیانه ، آفریقا، آمریکای لاتین و آسیای جنوبی از دو دهه ی اخیر بیشتر شده است. درکشورهایی همچون چین، هندوستان، ویتنام، تایلند، ژاپن، ترکیه، برزیل، اسپانیا، ایتالیا، یونان، عمان، لائوس، عربستان و تعداد زیادی از کشورهای دیگر دنیا نیز با ایجاد بخش های آموزشی و تربیت نیروهای مورد لزوم، برنامه پزشک خانواده اجرا شده و یا کشورهای مزبور در مسیر اجرایی آن قرار گرفته اند. در قسمت های زیر به مروری اجمالی در خصوص برنامه پزشک خانواده و روند شکل گیری آن در بعضی از کشورها می پردازیم. (7-10)

انگلستان

کشور انگلستان یکی از پیشگامان برنامه‌ی پزشک خانواده است و در اجرای این برنامه حدود 70 سال سابقه دارد. مهم ترین رکن نظام ارجاع در این کشور پزشکان عمومی یا (General Practitioner) GP ها هستند. برای بسیاری از مردم انگلیس تنها راه تماس با سیستم سلامت ملی (NHS: Natural Health system) پزشکان عمومی هستند. این سیستم در سال 1948 بنا گذاشته شد و پزشکان عمومی مسئول پوشش خدمات سلامت همه جمعیت و تنها راه دسترسی جمعیت به سطوح تخصصی شناخته شدند و طی 1 ماه از تاسیس این سیستم، 90% مردم زیر پوشش پزشکان عمومی قرار گرفته و در این برنامه ثبت نام کردند. طبق این سیستم، پزشکان عمومی همراه منشی مطب، پرستارها (یک یا دو نفر)، ماماها و مددکارهای اجتماعی، یک تیم کاری را در محل طبابت پزشک تشکیل می دهند. در سال 1966 سقف پوشش جمعیتی 2000 نفر برای هر پزشک عمومی تعریف شد و شرایط و تسهیلات جدیدی برای این پزشکان به وجود آورده شد. در سال 1970 رویال کالج پزشکان عمومی در انگلیس تاسیس شد تا دنبال آن اولین نمایندگی رسمی پزشکان عمومی در سال 1972 به وجود یابد. به دنبال بیانیه آلماتا در سال 1978، پیشگیری و ارتقای سلامت جزء اصلی و رو به توسعه‌ی وظایف پزشکان عمومی شده، در دهه 1980، تعیین کیفیت خدمات مراقبتی اولیه و در دهه 1990 روند پزشکی مبتنی بر شواهد رو به فزونی گذاشت و ارکان نظام پرداخت متناسب با عملکرد و پرداخت بیشتر در ازاء خدمات بیشتر، ارائه شد. در سال 2004 ارتباط جدیدی بین پزشکان عمومی و سیستم NHS با تاکید بر کیفیت عملکرد آنان تعریف شد و در سال 2007 اولین کوریکولوم آموزشی ملی پزشکان عمومی منتشر و به دنبال آن روند استفاده از تکنولوژی در ارایه‌ی خدمات مربوط رو ند صعودی به خود گرفت. (11)

آمریکا

پزشک خانواده در نظام سلامت آمریکا نقش بارزی ایفا می نماید و از هر 4 ویزیت توسط پزشکان 1 مورد به پزشک خانواده مربوط است. پزشکان خانواده در مناطق روستایی و محروم آمریکا نیز نقش مهمی را در ارائه خدمات دارند. در سال 1847 انجمن پزشکی آمریکا (AMA : American Medical Association) تاسیس شد. در سال 1910 میلادی، گزارش فلکسنر (Flexner) در خصوص دانشکده های پزشکی در آمریکا و کانادا ارائه شد. در این مطالعه تمایل به تخصص گرایی و کاهش تعداد پزشکان عمومی گزارش شد. در سال 1946 و در پاسخ به کاهش تعداد پزشکان عمومی، آکادمی پزشکان عمومی آمریکا شکل گرفت. در سال 1958، بنای کنفرانس آموزش پزشکی خانواده گذاشته شد. (3) دکتر وارد دارلی (Ward Darley) مدیر انجمن کالج پزشکی و رئیس وقت دانشکده پزشکی کلرادو از پیشگامان معتقد به

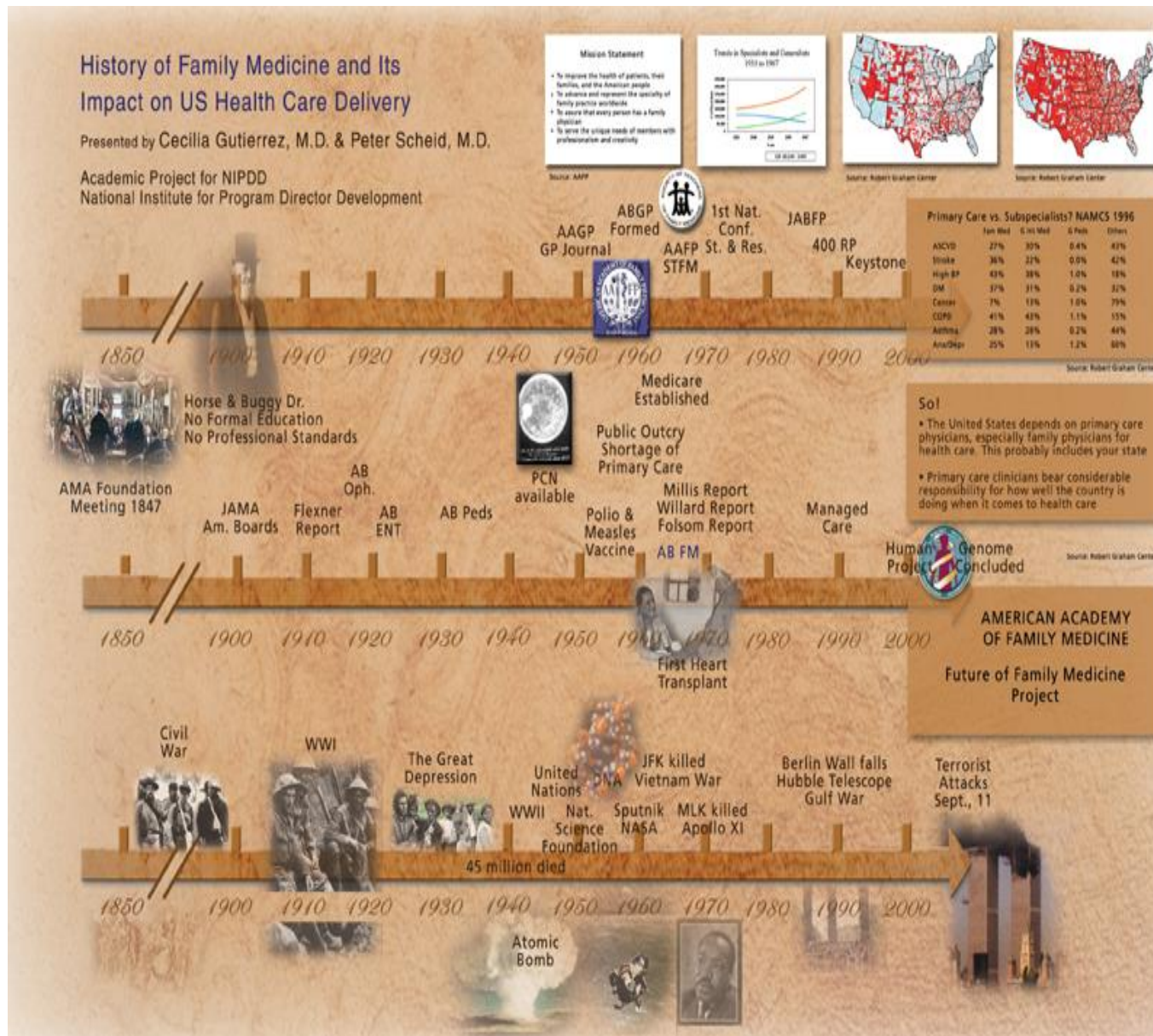
ارائه خدمات مراقبت به صورت همه جانبه بود و معتقد بود رشد رشته های تخصصی و فوق تخصصی پزشکی ارائه مراقبت های سلامت را از یکپارچگی خارج می کند. او در سال 1961 میلادی نوشت : همچنان که علم پزشکی و تخصص های آن رو به فزونی و گسترش است ، من معتقدم به نوعی تخصص احتیاج است که علاوه بر درمان بیماری ها و توانبخشی بیماران ، پیشگیری از بیماری ها و ارتقاء سلامت از وظائف آن باشد و این تخصص همان پزشک خانواده است.(3) در سال 1964 دکتر جورج جیمز و دکتر جوزف تی ورن در مجله نیوانگلند و به صورت جداگانه بر اهمیت نیاز روز افزون به پزشک خانواده و کمبودهای آن اشاره نمودند. (3) در سه گزارش مستقل میلز (Millis) ، فولسوم (Folsom) و ویلارد (Willard) در سال 1966 ، بر نیاز ملی به پزشکان خانواده که دیدی همه جانبه و مراقبتی مداوم همراه با پیشگیری را بتوانند به افراد جامعه ارائه دهند تاکید شد. (3،12) در سال 1967 ، انجمن مدرسان پزشکان خانواده تاسیس شد. (13) در سال 1969 ، توسط هیات مورد آمریکا ، پزشکی خانواده به عنوان بیستمین رشته تخصصی پزشکی مورد قبول قرار گرفت و در سال 1970 آزمون جذب دانشجویان برای این رشته برگزار شد و طی دهه های 70 و 80 تا اواسط دهه 90 میلادی جذب دانشجویان برای این رشته رو به رشد گذاشت . (3،12) در سال 1971 آکادمی پزشکان عمومی آمریکا به آکادمی پزشکان خانواده آمریکا تغییر نام یافت. (3،12) در سال 1973 ، اولین مجله پزشکی خانواده با نام " Journal of Family Practice" و اولین کتاب مرجع پزشک خانواده با عنوان " Family Practice" منتشر شد.(13) در سال 1976 و به دنبال افزایش دانشجویان دوره دستیاری پزشکی خانواده ، اولین آزمون اعطای گواهینامه متخصصین این رشته برگزار شد.(13)

در سال 1978 ، دومین کتاب مرجع پزشکی خانواده با عنوان " Family Medicine: Principles and Practice" منتشر شد (13) و در سال 1982 ، نشست چالش های تحقیق در خصوص پزشک خانواده برگزار شد.(14)

در سال 1983 ، 7204 دستیار در حال گذراندن دوره تخصصی پزشک خانواده و 53738 عضو آکادمی پزشک خانواده آمریکا بودند . (13) و در سال 1984 پزشکی خانواده ، سومین رشته از نظر تعداد دستیاران تخصصی بود. (3،12)

در سال 1992 میلادی مرکز تاریخ پزشک خانواده The Center for the History of Family Medicine (CHFM) و بمنظور جمع آوری ، طبقه بندی و ارائه کلیه اسناد سازمان های در گیر تخصص پزشک خانواده و همچنین مقالات پزشکی خانواده و آموزش دهندگان آن مربوط به قبل و بعد از سال 1969 میلادی و تحت اداره آکادمی پزشکان خانواده آمریکا تاسیس شد. پس از جستجوی وسیع و داوری مقالات یافت شده ، این مرکز 48 مقاله در خصوص تاریخچه پزشک خانواده را مورد پذیرش قرار داد. (14)

شکل 2 - تاریخچه پزشکی خانواده و تاثیر آن بر نظام ارائه خدمات سلامت آمریکا



کانادا

کانادا از اولین کشورهایی بود که سیستم همگانی مراقبت های بهداشتی و درمانی دولتی را که Medicare نامیده می شود، عرضه کرد. شیوه دسترسی بیمار به نظام مراقبت در این کشور، از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع است. مراقبت های بهداشتی و درمانی تحت حمایت قانون بهداشت و درمان کانادا

(مصوب سال 1984) قرار دارند که تضمین می کند هر فردی با داشتن کارت بیمه‌ی خدمات درمانی و هر زمان که به مراقبت های پزشکی نیاز داشته باشد، بدون هیچ گونه هزینه ای و از طریق سیستم ارجاع باید به بیمارستان ها و کلینیک های پیشرفته و پزشکان و متخصصان دسترسی داشته باشد. در کانادا هیچ شهروندی بدون بیمه‌ی سلامت نیست و اخذ تخصص پزشک خانواده منوط به گذراندن دوره 2-3 ساله دستیارى بعد از اخذ دکترای عمومی است. 70 سال قبل پزشکی خانواده هیچ جایگاه آکادمیک در کانادا نداشت. به دنبال تاسیس کالج پزشکان عمومی در سال 1954 و برگزاری کنفرانس آموزش پزشکی در سال 1962، دوره آموزشی تخصصی پزشکی خانواده به صورت پایلوت در این کشور اجرا شد. در سال 1967 کالج پزشکی خانواده‌ی کانادا شکل گرفت و اولین امتحان گواهینامه‌ی تخصصی فارغ التحصیلان این رشته، در سال 1969 برگزار شد و تا 1974 تمام دانشکده های پزشکی کانادا دوره‌ی آموزشی تخصصی پزشکی خانواده را راه اندازی کردند. انجمن پزشکی خانواده‌ی کانادا تاکنون 32000 عضو دارد. (15)

دانمارك، نروژ، سوئد

سیستم پزشکی عمومی دانمارک که ریشه‌ای صد ساله دارد با حضور 3600 پزشک عمومی که 20% کل پزشکان را تشکیل می‌دهند، به عنوان محور ارائه‌ی مراقبت های بهداشتی اولیه و شبیه به سیستم پزشک خانواده در آمریکا است. هر پزشک عمومی در دانمارک به طور متوسط 1600 نفر را زیر پوشش خود دارد و به عنوان اولین خط تماس (تلفنی، حضوری و یا با ایمیل) ارائه خدمات سلامت به افراد زیر پوشش خود است و ارجاع به متخصصان و یا بیمارستان در اکثر موارد از طریق این پزشکان و از برگه‌ی ارجاع صورت می گیرد. ارائه همه‌ی خدمات به جز دندانپزشکی بزرگسالان و داروها رایگان است و مردم در کل 17% کل هزینه های بخش سلامت را پرداخت می کنند و مابقیه‌ی هزینه ها از محل مالیات تامین می گردد. از ویژگی‌های این سیستم آن است که ارتباط کامپیوتری بین پزشکان، داروخانه ها، بیمارستان ها و آزمایشگاه ها به طور کامل برقرار است. 95% درآمد پزشکان عمومی از محل اعتبارات دولتی است و نظام پرداخت به پزشکان به صورت یک سوم، سرانه (Capitation) و دوسوم، از طریق کارانه (Fee for Service) می باشد. قرارداد پزشکان هر دو سال تمدید می شود و آموزش مداوم برای آنان برقرار است. معمولاً در هر واحد ارائه خدمات، دو پزشک عمومی به همراه پرستار و منشی به ارائه خدمات می پردازند. نظام پایش پزشکی دولتی مبتنی بر گایدلاین، ارائه‌ی پاسخورانده مردم به پزشکان و انجام پروژه های کیفیت سنجی محلی با حضور پزشکان نیمه وقت، دیگر از جمله اجزای سیستم پایش برنامه‌ی پزشکان عمومی در دانمارک است.

در نروژ، پزشک خانواده از سال 1985 شکل گرفت و وزارت بهداشت و امور اجتماعی این کشور مسوول تأمین خدمات سلامتی به صورت غیرمتمرکز در کشور است. شهرداری ها، مسوول مراقبت های اولیه سلامت هستند. شورای استان، مسوول برنامه ریزی برای بیمارستانها است. استانها، مسوول برنامه ریزی در ارائه خدمات پزشکی و سایر خدمات سرپایی هستند و تأمین مالی سیستم بهداشتی نروژ براساس بودجه های عمومی است. طرح همگانی بیمه ملی نروژ، همه ی افراد مقیم کشور را به صورت اجباری، زیر پوشش قرار می دهد. در سوئد اخذ تخصص پزشکی خانواده پس از 5 سال ادامه تحصیل بعد از اخذ درجه ی پزشکی عمومی ممکن است. (16،17)

آلمان

آلمان از سال ۱۹۲۰ اجرای پزشک خانواده را شروع کرد و سال ۱۹۶۰ آن را فراگیر کرد، یعنی حدود ۴۰ سال طول کشید تا پزشک خانواده در آلمان همه گیر شود. در آلمان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بر اساس نظام تأمین اجتماعی است که در آن گستره ای از سازمان های بیمه گر وجود دارد که از لحاظ سازمانی، از فراهم آورندگان مراقبت های بهداشتی مستقل هستند. در حدود 90 درصد مردم آلمان تحت پوشش صندوق های بیمه هستند. بیماران در آلمان، دسترسی آزاد به هر پزشک عمومی و یا متخصص دارند ولی تنها در صورت استفاده از سیستم ارجاع، هزینه ای پرداخت نمی کنند. از سال 2002 تلاش شد سیستم پزشک خانواده و پزشکی داخلی ادغام گردد ولی از سال 2010 پزشکی خانواده همچون قبل از (2002) به عنوان یک تخصص مستقل مطرح گردید. در آلمان یک انجمن پزشکی عمومی (General Medical Council) که بیشتر در خصوص آموزش های خاص و قوانین کار فعالیت می کند و انجمن های پزشکان عضو بیمه سلامت "Kassenärztliche Vereinigungen" (Associations of Statutory Health Insurance Physicians) که در زمینه ی نظام پرداخت به پزشکان با بیمه در تعامل است، وجود دارد. دوره آموزشی پزشکی خانواده حداقل 5 سال است. (18)

روسیه

از نقاط قوت ارائه ی خدمات مراقبت اولیه در نظام سلامت روسیه پوشش دادن مناطق روستایی است. در این کشور سه سطح ارائه ی خدمات سلامت وجود دارد که سطح اول در نزدیکی محل اقامت، کار و یا تحصیل شهروندان روسی است که خدمات عمومی مرتبط با بیماری های شایع را ارائه می دهد. در سطح دوم که در منطقه و یا بین شهرداری ها است خدمات فوری و یا غیر فوری برنامه ریزی شده با وقت قبلی در ارتباط با عوامل اصلی مرگ و میر ارائه می شود و در سطح سوم که شامل مراکز و یا بیمارستان های استانی و یا کشوری است، خدمات مدرن و تخصصی همه جانبه ارائه می گردد. (19) از نظرتاریخی و با

توجه به مقرون به صرفه شناخته شدن نظام ارجاع، در نیمه دوم دهه 1980 میلادی و به منظور کاهش ارجاعات به سطوح تخصصی مشوق های مادی وضع شد و در سال 1992، پزشکی عمومی به عنوان یک تخصص شناخته شد. در سال 1998، شاخه ای اروپای شرقی کمیته خدمات سلامت سوئد (SEEC:Swedish Health Care Community)، پروژه ای اصلاحات نظام مراقبت اولیه و پزشکی خانواده را در شمال غرب روسیه آغاز کرد که برقراری ارتباط متقابل صاحب نظران دو کشور، آموزش و ارائه واحدهای نمونه از ارکان اصلی این پروژه سه مرحله ای بود. (20) روسیه شرقی نیز از سال 1992 در جهت توسعه ی پزشکی خانواده از نمونه برنامه های آموزشی آمریکا استفاده نمود که با وجود کسب حصول موفقیت هایی در این زمینه، چالش های زیادی در پیش روی آن وجود دارد. (21)

استرالیا و نیوزلند

در استرالیا و نیوزلند پزشکی عمومی و یا پزشکی خانواده شکل های مختلفی دارد و این پزشکان، خدمات سلامت اولیه را به طور کامل به مراجعه کنندگان خود خدمت رسانی می دهند. این پزشکان ممکن است خدمات جراحی کوچک، خدمات زنان و زایمان و یا بیهوشی را در بیمارستان های منطقه ای خود خدمت رسانی دهند. این پزشکان در خدمت رسانی خدمات در منزل و خدمات مناطق روستایی و دور دست نیز دخیل هستند. درآمد پزشکان خانواده استرالیا از محل Medicare و همچنین Fee-for-Service است. دو کالج در استرالیا وظیفه آموزش پزشکی عمومی (پزشکی خانواده) را به عهده دارد: کالج رویال پزشکان عمومی استرالیا (RACGP: Royal Australian College of General Practitioners) و کالج استرالیایی مناطق روستایی و دوردست

(ACRRM: Australian College of Rural and Remote Medicine)

کالج رویال پزشکان عمومی استرالیا با بیش از نیم قرن سابقه، بزرگترین کالج درگیر سیستم مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) در استرالیا است. از سال 1960 بعد از فارغ التحصیلی پزشکان عمومی به صورت اختیاری آموزش شروع و در سال 1996 اجباری شد و فقط پزشکان عمومی که این آموزش ها را گذرانده باشند می توانند به عنوان پزشک خانواده در واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه شاغل باشند. (22)

ترکیه

تخصص پزشکی خانواده از سال 1983 در قوانین مربوط به رشته های تخصصی پزشکی ترکیه طرح شد و جای خود را یافت و آموزش های مربوط از 1985 در بیمارستان های دولتی آنکارا، استانبول و ازمیر شروع شد. انجمن پزشکان خانواده در سال 1990 (که در سال 1998 به انجمن ترکی پزشکان خانواده تغییر یافت) تاسیس شد. در 1993 آموزش دستیاری پزشکی خانواده در دانشکده های پزشکی ترکیه آغاز شد و در همان سال اولین همایش ملی پزشکی خانواده در استانبول برگزار شد. در سال 1994 اولین استادیار پزشکی خانواده منصوب شد. در سال 1995، وزارت بهداشت کوریکولوم آموزشی تخصص پزشک خانواده را ارائه نمود و اولین مجله ترکی پزشک خانواده در سال 1997 چاپ شد. در سال 1998 مورد تخصصی پزشکی خانواده تاسیس و در 2003، اولین نشست بین المللی پزشکی خانواده ترکیه برگزار شد. تا سال 2007، 23 نفر متخصص پزشکی خانواده وجود داشتند که 5 نفر آن ها استاد بودند و تا سال 2008، هفت همایش ملی پزشکی خانواده برگزار شد. در سال 2008، همایش اروپایی سازمان جهانی پزشکان خانواده *Wonca:World* (*Organization of Family Doctors*) در استانبول برگزار شد. (23،24) علیرغم این فعالیت ها شواهد نشان می دهد که پزشکان خانواده در ترکیه به عنوان اولین خط تماس با مردم و ارائه دهنده خدمات همه جانبه و مداوم، نقش محدودی دارند و بسیاری از مردم در ابتدا به آن ها مراجعه نمی کنند. بنابراین سیستم فعلی، ساختار مناسبی از نظام ادغام یافته ی خدمات مراقبت را جلوه گر نمی سازد. (25)

هندوستان

پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص پزشکی از سال 1983 در هندوستان به رسمیت شناخته شد و کسب تخصص در این رشته پس از طی 3 سال دوره دستیاری و اخذ پزشکی عمومی ممکن است. پزشکان خانواده در هندوستان نقش بسیار بارزی در ارائه خدمات بهداشتی اولیه دارند و لذا بیشتر بعنوان پزشک مراقبت اولیه (*Primary Care Physician*) شناخته می شوند. (6)

کشورهای عربی

تفکر آموزش تخصصی پزشکی خانواده در دنیای عرب از سال 1979 میلادی با تاسیس گروه آموزشی تخصصی و تربیت دستیار پزشک خانواده در دانشگاه آمریکایی بیروت شکل گرفت و از آن پس سالیانه 3-6 پزشک خانواده از این دانشگاه فارغ التحصیل می شوند. دانشجویان سال چهارم پزشکی نیز یک دوره یک ماهه در بخش پزشکی خانواده این دانشگاه تجربه می کنند. سپس طی دهه های 1980 و 1990 در بعضی از کشورهای عرب همچون عربستان سعودی، امارات متحده عربی، کویت، قطر، مصر، بحرین، لیبی، اردن و عمان چند برنامه آموزشی پزشکی خانواده اجرا شد، که از نمونه های آن می توان به اجرای برنامه های آموزشی پزشکی خانواده در بحرین و اردن با همکاری دانشگاه آمریکایی بیروت، در کویت توسط انگلیس و در قطر با کمک سازمان جهانی بهداشت نام برد. به دنبال تاسیس بورد تخصصی پزشکی کشورهای عربی در سال 1978، انجمن بورد تخصصی پزشکی خانواده و پزشکی اجتماعی با نمایندگانی از 15 کشور عربی و به منظور استاندارد سازی آموزش پزشک خانواده شکل گرفت. به عنوان نمونه در عربستان سعودی، ایده ی شکل گیری پزشک خانواده از اوائل دهه 1980 میلادی و با تفکر ادغام این رشته با پزشکی اجتماعی در سه دانشگاه فیصل، سعود و عبدالعزیز و با حضور پزشکان خانواده از استرالیا، نیوزلند، آمریکا و انگلیس و نیروهای غیر پزشکی مرتبط از هندوستان، سودان و مصر آغاز گردید. در ادامه ی توسعه برنامه پزشک خانواده تا سال 2007، تعداد برنامه های آموزشی پزشک خانواده در دنیای عرب 20 و تعداد فارغ التحصیلان پزشکی خانواده 150 نفر در سال بود و در سال 2011 تعداد این برنامه ها به 31 و تعداد فارغ التحصیلان تخصصی پزشکی خانواده به 182 نفر در سال افزایش یافت. هر چند که نسبت پزشکان خانواده به جمعیت در بیشتر این کشورها بسیار پائین تر از حد نیاز است و موانع و چالش های زیادی در اجرای برنامه ی پزشک خانواده و آموزش مورد لزوم در بسیاری از این کشورها وجود دارد. (8،10،26)

1-7- تاریخچه پزشک خانواده در ایران

اندیشه پزشک خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرن ها قبل باز می گردد. در تایید این گفته، سخنی حکیمانه از دانشمند بزرگ کشورمان حکیم زکریای رازی می تواند اثبات گر این مطلب باشد آنجا که می گوید: " مریض باید که از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد." این تفکر ارزشمند و دارای قدمت، البته به دلایل متعددی در کشور ما تا زمان معاصر اجرایی نشده بود. ضرورت پرداختن به مبحث بهداشت و درمان آحاد مردم به اندازه ای است که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به آنجنین اشاره شده است: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، سوانح و حوادث، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره، حقی است همگانی (اصل بیست و نهم) و برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد با حفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیراستوار می شود: تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده (اصل چهل و سوم). همچنین در قانون برنامه پنجم توسعه نیز مبحث پزشک خانواده از ضروریات نظام سلامت تلقی و بر اجرای آن در قسمت های مختلف تاکید شده است. به نحوی که دربند (ج) ماده 12 مبتنی بر « خدمات جامع و همگانی سلامت» ایجاد سامانه مراقبت های اولیه بهداشتی با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، اشاره شده است یا دربند (د) همین ماده، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شده است حداکثر تا پایان سال اول برنامه، نظام درمانی کشور را در چهار چوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع تهیه نماید. دربند (الف) ماده 15 نیز آمده است: وزارت بهداشت می باید نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. در این راستا طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی در دهه 60 خورشیدی و با ایجاد خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، زمینه ساز ارتقای سلامت بخصوص در مناطق روستایی شد و پیشرفت شاخص های سلامت که نتیجه ی تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه و عوامل اجرایی آن بود، به نحو چشم گیری پیشرفت داشت. مراقبت های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) طرح در چندین هزار خانه و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی سراسر کشور در حال عرضه است. از سوی

دیگر پزشک خانواده که در برنامه سوم و چهارم توسعه طرح شده سرانجام پس از ۴ سال کار کارشناسی از میانه سال 1384 به اجرا درآمد. این طرح، روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر را شامل گردید و افراد با دریافت دفترچه بیمه سلامت روستایی زیر پوشش این طرح قرار گرفتند. در ادامه و از سال 1389 نیز در برخی از شهرهای زیر 50 هزار نفر این طرح اجرا گردید و به دنبال اجرای موفقیت آمیز برنامه پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای کوچک، لزوم اصلاح، تکمیل و گسترش برنامه به کل کشور در قانون برنامه توسعه پنجم، مصوبات دولت و صاحب نظران و سیاستگذاران مورد تاکید قرار گرفته است و اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به منظور ارتقای سلامت ایرانیان با هدف دستیابی به اهداف چشم انداز ایران 1404 در دستور کار قرار گرفته است. لذا بدنبال آن در سال 1389 هم در بعضی مناطق شهری زیر 50 هزار نفر استان های خوزستان، چهار محال بختیاری و سیستان و بلوچستان، این برنامه آزمایشی اجرا گردید و سپس مسکوت ماند. در سال 1391 اجرای برنامه پزشک خانواده در همه مناطق شهری دو استان فارس و مازندران آغاز شد و همچنان ادامه دارد.

1-8- برخی از مهم ترین مشکلات موجود پیش روی نظام سلامت ایران تا پیش از اجرای برنامه کشوری تحول نظام سلامت

➤ بی عدالتی در سلامت به نحوی که در بسیاری از موارد سهم افراد فقیر و غنی از پرداخت های حوزه بهداشت و درمان ناعادلانه بود، به طوری که افراد فقیر سهم بیشتری از درآمدها را به بهداشت و درمان اختصاص می دادند. براساس آمارها نسبت هزینه های بهداشت و درمان از کل هزینه های خانوار در 3/3 درصد از خانوارها بیش از 40 درصد بود که در عمل اقتصاد خانوار را فلج کرده بود. شایان ذکر است با بررسی حساب های ملی سلامت در می یابیم که سهم خانوارهای ایرانی در تامین هزینه های سلامتشان حدود 55٪ و سهم دولت و بیمه ها در این میان تنها 45٪ بوده است، درحالی که در کشورهای نفت خیز و همین طور کشورهای پیشرفته سهم خانوارها کمتر از 25٪ است و مابقی را دولت برعهده می گیرد.

➤ سالمندی، شهرنشینی و حاشیه نشینی که هر یک از این موارد می تواند افزایش بیماری های مزمن و غیر واگیر، افزایش بیماری های رفتاری، افزایش بیماری های واگیردار نظیر هپاتیت B و بیماری هایی که از طریق آمیزش جنسی را مدر پی داشته باشد.

➤ ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها به نحوی که انحصار ایجاد شده منجر به آشفته گی در بازار درمان

در شهر ها شده و از بخش بهداشت نیز در شهرها غفلت شده بود.

- بیمارستان محوري، تخصص گرایی و کم توجهی به عوامل اجتماعی موثرتر بر سلامت.
- به همه مشکلات فوق باید حوادث و تصادفات جاده ای را هم افزود. براساس آمار و ارقام طی 10 سال گذشته، بیش از 240 هزار نفر به دلیل تصادفات کشته شده اند.
- نبود سیستم ارجاع که باعث بروز مشکلات زیر درنظام سلامت شده بود:
- عدم پاسخ گویی به دلیل عدم شناخت بیمار و پزشک از یکدیگر.
- ارائه خدمات موازی و تکراری توسط پزشکان مختلف برای یک بیمار.
- عدم ثبت اطلاعات و سوابق بیماری.
- به کارگیری امکانات پیچیده و گران برای بیماری های ساده
- عدم امکان پیگیری خدمات ارائه شده.
- مصرف بی رویه دارو و خدمات پاراکلینیک و تحمیل هزینه و عوارض ناشی از آن (1)

1-9- سایت ها و مراکز مرتبط با برنامه پزشک خانواده :

(www.aafpfoundation.org/chfm): (CHFM) website Center for the History of Family Medicine

(wwwcf.nlm.nih.gov/hmddirectory/index.cfm):Directory of History of Medicine Collections

(www.fmdrl.org):Family Medicine Digital Resource Library

World Organization of Family Doctors (Wonca)

American Academy of Family Physicians (AAFP)

American Academy of Family Physicians Foundation (AAFP Foundation)

American Board of Family Medicine (ABFM)

Association of Departments of Family Medicine (ADFM)

Association of Family Medicine Residency Directors (AFMRD)

North American Primary Care Research Group (NAPCRG)

منابع

1- آنچه در مورد پزشک خانواده باید بدانید. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت بهداشت مرکز مدیریت شبکه - 1391

2-The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe. 2011 Edition
(www.wonca.europe.org)

3.Cecilia Gutierrez, Peter Scheid.History Of Family Medicine and Its Impact on US Health Care Delivery. Academic Project for NIPDD National Institute for Program Director Development . University of California San Diego .Department of Family and Preventive Medicine

4- دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه 02 (چاپ سوم). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع 1391.

5- اسداله شمس فلاورجانی . مدیریت سطح بندی خدمات در نظام پزشک خانواده. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
6-About Family Physician.Academy of Family Physicians of India. Available from:
<http://www.afpionline.com>. Accessed in: 10.13.2015

7.Boston University Family Medicine. Global Health Collaborative.Available from:
<http://www.bu.edu/ghc/>. Accessed in:10.11.2015)

8.A.A. Albar.Twenty years of family medicine education in Saudi Arabia Eastern Mediterranean Health Journal. Volume 5, Issue 3, 1999, Page 589-596.

9.[Family](#) Medicine Residency Program for Palestinian Doctors . Available from:
<http://nazarethproject.org/projects/training-program-for-palestinian-doctors>. Accessed in:10.11.2015.

10.Hibah Osman, Maya Romani, Sani Hlais. Family Medicine in Arab Countries.FAMILY MEDICINE vol. 43 NO. 1 . January 2011.37-42

11.The evolving role and nature of general practice in England.2nd Chapter.Pages:13-24.The King's Fund 2011

12. Emily Adams, John Wiecha. Finances and the Family Physician The Reality of Primary Care Compensation Department of Family Medicine – Boston Medical Center . Boston University School of Medicine.

13. Robert B.Tylor. Chronology: Evolution of Family practice as a specialty in USA.Family Medicine: Principle and Practice. Appendix I.Page:1963

14.<http://www.aafpfoundation.org/online/foundation/home/programs/center-history.html>. Accessed in: 10.11.2015

15. [B K Hennen](#). Academic family medicine in Canada. CMAJ. 1993 May 1; 148(9): 1559–1563. Family Medicine: A Canadian Heritage. Available from: <http://familymedicineheritage.ca>. Accessed in: 10.11.2015
16. Kjeld Møller Pedersen, John Sahl Andersen, Jens Søndergaard. General Practice and Primary Health Care in Denmark. J Am Board Fam Med March-April 2012 vol. 25 no. Suppl 1S34-S38
17. Eskisehir Osmangazi University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Eskişehir, Turkey. Development of Family Medicine in Turkey. Turkish journal of family medicine and primary care (TJFMPC) 2008.vol. 2, No. 1
18. European Union of General Practitioners/Family Physicians. Available from: <http://www.uemo.eu/national-sections/7-germany.html>. Accessed in: 10.13.2015
19. Sergey Boytsov. Country report Russia. 2014. European Society of Cardiology.
20. Jørn Holm-Hansen. Family Medicine in Russia. Swedish reform support evaluated. NIBR. Norwegian Institute for Urban and Regional Research. Report 2009:9
21. Charles E. Christianson, Vladimir F. Bistrovsky, Kogut. Family Medicine in the Russian Far East. Family Medicine. 2007. Vol. 39, No. 10. Pages: 742-45.
22. Tekin N., Sahin H. A., Capa A. P-530 Evaluation Of Family Medicine In Australia And Turkey. (Wonca 2009 BASEL Conference) Available from: <http://www.woncaeurope.org/content/p-530-evaluation-family-medicine-australia-and-turkey>. Accessed in: 10.12.2015.
23. Eskisehir Osmangazi University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Eskişehir, Turkey. Development of Family Medicine in Turkey. Turkish journal of family medicine and primary care (TJFMPC) 2008.vol. 2, No. 1
24. Jonathan E. Rodnick. International Family Medicine Education. Family Medicine. 2003. Vol. 35, No. 1. p: 68
25. Zeliha Asli Öcek, Meltem Çiçeklioğlu, Ummahan Yücel و Raziye Özdemir. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Family Practice 2014, 15:38
26. Abdulrazak Abyad, Abeer Khaled Al-Baho, Ilhami Unluoglu, Mohammed Tarawneh, Thamer Kadum Yousif Al Hilfy. Development of Family Medicine in the Middle East. Special Articles: International Family Medicine Education. Family Medicine. November-December 2007. P: 736-41.

منابع بیشتر برای مطالعه :

1. Stephens G. The Intellectual Basis of Family Practice. Winter Publishing Company, 1982
2. Canfield PR. Family Medicine: A Historical Perspective. J Med Education 1976; 51: 904
3. Geyman J. Foundation of Changing Health Care. Chapter 1 Family Medicine as a Specialty. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts, c1985
4. Stephens GG. Family medicine as counterculture. Family Med 1998; 30 (9):629-36
5. Walsh J. New Specialty-Family Practice. JAMA 1970, Vol. 212:1191-1195
6. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada, Bulletin No 4, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910
7. The Graduate Education of Physicians: The Report of the Citizen's Commission of Graduate Medical Education (Millis Commission). Chicago, American Medical Association, 1966 p. 179
8. Folsom, MB. Chair. National Commission on Community Health Services. Health is a Community affair. Cambridge Mass: Harvard University Press, 1966:26
9. Meeting the Challenge of Family Practice. The report of the Ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Chicago, American Medical association, 1966 p. 129
10. Stevens R. The Americanization of Family Medicine: Contradictions, Challenges and Change, 1969-2000 Fam Med 2001; 33 (4): 232-43
11. Magill M. Kane W. What Opportunities Have We Missed, and What Bad Deals Have We Made? Fam. Med. 2001; 33(4): 268-72
12. Stephens G. Family Practice and Social and Political Change Fam. Med 2001; 33(4): 248-51
13. Bowman M. Family Practice Triumphs by the Year 2020: What Will We Have Done Right? Fam Med. 2001; 33 (4): 225-7
14. American Academy of Family Physicians: Facts about Family Practice 2001.
www.aafp.org/facts/FactsIndex.xml
15. The Robert Graham Center: Policy Studies in Family Practice and Primary Care. Washington DC. The Scope and Domain of Family Practice. 2002 Ten State Conference. Beyond Keystone. Feb 1-2, 2002 www.aafppolicy.org
16. White KL. Williams TF. Greenberg BG. The ecology of Medical Care. N.Engl. J. Med. 1961; 265: 885-92
17. Green LA et al. The Ecology of Medical Care Revisited. N. Engl. J. Med, Vol.344: 2021-2025
18. Green L.A. and Fryer G E. Family Practice in the United States. Position and Prospects. Academic Medicine Vol. 77, Aug 2002
19. Phillips. R. and Green L. Making Choices About the Scope of Family Practice.JABFP May-June 2002 Vol. 15: 250-254
20. Special Dedication Issue: The Keystone Papers: Formal Discussion Papers from Keystone III. Family Medicine Journal, April 2001, Vol. 33 No. 430
21. Rivo M. Practicing in the New Millennium: Do You Have What It Takes?Family Medicine Practice, Jan 2000
22. Phillips W. Building the Future of Health Care on the Foundation of Family Practice. Fam. Med Practice Jan 2000 Vol. 7 p 4
23. White B. Are the Edges of Family Practice Being worn Away? Fam. Pract. Management Feb 2000:
24. South-Paul J. Grumbach. How Does a Changing Country Changes Family Practice? Fam. Med 2001; 33 (4): 278-85
25. Bush J. Is it time to re-examine family practice? Family Practice Management Vol. 8:43-48 Sept 2001

26. Geyman J. Bliss Erika. What Does Family Practice Need to Do Next? A Cross-generational View. *Fam Med*. 2001; 33 (4): 259-67
27. White KL. Family Medicine, Academic Medicine, and the University's Responsibility. *JAMA* Vol. 185: 122-126
28. Blumenthal D. The Social Missions of Academic Centers. *N. Engl. J. Med* 1997; Vol. 337:1550-53
29. Scherger J. Managed Care Chapter 129, *Family Medicine: Principles and Practice*. 5th Edition. Editor Taylor R. New York: Springer, 1998
30. Vladeck BC. Plenty of Nothing-A Report from the Medicare Commission. *Sounding Board*. *N Engl J Med* 1999; Vol. 340: p.1503
31. Iglehart J. Health Care Report. The American Health Care System. *N Engl J Med*. 1999; Vol. 340:327-332
32. The Future of Family Medicine Project: www.aafp.org/ffm/FFMindex.xml 31
33. Ludmerer K. *Time to Heal. American Medical Education from the turn of the Century to the Era of Managed Care*. Oxford Press, 1999
34. Garner J. et al. Responses to questions About the Specialty of Family Practice as a Carrier. *AFP* 1999; 60:167-76
35. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books, 1982

فصل دوم

پزشک خانواده و اخلاق پزشکی

اخلاق از موضوعات مهم و ریشه‌ای در نهاد پزشکی است. اهمیت و جایگاه پزشکی و ارتباط آن با موضوع سلامت و بیماری از یک سو و نزدیکی این نهاد به حوزه‌های خصوصی افراد از سوی دیگر باعث شده موضوعات اخلاقی نقش و جایگاه برجسته‌ای در پزشکی داشته باشند. تاریخچه‌ی رسمی اخلاق در پزشکی قدمتی حدود سه هزار ساله دارد و تبلور آن در سوگندنامه‌ی خود تلاش داشته تا بقراط دیده می‌شود. بقراط در سوگندنامه‌ی خود تلاش داشته تا مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی پزشکی تا آن روز را در قالب تعهد-نامه‌ی اخلاقی پزشکان مورد توجه و تذکر قرار دهد. به عنوان مثال، در این سوگندنامه، با شاهد گرفتن خداوند به او قسم یاد می‌شود که نسبت به معلّم و استاد نهایت قدردانی و از خود گذشتگی انجام شود، نهایت تلاش و تخصص در جهت کمک به بیماران و جلوگیری از آسیب آن‌ها به کار گرفته شود، برای انجام اتانازی و سقط جنین به هیچ کسی کمک نشود، رازداری پزشکی حفظ گردد، با هیچ بیماری ناعادلانه رفتار نشود و از هیچ بیماری سوء استفاده -به ویژه سوء استفاده جنسی- نشود. گرچه اخلاق یک گفتمان عام در نهاد پزشکی است؛ امّا میزان تأکید بر وجوه خاص اخلاقی در هر رشته و تخصص می‌تواند متفاوت از سایر رشته‌ها و تخصص‌ها باشد. به طور مثال یک متخصص اطفال نیازمند توجه به وجوه اخلاقی خاصی در تعامل با کودک

یا خانواده‌ی اوست، در حالی که این تأکید برای پزشکی که به طبابت افراد بالغ می‌پردازد، چندان نمی‌تواند کاربردی باشد. یک متخصص عفونی که به درمان بیماری‌های مسری مانند سل، اچ آی وی یا آنفلوآنزا می‌پردازد، ملاحظات اخلاقی خاص و متفاوت از پزشکی دارد که با بیماری‌های غیرعفونی یا بیماری‌های عفونی غیرمسری کار می‌کند. در تبیین هر یک از این مفاهیم اخلاقی عام و اختصاصی، مفاهیم بنیادین سوگندنامه بقراط این کارایی را دارد که به لحاظ فلسفی، غالب بیشتر این موضوعات را پوشش دهد، اما در کدهای اخلاقی معاصر به لحاظ اهمیت، بر برخی از این موضوعات اخلاقی متناسب با تخصص پزشکی به صورت جداگانه توجه و تأکید شده است. بی شک چالش‌های اخلاقی بارها در فعالیت‌های روزمره‌ی پزشکان خانواده اتفاق می‌افتد. به همین جهت، نتایج یک بررسی در سال 2008 نشان داد که آموزش اخلاق و مهارت‌های اخلاقی باید یکی از ضروریات برنامه آموزشی پزشک خانواده باشد (مانسون و همکاران، 2014).

از نظر مانسون و همکاران، رشته‌ی پزشک خانواده نسبت به سایر رشته‌ها و به خصوص رشته‌های تخصصی دو تفاوت بارز دارد که نقش موضوعات اخلاقی را در آن پررنگ تر کرده است:

1- ارتباط پزشک با بیمار یا خانواده‌ی بیمار در نظام پزشک خانواده بلند مدت و طولانی است. این شکل از ارتباط، فرصت انتخاب یا اختیار را از پزشک و به خصوص بیمار گرفته و باعث می‌شود که بیمار نتواند به راحتی پزشک خود را تعویض نماید. این امر باعث می‌شود که موضوعات اخلاقی اهمیت زیادی در این حوزه داشته باشند. تعاملات پزشک خانواده با بیمار خود متفاوت از تعاملات با یک بیمار سرپایی خارج از نظام پزشک خانواده است. به همین جهت است که مانسون و همکاران معتقدند که "چالش‌های اخلاقی پیوسته در فعالیت روزانه پزشک خانواده اتفاق می‌افتد" (مانسون، 2014)

2- دومین موضوع درباره‌ی اخلاق در پزشک خانواده این است که پزشک خانواده نه فقط به اطلاعات سلامت و بیماری فرد در وضعیت فعلی بلکه به تاریخچه‌ی سلامتی و بیماری او نیز دسترسی دارد. همچنین پزشک به اطلاعات سایر اعضای خانواده نیز دسترسی دارد. و مهم‌تر این که پزشک خانواده در بسیاری اوقات از اطلاعات خصوصی یک خانواده چون وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بعد خانوار و سایر مسائل و مشکلات خانواده نیز آگاهی می‌یابد. دسترسی به این طیف وسیع اطلاعات راجع به خانوار، مسئولیت اخلاقی پزشک خانواده را بیشتر کرده است.

از این نظر، پزشک خانواده با چشم اندازی وسیع‌تر و در عین حال غنی‌تر از موضوعات اخلاقی مواجه است. به طور کلی، پزشکان خانواده پس از آموزش دیدن در حوزه‌ی اخلاق پزشکی باید دانش

و توانایی لازم را در ارتباط با هر یک از اهداف سه گانه ی زیر کسب کرده باشند: الف- آگاهی از فضائل و ارزش های اخلاقی و در مقابل رذیلت های اخلاقی؛ ب- آگاهی از اصول بنیادین اخلاق، الزامات حرفه ای و قوانین مرتبط با آن و ج- کسب مهارت های بالینی لازم برای داشتن عملکردی منطقی در تصمیم گیری های اخلاقی بالینی با استفاده از اصول و چارچوب های اخلاقی. (مانسون، 2008)

بنابراین، اخلاق و موضوعات اخلاقی بخشی از نیاز و چالش روزانه ای است که پزشک خانواده با آن مواجه است و که خود ضرورت فراگیری آن را بیش از پیش آشکار می کند. مانسون و همکاران اهداف کلی آموزش پزشک خانواده را ذیل 5 عنوان مطرح کرده اند که در جدول 1 ارائه گردیده است.

جدول 1: اهداف کلی آموزش اخلاق پزشکی در تربیت پزشک خانواده (مانسون، 2008)

• شناخت گستره و هدف مسائل اخلاقی در پزشکی خانواده • آگاهی از ارزش ها (ی خود/بیمار/حرفه) و شناخت ارزش های متعارض • توسعه ی مهارت های تحلیلی و منطقی بر اساس اصول اخلاقی، الزامات حرفه ای و قوانین • توسعه مهارت های ارتباطی به منظور بهبود رابطه پزشک-بیمار و حل تعارضات • درک مفهوم عدالت توزیعی، تخصیص منابع بهداشتی و نقش پزشک در حمایت از تغییر سازمانی

همان طور که جدول شماره 1 نشان داده شده است، از نظر مانسون "آگاهی و شناخت" از یک طرف و تلاش برای "توسعه ی مهارت ها" از طرف دیگر جایگاهی مهم در برنامه ی آموزش اخلاق به پزشکان خانواده دارد. این، نه تنها لازم است تا پزشکان محترم خانواده، آگاهی و دانش خود را در زمینه ی اهداف اخلاق، ارزش های اخلاقی، مدیریت تعارضات اخلاقی، قوانین جاری کشور، کدهای اخلاق حرفه ای، مفاهیم اجتماعی چون عدالت توزیعی و محدودیت های آن و به تناسب فرهنگ اسلامی- ایرانی و ارزش های اخلاقی دینی بالا ببرند بلکه لازم است در جهت توسعه ی مهارت های تحلیلی و حل منطقی مسئله و مهارت های ارتباطی نیز تلاش فراوان داشته، جهت حمایت از سیاست های بهداشتی و درمانی دولت و تغییرات سازمانی پیشگام باشند.

1-2- ارزش های اخلاقی پزشک خانواده

همان طور که گذشت، پزشک خانواده نیز مانند سایر تخصص های پزشکی یا به عنوان یکی از شاخه ها یا گرایش های پزشکی عمومی، بر محور ارزش های اخلاقی و حرفه ای مشخصی استوار است. گرچه

این ارزش‌ها می‌تواند به تناسب فرهنگ‌ها و رویکردهای دینی، اجتماعی، اقتصادی و ... در جوامع مختلف تغییر کند؛ اما مفهوم بسیاری از این ارزش‌ها در جوامع مختلف مشترک است و درک یکسانی ایجاد می‌کند. به عنوان نمونه "دانشکده پزشکان خانواده کانادا" ارزش‌های اخلاقی عمومی مرتبط با پزشک خانواده را در موارد ذیل ارائه نموده و متناسب با این ارزش‌ها موضوعات اخلاقی و اخلاق حرفه‌ای محوری و مورد نیاز برای پزشکان خانواده را معرفی کرده است. این ارزش‌ها به صورت کلی برای پزشکان خانواده در ایران نیز قابل استفاده می‌باشد؛ با این حال، گرچه به دلیل تفاوت‌های فرهنگی ممکن است ارزش‌های اخلاقی و حرفه‌ای معرفی شده در غرب تشابه مفهومی قابل توجهی با بسیاری از ارزش‌های اخلاقی جوامع دینی مسلمانان داشته باشد، اما مبنای این ارزش‌ها برای یک مسلمان پزشک صرفاً از منظر عقل و تجربه قابل تبیین نیست، بلکه آموزه‌های اسلامی نیز بسیار پیشتر و گاهی به شکل عمیق‌تر، این ارزش‌های اخلاقی را تبیین و تفسیر نموده و مسلمانان را بر پایبندی به آن‌ها توصیه و بلکه متعهد نموده است.

از مهم‌ترین ارزش‌های اخلاقی و حرفه‌ای معرفی شده توسط "دانشکده پزشکان خانواده کانادا" می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: مراقبت بیمار محور، تداوم بخشیدن به مراقبت‌ها، برقراری ارتباطات درمانی کارآمد، حساسیت داشتن نسبت به ارزش‌های اخلاقی و حرفه‌ای، تعاملات مبتنی بر احترام، همکاری و مشارکت، تعهد طولانی مدت نسبت به بیمار، توجه به ایمنی بیمار، اعتماد، همدلی، نوع دوستی در حد از خود گذشتگی، جامعیت و کل نگر، آرمان‌گرایی، پاسخگویی، صداقت، شفقت، مهربانی و قابل اطمینان بودن. بدین ترتیب، موضوعات محوری مرتبط با این ارزش‌ها که "دانشکده پزشکان خانواده کانادا" آن را از ملزومات پزشک خانواده معرفی کرده است عبارتند از:

- نیاز به کسب صلاحیت و شایستگی بالینی
- نیاز به کسب نگرش حرفه‌ای
- برقراری ارتباط منحصر به فرد با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها
- اخلاق مشارکت در کارهای تیمی
- اخلاق در زمینه‌ی ایمنی بیمار و خطای پزشکی
- احترام به شخصیت هر بیمار و تفاوت‌های بین فردی بیماران
- اجتناب از تبعیض ناعادلانه
- استفاده‌ی هوشمندانه از منابع و مراقبت‌های بهداشتی کمیاب
- نیاز به کمک کردن برای بهبود سیستم و تأثیر داشتن در آن

- نیاز به ارتقای خود
- حمایت از سلامت و به‌زیستی جامعه و هر یک از بیماران
- به خصوص بیماران و گروه‌های آسیب‌پذیر و اقلیت‌ها
- تبیین معنا و مفهوم قراردادهای اجتماعی
- اصول اخلاق در پژوهش
- تشخیص و مدیریت تضاد منافع
- حفاظت از حریم خصوصی و اصل محرمانگی
- حفظ مرزهای حرفه‌ای
- مسئولیت‌پذیری نسبت به حرفه
- مسئولیت‌پذیری نسبت به همکاران در شرایط دشوار
- توجه به رفتارهای حرفه‌ای و فردی

علی‌رغم گستردگی مباحث اخلاقی در پزشک خانواده، در ادامه، برخی از کاربردی‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی به اختصار معرفی می‌گردد. تلاش شده است تا در بیشتر موارد در رابطه با هر یک از موضوعات اخلاقی، دو مورد واقعی که برای پزشکان خانواده در ایران اتفاق افتاده است معرفی و در پایان رویکرد اخلاقی صحیح متناسب با آن تشریح گردد. امید است که مطالب ارائه شده برای پزشکان محترم خانواده قابل بهره‌برداری باشد. همچنین، خاطر نشان می‌گردد که تمام اسامی افراد و مراکز درمانی که در موارد بالینی ذکر شده است، ساختگی و غیر واقعی است.

2-2- حریم خصوصی و رازداری

مورد 1: خانمی 24 ساله به پزشک خانواده مراجعه و برگه‌ی آزمایشات خود و همسرش را ارائه کرده و چنین می‌گوید: "چند وقت پیش برای اینکه بچه‌مان نمی‌شد آمدیم پیش شما و شما ما را به دکتر زنان ارجاع دادید؛ ایشان هم برای من و همسرم آزمایش نوشتند، ولی دو ماه دیگه نوبت دادند. با همسرم به این نتیجه رسیدیم که آزمایشات را زودتر به شما نشان بدهیم تا خیالمون راحت بشه که مشکلی نیست!" پزشک نیز جواب سونوگرافی و آزمایش آنالیز اسپرم همسر این خانم را گرفته و ملاحظه می‌کند. سونوگرافی خانم یافته‌ی غیر طبیعی ندارد، ولی آزمایش اسپرم آزواسپرمیا را گزارش کرده است.

مورد 2: خانمی 27 ساله برگه ارجاع مشاور بهداشتی دبستان پسرش را به پزشک خانواده تحویل داده و چنین می‌گوید: "به مشاور گفتم که پسر من یک بیماری ژنتیکی داره و سرفه‌هاش هم به خاطر همین هست (سیستیک فایبرزیس). هر چی اصرار کردم که واگیر نیست، زیر بار نرفتند و گفتند اگر می‌خواهی بچه‌ات را نگه داریم دکتر باید این فرم مشاوره را به فارسی و کامل

برای مدرسه پر کنه . خواهش می‌کنم یک جوری بنویسید که برای بچه‌ام دردسر نشه!" .

حفظ حریم خصوصی (Privacy) بیماران یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی و حرفه‌ای اعضای تیم بهداشت و درمان به خصوص پزشکان است. اهمیت این مسأله سابقه‌ای دیرینه دارد؛ سوگند نامه بقراط سندی مشهور و معتبر از این سابقه‌ی تاریخی است. از نظر مفهومی، حریم خصوصی بیمار شامل محدوده یا مرزی می‌شود که باید از دسترس دیگران در امان بماند به طوری که حاصل آن، اطمینان، آرامش و آسایش بیمار و اطرافیان او باشد. شایسته نیست که پزشک و دیگر اعضای کادر درمان بدون اجازه‌ی بیمار یا ولی او در مورد وضعیت و شرایط جسمی، شرایط روحی و روانی، خانوادگی، اجتماعی، شغلی و ... بیمار و اطرافیان او اطلاعاتی به دست آورند. البته کسب این اطلاعات هم می‌تواند به واسطه‌ی کنجکاوی‌های بی‌مورد و هم به صورت ناخواسته باشد که در هر صورت هر گونه تلاش برای ادامه دادن و پیش رفتن در این حریم خصوصی نادرست و غیر اخلاقی است. به طور کلی، اطلاعات مربوط به سلامتی بیماران جزء اطلاعات خصوصی آن‌ها تلقی می‌شود و لذا، ورود به حریم این اطلاعات مستلزم کسب اجازه از خود ایشان است. گرچه مراجعه‌ی بیمار به محیط‌های درمانی اعم از بیمارستان خصوصی یا دولتی، درمانگاه یا مطب و ... به منزله‌ی اجازه‌ی اولیه‌ی او برای ورود به این حریم تلقی می‌شود؛ اما به دلیل پویایی درمان، فرایند کسب اجازه از بیمار نیز در اساس فرآیندی پویا و جاری خواهد بود و مستلزم کسب اجازه از بیمار به صورت ضمنی و یا مستقیم است. رازداری یکی از مصادیق مهم حفظ حریم خصوصی بیماران است. گرچه "نیاز" عامل مهمی در شکل‌گیری ارتباط پزشک-بیمار به شمار می‌رود؛ اما ارزش و اعتبار این ارتباط درمانی بر پایه‌ی اعتماد دو طرفه بین پزشک و بیمار بنا نهاده شده است. اعتمادی که از یک طرف بیمار را به راست گویی و تمام‌گویی در مورد بیماری‌اش و از طرف دیگر، پزشک را مطمئن می‌سازد که اطلاعات صحیح و کاملی از جانب بیمار دریافت کرده و در مقابل او را برنگهداری و مراقبت از شنیده‌ها و دیده‌هایش متعهد می‌سازد. رازدار بودن احترام به تمامیت و استقلال بیمار در مدیریت خواسته‌هایش بر اساس صلاحدید شخصی خود است.

رازدار بودن پزشک مزایای قابل توجهی دارد که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود؛ رازدار بودن پزشک، بیمار را تشویق می‌کند تا با آسودگی خاطر اطلاعات حساس خود را بدون ترس و نگرانی از افشا شدن و به مخاطره افتادن آبرویش در اختیار تیم درمان قرار بدهد. رازداری بیمار را بر آن می‌دارد تا در ارائه‌ی اطلاعات صحیح به پزشک خود متعهدانه عمل کند و از کتمان حقایق مربوط به بیماری‌اش که در درجه‌ی اول

می‌تواند منجر به آسیب دیدن خود او شود، بپرهیزد. رازداری، بیمار را بر آن می‌دارد تا در سریع‌ترین و کوتاه‌ترین زمان ممکن، برای مراجعه‌ی به موقع به محیط‌های درمانی و استفاده از خدمات آن‌ها اشتیاق ورزد.

تأثیرات منفی اجتماعی از دلایل اهمیت پایبندی تیم درمانی به ویژه پزشکان به رازداری است؛ بیماری که از مراجعه به پزشک، احساس امنیت نکند، ممکن است با تأخیر در مراجعه، آسیب دائمی بیماری را به جان بخرد یا در بهترین حالت، پس از مراجعه، از افشای اطلاعاتی که برای درمان شدنش ضروری است، خودداری کند که این مساله ممکن است هزینه‌های گزاف فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و... را به بار آورد. بنابراین، توجه به لایه‌های پنهان آثار رازداری از منظر تأثیرات فراجسمی نیز کادر درمان را به جدی‌تر دیدن این اصل در روابط حاکم بر درمان ملزم می‌کند.

همان گونه که گذشت، افشای راز بیماران می‌تواند زندگی ایشان را از جنبه‌های مختلف روحی و روانی، خانوادگی، اقتصادی، کار و درآمد و... دچار بحران کند. آنچه تیم درمان را به افشای راز بیماران متمایل می‌سازد، تمرکز بر حفظ سلامت جسمانی افراد در معرض خطر است. متأسفانه، تیم درمان پس از اقدام به افشای راز بیماران نه تنها هیچ گونه پیگیری برای بررسی آثار و تبعات افشای راز در زندگی فردی و اجتماعی صاحبان راز انجام نمی‌دهد؛ بلکه برای رفع گره‌ها و مشکلاتی که به واسطه‌ی این افشا ایجاد شده نیز کوچکترین اقدام و پیگیری انجام نمی‌دهد. معنای این سخن آن است که تنها ارمغان افشای راز پزشکی و به دنبال آن رها کردن و حمایت نکردن بیماران پس از افشاء، ایجاد گرفتاری و دامن زدن به فتنه‌های بعدی در زندگی بیماران است. متأسفانه یکی از ویژگی‌های خاص افشای راز، پنهان ماندن آثار و تبعات منفی افشا از دید افشا کننده‌ی راز است، به طوری که غالباً فرد افشا کننده متوجه تبعاتی که به واسطه‌ی اعمال خود به وجود آورده نمی‌شود و برعکس، چنین می‌اندیشد که کار او درست بوده و بدین وسیله وجدان خود را آسوده خاطر کرده است!

بنابراین از نظر اخلاق حرفه‌ای، رازداری در پزشکی مطلق است و تقریباً نمی‌توان موردی را مثال آورد که در آن پزشک خانواده مجاز به افشای راز بیمار خود باشد. تنها استثنایی که می‌تواند در افشای مشروط راز پزشکی بیماران قابل بحث باشد موارد قانونی است. دلیل قابل قبول بودن این استثناء مشروط نیز اولویت داشتن اخلاق اجتماعی بر اخلاق فردی است. به عبارت دیگر، علی‌رغم لزوم احترام به اتونومی‌های فردی مردم جامعه، خواسته‌های افراطی آن‌ها نباید باعث بر هم زدن نظم و امنیت اجتماعی و در نتیجه آسیب گسترده‌ی دیگران شود. گرچه این استثناء، نیز همیشه بجا و دارای نتایج مثبت نیست، اما به طور کلی می‌توان توصیه کرد که پزشک خانواده ضمن تأکید و اصرار بر

رازداری حرفه‌ای باید به قوانین کشورش پایبند باشد. خوشبختانه تعداد این موارد که آشکارا در قانون برشمرده شده، کم و انگشت شمار است. اعلام موارد فوت و تولد، بیماری-های خاصی چون سل، وبا، طاعون و ... و اعلام برخی از جرائم مثال‌هایی از این موارد استثناء در قانون می‌باشد.

در ادامه به برخی از مصادیق رازداری پزشکی خانواده می‌پردازیم. حفظ اطلاعات پرونده‌های بیماران به ویژه پرونده‌های الکترونیک از دسترس افراد نامرتبب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مسئله به قدری برای برخی خانواده‌ها مهم است که عملاً خواستار عدم ثبت اطلاعات مربوط به بیماری خود یا دیگر اعضای خانواده در سامانه‌های الکترونیک پزشکی خانواده هستند و نگرانی خود را از احتمال خطر آفرین بودن این اطلاعات ابراز می‌کنند. حتی در مواردی بیمار پس از مراجعه به داروخانه خواستار ثبت نشدن اطلاعات دارویی خود در سامانه‌های بیمه‌ای پزشکی خانواده بوده است. مسئله‌ی مهم دیگر که مستلزم توجه ویژه می‌باشد، آموزش کارشناسان مرتبب با طرح پزشکی خانواده و کلیه کسانی است که در این طرح در کنار پزشکان مشغول انجام فعالیت‌های خدماتی، اداری و پاراکلینیک هستند و به نوعی به اطلاعات بیماران و اطلاعات ثبت شده در سامانه‌ی الکترونیک دسترسی دارند. چنانچه پزشکی خانواده نسبت به آموزش رازداری به کارشناسان مربوط توجه نداشته باشد، ممکن است افشای راز حتی به صورت ناخواسته امنیت فضای کاری پزشکی خانواده را نیز به خطر بیندازد.

با توجه به اینکه پزشکان محترم خانواده معمولاً تمام اعضای یک خانواده اعم از زن، شوهر، فرزندان و گاهی پدر و مادر و ... را زیر پوشش دارند، باید به رازداری تک تک اعضای خانواده به صورت مستقل از دیگری توجه ویژه داشته باشند. متأسفانه در مواردی دیده می‌شود که افراد از اعتماد ایجاد شده بین خود و پزشک خانواده سوء استفاده کرده و بدون اینکه پزشک متوجه بشود، برای جمع‌آوری اطلاعات پزشکی دیگر اعضای خانواده برای اهدافی فراتر از موضوعات پزشکی اقدام می‌کنند. به عنوان مثال در یک مورد واقعی، همسر خانمی که مبتلا به صرع بود، از شرح حال اخذ شده از پزشک به بهانه‌ی جابجایی منزل به شهرستان و لزوم تغییر پزشک معالج همسرش به علت عدم دسترسی به پزشک فعلی، در جهت تسریع در فرآیند طلاق بهره‌برداری کرده بود. توجه به این مسأله در مورد نوجوانان و جوانان و در ارتباط با خانواده نیز بسیار مهم است. در هر حال، رازداری، از موضوعات بسیار اساسی در تحکیم ارتباط پزشکی خانواده-بیمار تلقی می‌شود که می‌تواند زمینه ایجاد اعتماد و امنیت خاطر را فراهم آورد و یا برعکس موجب بی‌اعتمادی بیماران به سیستم درمانی باشد.

توضیح مورد 1: این مورد یک مورد واقعی بوده است و متأسفانه پزشک خانواده مشکل جسمی همسر این خانم را بدون حضور خود بیمار و صرفاً به خاطر اعتماد کردن به گفته‌ی بیمار در مورد راضی بودن همسرش برای وی بازگو کرده بود. استدلال پزشک نیز این بود که هر دو نفر بیمار وی بوده و این خانم رضایت شوهر خود را برای خواندن جواب آزمایش اعلام کرده است. در این ماجرا، فردای آن روز شوهر بیمار با عصبانیت و تهدید به شکایت به مطب پزشک مراجعه کرده، از بازگو شدن نقص خود نزد همسرش به شدت اظهار نارضایتی کرده است. در توضیح این مورد باید توجه داشت که حفظ اطلاعات پزشکی هر بیمار باید به صورت مطلق رعایت شود؛ مخصوصاً اطلاعات پزشکی که پتانسیل ایجاد دردسر برای بیمار را دارد تنها باید در حضور بیمار و با اعلام رضایت آگاهانه خود او در اختیار دیگران حتی همسرش قرار گیرد. البته این موضوع ساده نیست! به این مفهوم که گاهی بیماران در ابتدا متوجه آسیب‌زا بودن اطلاعات حساس خود نیستند؛ لذا، این پزشک خانواده است که باید این موارد را مدیریت کند و از درک بیمار از آن موقعیت ویژه و آثار افشای راز پیش از مطرح کردن موضوع با همسرش مطمئن شود. لذا، پزشک خانواده قبل از اینکه به برگه‌ی آزمایش همسر این خانم نگاه کند و سپس از توضیح دادن در مورد آن به دلیل خاص بودن جواب آزمایش- خودداری نماید، باید در همان ابتدا از پذیرش برگه‌ی آزمایش همسر بیمار بدون حضور خود او بپرهیزد و دلیل این خودداری را در حد فهم بیمار برای او توضیح بدهد.

توضیح مورد 2: همان طور که اشاره شد، مدیریت موارد رازداری با توجه به عوارضی که می‌تواند برای بیمار و اطرافیان او به وجود آورد بر عهده‌ی پزشک خانواده است. لذا، لازم است پزشک خانواده قبل از پر کردن برگه‌ی مشاوره، جوانب رازداری را برای بیمار و خانواده‌ی او بسنجد و متناسب با آن اقدام کند. با توجه به تعهد پزشک به حفظ راز بیمار در جهت منافع او و با توجه به عدم امکان واگیر این مشکل ژنتیکی به سایر همکلاسی‌های بیمار (منافع اجتماع) و احتمال افشای راز بیمار پس از اعلام آن در برگه‌ی مشاوره‌ی مدرسه و ایجاد چالش برای او، در اقدامی حرفه‌ای به این جمله اکتفا کند که بیمار تحت نظر است و از عدم امکان سرایت بیماری به سایر افراد اطمینان دهد. همچنین، با توجه به اعلام موافقت مادر و پدر بیمار، پزشک خانواده می‌تواند به ژنتیکی بودن بیماری نیز در برگه‌ی مشاوره اشاره نماید. همچنین، پزشک خانواده می‌تواند با گفتگوی تلفنی با مشاور دبستان او را در این مورد قانع کند و در صورت لزوم وی را برای ادامه‌ی گفتگو - به شکل کلی- و اطمینان بخشی به مطب خود دعوت نماید.

3-2- اخلاق حرفه‌ای یا پروفشنالیسم

مورد 1: بیمار خانم 54 ساله‌ای است که چهار هفته‌ی پیش به دلیل مشکلات روانپزشکی به متخصص مربوطه ارجاع شده است. پزشک خانواده متوجه می‌شود که تغییری در وضعیت بیمار ایجاد نشده و حتی وضعیت روحی او بدتر نیز شده است. در گفتگو با بیمار مشخص می‌شود که او باور دارد فقط افراد دیوانه به روانپزشک مراجعه می‌کنند. وی به توصیه‌ی مادر بزرگش به داروهای گیاهی روی آورده است. پزشک خانواده نیز از این باور ناراحت شده و به بیمار چنین می‌گوید: "ببینید اگر قرار باشه به این خرافات گوش بدید و بخواهید وقت مرا تلف کنید، از اول بگویید تا تکلیف خودم را بدانم؛ با این وضعیت به هیچ کجا نمی‌رسیم! این‌ها یک مشت خرافاته که اصلاً علمی نیست و متأسفانه عوام گرفتارشن! خنده داره که آدم با سواد خودشو مشغول این چیزها بکنه"

مورد 2: خانمی برای سرماخوردگی فرزند سه ساله‌ی خود به مطب پزشک خانواده مراجعه می‌کند. کودک دائم در حال گریه کردن است و در هنگام معاینه بسیار ناآرامی می‌کند و دست و پا می‌زند. پزشک از این وضعیت خسته شده و ضمن پشت دستی زدن به کودک با عصبانیت خطاب به مادر کودک اظهار می‌کند: "خانم محترم. این چه وضعیه! من نمی‌توانم معاینه کنم شما هم که انگار نه انگار! اگر دفعه دیگه این طوری بود اصلاً اینجا نیایید!"

اخلاق حرفه‌ای از کنار هم قرار گرفتن و امتزاج دو عبارت اخلاق و حرفه حاصل شده و منظور از آن اصول یا ویژگی‌هایی است که انتظار می‌رود افراد حرفه‌ای در انجام فعالیت‌های حرفه‌ای خود، پایبندی کافی و وافی به آن‌ها داشته باشند. از نظر مفهوم شناسی، پروفشن یا حرفه، باری تقدس گونه دارد و از قدیم تنها چند رشته‌ی خاص یعنی پزشکی، قضاوت، معلّمی، روحانیت و شغل‌های نظامی را در بر می‌گرفته است. دلیل انتظار از شاغلین در این حرفه‌ها برای پایبند بودن به اصول اخلاق حرفه‌ای، اهمیت ویژه‌ی این مشاغل از نظر تأثیرات اجتماعی و نقش آفرینی در سرنوشت جوامع و ارتباط با موضوعات حساس و کلیدی مردم است. بنابراین، در طول تاریخ، رابطه‌ی درمانگر-بیمار یک رابطه‌ی مقدس محسوب می‌شده و لذا، نه تنها ارزش‌های حاکم بر این رابطه نیز باید بار ارزشی و اخلاقی داشته باشد، بلکه عمل به ارزش‌های اخلاقی در شرایط متعارض برای مشغولین به این حرفه‌ها اولویت از قبل مشخص شده و تعهد گونه دارد.

از منظری دیگر، پروفشنالیسم، برخاسته از قراردادی اجتماعی است که بین مردم و تیم درمان منعقد شده است؛ دو سوی این قرارداد به واسطه‌ی تعهدات ضمنی خود ملزم به اجرای مفاد قرارداد می‌شوند. به طور کلی، فراهم کردن امکان تحصیل در حرفه‌ی پزشکی، دریافت درجه‌ی دکتری، شأن و منزلت بالا، متوسط حقوق دریافتی بالاتر از بسیاری از مشاغل دیگر، ایجاد

دانشگاه تخصصی از جمله تعهدات جامعه و پایبندی به اصول و ارزش‌های اخلاقی چون شرافت و صداقت، قابل اعتماد و مسئولیت پذیر بودن، ادا کردن به بیماران، تلاش برای تعالی علمی و مهارتی خود، رازدار بودن، توجه به اختیار و اتونومی بیماران، نوع دوستی در حد از خود گذشتگی، داشتن مهارت‌های ارتباطی کافی برای برقراری تعامل سازنده با بیمار و سایر همکاران کلینیکی و پاراکلینیکی، داشتن روحیه حمایتگری از ارزش‌های حرفه‌ای و حقوق بیماران، داشتن حس همکاری قوی برای کمک به برقراری ارزش‌ها و توجه به مراقبت از خود پیش از مراقبت از دیگران از مهم‌ترین ارزش‌ها و اصول تعهد شده در این قرارداد اجتماعی توسط طرف پزشک است.

خود ارزیابی مستمر یکی از راه‌کارهای اساسی در سنجش وضعیت اخلاق حرفه‌ای توسط هر یک از اعضای جامعه درمانی است. در این خودارزیابی، فرد می‌تواند وضعیت فکری و رفتاری خود را درباره هر یک از ارزش‌های مذکور و در شرایط متعارض ارزشیابی کند و پس از شناسایی نقاط ضعف خود جهت رفع آن‌ها اقدام نماید. به این منظور، هر یک از حرفه‌های مقدس به منظور حفظ و پاسداری از جایگاه و شأن اجتماعی و مقدس خود دارای نظام خاص رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای هستند. خودارزیابی‌ها به افراد کمک می‌کند تا پیش از برخورد انتظامی، به شناسایی و رفع نواقص خود اقدام نمایند.

برای کمک به حفظ ارزش‌های حرفه‌ای و جلوگیری از آسیب‌شان اجتماعی این حرفه‌ها در جامعه علاوه بر دعوت به خودارزیابی و توصیه‌ی به پایبندی و تقویت ارزش‌های حرفه‌ای در خود، سفارش‌های عملیاتی دیگری نیز وجود دارد که با عنوان «مهارت‌های اجتماعی لازم برای اعضای حرفه‌ی پزشکی» نیز یاد می‌گردد. این مهارت‌ها عبارتند از: تلاش برای یاد دادن ارزش‌های حرفه‌ای به دیگران و بی‌تفاوت نبودن در نهی از ضد ارزش‌ها، توجیه نکردن و کوچک جلوه ندادن رفتارهای خلاف ارزش‌های حرفه‌ای، انتقاد پذیری و بر عهده گرفتن مسئولیت اشتباهات خود بدون تلاش برای مقصر یا سهم کردن غیر واقعی دیگران در آن اشتباه، تلاش برای تقویت اعتماد عمومی نسبت به حرفه و اعضای حرفه‌ی پزشکی و تلاش مداوم برای آموزش و هدایت دیگران در راستای ارزش‌ها و تلاش برای آموختن از شرایط و موقعیت‌های موجود در محیط کار. خلاصه‌ی کلام اینکه اخلاق حرفه‌ای به دنبال ایجاد شخصیتی اخلاقی در پزشک است به طوری که "فضیلت"، مشخصه‌ی فعالیت‌ها و رفتارهای این شخصیت باشد. شخصیتی که به مصالح بیمار در هر شرایطی اولویت می‌دهد؛ عاقلانه و متعهدانه می‌اندیشد، توجه به مادیات برای او در زمان ارائه‌ی خدمات درمانی اولویت اول نیست؛ در قبول مسئولیت‌های آموزشی، پژوهشی، مدیریتی و ... بر اساس شایستگی‌های خود و دیگران عمل می‌کند؛ برای وقت و پول مردم ارزش فوق العاده قائل است، برای گسترش و تقویت ارزش‌های

حرفه‌ای در جامعه تلاش می‌کند؛ خود را بالاتر از دیگران نمی‌بیند و برای رفع گرفتاری‌های مردم همواره در تلاش است. تقویت این ارزش‌ها در خود و دیگر همکاران از تعهدات مهم اخلاق حرفه‌ای پزشکان محترم است که تحقق آن مستلزم نگاه ویژه به موضوع و تمرین‌های مستمر فردی و اجتماعی است.

توضیح مورد 1: یکی از زیبایی‌های جوامع انسانی، تعدد و تنوع باورهای مردم است. تیم درمان به ویژه پزشکان محترم در طول دوران حرفه‌ای خود با بیماران گوناگونی مواجه می‌شود و لذا، رویارویی پزشک با آرا و سلیق مختلف در بین مردم موضوعی قابل پیش‌بینی است. احترام به عقاید مردم حتی اگر از نظر پزشک صحیح نباشد، لازم و نشانه‌ی پختگی شخصیت پزشک است. منتها، اگر این عقیده و باور بیمار آسیب‌زا باشد، پزشک باید با ادبیاتی محترمانه بیمار را نسبت به این موضوع آگاه کند و در قانع کردن او برای انجام کار صحیح تلاش نماید. این کار به مهارت «گفتگوگری» ویژه نیاز دارد و پزشک معمولاً بدون آموزش قبلی و تمرین‌های مکرر نمی‌تواند از عهده‌ی این کار برآید. بنابراین، بر پزشکان خانواده است با توجه به ضرورت آشنایی با فرهنگ و عقاید خاص و عمومی مردم، مهارت کافی برای مدیریت صحیح آن‌ها را نیز کسب کنند. در این مورد، لازم است تا پزشک خانواده ضمن برقراری یک گفتگوی صمیمانه و دو طرفه با بیمار او را از آسیب‌های این باور آگاه نماید و در نهایت بدون حمله و توهین به باور او و یا تحمیل باور خود به بیمار تحمیل «توصیه‌های علمی» لازم را، ارائه نماید.

توضیح مورد 2: در این مورد نیز مانند مورد قبلی "احترام به بیمار و همراه او" نادیده گرفته شده است. با توجه به ویژگی خاص طبابت از نظر تعامل با طیف وسیعی از مردم در شرایط مختلف، پزشک باید "صبر کافی و توان تحمل شرایط دشوار" را در خود پرورش دهد و از نظر شخصیتی باید به گونه‌ای باشد که در این شرایط صبر خود را از دست ندهد و به اصطلاح از کوره به در نرود. "همدلی" با بیمار و همراه او، "مهربان بودن و تمایل به کمک کردن" به بیمار، "داشتن حس همکاری" و "داشتن توانایی گفتگوی کارآمد با بیمار و همراه او" از ویژگی‌های اخلاق حرفه‌ای هستند که در این مورد توجه لازم به آن‌ها صورت نگرفته است.

4-2- رضایت آگاهانه

مورد 1: بیمار آقای 27 ساله و مجرد است که به دلیل سوزش شدید ادرار و تب خفیف به پزشک خانواده‌ی خود مراجعه کرده است. گرچه پزشک می‌داند که عفونت ادراری ایجاد شده برای بیمار به احتمال قریب به یقین از طریق رابطه‌ی جنسی به بیمار منتقل شده است، امّا، این موضوع به سبب اعتمادی که

طی ملاقات‌های بعدی بین بیمار و پزشک خانواده ایجاد می‌شود، در جلسه چهارم از طرف بیمار صراحتاً اعلام می‌گردد. پزشک خانواده معتقد است که چنین بیمارانی باید از نظر سایر عفونت‌های ویروسی از جمله اچ‌آی‌وی و هپاتیت نیز بررسی شوند. لذا تصمیم می‌گیرد که بیمار را برای آزمایشات تکمیلی به آزمایشگاه ارجاع بدهد.

مورد 2: بیمار خانم 58 ساله‌ای است که با علائم سوزش سر دل و دردهای زود گذر بالای شکم و قفسه سینه به پزشک خانواده مراجعه کرده است. فشار خون سیستمول بیمار دو واحد بالاتر از میزان نرمال است؛ بیمار به دلیل عقاید شخصی از داروهای گیاهی استفاده می‌کند. با توجه به اینکه تجویز داروهای آنتی‌اسید و توصیه‌های مربوط به بیماری‌های گوارشی طی دو جلسه اخیر مراجعه‌ی بیمار مؤثر نبوده است، پزشک خانواده تصمیم می‌گیرد بیمار را به یک متخصص قلب که در نزدیک مطب او ساکن است و قبلاً خود را به پزشک خانواده معرفی کرده است، ارجاع دهد.

رضایت آگاهانه یکی از پرکاربردترین مباحث اخلاق پزشکی است که در ارتباط با اتونومی بیمار تبیین و تفسیر می‌شود. اتونومی یا خود-اختیاری یکی از بنیادی‌ترین اصول اخلاق زیست‌پزشکی است که به موجب آن حق تصمیم‌گیری و مشارکت فعال بیمار در فرآیند درمان ایجاد می‌شود. بررسی سابقه‌ی تاریخی اخذ رضایت از بیماران حاکی از این مهم است که تصمیمات پدرسالارانه و یک طرفه‌ی پزشک و کادر درمان برای بیماران بواسطه‌ی تغییر در فلسفه و الگوهای زندگی اجتماعی در جوامع غربی، گسترش مرزهای دانش و افزایش آگاهی‌های مردم توسط گسترش سیستم‌های اطلاع‌رسانی در تعارض با خواسته‌های فردی شهروندان قرار گرفت و بنابراین، این مطالبه یعنی به رسمیت شناخته شدن اتونومی بیماران توسط کادر درمان به عنوان حقی اساسی در نظام بهداشتی لحاظ گردید.

همان‌طور که این اصطلاح برمی‌آید بیمار یا ولی او قبل از انجام اقدامات پزشکی باید رضایت خود را اعلام کند و این رضایت زمانی از نظر اخلاقی و حقوقی اعتبار خواهد داشت که از روی آگاهی و پس از درک موضوع ابراز شود. رضایت به مفهوم اعلام موافقت با انجام فرآیند پزشکی مورد نظر و انجام آن توسط فرد مشخص شده -یکی از اعضای کادر درمان- است و آگاهانه بودن آن به مفهوم آگاهی "مناسب و کافی" بیمار از کلیه‌ی شرایطی است که درباره‌ی بیماری و عوارض فعلی و آتی آن، هدف، نوع و عوارض درمان مطرح می‌باشد. گرچه اخذ رضایت از بیمار در ایران نیز مانند غرب از حمایت قانونی برخوردار است (ماده 319 و 322 قانون مجازات اسلامی) اما تفاوت‌های ظریفی نیز بین این دو به واسطه‌ی تفاوت در مبانی حقوقی ایران و غرب وجود دارد که به اختصار به آن اشاره

می‌شود: با عنایت به اینکه در مبانی حقوقی ایران برای اموری که وقوع آن در آینده قطعی نبوده و اتفاق افتادن آن‌ها احتمالی است -مانند عوارض ناشی از درمان- اخذ رضایت مفهومی نمی‌یابد، لذا، بر خلاف غرب در حقوق ایران، اصطلاح جدیدی به نام "برائت" در کنار "رضایت" مطرح شده تا این مورد را پوشش بدهد. بنابراین، در ایران نه تنها بیمار یا ولی او رضایت خود را برای انجام اقدامات درمانی اعلام می‌دارد، بلکه برائت پزشک خود را نیز در صورتی که در طی درمان مرتکب قصور نشده باشد اعلامی دارد تا در صورت بروز عوارض ناشی از مداخله‌ی درمانی، پزشک معالج برئ الذمه باشد.

بنابراین، از نظر حقوقی مفهوم اخذ برائت از بیمار در زمان شکایت کردن از پزشک مصداق پیدا می‌کند. مفهوم عبارت «البینة علی المدعی» در نظام حقوقی این است که به عنوان یک اصل حقوقی و به طور معمول، زحمت اثبات ادعا بر عهده‌ی فرد مدعی و شاکی است. اما در پزشکی به لحاظ عدالت مدار بودن قانون، طرح ادعا بر عهده‌ی بیمار و اثبات «خلاف ادعای بیمار» بر عهده‌ی پزشک گذاشته شده است. این رویه‌ی قضایی از نظر اخلاقی و منطقی مورد تأیید می‌باشد. در توجیه منطقی بودن این رویه‌ی قضایی باید گفت که چون اثبات ادعا، نیاز به مهارت‌های تخصصی پزشکی و جمع‌آوری مدارک معتبر درمانی دارد و هیچ کدام از این موارد در توانایی و اختیار بیمار نیست، لذا، قانون‌گذار برای اثبات ادعای بیمار، از پزشک می‌خواهد تا خلاف آن را اثبات کند. به عبارت دیگر، پزشک باید اثبات نماید که مفهوم رضایت و برائت در مورد بیمار شاکی کاملاً تحقق پیدا کرده و وی در زمان انجام اقدام درمانی مرتکب هیچ گونه کوتاهی و خطایی نشده است.

علاوه بر الزام قانونی، لازم است به این سؤال پاسخ داده شود که آیا از نظر اخلاقی اخذ رضایت از بیمار توجیه دارد؟ در پاسخ، از دو منظر می‌توان در مورد این ضرورت صحبت نمود: اول اینکه هر بیماری آزاد و مختار است تا درباره‌ی مداخلاتی که قرار است روی بدن او انجام شود، تصمیمی بگیرد که از نظر خود او صحیح و ارزشمند است؛ این موضوع تحت عنوان «احترام به اتونومی» شناخته می‌شود. به عبارت دیگر، چنانچه پزشک بدون اجازه‌ی بیمار به انجام مداخلات درمانی اقدام کند بدون اینکه نظر بیمار را بپرسد، به بیمار بی‌احترامی کرده و شخصیت او را نادیده انگاشته است. دوم اینکه امروزه در منابع علمی معتبر به اثبات رسیده که اخذ رضایت آگاهانه از بیمار می‌تواند احساسات منفی او در مورد بیماری، بیمارستان، پزشک معالج و درمان کاهش دهد، درد جسمانی و دیسترس‌های بیمار را کم کند و برعکس، رضایت خاطر بیمار و همراهی او با درمان را افزایش بدهد.

به طور کلی، رضایت آگاهانه شامل سه جزء اساسی است: ارائه‌ی اطلاعات به بیمار یا ولی او، در نظر گرفتن ظرفیت بیمار یا

توانایی او برای اعلام رضایت آزادانه و داوطلبانه بودن تصمیم بیمار برای اعلام رضایت. عموماً، در زمینه‌ی با مورد عامل اول -ارائه اطلاعات- دو استاندارد کلی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را در طول یکدیگر مطرح کرد: استاندارد «فرد منطقی» و استاندارد «در حد نیاز و درخواست بیمار». در استاندارد «فرد منطقی» که می‌تواند به عنوان نقطه‌ی آغازین در ارائه‌ی اطلاعات قلمداد شود، پزشک، تمام اطلاعاتی را که یک فرد منطقی -مانند یک معلم یا فرد باسواد و هوشیار در جامعه- برای اخذ تصمیم آگاهانه در مورد درمان پیشنهادی لازم دارد، به او ارائه می‌کند. منتها چنانچه بیمار خواستار اطلاعات بیشتر و دقیق‌تری باشد؛ یعنی اطلاعاتی بیش از این مقدار برای اخذ تصمیم قطعی مطالبه کند، استاندارد دوم مطرح می‌گردد و پزشک باید به تمام سؤالات بیمار شایستگی پاسخ دهد. عامل دوم یا ظرفیت مربوط به توانایی بیمار یا ولی او برای درک منطقی اطلاعات درمانی است. این عامل ارتباط تنگاتنگی با سن و سطح هوشیاری بیمار دارد. به عبارت دیگر، بیماران کم سن و سال یا کهنسالانی که توانایی ادراک آن‌ها مناسب و کافی ارزیابی نشده و یا هر بیماری که وضعیت هوشیاری مناسبی نداشته باشد، اخذ یا اعلام رضایت او از نظر اخلاقی و حقوقی فاقد اعتبار است. عامل سوم نیز به مواردی اشاره دارد که می‌تواند رضایت اعلام شده توسط بیمار دارای ظرفیت را مخدوش نماید. به طور کلی، این عوامل به دو دسته‌ی درونی و بیرونی تقسیم می‌شوند. احساس حق شناسی (بیمار احساس کند که برای جبران خدمات پزشک تحت فشار یک تعهد اخلاقی است)، ترس از ایجاد رنجش و در نتیجه دریافت درمان ناکافی (ایجاد احساس متضرر شدن در صورت قبول نکردن درمان پیشنهادی پزشک که به خصوص در مورد بیماران مسن و دارای ناراحتی روانی شایع است) و بیان وادارکننده، چه شفاهی و چه کتبی از جمله عوامل مخدوش کننده‌ی بیرونی و وجود درد قابل توجه در زمان اخذ رضایت از جمله عوامل درونی است که آگاهانه بودن رضایت را زیر سؤال می‌برد.

در مورد محتوای رضایت آگاهانه، موضوعاتی که باید در زمان ارائه‌ی اطلاعات به بیمار انتقال داده شود شامل موارد ذیل است: تشخیص درمانی، نوع و هدف درمان، روش‌های درمانی جایگزین، دورنمای بیماری در صورت درمان یا عدم درمان، خطرات و مزایای درمان پیشنهادی و هر یک از جایگزین‌های درمانی، نتایج مورد انتظار از درمان و نتایج نپذیرفتن درمان، تأثیرات درمان بر شیوه‌ی زندگی، مسایل خانوادگی، هزینه‌ها، شغل، درآمد، بیمه و ... بیمار و تعارضات احتمالی درمان با اعتقادات و خواسته‌های مذهبی و فرهنگی بیمار. همچنین لازم است تا امکان پرسش درباره‌ی موضوع رضایت آگاهانه در تمام طول درمان برای بیمار فراهم باشد و حتی پزشک بیمار را در این زمینه تشویق نیز بکند.

بهتر است گرفتن رضایت از بیمار را آگاه‌ترین فرد؛ یعنی پزشک معالج قبل نماید. این مسئله نه تنها در اعتماد آفرینی بیماران و همراهان آنها مؤثر است بلکه به لحاظ آگاهی از وضعیت درمان برای پاسخ به سؤالات بیمار یا فنی بودن توضیحات ارائه شده، توسط پزشک معالج بسیار بهتر برآورده می‌شود. از طرف دیگر، سپردن اخذ رضایت از بیمار به شخص دیگر، نمی‌تواند توجیه کننده‌ی عدم کوتاهی پزشک معالج برای اخذ یک رضایت نامعتبر از بیمار در زمان شکایت از او باشد. همچنین باید توجه داشت که گرفتن رضایت در وهله‌ی اول باید از خود بیمار یا ولی او (پدر و جد پدری) و در مرحله‌ی بعد از نماینده قانون و یا کسی که قانون تعیین کرده است باشد. در هر صورت باید به این نکته نیز توجه شود که مقتضیات فرهنگی و عرفی جامعه نیز در حد امکان لحاظ گردد. کسب رضایت از شوهر خصوصاً در زمینه‌ی مسائل زناشویی و بارداری از آن جمله است.

توجه به دو نکته‌ی دیگر نیز در رضایت مهم است؛ گاهی بیمار داوطلبانه می‌خواهد که یک یا چند بخش از اطلاعات به وی ارائه نشود و رضایت خود را به صورت کلی اعلام و تصمیم‌گیری را به هر دلیل بر عهده و به صلاحدید پزشک واگذار می‌نماید. توصیه در این مورد این است که پزشک معالج به دلیل پویایی شرایط بیمار، بیماری و درمان و نیاز به تصمیم‌گیری‌های جدید، در حد امکان از قبول این مسئولیت خودداری نماید. به علاوه، گاهی خانواده‌ی بیمار درخواست می‌کند که به دلایلی چون امکان نپذیرفتن درمان و احتمال آسیب دیدن روحی یا روانی بیمار در زمان اخذ رضایت، برخی اطلاعات از بیمار پنهان بماند. در این مورد نیز توصیه می‌شود پزشک معالج مسئولیت پنهان کردن اطلاعات از بیمار را نپذیرفته و خانواده‌ی بیمار را در این باره توجیه و قانع نماید و در صورت نیاز با صبر و حوصله، بیمار را برای شنیدن حقایق مربوط به بیماری و درمان آماده نماید.

در هر حال، داوطلبانه بودن تصمیم‌گیری‌های درمانی به این معنی نیست که پزشک، بیمار را به بهترین درمان طبی که خود به صلاح بیمار می‌بیند ترغیب نکند و تلاشی از خود نشان ندهد. لذا همواره باید دلایل بیمار را در نظر گرفت و به او در گرفتن بهترین تصمیم داوطلبانه کمک کرد. و به این نکته توجه داشت که در هر حال، بیمار برای رد و قبول پیشنهاد پزشک کاملاً آزاد است و نپذیرفتن درمان پیشنهادی نباید کدورت و رنجش خاطر پزشک را فراهم آورد.

توضیح مورد 1: همان‌طور که اشاره شد، ایجاد اعتماد بین پزشک و بیمار می‌تواند گفتگوهای درمانی را وارد موضوعات حساس و چالش‌برانگیز نماید. به طور کلی، هر گفتار یا فعلی از جانب پزشک خانواده که بر این اعتماد خدشه وارد کند از نظر حرفه‌ای و اخلاقی ممنوع است. اساساً وقتی بیمار تصمیم

می‌گیرد به هر دلیل برخی از اطلاعات درمانی حساس مربوط به خود را در اختیار پزشک معالج قرار بدهد، این مفهوم ضمنی را نیز منتقل می‌کند که اجازه‌ی شخص بیمار برای هر گونه استفاده از این اطلاعات در حال یا آینده باید کسب گردد. با توجه به اینکه درخواست آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت و به تبع آن جواب این آزمایشات می‌تواند برای بیمار و خانواده‌ی او چالش‌های جدی ایجاد کند، لذا، پزشک خانواده باید حتماً پیش از نوشتن برگه‌ی آزمایش، از شخص بیمار کسب تکلیف و موافقت او را برای ضرورت انجام آزمایش کسب نماید. منتها، نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که گاهی بیماران متوجه آثار و عواقب فردی، خانوادگی، اجتماعی و ... احتمالی و یا حتی مزایای این نوع از آزمایشات نیستند و لذا، اعتبار رضایت کسب شده از بیمار منوط به ارائه‌ی توضیحات کامل توسط پزشک خانواده از شرایط مذکور برای وی و اطمینان از درک درست او از این شرایط است. بنابراین، پزشک محترم خانواده در این مورد نمی‌تواند بدون اجازه و اطلاع و قبل از مشاوره دادن به بیمار و اطمینان از درک موضوع و جوانب آن برای او آزمایشات مذکور را نسخه کند. نکته پایانی اینکه توصیه می‌شود در این موارد، پس از موافقت بیمار، رضایت کتبی اخذ شده، در پرونده‌ی درمانی وی ثبت و ضبط گردد.

توضیح مورد 2: اولین موضوع اخلاقی در این مورد خاص به نقش حرفه‌ای پزشک خانواده در ارتباط با استفاده از داروهای گیاهی توسط بیمار بر می‌گردد. مهم‌ترین سؤال اخلاق حرفه‌ای این است که آیا استفاده نکردن بیمار از داروهای شیمیایی برای کنترل فشار خون، انتخابی آگاهانه بوده است؟ اینجاست که نقش پزشک خانواده در جهت توصیف بیماری و ویژگی‌های آن، هدف از درمان، عوارض عدم کنترل فشار خون در کوتاه و بلند مدت برجسته می‌شود. در این فرآیند، پزشک خانواده باید با حفظ احترام به عقاید و خواسته‌ی بیمار تلاش کند تا او را برای پذیرش و انجام کار درست به بهترین شیوه‌ی ممکن قانع نماید. در هر صورت، به شرطی که شواهدی دال بر عدم ظرفیت بیمار برای تصمیم‌گیری منطقی در دست نباشد، تصمیم نهایی با خود بیمار است که این موضوع را بپذیرد یا نه. در این بین، می‌توان به تناسب شرایط، پیشنهادهای مختلفی را به بیمار ارائه کرد؛ به عنوان مثال، اگر بیمار در نهایت خواستار ادامه‌ی مصرف داروهای گیاهی باشد، می‌توان با او در مورد افزایش تعداد مراجعاتش به پزشک خانواده برای بررسی مداوم فشار خون به تفاهم رسید. مورد اخلاقی دیگر، مسئله‌ی ارجاع است. ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده هم از نظر علمی و هم از نظر اخلاقی و حرفه‌ای باید مطابق استانداردهای ارجاع و استانداردهای اخلاق حرفه‌ای باشد. گرچه ارجاع این بیمار از نظر حرفه‌ای ممکن است به

موقع انجام گرفته باشد، اما باید به موافقت و رضایت بیمار نسبت به ارجاع به یک پزشک متخصص مشخص نیز توجه شود. موافقت بیمار در این زمینه نیز مانند سایر مصادیق رضایت، باید آگاهانه باشد؛ یعنی پزشک خانواده ابتدا از خود بیمار سؤال بپرسد که آیا متخصص خاصی را در این زمینه مد نظر دارد یا خیر؟ در وهله‌ی دوم، چنانچه متخصص خاصی مورد نظر بیمار نباشد، بیمار بداند که متخصص مورد ارجاع به چه دلیل پیشنهاد شده است و پزشک خانواده نیز باید پیش از این ارجاع در مورد دلایل قانع‌کننده بودن پیشنهاد خود اندیشیده باشد: مثلاً آیا فقط نزدیکتر بودن مطب متخصص می‌تواند دلیل قابل قبولی برای ارجاع بیمار باشد؟

5-2- بیان اخبار ناگوار

مورد 1: آقای جوانی به همراه همسرش جواب آزمایشها بالینی و پاراکلینیک از جمله نمونه برداری از پستان مربوط به مادر خانمش را به پزشک خانواده نشان داده و خواستار بیان وضعیت ایشان است. دکتر رضایی، در طرح پزشک خانواده، پزشک معالج همه اعضای خانواده از جمله بیمار مورد نظر است. جواب آزمایشات به نفع سرطان پستان است. همراهان بیمار بیان می‌کنند که نگران وضعیت مادرشان هستند و اصرار دارند که پزشک خانواده در صورت جواب مثبت آزمایشها و ابتلای مادر به سرطان، بدون طرح موضوع با خود بیمار، ایشان را به متخصص ارجاع بدهند. دکتر رضایی با دیدن نگرانی و اصرار داماد و دختر بیمار، در مورد انجام کار درست دچار سردرگمی می‌شود.

مورد 2: چندی پیش خانم و آقای بهمنی دختر 5 ساله‌ی خود را به دلیل بی‌حالی، پر‌نوشی، پر‌خوری و پر‌ادراری نزد دکتر اکبری پزشک خانواده آورده و پزشک نیز برای بیمار آزمایشها اولیه از جمله قند خون ناشتا را نسخه کرده بود. حال، خانواده‌ی بهمنی به همراه دختر خود به نزد دکتر اکبری آمده تا وی در مورد جواب آزمایشها نظر خود را اعلام کند. آزمایشها به نفع دیابت است.

«خبر بد» در حوزه‌ی پزشکی به خبری گفته می‌شود که می‌تواند دیدگاه فرد را نسبت به آینده منفی کند. ابتلا به یک بیماری صعب‌العلاج یا بیماری مزمن مانند دیابت یا فشار خون بالا، بیماری‌های جسمی یا ذهنی مربوط به نوزاد یا کودک و یا هر خبر دیگری از این دست در زمره‌ی اخبار ناگوار تلقی می‌گردند. به طور کلی، پاسخ به سه سؤال اساسی در بیان خبر ناگوار باید مورد توجه قرار گیرد: الف- آیا دادن خبر بد به بیمار لازم است؟ ب- اگر انتقال خبر بد لازم باشد، به چه کسی باید این خبر را بدهیم؟ خود بیمار یا همراهان او و کدام یک از همراهان؟ و ج- چگونه و با چه شیوه‌ای باید این خبر منتقل شود تا نحوه‌ی بیان خبر بد، مناسب و اخلاقی باشد؟

در پاسخ به پرسش اول ذکر تاریخچه‌ای کوتاه از تمایل پزشکان برای بیان اخبار ناگوار می‌تواند برای خواننده‌ی محترم مفید باشد؛ در پژوهشی که در سال 1961 انجام گرفت، سیاست بیان خبر ابتلا به سرطان شامل بیان حداقل اطلاعات ممکن همراه با بیان کلیاتی از بیماری بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که 169 پزشک از مجموع 193 پزشک مورد پژوهش از بیان خبر ابتلا به سرطان خودداری کرده‌اند. این در حالی است که در پژوهشی مشابه که در سال 1979 انجام شد، تعداد پزشکانی که خبر ابتلای بیمار به سرطان را به خود بیمار یا خانواده‌ی او اعلام می‌کردند به 98 درصد جهش پیدا کرده بود. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که برخلاف پژوهش پیشین، نه تنها غالب بیماران تمایل داشتند تا در مورد تشخیص بیماری خود اطلاع داشته باشند، بلکه خواستار دریافت این اطلاعات نیز بودند. این تغییر در سیر تاریخی بیان اخبار ناگوار عمدتاً ناشی از تحول در پیدایش داروهای جدید شیمی درمانی، بهبود تکنیک‌های درمانی و افزایش امید به زندگی علی‌رغم ابتلا به سرطان در بین بیماران و پزشکان بوده است. به هر ترتیب، علاوه بر جنبه‌های فن‌آورانه به دلایل دیگری چون افزایش توان مدیریت بیمار بر زندگی شخصی خود، حق قلمداد شدن آگاهی از وضعیت جسمانی باتأکید بر اتونومی افراد و دلایلی دیگر از این دست، امروزه انتقال و نه پنهان کردن اخبار ناگوار از خود بیمار به عنوان یک اصل اخلاقی پذیرفته شده است.

در پاسخ به سؤال دوم، یعنی خبر بد را باید به چه کسی داد؟ با توجه به توضیحات بالا و به عنوان یک اصل اخلاقی "خود بیمار" یعنی صاحب اصلی خبر ناگوار باید دریافت‌کننده‌ی این خبر باشد. گرچه آگاهی اطرافیان بیمار از وضعیت پزشکی بیمار نیز باید متناسب با فرهنگ حاکم بر جامعه مد نظر باشد؛ اما به عنوان یک اصل اخلاقی در انتقال خبر بد، اولویت ندارد. به عبارت دیگر، اصل در اطلاع رسانی «به خود بیمار» و در مرحله‌ی دوم، در صورت تمایل بیمار به سایر افراد خانواده‌ی اوست. به هر ترتیب، «فرهنگ جامعه» در این مورد نقش مهمی دارد. در برخی فرهنگ‌ها دادن خبر بد به بیمار پذیرفتنی نیست و اخبار ناگوار را به یکی از اعضای خانواده مثلاً فرزند بزرگتر، برادر، داماد و یا یکی دیگر از اعضای خانواده‌ی بیمار منتقل می‌کنند. در این موارد، احترام به فرهنگ حاکم بر جامعه از سوی تیم درمان و پزشک ضروری است، و اصرار بر اطلاع رسانی به خود بیمار در این فرهنگ می‌تواند غیر اخلاقی و غیر قابل پذیرش باشد. با این وجود، به دلیل منطقی و اخلاقی بودن اطلاع رسانی به خود بیمار پیش از آگاه ساختن سایر اعضای خانواده، پزشک باید در آگاهی بخشی به مردم برای تغییر فرهنگ آن‌ها به یک فرهنگ متعالی‌تر گام بردارد. پزشکان محترم خانواده نیز باید به این مسأله توجه کافی داشته باشند که در ایران نیز جز در برخی از فرهنگ‌های

خاص، اصل بر اطلاع رسانی به خود بیمار است و آگاه ساختن سایر افراد اعم از همسر، فرزند و ... منوط به رضایت و موافقت بیمار می‌باشد.

اما در رابطه با چگونگی بیان اخبار ناگوار و مقتضیات آن پژوهش‌های گوناگون و مفصلی انجام شده است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که به طور کلی، بیماران و خانواده‌ی آن‌ها در چنین شرایطی به دنبال دو گروه کلی از اطلاعات هستند: الف- اطلاعات آینده‌نگرانه با بیان صادقانه و ب- امیدواری. از طرف دیگر، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تیم پزشکی در بیان اخبار ناگوار به بیماران معمولاً دارای دو نقطه ضعف اساسی است که عبارتند از: الف- اغلب پزشکان برای مدیریت احساسات بیماران هنگام گفتگو در مورد اخبار ناگوار آموزش (کافی) ندیده‌اند و ب- پزشکان در مدیریت احساسات و واکنش‌های بیماران در زمان بیان اخبار ناگوار، احساس راحتی نمی‌کنند.

امروزه، برای تسهیل در انتقال اخبار ناگوار به بیماران پروتکل‌های اجرایی خاصی طراحی و تدوین شده است که به اعضای تیم درمان، خصوصاً پزشکان کمک می‌کند تا در شرایط دشوار انتقال خبر بد مواجهه‌ی راحت‌تری داشته باشند. این پروتکل برای هر دو طرف ارتباط یعنی بیمار و پزشک مفید است. از بین پروتکل‌های مطرح، دو رویکرد به نام‌های SPIKES و ABCDEF از بقیه مشهورترند. هر یک از حروف موجود در عبارات مذکور مربوط به اولین حرف عبارتی است که یک مرحله از این پروتکل‌ها را توضیح می‌دهد. در اینجا به اختصار اجزای پروتکل ABCDEF تشریح می‌شود. این پروتکل جامع در سال 1999 توسط Rabow & Mcphee ارائه گردیده است:

مرحله اول: Advance Preparation (آماده سازی مقدماتی)

- ✓ بپرسید که بیمار از قبل چه می‌داند یا چه چیزی فهمیده است؟ و برخورد او با این موضوع چگونه بوده است؟
- ✓ ترتیبی بدهید از نزدیکان بیمار، فردی (یکی از اعضای خانواده، یک دوست صمیمی یا حتی یک پرستار) جهت حمایت از وی حضور داشته باشد.
- ✓ زمان و مکانی را انتخاب کنید که مزاحم و برهم زننده گفتگو نباشد. (دستمال کاغذی در دسترس باشد، پاراوان اطراف بیمار کشیده باشد، گوشی همراه خود را خاموش کنید و ...)
- ✓ از نظر احساسی خود را آماده کنید
- ✓ کلمات و عبارات گفتگو را از قبل آماده کنید و بنویسید.
- ✓ برای اعلام خبر بد تمرین کنید.

مرحله دوم: Build a therapeutic environment/relationship (ایجاد یک محیط/ارتباط درمانی)

- ✓ از یک مکان خصوصی بدون مزاحمت استفاده کنید.
- ✓ صندلی برای نشستن همه افراد فراهم کنید (نشانه شتاب نداشتن است)
- ✓ به حد کافی به بیمار نزدیک باشید تا در صورت نیاز بتوانید ارتباط و تماس بدنی مناسبی برقرار کنید (توصیه می‌شود مانعی بین پزشک و بیمار نباشد؛ در صورت امکان از لمس بازو یا دست با در نظر گرفتن محدودیت‌های فرهنگی بهره برده بشود)
- ✓ در مورد مدیریت درد جسمی، رنج، رها شدن و تنها ماندن بیمار اطمینان حاصل کنید؛ اگر معاینه به تازگی تمام شده، اجازه بدهید بیمار ابتدا لباسش را بپوشد)
- ✓ بیمار را از محدودیت‌های زمانی، مصاحبه و دلایل احتمالی قطع آن مطلع کنید.

مرحله سوم : Communicate well (خبر ناگوار را به شایستگی ابلاغ کنید)

- ✓ در لفافه صحبت نکنید (من متأسفم ...، من خبر بدی برای شما دارم عبارات مناسبی برای آغاز اعلام خبر بد است)
- ✓ از اصطلاحات، کلمات تعبیری و اختصار استفاده نکنید.
- ✓ از کلمات سرطان یا مرگ یا ... استفاده کنید
- ✓ هر از گاهی سکوت کنید
- ✓ در حد مجاز از تماس فیزیکی بهره ببرید
- ✓ از بیمار بخواهید تا درک خود را از خبر بد بیان کند
- ✓ برای جلسات بعدی برنامه‌ریزی کنید
- ✓ از تکرار کردن یا نوشتن و یادآورها بهره ببرید

مرحله چهارم : Deal with patient & family reactions (واکنش‌های بیمار و خانواده او را مدیریت کنید)

- ✓ واکنش‌های بیمار را ارزیابی کنید.
- این واکنش‌ها شامل واکنش‌های فیزیولوژیک (مانند: خیال پردازی کردن، مقابله و مبارزه کردن، برخورد محافظه کارانه یا کنار کشیدن خود از درگیری با موضوع)، واکنش‌های شناختی (مانند: انکار، احساس گناه، پذیرش) و واکنش‌های احساسی (مانند خشم و عصبانیت، وحشت کردن، اضطراب، احساس بی‌پناهی یا شرمندگی داشتن) است.
- ✓ فعالانه گوش دهید، احساسات بیمار را جستجو کنید و با او همدلی کنید.

مرحله پنجم : Encourage and validate emotions (احساسات بیمار را سرکوب نکنید و به آن ارزش بدهید)

- ✓ اطلاعات نادرست بیمار را اصلاح کنید
- ✓ پیشنهاد کنید که از جانب بیمار با دیگران صحبت کنید

- ✓ تأثیرات خبر بد را ارزیابی کنید
- ✓ دریابید که خبر بد برای بیمار چه مفهومی دارد
- ✓ به نیازهای بیمار و طرح و برنامه‌ی او توجه کنید.
- ✓ مراقب خود کشی باشید
- ✓ برای دریافت حمایت های بیشتر، بیمار را به درستی ارجاع بدهید
- ✓ نوشته‌ها و بروشورهای مناسب در دسترس و در اختیار بیمار قرار بدهید
- ✓ زمان و مکان پیگیری‌های درمانی را مشخص کنید
- ✓ احساسات خود را مرور و به آن رسیدگی کنید

مرحله ششم: Finding Strength (نقاط قوت را بیابید و به آنها اشاره کنید)

- ✓ در مورد منابع حمایتی در دسترس بیمار پرسش کنید:
- ✓ وقتی قبلاً خبر بدی به تو می رسید، چه کار می کردی؟
- ✓ برای آرام و حمایت شدن ترجیح می‌دهید پیش چه کسی بروید؟
- ✓ ...
- ✓ منابع حمایتی موجود را برای بیمار شرح دهید:
- ✓ فراهم بودن امکان پیگیری مرتب پزشک
- ✓ مشاوره های روانشناسی، مددکاری، مذهبی و ...
- ✓ بروشورها، پمفلت ها، فیلم های آموزشی و ...
- ✓ سازمان های حمایتی ویژه (انجمن حمایت از بیماران سرطانی و ...)
- ✓ گروه های اینترنتی، چت روم ها و ...
- ✓ گروه های حمایت کننده

به صورت خلاصه باید توجه داشت که در زمان انتقال خبر بد باید خود را معرفی کنیم، به راحتی بیمار و حفظ حریم خصوصی او دقت نماییم، مشخص کنیم که بیمار چه آگاهی‌ها و اطلاعات قبلی دارد، هشدار بدهیم که اخبار ناگواری در راه است و سپس خبر بد را مطرح کنیم، مهم ترین نگرانی بیمار را پیدا نموده و به جمع بندی اطلاعات و درک بیمار از موضوع توجه داشته باشیم. به صورت واقع بینانه از نقاط و نکات امیدبخش صحبت کنیم و زمان جلسه‌ی بعدی را تنظیم کرده، از همراهی اطرافیان بیمار با وی مطمئن شویم. چه زیباست که با احساس و دلسوز باشیم و با بیمار و همراهان او به شایستگی همدلی کنیم، از تماس چشمی به صورت مؤثری بهره برده، اطلاعات را در تکه‌های کوچک و با پرهیز از درازگویی ارائه بدهیم؛ اطلاعات عرضه شده را در صورت نیاز برای بیمار تکرار و شفاف‌سازی کنیم و درک بیمار را از اطلاعات ارائه شده به صورت مرتب بررسی و ارزیابی نماییم.

از سکوت و اشک بیمار نهراسیم و در عین حال متوجه احساسات بیمار بوده و برای پاسخ‌های احساسی به او زمان بدهیم. اگر در مورد چیزی شک داریم، صادقانه بیان کنیم. توجه داشته باشیم که از انجام هر کاری که نشان از عجله داشتن ما باشد پرهیزیم (مانند نگاه کردن به ساعت، ایستاده صحبت کردن، تند گفتن)، همه اطلاعات را به یکباره نگوییم و در انتقال اطلاعات زیاده‌روی ننماییم. از اصطلاحات پزشکی یا زبان/کلمات نامفهوم استفاده ننماییم. دروغ نگوییم؛ ولی توجه داشته باشیم که در صورت نیاز می‌توان بخشی از حقیقت را تا آماده شدن بیمار برای شنیدن آن به تأخیر انداخت و در عین حال برای آمادگی بیمار تلاش نمود. از رک‌گویی بی‌جا (گاهی کلمات نقش یک تفنگ را بازی می‌کند) و حدس زدن پیش‌آگهی‌ها پرهیزیم.

پزشکان محترم خانواده همانند دیگر پزشکان گاهی با شرایطی مواجه می‌شوند که لازم است خبر ناگواری را به بیمار یا ولی او منتقل کنند. با توجه به نکات مذکور باید دقت نمود که انجام صحیح فرآیند انتقال خبر بد علاوه بر مهارت‌هایی که با تمرین‌های قبلی به دست می‌آید نیاز به صرف وقت و انرژی کافی برای آماده کردن بیمار و مواجهه‌ی اصولی با احساسات و واکنش‌های او دارد. لذا، پزشک باید به واقع با بیمار یا ولی او همدل و دلسوز باشد تا بتواند با صبر و طمأنینه این شرایط دشوار را پشت سر نهاده، عملکرد صحیحی داشته باشد.

توضیح مورد 1: همان‌گونه که اشاره شد، در انتقال اخبار ناگوار به عنوان یک اصل اخلاقی، این بیمار است که در مرحله‌ی اول باید از وضعیت خود آگاهی یابد و در صورت موافقت وی، اطرافیان و همراهان او نیز با خبر شوند. اما در اینجا داماد و دختر بیمار جواب آزمایش‌ها را به پزشک خانواده ارائه داده‌اند نه خود بیمار! لذا پزشک خانواده باید به این مورد دقت کند و ابتدا برای آگاه کردن خود بیمار برنامه‌ریزی نماید. در واقع، لازم است تا پزشک معالج ضمن توجه به نگرانی‌های همراهان بیمار، با ارائه‌ی توضیحات کلی، از ایشان درخواست کند تا ابتدا اجازه بدهند خود بیمار در جریان وضعیت سلامتی‌اش قرار بگیرد و در صورت موافقت، ایشان نیز در مرحله‌ی دوم در جریان بیماری و روند درمان مادرشان قرار بگیرند. همچنین، پزشک خانواده خود نیز می‌تواند با بیمار تماس گرفته و از او برای صحبت در مورد جواب آزمایش‌ها و تعیین روند درمان دعوت به عمل آورد. این رویکرد، مستلزم پیش‌بینی اولیه‌ی پزشک در خصوص احتمال مثبت شدن جواب آزمایش‌ها با توجه به وضعیت بالینی بیمار و آماده کردن او پیش از ارجاع وی به آزمایشگاه بوده است. با این وجود، در برخی فرهنگ‌ها اطلاع‌رسانی به برخی از اعضای خانواده موضوعی عادی و

پذیرفته شده است و پزشک نیز در این شرایط ویژه نباید بر اطلاع‌رسانی به خود بیمار اصرار کند، ولی در کل، اصل بر آماده سازی بیمار برای شنیدن اخبار ناگوار مربوط به خود است. در این شرایط گرچه پزشک ممکن است در فاز اول، بر اساس فرهنگ جاری عمل کند، ولی نباید نسبت به انجام کار درست و اخلاقی تا پایان درمان بی‌تفاوت عمل نماید؛ لذا، پزشک وظیفه دارد در هر مراجعه، همراهان بیمار را در جهت انتقال خبر ناگوار به خود بیمار، آگاه، قانع و آماده نماید.

توضیح مورد 2: همان طور که اشاره شد، بیمار خردسال است و لذا، ولی او به عنوان صاحب اختیار و تصمیم‌گیرنده باید در از روند درمان آگاه شود. در این شرایط ابتلا به دیابت یک خبر ناگوار محسوب می‌شود. با توجه به اینکه دیابت در کودکان از نوع یک می‌باشد که سابقه‌ی فامیلی و ژنتیکی در آن مؤثر است، لذا، احتمالاً آقا و خانم بهمنی این نوع دیابت را می‌شناسند و در خانواده‌ی خود مواردی از آن را دیده‌اند. بنابراین، لازم است تا دکتر اکبری ابتدا در مورد اطلاعات خانواده بهمنی از جواب آزمایشها سؤال بپرسد تا از میزان آگاهی آنها از موضوع، درستی درک آنها از وضعیت دخترشان و در مجموع واکنش ایشان در قبال این ماجرا آگاه شود. با توجه به اینکه معمولاً این آزمایشها برای اعلام قطعی باید برای بار دوم نیز تکرار شود، دکتر اکبری می‌تواند از این موضوع به همراه سابقه‌ی ژنتیکی خانواده‌ی بهمنی در ابتلا به دیابت نوع یک به عنوان نقطه‌ی آغازین بحث استفاده کند و خانواده بهمنی را برای هر پیش‌آمدی متناسب با جواب آزمایشها در دور دوم آماده نماید. نباید فراموش کرد که اگر خانواده بهمنی در این ملاقات آماده‌ی شنیدن همین حد از از اطلاعات نیز نیستند باید با فرصت دادن به ایشان برای هضم موضوع و تعیین جلسه‌ی بعدی ملاقات در اسرع وقت به ایشان کمک کرد تا هر چه زودتر برای شروع درمان آماده شوند. همچنین، باید دقت کرد که در نهایت، بیماری دختر خانواده بدون این که در لفافه صحبت شود با صراحت به خانواده اعلام گردد. به علاوه باید دقت کرد که صحبت‌ها نباید ناامید کننده و خالی از هرگونه نقطه‌ی امید باشد. همچنین، لازم است تا درک نهایی خانواده از بیماری و وضعیت روحی ایشان توسط پزشک خانواده بررسی، رصد و پایش مداوم گردد تا به یک وضعیت با ثبات نزدیک گردد.

6-2- اخلاق حرفه‌ای و خطای پزشکی

حدیث مرتبط؛

امام باقر علیه السلام: يَا بُنَيَّ اضْيِرْ عَلَى الْحَقِّ وَ إِنْ كَانَ مُرّاً

فرزندم، حق را تحمل کن هرچند تلخ باشد
اصول کافی، ج1، ص91

مورد 1: حدود یک سال است که آقای داوودی به خاطر دل دردهای متناوب خود به دکتر نورایی پزشک خانواده مراجعه می‌کند ولی تاکنون نتیجه نگرفته است. گرچه تجویزهای دکتر نورایی از جمله تجویز آنتی‌اسیدها، مهارکننده‌های ترشح اسید معده، ضد نفخ و آنتی بیوتیک‌های خوراکی به صورت موقت باعث تسکین دردهای بیمار شده است، ولی هیچگاه باعث بهبودی نشده و دردهای بیمار نیز روز به روز بدتر شده است. گرچه با توجه به سابقه زخم و عفونت معده در بیمار دکتر نورایی معتقد است که مشکل مربوط به همان عفونت و اسید معده است، ولی، در نهایت با توجه به اصرار خود بیمار، دکتر نورایی او را به پزشک متخصص ارجاع می‌کند. نتایج آزمایشات نشان می‌دهد که آقای داوودی مبتلا به سرطان لوزالمعده بوده که متأسفانه به علت تشخیص دیر هنگام بسیار پیشرفت کرده است.

مورد 2: دکتر علاءالدین، پزشک خانواده، مشغول ویزیت بیماران در درمانگاه شبانه روزی خاتم انبیا است. یکی از بیماران مراجعه کننده اظهار می‌دارد که سه روز پیش برای تب و سردرد و بی حالی (علائم تیپیک سرماخوردگی ویروسی) نزد یکی از پزشکان عمومی در فلان منطقه شهر رفته و وی برای وی شش آمپول سفتریاکسون روزی یک تزریق عضلانی تجویز کرده است. حال، تزریقات درمانگاه برای تزریق آمپول، نسخه‌ی پزشک تجویز کننده را مطالبه کرده است و چون بیمار نسخه آن پزشک عمومی را به همراه ندارد، برای گرفتن دستور تزریق به مطب دکتر علاءالدین مراجعه کرده است. دکتر معتقد است که تجویز پزشک قبلی بر پایه علائم آنفولانزای ویروسی (بر اساس علائم و تاریخچه بیمار) صحیح نیست و بیمار اصلاً نیازی به تجویز آنتی‌بیوتیک و در نتیجه ادامه‌ی تزریق سفتریاکسون ندارد. وی در حال اندیشیدن در مورد نحوه‌ی تعامل با بیمار است.

خطای پزشکی به سبب هزینه‌های هنگفتی که از نظر مالی، جسمی و جانی بر مردم تحمیل می‌کند، یکی از موضوعات جدی و پر اهمیت محسوب می‌شود. به عنوان مثال، خطای پزشکی در آمریکا پنجمین

عمده‌ی مرگ و میر محسوب می‌شود. به طوری که مجموع مرگ ناشی از خطاهای پزشکی از مجموع مرگ ناشی از تصادف با وسائل نقلیه، سرطان پستان و ایدز بیشتر بوده است. گرچه خطای پزشکی می‌تواند در مورد هر کسی اتفاق بیافتد، اما اهمیت اخلاقی موضوع آن است که معمولاً افراد ضعیف و بی پناه جامعه هستند که بیشترین آسیب را می‌بینند. به علاوه، خود خطای پزشکی همیشه مشکل اخلاقی ایجاد نمی‌کند، بلکه این رفتار اعضای کادر سلامت در قبال خطای رخ داده است که نگرانی‌های

اخلاقی به بار می‌آورد. به هرحال، خطای پزشکی نه تنها می‌تواند بار عاطفی، حقوقی و اخلاقی در پی داشته باشد، بلکه از نظر شرعی نیز در حیطه‌ی حق الناس قابل طرح و برای یک مسلمان پزشک مسئولیت‌آور است.

امروزه، تقریباً تمام سازمان‌های درمانی، متخصصین اخلاق و پزشکان بر این عقیده‌اند که اعلام خطایی که خطرناک بوده و برای بیمار عارضه به همراه داشته است، لازم می‌باشد. علی‌رغم این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پزشکان در اعلام این نوع از خطاها به صورت انتخابی عمل می‌کنند و با وجود این دستکاری‌ها، باز تنها کمتر از یک سوم از بیماران از خطاهای دارای عارضه مطلع می‌شوند. همچنین، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اگر ساز و کارهای ثبت خطا در پرونده بیماران نیز در مرکز درمانی وجود داشته و الزامی باشد، مراقبین بهداشتی به دلایلی چون احساس شدید گناه یا مقصر شناخته شدن و ترس از جریمه‌های سنگین تمایلی به ثبت آن‌ها نداشته‌اند. در واقع، در موارد متعددی خطاها پشت درهای بسته، با حضور پزشکان و مسئولین بیمارستان به بحث و گفتگو گذاشته می‌شود و خبری از صحبت با بیمار در میان نیست.

به طور کلی، نقطه‌ی ضعف غالب پزشکان در مواجهه با خطای پزشکی این است که به خواسته‌ی بیماران برای دریافت اطلاعات مربوط به خطا و حمایت کردن عاطفی آن‌ها بی‌توجهی می‌کنند. به طور معمول، بیماران نه تنها از تیم پزشکی انتظار دارند که وقوع خطاهای خطرناک را به آن‌ها اعلام کنند، بلکه انتظار دارند در مورد چگونگی و چرایی خطا، علت وقوع آن، چگونگی برطرف کردن عوارض ناشی از خطا و جلوگیری از تکرار آن نیز برای آن‌ها توضیحاتی داده شود. به علاوه بیماران به شدت انتظار دارند که از آن‌ها به خاطر خطای پزشکی عذرخواهی شود و فردی از تیم درمان -معمولاً پزشک معالج- مسئولیت این خطا را بر عهده بگیرد. با این حال، نتایج بررسی‌ها حاکی از این است که بیماران اعتقاد دارند که پزشکان معمولاً اطلاعات مربوط به خطای پزشکی را پنهان می‌کنند. این مسأله، حداقل می‌تواند به معنای نوعی احساس ناامنی در محیط‌های درمانی برای بیماران باشد که خود از نظر اخلاقی و شرعی قابل بحث است.

علی‌رغم تصور حاکم بر جامعه‌ی درمانی، نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که وقتی ارائه‌ی اطلاعات مربوط به خطا صادقانه و کامل باشد نه تنها باعث تقویت ارتباط پزشک-بیمار و تقویت اعتماد و رضایت طرفین از یکدیگر می‌شود، بلکه منجر به کاهش تمایل بیماران به شکایت کردن از پزشک می‌گردد و یا در موارد متعددی تأثیری در افزایش احتمال شکایت از پزشک نداشته است. این در حالی است که بر اساس نتایج پژوهش‌ها، پنهان‌کاری و ارائه‌ی ناقص اطلاعات مربوط به خطا به بیمار باعث افزایش احتمال دادخواهی از پزشک می‌شود.

پس، به طور کلی، نقش فعال پزشک در ارائه‌ی اطلاعات و همدلی با بیمار دارای اهمیت ویژه است. در این موارد، هماهنگی مراکز درمانی با بیمه‌های مسئولیت در جهت حمایت از اعضای تیم درمان و برای حمایت از فرآیند اعلام خطای پزشکی، توصیه شده است.

افزون بر این، از نگاه وجدانی نیز موارد متعددی را می‌توان مثال زد که پزشک به دلیل پنهان‌کاری در خطای پزشکی و جبران نکردن هزینه‌های مالی و جسمی تحمیلی بر بیمار دچار عذاب وجدان شده و این خاطره ناگوار برای سال‌ها و گاهی تا پایان عمر پزشک را آزار داده است.

همان‌طور که گذشت، یکی از مسائل مهم اخلاقی در ارتباط با خطای پزشکی عذرخواهی کردن از بیمار است. برخی از فواید عذرخواهی عبارت است از: جدا کردن موضوع "عصبانیت و ناراحتی ناشی از خطا" از موضوع "آسیب و صدمه‌ی وارده به بیمار"، کمک کردن به بازیابی اعتماد به تیم درمانی، کمک به بیمار و خود پزشک برای بازگشت به وضعیت عادی، کاهش دشمنی و رفتارهای خشونت آمیز و کاهش زمان رسیدن به توافق در صورتی که فردی مسئولیت خطای پزشکی را بر عهده بگیرد. این نتایج توسط پژوهش‌های مرتبط نیز تأیید می‌گردد: به عنوان مثال در تحقیقی که در دانشگاه خدمات سلامت میشیگان انجام شده وجود برنامه‌ی سیستماتیک برای عذرخواهی از بیمار در زمان وقوع خطا کاهش 47 درصدی در هزینه‌های پرداختی به ازای هر مورد خطا و 61 درصدی در هزینه‌های دادرسی شده و کاهش زمان رسیدن به توافق با بیمار از 20 ماه به 6 ماه را نشان می‌دهد.

مفاد عذرخواهی حداقل شامل موارد زیر است: اظهار پشیمانی و عذرخواهی به خاطر این اتفاق، توصیف خطا شامل زمان، مکان و شرایط اتفاق افتادن آن، بیان علت اصلی وقوع خطا و عوارض آنی و طولانی مدت آن برای بیمار، توصیف اقدامات انجام شده برای مدیریت خطا و معرفی شخصی که ادامه‌ی درمان بر عهده او خواهد بود و معرفی فردی که بحث‌ها و گفتگوهای مربوط در آینده باید با او انجام بشود، بحث درباره‌ی برنامه‌های تحقیقی از قبل طراحی شده برای بررسی خطا و موارد مرتبط با سیستم که در ایجاد این خطا نقش داشته است، تعیین اینکه چه کسی از وقوع این خطا آگاه شده و یا آگاه خواهد شد، معرفی نام و شماره تماس فردی که بیمار و خانواده‌ی او می‌توانند سؤالات و نگرانی‌های خود در این زمینه را با او مطرح کنند و توصیف اینکه بیمار چگونه می‌تواند از مشاوره‌ها و حمایت‌های لازم برخوردار شود. همچنین، در این گفتگو توضیح داده می‌شود که کلیه‌ی هزینه‌هایی که به صورت مستقیم ناشی از بروز خطا بوده از پرونده بیمار حذف می‌شود و تعهد به کمک به بیمار و خانواده‌ی او برای استفاده از کلیه‌ی منابعی

که می‌تواند برای جبران آسیب‌های اتفاق افتاده استفاده شود، تأکید می‌گردد.

در کل همان‌طور که اشاره شد، جدای از مسئولیت‌های اخلاقی و حرفه‌ای، موضوع خطای پزشکی از نظر شرعی نیز برای پزشک مسلمان و تیم درمان مسئولیت‌آور است و هر گونه پنهان کاری می‌تواند منتهی به ظلم به فرد مظلوم شده و در حوزه‌ی حق الناس قابل طرح و بحث باشد.

توضیح مورد 1: منشأ برخی از خطاهای پزشکی که اتفاقاً قابل پیشگیری هم هستند به اتکای افراطی پزشک به دانش تجربی خود و نادیده گرفتن یا توجه ناکافی او به شواهد و آثار بیماری در بیمار است. پزشک خانواده باید با گلوگاه‌های حسّاسی که می‌تواند او را به سمت خطای پزشکی سوق دهد آشنا باشد و به طور مرتب در جهت افزایش آگاهی‌های خود با هدف پیشگیری از وقوع چنین خطاهایی اقدام نماید. سهل‌اندیشی و آسان‌گیر نبودن نسبت به علائم بیماری در بیمار، استفاده از هنر گوش سپردن به تاربخچه‌ی ارائه شده توسط بیمار و تلاش برای افزایش دقت و سرعت تشخیص با کم‌ترین هزینه، از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند در پیشگیری از وقوع خطا به عنوان یک اصل اخلاقی، مؤثر و قابل تأکید و توصیه باشد. لذا، بی‌دقتی و کم‌توجهی پزشک محترم خانواده در این مورد نه تنها برای او مسئولیت حرفه‌ای می‌کند، بلکه از نظر شرعی و حق الناس نیز ملزم به جبران آن سهم از خسارتی است که برای بیمار بواسطه‌ی خطای او ایجاد شده است. گرچه باید دقت کرد که همه چیز را نمی‌توان با پرداختن خسارت وارده جبران نمود! و به وضع اولیه برگرداند.

توضیح مورد 2: وقتی پزشک خانواده در جایگاه قضاوت در مورد عملکرد حرفه‌ای یکی از همکاران خود خصوصاً وقتی که از نظر مدرک علمی همسطح او است، قرار می‌گیرد باید دقیق، محتاط و عادلانه عمل نماید. در این مورد و پیش از اینکه پزشک خانواده نظر نهایی خود درباره‌ی درستی یا نادرستی تجویز پزشک عمومی را به بیمار اعلام کند، لازم است تا خود را در موقعیت و شرایط وی قرار دهد و با توجه به تاربخچه‌ی دریافتی از بیمار شواهد موجود را برای اعلام نظر نهایی خود به دقت بررسی نماید. باید به این نکته توجه شود که همیشه احتمال اشتباه در قضاوت به هر دلیل وجود دارد! لذا، تا اثبات قطعی موضوع، هر گونه کلام یا رفتار تخریب کننده و وارد کردن هر گونه خدشه به اعتماد بیمار نسبت به پزشک مذکور ممنوع است. همچنین باید توجه داشت که در صورت قطعی بودن اشتباه در تجویز سفتریاکسون هرگز شخصیت پزشک تجویز کننده زیر سؤال برده نشود بلکه عملکرد حرفه‌ای او است که در این مورد به خطا رفته است. به علاوه، اتخاذ رویکردی حمایتی از بیمار و همکار پزشک، مستلزم این امر است که از نظر عملکردی

نیز در قضاوت کردن به صورت جزئی نگرانه عمل شود؛ یعنی نباید این خطا به تمام عملکرد آن پزشک عمومی تعمیم داده شود و کلاً هر عملکردی از وی زیر سؤال رود و در نظر بیمار تخریب گردد. مثلاً می‌توان به بیمار گفت که "دلیل تجویز سفتریاکسون توسط دکتر فلان الان برای من معلوم نیست! ولی در معاینه و شرح حالی که فرمودید به نظر نمی‌رسد که شما الان احتیاجی به ادامه‌ی تزریق آمپول‌ها داشته باشید". در عین حال اگر بیمار از پزشک خانواده چنین سؤالی بپرسد که مثلاً "یعنی دکتر فلان اشتباه کرده؟" پزشک خانواده می‌تواند از پاسخی شبیه این مثال استفاده کند که: "الان نمی‌توانم قضاوت کاملی در مورد اشتباهی بودن یا نبودن داروی تجویزی داشته باشم [نه اینکه در مورد اشتباه کردن آقای دکتر فلان قضاوت کنم] به هر حال، بیماری شما ویروسی هست و من الآن علائم یا شواهدی از عفونت میکروبی نمی‌بینم که لازم باشد تزریق آمپول را ادامه بدهید. می‌توانید با پزشک خودتان مشورت کنید".

در عین حال، همه‌ی ما مسلمانان از نظر اخلاقی، حرفه‌ای و شرعی مسئول امر به معروف و نهی از منکر هستیم و به طور کلی بی‌تفاوتی نسبت به کار اشتباه به هیچ عنوان قابل قبول نیست. بنابراین، لازم است تا پزشک خانواده در فرصتی مناسب با پزشک محترم عمومی تماس گرفته و در مورد تجویز سفتریاکسون در بیماری‌های ویروسی به شکل مناسب با او گفتگو نماید. در این حالت، اگر عملکرد پزشک خانواده صحیح بوده باشد - که خود نیاز به مهارت و تمرین برای افزایش مهارت‌های ارتباطی دارد - نه تنها پزشک عمومی کم‌ترین اهانت و خدش‌های را به وجهه‌ی علمی و شخصیتی خود نباید احساس کند، بلکه از آن به بعد این نوع از تجویزهای اشتباه او دیگر تکرار نخواهد شد. با این اوصاف، گاهی ممکن است به هر دلیل دسترسی به پزشک عمومی میسر نباشد و یا او این اشتباه را قبول نکرده، به تجویز نادرست خود ادامه بدهد. در این وضعیت، مسئولیت اجتماعی پزشک خانواده می‌طلبد که مراتب در اسرع وقت به شکل کتبی و با ادبیاتی مناسب و آگاه کننده به مقامات رسمی مربوط از جمله معاونت درمان دانشگاه یا نظام پزشکی اعلام شود تا آن‌ها به این موضوع رسیدگی کنند.

منابع

1. Manson H. The Need for Medical Ethics Education in Family Medicine Training. *Fam Med*. 2008;40(9):658-64.
2. Manson HM, Satin D, Nelson V, Vadiveloo T. Ethics Education in Family Medicine Training in the United States: a National Survey. *Family Medicine*. 2014;46(1):28-35.
3. Ogle K, Sullivan W, Yeo M. Ethics in Family Medicine: Faculty Handbook. The College of Family Physicians of Canada; 2012.

4. Working Group on Curriculum Review. CanMEDS–family medicine. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2009. Available from:<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf>. Accessed 2012 Aug 17.
5. Asemanio O, Ebrahimi S. Medical Confidentiality. *Iranian Journal Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;6(6):64-76.
6. Kipnis K. Medical confidentiality. In: Rhodes R, Francis LP, Silvers A. *The Blackwell Guide to Medical Ethics*. Blackwell Publishing; 2007, p. 104-27.
7. Reilly DR. Breaching confidentiality and destroying trust. The harm to adolescents on physicians' rosters. *Can Fam physician* 2008; 54(6): 834-35.
8. Baile W. F ,Bukman. R ,Lenzi. R ,Glober G ,Beale. EA ,Kudelika. AP: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient white cancer. *The onchologist*. 2000; 5: 302
9. Albert W. Wu, I-Chan Huang, Samantha Stokes, Peter J. Pronovost. Disclosing Medical Errors to Patients: It's Not What You Say, It's What They Hear. *J Gen Intern Med*. 2009. 24(9):1012–7
10. Ann Freeman Cook, Helena Hoas. *Ethics Conflicts in Rural Communities: Recognizing and Disclosing Medical Errors*. (Chapter 12) *Handbook for Rural Health Care Ethics: A Practical Guide for Professionals*. Dartmouth College Press. 2009.
11. Ghalagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding disclosure of medical errors. *JAMA* 2003. 289(8). 1001-1007
12. Ho B, Liu E. Does Sorry Work? The Impact of Apology Laws on Medical Malpractice. December 2009.
13. Grena Porto. *Apology & Disclosure of Medical Error: The Right Way to do the Right Thing*. (powerpoint) 2012
14. N Berlinger, A W Wu. Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. *J Med Ethics* 2005;31:106–108. doi: 10.1136/jme.2003.005538
15. *Principles of Biomedical Ethics*; Tom L. Beauchamp, James F. Childress; Oxford University Press, 2009

کلیاتی در مورد نظام ارجاع

یکی از اجزای مهم پزشک خانواده نظام ارجاع است. در این بخش مقدمه ای بر نظام ارجاع به طور اجمالی معرفی شده است. بدیهی است که بحث نظام ارجاع بسیار گسترده تر از متن پیش رو است. در قسمت اول تعاریف واژه های مورد استفاده در نظام ارجاع آورده شده است برای اینکه خواننده در مطالعه مطالب با مشکلی مواجه نشود. سپس انواع روشهای ارجاع و اجزای نظام ارجاع شرح داده شده است. در قسمت دوم به طور خلاصه به امر مشاوره به عنوان یکی از مهمترین وظایف پزشکان خانواده در راستای استفاده از کلیه منابع پزشکی برای بهبود سلامت بیماران اشاره گردیده است. برای حصول اطمینان از کارکرد درست فرآیندهای زیر بنایی و دستیابی به اهداف تعیین شده هر سیستمی، نیاز مبرم به ارزیابی و پایش آن سیستم وجود دارد که در قسمت انتهایی متن به این موضوع اشاره شده است.

1-3-آشنایی با نظام ارجاع

نظام ارجاع موثر، ارتباط نزدیک تمام سطوح نظام سلامت را تضمین میکند. همچنین پشتمانهای است برای ارائه بهترین مراقبت به مردم و نزدیکترین محل به خانه افزون بر این کمک میکند تا استفاده از بیمارستان ها و خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه مقرون به صرفه باشد. پشتیبانی کارکنان با تجربه بیمارستان ها یا مطب ها از مراکز بهداشتی درمانی و خدمات محیطی، به ایجاد ظرفیت و افزایش دسترسی به مراقبت هایی با کیفیت بهتر، کمک می کند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، نسبت زیادی از مراجعین به درمانگاهها یا مراکز ثانویه میتوانند به صورت مناسب در

مراکز مراقبت بهداشتی اولیه مراقبت شوند. این مساله موجب کاهش هزینه هم برای مراجعین و هم برای نظام سلامت است.

نظام ارجاع خوب می تواند به ما اطمینان دهد:

- مراجعین، مراقبت بهینه را در سطح مناسب دریافت میکنند و بی دلیل هزینه ی زیادی خرج نمی شود.
 - تجهیزات بیمارستان به صورت بهینه و مقرون به صرفه استفاده می شود.
 - مراجعینی که نیاز به خدمات تخصصی دارند می توانند به موقع به آن دسترسی پیدا کنند.
 - خدمات بهداشتی اولیه به خوبی استفاده می شود.
- برای آنکه نظام ارجاع یک سیستم باشد، نیاز دارد به تک تک اجزای آن توجه شود.

طراحی و عملکرد نظام ارجاع در هر کشور تحت تاثیر دو عامل است:

- **عوامل تعیین کننده سیستم های بهداشتی :** توانمندی های سطوح پایین تر، دسترس بودن پرسنل متخصص، ظرفیت آموزش، نظام سازمانی، مسائل فرهنگی، مسائل سیاسی و سنت ها
- **عوامل کلی،** از جمله: اندازه و تراکم جمعیت، فاصله ی بین مراکز شهری، الگو و بار بیماری، تقاضا و توانایی پرداخت .

1-1-3- تعریف واژه ها

ارجاع¹، فرایندی است که کارمند بهداشت و درمان در سطحی از نظام سلامت، برای کمک به درمان و یا مدیریت درمانی بیمار، از یک مرکز بهتر یا مرکزی با تسهیلات متفاوت (در همان سطح یا سطح بالاتر) کمک می خواهد. این درخواست کمک به دلیل نداشتن منابع کافی برای مدیریت یک وضعیت بالینی تعریف شده، است.

دلایل کلیدی برای تصمیم گیری برای ارجاع موارد اورژانس یا معمول عبارتند از

- کسب نظرات کارشناسان در مورد مراجعه کننده
- بستری و مدیریت درمان مراجعه کننده
- خدمات اضافی یا متفاوت برای مراجعه کننده
- استفاده از ابزارهای تشخیصی و درمانی

معمولا به تسهیلاتی که فرایند ارجاع از آنجا شروع می شود مرکز آغازین² (The initiating facility) می‌گویند، که ارجاع دهنده برای ارجاع خارجی³ (outward referral) (ارجاع به سطح بالاتر) با آنها ارتباط برقرار می کند.

مرکزی که فرد ارجاع داده شده را می پذیرد به نام مرکز پذیرنده⁴ (receiving facility) خوانده می‌شود و در پایان مداخله ، برگشت ارجاع⁵ (back referral) که در قسمت پایین فرم ها در نظر گرفته شده تکمیل می‌گردد. این امر موجب میشود که مرکز آغازین بداند چه کاری در مرکز پذیرنده انجام شده است. این برگشت ارجاع، حلقه ارجاع بین دو تسهیلات را کامل می کند. **ثبت ارجاع⁶**

(referral register)، ابزاری برای حفظ یک لیست از تمام ارجاعات خارجی و داخلی برای یک مرکز یا یک فرد ارائه دهنده خدمات است.

اطلاعات ثبت شونده شامل این موارد است: مشخصات فرد مراجعه کننده، مکان، زمان، علت ارجاع، آیا پرونده او بسته شده است یا ادامه دارد، فرم برگشت ارجاع تحویل داده شده است و بازتوانی و پیگیری های لازم بعدی در آن ذکر شده است یا نه و اینکه آیا ارجاع مناسبی بوده و مسایل دیگر.

برخی از مناطق یک فهرست راهنما از تمام سازمان‌های ارایه دهنده مراقبت‌های تخصصی نگه می‌دارند. چنین فهرست راهنمایی، جستجوی مناسب ترین ارائه دهنده خدمات را برای یک ارجاع خاص آسان می‌کند. در جاهایی که چنین فهرست راهنمایی استفاده می شود به روز نگه داشتن اطلاعات تماس ، مهم است. (1)

دستورالعمل ارجاع: این دستورالعمل باید بر اساس بهترین اقدامات انجام شده و مبتنی بر شواهد موجود، نظر متخصصین و شرایط فعلی در هر منطقه نوشته شود.

در این دستورالعمل پس از بیان اهداف اصلی، گروه‌های اصلی ارجاع مشخص می‌گردد که معمولا شامل: ارجاع اولیه⁷ (primary) ، مشاوره ، انتقال⁸ (Transfer) و اورژانس⁹ (Emergency) است. سپس هر یک از فرایندها با جزییات شرح داده میشوند. بعد از این مرحله، نقشه راه¹⁰ (process map) طراحی میشود. نقشه راه برای نشان دادن مراحل بحرانی است که باید در هر گروه ارجاعی

انجام شود و شامل نقش ها، مسوولیت ها و ارتباطات بین افرادی است که در این فرایند هستند.

دستورالعمل ارجاع باید انعطاف پذیر باشد، با این حال، مهم این است که دستورالعمل ارجاع بطور دقیق استفاده شود. شرایط محلی از لحاظ جغرافیا، جمعیت، حجم کار و نیروی کار متفاوت هستند.

هدف، ارایه‌ی سطحی با ثبات از خدمات است که با توجه به نیازها و شرایط محلی است. بیماران باید بدون در نظر گرفتن جایی که زندگی می کنند پیوسته به یک استاندارد مراقبتی مبتنی بر شواهد با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند. راه هایی که این استاندارد مراقبت تامین میشود ممکن است بسته به شرایط محلی متفاوت باشد. نقشه راه باید یک چارچوب ارائه دهد، اما نباید پروتکل های محلی را نادیده بگیرند. پروتکل-هایی که برای رسیدن به همان نتیجه و دستیابی به نیازهای محلی رویکرد چند رشته ای دارند.

مشاوره درمانی: استفاده و بهره گیری پزشك از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی يك یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار می‌باشد. جهت مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی‌گردد و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر، به پزشك مشاور منتقل شود. بدیهی است در مشاوره درمانی مسئولیت استفاده یا عدم استفاده از نظرات پزشك مشاور بر عهده پزشك مشاوره کننده می‌باشد.

این تعاریف، قطعی و الزامی نیست و تنها برای کمک آورده شده است. نظام ارجاع در هر کشور ممکن است از تعاریف دیگری استفاده کند.

3-1-2- انواع مختلف ارجاع

1- ارجاع دوره ای¹¹ (interval referral) . بیمار برای دریافت مراقبت کامل، برای یک دوره محدود ارجاع می شود. پزشك ارجاع دهنده هیچ مسئولیتی در این دوره ندارد. مثلاً ارجاع یک بیمار برای عمل جراحی مآژور یا برای درمان یک بیماری جدی. برای درمان بهتر، ضروری است که پس از ارجاع، تنها متخصص مربوطه درمان را تجویز کند. پزشك خانواده تنها می‌تواند توصیه و اظهار نظر کند، اما

درمانی برای بیمار شروع نمی‌کند مگر اینکه از او خواسته شود. برای مثال، اگر یک بیمار پس از عمل جراحی، به عفونت تنفسی، بثورات جلدی، یا اختلال روانی مبتلا شود، در این شرایط، جراح به علت آگاهی بیشتر پزشک خانواده از شرایط ویژه مهارت او در برخورد با اختلالات شایع، با او درباره‌ی درمان بیمار مشورت کند.

2. ارجاع موازی¹² (**Collateral referral**). در این نوع، مسئولیت کلی پزشک ارجاع دهنده حفظ می‌شود؛ اما بیمار را برای یک مشکل خاص ارجاع می‌دهد. ارجاع ممکن است طولانی مدت باشد، به عنوان مثال در گلوکوم مزمن، و یا کوتاه مدت و یا مشاوره برای مشکل روانی یا اجتماعی.

3. ارجاع متقاطع¹³ (**Cross-referral**). در این نوع به بیمار توصیه می‌شود که پزشک دیگری وی را بررسی کند. پزشکی که ارجاع به او صورت گرفته هیچ مسئولیتی در قبال مراقبت از بیمار نمی‌پذیرد. این وضعیت ممکن است پس از خود ارجاعی توسط بیمار و یا حتی بعد از ارجاع توسط پزشک خانواده رخ دهد. در هر صورت، این عمل باید متوقف شود، زیرا باعث اتلاف منابع و تضعیف روحیه بیمار می‌شود. اگر مشاوره احساس می‌کند که به نظر متخصص دیگری نیاز هست، باید قبل از هر گونه خود ارجاعی، به پزشک ارجاع دهنده اطلاع دهد.

4. ارجاع تقسیم شده¹⁴ (**Split referral**). این مشکل در فعالیتهایی که نیاز به چند تخصص وجود دارد دیده می‌شود، وقتی مسئولیتی کمابیش برابر، بین دو یا چند پزشک تقسیم می‌شود؛ مثلاً یکی برای دیابت بیمار، دیگری برای بیماری اسکیمیک قلب بیمار. خطر این نوع مراقبت این است که هیچ کس نمی‌داند که چه کسی در برابر بیمار مسوولیت کلی را دارد.

خطر مراقبت تقسیم شده، تقسیم مسئولیت است که ممکن است منجر شود تصمیم‌گیری در مورد مدیریت بیمار بدون درک روشن از مسئول آنها صورت گیرد. اگر چه کار تیمی برای مراقبت خوب از بیمار لازم است، تیم‌ها نباید تصمیم‌گیری کنند. همیشه باید روشن شود چه کسی برای تصمیم‌گیری‌های بالینی، مسئول بیمار است (2).

3-1-3- اجزای نظام ارجاع:

1- سیستم بهداشت و درمان¹⁵ (Health system)

➤ ارائه دهندگان خدمات (بخش دولتی و خصوصی) و کیفیت مراقبت

• تقویت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه

- واضح بودن سطح و نقش هر یک از تسهیلات
- در دسترس بودن پروتکل های مراقبتی برای وضعیت های مختلف برای هر سطح از تسهیلات
- در دسترس بودن روشهای ارتباطی و حمل و نقل
- انتظارات عملکرد
- توقع برای ارجاع مناسب و پروتکل های مراقبتی برای پیگیری های بعدی
- توقع برای پایبندی کارکنان بهداشتی و مراجعین به نظم و انضباط ارجاع
- نظارت منظم و ظرفیت سازی
- درگیر کردن سایر سازمانها
- وزارت بهداشت
- دانشکده های پزشکی و پرستاری
- انجمن های پزشکی و پرستاری

2- تسهیلات آغازین

- مراجعین و وضعیت آنها
- پروتکل مراقبتی از یک بیماری در آن سطح از خدمات
- درمان و تثبیت وضعیت مراجعه کننده و ارائه ی درمان به صورت مستند
- تصمیم به ارجاع

3- نکات مربوط به ارجاع¹⁶ (Referral practicalities)

- فرم ارجاع به سطح بالاتر
- ارتباط با تسهیلات دریافت کننده ارجاع (روند آن دقیقاً رعایت گردد)
- ارائه اطلاعات به مراجعه کننده و خانواده / شبکه حمایتی
- دلایل و اهمیت ارجاع، خطرات عدم ارجاع
- چگونگی دریافت تسهیلات - از نظر محل و حمل و نقل
- چه کسی باید فرد ارجاع داده شده را ویزیت کند
- پیگیری بعدی در زمان برگشت
- همدلی و درک مفاهیم برای مراجعه کننده و خانواده / شبکه حمایتی
- ترس

- هزینه ی حمل و نقل، درمان و اقامت خانواده
- ثبت کردن ارجاعی که صورت گرفته است برای پایش پیگیری ها و جمع آوری اطلاعات آماری

4- تسهیلات پذیرنده

- پیش بینی ورود فرد و دریافت فرم ارجاع
- رایحه مراقبت مستند کردن درمان ارائه شده

- برنامه ریزی برای توانبخشی و یا پیگیری با مراجعه کننده و خانواده/شبکه حمایتی
- فرم برگشت ارجاع
- بازخورد به مرکز ارجاع دهنده برای نشان دادن تناسب ارجاع
- ثبت کردن ارجاع برای پایش پیگیری ها و جمع آوری اطلاعات آماری

5- نظارت و ظرفیت سازی¹⁷ (Supervision and capacity building)

- نظارت برارجاعات (به سطح بالا یا برگشت ارجاع)
 - تعداد و تناسب ارجاعات-انطباق با پروتکل ها
 - کیفیت مستند سازی
 - ثبات پیگیری ها
- ارائه بازخورد، پشتیبانی و آموزش کارکنان بهداشت و درمان
- ارائه بازخورد به مرکز

4-1-3-شرح اجزای نظام ارجاع

- 1- سیستم بهداشت و درمان
 - ارائه دهندگان خدمات (بخش دولتی و خصوصی) و کیفیت مراقبت
- برای اینکه یک سیستم ارجاع در بهترین حالت خود فعالیت نماید، ارتباطات بین ارائه دهندگان خدمات می‌باید رسمی شود و فرایند ارجاع مورد توافق همه باشد. همه سطوح نظام سلامت، از جمله خدمات بهداشتی اولیه، باید عملکرد مناسب داشته باشند. برای این منظور هر یک از تسهیلات زیر لازم است :

- نقش‌ها ، مسئولیت ها و محدودیت های خود را واضحاً بدانند.
- داشتن پروتکلی که به راحتی در دسترس و شامل مراقبت برای هر سطح از خدمات باشد.
- وسایل مناسب ارتباطی و حمل و نقل داشته باشند. ارتباطات به طور کلی توسط فرم ارجاع برقرار می‌گردد؛ اما ممکن است علاوه بر این به وسیله تلفن و یا فکس نیز انجام شود. که در آن دولت قادر به ارسال یک آمبولانس برای مراکز بهداشتی درمانی است، یک سیستم مبتنی بر جامعه برای حمل و نقل گاهی اوقات ممکن است امکان پذیر باشد.

دور زدن سطوح پایین تر خدمات توسط مراجعه کنندگان یک مشکل شایع است که منجر به ازدحام بیش از حد در سطوح بالاتر میشود. بهبود دسترسی به منابع و ارتقا کیفیت مراقبت در سطوح پایین تر در اولویت اول است. تقویت خدمات بهداشتی اولیه برای جذاب تر شدن و اعتبار نزد مراجعه کنندگان، ضروری است.

در خدمات غیر بستری، سیستم های صف بندی را برای جدا کردن و رسیدگی سریع به بیماران می توان طراحی کرد. به افرادی که سطوح پایین تر خدمات را دور زده اند توضیح داده می شود که باید صبر کنند (اما موارد اضطراری و موارد بسیار جدی همیشه باید بی درنگ رسیدگی شوند). علاوه بر این ممکن است برای جلوگیری از استفاده غیر ضروری از این امکانات گرانتی، گرفتن جریمه از کسانی که بدون نامه ارجاع به این مراکز مراجعه میکنند یا خودشان - بدون داشتن دلیل واضح مبنی بر نیاز و ضرورت برای استفاده از خدمات- به مراکز سطح بالاتر مراجعه میکنند، کمک کننده باشد.

در مناطق شهری، داشتن خدمات اولیه و ثانویه در مکان های جداگانه (اما نزدیک به هم) اجرای دقیق سیاست ارجاع را در تسهیلات درمانی ثانویه امکانپذیر می نماید.

ارتباطات عمومی مناسب و آموزش برای اطلاع رسانی به عموم مردم برای اینکه بدانند چگونه، کجا و کی باید مراقبت های بهداشتی را در سطوح مختلف دنبال کنند، ضروری است. همچنین کمک می کند مردم مطمئن شوند که امکانات سطوح پایین تر برای ارایه مراقبت با کیفیت قابل قبول در زمان مورد، کفایت می کند.

➤ انتظارات عملکرد و درگیر کردن سایر سازمانها

یک سیستم ارجاع در صورتی به طور موثر عمل خواهد کرد که تمام ارائه دهندگان خدمات، به قوانین ارجاع در جهت ارجاع مناسب، پایبند باشند و همگی پروتکل توافق شده مراقبتی را دنبال نمایند. پایش آمار ارجاعات، وظیفه سازمان های نظارتی و ناظران بر تسهیلات است و نیز ارائه بازخورد مناسب الزامی است. مقامات بهداشت و درمان ملی (به عنوان مثال وزارت بهداشت و درمان) باید از ناظران بخواهند که فعالیت منظمی در جهت اطمینان از بهبود تدریجی نظام ارجاع انجام دهند. برای رسیدن به این سطح از عملکرد حرفه ای باثبات، نیز نیاز به آموزش مناسب در دانشکده های پزشکی و

پرستاری و مشارکت انجمن های حرفه ای پزشکی و پرستاری در تعیین استاندارد برای فرآیندهای ارجاع است.

2- تسهیلات آغازین

- هنگامی که یک مراجعه کننده به مرکز بهداشتی مراجعه داشته ، رسیدگی سریع توسط کارکنان بهداشتی بسیار مهم است. با آنها با احترام رفتار کرده ، حریم خصوصی و محرمانه بودن را حفظ نمایند، به اعتقادات فرهنگی آنها احترام بگذارند، و نیازهای آنها را به خوبی شناسایی نمایند.
- اگر پروتکل های مراقبت درمانی در کشور استفاده می شود، پرسنل بهداشت و درمان در سطح خدماتی خودشان، به دسترسی به موقع، و بسیار راحت به پروتکل های منطقه ای یا ملی مورد توافق نیاز، دارند. پروتکل ها باید همه موقعیت های محتمل برای ارجاع را در نظر بگیرند و جزئیات ارجاع و اطلاعات مربوط و مدارک مورد نیاز باید با مراجعه کننده ارسال شود.
- کارکنان بهداشت و درمان، باید مراجعه کننده را ارزیابی و اطلاعات لازم و مرتبط را جمع آوری کنند و هر گونه مراقبت لازم را که رایج آن برایشان در این سطح امکانپذیر است رایج کنند. در شرایط اورژانس، کارکنان بهداشت و درمان باید تمام عملکردهای حفظ کننده حیات را انجام داده، از ایجاد آسیب بیشتر جلوگیری نمایند. تصمیم گیری برای ارجاع پس از آن است که پرسنل بهداشت و درمان اطلاعات مرتبط لازم برای استفاده از پروتکل (که به عنوان یک راهنما است) را جمع آوری و تجزیه و تحلیل کنند. تصمیم گیری برای ارجاع بیمار به این معنا نیست که پرسنل بهداشت و درمان بی کفایت یا بد هستند.

3- نکات مربوط به ارجاع

➤ فرم ارجاع استاندارد باید به گونه ای باشد که در سراسر شبکه، ارائه دهندگان خدمات، اطلاعات ضروری درابتدای ارجاع را فراهم نمایند. فرم ارجاع به منظور تسهیل ارتباطات در هر دو جهت است - تسهیلات شروع کننده هم باید قسمت بالای فرم ارجاع به خارج را تکمیل کنند- به هر بیمار ارجاع داده شده، باید نوشته ای کتبی از یافته های بالینی، هر نوع درمانی که قبل از ارجاع تجویز شده و دلایل خاص ارجاع، داده شود. فرم ارجاع باید به همراه مراجعه کننده به مقصد ارجاع، ارسال گردد.

➤ در برخی شرایط، ممکن است برقراری ارتباط با مرکز پذیرنده ارجاع یا تعیین یک وقت ملاقات برای ارجاع لازم باشد. گاهی مرکز پذیرنده باید منتظر یک بیمار اورژانس باشد. اگر مراجعه کننده بسیار بد حال است، ممکن است لازم باشد یکی از پرسنل مرکز بهداشتی درمانی به همراه آنها به تسهیلات دریافت کننده برود.

➤ تصمیم به مراجعه ممکن است برای مراجعه کننده و خانواده‌ی او ترسناک و یا ناراحت کننده باشد. پس، همدلی و ارائه اطلاعات مربوط توسط کارکنان بهداشتی درمانی مهم است. اطلاعاتی مانند:

- دلایل و اهمیت ارجاع، خطرات مرتبط با مراجعه نکردن
- چگونگی رسیدن به تسهیلات مقصد، محل آن و چگونگی انجام حمل و نقل
- آنجا چه می بینند و آن چه به احتمال زیاد رخ خواهد داد

• فرایند پیگیری پس از بازگشت
➤ کارکنان بهداشتی درمانی می توانند دردردک علل ارجاع با مراجعه کننده یا خانواده و یا شبکه حمایتی او، همدلی کنند. مراجعه کننده ممکن است دچار یکی از حالات زیر شده باشد :

- ترس از ناشناخته ها، وحشت از بدتر شدن بیماری و یا حتی مرگ
- نگرانی در مورد هزینه‌ی حمل و نقل، درمان و محل اقامت خانواده

• نگرانی در مورد ترک محل کار
➤ هر یک از تسهیلات شبکه ارجاع باید دارای ثبت ارجاع برای پیگیری تمام ارجاعات باشند. اطلاعات ثبت شده برای پایش الگوهای ارجاع و روند آنها استفاده میشود. ثبت ارجاع استاندارد در سراسر شبکه ارائه دهندگان خدمات می تواند این امر را تسهیل نماید.

4- تسهیلات پذیرنده

➤ اگر به مرکز پذیرنده از قبل اطلاع رسانی صورت پذیرفته باشد، می‌تواند ورود مراجعه کننده‌ی دارای فرم ارجاع را پیش بینی کند. آنها از اطلاعات فرستاده شده که در فرم ارجاع ثبت شده، برای شروع ارزیابی کامل از مراجعه کننده و شروع درمان استفاده میکنند.

➤ مرکز پذیرنده از منابع خاص خود برای ارائه مراقبت با کیفیت بالا استفاده می‌کند و اسناد و مدارک را با توجه به استانداردهای مورد توافق حفظ میکند.

➤ در زمان پیشرفت درمان، مرکز پذیرنده، برنامه توانبخشی و یا پیگیری را به همراه مراجعه کننده، خانواده و یا شبکه حمایتی او برنامه ریزی می کند.

➤ هنگامی که مراقبت های مراجعه کننده در سطوح بالاتر به پایان رسید، برگشت ارجاع به مرکز اصلی مهم است. مرکز پذیرنده، قسمت پایین فرم ارجاع را کامل می کند. این ارتباط شامل اطلاعات مربوط به مطالعات ویژه، یافته ها، تشخیص و درمان ارایه شده توسط مرکز سطح بالاتر و همچنین پیگیری های مورد انتظار در سطوح پایین یا بالاتر است. برگشت ارجاع را می توان توسط مراجعه کننده به تسهیلات آغاز کننده تحویل داد، اما می توان با فکس و یا پست الکترونیک نیز ارسال کرد. این ارتباط نه تنها منجر به ارایه ی مراقبت مناسب به بیمار اطمینان از پیگیری مناسب است، بلکه موجب آموزش مداوم به کارکنان تسهیلات آغاز کننده و کارکنان خود آن مرکز می شود.

➤ سوپروایزور باید تحویل برگشت ارجاع به بیمار را، بررسی کند و اگر برگشت ارجاع به بیمار تحویل داده نشده، کارکنان مربوط در تسهیلات سطوح بالاتر را بیابد تا اطلاعات مناسب برگشت ارجاع را از آن مرکز اخذ نماید.

➤ **مرکز پذیرنده** همچنین می تواند نظرات خود را در مورد تناسب ارجاع به مرکز آغازین بازخورد دهد. اگر هر گونه موضوعی در مورد نیاز به ارجاع، زمان و سرعت ارسال اطلاعات وجود دارد، ارایه بازخورد از سطوح بالاتر به مرکز آغازین اهمیت دارد. این کار باعث می شود سطوح پایین تر، درباره ی فرآیندهای ارجاع در آینده، بهتر عمل نمایند.

➤ **مرکز پذیرنده** باید ثبت ارجاعات را خودش انجام دهد. (ارجاع به سطوح بالاتر یا پایین تر از همان مرکز).

5- نظارت و ظرفیت سازی

مدیران مرکز و سوپروایزورها در تمام سطوح باید تمام ارجاعات را پایش نمایند (ارجاعات به مرکز و از مرکز در هر ماه). معمولاً بین 5٪ و 10٪ از مراجعینی که در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه ویزیت میشوند به یک سطح بالاتر برای خدمات تشخیصی یا مراقبت های تخصصی تر ارجاع داده خواهند شد. ناظران باید:

- کسانی را که بدون ارجاع می توانستند در همان تسهیلات به خوبی درمان شوند شناسایی کنند.
- شناسایی مواردی که باید ارجاع می شدند، اما در همان محل درمان شدند.
- بررسی برگشت ارجاع، و اینکه اطلاعات آن کافی است یا نه.

➤ پیگیری بیمارانی که ارجاع شده اند؛ ولی پس خوراندی مبنی بر این که بیمار به سطح بالاتر رسیده است، دریافت نشده باشد.

➤ شناسایی مسائل مربوط به زمان، سرعت و کامل بودن اطلاعات ارسال شده

نتایج حاصل از این تجزیه و تحلیل ها را می توان در جلساتی با بیمارستان و کارکنان درمانگاه مطرح نمود. به بحث گذاشتن این مسائل باعث می شود کارکنان متوجه شوند که چه اقداماتی مشکلات مربوطه را حل می کند این موضوع ممکن است شامل آموزش بالینی یا تقویت بخش های خاصی از نظام ارجاع و یا روش های آن باشد. مدیران مرکز و سوپروایزورها باید مطمئن شوند که چنین مواردی پیگیری شده و بر اساس آن ها اقداماتی صورت پذیرفته است. آموزش ضمن خدمت و ظرفیت سازی را می توان با نظارت خوب تقویت کرد.

درمان طولانی مدت بیماری های مزمن مانند دیابت، فشار خون بالا، تشنج و بیماری های روانی را می توان در مراکز بهداشتی و درمانی با منابع مناسب مدیریت نمود. این کار هم باعث اطمینان از کیفیت بالای مراقبت از مراجعین می شود هم سبب راحتی بیشتر و اعمال بارکمتر بر مراجعین وسطوح بالاتر نظام سلامت است.

6- بهبود مستمر کیفیت

سیستم ارجاع باید همگام با تجربیات حاصل شده و به منظور بر آوردن اهداف نظام سلامت، امکان تغییر برای بهبود را داشته باشد. ممکن است به صورت دوره ای، نیاز به تجزیه و تحلیل عملکرد نظام ارجاع، فراتر از نگاه کردن به الگوهای آماری و روندها وجود داشته باشد. برای ارزیابی وضعیت و محدودیت ها، می توان از روش ارزیابی سریع استفاده کرد و تجربیاتی در این زمینه در برخی کشور ها وجود دارد. این روش می تواند به صورت سازگار با طیف نظام ارجاع برای یک منطقه یا کل کشور، و یا متمرکز بر یک تخصص و یا یک مکان خاص، بومی سازی شود. (1).

2-3-مشاوره

یکی از مهمترین وظایف پزشکان خانواده استفاده از کلیه منابع پزشکی و اجتماعی برای بهبود سلامت بیماران است. در صورتی که پزشک خانواده درتداوم روند درمان مسوولیت پذیر نباشد ، آنگاه ارائه خدمات درمانی متخصصین به

صورت ناهماهنگ و غیر یکپارچه، هم بی فایده و هم خطرناک است. برقراری ارتباط موثر با سایر همکاران مهارتی ضروری برای پزشک خانواده است. شکست در برقراری ارتباط حتی می تواند برای بیمار مخاطره آمیز- به صورت یک بیماری تشخیص داده نشده و یا خطا در درمان - باشد. در پیچیدگی های طب مدرن، خطر پراکندگی مسئولیت وجود دارد. برای از بین بردن مسئولیت منقسم و روشن شدن خطوط ارتباطی میان همکاران حرفه پزشکی در زیر توضیحاتی داده شده است.

در مشاوره، پزشک خانواده ی مسئول بیمار، نظر همکار خود را درباره ی بیمار می پرسد. فرد مورد مشورت ممکن است یک متخصص، پزشک خانواده و یا یکی از کارکنان بهداشت و درمان باشد. مسوولیت بیمار هیچ گاه با مشاور نیست مگر اینکه به دنبال مشاوره، ارجاع صورت پذیرد. در غیر اینصورت همیشه مسوولیت برای پزشک مشورت کننده باقی است. معمولاً، از طرف پزشکان عمومی به متخصصان درخواست مشاوره می شود. مهم است بدانیم انواع دیگر مشاوره هم ممکن است صورت گیرد. پزشک خانواده ممکن است به دنبال نظر یکی دیگر از پزشکان خانواده باشد که در یک حیطه خاص، علاقه و تخصص دارد. یک متخصص ممکن است به دنبال ارجاع، نکاتی را از پزشک خانواده بیمار بپرسد.

1-2-3- مشاوره اثربخش

برای اثر بخش بودن مشاوره:

1. پزشک درخواست کننده ی مشاوره باید به طور مستقیم با مشاور ارتباط برقرار کند. در اغلب موارد، ارتباط باید کتبی باشد: به صورت یک نامه یا یک نوشته ی منطبق با چارت بیمارستان و یا یک فرم خاص طراحی شده یا پست الکترونیک. زمانی که درخواست مشاوره فوری است، مثل مشاوره جراحی برای بیمار مبتلا به شکم درد حاد، ارتباط تلفنی جایگزین پذیرفته و مناسب است. شکل ایده آل مشاوره، مشاوره با حضور فرد مشاوره کننده و بیمار با هم است.

2. نامه درخواست مشاوره باید شامل: مشکلات مهم بیمار، لیست یافته های اصلی بالینی، بررسی های انجام شده، تمام داروهای تجویز شده و هدف مشاوره باشد. علل مراجعه، زیاد و متنوع هستند: برای کمک به تشخیص، توصیه ی یک دوره ی خاص درمان، اینکه آیا یک آزمایش یا یک یافته ی فیزیکی اهمیت دارد یا خیر و یا تنها برای اطمینان دادن به بیمار. مشاور باید دقیقاً بداند سوال مورد درخواست

چیست وگرنه ممکن است زمان زیادی برای بررسی های غیر ضروری تلف شود.

- 2- دلیل مشاوره باید به بیمار توضیح داده شود.
- 3- مشاور باید به سرعت پاسخ ارجاع را ارسال نماید و یافته های خود و یا نظر خود را اعلام نماید. اگر مشاور نمی تواند نظر بدهد و فکر می کند که مشاور دیگری مناسب خواهد بود، باید به پزشک ارجاع دهنده اطلاع دهد. پزشک مشاور نباید بیمار را به مشاور دیگری از طرف خودش ارجاع دهد.

2-2-3- تصمیم برای مشاوره و عوامل موثر بر آن:

در بسیاری از کشورها، به نظر می رسد تاثیر بیمار بر تصمیم گیری برای ارجاع، زیاد است. مشکل هنگامی رخ می دهد که بیمار خودش از ابتدا، درخواست مشاوره می کند. اگر پزشک به خود مطمئن نباشد، ممکن است این را به عنوان بی اعتمادی بیمار به خودش تفسیر کند. این احساس حقارت ممکن است به رد کردن و یا مقاومت در برابر درخواست بیمار و یا به موافقت با آن توأم با یک احساس ناخوشایند منجر شود. درخواست بیمار برای اخذ نظر فرد دیگر باید همیشه جدی گرفته شود. اگر درخواست برای مشاوره و کمک گرفتن از نظر پزشک دیگر از اول در ذهن پزشک شکل گیرد و آزادانه با بیمار درمورد آن صحبت کند، این حالت اتفاق نمی افتد.

عدم مشورت در موقع لازم، اغلب به دو علت رخ می دهد: پزشک محدودیت های خود را نپذیرفته باشد و یا احساس کند که مشاوره و ارجاع یک ضعف شخصی است.

مشکل بعدی زمانی رخ می دهد که نظر پزشک مشاوره کننده مخالف با نظر مشاور باشد.

واقعیت این است که در هنگامی که پزشک و مشاور اختلاف نظر دارند، دانش و تجربه ی مشاور در مقابل اطلاعات پزشک خانواده از بیمارارش تعدیل میشود. دو راه وجود دارد، اول اینکه پزشک خانواده می تواند در مورد موضوع مورد اختلاف آشکارا با مشاور صحبت کند و دوم اینکه زمانی که فوریتی در کار نیست، ممکن است پزشک، بیمار را برای بررسی مجدد بفرستد، چون ممکن است در بررسی مجدد، موضوع مورد اختلاف حل شود. اگر موضوع باز هم پایان نیافت، پزشک خانواده باید بیمار در مورد

ختلاف نظر با بیمار صحبت کند و اگر بیمار بخواهد، پیشنهاد کند که نظر فرد سوم را هم بپرسند. (2)

3-3- ارزیابی و پایش سیستم ارجاع

سیستم ارجاع به طور فزاینده در سیستم های بهداشتی کشورهای در حال توسعه در جهت یکپارچه سازی خدمات، در حال پیشرفت است. هدف ارزیابی و نظارت منظم بر سیستم ارجاع: حصول اطمینان از اینکه فرآیندهای زیر بنایی کارکرد درستی دارند، ارائه دهندگان، مراجعه کنندگان را به خدماتی که نیاز دارند می‌رسانند، و این که مراجعه کنندگان قادر به دسترسی به یک بسته جامع از سلامت و خدمات مرتبط هستند. مدیران برنامه می‌بایست با ابزار، راهنماها، و مهارت های مورد نیاز برای ارزیابی و نظارت اثربخش بر سیستم های ارجاع آشنا باشند. برای این منظور میتوان ابزار ارزیابی و نظارت بر سیستم ارجاع را طراحی نمود.

ابزار ارزیابی و نظارت بر سیستم ارجاع شامل دو قسمت اصلی است:

- 1- ارزیابی سیستم ارجاع: برای فهم عمیق از چگونگی انجام فرآیند ها و مکانیسم های ارجاع در زمان خاص
- 2- پایش نظام ارجاع: برای تولید داده های روتین درمورد فراوانی ارجاعات انجام شده و تکمیل شده

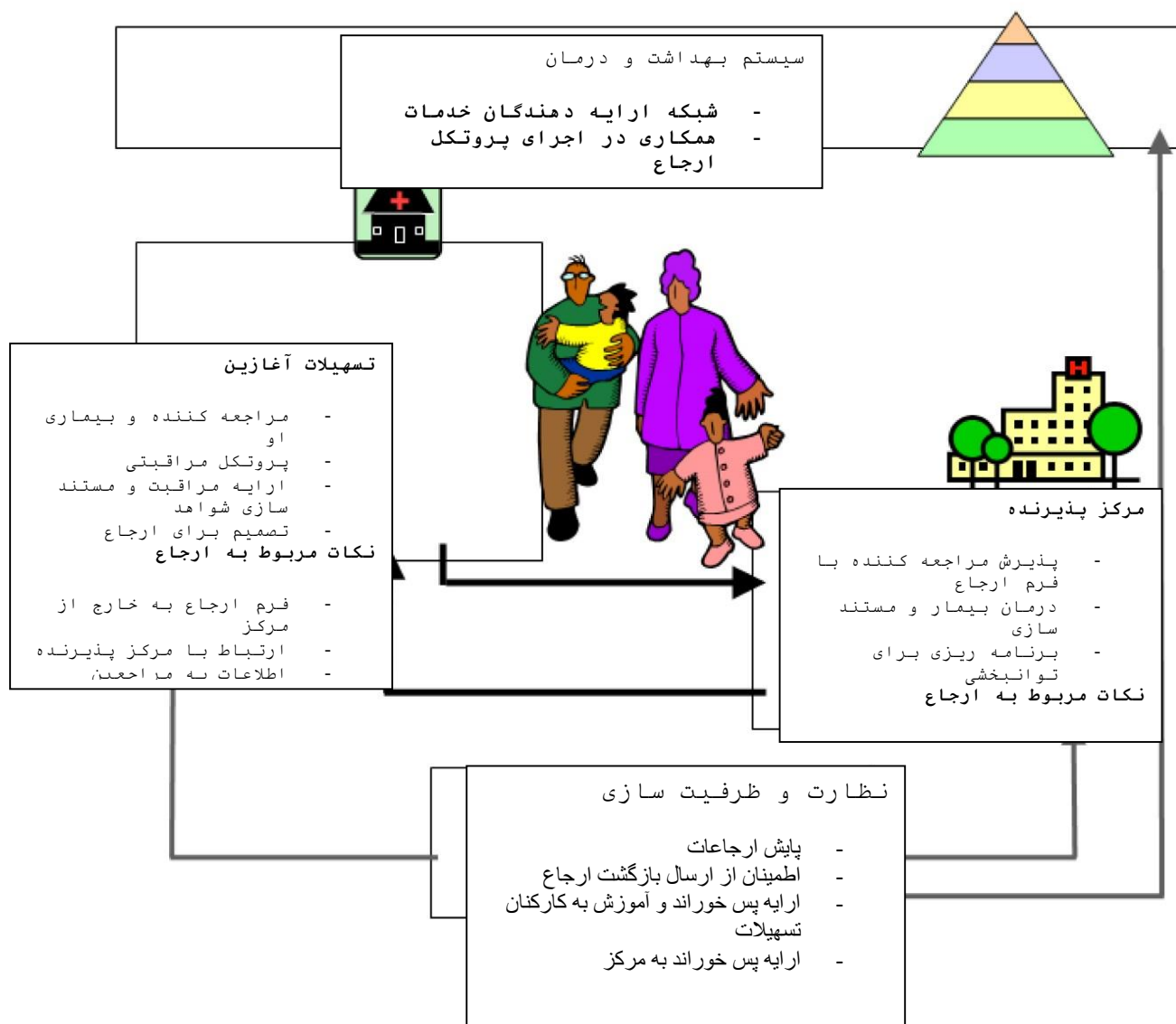
پایش نظام ارجاع ، اجازه می دهد تا مدیران برنامه از تعداد دفعات ارجاع به خدمات مختلف، نوع خدماتی که اغلب ارجاعات به آن انجام شده مطلع شوند و نیزاین که آیا مراجعه کنندگان قادر به استفاده از ارجاع بوده اند و اینکه آیا پیگیری کافی پس از خدمت ارائه شده است یا نه. نظارت می تواند در شناسایی مشکلات سیستم، مانند ارائه دهندگانی که بیماران

را ارجاع نمی‌دهند، خدماتی که کم تر از حد یا بیش از حد استفاده میشود کمک کننده باشد.

ابزار مناسبی توسط *United States Agency for International Development (USAID)* برای ارزیابی و پایش نظام ارجاع منتشر شده است، هر چند در اصل این ابزار برای ارزیابی و نظارت بر سیستم های ارجاع HIV / AIDS طراحی شده بودند. با این حال، می توان آنها را برای هر نوع نظام ارجاعی صرف نظر از نوع خدمات ارائه شده و یا پیکربندی شبکه ارجاع استفاده کرد. اطلاعات بیشتر در مورد اجزای این ابزار ارزیابی و پایش در فهرست منابع موجود می‌باشد. (3)

شکل شماره 1: روند سیستم ارجاع

"WHO. Referral systems—A summary of key processes" to guide health services managers



References :

1. Organization WHO. Referral systems—A summary of key processes to guide health services managers. Retrieved on.12.12.2015

2. TEXTBOOK OFFAMILY MEDICINE . Ian R. McWhinney, Thomas Freeman. Oxford University Press. Third Edition. 200. P379-86
3. <http://www.cpc.unc.edu/measure/resources/publications/ms-13-60>

فصل چهارم

تعامل پزشک- بیمار در نظام پزشک خانواده

روابط انسانی¹ موضوعی پیچیده، چندبعدی و سیال است. ارتباط انسانی یکی از پدیده‌های پیچیده است که از چشم‌اندازهای نظری قوی و مبتنی بر مبانی متفاوت مورد توجه قرار می‌گیرد (1). در تعاملات انسانی، معنا و تجربه‌ی زیسته‌ی انسان‌ها از طریق فرایندهای ارتباطی و در جهت رسیدن به معنای مشترک، مبادله می‌شود. ویژگی روابط انسانی این است که در آن، انسان‌ها عناصر و عوامل رابطه و تبادل معنا می‌باشند. علاوه بر این، از آن‌جا که انسان ناگزیر از تعاملات اجتماعی است، روابط انسانی به ما کمک می‌کند که نیازهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و ... خویش را پاسخ دهیم. "ما نیازمند ارتباط هستیم و به دلیل سرشت خود و با انتخاب خویش رابطه‌ای را آغاز می‌کنیم. ما برای برطرف کردن مجموعه‌ای از نیازهای فیزیکی، هویتی، اجتماعی و اهداف عملی؛ از ارتباط استفاده می‌کنیم. زمانی که این مسئله به ارتباط و نیازهای فیزیکی مربوط می‌شود، اهمیت وجود یا عدم وجود آن در پیوند با سلامت فیزیکی نشان داده می‌شود (2). از این‌جهت، روابط انسانی منبع و ابزاری برای توان‌مندی انسان‌ها قلمداد می‌شوند. "روابط انسانی، توسعه مهارت‌هایی است که در پی آن فرد می‌آموزد چگونه خود را با محیط اجتماعی تطبیق دهد" (فرح‌بخش، 1388: 3). در این تعاملات و روابط، ارزش‌ها، معنای و تجربیات انسانی به اشتراک گذاشته می‌شود و تلاش بر این است که بیشترین معنای بین ذهنی کسب شود.

در دایره المعارف مجازی آکسفورد² ارتباطات عبارت است از: "ارائه یا مبادله اطلاعات از طریق سخن گفتن، نوشتن یا دیگر واسطه‌ها" (3). پس، انتقال اطلاعات به هر روشی، نوعی ارتباط است و این اطلاع ضرورتاً نباید با گفتن یا نوشتن باشد، بلکه هر عنصر و جزئی که در جامعه انسانی، معنا را

1 . Anthroposemiotic or Human Communication
2 . Oxford Dictionary Online

انتقال دهد، یک جزء یا عنصر ارتباطی تلقی می‌شود. کاتل³ با توجه به تعریف دایره المعارف اکسفورد تعریفی اینچنین از ارتباط ارائه کرده است: "ارتباط، فرایند گفتگوی بین دو فرد است، به‌طوری که یکی از آن‌ها اغراض و مقاصد خود را به‌گونه‌ای شفاف و غیرمبهم بیان می‌کند و طرف مقابل نیز معنای کامل و مناسب را دریافت می‌کند. به عبارت دیگر، یک نفر بیان می‌کند و طرف مقابل متوجه می‌شود و می‌فهمد" (4).

همچنین، دایره المعارف مجازی مریم وبستر⁴ تعریف مشابهی دارد: "کنش یا فرایند انتقال اطلاعات (درباره ایده‌ها، نقطه نظرات، احساسات یا رفتار عینی) (5). بنابراین، ارتباط بین دو فرد (انسان) بر فرایندی تأکید دارد که از طریق آن معانی انتقال می‌یابد. با وجود اینکه بین دو فرد، دو شکل غالب ارتباطی (زبانی و غیرزبانی) برقرار می‌شود؛ یکی از حوزه‌ها و سازمان‌هایی که موضوع روابط انسانی در آن اهمیت زیادی دارد، نظام خدمات درمانی است. در نظام خدمات درمانی، با حرف و مشاغل مختلف و متفاوتی هستیم که بین عاملان و کنشگران در هر منصب شغلی با کنشگران دیگر مشاغل، تعاملاتی در حال انجام است. علاوه بر این بین شاغلان این نظام خدمات با مشتریان آن یعنی بیماران نیز تعاملات گسترده‌ای در حال انجام است. در این میان تعامل و رابطه پزشک و بیمار به علت موضوع و هدف نظام خدمات درمانی - یعنی بهبودی و حل مسئله بیمار- از درجه اهمیت بالایی برخوردار است. "محور مرکزی که حول نظام مراقبت بهداشتی دور می‌زند، رابطه پزشک و بیمار است" (4). رابطه پزشک-بیمار اصل ابتدایی تمام خدمات سلامت مدرن است. هنگامی که ما شروع می‌کنیم و زمانی که موضوع را به پایان می‌بریم، این موضوع وجود دارد. از ابتدای پزشکی مدرن تاکنون، مراقبت سلامت دربرگیرنده تعامل بین دو نوع انسان است، فردی که در جستجوی کمک و مشاوره است معتقد است قادر به کمک کردن است (6).

رابطه پزشک-بیمار، نه تنها عامل انتقال معنا بین دو انسان است، بلکه در اصل از آن‌جا که این معنا با یکی از حیاتی‌ترین مسائل انسان، یعنی سلامت وی در پیوند است، اهمیت بسیاری دارد. از همین رو این توجه طی سی سال اخیر و در تحقیقات نظام سلامت رو به افزایش بوده است (7). رابطه پزشک/بیمار نه فقط از جنبه‌های سازمانی و نهادی بلکه از بعد فردی و انسانی نیز دارای اهمیت فراوان است. این رابطه نه فقط به نقش درمانی پزشک، بلکه به اثر شفابخشی وی در تعاملات و ارتباط با بیمار نیز باز می‌گردد. "تأثیر درمانی تعامل بیمار- پزشک نقش محوری در تأثیر درمان در پزشکی دارد"

3. Kattel

4. Meryam Webster Dictionary Online

(8). به همین جهت است که امروزه بحثی جدی در حوزه درمان پزشکی با عنوان پزشکی روایی⁵ گشوده شده است که عمده تمرکز آن بر ارتباط درمانی⁶ است.

رابطه‌ی برابر و مبتنی بر انتقال معنای درست بین پزشک و بیمار کمک می‌کند که پزشک از بیمار خود اطلاعات بهتری راجع به بیماری و تأثیر آن بر زندگی وی دریافت کند و نیز باعث ایجاد درک و فهم متقابل و رسیدن به معنای مشترک می‌گردد (کلاته ساداتی و باقری لنکرانی، 1393). کاتل معتقد است که ارتباط در مراقبت بهداشتی اهداف چندگانه‌ای را دنبال می‌کند که هدف پیشگام آن حل مسائل بیمار از طریق تعامل ساده و شفاف بین پزشک و بیمار است. از طریق ارتباط، بیماران به فهم بهتری از مسائل خود می‌رسند، حتی اگر مشکل آن‌ها قابل حل نباشد. دوم این‌که رابطه پزشک و بیمار ابزاری برای دریافت اطلاعات است. از طریق ارتباط بین پزشک و بیمار، اطلاعات لازم برای درمان پزشکی فراهم می‌شود. بیماران قادر به انتقال احساسات و عواطف خود راجع به بیماری می‌شوند. فهمی دوطرفه به وجود می‌آید که انتظارات بیمار از پزشک و انتظارات پزشک از بیمار را برآورده می‌سازد. علاوه بر این داشتن اطلاعات لازم از بیمار، پزشک را قادر می‌سازد به منظور تحریک و متقاعد کردن بیماران با سبک زندگی بیماری‌شان. در نهایت نیز رابطه بین پزشک و بیمار، ایجاد رابطه پایدار است. تعامل بامعنا و مبتنی بر معنای مشترک پزشک-بیمار بحثی باز و رابطه‌ای مثبت را به وجود می‌آورد. "این رابطه باعث قوت قلب می‌شود و منبعی قدرتمند برای بهبودی و منبعی از تسلی خاطر است زمانی که بهبودی حاصل نشود" (4).

1-4- اهمیت تعامل پزشک-بیمار

رابطه پزشک بیمار از زوایای مختلفی قابل بحث و بررسی است.

نقش مهم دیگر رابطه پزشک-بیمار مربوط به خطاهای پزشکی است.

بسیاری از خطاها در تجربه پزشکی در اصل خطای در ارتباط است. پزشک در فهم معنای بیماران به خطا می‌رود و معنای خود را ارائه می‌دهد. فهم نادرست باعث خستگی پزشک و بیمار می‌شود که سطح اخلاق را پایین می‌آورد، موجب بروز نارضایتی بیمار، پزشکی غیرموثر، تضاد و دعوا و مرافعه می‌شود. ارتباط موثر یک مبناست. اگر ما در قدم اول مسائل بیمار را درک نکنیم، هر بررسی و درمان بعد از آن ممکن است خطا باشد (9).

5 . Narrative Medicine

6 . Communicative therapy

2-4- رابطه‌ی نابرابر در مقابل رابطه برابر (یک بحث در جامعه شناسی پزشکی)

به طور کلی پزشکی مدرن که تحت پارادایم اثبات گرایی توسعه پیدا کرده است، به رابطه نابرابر بین پزشک و بیمار مشروعیت می‌دهد. در جامعه شناسی پزشکی نظریه کارکردگرایی پارسونز به طور مشخص توجیه کننده این نابرابری است. پزشک- بیمار پرداخت (10). پارسونز، به بیماری، بیشتر به عنوان مفهومی اجتماعی توجه داشت تا امری زیست‌شناختی (11)، (12). مقصود از مفهوم اجتماعی، ارزیابی بیماری به عنوان موضوعی است که بیشتر نتیجه فرایندها و مفاهیمی است که در جامعه شکل می‌گیرند. لذا، به جز پزشکان افراد دیگری هم می‌توانند به موضوع سلامت و بیماری ورود کنند.

از آنجا که در سنت کارکردگرایی، عناصر نظام اجتماعی یا خرده‌نظام‌های آن اهمیت زیادی دارند، مبنای نظریه‌ی پارسونز نیز مفهوم نقش است. در اینجا همه‌ی اجزای نظام سلامت و از جمله پزشک و بیمار از این جهت که نقش خاصی در نظام اجتماعی دارند، اهمیت پیدا می‌کنند. برای پارسونز، بیماری پدیده‌ای در اصل اجتماعی و مرتبط با ساختار نقش است. وی معتقد است زمانی که مردم بیمار می‌شوند، یک نقش اجتماعی دارند، "نقش بیمار"؛ که مسیری است برای ارتباط آن‌ها به پزشک. اگر پزشک بیماری را تأیید کند، فرد بیمار از مسئولیت‌های اجتماعی و وظایف بهنجار خود معاف می‌گردد. بیماری در این برداشت، همچون جرم، شکلی از انحراف از نقش هنجاری است و مخرب اجتماع است. همچون جرم، بیماری نیز مسئله‌ای در موضوع کنترل اجتماعی است و پزشک، یک عامل کنترل است که ورود به نقش بیمار را قاعده‌مند می‌کند (13).

از آنجا که لازمه یک نظام بسامان، انجام درست نقش‌ها توسط عوامل اجتماعی است، به طوری که کارکرد کل نظام به درستی انجام گیرد؛ "پارسونز به توصیف نقش‌های پزشک و بیمار به عنوان یک مدل "الگوی آرمانی" پرداخته است" (11). در این سنت، بیماری یک تجربه‌ی ناخواسته است که تأثیرات مخربی بر گروه و جامعه دارد. لذا، بیماری، شکلی از رفتار انحرافی است که مانند جرم نیاز به یک پاسخ اجتماعی دارد. به عبارت دیگر، بیماران، برای آن‌که بیمار جلوه نکنند، شکل ویژه‌ای از رفتار انحرافی از آنان سر می‌زند. لذا نظام اجتماعی باید به طریقی مانع این انحراف گردد. این کار از طریق نهادینه کردن نقش بیمار در هر جامعه صورت می‌گیرد. بدین منظور، پارسونز چهار ویژگی برای نقش بیمار طرح می‌کند تا بتوان انحراف از نقش را به حداقل رساند و بیماران را هر چه زودتر به جامعه برگرداند؛ این چهار ویژگی عبارتند از:

1. به بیماران اجازه داده می‌شود که به طور موقت از نقش‌های دیگر دست بکشند، یا دست کم، شرکتشان را در این نقش‌ها کاهش دهند.
2. فرض بر این است که بیماران، هر چند به رفتار انحرافی مبادرت می‌ورزند، نمی‌توانند تنها از طریق میل به رهایی از بیماری، خوب شوند.
3. از بیماران انتظار می‌رود که وضعیت خود را نامطلوب تعریف کنند.
4. از بیماران انتظار می‌رود توصیه‌های افراد شایسته در حوزه مراقبت‌های بهداشتی را جویا شوند و این توصیه‌ها را دنبال کنند (کوئن، 1390: 227-28).

این چهار ویژگی، چهار جزء قاعده کلاسیک پارسونز در نظریه نقش بیمار هستند. لازمه یک نظام سامان‌مند این است که بیماران چهار قاعده فوق را بپذیرند و از هر نوع انحراف از نقش که نتیجه آن طولانی شدن بیماری و از کارافتادگی بیشتر است، پرهیز کنند.

در این نظریه، پزشک، محور تعیین‌کننده‌ی برچسب سلامتی است. بدین معنا که پزشک به عنوان کسی که از دانش و آگاهی لازم برخوردار است، می‌تواند تشخیص دهد که یک فرد بیمار است و بنا به همین تشخیص، بیمار موظف به پذیرش نقش بیمار است. طبق نظر پارسونز، فرد همین که بیمار معرفی شد، از پاسخگویی اجتماعی معاف است و دیگران نیز باید این موضوع را بپذیرند. از آنجایی که در سنت کارکردگرایی، نقش افراد بنا به اهمیت و کارکردشان از یک سو و بنا به میزان برخورداری آن‌ها از دانش و آگاهی از سوی دیگر در نظام اجتماعی اهمیت می‌یابد، بنابراین، نقش پزشک مهم‌تر از نقش بیمار است. در مدل پارسونز، پزشک باید از آگاهی و دانش کافی در معالجه بیمار برخوردار باشد، بیمار نیز باید چهار جزء اساسی قاعده کلاسیک را به رسمیت بشناسد. نقش پزشک و بیمار در مدل پارسونز در جدول 1-3 نشان داده شده است.

جدول 3-1 . تحلیل پارسونز از نقش بیمار و نقش پزشک (11)

بیمار: نقش بیمار	پزشک: نقش تخصصی
محظورات و امتیازات:	انتظار است:
1. باید بخواهد که هر زود و با سرعت بهبود یابد.	1. بخش زیادی از مهارت و دانش را درباره-ی بیماری به کار گیرد.
2. باید مشورت پزشکی حرفه‌ای را جستجو کند و با دکتر همکاری کند.	2. برای بهتر زیستن بیمار و اجتماع کار کند نه منافع، پول و ...
3. به او اجازه داده می‌شود که از برخی فعالیت‌ها و مسئولیت‌های کنار بشکد برکنار باشد.	3. هدفمند باشد و از احساسات بی‌جا به دور باشد (نباید رفتار بیمار را بر اساس ارزش‌های خود قضاوت کند، یا درگیر مسائل عاطفی شود)
4. به عنوان یک نیازمند مراقبت به او توجه شود؛ کسی که نمی‌تواند راجع به خود و بهبودی اش تصمیم بگیرد.	4. قواعد تجربه‌ی راهنمای او باشد.
حقوق:	
1. حق کامل برای معاینه فیزیکی بیماران و محرم بودن به تمامی جزئیات زندگی فردی و فیزیکی بیمار.	
2. اختیار قابل توجه و در تجربه حرفه‌ای	
3. اشغال موضوع اختیار کامل در رابطه با بیمار	

همانطور که در جدول 3-1 نشان داده شده پزشک نسبت به بیمار برتری‌هایی دارد. این برتری دلایل مختلفی دارد و از آن جمله بنا شدن نظریه نقش پارسونز به سنت کارکردگرایی است. در این سنت، نخبگان نظام اجتماعی اهمیت بیشتری دارند و نظر و عملکرد آنها نیز به همان میزان اهمیت بیشتری در حفظ و ثبات نظام دارد. بر این اساس، در تعامل پزشک و بیمار، پزشک و نقش حرفه‌ای وی اهمیت و جایگاه بیشتری دارد و به همین جهت است که حقوقی بر آن مترتب است و لذا نقش بیمار دربرگیرنده حق خاصی نیست بلکه از امتیازات محدودی برخوردار است؛ امتیاز به عهده نگرفتن مسئولیت و وظیفه‌ی اجتماعی.

به طور کلی، انتقاداتی به نظریه نقش بیمار وارد است. یکی از انتقادات به مفهوم «نقش بیمار»، آن است که دامنه‌ی این مفهوم بسیار محدود است، یعنی طرف خطاب آن جامعه‌ی غربی است، همه‌ی جنبه‌های بیماری را در برنمی‌گیرد و شامل شرایطی مانند

بارداری نمی‌شود. مخالفت دیگر با این مفهوم آن است که نقش بیمار بیشتر درباره‌ی بیماری‌های حاد، مانند عفونت‌های ویروسی که قابل درمان هستند صدق می‌کند. در مورد یک بیماری درمان‌ناپذیر، مانند سرطان انتظار نمی‌رود که بیمار تا هنگام مرگ «نقش بیمار» را رها کند. همچنین برخی از منتقدان ادعا می‌کنند که نقش بیمار شامل حال بیماری‌ها بدنامی مانند ایدز و بیماری‌های روانی نمی‌شود. برخی نیز می‌گویند نقش بیمار به نظام مراقبت بهداشتی، تخصصی مربوط می‌شود و روش‌های دیگر درمان بیماری، از جمله خوددرمانی، یا استفاده از اعتقاد دینی را نادیده می‌گیرد (کوئن، 1390: 228-29).

یکی دیگر از خرده گیری ها بر نظریه پارسونز نگاه ساده به نقش بیمار و بی توجهی به تأثیرات ذهنی آن است (14). چارمبیرلین⁷ از زاویه دیگری نظریه پارسونز را نقد می‌کند. وی حرفه‌ای‌گرایی در نظریه پارسونز را تداوم کارکردگرایی دورکیمی می‌کند و آن را به گونه ای خودخواهی می‌داند.

به طور مشابه پارسونز بر نوعی خودخواهی اجتماعی در گروه‌های حرفه‌ای تأکید کرده است. با این توجیه که این خودخواهی نوعی جهت‌گیری جمعی تلقی می‌شود. این آفریننده‌ی وضعیتی است که چنین می‌نماید که گروه‌های حرفه‌ای چون پزشکان به نیازهای بیماران خود بالاتر از منافع و مسائل مالی خود توجه دارند. در حالی که اینچنین نیست. از نظر چارمبیرلین کارکردگرایی یک هژمونی است که به حفظ شغلی در قالب حرفه‌ای‌گرایی کمک کرده است. اصول خودخواهانه‌ی پزشکی و رابطه بسته آن با علم، بی شک امتیاز خودقانون‌گذاری حرفه‌ای⁸ را به آن‌ها بخشیده است (15).

مطابق نظر هریتیج و مینارد⁹ نظریه پارسونز مربوط به عصر طلایی اقتدار پزشکی، دوره‌ی پادشاهی متخصصان، و عصر پزشک مدرن بوده است (16). این نظریه مورد انتقاد جدی جامعه‌شناسان انتقادی و بخصوص فوکو قرار گرفت که به آن پرداخته می‌شود که نگاهی متفاوت از رویکرد پارسونز در جامعه شناسی پزشکی دارد.

مشارکت اصلی فوکو در جامعه‌شناسی پزشکی تحلیل وی از کارکردهای اجتماعی حرفه‌ی پزشکی است، که استفاده از دانش به عنوان ابزاری برای کنترل اجتماعی و قانونگذاری شامل می‌شود، همچنان که وی به مطالعه دیوانگی، درمانگاه و

7. Chamberlain

8. professional self-regulation

9. Heritage and Maynard

سکسوالیته پرداخته است (17). فوکو بر کنترل و بقای پزشکی تأکید دارد، ساخت دانش علمی، قدرت یک متخصص در برچسب زدن و انضباط و "بدن رام" بیمار گرفتار در "نگاه خیره‌ی درمانگاهی" که توسط فرد شاغل در حرفه پزشکی شکل می‌گیرد (13).

در رابطه با گفتمان پزشکی، فوکو معتقد است که قدرت از قدرت سیاسی در سطح کلان به قدرت در حوزه بدن و جنسیت و اینک به خرده‌فیزیک قدرت تنزل پیدا کرده است. قدرتی که گفتمان خاص خود را دارد. وی به قدرت در آثارش به تعریف دقیقی از گفتمان اشاره کرده است؛ اما به طور کلی گفتمان را بیشتر از آن که یک تولید، کالا و یا جنسی مشخص قلمداد کند، یک کنش معرفی می‌کند که در ارتباط با زبان قرار می‌گیرد.

در فرهنگ ما (و بدون شک در دیگر فرهنگ‌ها) ،
گفتمان در اصل یک تولید، یک شیئی یا نوعی کالا
نیست؛ بلکه یک کنش است؛ کنشی که می‌تواند در
درو حوزه لاهوتی و ناسوتی، مشروع یا نامشروع،
دینی و یا کفرآمیز انجام گیرد. به لحاظ تاریخی،
قبل از اینکه کالاها در چرخه مالکیت قرار
بگیرند، گفتمان وضعیتی پرخطر بود (فوکو، 1984:
108).

در نظر فوکو، گفتمان، حوزه‌ای از زبان را در بر می‌گیرد که ایجاد کننده مجموعه‌ای از متون است که عمدتاً بر اساس نیاز و با توجه به شرایط خاصی تولید می‌شود و مهم‌ترین حوزه‌ی شکل‌گیری آن، حوزه قدرت است. بدین‌ترتیب، قدرت تلاش دارد تا از چرخه‌های گفتمانی برای تداوم حیات خود استفاده کند. ضمن اینکه باید در نظر داشت که گفتمان‌ها همیشه برای اداره‌کنندگان قدرت نیست؛ افراد فاقد قدرت نیز می‌توانند با استفاده از گفتمان به ابراز وجود بپردازند. بنابراین، دانش پزشکی در ارتباط با امری واضح و عینی قرار می‌گیرد و قدرت و توانایی نمایان کردن حقیقت را می‌یابد. این رویکرد تجربه‌گرایی‌های پزشکی مدرن که از سنت‌های اسطوره‌ای و قدیمی خود جدا شده بود به چه کسی این توانایی را داد که بتواند همه چیز را تحت کنترل درآورد. گفتمان پزشکی، تبدیل به امری عقلانی شد که بدن را تحت کنترل درآورد:

ابژه‌ی گفتمان ممکن است به همان اندازه یک
سوژه باشد. بدون این‌که خواص عینیت را به هیچ
وجه تغییر دهد. این تجدید سازمان صوری به صورتی
عمیق است، تا رهاکردن نظریه‌ها و نظام‌های کهنه،
که تجربه متفاوتی را امکان‌پذیر می‌سازد. تحدید

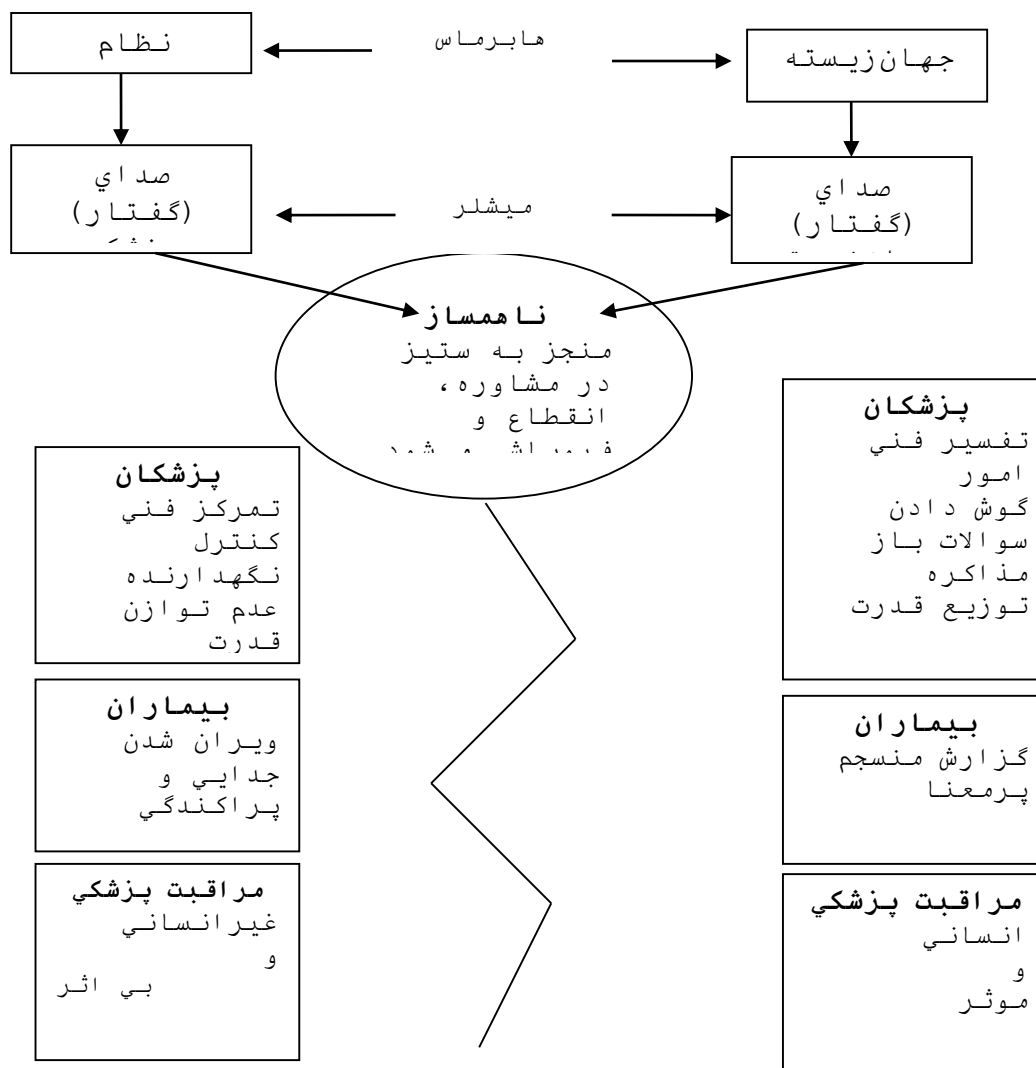
سازمان، ممنوعیت کهنه ارسطویی را از میان برمی‌دارد؛ انسان می‌تواند دست آخر گفتمانی با ساختار علمی درباره یک فرد داشته باشد (همان منبع: 17).

یکی از مفاهیم مورد توجه در دیدگاه فوکو مفهوم «پزشکینه‌سازی»¹⁰ می‌باشد. در «پزشکینه‌سازی» تمرکز بر این است که چگونه نهادهای پزشکی با تکیه بر مفاهیم گفتمانی دانش/ قدرت پزشکی، حوزه‌ی بدن را با چارچوب نظم‌های گفتمانی خود تطبیق می‌دهند. بر این اساس، نه تنها مفاهیم مرتبط با سلامتی و مرگ، بلکه بسیاری از مفاهیم دیگر مانند بدن، مسائل جنسی و چگونگی شکل‌دهی به آن به اداره‌ی پزشکی و اراده قدرت مندرج در آن در می‌آید. لذا، در پزشکینه‌سازی، موضوعات غیرمرتبط یا کمترمرتبط با مفهوم سلامتی و مرگ که موضوع اساسی پزشکی است، به حوزه گفتمان پزشکی وارد می‌شوند و پزشکی است که تعیین‌کننده‌ی نظم‌های گفتمانی و چگونگی کارکردهای این فرآیندها در جامعه است.

پزشکینه‌سازی در دیدگاه فوکو نمایه‌ای از روابط قدرت بسیار پیچیده و بانفوذ است، و در عین حال به عنوان تلاش‌هایی برای ارتقای سلامتی و تسخیر تمام فرایندهای ایجاد خودانضباطی کنشگران تعریف شده است. در دیدگاه فوکویی، مشتریان [پزشکینه‌سازی] در جستجوی نشان دادن پزشکینه‌سازی و افزایش شکل‌هایی جدید از خودحاکمیتی نه رشد سودمند دسترسی به خدمات پزشکی (18).

یکی دیگر از رویکردهای انتقادی به نابرابری رابطه پزشک-بیمار رویکرد یورگن هابرماس است. هابرماس نیز با نگاهی انتقادی به نقد رابطه نابرابر پزشک-بیمار پرداخته است. دو مفهوم اساسی در نظریه‌ی هابرماس سیستم و «جهان‌زیسته» است. نظام (سیستم)، به وجهی از اجتماع باز می‌گردد که به طور اساسی مسئول بازتولید مادی زندگی است. این کارکرد را نظام اقتصادی که در یک نظام قانونی زمینه‌سازی می‌گردد، برآورده می‌کند. نظام اقتصادی روابط مبادله‌ای را به وجود می‌آورد که با واسطه‌ی پول انجام می‌گیرد، این نظام اقتصادی کنشگران استراتژیک را قادر می‌سازد تا بر سر منابع کمیاب

تحت ویژگی‌هایی از نظام قیمت رقابت کنند (19). هابرماس به استعمار «جهان‌زیسته» اشاره می‌کند که دربرگیرنده‌ی شکل‌هایی استراتژیک از کنش اقتصادی و قانونی است که توسط پول و قدرت عمل می‌کنند، به منظور شکل‌های ارتباطی کنش که پاسخگوی جامعه‌پذیری، تغییرات فرهنگی، و همبستگی اجتماعی است (19). از نظر هابرماس، نهادهای مدرن و از جمله پزشکی در راستای کنش هدفمند- عقلانی حرکت کرده‌اند. پزشکی در وضعیت متناقض قرار دارد، به طوری که از یک سو منافع برای اجتماع دارد و از سوی دیگر نقش مهمی در نظام‌سازی تمایلات مدرنیته‌ی متأخر دارد (پورتر به نقل از جونز، 2001). لذا پزشکی نقش مهمی در بازتولید مدرنیته و نظام‌های عقلانی آن دارد. از آنجایی که مبنای پزشکی مدرن، عقلانیت هدفمند است، لذا ناگزیر از استعمار جهان‌زیسته است. مباحث هابرماس مورد توجه اندیشمندان زیادی قرار گرفت به طوری که میشلر (20) و باری و همکاران (21) بر اساس این نظریه پژوهش‌های پرباری انجام دادند. باری و همکاران با ارزیابی تحقیق میشلر و نظریه هابرماس «الگوی 1-3» را ارائه داده‌اند.



شکل 3-1- صدای جهان زیسته میشلر (21)

مطابق شکل 3-1 بین سیستم و نظام از یک سو و جهان زیسته از سوی دیگر تضاد وجود دارد. این تضاد که تحقق خارجی آن ناهمسازی است، باعث ستیز، گسست و نابودی مشاوره می شود. این ناهمسازی در نهایت دو شکل از مشاوره را به وجود می آورد که در یک سوی آن کنترل بیمار با ابزارهای فنی (عقلانی) پزشکی و در سوی دیگر توجه به تجارب معنادار بیمار قرار دارد. نتیجه این دو رویکرد پزشکی انسانی و مؤثر در یک سو، و پزشکی غیر انسانی و غیر مؤثر در سوی دیگر است. لذا، مطابق نظر هابرماس، کنش عقلانی در پزشکی، کنش ارتباطی را که مبتنی بر جهان زیسته بیمار است، تحت سلطه و استعمار قرار داده است و این امر از طریق فناوری ها و نهادها پزشکی رخ می دهد. هابرماس مفهوم "استعمار جهان زیست" را به کار برده که نظام خدمات سلامت آن را با تکنولوژی های وسیع، رویه های پزشکی متعرض، و نهادهای بروکراتیک سودمحور ایجاد

کرده است (22). مفهوم هابرماس از عقلانیت‌سازی انتخابی و استعمار جهان‌زیسته ارتباط مستقیم با فهم رابطه پزشک-بیمار دارد. به طور خاص پدیده‌ای چون ارباب‌رجوع مداری¹¹ یا مشتری‌مداری¹² در تعامل تحریف‌شده‌ی پزشک-بیمار نشان داده می‌شود، علیرغم اینکه هر دو پدیده در اعتقاد خوب و همراه با رضایت دوجانبه، فعال هستند (23). بنابراین، از آن‌جا که پزشکی به عنوان یک نهاد مدرن، گفتمانی خاص دارد که مبتنی بر کنش عقلانی و فنی است، زمینه را برای محدود کردن کنش ارتباطی و زیست‌جهان بیمار فراهم می‌کند و در نتیجه بیمار و تجارب زیسته وی در نظر پزشک و گفتمان پزشکی بی‌اهمیت می‌شوند و در شرایط نابرابر به استعمار می‌آیند.

برای هابرماس، لغت استعمار بدین معناست که نه تنها عقلانی‌سازی جهان‌زیسته به عنوان یک امر آسیب‌شناختی رخ می‌دهد، بلکه نشان دهنده این واقعیت است که عقلانیت ابزاری با سرعت به سوی جهان‌زیسته و به عنوان یک امر سودمند حرکت کرده است، به طوری که بروکراتیزه کردن یا "توجیه" در دولت رفاه شکل می‌گیرد (24).

در چارچوب تفکر هابرماس، استعمار جهان‌زیسته در قالب نقش متخصصان انجام می‌شود. نقش پزشکی در استعمار جهان‌زیسته و اعوجاج در ارتباط، نتیجه خبرگان پزشکی و سلطه پزشکی است (25). در این راستا، نخبگان و متخصصین نظام سلامت، با ایجاد ارتباط پیچیده، بر جهان‌زیسته چیره می‌شوند و از آن بهره‌کشی می‌کنند.

3-4- انواع الگوی تعامل

امانوئل و امانوئل (2004) چهار الگوی تعاملی از پزشک و بیمار ارائه داده اند. مبنای تقسیم بندی آنها فهم متفاوت از 4 مقوله است: 1. هدف تعامل پزشک-بیمار 2. محظورات پزشک 3. نقش و ارزش های بیمار و 4. مفهوم استقلال بیمار بر این اساس، چهار مدل تعاملی ارائه داده اند که عبارتند از:

- **پدرسالاری:** که در آن پزشک تعیین کننده همه جوانب تعامل است و بیمار فقط شنونده است و از شرایط گفتگو تبعیت می نماید. مدل پدرسالاری که بر معیار عینی در چه چیزی بهترین است، تاکید دارد چه چیزی بهترین است. در اینجا پزشک است که می تواند بفهمد چه چیزی برای بیمار بهترین است پس مشارکت بیمار را محدود می کند. در این

¹¹. clientalism

¹². consumerism

مدل بیمار باید از پزشک سپاسگزار باشد هر چند با تصمیم او موافق نباشد.

- **مدل آموزنده یا اطلاعات بخش:** این مدل گاهی اوقات تحت

عنوان مدل علمی، مهندسی یا مصرف کننده نامیده می‌شود. در این مدل، هدف تعامل پزشک-بیمار این است که پزشک برای بیمار اطلاعات آموزنده را تأمین نماید و بیمار بر اساس اطلاعات مذکور آنچه را به منظور مداخله می‌خواهد انتخاب نماید. بدین منظور، پزشک به بیمار اطلاعاتی درباره‌ی بیماری اش و تشخیص وی می‌دهد و درمان‌های پیشنهادی و خطرات آن را به بیمار می‌گوید.

- **مدل تفسیری:** هدف تعامل در این مدل، روشن کردن ارزش

های بیمار و آن چیزی است که واقعاً وی می‌خواهد و به بیمار کمک کند تا مداخلات پزشکی قابل دسترسی که می‌تواند این ارزش‌ها را تحقق بخشد، انجام دهد. همچون مدل آموزنده، مدل تفسیری تأمین کننده‌ی اطلاعات لازم به بیمار در کنار توضیح منافع و مضرات مداخلات خاص است.

- **مدل مشورتی:** هدف مدل مشورتی تعامل پزشک-بیمار این

است که بیمار تعیین کننده‌ی ارزش‌های سلامت خود باشد تا بتواند وضعیت بالینی خویش را ارتقاء بخشد. بدین منظور پزشک باید شفاف کند انواع ارزش‌های موجود درباره با گزینه‌های انتخابی را شفاف بیان کند (26).

همچنین هال و همکاران دو نوع شیوه مواجهه پزشک و بیمار را معرفی کرده‌اند که عبارتند از مواجهه اجتماعی-هیجانی و مواجهه مبتنی بر وظایف. خروجی مواجهه نوع اول، رضایت و خروجی مواجهه نوع دوم، بازخوانی و برآورده شدن است (27). در مجموع می‌توان انواع الگوی تعاملی را به پزشک‌محوری و بیمارمحوری تقسیم بندی کرد.

پزشک محوری:

پزشک‌محوری نوعی از تعامل است که در آن شروع کننده و پایان دهنده‌ی تعامل، پزشک است، پرسش‌های پزشک عموماً به دو صورت بسته است یعنی پاسخ آن‌ها بلی و خیر می‌باشد، پزشک جهت گفتگو

می‌دهد و در نهایت اینکه خود وی تعیین کننده‌ی نهایی روش درمانی است و بیمار فرصتی برای مشارکت و گفتگو درباره‌ی علائم و یا نحوه‌ی درمان نمی‌یابد یا به ندرت چنین فرصتی برای وی ایجاد می‌شود. در مصاحبه‌هایی که پزشک محور است اغلب به تاریخچه‌ی بیماری و عوامل بیومدیکال توجه می‌شود، در حالی که بخش روانی، اجتماعی و شخصی بیمار در آن دیده نشده است. نظر به عدم تعادلی که در کسب تاریخچه حاصل می‌شود این گونه مصاحبه‌ها تنها از نظر نیازهای علمی انجام

می‌شود و به طور قطع در مورد شخص بیمار اطلاعات آن ناقص و نادرست است (28).

بیمارمحوری:

بیمارمحوری بخشی از کیفیت مراقبت سلامت است که حقوق خاص خود را دارد، به این سبب روابط آن با دیگر اهداف، چون امنیت و اثربخشی آن تأمین کننده طراحی جدید خدمات سلامت است که نوعی انتقال مبنایی، ناآشنا و درهم گسیخته نسبت به روابط قدرت است (29). بیمارمحوری تأمین کننده‌ی ادب، احترام و مسئولیت نسبت به ترجیحات، نیازها، ارزش‌ها و تأمین نظر بیمار است به گونه‌ای که ارزش‌های بیمار راهنمای تمامی تصمیمات بالینی است. در بیمارمحوری پزشک ضمن گوش دادن به نگرانی‌ها و دغدغه‌های بیمار و ایجاد فرصت برای بیان کامل صحبت بیمار، انواع روش‌های درمانی را با بیمار در میان می‌گذارد، خطرات و مزایای هر کدام را برمی‌شمرد و در نهایت از بیمار می‌خواهد که یکی را انتخاب نماید. کلید فهم بیمار این است که پزشک پذیرش مسائل ارائه شده از سوی بیمار را داشته باشد، و به بیمار بدهد که احساسات و ترس‌هایش را به نمایش بگذارد. پزشک، بیماری را برای بیمار در ویژگی‌هایی از طبقه بندی بیماری‌ها ارائه نماید. در روش‌های بالینی بیمارمحور، هر دو عامل را پزشک اداره می‌کند و هر نوع تضادی در در گفتگو و مذاکره قرار می‌گیرد. محور این موضوع، بیماری محوری است که پزشک به آن می‌پردازد (30).

در مصاحبه‌ی بیمارمحوری، پزشکان بیماران را بهتر درک و شناسایی می‌کنند و روش‌های درمانی با توجه به نظر آن‌ها انتخاب می‌شود و عوارض دارویی، پیش‌آگهی و اقدامات پیشگیری از جمله قطع مصرف سیگار تبادل نظر می‌شود. در نتیجه فشار خون و بیماری قند کنترل می‌شود، در برنامه‌های پیشگیری بیشتر شرکت می‌کند و کنترل بیماری‌ها را در دست می‌گیرند و در ادامه‌ی مراقبت، پیگیری به عمل می‌آورند (28). به طور کلی، بیمارمحوری ایجاد فرصت برای بیمار است. از فرصت تعامل تا فرصت شناسایی بهترین روش درمانی با کمترین آسیب. علاوه بر این بیمار به عنوان موجودی انسانی در نظر گرفته می‌شود و تلاش می‌شود تا با دغدغه‌ها و نگرانی‌های وی همدلی گردد. از نظر زالی در شرایطی که بیمار محور است روابط پزشک با بیمار در اخذ تصمیمات پزشکی نیز تغییر می‌یابد و حاکمیت پزشک در تصمیم‌گیری به مشارکت و همکاری پزشک و بیمار بدل می‌گردد، به نحوی که هر دو در این مهم مسئولیت یکسان دارند... محور بودن بیمار در امر درمان پزشکی موجب می‌شود تا سیستم خدمات درمانی از رونق بهتری برخوردار شود و مراقبت‌ها در جهت ارائه خدمات به بیماران شکل گیرد؛ زیرا بر اساس تخصص‌های مختلف، از هدر رفتن امکانات جلوگیری به عمل خواهد آمد (28). پندلتون و همکاران

با نظري مثبت نسبت به شكل گيري پارادایم جديد بیمار محوري معتقدند که: پارادایم جديد دربرگیرنده ی سه بعد است: مسائل فیزیکی، مسائل روان شناختي (ایده ها و عقاید، احساسات و دغدغه ها، خودمداري، روایت و انتظارات) و مسائل اجتماعي. این امر به فهم بهتري از بیماران مي انجامد (31). بر اساس رویکرد بیمارمحوري است که پزشك خانواده مدلي از خدمات سلامت ارائه مي کند که بر اساس اصول آن مي باشد و چهار اصل دارد: 1. جامعیت، خدمات اوليه هماهنگ شده ای است که يك تیم از ارائه دهندگان آن را انجام مي دهند و تحت نظارت پزشك فردي بیمار است. 2. مراقبت بیمارمحور، مناسب با نیازها و ترجیحات فردي. 3. يك مدل تحربي با فناوري بالا که شامل ثبت نام بیمار، کیفیت پایش و بهبود، تصمیم گیری حمايتي مبتني بر هدف مراقبت و ثبت الکترونيکی سلامت است. و 4. سيستم بازپرداخت که پرداخت هايي براي مراقبت هاي هماهنگ شده و به منظور کیفیت مراقبت ها را در بر می گیرد (9).

4-4- پزشك خانواده و ابعاد تعامل

تعاملات پزشك نیازمند نوعی رویکرد مبتنی بر همدلی و برابری در تعامل است. استفاده از واژگان خودمانی در گفتگو ها و احترام گذاشتن به بیمار باعث می شود، گفتگو و تعامل از حالت رسمی خارج شده، به سمت گفتگو و مفاهمه برود. پزشك با طرح سوال معمولي از جمله "حالتان چطور است؟" و يا اینکه "شما اینجا هستید و بفرمایید" مذاکره را آغاز مي کند. این قبیل سوالات به بیمار جهت مي دهد ولي باید اجازه دهید تا بیمار شروع به گفتگو کند و آنچه که براي او اهمیت دارد بیان نماید. هدف اصلي در این مصاحبه تشويق بیمار به بیان نظرات و علایم است. در این مدل پزشك باید با ایجاد حالي در صورت خود که نشانگر تأیید و تشويق بیمار است و با انجام حرکات تأییدکننده مانند تکان دادن سر و بیان کلمه «بله» <<، «صحیح» >> و غیره و مجموعه اي علایم غیرلفظي مانند احساس هیجان، سعی در تدام صحبت بیمار نماید. ابتدا باید نام بیمار را بدانیم و مورد استفاده قرار دهیم، سپس خود را معرفي نماییم. به بیماران خوش آمد بگوییم، اجازه دهیم بیمار در وضعیتی راحت قرار گیرد و بتواند مصاحبه خود را با احساس آرامش و امنیت ادامه دهد. مصاحبه را مي توان با بیان مطالب بدون هدف از جمله وضعیت هوا آغاز و به تدريج شرايطي را به وجود آورد که بیماران را درك نماید. تمام موانع ایجاد ارتباط صحيح با بیمار باید مرتفع گردد. بیمار در اطاقي که سکوت رعایت مي شود قرار گیرد و در طی مذکره در مورد زمان بندي، رئوس مطالب و برنامه هايي که جهت اجرا و تعيين هدفهاي تشخيصي و درماني لازم است بحث و تبادل نظر شود (28).

موارد مذکور در تمام تعاملات باید رعایت شود. اما همان طور که اشاره شد، پزشک خانواده در تعامل مستقیم و دائمی با بیمار و خانواده وی است. این تماس دائمی ضرورت داشتن رویکرد تعاملی متناسب در روابط را برجسته می کند ضمن اینکه چنین شکلی ویژگی های خاصی دارد. همان طور که ساندرا و همکاران اشاره کرده اند، تداوم ارتباط با بیمار و خانواده یکی از ویژگی های منحصر به فرد پزشک خانواده است. یکی از لذت های پزشک خانواده امتیاز کار با خانواده هاست. دنبال کردن یک زوج در طول بارداری و وضع حمل و بعد از آن مراقبت از آن ها در طول رشد خانواده، کمک به آن ها برای مدیریت بیماری های حاد و مزمن، جشن گرفتن موفقیت آن ها و هدایت آن ها در طول فشارهای روان شناختی مختلف که به طور ناخواسته زندگی آنها به وجود می آید- باعث رضایت و سودمندی برای خانواده و ارائه دهنده مراقبت می شود. در نتیجه تداوم مراقبت، زنجیره ای از اعتماد و عاطفه دوطرفه و رو به رشد به وجود می آید. بسیاری از مجرب های خدمات سلامت اولیه برین باورند که جامعیت و اثربخشی بالا راهی است برای درمان بیماری و فشار افراد و فهم پویایی هایی که در خانواده بیماران وجود دارد (ساندرا و همکاران 2012).

اگر پزشک خانواده دانش و مهارت لازم داشته باشد و تعاملات سازنده ای با خانواده و بیمار برقرار کند، به ندرت اتفاق می افتد که خانواده پزشک خود را تغییر دهد. به همین جهت، پزشک خانواده به نوعی عضوی از خانواده است که نه فقط در بیماری و رنج بلکه در بسیاری از شادکامی های خانواده می تواند مشارکت داشته باشد. مهمترین نکته در تداوم این موضوع، تعامل سازنده با خانواده می باشد.

"متخصصین در سایر رشته ها روابطی با بیماران دارند که به طور عمومی مقدم بر تماس است. ما می دانیم مردم آن ها مردمی هستند که به ما مراجعه می کنند، قبل از اینکه در مورد بیماری آن ها بدانیم. روابط طولانی مدت با بیماران به دانش خاصی می انجامد که سطح آن حالت ضمنی و مفهومی دارد. از آنجا که مراقبت از بیماران بر اساس جزئیات است، این دانش خاص هنگامی که به مراقبت می انجامد بسیار با ارزش است هنگامی که به مراقبت می انجامد" (9).

به طور کلی تعاملات پزشک با بیمار فرایندی سیال را طی می کند و در بافتی از تعامل گفتاری و غیرگفتاری انجام می گیرد که نیازمند برخورداری از ویژگی های ذیل است:

تعریف از همدلی بسیار گسترده است؛ اما ایچنبرگ و همکاران تعریفی ساده از همدلی ارائه داده اند.

همدلی عبارت است از طیفی وسیع از از وضعیت های احساسی شامل مراقبت از دیگر مردم و آرزوی کمک به آن ها؛ تجربه احساساتی که با احساسات سایر افراد همانند است؛ فهمیدن اینکه دیگر مردم چگونه فکر یا احساس می کنند (32).

بنابراین همدلی می تواند باعث شود که ما با دیگر افراد در جامعه ارتباط بهتری برقرار کنیم؛ چرا که ظرفیت سازی می کند.

همدلی يك ظرفیت براي ورود به تجارب فردي ديگر است. براي پزشكان همدلي يك ظرفيت است كه موقعيت بيمار را احساس كنند چيزي در موقعيت شبیه بيمار را: تجربه بيماري، ناتواني، افسردگی و موارد ديگر. علاوه بر اين مي تواند ظرفيتي باشد براي درك احساس فردي كه از يك بيمار مراقبت مي كند. اين شكل از همدلي بسيار غيرممکن است. توسعه ظرفيت همدلي نيازمند تغيير در فهم ما از وظايف كلينيكي است. در روش كلينيكي معمول، علائم به ما براي شناسايي بيماري كمك مي كنند. ما علاوه بر اين نيازمنديم به ناهماهنگی بدني بيمار به عنوان تجاربي كه كه قابل فهم است بنگريم (مك ويتني و فري من، 2009: 132).

همدلی بخشی از ویژگی های تعاملی در خدمات سلامت است و مهمترین آن است (33, 34). با وجود این در رابطه پزشک-بیمار و به خصوص در پزشک خانواده اهمیت زیادی دارد. اگر بیمار تصور کند که پزشک خانواده وی اهمیتی برای دغدغه ها و احساسات وی قائل نیست، این موضوع بر فرایند رابطه وی با پزشک و نوع نگرش و رضایت وی تأثیرگذار است.

گوش دادن

پزشکان عموماً شنونده های خوبی نیستند. ما معمولاً گفتگوها را قطع می کنیم (مك ويتني و فري من، 2009: 128). در آموزش دستیاران و دانشجویان پزشک خانواده، ما نقش خود را به عنوان "شنونده" توصیف می کنیم. بر این تمرکز می کنیم که آنها چگونه می توانند شنونده بیماران باشند. آنها آموزش می بینند و ما اغلب بحث می کنیم روی این موضوع که چگونه باید در طول مصاحبه آرامش داشت به گونه ای که بتوان شنونده خوبی بود. علی رغم اینکه پزشکان بخش زیادی از اوقات خود را به سخنان بیماران گوش می دهند، اما در زمینه مهارت های شنیدن که امری ضروری است چیزی نوشته نشده است (35). بنابراین پزشکان به یادگیری مهارت گوش دادن نیازمند هستند.

از سوی دیگر، موضوع گوش دادن فقط مشکل پزشک نیست. گاهی بیمار راوی خوبی در مورد بیماری خود نیست. " بسیاری از بیماران، فی نفسه راویان خوبی نیستند. آن ها نمی دانند که چگونه بر یک روایت تمرکز کنند، آن را ساختارمند نمایند، موضوعات مهم را انتزاع نمایند و موضوعات پیش پا افتاده را حذف نمایند. اگر هدف شنونده خوب بودن است، چنین امری نیازمند مهارت های مذکور می باشد" (36). از این جهت پزشکان نیاز دارند بیاموزند که چگونه بیماران را تشویق به روایت گویی کنند. روایت شامل سه مهارت می شود: دانستن روایت ها، انتخاب اینکه چه زمانی گفته شوند، و گفتن آن ها به روشی موثر (36).

مهارت های گوش دادن فعال در جدول ذیل نشان داده شده است.

مهارت های گوش دادن فعال (37)
زبان بدنی با دقت • وضعیت و زبان بدنی درگیری و مشغولیت را نشان دهد • حرکت های بدنی مناسب • چهره ای مناسب صورتی مناسب • ارتباط چشمی مناسب • محیط آرام
مهارت های دنبال کردن • ارائه فضایی که فرد روایت خود را در یک مسیر ارائه دهد • گشاده رویی • کمترین تشویق زبانی • سوالات کوتاه، اندک و قابل توجه • سکوت قابل توجه
مهارت های بازاندیشی • (ارائه احساسات با محتوایی در رابطه با فهم و قبول مطالب) • بازی با الفاظ (به طور دوره ای بدین معنا که شما می فهمید) • احساسات و مفاهیم را به بیمار برگرداندن • خلاصه کردن مسائل مهم

پزشک خانواده باید شنونده خوبی باشد تا بتواند بیمار را به ارائه تاریخچه از بیماری تشویق کند.

مصاحبه کردن

مصاحبه گر خوب می تواند داده ها و اطلاعات خوبی از بیمار کسب نماید. بسیاری از بیماران در ارائه تاریخچه بیماری مشکل دارند. در اینجا مصاحبه گری پزشک می تواند کمک کند که بیمار آنچه را نمی تواند بیان نماید، ارائه کند. از آن جایی که بیماران عموماً نمی دانند کدام دسته از اطلاعات برای ارائه مفید است و کدام بخش از آنان غیر مفید، پزشک می تواند با مصاحبه گری خوب و قوی آن را طبقه بندی نماید و بیمار را هدایت و راهنمایی کند.

مصاحبه کردن فرایندی است به وسیله یک فرد و عموماً فرد متخصص به منظور فهم دیگری - به طور معمول

بیمار- اصول مصاحبه برای مصاحبه پزشکی و غیرپزشکی یکسان است. مصاحبه پزشکی به وجود آورنده بستری است به منظور گرفتن تاریخچه - جمع آوری اطلاعات درباره‌ی مسئله. مصاحبه فرایندی ارتباطی است که به صورت گفتاری یا غیرگفتاری انجام می‌گیرد. مصاحبه چیزی بیشتر از طرح پرسش و دریافت پاسخ است (مک ویتنی و فري من، 2009: 127-128).

نکته مهم در مصاحبه گری تخصیص زمان توسط پزشک است. پزشک ضرورت دارد به گونه ای مصاحبه گری کند که در زمان کوتاه مشاوره همه آنچه را برای یک مشاوره لازم دارد از بیمار بپرسد.

اگر چه اصول مصاحبه عام می‌باشند، کاربرد آن‌ها در شرایط تجربه خانواده نیازمند توجهاتی است. حتی اگر پزشکان خانواده مدیران خوبی باشند، آن‌ها نمی‌توانند از انجام کار تحت فشار اجتناب ورزند. در شرایط طبیعی کار روزانه، پیدا کردن زمان برای یک مصاحبه طولانی به سختی انجام می‌گیرد، اما اینجا پارادوکسی وجود دارد. برای دستیابی به یک مصاحبه خوب به زمان بیشتری نیاز است در حالی که در مشاوره، زمان، طولانی نیست. به سبب تداوم رابطه، پزشکان خانواده فرصت "کشف" افرادی را دارند که بیماران آنها هستند. این موضوع کاربردهای فراوانی دارد. اول به معنای آن است که پزشک خانواده نیاز ندارد که برای ایجاد یک گزارش در هر ویزیت، زمانی اختصاص دهد. گزارشها از قبل وجود دارند فقط باید نگهداری شود. دوم اینکه آن‌ها با چند دانش فردی از بیمار شروع می‌کنند. سوم اینکه فرایند کشف، به عجله نیازی ندارد. نبود زمان، به سرعت باعث به ایجاد پیتفال‌های خاص برای پزشکان خانواده می‌شود. دادن زمان به بیمار برای بیان شرح حال خود باعث می‌شود که پزشک خانواده بتواند روش‌های سوال و جواب را از ابتدای مصاحبه دسته بندی کند (مک ویتنی و فري من، 2009: 128).

ایجاد اطمینان

رابطه پزشک با بیمار نیازمند ایجاد اطمینان است. بدین معنا که نحوه ارتباط و تعامل پزشک باید به گونه ای باشد که اطمینان بیمار جلب گردد. این جلب اطمینان در فرایندی پیچیده اتفاق می‌افتد، بدین معنا که همه‌ی عوامل تعاملی در ایجاد این فرایند تأثیرگذار هستند. تعاملات غیرکلامی، نحوه‌ی نگاه، نحوه‌ی بیان بیماری برای بیمار، چگونگی استفاده از کلمات و نوع کلماتی که پزشک ادا می‌کند، بر

آرامیش بخشی وی موثر می باشد. مک ویتنی و فري من هشت راهبرد برای ایجاد اطمینان برای پزشکان خانواده معرفی کرده اند.

1. اصل ضروري براي اطمینان مجدد موثر يك رابطه مبتني بر اعتماد بين بیمار و پزشك است. پزشك خانواده با امتیازات اصلي كه چنین شكلي از رابطه به همراه دارد شروع كند.
2. اگر اطمینان دوباره بسیار خاص است، پزشك باید بداند كه ناراحتي هاي بیمار چیست. آیا مي تواند مقدماتي را براي دستیابی به اطمینان مجدد طی كند. اگر مردی دچار درد قفسه سینه است و در مورد سرطان سینه نگران است، اگر پزشك بگوید بر اساس نوار قلب او مبتلا به مشکلات قلبي نیست، او به اطمینان / آرامش / آسودگی نمی رسد خاص نیازمند این است كه نگرانی بیمار شناسایی شود و جستجوها در آن جهت قرار گیرد.
3. اطمینان مجدد اثري دائمی ندارد و ممكن است از سوي بیمار رد شود. بیمار باید متقاعد شود كه پزشك از او اطلاعات لازم درباره اطمینان مجدد را به دست آورده است. اگر بیمار بگوید "آیا شما فكر مي كنید كه این بیماری جاي نگرانی دیگری ندارد؟" ممكن است همراه با این پاسخ باشد كه "نه، نگرانی در این زمینه نیست". اما بهتر این است كه گفته شود "به نظر نمی رسد چیز جدی وجود داشته باشد، ولی قبل از اینکه بخواهم به شما بگویم كه نگران نباشید نیازمند چند سوال و معاینه هستم".
4. هنگامی كه اطمینان مجدد همراه با اعتماد به نفس است نباید تأخیری در آن انجام گیرد.
5. نگرانی هاي بیمار و فهم وي در مورد آن ها باید با جدیت دریافت گردد. این عاملی شكننده است كه به بیمار گفته شود، "چیزهاي اشتباه زیادی را مطرح مي كنید. بهتر است گفته شود كه "من به شما اطمینان مي دهم كه علائم شما در نتیجه سرطان یا بیماری جدی دیگری نیست".
6. همیشه باید برخی امیدواری ها داده شود. این به معنای امیدواری غیر واقعی نیست. بیماران همیشه نمی خواهند آسوده شوند بلکه آنها مي خواهند بهبودی یابند.
7. تأکیدات باید با نقاط امیدوارانه ی شرایط بیمار انجام گیرد. گفته شود كه "80 درصد بیماران به فعالیت طبیعی خود برگشته اند".
8. هنگامی كه ماهیت بیماری را توضیح مي دهید از هر زبانی برای توضیح استفاده نمایید و مطمئن باشید كه بیمار متوجه مي شود (مک ویتنی و فري من، 2009: 136).

تجربه خودبازاندیشانه

یکی دیگر از ویژگی های پزشک خانواده این است که تعامل مکرر با بیماران دارد و فضای تعاملی آن ها از حالت تعامل موقت به سمت و سوی نوعی تعامل همیشگی می رود به طوری که پزشک از فضای اثبات گرایانه پزشکی مدرن فاصله می گیرد و با تجارب، ارزش ها و ادراک بیماران خود ارتباط برقرار می کند. مک وینی و فریمن این مفهوم را با عنوان تجربه خودبازاندیشانه تعریف کرده اند.

پزشک خانواده با وجود ذهنی پزشکی ارتباط برقرار می کند. برای سال ها، پزشکی تحت سلطه رویکرد عینی و خشک اثباتی به حل مشکلات سلامت پرداخته است. برای پزشکان خانواده، این موضوع همیشه با نوعی حساسیت به احساسات و نیز نوعی بصیرت به رابطه (پزشک- بیمار) تطبیق داده شده است. بصیرت نسبت به رابطه، نیازمند دانشی از احساسات و احساسات خودمان است. در اینجا پزشک خانواده باید تجربه خودبازاندیشانه داشته باشد (9).

5-4- چکیده

تعامل پزشک- بیمار یکی از موضوعات مهم در چند دهه اخیر بوده است. این موضوع نه تنها بر کیفیت درمان بلکه بر رضایت دو سوی تعامل یعنی پزشک و بیمار تأثیرگذار است. در نظام پزشک خانواده از آنجا که پزشک در فرایندی دائمی با خانواده ها ارتباط دارد، نیازمند کسب اطمینان از سوی بیمار و خانواده است. تعامل خوب و فعال بهترین راه کسب اطمینان از خانواده و بیمار است. بنابراین، تعامل پزشک- بیمار در نظام پزشک خانواده اهمیت زیادی دارد. نتایج تحقیق نشان می دهد که تعامل پزشک و بیمار در ساحت پزشک خانواده می بایست مبتنی بر همدلی، مصاحبه گری، اطمینان بخشی، بیمار محوری و تجربه خودبازاندیشانه‌ی پزشک نسبت به بیمار و خانواده وی باشد.

منابع

1. Anguera M, Izquierdo C. Methodological approaches in human communication. From complexity of situation to data analysis. From communication to presence Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience. 2006;203-22.
2. Adler RB, Rosenfeld LB, Towne N. Interplay: The process of interpersonal communication: Harcourt Brace College Publishers Fort Worth, TX; 1995.
3. Dictionary OE. Online version. Accessed January. 2011;18:2012.
4. Kattel S. Doctor Patient Communication in Health Care Service Delivery: A Case of Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu. Master in Public Policy and Governance Program. North South University, Bangladesh; 2010.
5. Dictionary M-W. Merriam-Webster Dictionary Online. Retrieved November; 2013.
6. Vanderminden J, Potter SJ. Challenges to the doctor patient relationship in the twenty-first century. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010;355.
7. Islam G, Zyphur M. Ways of interacting: The standardization of communication in medical training. Human Relations. 2007;60(5):769-92.
8. Schrop SML. The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter? : Kent State University; 2011.
9. McWhinney IR. A textbook of family medicine: Oxford University Press; 1997.
10. Parsons T. Social system: Routledge; 2013.
11. Morgan M. The doctor-patient relationship. Sociology as applied to medicine. 2003:49-65.

- .12 Radley A. Making sense of illness: The social psychology of health and disease: Sage; 1994.
- .13 Davis JE. Medicalization, social control, and the relief of suffering. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010:211-41.
- .14 Brown B, Crawford P, Carter R. Evidence-based health communication: (McGraw-Hill Education) UK; 2006.
- .15 Chamberlain JM. The sociology of medical regulation: an introduction: Springer Science & Business Media; 2012.
- .16 Heritage J, Maynard DW. After 30 Years, Problems and Prospects in the Study of Doctor–Patient Interaction. Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: Springer; 2011. p. 323-42.
- .17 Cockerham WC, Scambler G. Medical sociology and sociological theory. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010:3-26.
- .18 Charmaz K, Rosenfeld D. Chronic illness. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010:312-33.
- .19 Ingram D. Habermas: Introduction and analysis: Cornell University Press; 2010.
- .20 Mishler EG. The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews: Greenwood Publishing Group; 1984.
- .21 Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor–patient communication in general practice. Social science & medicine. 2001;53(4):487-505.
- .22 Baer HA. Complementary and alternative medicine: Processes of legitimation, professionalization, and cooption. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010:373-90.
- .23 Scambler G, Britten N. System, lifeworld and doctor-patient interaction. Habermas, critical theory and health. 2001;8:212.
- .24 Kelleher D. New social movements in the health domain. Habermas, critical theory and health. 2001:119-42.
- .25 Jones IR. Habermas or Foucault or Habermas and Foucault? Habermas, critical theory and health. 2001:163 .
- .26 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. Jama. 1992;267(16):2221-6.
- .27 Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus socioemotional behaviors in physicians. Medical Care. 1987;25(5):399-412.
- .28 محمدرضا ز. مبانی نوین ارتباط پزشکی و بیمار. رهنمودی بر کاربرد صحیح دانش پزشکی در چارچوب دیدگاه‌های رایج در اخلاق پزشکی. تهران: انتشارات فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.؛ 1377.
- .29 Berwick DM. What ‘patient-centered’ should mean: confessions of an extremist. Health affairs. 2009;28(4):w555-w65.

- .30 Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, STEWART MA, BROWN JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986;3(1):24-30.
- .31 Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication: Oxford University Press; 2003.
- .32 Pijnenborg G, Spikman J, Jeronimus B, Aleman A. Insight in schizophrenia: associations with empathy. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263(4):299-307.
- .33 Mercer SW, Watt GC, Reilly D. Empathy is important for enablement. *BMJ: British Medical Journal*. 2001;322(7290):865.
- .34 Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical education*. 2007;41(7):690-7.
- .35 Neufeld V, Maudsley R, Pickering R, Walters B, Turnbull J, Spasoff R, et al. Demand-side medical education: educating future physicians for Ontario. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1993;148(9):1471.
- .36 Schwartz R. Doctor as story-listener and storyteller. *Canadian Family Physician*. 2007;53(8):1288-9.
- .37 Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*. 2005;34(12):1053.

فصل پنجم

پزشک خانواده و نظام های پرداخت ؛ به انضمام الگویی پیشنهادی

سلامتی و دسترسی به خدمات سلامت حق مسلم هر انسانی محسوب می گردد. در واقع دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت های اجتماعی ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است و حق برخورداری از مراقبت های بهداشتی و درمانی موجب ایجاد فرصت های برابر در جامعه خواهد شد. در طول زندگی هر فرد، امکان وقوع بیماری وجود دارد و هزینه های ایجاد شده با توجه به گران بودن خدمات درمانی، بار مالی زیادی دارد و پرداخت آن در بیشتر اوقات در حدود امکانات فرد بیمار و خانواده اش نیست. حکومت ها وظیفه دارند تا حد قابل قبولی از خدمات بهداشتی و درمانی را برای عموم شهروندان بدون در نظر گرفتن ویژگی قومیتی و طبقاتی فراهم نمایند. این خدمات باید در دسترس باشد و آحاد شهروندان توان برخورداری از آنرا داشته باشند. یکی از کارکردهای نظام سلامت در هر کشوری تامین منابع است. این بدان معناست که دولت ها باید در کنار سایر وظایفشان مانند سرپرستی و ارائه خدمات، منابع مالی مورد نیاز برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور فراهم نمایند. این اعتبارات عمدتاً در حیطه های حاکمیتی صرف می شود تا به هر نحو ممکن میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم کمتر شود و در زمان بیماری دغدغه ی کمتری برای هزینه های درمانی داشته باشند. این منابع می توانند برای

خرید خدمت از بخش های متقاضی و یا توسط خود دولت ها ارائه شود؛ اما از آنجا که در کشور های مختلف منابع تامین مالی نظام های سلامت، متفاوت است و از سویی با توجه به مکاتب بهداشتی درمانی حاکم بر نظام سلامت هر کشور، مکانیسم های پرداخت به ارائه کنندگان این خدمات در این کشورها نیز متفاوت می باشد. از سویی دیگر خدمات بهداشتی و درمانی نیز در علم اقتصاد بهداشت یک کالا محسوب می شود و اگر چه ماهیت این کالا با سایر کالا هایی که در زندگی روزانه با آنها سر و کار داریم متفاوت است؛ اما این کالا نیز با توجه به شرایط خاص خود تابع قوانین علم اقتصاد سلامت است. این نکته از این جنبه اهمیت دارد که اگر نظام پرداخت مناسب در هر نظام بهداشت و درمانی انتخاب نشود. مدیریت ارائه خدمات سلامت از دست دولت مردان خارج می شود و به دلیل شرایط خاصی که بر این کالا حاکم است و همچنین نبود توازن اطلاعات بین بیمار و پزشک، می تواند به تجارتي مرگبار تبدیل شود و به شدت سلامت شهروندان هر کشوری را به خطر بیندازد. در طرف مقابل نیز به کارگیری روش های مناسب پرداخت و استفاده ی درست از آنها می تواند ابزاری قدرتمند در دست متولیان سلامت مردم باشد تا ارائه ی خدمات یا خرید آنها به بهترین نحو ممکن انجام دهند و تمامی مولفه ها و کارکرد های سلامت را به وسیله ی آن پیاده نمایند.

1-5- ویژگیهای سیستم های پرداخت مناسب

1. سیستم پرداخت باید بتواند انگیزه های لازم را برای ارائه خدمات مراقبتی قابل قبول، کارا و مشتری محور برای گیرندگان خدمت فراهم نماید.

2. سیستم پرداخت باید سرمایه گذاران و محققین را برای افزایش کارایی و کیفیت خروجی برنامه ها و کاهش هزینه ها تشویق و حمایت نماید.

3. سیستم پرداخت نباید ارائه کننده خدمت را به ارائه ی خدمات درمانی بیش از نیاز بیمار، خدمات غیر ضروری و گران قیمت، بستری یا بستری های مجدد بیمارستانی بی مورد، ارائه ی خدمات بی کیفیت و ناکارآمد، تشویق و تحریک نماید و یا بیمار را به دریافت خدماتی تشویق نماید که با نیاز و خواسته ی او همخوانی ندارد.

4. سیستم پرداخت نباید موجب ارائه خدمات درمانی ناکافی یا نارسایی خدمت به بیماران با وضعیت های پیچیده یا ریسک فاکتورهای متعدد توسط ارائه کنندگان خدمت بشود.
5. سیستم پرداخت نباید انگیزه ای برای ارتکاب به کارهای خطا یا زیان آور توسط ارائه کنندگان باشد.
6. سیستم پرداخت باید به گونه ای طراحی شود که ارائه کنندگان خدمت در مقابل کیفیت و هزینه ی خدماتی که در کنترل خودشان است پاسخگو باشند.
7. سیستم پرداخت باید هماهنگی بین ارائه دهندگان متعدد خدمت را به گونه ای حمایت کند برای کاهش هزینه ها از جهت دهی بی مورد بیماران به سایر ارائه کنندگان خدمت، پیشگیری نماید.
8. سیستم پرداخت باید به گونه ای باشد که بیماران را برای دریافت فرآیند مراقبتي مناسب، ارتقای خروجی ها و کاهش هزینه ها تشویق نماید.
9. سیستم پرداخت نباید کاهش هزینه های کوتاه مدت را جایگزین کاهش هزینه های بلند مدت کند و نباید هزینه های غیر مستقیم را با هزینه های مستقیم جایگزینی کند.
10. سیستم پرداخت نباید باعث شود تا ارائه کننده خدمت از طریق کاهش هزینه يك پرداخت کننده، هزینه ی فرد دیگری را افزایش دهد؛ مگر اینکه این کار به سود هر دو نفر باشد.
11. سیستم پرداخت نباید هزینه های اداری و اجرایی ارائه دهندگان خدمت را از طریق کاستن ملزومات کاهش دهد.

12. پرداخت های مختلف به ارائه دهندگان باید به گونه ای باشد که از ایجاد عوامل انگیزشی متعدد در آنها جلوگیری کند.

5-2- مروري بر برخي روشهاي (نظام هاي) پرداخت در سيستم هاي ارائه خدمات بهداشتي درماني

نظام های پرداخت به راه هایی اشاره دارد که در آن پول جمع آوری شده از یک منبع مالی مانند دولت و یا سازمانهای بیمه به ارائه دهنده خدمت که می تواند شامل فرد (پزشکان) و یا موسسه (داروخانه، آزمایشگاه، بیمارستان، و...) باشد، منتقل می شود. همچنین به روش های مختلف پرداخت بیماران به ازای دریافت خدمت از فرد و یا موسسه اشاره دارد.

به دلیل فقر و محدودیت توانایی در تولید منابع پولی داخلی، تعداد اندکی از کشورهای در حال توسعه قادرند فارغ از مشارکت های مربوط به کمک های بین المللی، بیش از 5% از تولید ناخالص داخلی خود را برای سلامت اختصاص دهند. همان طور که دولتها برای کنترل هزینه های صرف شده و پیشگیری از تورم تلاش می کنند، تمایل دارند که هزینه صرف شده در نظام سلامت را از طریق محدود ساختن تعرفه ها و محدود ساختن پرداخت به پزشکان و ارائه دهندگان، پایین نگهدارند.

نظام های پرداخت می توانند ثابت یا متغیر باشند. در نظام های پرداخت ثابت، با تغییر فعالیت ها میزان پرداخت تغییر نمی کند اما در نظام های پرداخت متغیر با تغییر فعالیت، میزان پرداخت نیز تغییر می کند. معمولاً در نظام های پرداخت متغیر، مبالغ دریافتی اضافه در قبال واحد های کاری اضافه ای انجام شده به ارائه دهندگان خدمات پرداخت می شود. اگر چه این روش پرداخت می تواند دست دولتها را برای ارائه خدمات بیشتر باز بگذارد؛ اما از سوی دیگر می تواند به تولید و ارائه ی کاذب و بیش از حد خدمات منجر شود.

نخستین پرسش در طراحی یک نظام پرداخت آن است که چه روشی برای پرداخت استفاده می شود؟ تبیین مزایا، معایب و ویژگی های هر کدام از روش های پرداخت برای نهاد های پرداخت کننده، می تواند در کنار سایر مسائل و مختصات ساختاری و مدیریتی نظام سلامت، نهاد های پرداخت کننده را در انتخاب و بکارگیری مکانیزم های مناسب پرداخت یاری نماید. اینک مکانیزم های مختلف پرداخت و تاثیرات هر کدام از آنها را بر مولفه های نظام سلامت مرور می کنیم.

1-2-5- نظام پرداخت سرانه (Per capita payment system)

در نظام پرداخت سرانه، واحد پرداخت بر مبنای «به ازای هر فرد» تعریف می گردد. بدین ترتیب که برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (ماهانه یا سالانه) بپذیرد، پرداخت ثابتی انجام می شود. مبلغ مذکور برای تامین منابع مالی پوشش خدمات درمانی هر یک از بیمه شدگان تحت پوشش صندوق بیمه درمانی به عرضه کنندگان خدمات بطور یکسان (در پایه) و برای مدت زمان مقرر پرداخت می شود. دراین نظام ارزشی، سقف هزینه که نباید از آن تخطی شود براساس سرانه محاسبه می شود. شایع ترین شکل پرداخت سرانه زمانی است که یک پزشک عمومی به ازای هر بیماری که نزد او ثبت نام شده است (صرف نظر از خدمات مورد نیاز بیمار و یا خدماتی که به او ارائه شده است) میزان ثابتی را در یک دوره زمانی (ماهانه یا سالانه) دریافت کند. با اینکه پرداخت سرانه به منظور یکپارچه کردن، توسط عرضه کنندگان خدمت انجام می گیرد (برخی از افراد ممکن است بیمار نشوند. به این ترتیب عرضه کننده خدمت سود ببرد و یا اینکه بعضی از آنها ممکن است گرفتار بیماری های مزمن و یا نیازمند بستری در بیمارستان باشند، که هزینه ی آن از سرانه پرداخت بیشتر شود) اما دراصل بیشترین خطر مالی متوجه عرضه کنندگان خدمت می باشد. در گستره ی نظام پرداخت سرانه، نظام های ساده و همین طور نظام های نسبتاً پیچیده تری نیز وجود دارد. در نظام های ساده ی عرضه کننده ی خدمت، مبلغ ثابتی را به ازای هر بیمار ثبت نام شده دریافت می کند؛ اما در اشکال پیچیده تر این نظام مبلغ پرداختی با توجه برخی فاکتورهای دموگرافیک و یا شرایط و وضعیت سلامتی افراد تحت پوشش تعدیل می شود. ممکن است مبلغ پرداختی برای جمعیت ثبت نام شده بر پایه ی متغیرهایی مانند سن، جنس، محل سکونت، و بیماری هایی مزمن و حاد تغییر کند. در کشور آلمان مبلغ سرانه براساس پنج متغیر سن، جنس، بعد خانوار، درآمد و میزان ازکارافتادگی یا اشتغال فرد تعیین می شود، برای افراد بالای 65 سال با توجه به این که خدمات سلامتی بیشتری دریافت می کنند و بیماری های مزمن در افراد این گروه بیشتر وجود دارد، سرانه پرداختی بیشتری در نظر گرفته می شود. این نظام پرداخت می تواند فقط برای مراقبت های سطح اول (در کشور کلمبیا با پزشکان عمومی برای ارائه مراقبت های سلامت اولیه قرارداد بسته شده است) و یا مراقبت های سطح اول و سطوح بالاتر با هم انجام شود (در تایلند برای کلیه ی مراقبت

هاي اوليه و خدمات تخصصي بستري و سرپايي با بیمارستان ها قرارداد منعقد کرده اند).

1. جلوگیری از ارائه خدمات بیشتر و یا غیر ضروري
2. مهارهزینه ها
3. این نظام پرداخت به ویژه براي سطح اول ارائه ی خدمات سلامت در جامعه بسیار مناسب است
4. امکان اجراي نظام سطح بندي خدمات
5. امکان تعویض پزشك خانواده و در نهایت پزشکی که سطح خدمات او پایین است به راحتی نمی تواند بیمار جذب کند.
6. بسیاری از کشورهای جهان در حال گردش مسیر از نظام FFS به سمت سرانه هستند (آمریکا، روسیه، ایتالیا، پرتغال، سوئد، اسپانیا، ایرلند، هلند و ترکیه).

5-2-2- خدمات ادغام یافته

افزایش سطح خدمات مراقبتي، امروزه خود را به صورت طول عمر بیشتر نشان می دهد. بیماران یا گروه هاي سني هر جامعه اکنون به خدمات متعدد و پیچیده تري نسبت به قبل نیاز دارند. براي مثال:

- افزایش تعداد سالمندانی که عمری طولانی با مشکلات پیچیده و متعددي زندگی می کنند (مثلا دیابت و بیماری هاي قلبی عروقي)
- کودکان زیادی که با وضعیت هاي پیچیده متولد می شوند و تا دوران بزرگسالي زنده می مانند
- افرادی که براي مدت طولانی با بیماری هاي پیچیده ی روانی دست و پنجه نرم می کنند، به مراقبت هاي پیچیده و مکرر درمانی، حمایتی و اجتماعی نیازمند هستند.

تحقیقات نشان داده است که ارائه‌ی این خدمات به صورت ترکیبی باعث افزایش تاثیر، سلامتی و تجربه‌ی مطلوب تر بیماران خواهد شد. اعتقاد بر این است که ادغام بیشتر این خدمات باعث افزایش هماهنگی در ارائه سرویس های مراقبتی به بیماران و راحتی خانواده های آنها در دریافت این خدمات خواهد گردید. یکی از موانع ارائه‌ی خدمات ترکیبی به بیماران مشکلات نظام پرداخت است. چنانچه در نظام های پرداخت، تمامی مراقبت های ادغام یافته ی يك فرد به صورت واحد دیده نشود و به بهای هر خدمت جداگانه و بدون در نظر گرفتن بسته ی خدمتی پرداخت شود، بیماران یا گروه های سنی نیازمند، نمی توانند ادغام یافته را کامل دریافت کنند. برای مثال چنانچه بخواهیم خدمات ادغام یافته را به يك مادر باردار ارائه دهیم باید از زمانی که مادر، هنگام قصد باردار شدن دارد تا زمانی که حاملگی وي خاتمه یافته، دوران وي سپری می شود همه خدمات اعم از مراقبتی، کلینیکی (آزمایشگاهی و رادیولوژی و ...) را تعریف و زمان دریافت هر کدام را مشخص نماییم. در نهایت پزشك یا دستیار همکار برنامه‌ی پزشك خانواده موظف به ارائه‌ی بسته کامل خدمتی در قابل مبالغ دریافتی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که اگر از سیستم پرداخت سرانه ی مبتنی بر خروجی ها استفاده نماییم-پرداخت سرانه منوط به اندازه گیری و کنترل شاخص های خروجی سلامت جمعیت تحت پوشش باشد- می تواند سیستم پرداخت مناسبی برای این منظور باشد. این سیستم می تواند برای همه ی جمعیت و یا بخش خاصی از جمعیت اجرا شود، اما تجارب جهانی اجرای آنرا برای جمعیت محدود و خاص موفق تر می داند.

5-2-3- روش پرداخت به ازای خدمت (Fee For Service)

در این روش به ازای ارائه‌ی هر خدمت، به ارائه دهندگان، خدمت مبلغی پرداخت می شود. این روش پرداخت بر اساس میزان (تعداد) خدمات ارائه شده به بیماران صورت می گیرد. پرداخت بهای هریک از خدمات (ویزیت، انواع خدمات آزمایشگاهی یا پرتونگاری و هزینه‌ی داروها و لوازم مصرفی)، رایج ترین روش پرداخت است و نسبت به سایر نظام های پرداخت به بازار شباهت بیشتری دارد

استفاده از این نظام پرداخت اگر چه انگیزه‌ی ارائه دهندگان خدمت را برای مشارکت بیشتر در بازار مالی نظام سلامت افزایش می دهد؛ اما در صورتی که به خوبی کنترل و نظارت نشود، می‌تواند باعث افزایش ارائه خدمات کاذب برای جذب درآمد بیشتر ارائه دهندگان خدمت شود. سازمان های پرداخت کننده‌ی هزینه خدمات در کشورهایی که از این نظام تبعیت می کنند با استفاده از ابزار های کنترلی مانند تعیین حدنصاب خدمات

و تعیین بهای ثابت دستمزدها سعی در کنترل بازار ارائه خدمات بهداشتی دارند. این مکانیزم پرداخت، می تواند هم برای بیماران بستری و هم بیماران سرپایی استفاده شود. این روش پرداخت به اصطلاح بیمارمحور است؛ یعنی برای بیمار بیشتر و مراجعات بیشتر بیمار، ارائه دهنده خدمات پول بیشتری دریافت می کند. لذا فرد بیمار در دیدگاه وی اهمیت دارد و نه افراد سالم. بدین ترتیب سلامت افراد جامعه و پایش و مراقبت از آن در نظام سلامتی که از روش کارانه در پرداخت استفاده می کند، نمی تواند برای پزشکان انگیزه ای برای فعالیت باشد و ارائه کننده هیچ خطری از نظر هزینه درمان متحمل نمی شود. سازمان بیمه گر و بیمار در معرض خطر هزینه مراقبت قرار دارد. همچنین در این سیستم امکان سوء استفاده از طریق ارسال صورت حساب های غیر واقعی، بیشتر از سایر سیستم ها وجود دارد. یافته های علمی نشان می دهد که در نظام های پرداخت کارانه برای پزشکان و بیمارستان ها جهت پذیرش بی مورد (غیر مقتضی) بیماران، انگیزه های قوی وجود دارد و گرانترین مکانیزم پرداخت بهای خدمات عرضه کنندگان آن است و بیشتر پژوهش ها، افزایش هزینه را در این مکانیزم نشان داده است. این نظام همچنان گسترده ترین کاربرد را در کشورهای در حال توسعه برای پرداخت به پزشکان و بیمارستان ها دارد. نظام کارانه در نظر ارائه دهندگان خدمت، ساده ترین، سودآورترین و انعطاف پذیرترین روش است. از این مکانیزم در کشورهای مثل سوئد، آمریکا و کانادا استفاده می شود.

5-2-5- پرداخت به ازای مورد (Per Case)

این روش در اصل قسمتی از روش کارانه است یا به عبارتی از روش کارانه گرفته شده است و به ازای هر بسته ای خدماتی مبالغ تعیین شده ای که به هر گیرنده خدمت ارائه می شود مبالغی به ارائه کننده خدمت پرداخت می شود. در این روش می توان پرداخت را به ازای قسمتی از یک بسته ای خدماتی نیز تعریف نمود.

5-2-6- پرداخت حقوق روزانه (Salary Base Payment)

در این روش به ازای خدمات مراقبتی پزشکی و حتی غیر پزشکی مثل نگهداری از سالمندان، روزانه مبالغی دریافت می شود. این روش بیشتر در کنار سایر روش های پرداخت بکار می رود. نمی توان گفت نظام استخدام و پرداخت حقوق برای ارائه دهندگان، روش ارزانی بوده، از کارایی لازم برخوردار است؛ اما شواهدی نیز دال بر ارزان بودن این روش نسبت به روش های قبلی وجود دارد. از سویی مطالعاتی نیز کاهش بهره وری

در این روش را نشان می دهد. با تمام این موارد، ارائه‌ی خدمات پیشگیرانه و سلامت نگر برای گیرندگان خدمت در روش پرداخت حقوق در مقایسه با روش کارانه بیشتر و بهتر انجام می گیرد. مطالعات همچنین نشان می دهد در این نظام، از تست ها و ارجاعات کمترین استفاده می شود ولی انگیزه های شغلی در این روش کاهش می یابد.

5-2-7- پرداخت پاداش (Bonus payment system)

به کارگیری این روش بیشتر برای ایجاد انگیزه در افراد به منظور نیل به اهداف خاص است. پاداش در اغلب موارد یک هدف خاص را دنبال می کند و پرداخت کننده با این ابزار دسترسی به هدف مذکور را از سوی ارائه دهندگان خدمت انتظار دارد. مثلا پرداخت مبالغ تشویقی به ازای کاهش تجویز دارو.

5-2-8- نظام پرداخت متغیر

در این نظام تغییر در حجم خدمات ارائه شده به تغییر در میزان پرداخت به ارائه دهندگان خدمات منجر می شود. در این روش میزان کل پرداخت تابعی از حجم فعالیت انجام شده است.

5-3- تحلیلی بر نظام های پرداخت و مقایسه نظام پرداخت فعلی پزشک خانواده ایران با آن ها

بررسی اجمالی روش های پرداخت در نظام های سلامت نشان می دهد که هر کشوری بر اساس سیستم های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در آن کشور یکی از روش های فوق و بعضا روشی غیر از موارد اشاره شده را اجرا می کند. اما بررسی روند تغییر در نظام پرداخت این کشورها حاکی از آن است که بیشتر سیاست گزاران این کشورها به این نتیجه رسیده بودند که برای ارتقای نظام سلامت باید در مرحله ی نخست نظام های پرداخت اصلاح شود و اهمیت نظام های پرداخت به نسبت از بقیه، پررنگ تر و مهم تر بوده است. نظام پرداخت در وهله ی اول شامل منابع تامین مالی بخش بهداشت، در مرحله بعد شامل سازمان های بیمه گر و نظام های بیمه ای و در نهایت متولیان سیستم بهداشتی هر کشوری است.

برای مثال در کشوری مانند انگلستان پزشک عمومی به عنوان خط اول تمام مراقبت های اولیه بهداشتی تعریف شده است. این پزشکان، خدمات پیشگیری، تشخیصی و درمانی ارائه می دهند. همچنین این پزشکان به مثابه دروازه ورود بیماران به سطح دوم ارائه خدمات هستند. تیم سلامت این کشور می تواند شامل پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، گفتار درمان و کادر اداری مثل منشی باشد. اکثر پزشکان عمومی بصورت مستقل کار می کنند و عموماً در مکان هایی خصوصی یا دولتی به ارائه خدمت می پردازند. پس از فراز و نشیب های متعدد، در نهایت سیستم پرداخت براساس Carr-Hill formula تثبیت شد. در این فرمول ضرایبی برای سن، جنس، میزان مرگ و میر جمعیت، هزینه های غیر قابل اجتناب و در نظر گرفته شده است.

در کشور آمریکا در نظام جدیدی که به طرح اوباما معروف است ضمن نظر خواهی های متعدد، بیشتر ذینفعان و صاحب نظران بر ابقای سیستم پرداخت Fee For Service تاکید داشته اند و دولت در تلاش بوده تا ساختار های بیمه ای را به قدری تقویت نماید تا مردم از پرداخت هزینه های سنگین مراقبتی و درمانی ناتوان نباشند.

در اصلاحات نظام سلامت در کرواسی، ضمن واگذاری کلیه خدمات مراقبتی بهداشتی به بخش خصوصی تحقیقات آقای Hebrang و همکاران نشان داد که علاوه بر افزایش کیفیت خدمات مراقبتی، میزان احترام به گیرندگان خدمات نیز بیشتر شده است. در کرواسی نیز ابتدا پرداخت به صورت سرانه بوده است، اما به مرور مبلغی حدود 12 % سرانه سالیانه را به خدمات بهداشتی اضافه ای که برای گروه های سنی خاص تعریف کرده اند اختصاص دادند. در بازنگری، با هدف رسیدن به یک سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد، حرکت کرده اند و در کل لازمه رسیدن به عدالت در نظام مراقبت های اولیه را ملزم به اصلاح ساختار پرداخت دانسته اند. در نهایت سیاستگذاران سلامت این کشور تلاش کرده اند تا تعداد افراد تحت پوشش هر پزشک خانواده را به منظور ارتقای کیفیت خدمات، کاهش دهند و به حد 1500 نفر به ازای هر پزشک عمومی برسانند و جالب توجه است که این عدد با آنچه در ایران به آن رسیده ایم بسیار نزدیک است. از سوی دیگر سیاستگذاران در پرداخت ها به آموزش اهمیت ویژه ای داده اند و یک سیستم مراقبت از بیماری های روانی را نیز در ساختار پزشک خانواده ی جدید تعبیه کرده اند.

بررسی نظام پرداخت در استان فارس نشان می دهد که نظام پرداخت در حال حاضر مبتنی بر پرداخت سرانه است؛ اما با تغییراتی بسیار اندک ضرایبی برای بعضی گروه های جمعیت پیش بینی شده است. همچنین مناطق محروم نیز از ضرایبی برخوردار هستند. اما چون میزان پرداخت عمدتاً بر اساس سرانه بوده است، پزشکان در خصوص ارائه خدمات بهداشتی و بسته های

بهداشتي تمایلی ندارند. قانون گذار نیز برای اجرای آن پیش بینی های لازم را بطور کامل نکرده است. پزشکان عمدتاً رغبتی به ماندگاری طولانی در محل ارائه خدمات را ندارند؛ زیرا حقوق آنها تابعی از جمعیت تحت پوشش آنهاست، نیازی به وقت گذاری بیشتر نمی بینند.

اما هدف اصلی برنامه ی پزشك خانواده ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری به مردم بوده است وگرنه مردم در بحث خدمات درمان سرپایی چندان مشکلی نداشته اند. اگر نتوانیم بر اساس بهبود بخشیدن به نظام پرداخت، خدمات مورد نظرمان را ارائه دهیم هرگز به مقصود خود نخواهیم رسید. لذا پس از بررسی نحوه پرداخت به پزشکان و بررسی نظام های پرداخت در پاره ای از کشورهای جهان و تطابق آن با نظام ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی در کشور و بررسی بسته های خدمتی به این نتیجه رسیدیم که برای ارائه این خدمات باید نظام پرداخت به نوعی اصلاح گردد تا به اهداف مذکور برسیم.

در نظام پرداخت قبلی مشکلاتی وجود داشت که از آن جمله می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- تك بعدي بودن نظام پرداخت
- دیده نشدن بسته های بهداشتی به طور روشن
- كم اهمیت جلوه دادن نقش دستیار
- عدم وجود تنبیهات پرداختی در محاسبه ی حقوق پزشکان
- عدم تاثیر مدت زمان حضور پزشك و دستیار در میزان حقوق دریافتی
- عدم محاسبه ی بار خدمات پزشکی و مراقبتی
- عدم محاسبه ی قیمت تمام شده ی هزینه های درمان و بسته های خدمتی
- عدم اعمال انگیزه قابل توجه در ترغیب به سمت ارائه خدمات بهداشتی

اما امروزه کشورهای مختلفی که در بحث ارائه خدمات بهداشتی تجارب بیشتری دارند بارها و بارها نظام های پرداخت در سلامت را بازبینی کرده اند و سعی نموده اند تا مکانیزم های پرداخت ثابت و متغیر را در هم ادغام نمایند. در نظام پرداخت پزشك خانواده نیز با یدتمامی آیتم های مورد نظر اعمال شود تا بتوانیم به اهداف خود نزدیک شویم. بنابراین با مطالعه نظام های پرداخت در دنیا و صحبت با پزشکان و افراد مجربی که در نظام سلامت کار می کردند، سعی

نمودیم تا نحوه ی پرداختی را ارائه دهیم که تا حد ممکن همه ی جوانب کار در آن گنجانده شده باشد.

5-4- مدل پیشنهادی پرداخت در نظام پزشك خانواده

➤ در این فرمول عناصر ذیل گنجانده شده است. این نظام پرداخت ترکیبی از سه مکانیسم پرداخت ذیل است:

1. نظام پرداخت سرانه (Per capita payment system) به عنوان پایه ی ثابت برای 40% خدمات که بیشتر شامل خدمات درمانی است.

2. نظام پرداخت کارانه (Fee For Service) برای ارائه بسته های مراقبتی به گروه های هدف.

3. نظام پرداخت پاداش (Bonus payment system) برای خدماتی فراتر از آنچه در طرح دیده شده است. این خدمات می تواند شامل کاهش هزینه های دارویی پس از یک بررسی یکساله و نسخ و یا کاهش قیمت داروهای تجویز شده باشد.

➤ دخالت دادن مدت زمان حضور و ارائه ی خدمت از طریق پزشك در میزان دریافتی پزشك

➤ دخالت دادن مدت زمان حضور و ارائه خدمت از طریق دستیار در میزان دریافتی پزشك و دستیار

➤ تخصیص 60% از دریافتی پزشك به بسته های مراقبتی

➤ تاثیر غیبت در زمان ارائه خدمت به عنوان عامل تنبیهی با ضریب بیش از میزان دریافتی متاثر از همین عامل

➤ پررنگ کردن نقش مراقب سلامت در برنامه ی پزشك خانواده و ارائه ی خدمات مراقبتی

➤ دخالت مستقیم تعداد بسته های مراقبتی ارائه شده در میزان دریافتی پزشكان و مراقبین سلامت

➤ اعمال ضرایبی مثل محرومیت منطقه، سابقه‌ی کار پزشك و مراقب سلامت و تمام وقت بودن و نیمه وقت بودن در کلیه مبالغ محاسبه شده اعم از مراقبتي و درمانی.

➤ امکان پرداخت پاداش برای انجام کارهای خاص و تعریف نشده.

در این فرمول باید قیمت یا هزینه‌ی هر خدمت ارائه شده توسط پزشك با دستیار را محاسبه نمود و پرداخت کارانه را بر اساس انجام این مراقبت ها طراحی نمود.

$$\text{HPF} = \left[k1 \left(0.875 \sum_{i=1}^{31} \frac{d1p \times 0.5BC \times D}{(d - 2.5) \left(1 + \frac{d^2p}{100} \right)} \right) + k2 \left(0.125 \sum_{i=1}^{31} \frac{d1a \times 0.5BC \times D}{(d - 2.5) \left(1 + \frac{d^2a}{100} \right)} \right) \right] + \left[k1Q \left(\frac{Cp^2 \times Pp}{Ec} \right) + k2Q \left(\frac{Ca^2 \times Pa}{Ec} \right) \right]$$

$+ BP$

$$k1 = 1 + \left(\sum DC + W1 + E1 + T1 \right)$$

$$k2 = 1 + \left(\sum DC + W2 + E2 + T2 \right)$$

Ca= = Care by assistant (تعداد مراقبت انجام شده توسط دستیار)

Pp= Cost of each physician care (هزینه انجام هر مراقبت توسط پزشک)

Pa= Cost of each assistant care (هزینه انجام هر مراقبت توسط دستیار)

EC= Expected care (تعداد مراقبت مورد انتظار)

Bp= Bonus payment (پرداخت پاداش)

DC= Deprive coefficient (ضریب محرومیت)

W1= Physician work experience coefficient (ضریب سنواتی پزشک)

W2= Assistant work experience coefficient (ضریب سنواتی دستیار)

T1, T2= Full time coefficient of physician & assistant (ضریب تمام وقتی پزشک و دستیار)

k1, K2=Specific coefficient of physician & assistant (ضریب اختصاصی پزشک و دستیار)

d1p= Total days of physician present (تعداد روزهای حضور پزشک)

BC= Basic capitation (سرانه پایه)

D= Total population (کل جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده)

d= Days of month (تعداد روزهای ماه)

d1a= Total days of assistant present (تعداد روزهای حضور دستیار)

d2p=Total days of physician absent (تعداد روزهای غیبت پزشک)

d2a=Total days of assistant absent (تعداد روزهای غیبت دستیار)

Cp= Care by physician (تعداد مراقبت انجام شده توسط پزشک)

Q=Quality of care (کیفیت خدمات)

E1= Education level (میزان تحصیلات پزشک)

E2= Education level (میزان تحصیلات دستیار)

نحوه ی محاسبه هزینه خدمات:

قبل از محاسبه نکات ذیل یادآوری می شود:

- تعداد روزهای مرخصی افراد تا 2/5 روز در ماه مشمول کسورات نخواهد شد.
- به ازای هرسال سابقه کاری پزشک و دستیار 1% و به ازای تمام وقت بودن آنها 5% و ضرایب محرومیت نیز بر اساس مصوبات کمیته کشوری قابل اعمال و اجراست.

- برای پزشک عمومی دارای مدرک MPH و یا متخصص پزشکی اجتماعی، 3% به سرانه پزشک خانواده اضافه خواهد شد.

- به سرانه‌ی پزشک متخصص که مایل به همکاری به عنوان پزشک خانواده باشد، 5% افزوده می شود.

- از دستیار با مدرک فوق دیپلم 1%- و فوق لیسانس 3% اضافه می گردد.

- با توجه به لحاظ تعداد مراقبت و پرداخت به ازای مراقبت نیازی به اعمال ضریب گروه سنی جمعیتی نیست.

هزینه‌ی تمام شده‌ی هر بسته خدمتی را می توان از طریق سرانه پیشنهادی برای پزشکان و یا از طریق تعیین تعداد مراقبت و زمان برای هر مراقبت و ویزیت پایه محاسبه نمود.

اگر به طور مثال سرانه‌ی پایه را 35000 ریال در نظر بگیریم. بر اساس جدول شماره 3 تعداد مراقبتهای هر جمعیت قابل محاسبه است. البته در این بسته خدمتی مراقبت های بهداشت روان و معاینات دانش آموزان محاسبه نشده است و اگر این بار هم محاسبه شود پرداخت 50% برای ویزیت های درمانی و 50% برای خدمات مراقبتی منطقی است.

$$\text{ریال/ماه} \quad 3,000 \times 35,000 = 105,000,000$$

$$\text{هزینه مراقبتها} \quad 105,000,000 \times 50\% = 52,500,000$$

$$\text{هزینه مراقبتهای دستیار} \quad 52,500,000 \times 30\% = 15,750,000$$

$$\text{هزینه مراقبتهای پزشک} \quad 52,500,000 - 15,750,000 = 36,750,000$$

$$\text{ریال/هزینه هر مراقبت دستیار} \quad 15,750,000 \div 58.64 = 268,588 \div 21.75 = 12,349$$

$$\text{ریال/هزینه هر مراقبت پزشک} \quad 36,750,000 \div 21.5 = 1,709,302 \div 21.75 = 78,589$$

این قیمت، هزینه پرداختی در بخش خصوصی به ازای مراقبت بیماران است. پزشک به ازای درمان بیماران، سرانه دریافت می کند. در بخش

دولتي نیز به ازاي تفاوتي که در پرداخت ها وجود دارد به همین نسبت قیمت پایه‌ی خدمات کاهش خواهد یافت.

در اینجا چند نکته شایان یادآوری است:

1. دولت می تواند برای مراقبت هایی که در سال های آتی به برنامه اضافه می شود از طریق فرمول فوق اقدام نماید. بدیهی است چون این فرمول انعطاف پذیری کامل دارد می توان هر خدمت مراقبتی را به آن اضافه نمود. همچنین می توان پاره ای از خدمات را به قسمت پاداش ها اضافه و به پزشکان پرداخت نماید.

2. با توجه به اینکه یکی از تعهدات وزارت بهداشت در برنامه پزشک خانواده ایجاد زیر ساخت های الکترونیکی است، لذا پس از ایجاد این زیر ساخت، نرم افزار بر اساس ترکیب جمعیتی بطور خودکار تعداد مراقبت های هر گروه سنی و زمان انجام این مراقبت را محاسبه و چنانچه در زمان مربوط یا با اندکی تغییر این خدمت ارائه شود؛ بهای آن در صندوق دریافتی پزشک منظور خواهد شد. بهای این خدمات به اضافه‌ی سرانه پزشک، حقوق وی را مشخص می کند که در پایان هر ماه به صورت علی الحساب به وی پرداخت خواهد شد. روشن است طبق فرمول، روزهای غیبت و نداشتن دستیار نیز از حقوق وی کسر خواهد شد.

3. چون گروه های سنی و بالطبع تعداد مراقبت ها دارای توزیع نرمالی نیستند، حقوق پزشک بر حسب تعداد مراقبت ارائه شده، تعداد روزهای کاری خودش و دستیار می تواند متغیر باشد؛ ولی در مجموع دریافتی سالیانه وی تغییر خاصی ایجاد نخواهد شد.

4. کیفیت مراقبت ها با توجه به وجود نیروهای به پاس یا مراقبین و ناظرین سلامت در طول ماه مرتباً پایش شده، گزارش نهایی می تواند به صورت دستی و یا در صورت فراهم شدن زیر ساختها در محلی بر روی سایت پزشک خانواده درج گردد که پس از تایید رئیس مرکز بهداشت شهرستان از طریق سازمان های بیمه گر قابل مشاهده و اعمال خواهد بود.

جدول شماره 5: جمعیت فرضی یک پزشک خانواده و گروه های سنی مختلف و تعداد مراقبت های فرضی انجام شده توسط وی.

گروه سنی	جمعیت ثبت نام شده	تعداد مراقبت پزشکی مورد انتظار	تعداد مراقبت پزشکی انجام شده	تعداد مراقبت مورد انتظار توسط دستیار	تعداد مراقبت انجام شده توسط دستیار
کودکان زیر یکسال	45	2	1	25	21
کودکان 1-6 سال	300	7	5	121	118
زنان باردار	60	8	8	41	40
زنان واجد شرایط 15 ساله شوهر دار	660	94	72	232	200
زنان 30-60 ساله	570	38	31	36	30
مردان 30-60 ساله	630	42	42	40	40
سالمندان	150	10	9	10	10
سایر گروه های سنی و جنسی	1015	-	-	-	-
جمع	3000	470	419	1207	1105

با توجه به شیوع دیابت و فشار خون در استان و بر اساس بررسی انجام شده در منطقه پایلوت، تعداد 352 نفر مبتلا به دیابت و 486 نفر دارای فشار خون بالا در جمعیت ثبت نام کرده برآورد شده است. بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت تعداد مراقبت مورد انتظار برای این گروه توسط پزشک 269 مراقبت و تعداد مراقبت مورد انتظار توسط دستیار پزشک خانواده 702 مورد برآورد می شود. از این تعداد در مثال فوق، تنها 251 مراقبت پزشکی و 546 مراقبت توسط دستیار پزشک انجام شده است. لذا در فرمول محاسباتی، درصد مراقبت انجام شده برای این دو گروه، بر اساس اطلاعات مذکور منظور گردیده است. این پزشک خانواده

داراي 8 سال سابقه کار است. دستيار وي داراي 3 سال سابقه کار است. تمام وقت است و در مطب خصوصي کار مي کند و در منطقه حاشيه اي که محروم است فعاليت دارد. طبق بازديد هاي انجام شده توسط به پاس ها نمره ي دريافتي وي از نظر كيفيت مراقبت ها 80 از 100 مي باشد. پزشك 28 روز كاري را در مطب حضور داشته و مابقي را با اطلاع به پاس مركز و يا مركز بهداشت شهرستان به مرخصي رفته است؛ ولي دستيار 3/5 روز را در محل كار حاضر نشده است

$$Q=80/100=80\%$$

$$K1= 1+ 0.03+ (8*0.01) + 0.05=1.16$$

$$K2=1+ 0.03 + (3*0.01) + 0.05=1.11$$

$$\begin{aligned} HPF= & [1.16*(0.875*28*0.5*35,000*3,000/ (30-2.5) (1+2/100)) + \\ & 1.11*(0.125*26.5*0.5*35,000*3,000/ (30-2.5) (1+3.5/100))] + \\ & + [1.16*0.8 (419^2*78,589/470) +1.11*0.8 (1, 105^2*12,349/1,207)] +0 \end{aligned}$$

$$HPF=98,309,900$$

در صورتي که اين پزشك مراقبت ها را به صورت کامل انجام دهد و دستيار وي غيبتی نداشته باشد و از نظر كيفيت نیز كيفيت بالاي 90 درصد را که 100 درصد منظور مي شود را داشته باشد، دريافتي وي معادل 125/489/951 ريال خواهد بود.

همانگونه که از محاسبه فوق بر مي آيد تفاوت حدود 27,160,051 ريال به دليل غيبت دستيار، كيفيت خدمات و عدم پوشش كافي مراقبت ها بوده است. با اعمال اين فرمول نكات مثبت ذيل ايجاد خواهد شد:

1. دستيار براي مطب به شدت سودآور خواهد بود

2. سابقه ي کاري دستيار که در پرداخت ها لحاظ شده است مي تواند به ماندگاري آنها کمک کند و اين سابقه نه تنها براي خدمات دستياري که حتي در کل پرداختي به پزشک نيز موثر است.
3. اهميت قابل توجهي به بسته هاي خدمتي بهداشتي داده شده است و پزشکان را راغب به انجام آن مي نمايد
4. به کيفيت خدمات به عنوان عامل مهم و تاثير گذار توجه شده است
5. به پوشش خدمات به عنوان يك عامل مهم توجه شده است.
6. امکان تعريف و ارائه ی خدماتي که در بسته هاي خدمتي تعريف نشده است در غالب سيستم پاداش مقدور مي باشد.
7. در نهايت اينکه بايستی توجه داشت که چون 60 تا 70 درصد مراقبت های انجام شده در نظام پزشک خانواده بر عهده مراقبين سلامت است بايستی نظام های پرداخت به سمت شفاف سازی محاسبه کارانه اين گروه اثرگذار سوق داده شوند.

فهرست منابع :

1. Gosden T, Pedersen L and Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. Q J Med 1999; 92:47–55.
2. Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: Shedding light on the review of health services. J Roy Coll General Practitioners 1984; 39:114–17.
3. Hohlen MM, Manheim LM, Fleming GV , Davidson SM, Yud-kowsky BK, Werner SM, et al. Access to office-based physicians un-der capitation reimbursement and Medicaid case management. Findings from the Children's Medicaid Program. Medical Care 1990; 28(1):59-68.
4. Abel-Smith B. Value for money in health services London, Heinemann, 1976.
5. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. The Cochrane database of systematic reviews. 2000(3).

6. Hillman AL, Welch WP, Pauly MV. Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians: three-tiered HMOs and risk pools. Medical care. 1992;30(2):136-48
7. Tu K, Cauch-Dudek K, Chen Z. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2009;55(7):719-27
8. Yang,Bong-min.Reform in Provider Payment:DRG Experience in South Korea. At World Bank HCF Conference. February2008. Seoul National University
9. Boyle S. United Kingdom (England Health system review), Health Systems in Transition. Vol. 13 No. 1, 2011.
- 10.Voncina L. et al. Croatia Health system review, Health Systems in Transition Vol. 8 No. 7, 2006.
- 11.Curtis J, Hodin R M. Paying for Better Care A Consumer Advocate's Reference Guide to Payment Reform, Community Catalyst,P 1-14, August 2009.
- 12.Lpez G, Co-payments in European Health Care Systems: the Spanish Approach, Univ. Pompeu Fabra. Barcelona, Workshop organised for the Commission on the Future of Health Care in Canada 29 November 2001 Embassy of Canada in Paris.
- 13.Busse R. Health care systems in eight countries: Trends and challenges, etherlands. European observatory on health care systems.[On line 2002]. Available from:
www.euro.who.int/observatory/Netherlands.

14.محمدزاده ،مهدي. نجفي،بهزاد. اصول اقتصاد بهداشت و درمان ، انتشارات فروزش. تهران ، 1386 .

15.ملكي،محمد رضا. مكانيزم هاي پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درماني. نشریه بیمه همگانی خدمات درماني ، شماره 17 سال 5 تیر 1380

16.واعظ مهدوي، محمد رضا، نقش رفتار سازي نظام هاي پرداخت و مالي در نظام ارائه خدمات درماني ، اداره کل مطالعات و پژوهش هاي سازمان بیمه خدمات درماني 1379.

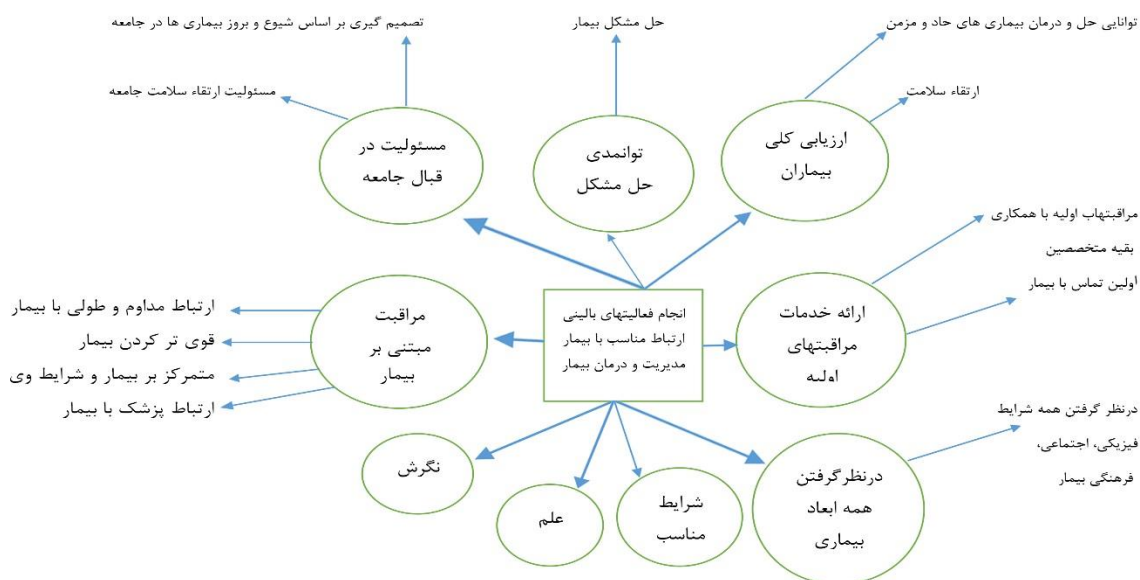
17.رشیدي، رضا . مقایسه دوشیوه پرداخت کارانه و سرانه برای پزشکان خانواده در کشورهای کانادا و انگلستان (ترجمه) نشریه بیمه همگانی خدمات درماني ، شماره 21 سال 6 دي 1381

18. قاسمی، حمید. آشنایی با روشهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت. اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اردبیل. بهار 1389.
19. مرجان قاضی سعیدی ، آزاده گودینی. سازوکارهای پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی، فصلنامه علمی- آموزشی مدارک پزشکی، دوره ششم - شماره سوم - صفحات 15-22 ، زمستان 88.
20. دکتر ایرج کریمی ، دکتر آزیتا سالاریان ، دکتر زهره عنبري. مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و رایج الگوی مناسب برای ایران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک 104-92 ، سال 12 ، شماره 4 (شماره پیاپی 49) ، زمستان 1388 .

فصل ششم

ضرورت تربیت پزشکان متخصص پزشکی خانواده در کشور

برای ورود به بحث پزشک خانواده از تعریف شاخه اروپایی سازمان جهانی پزشکان خانوادگی¹³ شروع می‌کنیم. در یک درخت این سازمان توانایی‌های محوری¹⁴ پزشکان خانواده را به شرح زیر تعریف کرده است.



1-6- تعریف پزشکان خانواده

پزشک خانواده رشته‌ای تخصصی شامل یک برنامه درسی، محتوای آموزشی و فعالیتهای پژوهشی مرتبط است که بر اساس پزشکی مبتنی بر شواهد و فعالیتهای بالینی تنظیم شده و از نظر تعریف، یک تخصص مرتبط با ارائه مراقبت‌های اولیه است.

2-6- خصوصیات این نوع تخصص

1- معمولاً به طور طبیعی اولین برخورد بیمار با پزشک را شامل می‌شود. متخصصین این رشته ارتباطات مناسب و نامحدودی باگیرندگان خدمت

¹³ World Organization of National Colleges Academies and Academic Association of Family Medicine (WONCA)

¹⁴ Core Competencies

برقرار می کنند. این متخصصان در خصوص همه‌ی جنبه های سلامت بدون توجه به جنس و سن بیماران مداخله می نمایند.

2- گرچه برخورد آنان یک برخورد مبتنی بر بیمار است؛ علاوه بر بیمار است سلامت خانواده‌ی وی و هم چنین سلامت جامعه نیز جزء اولویتهای این متخصصین است.

3- از منابع نظام سلامت به درستی استفاده می کنند و با سایر افراد مشغول در سیستم ارائه خدمات اولیه ارتباطی مناسب برقرار می نمایند. هم چنین در زمان نیاز با کمک سایر متخصصین تلاش می کنند تا بهترین خدمت را برای بیماران فراهم آورند.

4- علاوه بر ارائه‌ی خدمات به بیماران زمینه‌ی توانمندسازی بیماران را نیز فراهم می آورند.

5- در مهارت‌های ارتباطی با بیمار سرآمد هستند و برقراری ارتباط مناسب با بیمار را در طول زمان ممکن می سازند.

6- در تصمیم گیری بالینی خود از شیوع و بروز بیماریها نیز برای تشخیص و تصمیم گیری عمل می کنند.

7- به طور همزمان مشکلات حاد و مزمن بیماران خود را برطرف می کنند.

8- بیماری‌هایی که نحوه‌ی ارائه آنها غیر معمول بوده را در مراحل اولیه تشخیص داده، به طور اورژانس درمان کرده یا ارجاع می دهند.

9- سبب ارتقاء سلامت افراد و جامعه با ارائه خدمات بجا و مناسب می شوند.

10- مسئولیت ارتقاء سلامت جامعه را نیز بر عهده دارند.

11- همه‌ی عوامل موثر بر سلامتی از قبیل عوامل جسمی، روحی، فرهنگی، اجتماعی را با هم می بیند.

3-6- تخصص پزشک خانواده در یک نگاه

این افراد پزشکان تخصصی هستند که در وهله نخست مسئول ارائه خدمات اولیه به بیماران هستند. این افراد بیماران را در جامعه می بینند، به عبارتی دیگر مسئولیت حرفه ای خود را در جامعه تشخیص می دهند و همانطور که گفته شد همه ابعاد سلامتی اعم از جسمی، روحی و روانی را مدنظر دارند. این افراد مانند دیگر متخصصان بطور مداوم خود را ارزیابی کرده، توسط سایرین نیز ارزیابی می شوند و به تقویت توانمندی‌های حرفه ای خود در طول زمان ملزم هستند.

4-6- توانمندیهای محوری پزشکان خانواده

نقش‌هایی کلیدی برای این پزشکان تعریف شده است.

- ❖ ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه (تشخیص، درمان، پیشگیری)
- ❖ ارائه مراقبت‌های بیمار محور
- ❖ توانمندی حل مسئله
- ❖ ارزیابی کلی بیماران
- ❖ مسئولیت در قبال جامعه
- ❖ در نظر گرفتن همه ابعاد بیماری

برخی از خصوصیات منحصر به فرد این رشته تخصصی

* اولین سطح تماس با بیمار

معمولا این پزشکان در اولین سطح تماس بیمار با نظام ارائه خدمات هستند. پزشکان خانواده بدون هیچ محدودیتی با تمام انواع بیماران باید در تماس باشند در نتیجه بر اساس نیازهای بیماران فعالیت وسیعی ارائه می‌نمایند.

* ارتباط خوب با سایر همکاران نظام ارائه خدمات سلامت و سایر متخصصین این افراد کار تیمی مناسبی انجام می‌دهند چرا که برخورد سطح اول با بیماران نیاز به برقراری ارتباط مناسب با تیم ارائه مراقبت‌ها و هم چنین سایر متخصصان جهت مشاوره و یا ارجاع خواهد بود.

در نظر گرفتن فرد به عنوان عضوی از جامعه

متخصصان این رشته فرد را به عنوان یک شخص در نظر می‌گیرند و جزئی از جامعه قلمداد می‌کنند. نقطه‌ی شروع، خود بیمار است، اما در مراحل اولیه نحوه تعامل بیمار با جامعه، ارزشها، باورها و سایر مسائل نیز همواره مد نظر قرار می‌گیرد.

توانمندسازی بیمار

یکی از اهداف راهبردی مهم متخصصان این رشته توانمندسازی خود بیمار است به گونه ای که بتواند مسئولیت مراقبت از خود را به درستی به عهده گیرد. ارائه مراقبت‌ها در طول زمان، همکاری با سایر اعضای تیم، درخواست مشاوره از سایر متخصصین در صورت لزوم و مهارت‌های ارتباطی خوب با بیمار سبب می‌شود در طول زمان اعتماد بیمار جلب شده، توان خود مراقبتی را به دست آورد.

توجه به شیوع و بروز بیماریها در تصمیم گیری

بیماران مراجعه کننده به پزشکان خانواده وضعیتی متفاوت در مقایسه با بیماران مراجعه کننده به سایر متخصصین دارند. این متخصصین از تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و داده های شیوع و بروز بیماری ها بهره می گیرند.

ضرورت نیاز به پزشکان عمومی متخصص

گروه لیوون هورست¹⁵ در سال 1974 پزشکان عمومی را به شرح زیر تعریف کرد:

پزشک عمومی یک فرد فارغ التحصیل رشته پزشکی است که مراقبت های اولیه و مداوم را به خود بیمار، خانواده ها و جمعیت تحت پوشش خود ارائه می دهد.

هدف از فعالیت پزشک عمومی دستیابی به تشخیص اولیه و به موقع است. در سال 1995 برناردگای¹⁶ ده اصل را به عنوان اصول اساسی رشته ی پزشکی عمومی به شرح زیر مطرح کرد:

- 1- برخورد بیمار محور
- 2- گرایش به جامعه
- 3- توجه به انتظارات بیماران
- 4- توجه به مشکلات انتخاب شده
- 5- درمان بیماری های رایج
- 6- برخورد مرحله اول با بیمار
- 7- مدیریت همه مشکلات بیمار
- 8- ویزیت بیماران در طول زمان
- 9- مراقبت های هماهنگ شده
- 10- کارآیی

اولسن¹⁷ در سال 2000 پزشکان عمومی را به عنوان متخصصینی تعریف کرد که برای کار کردن در سطح اول ارائه خدمات، آموزش دیده اند. هم چنین این افراد خدمات پیشگیری - درمان و مراقبت را به افراد و جوامع ارائه می دهند.

به تدریج به دلیل پیچیدگی فعالیت پزشکان عمومی نیاز و خدمت به آموزش های بیشتری احساس شد به گونه ای که در بیشتر کشورهای اروپایی پزشکان متخصص خانواده که در قالب یک رشته تخصصی برنامه پزشک خانواده

¹⁵ Leeuwen Horst

¹⁶ Gay Bernard

¹⁷ Olesen

آموزش دیده اند در سطح اول نظام عرضه خدمات سلامت قرار گرفتند و به عبارتی نقش دروازه بان خدمات سلامت را عهده دار شدند. در کشور آمریکا نیز در سال 1969 مورد پزشک خانواده آمریکا¹⁸ تاسیس شد و تخصصی شدن پزشکی عمومی جایگاه اجتماعی پزشکان عمومی را حفظ کرد.

در کشورهای عربی نیز تخصص پزشک خانواده در سال 1979 با تاسیس بخش پزشک خانواده در دانشگاه آمریکایی بیروت گشایش یافت و در حال حاضر درصد قابل توجهی از کشورهای عربی دارای برنامه‌ی دستیاری پزشکی خانواده هستند.

5-6- دلایل ضرورت پزشک خانواده

پزشک خانواده طیف وسیعی از خدمات را انجام می‌دهند. سایر متخصصین مثلاً متخصصین زنان و زایمان، اطفال و داخلی درصد بسیار کمی از بیماریها را مدیریت می‌کنند.

البته این موضوع به این معنی نیست که یک پزشک خانواده می‌تواند همه‌ی موارد بیماریهای مراجعه کننده را درمان نماید؛ بلکه به این معنا است که درصد قابل توجهی از بیماران (حدوده 80% و بالاتر) را مستقیم درمان می‌کند حداکثر 20% بیماران را با کمک دیگر متخصصان و با درخواست مشاوره و انجام فعالیتهای تیمی درمان می‌نماید.

از طرفی پزشک خانواده انواع خدمات را از جمله خدمات پیشگیری، آموزش سلامت، غربالگری بیماریها، تشخیص، درمان و توانبخشی ارائه می‌دهند. از نظر اقتصاد سلامت، این جامعیت در ارائه‌ی مراقبت‌ها تضمین خوبی است که هیچ بیماری به دلیل مشکلات ساده و شایع قابل حل، به پزشکان متخصص رجوع نمی‌کند و هزینه‌های تشخیصی و درمانی کاهش می‌یابد.

یکی از موارد مهم دیگر در خصوص پزشک خانواده بحث تداوم ارائه‌ی خدمات¹⁹ است از نظر تعریف تداوم در ارائه خدمات به معنی یک ارتباط طولی مداوم بین پزشک و بیمار است که شامل کلیه خدمات مراقبت سلامت، آموزش سلامت، تشخیص و درمان بیماری می‌شود. تداوم خدمت یکی از خصوصیات کلیدی پزشک خانواده است. مطالعات مختلفی ارتباط بین رضایت بیمار را با تداوم ارائه خدمات نشان داده اند. در یکی از مطالعات چند مرکزی، که مورگان²⁰ در کلینیک‌های پزشک خانواده انجام داد، نتایج نشان داد که رضایت بیماران بطور مستقیم با تداوم ارائه‌ی خدمت پزشکان خانواده

¹⁸ American Board of Family Practice (ABFP)

Continuity of Care¹⁹
Morgan²⁰

ارتباط دارد. به ویژه در کسانی که پیوسته از خدمات این کلینیک ها استفاده می کردند این موضوع آشکارتر بود. این موضوع که بیمار پزشک خود را می شناسد و به او اعتماد دارد و پزشک نیز مسئولیت سلامت فرد را به عهده می گیرد سبب رضایت بیماران شده بود. البته بیماران دوست داشتند که خودشان بتوانند پزشک خانواده خود را انتخاب و در مواردی تعویض نمایند. از دیگر موارد مهم بحث ارجاع مناسب بیماران است. در این باره سه فاکتور پزشک ارجاع دهنده، بیمار و پزشک متخصص که به وی ارجاع شده است، اهمیت دارد. در مطالعه ای که در خصوص ارجاع به روانپزشک در عربستان سعودی انجام شده بود نتایج نشان داد که پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی در سطح اول تماس، نقش بسیار مهمی در فرایند ارجاع، بازی می کنند.

6-6- طراحی برنامه درسی یا کاریکولوم²¹ پزشک خانواده

با توجه به مباحث مطرح شده و توانایی های مورد نیاز پزشک خانواده، طراحی برنامه درسی دستیاری پزشک خانواده یکی از مباحث مهم و قابل توجه است که در تمام برنامه های ارائه دهنده دستیاری این رشته مورد توجه قرار گرفته است. قبل از ورود به بحث طراحی برنامه ی ویژه ی این رشته برخی نکات کلی در طراحی برنامه درسی را مرور خواهیم کرد.

6-7- برنامه ریزی درسی (گام های ده گانه)

برنامه ریزی درسی تعاریف گوناگونی دارد که برخی آن را آینده نگری و برخی آن را پیش بینی نیازها می دانند. از دهه 1950 به بعد توجه به برنامه ریزی درسی بیشتر شد. در فرایند آموزش، معنای برنامه ریزی درسی، تدوین برنامه ی کار آموزشی است به عبارت دیگر برنامه درسی نوعی تجربه آموزشی برنامه ریزی شده تعریف می شود.

هدف اصلی این برنامه تربیت نیروهای انسانی متخصص برای انجام وظایفی معین می باشد. بنابراین برنامه ی درسی باید بتواند زمینه رشد فردی و هم چنین کسب مهارت های یادگیری مداوم را فراهم آورد. برنامه درسی شامل تمام مسایلی است که در آموزش اتفاق می افتد و واقع ارتباطات بین دانشجویان و اساتید و تمام اتفاقات مدیریت آموزشی بیان می شود.

برنامه درسی معمولاً با دو مدل متفاوت طراحی می شود که مدل‌های اول مدل‌های تجویزی²² و تشریحی²³ و مدل‌های دوم مدل‌های بالینی²⁴ هستند. در این برنامه از هر مدلی درسی استفاده شود طبق نظر پرفسور هاردن²⁵ باید 10 سوال مهم مطرح شود.

- 1- نیازهای جامعه در ارتباط با برنامه ای که طراحی می شود چه هستند؟
- 2- اهداف آموزشی کدامند؟
- 3- چه محتوایی را شامل می شوند؟
- 4- محتوا چگونه سازماندهی می شود؟
- 5- چه راهبردی باید استفاده شود؟
- 6- از چه روشهای تدریس استفاده می شود؟
- 7- ارزشیابی چگونه انجام می شود؟
- 8- چگونه اجزاء یک برنامه با هم ارتباط می یابند؟
- 9- محیط آموزشی چگونه است؟
- 10- کل این فرایند چگونه مدیریت می شود؟

1-7-6- گام اول نیازسنجی

اولین گام، نیازسنجی است. در باره‌ی دستیاری پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان نظام سلامت در صفحات قبل نیاز وجود و گفتیم که این نیازها تنها به نجات جان بیماران محدود نشده بلکه کل جامعه را در نظر می گیرد.

نیازسنجی از دیدگاه متخصصین به سه قالب کلی تقسیم می شود:

1- نیاز به عنوان یک درخواست

به اعتقاد برخی، نیاز عبارت است از درخواست افراد. به نظر می رسد در بحث پزشکی خانواده این نیاز از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مطرح شده است.

2- نیاز به عنوان نقصان وجود

در این نوع دیدگاه بدلیل عدم وجود نوعی توانایی یا مهارت در بحث آموزش نیاز به یک رشته خاص تعریف می‌شود. پزشکان عمومی پس از گذراندن

²² Prescriptive Model

²³ Descriptive Model

²⁴ Clinical Presentation based curriculum model

²⁵ Harden

دوره‌ی هفت ساله آموزشی خود اگر چه توانایی ارائه برخی از مراقبت‌های سطح اول را دارند ولی قادر به ارائه تمام مراقبت‌ها نیستند؛ اما با پرورش پزشکان خانواده و آموزش اختصاصی آنها این کاستی برطرف می‌شود.

3- نیاز به عنوان فاصله بین وضع مطلوب و وضعیت فعلی

این تعریف جامع‌تر است و به نظر می‌رسد وضعیت فعلی ما در ارائه خدمات سطح اول پزشکان عمومی با وضعیت مطلوب تفاوت فاحشی دارد. تفاوت بین دو وضعیت موجود و مطلوب، در هر سه زمینه‌ی دانش، نگرش و مهارت در بحث پزشکان عمومی ملاحظه می‌گردد و به نظر می‌رسد دوره تربیت دستیار پزشک خانواده بتواند شکاف موجود را برطرف کند. سازمان‌های مختلف نقش‌های مختلفی را برای پزشکان عمومی/پزشکان خانواده تعریف کرده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.

نقش‌ها از دید سازمان بهداشتی جهانی

- 1- ارائه دهنده خدمت²⁶
- 2- تصمیم گیرنده²⁷
- 3- برقرار کننده ارتباط²⁸
- 4- رهبر جامعه²⁹
- 5- مدیر³⁰

نقش‌ها از دید کالج فارغ التحصیلان پزشکی آمریکا³¹

- 1- مراقبت از بیمار³²
- 2- دانش پزشکی³³
- 3- دانش حرفه‌ای³⁴
- 4- فعالیت مبتنی بر سیستم³⁵
- 5- یادگیری مبتنی بر فعالیت³⁶

²⁶ Care Provider

²⁷ Decision Maker

²⁸ Communicator

²⁹ Community Leader

³⁰ Manager

³¹ American College of Graduate Medical Educational (ACGME)

³² Patient care

³³ Medical knowledge

³⁴ Professionalism

³⁵ System based practice

³⁶ Practice based learning

6- توانمندی بین حرفه ای³⁷

نقش ها در سیستم پزشکان اسکاتلند

1- صاحب نظر پزشکی³⁸

2- پزشک بالینی³⁹

3- دانش پژوه⁴⁰

4- حرفه ای⁴¹

5- رهبر⁴²

نقش ها در سیستم کشور کانادا

1- صاحب نظر پزشکی

2- برقرار کننده ارتباط

3- یاور- کمک کننده⁴³

4- مدیر

5- حامی⁴⁴ سلامت

6- دانش پژوه

7- حرفه ای

تعاریف متفاوت هستند و ترکیبی از نقش ها را بر می گیرند.

نقشهای پزشک خانواده در ایران

طبق گفته ی دکتر شهرام یزدانی، سه نقش مهم و اصلی برای پزشک خانواده در ایران تعریف شده است.

1- ارائه کننده خدمات بالینی

2- مروج سلامت

3- رهبر جامعه

2-7-6- گام دوم: اهداف آموزشی و تعیین حیطه های یادگیری

³⁷ Inter personal skills

³⁸ Medical expert

³⁹ Clinician

⁴⁰ Scholar

⁴¹ Professional

⁴² Leader

⁴³ Collaborator

⁴⁴ Advocate

پیامدها و مقاصد یک دوره‌ی آموزشی به صورت اهداف مطرح می‌شوند. اهداف، شامل دو قسمت هستند یکی اهداف نهایی⁴⁵ و یکی اهداف کلی⁴⁶. اهداف نهایی، نهایت آموزشی رشته پزشکی خانواده را نشان می‌دهد و اهداف کلی آموزش منظور برنامه آموزشی را مطرح می‌کنند. البته توجه به این نکته ضروری است که در اهداف آموزشی کلی بین رشته‌ها مشابهت‌هایی وجود دارد. از این رو بر اساس اهداف کلی اهداف اختصاصی در حال حاضر توسط دکتر حیدرزاده و همکاران در دبیرخانه شورای تخصصی وزارتخانه، اهداف نهایی آموزش دستیاری پزشکی خانواده به شرح زیر نوشته شده است. لازم به ذکر است که این اهداف تاکنون نهایی نشده و تنها برای نمونه در این قسمت ذکر می‌شود:

- توانایی ارائه خدمات پزشکی با کیفیت بالا در طول دوره دستیاری
- کسب دانش‌نگرش و مهارت، برای ارائه خدمات در آینده شغلی
- ارائه خدمات مداوم هماهنگ به فرد، خانواده و جامعه.

اهداف عمومی (کلی)

دستیار باید پس از پایان دوره دستیاری بتواند:

- 1- ارتباط مناسبی با بیمار و خانواده وی برقرار کند.
- 2- معاینه فیزیکی درستی از بیمار به عمل آورد.
- 3- مدیریت و اداره بیماران را در مطب، خانه بیمار، بیمارستان انجام دهد.
- 4- به کلیه افراد (صرفنظر از سن و جنس و ...) مراقبت‌های مداوم بدهد.
- 5- ارتباط مناسب با بیمار برقرار نماید.
- 6- به عنوان یک پزشک در برخورد اولیه با بیمار تمام مسایل بیماری را مدنظر قرار دهد.
- 7- به عنوان حامی فرد و خانواده وی عمل کند.
- 8- مسایل رفتاری، احساسی و اجتماعی را در ارتقاء سلامت و مدیریت بیماریه‌ها تلفیق کند.
- 9- با سایر متخصصین به طور مناسبی ارتباط برقرار کند.
- 10- با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به طور مناسبی ارتباط برقرار کند.

⁴⁵ Goals

⁴⁶ General Objectives

- 11- برای ارائه خدمات خود از منابع ارائه خدمات در جامعه کمک بگیرد.
 - 12- روش متمرکز بر بیمار را جهت ارائه خدمات خود به کار برد.
 - 13- بیمار و خانواده وی را به درستی ارزیابی کند.
 - 14- در تصمیم گیریها از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده کند.
 - 15- در گرفتن تاریخچه ی بیمار، سایر عوامل اجتماعی موثر بر بیماری را مدنظر قرار دهد.
 - 16- معاینه فیزیکی دقیق و درستی را بر اساس مشکل بیمار انجام دهد.
 - 17- از پروسیجرهای تشخیصی مناسب با وضعیت بیمار و ارائه خدمات سطح اول استفاده نماید.
 - 18- کلیه نتایج آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و رادیولوژی مرتبط با سطح اول ارائه خدمات را به درستی تفسیر کند.
 - 19- از تکنولوژیهای الکترونیکی مرتبط با ارائه خدمات سطح اول به درستی استفاده کند.
 - 20- کیفیت ارائه خدمت خود را خود ارزیابی نماید.
 - 21- در هنگام ارائه خدمات سلامت، درمان بیماریها و ارائه خدمات توانبخشی در قبال بیمار، خانواده و جامعه وی احساس مسئولیت کند.
 - 22- در شرایط اورژانس و استرس، مراقبت مناسب، سریع و منطقی انجام دهد.
 - 23- محدودیتهای خود را بشناسد.
- اینها اهداف کلی آموزشی تعریف شده هستند که بعد از این مرحله به صورت اهداف اختصاصی و با توجه به دوره های پیشنهادی تقسیم بندی می شوند. به طور مثال با توجه به دوره آموزشی دستیاران در بخش داخلی، اهداف آموزشی اختصاصی بخش داخلی تهیه می شود. این روند درباره دیگر بخشها مانند اطفال، درمانگاه پزشک خانواده و غیره نیز انجام خواهد شد.

3-7-6- گام سوم و چهارم، محتوای برنامه و سازماندهی برنامه

گنجاندن محتوای مناسب در برنامه ی آموزشی دستیار پزشکی خانواده بسیار اهمیت دارد. از آنجایی که بین این رشته تخصصی و برخی رشته های دیگر همپوشانی وجود دارد، محتوای آموزشی باید کاملاً پاسخگوی نیازهای دستیاران باشد.

کارآمدی‌های بالینی، کارآمدی‌های عمومی حتما باید در محتوا مدنظر باشد. در بحث سازماندهی محتوا نیز باید ابتدا حقایق⁴⁷ مطرح شود و سپس مفاهیم⁴⁸ توضیح داده شود و در نهایت اصول⁴⁹ بیان شود.

تنظیم اهداف و محتوا به شدت با هم مرتبط هستند؛ اما باید در تنظیم محتوا توجه شود که مطالب از ساده به پیچیده و از دانسته به ندانسته باشد و از این رو است که در تمام برنامه های دستیار در سال اول، مفاهیم کلی تر گذاشته شده و در سالهای بعد بخشهای اختصاصی مطرح می گردد.

هم چنین در سازماندهی محتوای هر رشته ی تخصصی، توجه به این نکته ضروری است که مطابق مدل سه دایره ای پروفیسور هاردن، یک دستیار در سطح اول باید توانایی های حرفه ای خود را فرا گیرد که شامل پذیرش و درمان بیماران، اداره بیماری‌ها، پیگیری، ارجاع بیماران، آموزش بیماران، اقدامات پروسیچرال، ارائه مراقبتهای تسکینی، ارجاع بیماران و سایر وظایف حرفه ای می باشد.

در سطح دوم یا دایره دوم مجموعه فرا توانایی ها شامل مهارتهای تفکر نقاد، استدلال بالینی، پزشکی مبتنی بر شواهد، مهارتهای کار گروهی وجود دارد و در سطح سوم یا سطح ویژگی‌های شخصیتی و اخلاق حرفه ای، وظیفه شناسی، نوع دوستی، انگیزه و مسئولیت پذیری وجود دارد.

این سه دایره در شکل زیر به خوبی نشان داده شده است (اقتباس از مدل سه دایره ای پروفیسور هاردن)

طراحی و سازماندهی محتوا باید به گونه ای باشد که توانایی ها، فراتوانایی ها و ویژگیهای شخصیتی و اخلاق حرفه ای در دستیار تجلی نماید.

تنظیم و سازماندهی دقیق محتوا علاقه دستیاران را به یادگیری افزایش می دهد. در سازماندهی محتوا باید به این موضوع توجه کرد که همواره برنامه ای که ما آماده می کنیم⁵⁰ با برنامه ای که تدریس می شود⁵¹ و برنامه ای که دانشجویان واقعا یاد می گیرند،⁵² یکسان نیست (نمودار زیر بر اساس مقاله آقای هاردن در سال 2001 گرفته شده است).

⁴⁷ Concrete facts

⁴⁸ Concept

⁴⁹ Principles

⁵⁰ Declared curriculum

⁵¹ Taught curriculum

⁵² Learned curriculum



عوامل مهمی در این موضوع نقش دارند. همه می توان به برنامه درسی پنهان⁵³ اشاره کرد که بسیاری از یادگیری های دستیاران را به طور غیر رسمی تحت تاثیر قرار می دهد.

4-7-6- گام پنجم، راهبردهای آموزشی

راهبردهای آموزشی، نقش مهمی در آموزش دستیاران دارد. از این راهبردها می توان آموزش مبتنی بر طرح مسئله، آموزش مبتنی بر تیم، آموزش بر بالین بیمار و آموزش مبتنی بر جامعه را نام برد که به ویژه در آموزش دستیاران پزشکی خانواده، از استراتژی آموزش مبتنی بر جامعه⁵⁴ باید استفاده کرد. به کارگیری این راهبرد، فواید زیادی برای دستیاران پزشکی خانواده دارد. از قبیل استفاده از تجارب یادگیری مفید در جامعه و استفاده از محیط آموزشی شبیه محیط کاری آینده حیات حرفه ای خود.

البته واضح است که سازماندهی آموزشی در جامعه دشوارتر از ساماندهی آموزشی در بیمارستانها است و بدین جهت باید کلینیکهای جامعه محور ویژه ی آموزشی دستیار پزشک خانواده در سطح دانشگاه ها طراحی شود و با اختصاص محیط آموزشی و بیمار مناسب از آن استفاده ی بهینه شود.

5-7-6- گام ششم، شیوه های تدریس

سخنرانی تعاملی، آموزش بر بالین بیمار، آموزش درمانگاهی، آموزش در گروههای کوچک، روشهای حل مسئله، استفاده از بیمارنماها، مولاژها و شبیه سازها، کارگاههای آموزشی، گزارشهای صبحگاهی، ژورنال کلاب های

⁵³ Hidden curriculum

⁵⁴ Community based

نوین بر اساس روش پزشکی مبتنی بر شواهد، از شیوه های تدریس مناسب جهت آموزش دستیاران پزشکی خانواده است.

6-7-6- گام هفتم، سنجش و ارزشیابی

در رشته های تخصصی بالینی بحث ارزشیابی یکی از بحثهای مهم است که در سالهای اخیر بدان توجه ویژه ای شده است. ارزشیابی به دو نوع تکوینی⁵⁵ و پایائی⁵⁶ تقسیم می شود ارزشیابی های تکوینی یا مستمر به ارزشیابی های طول دوره دستپاری گفته می شود که هدفشان اصلاح رفتار با دادن بازخورد است. در سالهای اخیر بیشتر هدف از ارزشیابی در مقالات آموزشی ارزشیابی به منظور یادگیری⁵⁷ به جای ارزشیابی از یادگیری⁵⁸ می باشد. هدف از ارزشیابی های تکوینی دوران دستپاری، اصلاح عملکرد دستیاران از طریق بازخورد ناشی از ارزشیابی است.

ارزشیابی پایائی در پایان دوره دستپاری صورت می گیرد و هدفش تضمین ارزیابی کسب مهارت لازم برای دستپار است و نقش ارائه بازخورد و تغییر رفتار را نمی تواند ایجاد کند. هم چنین در سالهای اخیر توجه زیادی به ارزشیابی عملکرد شده و روشهای متفاوتی از قبیل ارزیابی مصاحبه کوتاه بالینی،⁵⁹ مشاهده ی نحوه ی انجام یک پروسیجر،⁶⁰ ارزشیابی 360 درجه مطرح شده است. در ارزیابی مصاحبه ی کوتاه بالینی، استاد دستپار را در حین گرفتن تاریخچه بیماری، معاینه بیمار در یک زمان کوتاه (معمولا 15-20 دقیقه) ارزیابی کرده و بازخورد می دهد.

در روش مشاهده ی انجام یک پروسیجر، نیز، استاد، دستپار را در زمان انجام یک پروسیجر مورد مشاهده مستقیم قرار می دهد و سپس به وی بازخورد می دهد. در ارزشیابی 360 درجه نیز را توسط تیمی از اساتید، پرستاران، دستیاران همکار و بیماران اخلاق حرفه ای یک دستپار ارزیابی و قضاوت می کنند.

روشهای دیگری ارزشیابی عملکرد نیز نظیر ارائه گزارش مستقیم از روی پرونده⁶¹ نیز معرفی شده است در این روش، دستپار، یکی از بیماران خود را با استفاده از اطلاعات درج شده در پرونده، برای استاد معرفی

⁵⁵ Formative

⁵⁶ Summative

⁵⁷ Assessment for learning

⁵⁸ Assessment of Learning

⁵⁹ Mini Clinical evaluate exercise (Mini CEX)

⁶⁰ Directly observed procedural skills (DOPS)

⁶¹ Case based discussion (CBD) or chart stimulated recall

کرده، از استاد بازخورد می‌گیرد. تمام این روشها را نورسینی⁶² در مورد تخصصی پزشکان داخلی آمریکا معرفی کرده که قابل استفاده برای ارزیابی دستیاران پزشکی خانواده است.

از دیگر روشها استفاده از بیماران استاندارد و بیمار نماها جهت ارزشیابی و یا استفاده از آزمون عینی ساختارمند بالینی⁶³ است. در این آزمون، عملکرد دستیار در یک محیط استاندارد سنجیده می‌شود.

در حقیقت این آزمون روشی برای سنجش صلاحیت بالینی است که اولین بار در سال 1975 توسط پروفیسور هاردن معرفی شد و امروزه یکی از اجزای امتحانات معتبر کل دنیا است. در این آزمون تعدادی ایستگاه بر اساس اهداف آموزشی دستیاری پزشکی خانواده تهیه شده که باید اهداف دوره مانند گرفتن تاریخچه، معاینه فیزیکی، آموزش بیمار، شرح و تفسیر نتایج آزمایشات، انجام پروسیجرها، ارتباط با بیمار و سایر اهداف را زیر پوشش قرار دهد. زمان پیشنهادی برای هر ایستگاه 5-15 دقیقه است و حداقل باید 12 ایستگاه طراحی شود. دستیاران، پس از پایان ایستگاه به ایستگاه دیگر رفته و پرسشها را پاسخ می‌دهند در دستیاری پزشکی خانواده می‌توان از تخصص‌های دیگر جهت طراحی ایستگاه‌ها دعوت نمود.

7-7-6- گام هشتم و نهم و دهم، برقراری ارتباط، ارتقاء محیط آموزشی و مدیریت برنامه درسی

جهت برقراری ارتباط دستیاران می‌توان راهنمای مطالعه،⁶⁴ طراحی و تنظیم نمود. این راهنمای مطالعه به روشن نمودن مسیر و روند یادگیری دستیاران کمک می‌کند. توجه به این نکته ضروری است که راهنمای مطالعه راه را نشان می‌دهد و منبع درسی نیست. به خصوص از آنجا که در دستیاری پزشک خانواده یکی از منابع مهم یادگیری، در جامعه است؛ بهتر است راهنمای مطالعه شامل اهداف آموزشی در جامعه و کلیه فعالیتهای لازم تهیه و تدوین شود. در زمینه ارتقای محیط آموزشی نیز باید شرایط آموزش در درمانگاه‌های پزشک خانواده فراهم شود و در بحث مدیریت برنامه‌ی درسی نیز بازنگری برنامه درسی ضروری است.

8-6- مهارتهای ضروری برنامه دستیاری پزشک خانواده

⁶² Norcini

⁶³ Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

⁶⁴ Study Guide

مجموعه‌ای از مهارت‌های پروسیجرال شایع، برای پزشکان خانواده پیشنهاد شده است. باید به این موضوع توجه شود که در کشورهای مثل آمریکا یکی از مباحث مهم اقتصادی بحث انجام پروسیجرها توسط پزشک خانواده است. در کشور ما نیز با توجه به لزوم حضور پزشک خانواده در کلیه نقاط کشور، انجام پروسیجرهای ضروری توسط این پزشکان مطرح می‌گردد. با توجه به اطلاعات نگارنده هنوز جمع‌بندی کاملی روی این پروسیجرها توسط گروه تدوین کاریکولوم وازرتخانه صورت نگرفته و به ارجاع بیشتری در این خصوص نیاز است.

9-6- برنامه توانمند سازی پزشکان خانواده در کشور

طبق گزارش دکتر یزدانی، کمیته توانمند سازی پزشکان خانواده در سال 1387 آماده نمودن پزشکان عمومی را جهت ایفای نقش به عنوان پزشک خانواده ضروری دانست و بر این اساس، با توجه نبود دستیاری پزشک خانواده در کشور دوره‌ی مدیریت عالی بهداشت⁶⁵ را به صورت پودمانی برای برخی از پزشکان عمومی اجرا کرد. عناوین دوره شامل موارد زیر بود (اقتباس شده از گزارش عناوین دوره MPH پزشک خانواده نوشته‌ی دکتر یزدانی)

- 1- مبانی اپیدمیولوژی
- 2- اصول ارتقاء و ترویج سلامت
- 3- ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران
- 4- نظام ارائه خدمات سلامت و مراقبت‌های مدیریت شده
- 5- تعریف و کارکردهای پزشک خانواده
- 6- اصول مدیریت بیماری‌ها
- 7- اصول مدیریت عوامل خطرزای سلامت
- 8- اصول مدیریت بیماری‌ها در جامعه
- 9- اصول مدیریت مصرف
- 10- مفاهیم رهبری
- 11- پزشکی مبتنی بر شواهد
- 12- طراحی و ارزشیابی برنامه‌های سلامت
- 13- مدیریت بیماری‌های شایع بزرگسالان در ایران
- 14- مدیریت بیماری‌های شایع کودکان در ایران
- 15- مدیریت بیماری‌های شایع سالمندان در ایران

⁶⁵ Master of public health

- 16- مدیریت بیماری‌های شایع دوران بارداری در ایران
 - 17- مدیریت بیماری‌های شایع روانی در ایران
 - 18- درمان تسکینی علایم شایع در ایران
 - 19- طب پیشگیری و مدیریت عوامل خطرزای سلامت شایع در ایران
 - 20- بازتوانی بیماری‌ها و عوارض شایع در ایران
 - 21- مراقبت در منزل از بیماری‌های شایع در ایران
 - 22- درخواست منطقی تصویربرداری در بیماری‌های شایع در ایران
 - 23- درخواست منطقی آزمون‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های شایع در ایران
 - 24- تجویز منطقی داروها در بیماری‌های شایع در ایران
- پس از تدوین دوره MPH، پزشکان خانواده اجرا و در قالب 37 واحد درسی سازماندهی شد. متقاضیان با داشتن مدرک پزشکی عمومی و سابقه‌ی کار وارد دوره می‌شوند و پس از گذراندن این دوره قرار است از بین فارغ التحصیلان از بهمن ماه سال 1394، وارد دوره دستیاری پزشک خانواده شوند. هدف نهایی این برنامه، جایگزینی تدریجی پزشکان عمومی با متخصصین پزشک خانواده در کشور می‌باشد.
- با توجه به اجرای طرح، پزشک، خانواده‌ی روستایی در کل کشور و اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استانهای فارس و مازندران، بستر آموزشی مناسبی جهت آموزش دستیاران پزشک خانواده در این دو استان در ابتدا و سپس در همه استانهای کشور وجود دارد.
- امید است با طراحی دقیق برنامه درسی و توجه به سایر ملزومات، در آینده نه چندان دور شاهد تربیت متخصصان کارآ در کشور باشیم.

References

- 1- Morgan MED, Pasquarella CM, Holman CTR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. Continuity of care and patient satisfaction 2004; 17: 341-6.
- 2- Yazdani Sh. Family physician why and who underpublication.
- 3- The European definition of general practice family medicine. WONCA edition 2011 available at www.woncaeurope.org.
- 4- Qureshi NA, Molen HT, Schmidt HG, Al Habeeb TA, Magzoub MEM. Criteria for a good referral system for psychiatric patients: the view from Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal 2009; 15(6): 1580-95.
- 5- بذرافکن دکتر لیلا، کجوری دکتر جواد، دهقانی دکتر محمدرضا، امینی دکتر میترا، صابر دکتر محبوبه، عباسی کریم و همکاران. ده گام در برنامه ریزی درسی چاپ دوم 1391 انتشارات ایرسا.
- 6- امینی دکتر میترا، صفایی اردکانی دکتر غلامرضا، حسینی الهاشمی دکتر سیدحمید رضا. مبانی کاربردی روشهای مطالعه و یادگیری چاپ دوم 1389 انتشارات نوید شیراز.
- 7- کجوری دکتر جواد، دهقانی دکتر محمدرضا، امینی دکتر میترا، بذرافکن دکتر لیلا، صابر دکتر محبوبه، پیله ور دکتر علی و همکاران. نکاتی مهم در آموزش پزشکی چاپ اول 1388 انتشارات ایرسا.
- 8- حیدرزاده دکتر آبتین، چنگیز دکتر طاهره، مقدمی دکتر محسن، امینی دکتر میترا، شیرازی دکتر ماندانا، برادران دکتر حمیدرضا، عابدی دکتر فرشید و همکاران. مطالب ارائه شده در جلسات متناوب طراحی کاریکولوم با حضور نمایندگان سازمان بهداشت جهانی و نمایندگان پزشکی خانواده دانشگاه بیروت
- 9- Harden RM. AMEE guide No 14: outcome based education: part 1- An introduction to outcome based education. Medical Teacher 1999; 21(1): 7-14.
- 10- Harden RM. AMEE guide No 21 curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. Medical Teacher 2001; 23(2): 123-137.
- 11- Norcini J, MC Kinley DW. Assessment methods in medical education. Teaching and teacher education 2007; 23: 239-250.

بخش دوم :

جستاری در تحقق پزشک خانواده در ایران

مقدمه

بخش دوم این کتاب تحقیق است که به فراز و فرود تحقق پزشکی خانواده در ایران پرداخته است. عدم تحقق پزشکی خانواده در ایران معلول شبکه پیچیده ای از عوامل اجتماعی، اقتصاد و فرهنگی می باشد که این بخش از کتاب تلاش دارد به این موضوع بپردازد. علاوه بر این، این مطالعه تلاش دارد به ابعاد پزشکی خانواده و اهمیت آن در نظام های سلامت در دنیای امروز بپردازد.

تحقیق حاضر یک مطالعه اکتشافی است که با روش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است. در این روش بعد از انجام بیست مصاحبه و بر اساس معیار اشباع داده ای، تحلیل داده ها در موضوع پزشکی خانواده انجام گرفت. فصول هشتم تا دوازدهم در این کتاب در واقع مضامین محوری است که از این مطالعه استخراج شده است که به انضمام خرده مضامین آن ها در فصول مورد بحث قرار گرفته است. از آن جایی که روش مندی تحقیق یکی از ویژگی های برجسته تحقیقات علمی است، در فصل هفتم به روش شناسی مورد استفاده در تحقیق حاضر پرداخته شده است.

فصل هفتم

روش شناسی

پژوهش علمی، فرایندی روش مند است. روش مندی بدین معناست که محقق بایستی به گونه ای منطقی در پی پاسخ به سوالات تحقیق باشد تا دیگر پژوهشگران و اندیشمندان آن را بپذیرند در این زمینه روش مندی بیش از همه به ارتباط و تناسب موضوع با روش از یک سو و انجام درست تحقیق، مطابق روش گفته شده از سوی دیگر است. درباره ی با تناسب موضوع با روش، مهم ترین نکته این است که با توجه به هدف تحقیق آیا از روش متناسب استفاده می شود یا خیر. به طور مثال اگر هدف، پاسخ به سوال پژوهشی بر اساس استخراج معنا از داده های پژوهش باشد، مسیری متفاوت از تعیین روابط بین متغیرها و مشخص کردن ضریب معناداری رابطه می باشد. در زمینه ی با استخراج معنا از داده ها، استفاده از روش تحقیق کیفی مبنای کار تحقیق می باشد در حالی که در تعیین روابط معنادار بین متغیرها مبنای کار، تحقیقات کمی می باشد.

از سوی دیگر با توجه به اشکال مختلف روش های تحقیق کیفی، محقق بایستی به گونه ای منطقی روش انتخاب شده از بین انواع مختلف روش های کیفی را توضیح دهد. مثلاً استخراج معانی بیشتر با روش های پدیدارشناختی مرتبط متناسب است تا روش هایی مثل تحلیل محتوا. در انتخاب روش پژوهش، هدف، کیفیت داده ها و ابزار تحلیل بایستی ارتباط منطقی و مدلل با یکدیگر داشته باشند.

روش تحقیق در پژوهش حاضر تحلیل محتوا می باشد. تحلیل محتوا یکی از روش های عام تحقیق در مطالعات علوم اجتماعی، سیاسی، رسانه ای و تحقیقات حوزه ی علوم سلامت می باشد. این روش ابتدا در مناطق اسکاندیناوی و در قرن 18 استفاده شد (1) روزنگرن نقل از هیزی و شانون، 2005). در مطالعات علوم اجتماعی این تکنیک هنگام جنگ جهانی دوم به گونه ای جدید و نسبتاً دقیق به کار برده شد. انگیزه اصلی کاوش در این تکنیک، حوه تبلیغات آلمان در هنگام جنگ جهانی دوم که فردی به نام گوبل با شگردهایی نوین، بر افکار عمومی کشورهای رقیب و نیز آمریکا تاثیر عمیقی گذارد. همچنین جامعه آمریکا را تحت تأثیر قرار داده بود. آقای لاسول در پی یافتن روشی برآمد تا نشان دهد روزنامه **The True American** چند بار جملات یا اصطلاحاتی را به کار برده است که له یا علیه آمریکا بوده است. این تکنیک به تدریج در کشورهای دیگر و در زمینه های گوناگون (نظیر تحلیل نامه ها، فیلم ها، خبرها و برنامه های رادیو و تلویزیون و غیره) به کار رفت و تکامل یافت (2).

اگر چه تحلیل محتوا ابتدا روی محتوای سخنرانی های سیاستمداران بنیان نهاده شد اما به سایر حوزه های علوم اجتماعی و حتی حوزه های سلامت ورود کرد به طوری که امروزه یکی از روش های عام تحقیق در بسیاری از پژوهش هاست.

تحلیل محتوا همان طور که اهمیت و جایگاه خود را در بسیاری از مطالعات علوم اجتماعی و مرتبط با سلامت پیدا کرد، به لحاظ روش شناختی توسعه نظری و روش شناختی پیدا کرد به طوری که نه تنها یکی از عام ترین شیوه های روش تحقیق کیفی است بلکه از تنوع روش شناختی گسترده ای نیز برخوردار می باشد. تحلیل محتوا یک روش تحقیق است که استفاده وسیعی در مطالعات سلامت در سال های اخیر داشته است (1). این روش انعطاف پذیری بسیار زیادی دارد و همین ویژگی آن را برای استفاده در شرایط کاملاً متغیر و متفاوت مهیا ساخته است (3).

به لحاظ منطق تحقیق دو روش قیاسی و استقرایی بر این روش حاکم است (تبریزی، 1393). البته اینکه منطق تحقیق در این دو روش متفاوت است، به زمینه های هستی شناختی، نقاط شروع، مراحل انجام، استفاده از مفاهیم و نظریه ها، و شیوه های تبیین و درک و جایگاه پیامدها و اثرات مربوط می شود (4). به بیانی دقیق تر منطق قیاس و استقراء ریشه در مبانی بنیادی تری دارد که نگاه به واقعیت و چگونگی تحقیق را در آن برای ما روشن می کند.

منطق استقراء به مسیر حرکت از جزء به کل ارجاع دارد. "استراتژی استقرایی همان طرح رایج در فعالیتهای دانشمندان است، یعنی؛ افرادی که مشاهدات دقیقی انجام می دهند، آزمایش هایی را ترتیب می دهند و با دقت، داده های به دست آمده را تحلیل می کنند و در نهایت اکتشافات یا نظریه های جدیدی را تولید می کنند. در این فرایند، عقاید شخصی حذف می شوند، تا به آنچه اعتقاد بر آن است که معرفت عینی است، دست یابیم" (4). بدین معنا که محقق در میدان تحقیق وارد شده، داده ها را به نحوی تحلیل می کند که در نهایت به مجموعه فرض، قضیه یک نظریه دست یابد. نظریه ی زمینه ای یکی از روش های عام تحقیق است که در آن محقق به شیوه ی استقرایی به یک نظریه ی عمومی درباره ی یک موضوع دست پیدا

می کند. به طور کلی در روش های استقرایی نظریه یا فرضیه ی از قبل تعیین شده ای وجود ندارد که هدف تحقیق آزمون آن در میدان تحقیق باشد. نظریه از داده ها حاصل می شود که می تواند به آزمون گذاشته شود یا خیر. مهمترین اشکال در روش استقرایی این است که این روش بیشتر توصیفی است و قادر نیست روابط بین پدیده ها را تشریح کند. از این جهت، روش های استقرایی نمی توانند، در خدمت سیاستگذاری ها در هر حوزه ای قرار گیرند. اگر چه می توان یافته های توصیفی در روش های کیفی و استقرایی را در خدمت رویکردهای کمی قرار داد. به طور مثال، می توان قضایایی را که از توصیف پدیده ها استخراج شده است، در معرض آزمون قرار داد. دیگر ابهام رویکردهای استقرایی، ضعف تعمیم پذیری آن ها است. از آن جا که این روش ها عموماً توصیفی و وابسته به بسترهای خاص اجتماعی است، نداشتن ویژگی تعمیم پذیری از نقاط ضعف آن به شمار می رود.

در حالی که روش های استقرایی با استخراج معنا و مضامین از داده ها و بدون فرض از قبل تعیین شده، شناخته می شود؛ در روش های قیاسی، منطق پژوهش، آزمون یک نظریه، قضیه یا فرضیه است. مبنای بسیاری از روش های کمی تحقیق، منطق قیاسی است. اگر چه این منطق دارای زمینه تاریخی وسیعی است؛ اما در قرن بیستم کارل پوپر در کتاب منطق اکتشافات علمی به گونه ای مستدل و ویژه به آن پرداخت. پوپر منطق قیاس را با مفهومی به نام ابطال پذیری مرتبط کرد. "مسلم است که ملاک من در تجربی یا علمی شمردن دستگاهی از گزاره ها، تن دادن آن دستگاه به آزمون تجربی است. بدین ترتیب، این معنا به ذهن می آید که به عوض اثبات پذیری، ابطال پذیری دستگاهها را معیار تمیز بگیریم. یعنی در نظر من، علمی بودن هر دستگاه، در گرو اثبات پذیری به تمام معنای آن نیست، بلکه منوط به این است که ساختمان منطقیش چنان باشد که رد آن به مدد آزمونهای تجربی میسر باشد. هر دستگاه علمی تجربی، باید در تجربه قابل ابطال باشد" (5). از این چشم انداز، هر ادعای علمی بایستی مورد آزمون شود و لذا هر ادعای علمی در قالب فرضیه، قضیه یا نظریه بایستی خصیصه ابطال پذیری داشته باشد. این منطق از آن جایی که به

گونه ای روش مند فرضیه ها را آزمون می کند و ابزارهای علمی مشخص در راستای تعمیم سازی به دست می دهد، مورد توجه بسیاری از حوزه های علمی بوده است.

1-7- انواع تحلیل محتوا

تحلیل محتوا یک روش تحقیق سیال و انعطاف پذیر است (کاواناگ به نقل از هسی و شانون، 2005). اگر چه انعطاف پذیری مورد نظر کاواناگ به فرایند تحلیل مربوط می شود، ماهیت تحلیل محتوا اساساً ماهیتی سیال است و این سیالیت، روشهای تحلیل محتوا را متنوع و گوناگون نموده است. کریپندورف طرحهای تحقیق تحلیل محتوا را به طور کلی به سه دسته تقسیم می کند:

1) طرح هایی که به برآورد پدیده ها در متن داده ها می پردازند. این گونه طرح ها اصلی ترین نوع طرح تحقیق هستند و صرفاً از روش تحلیل محتوا استفاده می کنند. این نوع طرح ها نیز به نوبه خود به دو دسته تقسیم می شوند.

الف) طرح برآورد پارامتر، نظیر استنباط سطح اضطراب بیمار روانی در طی مصاحبه ی روانپزشکی، تعیین نگرشها و یا موضوع ایدئولوژیک یا ارزشهای یک سخنگو.

ب) طرح آزمون فرضیه هایی درباره ی چند پارامتر برآورد شده.

2) طرح های آزمون جایگزین پذیری یک روش با تحلیل محتوا: در این طرح ها برای داده های یکسان یا داده های متفاوتی که از وضعیت یکسانی به دست آمده اند، دو یا چند روش اعمال می شوند تا معلوم شود این دو روش نتایج قابل مقایسه ای به بار می آورند یا نه. مقایسه بهره راحتی - ناراحتی که در مورد داده های مصاحبه و قضاوت هیاتی از روانپزشکان در مورد سطح اضطراب سخنگو اعمال می شود، از این گونه طرح ها می باشند. معمولاً یکی از روش ها معتبرتر از تحلیل محتوا به شمار می آید؛ اما تحلیل محتوا از لحاظ هزینه، سرعت و غیرمخل بودن برتری دارد. غالباً مجموعه ی کاملی از روش های مختلف و از جمله تحلیل محتوا برای داده های وضعیت یکسانی اعمال می شود. این طرح تحقیق بنیان چیزی را فراهم می آورد که به عملیاتی کردن چندگانه معروف است.

3) طرح های آزمون فرضیه که برای مقایسه ی نتایج تحلیل محتوا با داده هایی است که بطور مستقل به دست آمده اند و درباره ی پدیده هایی است که با تحلیل محتوا استنباط نشده اند. این نوع طرح تحقیق روابطی را که ممکن است در بین پدیده های مورد نظر تحلیل محتوا و شرایط پیرامونشان وجود داشته باشد، می شناساند. مانند تحلیل محتوای برنامه های تلویزیون برای پیدا کردن ویژگی یعنی و مقایسه آن با داده های مصاحبه درباره برنامه های ترجیحی برای پی بردن به رابطه قشر بندی اجتماعی با ویژگی مورد نظر (6).

همان طور که اشاره شد، منطق قیاسی و استقرایی مرتبط روش مندی تحقیقات کمی و کیفی را تضمین می‌کنند. در این میان، روش تحلیل محتوا اگر چه ابتدا به گونه ای استقرایی به موضوعات می پرداخت اما با توجه به خصیصه سیالیت آن دربرگیرنده هر دو روش کمی و کیفی است و بنابراین از هر دو منطق قیاس و استقراء تغذیه می کند.

به طور کلی تحلیل محتوا به دو رویکرد کمی و کیفی تقسیم می‌شود. تحلیل محتوای کمی، عموماً با اعداد و ارقام سر و کار دارد و تلاش می‌کند ضمن محاسبه فراوانی استفاده از مفاهیم خاص در متون (سخنرانی، متن کتاب یا مقاله، یا هر متن دیگر)، ضریب تأثیر آن ها را نیز بسنجد. رویکردهای کمی تحلیل محتوا همچنان توسعه یافته است. کریپندورف درباره ی انواع رویکردهای تحلیل محتوای کمی به انضمام روش انجام کار و اعتباریابی آن ها بحث کرده است (6). از سوی دیگر با توجه به ویژگی سیالیت این روش، تحلیل محتوای کیفی نیز توسعه زیادی پیدا کرده است. توسعه روش های کیفی تحلیل محتوا تا حدی است که برخی انواع مختلف تحلیل محتوای کمی را به شش روش و برخی دیگر را به سه دسته کلی تقسیم بندی می‌کنند.

یکی از تقسیم بندی های عام تحلیل محتوای کیفی، تقسیم بندی است که هیزی و شانون⁶⁶ (1) انجام شده است. در این تقسیم بندی، تحلیل محتوای کیفی به یه گونه کلی دارد که مطابق تعریفی که درباره منطق قیاس و استقراء ارائه شد، دو روش آن قیاسی و یک روش استقرایی است. سه روش تحلیل محتوای کیفی عبارتند از:

1- تحلیل محتوای عرفی⁶⁷: تحلیل محتوای عرفی عموماً در پژوهشی به کار

می‌رود که هدف توصیف پدیده است مثلاً عکس العمل احساسی یک بیمار در بیمارستان. این نوع از تحلیل محتوا مناسب زمانی است که نظریه یا ادبیات تحقیق درباره ی یک پدیده ی محدود است.

2- تحلیل محتوای هدایت شده⁶⁸: برخی مواقع گاهی پیشینه ی پژوهش درباره

یک پدیده، کامل نیست و به توصیف و تبیین نیازمند است. در این جا محقق از روش تحلیل محتوای هدایت شده استفاده می کند. هدف این رویکرد از تحلیل محتوا، تعیین اعتبار یا بسط چارچوب نظری یا یک نظریه است. نظریه یا تحقیق موجود می تواند درباره ی تمرکز پرسشهای تحقیق به پژوهشگر کمک کند.

3- تحلیل محتوای انباشتی⁶⁹: این روش در تحلیل محتوا به منظور

شناسایی یا سنجش کلمات یا محتوای خاص در یک متن به کار می رود که در واقع، فهم زمینه ای استفاده از کلمات و محتوا است. این

¹ . Hsieh and Shannon

⁶⁷ . conventional

⁶⁸ . directed

⁶⁹ . Summative

ارزیابی کمی، به منظور استنتاج معنا بلکه به معنای استخراج کاربرد آن است. تحلیل، ظهور لغتی خاص در یک محتوا یا مواد متنی در واقع تحلیل محتوا می باشد.

در این تحقیق از نوع اول تحلیل یعنی تحلیل محتوای عرفی استفاده می شود که در روش کار به آن اشاره خواهد شد.

2-7- روش کار

نمونه تحقیق حاضر، سیاستگذاران نظام سلامت می باشند که در طول خدمت خود با موضوعات مهم نظام سلامت و به طور خاص موضوع پزشکی خانواده در ارتباط هستند. مشارکت کنندگان به گونه ای هدفمند انتخاب شدند و از کسانی که به همکاری در این تحقیق مایل بودند، مصاحبه ای عمیق به عمل آمد. به منظور دستیابی به داده های غنی و وسیع، تلاش شد تا سوالات به صورت طرح و نظر مشارکت کنندگان نسبت به پزشکی خانواده و چالش های تحقق آن دریافت گردد.

طبق برنامه بعد از تلفن و کسب رضایت، با توجه به مشغله کاری افراد، وقت مصاحبه تعیین و مصاحبه ها در زمان معین شده انجام می شد. با رضایت مشارکت کنندگان، مصاحبه ها ضبط می شد. همان گونه که گذشت، مصاحبه ها با افراد محوری در نظام سلامت انجام می گرفت. مقصود از محوری، داشتن مسئولیت در نقش وزیر یا معاون وزیر بود و یا کسانی که جزء برنامه نویسان و تصمیم گیرندگان در موضوع پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران بودند. با در نظر گرفتن اصل اشباع، 20 نفر در تحقیق مشارکت داشتند. جدول شماره 1 مشارکت کنندگان در تحقیق را نشان می دهد.

جدول 7-1- ویژگی مشارکت کنندگان در تحقیق

نام و نام خانوادگی	سمت های اجرایی را مرتبط با قانون گذاری در نظام سلامت
1 دکتر علیرضا مرندي	دو دوره وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی- نماینده ؟ دوره مجلس شورای اسلامی- رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ج.ا.ا-
2 دکتر مسعود پزشکیان	وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دوره ی دوم دولت اصلاحات- نماینده دوره هشتم و نهم مجلس شورای اسلامی
3 دکتر محمد حسین طریقت منفرد	وزیر بهداشت درمان آموزش پزشکی در بخشی از دوره ی دوم ریاست جمهوری دهم
4 دکتر محمد هادی ایمانیه	رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز از سال 1384 تاکنون

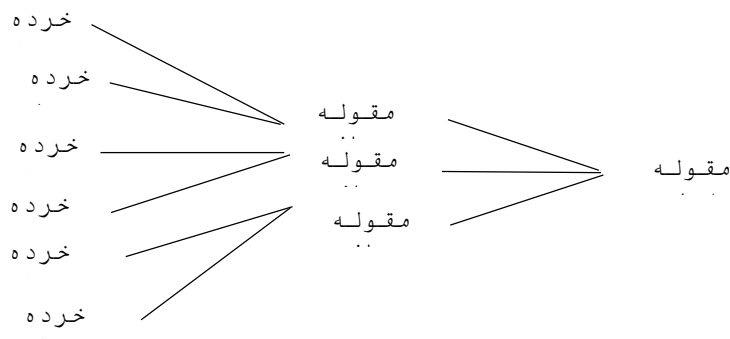
5	دکتر سید حسن امامی رضوی	معاون وزیر در سال های متمادی و قائم مقام وزیر در امور دانشگاه ها در حال حاضر
6	دکتر علیرضا اولیایی منش	مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
7	دکتر منظم	کارشناس ارشد مشاور در وزارت بهداشت
8	دکتر اکبری	معاون سلامت وزارت بهداشت در دوره های قبل و الان رئیس مرکز تحقیقات سرطان
9	دکتر علی اکبر حق دوست	رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان از سال 1392
10	دکتر حسینعلی شهریاری	نماینده مجلس در دوره های هفتم، هشتم و نهم و رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس
11	دکتر دلاوری	مشاور وزیر در امور طرح تحول سلامت
12	دکتر سیاری	معاون بهداشتی وزارت بهداشت
13	دکتر شریعی	معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران
14	دکتر صفی خانی	مشاوره معاون درمان وزارت بهداشت در امور اقتصاد سلامت
15	دکتر کبیر	رئیس سازمان بیمه سلامت ایرانیان کشور
16	دکتر کدیور	فوق تخصص عفونی اطفال و هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
17	دکتر حسین ملک افضلی اردکانی	عضو فرهنگستان علوم پزشکی کشور
18	دکتر هنرور	معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
19	دکتر مطلق	مدیر کل دفتر سلامت خانواده وزارت بهداشت
20	دکتر حمید پور اصغری	کارشناس ارشد دفتر سلامت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

مبنای پایان دادن به مصاحبه ها رسیدن به حداکثر اشباع بود که یک ابزار تعریف شده حجم نمونه در تحقیقات کیفی است. مصاحبه ها با اجازه از مشارکت کنندگان در تحقیق ضبط و سپس به داده های نوشته شده تبدیل می شد و تحلیل می گردید. برای تحلیل داده ها روش تحلیل محتوای عرفی به کار رفت.

3-7- تحلیل محتوای عرفی

همان طور که در تعریف اشاره شد، تحلیل محتوای عرفی، داده ها را به منظور توصیف پدیده، واکاوی می‌کند. در این نوع تحلیل، محقق بدون داشتن فرضیه یا نظریه‌ای از قبل تعیین شده داده ها را تحلیل می‌کند تا توصیفی کلی از واقعیت ارائه دهد. در این روش، تحلیل داده ها با خوانش تمام داده ها به صورت مکرر انجام می‌گیرد تا با غوطه‌وری در آن برداشتی کلی از داده‌ها به دست آید. خوانش به گونه‌ای انجام گیرد که گویا فرد مطلبی تازه را می‌خواند. سپس داده ها کلمه به کلمه خوانده می‌شود تا کدها با برجسته کردن کلمات دقیق از متن که ایده ها یا مفاهیم کلیدی را به دست می‌دهند به دست آید. سپس محقق با نوشتن نکته ها، ایده ها یا تحلیل اولیه به م تن نزدیک می‌شود. همچنان که فرایند می‌یابد برچسب زدن کدها به گونه‌ای بازاندیشانه به بیش از یک نظر کلیدی می‌رسد. این فرایند اغلب به صورت مستقیم از متن بیرون می‌آید و برداشتی کلی از کدگذاری اولیه به دست می‌دهد. سپس کدها در مقوله ها دسته بندی می‌شوند و به گونه‌ای سازماندهی شده در خوشه های معنادار قرار می‌گیرند. به طور ایده آل تعداد خوشه ها بین 10 تا 15 خوشه کلیدی است که از تعداد زیادی کد به دست می‌آید (1).

بنابراین روش تحلیل محتوای عرفی بر اساس برداشت کلی از متن که با بازخوانی مجدد آن به دست می‌آید و نیز کدگذاری و استخراج مقوله‌ها انجام می‌گیرد. در این روش، داده‌ها با رویکرد مقوله بندی و به شیوه‌ای استقرایی انجام می‌گیرد. در فرایند تحلیل محتوای مبتنی بر استقرا، کدگذاری اولیه و جمع کردن کدهای مشابه زیر یک مقوله‌ی واحد، به ایجاد 10 تا 15 مقوله اولیه‌ی منجر می‌شود. در مراحل بعدی تحقیق این مقولات نیز با یکدیگر مقایسه می‌شوند و تعدادی از آن ها که نزدیکی بیشتری دارند، زیرمجموعه‌ی مقولات عام تری قرار می‌گیرند. هر یک از این مقولات میانی، معرف یک بخش یا طبقه خاص از موضوع تحقیق است. این مقولات می‌توانند در ارتباط با هم قرار گیرند و در سطح بالاتری از انتزاع، زیر یک مقوله اصلی جمع شوند. رابطه مقولات میانی می‌تواند در قالب یک شبکه‌ی باز، رابطه‌ی سلسله مراتبی، ترتیب زمانی و یا شبکه علمی تنظیم شود (توماس نقل از تبریزی، 125).



شکل 1-2- تقسیم بندی مقولات در تحلیل محتوای استقرایی (3)

در این تحقیق نیز ابتدا خرده مقوله ها و سپس مقوله های میانی و در نهایت مقوله های اصلی از داده ها استخراج شد. هر مقوله ای اصلی به عنوان فصلی جداگانه از نتایج در این کتاب ارائه شده است.

7-4- اعتبار

از آنجایی که تحقیق حاضر تحقیقی کیفی است، معیارهای اعتبار آن متفاوت از پژوهش های کمی می باشد. در این تحقیق محققان از سه روش برای تأمین اعتبار تحلیل داده ها استفاده کردند که عبارتند از:

الف: بررسی توسط مشارکت کنندگان: بدین منظور نتیجه ی برگرفته از هر بخش از مصاحبه توسط محقق با مشارکت کننده در میان گذاشته می شد و تأیید مشارکت کننده بخشی از اعتبار تحقیق را تعیین می کرد.

ب: زاویه بندی: یکی از روش های زاویه بندی، تحلیل داده ها توسط بیش از یک محقق و مقایسه آن ها با یکدیگر است. در این تحقیق و با موضوع پزشکی خانواده، کدگذاری نمودند داده های تحقیق حاضر را دو محقق که تأیید نهایی نتایج و هماهنگی آن ها بایکدیگر یکی دیگر از معیارهای اعتبار تحقیق است.

ج: اعتمادمندی: اعتماد مندی در تحقیق کیفی به این معناست که یافته های تحقیق ارزش تأمل دارد. اعتمادمندی موضوعی مهم در تحلیل محتواست که به طریق استقرایی و بدون وجود ماتریکس های نظریه ی مبنا انجام گرفته است. اعتمادمندی، در طول جمع آوری داده، تحلیل و ارائه ی نتایج اهمیت زیادی دارد (7). در این تحقیق به استفاده از بهترین روش جمع آوری، تحلیل و گزارش داده ها به عنوان معیار اعتمادمندی توجه شد. به کارگیری از داده های غنی، مناسب و اشباع شده یکی از راهبردهای اعتماد مندی بود.

5-7- نتایج تحقیق

پنج مضمون محوری از تحلیل داده ها استخراج شد. مضامین مذکور عبارتند از:

- اصول
- ضرورت
- موانع
- فرصت طلایی
- الزامات

هر کدام از این مضامین دربرگیرنده زیرمضامینی مرتبط بود که در فصول پیش رو به طور جزئی بدان پرداخته شده است.

منابع:

1. Hsieh, H-F, and Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. QUALITATIVE HEALTH RESEARCH, Vol. 15 No. 9, 1277-1288.
2. رفیع پور، فرامرز. (1384). تکنیک های خاص تحقیق در علوم اجتماعی. چاپ سوم. تهران: شرکت سهامی انتشار.
3. تبریزی، منصوره. (1393). تحلیل محتوای کیفی از منظر رویکردهای قیاسی و استقرایی. فصلنامه علوم اجتماعی. شماره 64. صص: 105-138.
4. بلیکی، نورمن. (1391). پارادایم های تحقیق در علوم انسانی. ترجمه: حسنی، سید حمیدرضا و همکاران. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
5. پوپر، کارل. (1388). منطق اکتشافات علمی. ترجمه ی سید حسین کمالی. چاپ چهارم. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.
6. کریپندورف، کلوس (1378). **تحلیل محتوا**، ترجمه ی هوشنگ نایب، تهران، انتشارات روش.
7. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness (pp. 1–10). SAGE Open; 2014.

فصل هشتم

اصول

فلسفه دیگری که در برنامه پزشکی خانواده دنبال می شود و بسیار هم مهم است این است که پزشک خانواده فقط وظیفه درمان بیماران را برعهده ندارد بلکه اتفاقاً بیشتر وقت و زندگی خود را صرف پیشگیری و آموزش اصول سلامت به مردم می کند. تجربه نشان داده است که وقتی کار بیمار به متخصص و فوق تخصص می رسد آنها نه وقت لازم و نه انگیزه لازم را برای آموزش اینگونه مسائل به بیمار دارند. در صورتی که قطعاً هزینه پیشگیری بسیار بسیار پایین تر از درمان است به خصوص وقتی که این خدمات پیشگیری را با درمانهای سنگین و گرانقیمت در سطح تخصصی و فوق تخصصی مقایسه کنیم. نظام پزشکی خانواده در حقیقت یک نظام سلامت محور به جای درمان محور است. علاوه بر آن تربیت پزشک عمومی را هدفمند می کند. تعداد مورد نیاز به متخصص و فوق تخصص پایین می آید و همین امر

باعث می شود که جایگاه پزشک عمومی ارتقاء یابد (دکتر ایمانیه).

مضمون ابتدایی از نتایج تحقیق، مضمون **اصول** است. یکی از موضوعات مهم درباره‌ی به پزشک خانواده این است که این شکل از خدمات بر چه اصولی بنا شده است. کنکاش در اصول و اجزای این موضوع می تواند راهنمای روشنی برای سیاستگذاران و محققان در جهت فهم بهتر از مفهوم پزشک خانواده باشد. مضمون محوری اصول در این فصل چارچوب های مفهومی باز می‌گردد که پزشک خانواده بر آن استوار است. اصول و مبانی بنیادین پزشک خانواده تقریباً در سراسر جهان وضعیت یکسانی دارند. مضمون اصول، بنیادهای شناخته شده‌ی پزشک خانواده را بر می‌سازد. نکته‌ی مهم این است که اصول این نظام باعث شده بخشی از اصلاحات متأخر در نظام های سلامت دنیا متأثر از نظام پزشک خانواده باشد.

بسیاری از اصلاحاتی که ما انجام دادیم اصلاحات به معنای واقع نبوده. مداخلات ما برای اصلاح وضع موجود نیست بلکه مسکن است. در اصلاحات اخیر، تربیت پزشک خانواده اولین گام باید باشد. اون هست که بناست دروازه بان *Gate keeper* سیستم باشد. اگر آموزش لازم را نبیند و مهارت کافی نداشته باشد نمی تواند به وظایف خودش بخوبی عمل کند. (کبیر).

همان گونه که اشاره شده، اصلاحات واقعی بایستی بر اساس پزشک خانواده انجام گیرد. نگاه انتقادی دکتر کبیر به خوبی گویای جایگاه برجسته پزشک خانواده است.

درباره‌ی مضمون "اصول" چهار مفهوم استخراج شده از گفته های مشارکت کنندگان، به بنیادهای پزشک خانواده باز می گشت که عبارتند از سلامت محوری، جامعیت، نظام ارجاع و تیم محوری.

1-8- سلامت محوری

در نسخه 02 پزشک خانواده 16 تا 17 نفر به عنوان اعضای تیم پزشک خانواده تعیین شده بودند که باید از آنها خرید خدمت راهبردی می شد که این تیم هم ایجاد نشد. بر اساس این برنامه باید در مقابل سرانه هر فرد همه خدمات سلامت اعم از پیشگیری، بهداشت و آموزش سلامت به مردم ارائه می شد. کار مهم هم در حوزه سلامت پیشگیری و بهداشت است (دکتر شهریاری).

نظام های سلامت ناگزیر به داشتن رویکرد پیشگیرانه ناگزیرند که اصطلاحاً به آن سلامت محوری گفته می‌شود. این موضوع به دلیل افزایش جمعیت، پیری جمعیت، بیماری های غیر واگیر، بیماری های مرتبط با سلامت روان و شیوع

ایدز و ... می باشد. این موارد ضرورت سلامت محوری در نظام های سلامت است.

هزینه های سلامت در همه کشورها به طور مدام در حال افزایش است، بیماریهای نوپدید (مثل ایدز) و بازپدید (مثل سل) هزینه های درمان را بالا برده اند، تغییرات سنی پیر شدن جمعیت (افزایش سرطان ها، فشار خون، دیابت و...) هزینه های نظام های سلامت را افزایش داده است (دکتر شریعتی).

یکی از اصول مبنایی پزشکی خانواده، سلامت محوری است. مقصود از سلامت محوری این است که پزشک فقط به درمان یک بیماری متمرکز نشود، بلکه به زمینه های شکل گیری آن و به طور خاص زمینه های اجتماعی همچون سطح سواد، وضعیت خانوادگی و اجتماعی، سطح اقتصادی، درآمد بیمار و ارتباط آن با رفتاری خاص در یک فرد یا خانواده توجه نشان دهد و در پی تغییر رفتارهای تهدیدکننده سلامت برآید. این موضوع بدین معناست که پزشک خانواده بر خلاف نظام درمانی در نظام های سلامت، متمرکز بر سلامت است تا درمان. اگر چه نگاهی درمانی دارد؛ اما درمان سطوح روبنایی پزشک خانواده را تشکیل می دهد و سلامت و نگاه های پیشگیرانه به بیماری ها بخشی از اصول را تشکیل می دهند.

پزشک خانواده فقط مسئول ارائه ی خدمات درمانی نیست بلکه مسئول آموزش و ارتقای سلامت افراد نیز هست، به عنوان مثال به فردی که موتورسوار است توصیه می کند، کلاه ایمنی بگذارد و او ممکن است بگوید، هوا گرم است و کلاه نمی گذارم، اما پزشک خانواده به او آموزش می دهد که کلاه های جدیدی آمده که هواکش دارد و هم از سر حفاظت می کند و هم گرم نیست و به او می گوید: تو اگر کلاه نگذاری و زمین بخوری و خونریزی مغزی کنی، زندگی و خانواده ات، متلاشی می شود، به فکر دختر کوچکت باش و... (دکتر شریعتی).

این گفته به نقش پزشک خانواده در ارتقای دانش سلامت شهروندان و به طور خاص جمعیتی اشاره دارد که تحت پوشش آن است. در اینجا بیشتر بر نگاه اجتماعی پزشک خانواده در مورد تصادفات تاکید شده و نشان می دهد که چگونه پزشک خانواده موضوعی مثل تصادفات را جزء موضوعات مورد توجه خود قرار داده است. در حالی که در نظام های صرفا درمانی، پزشک، مسئول استفاده از کلاه ایمنی یا عدم استفاده از آن نیست. پزشک خانواده مطابق گفته فوق در حال تغییر رفتار فردی است که می خواهد از وسایل نقلیه موتوری استفاده کند. در بحث با سلامت محوری، تنها موضوعات اجتماعی به عنوان موضوع پزشک خانواده قرار نمی گیرند. بیشتر موضوعات

بهداشتی درمانی در نظام پزشک خانواده، بر اساس نگاه پیشگیرانه انجام می‌گیرد.

برخی نیازها مربوط به ارتقای سلامت است که باید چیزهایی را یاد بگیرند تا سلامتشان بهتر از وضع موجودشان بشود. یک سطح بالاتر این است که از بروز بیماریها پیشگیری کنند، که این با ارتقای سلامت فرق دارد، سطح بعد این است که یاد بگیرند چطور خوب خودشان را درمان کنند، به عنوان مثال اگر پزشک به آنها گفت، این داروها را در فلان ساعت و در این دوره مصرف کن یا فلان رژیم غذایی را داشته باشد، از سطحی از توانمندی برخوردار باشند که بتوانند این دستورات را به خوبی اجرا کنند، زیرا بسیاری از مردم در شرایط فعلی که پزشک خانواده نداریم، اصلاً توانایی این کار را ندارند (دکتر اکبری).

در اینجا دکتر اکبری به نقش توانمندسازی پزشک خانواده بر جمعیت تحت پوشش خود در ارتقای سلامت اشاره دارد. دکتر ایمانیه عدم انگیزه پزشکان را بر امر پیشگیری در نظام های درمان نگر مطرح می‌کند و بر این نظر است که پزشکان در نظام مذکور انگیزه و وقت کافی برای توجه به پیشگیری ندارند. موضوعی که اهمیت زیادی در کاهش هزینه های سلامت دارد. این در حالی است که پیشگیری و سلامت محوری یکی از اصول و در واقع فلسفه‌ی پزشک خانواده است.

فلسفه دیگری که در برنامه پزشک خانواده دنبال می شود و بسیار هم مهم است این است که پزشک خانواده فقط وظیفه درمان بیماران را برعهده ندارد بلکه اتفاقاً بیشتر وقت و زندگی خود را صرف پیشگیری و آموزش اصول سلامت به مردم می کند. تجربه نشان داده است که وقتی کار بیمار به متخصص و فوق تخصص می رسد آنها نه وقت لازم و نه انگیزه لازم را برای آموزش اینگونه مسائل به بیمار دارند. در صورتی که قطعاً هزینه پیشگیری بسیار بسیار پایین تر از درمان است به خصوص وقتی که این خدمات پیشگیری را با درمانهای سنگین و گرانبه در سطح تخصصی و فوق تخصصی مقایسه کنیم. نظام پزشک خانواده در حقیقت یک نظام سلامت محور به جای درمان محور است. علاوه بر آن تربیت پزشک عمومی را هدفمند می کند. تعداد مورد نیاز به متخصص و فوق تخصص پایین می آید و همین امر باعث می شود که جایگاه پزشک عمومی ارتقاء یابد (دکتر ایمانیه).

بنابراین، یکی از اصول پزشک خانواده سلامت محوری است. در این چشم انداز نگاه به سلامت و بیماری در یک جمعیت معین فراتر از نگاه درمانی است و بر امور پیشگیری تأکید می شود.

در خلال برنامه پزشک خانواده اومدین روی مراقبت تاکید کردین این نکته مثبتیه که اومدین گفتین مراقبت باعث می شه ریسک فکتور ها رو اصلاح کنیم. و به خصوص اینکه اولین سطح تماس جامعه با سیستم، همین پایگاه های سلامت و مراقبین سلامت هستن بنابراین چون مراقب سلامت اولین کسی است که با جامعه در تماسه این بسیار نکته مثبتیه که می تونه پیشگیری کنه و در جامعه سطح سلامت رو ارتقا بده (دکتر سیاری).

2-8- جامعیت

از یک سو سلامت در یک فرد فقط محدود به سلامتی در رابطه با یک بیماری خاص نیست. مثلاً کنترل قند در یک فرد دیابتی همیشه به معنای موفقیت پزشک نیست. پزشک بایستی وضعیت سلامت روان، اجتماعی و در سطحی بالاتر سلامت معنوی فرد و تمامی اعضای خانواده وی را تحت نظر و کنترل داشته باشد. از سوی دیگر، کنترل قند در یک بیمار دیابتی فقط با تجویز دارو انجام پذیر نیست. این موضوع، نیازمند نگاهی جامع است که از وضعیت سلامت روان فرد گرفته، تا رفتار وی و سبک تغذیه ای وی و نیز وضعیت اجتماعی - اقتصادی وی را در بر دارد. جامعیت به این معنا است که یک مسئله یا بیماری به عنوان نتیجه شرایطی مختلف در نظر گرفته شود و نه فقط نتیجه نوعی اختلال زیست شناختی در ارگان خاص. از این منظر، سلامت و بیماری تحت تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت ارزیابی می شود. پزشک بایستی با اشراف و کنترل لازم به این عوامل، بیماری را در یک جمعیت معین مدیریت و کنترل کند.

از دیگر نکاتی که جزو فلسفه پزشک خانواده محسوب می شود این است که فردی که به عنوان پزشک خانواده تربیت می شود، به همه حوزه های سلامت مسلط باشد یعنی هم کار درمانگری بداند و هم بتواند کار پیشگیری و حتی سلامت اجتماعی و روانی مردم را تحت کنترل داشته باشد و همچنین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را رصد کند. به عبارتی وقتی شما یک پزشک خانواده را در یک منطقه چه روستا و چه شهر مستقر می کنید، لازم است بتواند تمام مسائل مربوط به بهداشت آن منطقه را نیز تحت نظر داشته باشد و آنچه سلامت مردم را به خطر می اندازد، شناسایی کرده، در صدد رفع آن برآید (دکتر امامی رضوی).

بنابراین، جامعیت به معنای اشراف به همه ابعاد بیماری است. جامعیت از این منظر ارتباط بسیار نزدیکی با سلامت محوری پزشک خانواده دارد. چرا که وقتی سلامت و بیماری تنها یک امر بیولوژیکی تعریف نمی شود و در شبکه ای از عوامل اجتماعی و خانوادگی مطالعه می شود، پزشک ناگزیر است برای کنترل بیماری در جمعیت تحت پوشش خود نگاه های پیشگیرانه

داشته باشد. از این منظر جامعیت فقط جامعیت در درمان نیست و فعالیت پزشک خانواده محدود به درمان بیماری خاص نمی شود. وی باید با سایر افراد دست اندرکار در امور اجتماعی مرتبط با جمعیت تحت پوشش خود در ارتباط باشد، همان طور که با سایر اعضای گروه خود مثل کارشناسان بهداشت، پرستاران و ... فعالیت جمعی دارد.

مهمترین تفاوت پزشک خانواده با نظام فعلی این است که پزشک دیگر کارش فقط درمان نیست، او در همه اموری که می تواند در پیشگیری از بیماری موثر باشد، نقش دارد، حتی با سیستم های دیگر مثل اداره آب، فاضلاب، آموزش و پرورش، بهداشتی، فرمانداری ارتباط پیدا می کند و همه امور مربوط به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد تحت پوشش خود را پیگیری می کند. بحث سلامت و بهداشت محیط نیز مسئله مهمی است که پزشک خانواده به عنوان وکیل، سلامت افراد پیگیری می کند. اگر افراد از آبی استفاده می کنند که ممکن است برای سلامتشان مضر باشد از دستگاه مربوط مانند اداره آب و فاضلاب یا شهرداری یا دهداری موضوع را پیگیری می کند. در واقع پزشک خانواده یک فرد چند پیشه است که همه ابعاد سلامت را مورد نظر دارد، حالا اینکه ما به علت کمبود نیرو یا ضعف نظارت نتوانسته ایم در اجرای این برنامه به میزان کافی موفق باشیم ربطی به اصل برنامه ندارد. اجرای برنامه پزشک خانواده در مسیر اجرای سیاستهای کلی نظام سلامت است که مقام معظم رهبری ابلاغ کرده است و حاصل آن افزایش سن امید به زندگی، افزایش جمعیت و کاهش بیماریها و نیز کاهش هزینه های درمانی مردم است همه این اهداف در اجرای برنامه پزشک خانواده ادغام می شود (دکتر مطلق).

این گفته دکتر مطلق که پزشک خانواده یک فرد "چندپیشه" است به نگاه جامعی بر می گردد که پزشک خانواده در رابطه با سلامت و بیماری جمعیت تحت پوشش خود دارد. در این حالت، پزشک فقط مسئول تجویز کاهنده قند خون برای بیمار دیابتی نیست. وی باید جهت برخورداری از تغذیه سالم و داشتن سلامت روان تغییر در فرد را دنبال کند و اگر فرد از طبقه اجتماعی- اقتصادی آسیب پذیر باشد، موظف است از نهادهای مسئول به منظور کمک به فرد مذکور و خانواده وی کمک بخواهد. موضوع جامعیت با مفهومی به نام مسئولیت پذیری در پزشک خانواده مرتبط است که دکتر شریعتی بدان اشاره کرده است.

مثلاً اگر فرد جوانی است مراقبت از خودش را نمی پذیرد؛ پزشک خانواده که پزشک پدر و مادر این جوان هم هست به آنها اهمیت مراقبت از سلامت را گفته، بخواهد برای او هدیه کلاه ایمنی بخرند. به نفع خود پزشک است که فرد تحت پوشش او، آسیب

نبینند، چون درآمدش به ازای مراجعه افراد نیست بلکه به ازای هر فرد تحت پوشش یک رقم ثابت را به عنوان حق سرانه (per capita) دریافت می کند و هر چه افراد کمتر مریض شوند، به نفع اوست (دکتر شریعتی).

بنابراین، جامعیت هم نوعی نگاه مکمل به سلامت و بیماری و هم نوعی نگاه همراه با مسئولیت است که تحقق آن ضرورتاً به ارتقای سلامت جامعه کمک می کند. مسئولیت پذیری در نظام پزشک خانواده و نگاه مبتنی بر جامعیت یک مزیت آن است.

مزیت بسیار مهم دیگر این است که سیستم سلامت و پزشکان نسبت به مردم پاسخگو می شوند، انصافاً الان چند درصد مردم وقتی به پزشک مراجعه می کنند، جواب مناسب می گیرند. دوستی داشتم که مسئول یک نهاد دولتی بود، او به دلیل یک بیماری به پزشکان زیادی مراجعه کرده بود و هر کدام یک نظر داده بودند و پرونده پزشکی قطوری تهیه شده بود ولی بیماری او درمان نشده بود. نهایتاً یک پزشک بسیار معروف را به او پیشنهاد دادند و گفتند که او دیگر حرف آخر را می زند، وقتی به مطب این پزشک مراجعه کرد. دید، هر بیمار 5 دقیقه داخل می رود و خارج می شود. می رود و از منشی دو تا وقت می گیرد و هزینه دو ویزیت را پرداخت می کند. نزد پزشک می رود و می گوید این پرونده پزشکی من است، من دو تا وقت گرفته ام که به اندازه دو بیمار برای من وقت بگذارید و بگویید من چه مشکلی دارم، اما آن پزشک معروف باز هم وقت نگذاشت و گفت من بعداً پرونده ات را مطالعه می کنم، فردا بیا و نتیجه را از منشی بگیر. وقتی ما پزشک خانواده می گذاریم یعنی فردی مشخص می شود که برای سلامت من باید وقت بگذارد و پاسخگو باشد و چه من پیش او بروم چه نروم او پول را می گیرد بنابراین باید در خدمت سلامت من باشد (دکتر شریعتی).

3-8- نظام ارجاع

یکی از مهمترین اصول پزشک خانواده نظام ارجاع یا نظام سطح بندی خدمات است.

در سطح بندی خدمات زیباترین بخش این است که پزشک خانواده محور است، یک طرف او مردم و گروههای پیراپزشک هستند و یک طرف دیگر او، گروههای تخصصی و نظام های اقتصادی و تأثیرگذار هستند که این فرد پزشک خانواده بهترین فرد برای مدیریت نظام سلامت است (دکتر اکبری).

بنابراین نظام ارجاع یکی از محورهای پزشک خانواده است. به ویژه زمانی که موضوعات مرتبط با اقتصاد سلامت مطرح می شود، نقش پررنگ پزشک خانواده به ذهن می آید. از این نگاه، پزشک خانواده نظام تعریف شده ای از ارائه خدمات در سطوح پزشک خانواده، متخصص و فوق تخصص است که ضروری است جمعیت تحت پوشش برای دریافت خدمات در همین مسیر حرکت کنند. در این نگاه، نظام ارجاع یا سطح بندی خدمات باعث تقلیل هزینه های نظام سلامت می شود. در این حالت بسیاری از بیماری ها در همان سطح نخست که پزشک خانواده است کنترل می شود و به ارجاع به سطوح بالاتر نیازی نیست. البته یک نظام ارجاع قوی نیازمند مجموعه ای آموزش دیده پزشک خانواده است که نسبت به بخش عمده ای از بیماری ها دانشی جامعه داشته باشد.

یکی از این اصول و شاید یکی از مهمترین آنها سطح بندی خدمات است. اگر سطح بندی خدمات شکل نگیرد. هیچ کس قادر به ارائه خدمات مناسب و ارزشمند از نظر هزینه- فایده نخواهد بود. سطح بندی خدمات در نظام سلامت در حوزه ای خدمات درمانی، تشخیصی و بهداشتی از خانواده شروع می شود و تا فوق تخصص ها ادامه می یابد. محور این سطح بندی نیز در همه جای دنیا، پزشک خانواده است، حالا اسمش را هر چه بگذارید فرقی نمی کند، معمولاً شخصی توانمند این کار را عهده دار می شود که با تمام گروه های تخصصی و فوق تخصصی پزشکی ارتباط دارد و همزمان با گروه های دیگر پرستاری و آزمایشگاه ها نیز مرتبط است و سلامت کل جامعه را این گروه پوشش می دهد (دکتر اکبری).

بنابراین، نظام ارجاع نه فقط یک اصل در پزشک خانواده، بلکه یک اصل در اقتصاد سلامت در نظام های سلامت دنیا تلقی می شود. از آنجا که کالای سلامت، محدود و تقاضا برای برخورداری از آن روز به روز در حال افزایش است، تاکنون تنها ابزار توزیعی پذیرفته شده پزشک خانواده است. پزشک خانواده از چند جهت و در ارتباط با نظام سطح بندی یا نظام ارجاع نقش برجسته ای در کنترل و یا کیفیت توزیع کالای سلامت دارد. اول آنکه نگاه پیشگیرانه در این نظام باعث می شود بسیاری از بیماری ها بخصوص بیماری های غیرواگیر کنترل شوند و هزینه های جدیدی به نظام سلامت تحمیل نشود. دوم اینکه پزشک خانواده در سطح اولیه ای خدمات می تواند بسیاری از بیماری ها را درمان کند. در نهایت اینکه مدل های خاص نظام پرداخت در پزشک خانواده ایجاب می کند پزشک خانواده از تقاضای القایی که یک تهدیدکننده جدی اقتصاد سلامت است مانع شود. دکتر شریعتی شرح دقیقی از جوانب مختلف نظام ارجاع و جایگاه آن در نظام پزشک خانواده ارائه نموده است.

در دنیا طی یکصد سال گذشته مدلی برای ارائه خدمات سلامت پیدا شده که تحت نام Family medicine و عناوین مشابه نامگذاری شده و در کشور ما با نام پزشک خانواده و نظام ارجاع ترجمه و وارد شده است. یکی از مهمترین اهداف ایجاد پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارتقای سطح سلامت مردم است. هنگامی که هر فرد خودش هر زمان با هر علامتی تصمیم می گیرد به یک یا چندین پزشک متخصص و فوق تخصص مراجعه کند، این روش خیلی درست نیست، به خاطر اینکه افراد آگاهی و اطلاعات لازم را برای انتخاب خدمت دهنده و نوع خدمت مورد نیازشان ندارند. دلیل آن هم مشخص است، دلیل آن عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار است. در واقع شما به عنوان یک دریافت کننده خدمات سلامت در بسیاری از اوقات نمی توانید تصمیم بگیرید که به چه نوع خدماتی نیاز دارید و این خدمات را باید از چه کسی بگیرید؟ این مسئله در مورد همه خدمات صدق نمی کند، مثلاً هنگامی که می خواهید نان بخرید می توانید تشخیص دهید که چه نوع نانی نیاز دارید و این نان را باید به چه قیمتی بخرید، یعنی هم می دانید چه نیازی دارید و هم می دانید این نیاز را باید از چه کسی تأمین کنید ولی مثلاً وقتی سرتان درد می کنید به چه کسی باید مراجعه کنید؟ آیا یک پزشک عمومی می تواند نیاز شما را برطرف کند یا باید به یک متخصص مغز و اعصاب یا گوش و حلق و بینی یا روانپزشک مراجعه کنید. سردرد می تواند منشاء های مختلفی داشته باشد و برای درمان هر کدام از این منشاء ها باید پیش یک متخصص خاص رفت. بنابراین عموم مردم و افراد غیر متخصص در حوزه سلامت در اغلب موارد نمی توانند تشخیص دهند که باید به چه کسی مراجعه کنند. آدم متخصص برای تشخیص این مسئله پزشک خانواده است که در اولین سطح تماس می تواند در دسترس فرد باشد و مشکل را رفع کند یا اینکه فرد را هدایت کند که برای حل مشکل کجا مراجعه کند. البته این روش جدیدی نیست و در بسیاری موارد دیگر هم وقتی ما یک نیازی داریم به یک فرد مورد اطمینان مراجعه می کنیم و از او می خواهیم یا مشکل ما را حل کند یا فردی که می تواند مشکل ما را حل کند به ما معرفی نماید. نکته دیگر این است که وقتی سر شما درد می کند، پزشک خانواده به عنوان مشاور سلامت شما، بهترین فردی است که از سابقه شما اطلاع دارد، می داند که شما مثلاً فشار خون دارید، چه نوع داروهایی مصرف می کنید، سابقه خانوادگی شما چیست؟ در چه محیطی زندگی می کنید، چه شغلی دارید و عوارض شغلی شما چیست، مثلاً ممکن است، پزشک خانواده بعد از یک معاینه وقتی مورد خاصی پیدا نکرد با توجه به اطلاع از شغل و سابقه شما بگوید خوب این اواخر که شیفت شما شبانه شده و کمتر خوابیدید ممکن است علت سردرد

شما کم خوابی باشد، استراحت کنید، سردردتان خوب می شود و نیازی به هیچ نوع دارو و درمانی ندارید، اگر بدتر شدید یا تا 24 ساعت دیگر خوب نشدید به من زنگ بزنید (دکتر شریعتی).

این گفته به خوبی ابعاد و جایگاه نظام ارجاع را در پزشک خانواده و نیز جامعیت نگرى پزشک خانواده را ارائه کرده است. از سوى دیگر بایستی گفت که نظام ارجاع پزشک خانواده را مسئولیت پذیر می کند. وی مسئول ارائه بهترین خدمات به جمعیت تحت پوشش خود است.

4-8- تیم محوری

یکی دیگر از اصول پزشک خانواده تیم محوری است. تیم محوری به معنای مداخله گروهی در امور سلامت جمعیتی معین است. در اینجا فقط پزشک مسئول سلامتی نیست. کارشناسان بهداشتی، مراقبین بهداشتی، پرستاران و تیم مامایی به عنوان بازوهای عملیاتی پزشک خانواده در امور پیشگیری و درمان یک جامعه معین نقش دارند. این در حالی است که در نظام درمان نگرى، یک پزشک امور درمانی فرد را بر عهده داشت.

برنامه پزشک خانواده کاری تیم محور است و فرقی با سیستم سابق این است که سیستم حاکم فردگر است. نهایتاً هر پزشک یک منشی دارد و نهایتکاری که انجام می دهد پاسخگویی به تلفن و دریافت حق ویزیت از بیماران است و دیگر هیچ نقشی در پروسه سلامت ندارد. هم اکنون در همه استانها به جز فارس و مازندران، که برنامه پزشک خانواده اجرا شده، دستیاری که در کنار پزشک است در آموزش اصول پیشگیری و سلامت یا ثبت اطلاعات فرد در پرونده نقشی ندارد. به همین منظور هم هست که عمداً از پرستار، ماما و کارشناسهای بهداشت به عنوان دستیار پزشک خانواده استفاده کرده ایم تا اطلاعات پزشکی بیشتری نسبت به یک فرد دیپلمه و فردی که فقط نقش منشی را بازی می کند، داشته باشد و بتواند به عنوان جزئی از تیم سلامت در کنار پزشک باعث ارتقاء سلامت مردم شود (ایمانیه).

همان طور که از گفته دکتر ایمانیه بر می آید، پزشک خانواده ماهیت تیمی دارد. برای مداخله تیمی پیشگیرانه نیازمند یک تیم و گروه است، که بتواند اهداف سلامت را در یک جمعیت معین تحقق بخشد. دکتر شهریاری «تیم محوری» را به امور پیشگیری و درمان ندانسته، تحقق پزشک خانواده در کشور را نیازمند نگاه تیمی منسجم و مستحکم در تمام سطوح می داند. به طور خاص، در شرایط فعلی در کشور تحقق پزشک خانواده به کار تیمی منسجم در سطوح اجرای مدیریتی و سیاستگذارانه نیازمند است.

اعتقاد من این است که برای اجرای پزشک خانواده، باید یک تیم منسجم وجود داشته باشد که از بالا تا پایین همه به اجرای این برنامه اعتقاد داشته باشند و واقعاً نظارت کنند، مشکل مهمی که ما در کشور داریم نه فقط در حوزه سلامت بلکه در کل دستگاهها این است که سیستم نظارتی ضعیف است، اگر سیستم نظارتی درست نباشد و آدمهایی که مسئول هستند اعتقادی به پزشک خانواده نداشته باشند، مشکلات حل نمی شود. حوزه سلامت، حوزه بسیار مهمی است به همین علت در قانون مدیریت خدمات کشوری، این حوزه، حوزه خدماتی تعریف شده، در بخش خدماتی مسئولان نباید نگاه سیاسی داشته باشند، منظور از خدماتی این است که وقتی دولت عوض شد، نیایند تا سرایدار و آبدارچی را هم با نگاه سیاسی عوض کنند؛ آموزش عالی و آموزش و پرورش هم حوزه خدماتی تعریف شده است. نیایند، رئیس مرکز بهداشت یا بهداری یک شهرستان را چون نگاه سیاسی همسو ندارد، برکنار کنند. اگر با دید سیاسی به حوزه سلامت نگاه کنیم، قطعاً مشکلات کشور حل نخواهد شد (شهرداری).

5-8- خلاصه

کالای سلامت کمیاب است و قاعده‌ی بازار ارائه‌ی خدمات، ایجاب می کند که دولت ها باید از رویکردی مشخص برای توزیع مناسب این کالا استفاده کنند. در این راستا پزشک خانواده یک بازوی اجرایی قوی برای توزیع مناسب کالایی است که تقاضا برای آن روز به روز در حال افزایش است. در این زمینه تقاضای القایی نیز یک تهدید جدی در توزیع یارانه های سلامت است. نتایج این فصل نشان داد که پزشک خانواده چهار اصول محوری دارد که عبارتند از سلامت محوری، جامعیت، نظام ارجاع و تیم محوری. بر اساس این ویژگی هاست که پزشک خانواده از خصیصه هایی چون پیشگیری، بخصوص در بیماری های غیرواگیر، هزینه اثربخشی و انجام کار گروهی برخوردار است. در این راستا پزشک خانواده می تواند بخشی از هزینه های نظام سلامت را بکاهد.

فصل نهم

ضرورت

ایفای نقش پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت و استفاده از راهنماهای بالینی، می تواند تا 40 درصد از هزینه های سلامت را کاهش دهد و این رقم بسیار زیادی است. فقط نقش دروازه بانی و ارجاع مناسب به تنهایی تا 23 درصد هزینه ها را کم می کند و از سردرگمی و هزینه های بی جا جلوگیری کند. در حالی که اکنون یک بیمار برای تشخیص بیماری به چند پزشک متخصص مراجعه می کند و بعد از کلی ام آر ای و سی تی اسکن که اکثراً غیر ضروری بوده، آخر سر معلوم می شود که اگر يك شرح حال کامل از بیمار می گرفتند نیاز به این همه اقدامات هزینه ساز نبود (دکتر شریعتی).

دیگر مضامین محوری این تحقیق، **ضرورت** پزشک خانواده بود. این مضمون دربرگیرنده اجزائی است که نیاز و ضرورت ایجاد پزشک خانواده را نشان می دهد. در این زمینه همه مشارکت کنندگان، پزشک خانواده را یک ضرورت جهانی برای نظام های سلامت دانسته اند. ضرورتی که بعضی کشورها در راه تحقق آن قدم برداشته اند، و برخی دیگر در حال تحقق آن هستند. ضرورت پزشک خانواده تا اندازه ای است که دکتر حق دوست تنها راه برون رفت نظام سلامت کشور را از مشکلات فعلی و ایجاد اصلاحات ساختاری پزشک خانواده معرفی می کند.

خوبه اصلش (اصلاحات در نظام سلامت) خوبه اما عیبش اینه که وسطش شکاف افتاده و این شکاف افتادنا باز اونو داره به عیب تبدیل می کنه این همه نشون می ده که ما نیاز به یه تغییر اساسی داریم این تغییر اساسی چگونه باید صورت بگیره؟ تقریباً همه متفق القول هستن هر کسی با هر گرایشی با هر زاویه دیدی که باشه فکر می کنم قایل به این هست که تنها راه برون رفت

از این سیستم پزشکی خانواده س و نظام اجرا و سطر بندیست. اصل این قضیه رو هیچ تئوریزی نمی تونه رد کنه؛ اما شیوه ش خیلی می تونه فرق کنه (دکتر حق دوست).

بر این اساس پزشک خانواده مبنایی برای اصلاحات ساختاری در نظام سلامت و دگرگونی های مبنایی است. مقوله ضرورت پزشک خانواده زیر شاخه هایی مانند نقش پیشگیرانه، صرفه جویی هزینه ها، اثربخشی، عدالت و اخلاق را در بر می گیرد.

9-1- نقش پیشگیرانه

نظام های سلامت در اواخر قرن بیستم و آغاز قرن بیست و یکم با چالش های جدیدی روبرو شده اند که رویکردهای زیست پزشکی سنتی قادر به رویارویی و حل مسائل جدید نیست. موضوعاتی چون سالمندی، شیوع بیماری های غیر واگیر، ایدز و نیز بیماری های مرتبط با رشد شهرنشینی و سلامت روان باعث شده تا سیاستگذاران نظام سلامت در پی ارائه الگوهای جدیدی برای کنترل این چالش ها باشند. الگوی پزشک خانواده پاسخی جدی به مسائل مذکور است. پزشک خانواده با توجه به فلسفه و جایگاهی که برای خود قائل است می تواند بخشی از این چالش های بالقوه را کنترل نماید.

با این همه، نظام سلامت در ایران از آنجا که مبتنی بر مدل های سنتی زیست پزشکی است و از الگوهای سنتی پیروی می کند، عموماً رویکردهای درمان نگر دارد تا پیشگیرانه. در مدل های سنتی پزشک در مطب به درمان بیماری می پردازد و به بیماری و درمان آن نگاهی جامع و فرایندی ندارد. در این راستا، حل بسیاری از چالش های مذکور که بدان اشاره شد، غیر ممکن یا به عبارتی دقیق تر سخت می شود. به همین جهت، ضرورت فعلی نظام سلامت کشور این است که با راه اندازی پزشک خانواده نگاه درمانی و درمان نگری به نگاه پیشگیرانه تغییر یابد تا در جهت کنترل و پاسخ گویی به چالش های جدید بر آید. نگاهی که مبتنی بر سلامت عمومی و بر اساس خدمات مراقبت اولیه باشد.

چون پزشکان ما درمانگر هستن و کاری به *public health* ندارن. ما اون تکنسین، بهورز و کارشناس رو می تونیم آموزش بدیم که ربات گونه و بدون اینکه منفعت مالی داشته باشه اون آموزش هایی که بهش دادیم رو ارائه بده و حداقل *primary health care* رو انجام می ده حتی اگه از درمان چیزی ندونه و بهش چیزی یاد

نداده باشیم. افرادی به هر حال می شناسیم قبولشون داریم به عنوان آدم دلسوز شبکه و *public health* ایشون مصر بود این اواخر که ما پزشک رو حذف کنیم چون این دیگه پزشک خانواده نمیشه. پزشک هر کاری دلش می خواد بره بکنه ولی ما یه سیستم داشته باشیم که مردم *primary health care* رو بگیرن (دکتر مرندي).

دکتر مطلق تفاوت اساسي پزشک خانواده را از نظام فعلي سلامت در نگاه پیشگیرانه آن به خدمات سلامت می داند. بر این اساس، پزشک خانواده با توجه به مسئولیتی که به وي واگذار شده، در تلاش است تا بر پیشگیری از بروز بیماری ها تمرکز نماید.

مهمترین ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده این است که با اجرای آن مسئول سلامت تک تک افراد جامعه مشخص می شود و این فرد مسئول است، کاری کند که مردم بیمار نشوند. در مرحله اول از بروز بیماری پیشگیری کند و این کار خیلی مهمی است که در ساختار فعلی نظام سلامت کمتر دیده می شود... مهمترین تفاوت پزشک خانواده با نظام فعلی این است که پزشک دیگر کارش فقط درمان نیست، او در همه اموری که می تواند در پیشگیری از بیماری موثر باشد، نقش دارد، حتی با سیستم های دیگر مثل اداره آب، فاضلاب، آموزش و پرورش، بهداشتی، فرمانداری ارتباط دارد و همه امور مربوط به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد تحت پوشش خود را پیگیری می کند. (دکتر مطلق).

دکتر مطلق نگاه پیشگیرانه را با نگاه جامع نگر پزشک خانواده مرتبط می داند و همان طور که در گفته مذکور آمده است پزشک خانواده باید چنین نگاهی را در همه ابعاد دنبال نماید. بنابراین یکی از ضرورت های شکل گیری پزشک خانواده در ایران، داشتن نگاهی پیشگیرانه مبتنی بر خدمات سلامت اولیه و سیاستگذاری بهداشت عمومی است تا بتوان به چالش های جدید، پاسخی شایسته داد.

9-2- صرفه جویی هزینه ها

نظام سلامت نظام پرهزینه ای است و کالای سلامت عموماً کالایی کمیاب و گاهی نایاب است. از سوی دیگر شیوع بیماری های غیرواگیر در جهان امروز و چالش های بالقوه چون سالمندی هزینه های بالقوه ای را متوجه نظام سلامت می کند. در نهایت اینکه فناوری های نوین باعث شده برخی خدمات سلامت هزینه بر باشند و به همین جهت ضرورت مدیریت هزینه ها در نظام سلامت به یک گفتمان رایج تبدیل شده است. پزشک خانواده یکی از ابزارهای مدیریت هزینه می باشد. شاید بتوان گفت یکی از مهمترین دلایل شکل گیری پزشک خانواده صرفه جویی در هزینه های نظام سلامت با سطح بندی ارائه خدمات (صرفه جویی کوتاه مدت) از سوی نظام پیشگیری مبتنی بر خدمات سلامت اولیه (صرفه جویی درازمدت) از سوی دیگر است. دکتر شریعتی با توجه به بحران های بالقوه که در همه کشورها و از جمله کشورهای توسعه یافته وجود دارد، چنین می گوید:

همه این مسائل در حالی است که اکثر کشورها با بحرانهای اقتصادی مواجه هستند، حتی اگر سرمایه دارترین کشور هم باشد، اجرای یک برنامه که جلوی هزینه های غیر ضروری را بگیرد، لازم است. در غیر این صورت، اقتصاد آن کشور زمین می خورد. پس یکی دیگر از ضرورت های اجرای پزشک خانواده مدیریت هزینه های سلامت است. یادمان باشد هرگز برنامه پزشک خانواده هدف اولش کاهش هزینه ها نیست چرا که اول باید خوب هزینه کند وقتی برنامه اثربخش اجرا شد خود بخود با کاهش نیاز به رادیولوژی، آزمایش و داروی بی مورد هزینه ها کاهش می یابد. مطالعات متعدد نشان داده که ایفای نقش پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت و استفاده از راهنماهای بالینی، می تواند تا 40 درصد از هزینه های سلامت را کاهش دهد و این رقم بسیار زیادی است. فقط نقش دروازه بانی و ارجاع مناسب به تنهایی تا 23 درصد هزینه ها را کم می کند و از سردرگمی و هزینه های بی جا جلوگیری کند. در حالی که اکنون یک بیمار برای تشخیص بیماری به چند پزشک متخصص مراجعه می کند و بعد از کلی ام آر ای و سی تی اسکن که اکثراً غیر ضروری بوده، آخر سر معلوم می شود که اگر يك شرح حال کامل از بیمار می

گرفتند نیاز به این همه اقدامات هزینه ساز نبود (دکتر شریعتی).

نظام ارجاع و سطح بندی خدمات از مهمترین ابزارهای طرح شده در پزشک خانواده است که بسیاری از هزینه های تحمیل شده به نظام سلامت را می‌کاهد. در نظام ارجاع و سطح بندی، مراجعه به متخصصین از مسیر تعریف شده نظام پزشک خانواده مقدور است و به همین جهت می‌توان بخشی از هزینه های تحمیل شده‌ای را بر طرف کرد که به علت نگرش مردم نسبت به پزشکان یا به علت تقاضای القایی پزشکان است.

تا زمانی که نظام ارجاع وجود نداشته باشد و پزشک خانواده در کشور اجرا نشود، هر فرد به هر دلیلی، درست یا نادرست، می‌تواند به متخصص و فوق تخصص مراجعه مستقیم داشته باشد و چنین روشی باعث هدر رفتن منابع کشور می‌شود. بی شک ادامه این وضعیت ضررهای هنگفت به اقتصاد سلامت کشور می‌زند. باید قبول کرد که منابع اقتصادی حوزه سلامت در تمام دنیا محدود است، این طور نیست که در کشوری بی حد و حساب و بدون هیچ گونه محدودیتی منابع اقتصادی صرف سلامت بشود و بالاخره سایر جنبه های اجتماعی و زندگی مردم هم وجود دارد که باید برای آنها نیز هزینه شود. لذا هدفمند کردن تربیت نیروهای پزشک عمومی و ساماندهی حرفه آنها و نیز ساماندهی اقتصاد سلامت از فلسفه های راه اندازی پزشک خانواده است (دکتر ایمانیه).

دکتر ملک افزلی موضوع صرفه جویی را با موضوع ورود فناوری های نوین به نظام سلامت که هزینه بر و می‌باشند، مربوط دانسته، راه کنترل هزینه های تحمیل شده ی فناوری ها را نظام پزشک خانواده می‌داند.

هزینه ها را کم می‌کند زیرا در حوزه پزشکی هر روز تکنولوژی جدیدی ظهور می‌کند و دائم به هزینه ها در این بخش افزوده می‌شود و اگر نظامی برای مراجعه بیماران یا استفاده از تکنولوژی نباشد، کشورها نمی‌توانند پاسخگوی هزینه های سلامت باشند و به عبارتی یکی از انگیزه های مهم در اجرای پزشک خانواده، صرفه اقتصادی است (دکتر ملک افزلی).

دکتر منظم از چارچوب دیگری، موضوع صرفه جویی را طرح کرده که پزشکان خانواده در نظام سلامت ترکیه به جای متخصصینی که ارائه خدمات سلامت آن ها گران است، ارائه خدمت می کنند و در کنار کنترل هزینه های القایی، هزینه های ارائه خدمت را نیز کم می کنند.

برای اینکه شما در یک بیمارستان کوچک بیست تخته با آوردن یه پزشک خانواده متخصص دیگه نیازی به چهار تا متخصص ندارید. همین الان ترکیه همین اتفاق داره می افته. ترکیه 500-1000 تا متخصص پزشک خانواده داره. همه امور ضروری رو یاد می گیرن یه نفر می فرستن به جای چهار نفر (دکتر منظم).

دکتر امامی رضوی کنترل هزینه های القایی را یکی از مزایای پزشک خانواده دانسته و نظام کنترل قوی را که بر ساختار پزشک خانواده است راهی برای کنترل این نظام القایی معرفی می کند. مقصود از نظام کنترل قوی، حساب رسی دقیق هزینه ها و خدمات سلامت است و این حساب رسی قادر است بخشی از تقاضای القایی را کنترل کند و در هزینه ها صرفه جویی گردد.

بحث کنترل هزینه های القایی یکی از محاسن پزشک خانواده است ولی نباید از این نکته غافل شد، آن چیزی که در کنار پزشک خانواده هزینه های القایی را کم می کند، نظام کنترلی قوی است و اگر نظام کنترلی خوب عمل نکند، خود پزشک خانواده می تواند هزینه های القایی ایجاد کند به طوری که پزشک خانواده طی تبانی با پزشک متخصص، بیماران بیشتری را به وی ارجاع دهد. در حال حاضر مکانیسم حاکم بر نظام سلامت نظام فی فور سرویس است و هر چه بیشتر ارجاع داده شود، پول بیشتری کسب می شود، در حالی که نظام پزشک خانواده نظام سرانه ای است. به عبارتی در نظام سرانه ای به پزشک خانواده گفته می شود سلامت این مریض دست تو است و به هر تعداد که این بیمار را به متخصص ارجاع دهی هزینه ای اضافه پرداخت نخواهد شد و پای خود پزشک خانواده است. حتی در نظام های پیشرفته ی پزشک خانواده، هزینه های پزشک متخصص را هم به پزشک خانواده می پردازند و اگر بیماری جهت به متخصص ارجاع داده شد و تحت عمل جراحی قرار گرفت، هزینه اش را پزشک خانواده می پردازد. لذا پدیده هزینه القایی در بستر پزشک خانواده نیز قابل ایجاد است و تنها با

مکانیسم های کنترلی و نظام الکترونیکی ثبت اطلاعات است که می توان بر آن کنترل داشت (دکتر امامی رضوی).

9-3- اثربخشی

اگر هزینه به درستی مصرف شود و منابع مصرف آن به درستی نظارت و کنترل شود، می توان شاهد اثربخشی خدمات سلامت بود. دکتر حق دوست اثربخشی نظام سلامت را یکی از ویژگی های مهم هر ساختار سلامت می داند و معتقد است که نگاه هزینه- سود یا هزینه- اثربخشی نگاهی است که می تواند بخشی از تحمیل هزینه ها را کنترل نماید. پزشک خانواده و نظام ارجاع قادر هستند چنین نگاهی را در عمل تحقق بخشند و به آن جامه عمل بپوشانند.

اما از اون ور هزینه سرسام آور نظام سلامت و رشد بی رویه تکنولوژی جدیدی که گرویه. تغییرات جمعیتی و پیر شدن جامعه که هزینه ها رو به شدت می افزاید نشون می ده که تنها راه، کنترل هرز رفته هاست و ارائه بهترین خدمات کاست بنفیه. نگاه به افیشنسی و فیزیبیلیتی خدمات هست و این فقط در قالب نظام خانواده و پزشک خانواده و نظام ارجاع محقق می شه (دکتر حق دوست).

دکتر امامی رضوی، هزینه- اثربخشی را به عنوان فلسفه پزشک خانواده در نظر گرفته است به طوری که هم پزشک به اندازه کافی بیمار خواهد داشت و هم بیمار فرصت کافی را برای ویزیت خواهد داشت.

فلسفه پزشک خانواده در دنیا این است که به مسائل با نگاه هزینه - اثر بخشی نگاه شود. با وجود برنامه پزشک خانواده افراد در سطوح بعدی (تخصصی) وقت کافی برای ویزیت بیماران خواهند داشت ضمن اینکه همه آنها به اندازه کافی بیمار دارند (دکتر امامی رضوی).

دکتر شریعتی موضوع هزینه- اثربخشی را با وظایفی که برای پزشک خانواده تعریف شده و در قالب اصلاح نظام پرداخت مطرح است، مرتبط می داند. در این نگاه، پزشک خانواده به ازای سلامت افراد تحت پوشش خود پول دریافت می کند و به همین جهت تلاش می کند نگاه پیشگیرانه داشته باشد و همین

نگاه پیشگیرانه يك نگاه اثربخش است که نتایج آن در سطوح خرد و کلان به کم شدن دیابت، سرطان، فشار خون و ... می انجامد.

مسئله بسیار مهم دیگر همان طور که گفتم مدیریت و اصلاح نظام پرداخت است، وقتی ما به پزشک به ازای سلامت افراد پول بدهیم او همه تلاش خود را می کند که مثلاً با کاهش مصرف نمک، جلوی بیماری فرد را بگیرد؛ یا به فرد کمک کند، وزن خود را متعادل کند، رژیم غذایی یا تحرک خود را اصلاح کند و سبک زندگی سالمتری داشته باشد، در این شرایط خود به خود در سطح کلان جامعه میزان دیابت، سرطان، فشار خون و بیماری قلبی کم می شود (دکتر شریعتی).

دکتر مطلق، بین نگاه پیشگیرانه و کم شدن هزینه هایی که در بخش درمان و بخصوص در تخت های بیمارستان بر نظام سلامت تحمیل می شود، ارتباط برقرار کرده است. از نظر وی نگاه پیشگیرانه باعث پایین آمدن ضریب اشغال تخت بیمارستان ها می شود و در نهایت باعث کم شدن هزینه های اضافه به بیماران و نیز نظام سلامت.

از مزیت های مهم اجرای پزشک خانواده این است که حتماً بار بیماریها را کم می کند، هزینه درمان را پایین می آورد و پیشگیری و سلامت را بر درمان اولویت می دهد و به این ترتیب حتماً میزان ضریب اشغال تختهای بیمارستانی به مرور کم می شود. وقتی من به عنوان یک پزشک خانواده خود را موظف بدانم که تا جای ممکن پاسخگوی نیاز بیمار باشم و اگر لازم شد او را ارجاع دهم و گزارش پزشک متخصص را بگیرم، در این صورت دیگر مردم نیازی نمی بینند از روستا به شهر بیایند و هزینه اضافه ای را متقبل شوند، در خیلی از موارد با ارتباط تلفنی، موبایلی و ایمیلی پزشک خانواده با پزشک متخصص مشکل در همان روستا حل می شود (دکتر مطلق).

دکتر ایمانیه با نگاهی به جوانب مختلف پزشک خانواده موضوع هزینه- اثربخشی را در مواردی مثل کم شدن هزینه های دسترسی به پزشک، نوبت دهی های طولانی مدت و نیز نگاه کنترلی و پیشگیرانه پزشک خانواده در بیماریهای مزمن می داند.

وقتی همه مردم تمایل به مراجعه به متخصص و فوق تخصص دارند، جمعیت زیادی متوجه این سطح از خدمات می شود لذا نوبت ها طولانی تر می شود و فاصله جغرافیایی دریافت خدمات نیز از زندگی مردم طولانی تر شده و دسترسی ها کاهش می یابد. در صورتیکه اگر پزشکان عمومی را به خوبی توجیه کنیم که متناسب با نیاز هر منطقه در سراسر کشور حضور داشته باشند و خدمت رسانی کنند، مردم با فاصله کوتاهی از محل سکونت خود به پزشک دسترسی خواهند داشت و دیگر نیازی به طی مسافت های طولانی و نوبت دهی های چند ماهه نیست و مریض به محض بیماری می تواند نزد پزشک برود. به این ترتیب سریعتر و پیش از آنکه درد مزمن و کهنه شود، بیماری مشخص و می شود و قطعاً عوارض ناشی از بیماری کاسته و بیماری در سطح اول کنترل می شود. بنابراین با اجرای پزشک خانواده علاوه بر افزایش سرعت عمل در تشخیص و درمان، هزینه ها نیز بسیار پایین می آید (دکتر ایمانیه).

دکتر مطلق موضوع اثربخشی را با نگاه پیشگیرانه به بیماری ها و جلوگیری از بروز بیماری های مزمن و نیز جلوگیری از تقاضای القایی پزشکان مرتبط دانسته است:

نکته بعدی اثربخشی هزینه است، هر کاری در نظام سلامت انجام شود، خرج دارد و به طور طبیعی باید حداکثر 30 درصد هزینه ها از جیب مردم پرداخت شود و 70 درصد از طرف دولت و بودجه عمومی باید پرداخت شود. برای اینکه این هزینه - اثربخشی وجود داشته باید سیستم چکاب سلامت و آزمایشهای دوره ای وجود داشته باشد تا جلوی بروز خیلی از بیماریهای مثل دیابت، نارسایی کلیه و... گرفته شود و بار بیماریها کاهش یابد. در این صورت اگر پزشکی بیجا عکس و آزمایش بنویسد خلاف کرده و باید پاسخگو باشد (دکتر مطلق).

9-4- عدالت و اخلاق

در نهایت اینکه با کنترل درست منابع می توان عدالت در سلامت را تحقق بخشید. یکی دیگر از مقوله های اولیه در بحث ضرورت، مفهوم عدالت است. دکتر ملک افزلی و دکتر شهریاری به این موضوع تأکید نمودند. از نگاه

دکتر ملك افضلي بدون وجود پزشك خانواده و نظامي بسامان كه بتواند بر صرف هزينه ها نظارت داشته باشد، نمي توان به نظامي عادلانه دست يافت. از اين نگاه كنترل دخل و خرج نظام سلامت، يك رفتاري عادلانه است كه پزشك خانواده آن را محقق مي كند. چرا كه در وضعيت فعلي، بخشي از هزينه هاي نظام سلامت به دلایلی ناعادلانه صرف می شود و منابع ملي و بيت المال را به هدر مي دهد. بنابراین، راه رسيدن به عدالت در سلامت، تحقق پزشك خانواده است.

با اجرای پزشك خانواده بهره مندی از خدمات سلامت بیشتر می شود زیرا وقتی شما يك نظم و نظامی را برقرار كنید و تأکید كنید كه سلامت و درمان این جمعیت به فلان پزشك تعلق دارد، بهره مندی از خدمات و عدالت در سلامت بهتر می شود تا اینکه هیچ قانون و نظمی نباشد. وقتی يك پزشك خانواده برای يك جمعیت خاص تعریف می شود، همه مردم می توانند از خدمات بهره مند شوند و بحث عدالت در سلامت بهتر تحقق پیدا كند (دکتر ملك افضلي).

دکتر شهرياري ضمن اذعان به اینکه امکان تحقق عدالت مطلق وجود ندارد، دسترسی به عدالت نسبي را استفاده از ابزار پزشك خانواده می داند:

هدف از اجراي پزشك خانواده کاهش هزينه هاي درمان مردم است، همه كشورهايي هم كه اين برنامه را اجرا کرده اند به خاطر مشكلاتي بوده كه در تأمین هزينه هاي درمانی داشته اند، از طرفي تنها راه برقراري عدالت نسبي در نظام سلامت همین اجراي برنامه پزشك خانواده است (دکتر شهرياری).

دکتر اكبري موضوع عدالت در سلامت را با برابري در استفاده از خدمات سلامت براي همه افراد مربوط مي داند. به نظر وي پزشك خانواده مي تواند این برابري و عدالت را به وجود آورد.

در نهایت اینکه پزشك خانواده باید بر مبنای عدالت حرکت كند، یعنی توزیع كامل امکانات سلامت برای عموم مردم، یعنی همه مردم از نخست وزير گرفته تا افراد عادی باید به طور عادلانه از خدمات سلامت بهره مند باشند و پارتی بازی نباشد، چنان كه دیدیم نخست وزير سوئد در يك جلسه سیاسی افتاد و پایش شكست و 3 ماه در نوبت ماند تا استخوان پایش عمل شد (دکتر اكبری).

دکتر ملک افضلي توزيع درست منابع و کنترل آن را با بحث اخلاق پیوند می زند و تحقق نظام پزشك خانواده را نه تنها باعث کاهش هزینه ها در راستاي عدالت در سلامت بلکه موجب رشد اخلاق پزشکی نیز می داند.

در کشورهایی که این نظام را ندارند، بیماران به هر شکل و به هر صورتی به پزشکان و متخصصان مراجعه می کنند و پزشکان نیز به هر شکل و هر صورتی، هر چه خواستند برای بیمار تجویز می کنند و به دلیل استفاده نادرست از تجهیزات و ملزومات پزشکی باعث ایجاد عوارضی برای بیماران می شود و همچنین بار مالی اضافی بر دوش دولت ها تحمیل می کند. به ویژه اینکه کمپانی های دارویی و تجهیزات پزشکی به دنبال بازاریابی هستند و به هر شکلی می خواهند به واسطه ویزیت پزشکان بخشی از چیزهای غیر ضرور را نیز به بیمار تحمیل کنند. متأسفانه گاهی اوقات هم پزشکان نگاه تجاری دارند و از همین رو اجرای نظام پزشك خانواده می تواند علاوه بر کاهش هزینه ها موجب رشد اخلاق در پزشکی نیز بشود (دکتر ملک افضلي).

9-5- چکیده

ضرورت پزشك خانواده براي همه نظام هاي سلامت شناخته شده است. نتایج تحقیق در این فصل نشان می دهد که پزشك خانواده به دلایلي چند می تواند مانع دورریزي و هدررفت منابع نظام سلامت شود. این موضوع از طریق داشتن نقش پیشگیرانه، برخورداری از نظام ارجاع و اثربخشی امکان پذیر است. دو رکن مهم پزشك خانواده نقش پیشگیرانه و نظام سطح بندي یا ارجاع می باشد که می تواند بخشی از هدررفت منابع سلامت را کنترل نماید. علاوه بر این، یکی دیگر از ضرورت هاي پزشك خانواده دسترسی به سطحي حداقلی یا نسبی از عدالت در سلامت است که در نهایت موجب شکل گیری اخلاق حرفه ای در پزشکان و نهادهای پزشکی خواهد شد. از این دیدگاه، پزشك خانواده راهی است که تمامی نظام هاي سلامت باید آن را طی کنند.

فصل دهم

موانع

اولین تهدید ابرقدرت تخصص و فوق تخصصه. توی تحول نظام سلامت فوق تخصصین و متخصصین خیلی زورشون زیاده بنابراین این ادم ها توی جریان تحول منابع زیادی رو جذب می کنن. دومین تهدید، کمپانی های دارویی و تجهیزات پزشکی هستن. از راه مستقیم و غیر مستقیم وارد عمل می شن که در این فرصت بتونن حداکثر استفاده رو بکنن. اینا در داکيومنت های جهانی اومدن (دکتر ملک افضلی).

از دیگر مضامین محوری این پژوهش، موانع و مشکلات پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور است. در این جهت تمامی مشارکت کنندگان بر این که پزشک خانواده با موانع و چالش های زیادی مواجه است، اتفاق نظر داشتند. موانعی که باعث شده یا در مقابل پزشک خانواده و شکل گیری آن موضع گیری شود و یا اگر در برخی شهرها به صورت پایلوت راه اندازی شود در مقابل آن مانع تراشی شود. البته تحقق پزشک خانواده ضرورتاً به سنگ اندازی و نگاه های صنفی ذی نفعان در نظام سلامت مربوط نمی شود. برخی از موانع آن ساختاری و زیربنایی و برخی دیگر مرتبط با نظارت و کنترل و سایر موضوعات است. تحلیل عمیق داده ها نشان داد که موانع اجرایی شدن پزشک خانواده تا اندازه ای زیاد است که مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت حاضر نیستند با وجود این همه موانع برای تحقیق آن اقدام کنند. در واقع اجرای این طرح توسط هر وزیری نوعی خطر تلقی می گردد.

10-1- زیرساختی

موانع زیرساختی به معنای مشکلات و موانع ساختارهای سیستم سلامت است که برای اجرایی شدن پزشک خانواده و تحقق اهداف آن همچنین چنان چه این موانع برطرف نگردد ممکن است استان هایی که در وضعیت فعلی به اجرای پایلوت پزشک خانواده اقدام کرده اند، با شکست مواجه شوند. موانع زیرساختی عبارتند از:

10-1-1- بیمه

یکی از مهمترین موانع زیرساختی، نظام بیمه ای کشور است. این نظام از یک سو دچار تکثر بیش از حد شده و از سوی دیگر منابع را به گونه ای ناعادلانه توزیع می کند. به طور مثال در کنار بیمه خدمات درمانی و بیمه های مکمل مختلف، بیمه های مختلفی چون شرکت نفت، بانک ها و سایر شرکت ها وجود دارد که هر کدام در خدمت دهی به ذینفعان رویه ای ویژه دارد. عدم همراهی بیمه هایی که به منابع بهتری دسترسی دارند یکی از موانع است. در اینجا یکی از موانع جدی عدم تجمیع صندوق های بیمه است.

مقام معظم رهبری هم در سیاستهای کلان سلامت فرمودند، بیمه پایه باید برای همه یکسان باشد و بیمه مکمل باید رقابتی باشد به همین خاطر بیمه مکمل از جیب دولت انجام نمی شود اما این سیاست نیز تاکنون اجرا نشده و بیمه های پایه هنوز تجمیع نشده اند. لایق اگر صندوقها را ادغام نمی کنند باید بیمه های مختلف سیاست یکسانی داشته باشند و خدمات یکسانی

ارائه کنند که این هم انجام نشده است. خیلی دستگاهها مثل شرکت نفت، بانکها هر کدام برای خودشان بیمه درست کرده اند، نمی شود یکی کارمند یک وزارتخانه پولدار باشد هر جوری خواست برای سلامت هزینه کند و کارمند دستگاه دیگر این امکانات را نداشته باشد (دکتر شهریاری).

دکتر صفی خانی وجود تکثر در سازمان های بیمه ای با سلیق مختلف را به عنوان یک نگرانی برای نظام سلامت مطرح می کند.

پزشک خانواده عمدتاً در کشورهایی اجرا شده که یا نظام ان اچ اس سی رو دنبال می کردن یا اینکه صندوق های یکپارچه ی بیمه ای داشتن. در صندوق های متفرق با سلیق و سیاست های مختلف پیاده کردن پزشک خانواده خیلی نگران کننده است (دکتر صفی خانی).

از سوی دیگر بخش عمده ای از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی هستند. یکی از موانع در این زمینه به نحوه ی تعامل نظام سلامت با این بیمه باز می گردد.

اشکال دیگری هم در مسیر اجرای پزشک خانواده وجود دارد و آن این است که حدود 42 میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی هستند که پرداختها و دریافتی های آنها کلاً با بیمه ی سلامت ایرانیان فرق می کند. هنوز این مسئله حل نشده است و واقعاً افرادی که دفترچه تأمین اجتماعی دارند، وقتی مثلاً در استان مازندران که این برنامه اجرا شده است به مراکز پزشک خانواده مراجعه می کنند، نمی توانند خدمت دریافت کنند. شاید بیش از نیمی از مردم بیمه تأمین اجتماعی هستند؛ اما هنوز نمی توانند از خدمات پزشک خانواده استفاده کنند (دکتر شهریاری).

مشکل دیگر در همین زمینه ضعف در قوانین این بیمه، سوء استفاده پزشکان و تأثیر آن بر روند پزشک خانواده است.

بعد هم بالاخره تأمین اجتماعی قانون داشت که قانون الزام سال 68 به اون قانون مراجعه کرد و گفت این قانون رو اجرا کنین. این قانون هم توسط چهار تا کارشناس که از غرب الگو گرفته بودن بیمه رو نوشته بودن. خب ما که بیمه رو می تونستیم بشناسیم ما بیمه رو خراب کردیم که سو استفاده کنیم. بیمه رو خراب کردیم که سهل انگاری های خودمون رو بیوشونیم.

بیمه از روز اول معلوم بود که چه مزایایی دارد. بیمه 4 تا الزام دارد: الزام اول اینه که باید خروجی بیمه با ورودیش همخوانی داشته باشه. اینکه بیمه ده تومن ورودی داشته باشه ما براش یازده تومن هزینه بتراشیم معنی نمی ده. ما اجازه ندادیم به بیمه که خروجیش رو با ورودیش تطبیق بده. این رو دیوار هم می تونست بفهمه ما نفهمیدیم. فهمیدیم ولی آدمی که خودشو به خواب زده کاریش نمی شه کرد. ما پزشکان فکر کردیم همه چیز باید برا خودمون باشه، خدا ایشالا از سر تقصیراتمون نگذره. و الا بیمه تعریفش در بیمه مشخصه. الزام اول اینه که ورودی بیمه با خروجیش مطابقت داشته باشه و این بسته خدمت باید متناسب با منابع باشه. الزام دومش این است که بیمه برای اینکه بتونه نظارت بکنه باید کارگر داشته باشه، راهنما داشته باشه. اون کسانی هم که مسئول راهنما بودن و نکردن خدا از سر تقصیراتشون نگذره. وزارت بهداشت بود، اگه وزارت بهداشت می گفت آقا این کار من نیست بیمه، همه جای دنیا این کار رو بیمه می کنه. الزام سومش این که شما خرید راهبردی نکنین. و الزام چهارمش که چند دهه هست که دنیا بهش رسیده، عامل حسن اجرای ما پزشک خانواده است (دکتر طرقت منفرد).

در کنار این موضوعات ساختاری، تأخیر بیمه ها در پرداخت سهم بیمه یکی از موانعی است که دکتر ایمانی به آن اشاره کرده است.

کمبود پزشک و نبود زیرساخت اجرای پرونده الکترونیک سلامت و تأخیر بیمه ها در پرداخت هزینه ها مهمترین چالش و مشکل پیش روی این برنامه است که باید قبل از اجرای کشوری آن حل شده باشد (دکتر ایمانی).

2-1-10- فن آوری اطلاعات (IT)

پزشک خانواده نیازمند نرم افزار ثبت اطلاعات است. نرم افزاری که نه فقط اطلاعات گیرنده خدمت را به صورت متمرکز در دست داشته باشد، بلکه اطلاعاتی جامع تر چون مصرف دارو و تجهیزات، نوع خدماتی که برای وی انجام شده و ارتباط وی با سطوح مختلف را در اختیار سیاستگذار قرار دهد.

تمام اطلاعات باید ثبت شود. در حال حاضر جایی که پزشک خانواده وجود ندارد، ثبت اطلاعات هم وجود ندارد، سلیقه ای عمل می شود و هر کس با استدلال خودش برای درمان بیمارها عمل می کند (دکتر اکبری).

نظام های سلامت پیشرفته در جهان، مجهز به سیستم های نرم افزاری اطلاعاتی قوی و پیشرفته هستند. فن آوری اطلاعات نه فقط برای پزشک خانواده بلکه ضرورت دسترسی به نظام سلامت به روز می باشد. فن آوری اطلاعات پیشرفته، نظام های سلامت را از دخل و خرج ها آگاه کرده، توزیع و مصرف منابع را به راحتی در دسترس قرار می دهد و درباره ی شیوع بیماری ها به راحتی مدیران را آگاه می سازد. درباره ی پزشک خانواده علاوه بر موارد مذکور، یکی از کارکردهای فن آوری اطلاعات، مستندسازی اطلاعات سلامتی و بیماری اعضای خانواده و دسترسی راحت تیم درمان به این اطلاعات می باشد. این کارکرد اهمیت زیادی در رویکرد درمان نگری پزشک خانواده دارد. از این رو نبود زیرساخت فن آوری اطلاعات قوی یکی از موانع جدی پیش روی پزشک خانواده می باشد.

برنامه دیگری که هم راستا با اجرای برنامه پزشک خانواده پیش بینی شده است، این است که پزشک خانواده علاوه بر تأمین سلامت مردم و تشخیص و درمان سریع بیماری های آنها، در جهت الکترونیکی شدن پرونده های سلامت جامعه گام بردارد. به این ترتیب که تمام زندگی یک فرد از زمان تولد تا زمان حاضر در پرونده شخص درج می شود و در صورت بروز هر مشکل و بیماری، پزشک خانواده می تواند با مراجعه به پرونده ی بیمار از سوابق بیماری ها و زندگی وی مطلع شود. به عنوان مثال در نظر بگیرد که این بیمار همان فردی است که پارسال جراحی داشت یا سه سال پیش به فلان دارو واکنش نشان داده است یا در سابقه فامیلی خود سکنه ی زودهنگام یا دیابت دارد. مطمئناً دسترسی به این اطلاعات می تواند در جریان تشخیص و درمان بیماری ها بسیار کمک کننده باشد و پزشک را راحت تر به تشخیص و درمان برساند (دکتر ایمانیه).

نرم افزار اطلاعات نه فقط می تواند به پزشک کمک کند تا اطلاعات جمعیت تحت پوشش خود و شیوع بیماری ها را به راحتی در دسترس داشته باشد، بلکه از هزینه های القایی نیز جلوگیری می کند.

لذا پدیده هزینه القایی در بستر پزشک خانواده نیز قابل ایجاد است و تنها با مکانیسم های کنترلی و نظام الکترونیکی ثبت اطلاعات است که می توان بر آن کنترل داشت (دکتر امامی رضوی).

نظام های ثبت اطلاعات ضرورتی بالادستی است؛ یعنی تصمیم گیری ها باید بر اساس فهمی درست از واقعیت انجام گیرد. این در حالی است که نظام سلامت از چنین ساختاری بی بهره است.

نظام ثبت اطلاعات وجود نداشته، نه ما پروتکلی برای بخش خصوصی تعریف کردیم که اطلاعات بخش خصوصی رو کامل داشته باشیم، نه برای بخش دولتی نظام ثبتمون خیلی کامله که بتونیم مبتنی بر اون، رفتار رو پایش بکنیم (دکتر صفی خانی).

با وجود اهمیت زیرساخت های فن آوری اطلاعات، یکی از موانع جدی، نبود چنین زیرساخت هایی است که نیازمند مدیریت در سطوح عالی نظام سلامت است.

یکی از مهمترین مشکلات باقیمانده بحث تکمیل زیرساخت های IT است که مسئولیت آن خارج از حیطه وظایف وزارت بهداشت یا وزارت رفاه است تا بتوان برای آن چاره ای اندیشید و حمایت مسئولان وزارت ارتباطات و شرکت مخابرات را می طلبد تا با سرعت بیشتری به بهبود وضعیت IT کشور پردازند. قطعاً تکمیل و تقویت زیر ساختهای IT در کشور برای پرونده ی الکترونیک، نسخه نویسی و ارجاع الکترونیک و امثالهم بسیار حائز اهمیت است و با بهبود این سیستم کار بسیار راحت می شود (دکتر ایمانیه).

دکتر حق دوست نگاه به سیستم اچ. آی. اس. موجود را نیز گاهی ضعیف قلمداد می کند. گاهی که مبتنی بر ارتقای کیفیت خدمات سلامت نیست. مدیران استفاده درستی از اچ آی اس ندارند.

اینکه توی توضیح، بحث های کمی پررنگ شدن بحث های کیفی و کیفیتی کمرنگ شدن خبر توی یک ساله همه این رو می بینیم اگر چه واقعاً توی مسائل زیرساختی که برای ارتقا کیفیتی لازمه واقعاً داره شبانه روزی زحمت می کشیم واقعاً رشدی که کیفیت اچ آی اس داشت توی یک سال واقعاً عالیست. خیلی مشکل داره هنوز ولی نسبت به قبل که کلاً فراموش شده بود و هیچ استفاده مدیریتی از اچ آی اس نمی شد و واقعاً منسجم شده اینا رو آدم نباید غافل بشه و خدای نکرده به سویه نگاه کنه ولی اینکه رشد کمی، پررنگ تر از کیفی شده و کارکرد و گفتمان و ارزش های حاکم بر سیستم به شکل نامطلوبی تغییر کرده و داره تغییر می کنه احساس تبعیض در بیرون است (دکتر حق دوست).

2-10- مالی

یکی دیگر از چالش های اجرایی شدن پزشک خانواده چالش مالی آن است، از آنجا که این طرح و دسترسی به نتایج آن در ابتدا بسیار هزینه بر است وزارت خانه، حاضر به اقدام عملی برای اجرای آن نیست. دکترپزشکیان به عنوان وزیری که برنامه پزشک روستایی را اجرایی کرد، مشکلات زیادی

برای تحقق آن پیش رو داشت که چانه زنی برای تأمین منابع آن را این گونه تشریح کرده است.

از طریق وام بانک جهانی ساخت و تعمیر ساختمان مراکز شروع شد و تعداد زیادی مرکز هم ساخته شد، هم تعمیر شد و هم تجهیز شد. گروه‌هایی تشکیل شد تا در مورد «بسته‌ی خدمت» فکر کنند و مشخص کنند. برای انجام این برنامه‌ها مجبور شدیم حمایت مجلس، دولت، بانک جهانی را بگیریم برای توجیه هر کدام فعالیت کردیم برنامه توجیهی تهیه کردیم تا توانستیم جلب حمایت و منابع کنیم. بعضی از وزرا با دادن پول به بخش سلامت مخالف بودند و می‌گفتند بخش سلامت هزینه بر است نسبت به بخش‌های دیگر که پول تولید می‌کرد. اینها که جمع شد در باقیمانده عمر وزارتی تصمیم گرفتیم طرح پزشک خانواده را اجرا کنیم. حدود 400 میلیارد تومان پول تأمین شد با حمایت مجلس. بعضی مخالفت می‌کردند ولی من می‌گفتم اگر من این را اجرا نکنم کسی دیگری اجرا نخواهد کرد. البته چالش‌هایی هم داشتیم از جمله مخالفت دولت، خیلی از وزرا از جمله وزیر اقتصاد مخالف بود و ما خیلی تلاش کردیم تا آنها را متقاعد کردیم. نیروها را همه بسیج کردیم و مقدمات را آماده کردیم و در سه استان آن را پایلوت کردیم: استان آذربایجان، بوشهر و چهارمحال. بعد هم یک استان دیگر اضافه شد و بعد از آن تمام کشور مناطق روستایی تحت پوشش قرار گرفت. به من دائم می‌گفتند نباید اجرا شود، زود است، این تنها راه عدالت در خدمات است. همه چیز هم فراهم شده بود (دکتر پزشکیان).

مشکلاتی که دکتر پزشکیان برای برنامه پزشک خانواده روستایی تجربه کرده است همچنان به قوت خود باقی است. چرا که بعد از یک دهه از اجرایی شدن آن دکتر امامی رضوی مشکلات تأمین اعتبار برنامه پزشک خانواده شهری را این طور تشریح کرده است.

تأمین منابع نیز بحث دیگری است که وجود دارد. به عنوان مثال سال 90 اولین سالی بود که برنامه پزشک خانواده می‌خواست شروع شود اما بودجه وجود نداشت و در دوران وزارت دکتر دستجردی ما به زحمت بودجه مورد نظر را در سال 91 با کار کارشناسی بسیار و جلسات متعددی که با سازمان مدیریت در سال 90 داشتیم، برآورد و مصوب کردیم و بودجه 2 هزار میلیارد تومانی برای اجرای پزشک خانواده در کل کشور برای تمام سطوح اختصاص یافت. بودجه را لحاظ کردند و در حال اخذ بودجه اجرای برنامه پزشک خانواده در دو استان بودیم که در دی ماه وزیر

(دکتر دستجردی) عوض شد و وزیر جدید (دکتر طریقت) نمی دانست که چطور این برنامه را اجرا کند لذا پول ها را نگرفت، پول در دولت باقی ماند و عملاً دولت بودجه مذکور را نداد. در سال 92 دوباره اعتبار 2 هزار میلیارد تومانی پزشک خانواده در بودجه آمد و تصویب شد اما با توجه به اینکه در سال 92 دولت در حال تغییر و تحولات بسیار بود عملاً بودجه ای داده نشد. دولت یازدهم که روی کار آمد برنامه ای برای جذب این بودجه برای برنامه پزشک خانواده هنوز وجود نداشت و عملاً این بحث تا آخر سال معطل ماند و در محل خودش استفاده نشد. بنابراین بحث تأمین منابع هم بحثی مهم در این حوزه است زیرا به هر حال اجرای پزشک خانواده یک منابع اضافه می خواست که این هم تأمین نشد (دکتر امامی رضوی).

دکتر ایمانیه به عنوان رئیس دانشگاهی که برنامه پزشک خانواده را اجرایی کرده است، موضوع بی نظمی مالی در آن و بخصوص پرداخت های نامنظم بیمه ها را این گونه تشریح می کند.

علی رغم تلاش خوبی که بیمه های استان می کنند همچنان پرداخت ها نامنظم است. البته قطعاً دیرتر از استان های دیگر نیست ولی با توجه به وابستگی پزشکان خانواده به پولی که از بیمه ها دریافت می کنند، بی نظمی در اینجا آزاردهنده تر است زیرا در استان فارس پزشکان خانواده از سایر پرداخت های خارج از سیستم بیمه محروم شده اند و اهمیت بی نظمی و تأخیر در پرداخت ها بیشتر از سایر استان ها است. در استان های دیگر بخشی از دریافتی پزشکان مستقیماً از طریق مردم است و تأخیر بیمه در پرداخت خیلی مسئله ساز نمی شود ولی در اینجا پزشکان مجبورند منتظر باشند تا بیمه به آنها پرداختی داشته باشد (دکتر ایمانیه).

بنابراین، مشکل دیگر در راه تحقق برنامه پزشک خانواده، نبود منابع کافی و به عبارتی دقیق تر جهت دهی منابع وزارت خانه به بخش درمان و کم توجهی به برنامه پزشک خانواده است.

3-10- نیروهای متخصص

دیگر مانع جدی پزشک خانواده نبود پزشک خانواده آموزش دیده در نظام سلامت است. از آنجا که نظام آموزش پزشکی در کشور بر اساس الگویی سنتی است، و تمامی پزشکان فارغ التحصیل، در ساختار نظام آموزشی درمان نگر تحصیل کرده اند؛ نبود نیروهای آموزش دیده یکی دیگر از مشکلات است.

پزشک عمومی بر خلاف آنچه می‌گویند، واقعاً کم داریم، هنوز کمبود پزشک برای اجرای برنامه پزشک خانواده مشهود است و اگر بخواهیم متخصص پزشک خانواده را برای این کار به کار بگیریم که هیچی نداریم و تعداد افراد متخصص در این رشته در کشور صفر است (دکتر شهریاری).

همان طور که اشاره شد، پزشک خانواده یک تخصص است که عموماً رویکرد پیشگیرانه و بهداشت محور دارد تا درمان نگری. این در حالی است که نظام آموزش پزشکی در ایران از ابتدا تاکنون پزشکان عمومی را با تأکید بر رویکرد درمان محوری تربیت کرده است. دانشجویی که هفت سال با رویکرد درمان نگری تربیت شده است، نمی‌تواند به راحتی با رویکرد بهداشت محور پزشک خانواده کنار بیاید و اهداف پزشک خانواده را تحقق بخشد.

این پزشک خانواده باید با پزشک ما واقعا تفاوت داشته باشد. یکی از عیبایی که داریم اینکه پزشکای خانواده ما پزشک خانواده نیستن اینها پزشکان درمانگرا هستن، ما اینجوری تربیتشون کردیم نه که تقصیر خودشون باشه. بنابراین هم علمی که بهشون یاد دادیم و هم الگوشون این بوده. ما اساتید که همه‌ی درآمدمون از درمانه و نه از بهداشت. نه آموزش درستی در زمینه بهداشت دیدن و نه الگویی رو مشاهده کردن و نه درآمدشون در بهداشته. بنابراین اونها می‌شن فقط نسخه نویس. بنابراین اگه این پزشک خانواده رو می‌تونستیم هم پیاده کنیم بدون آموزش پزشکان و اقدامات زیربنایی این کار رو کردیم. و به خصوص پرداختشون رو بر اساس درمان نداریم بلکه بر مبنای ارائه خدمات بهداشتیشون بذاریم. اگه این کار رو نمی‌کردیم پزشک خانواده مون هم توفیقی پیدا نمی‌کرد و نمیتونست تحولی در سلامت جامعه ایجاد بکنه (دکتر مرنیدی).

دکتر کبیر نیز نظر مشابهی دارد. به نظر وی پزشک خانواده‌ی فعلی بایستی نقش دروازه بانی نظام بهداشت و درمان را داشته باشد که به علت عدم آموزش در این زمینه دانش و صلاحیت کافی را در این زمینه ندارد.

در اصلاحات اخیر تربیت پزشک خانواده اولین گام باید باشد. اون هست که بناست دروازه بان سیستم باشد. اگر آموزش لازم را نبیند و مهارت کافی را نداشته باشد نمی‌تواند به وظایف خودش به خوبی عمل کند. مفهوم پزشک خانواده، انتظارات ما از

برنامه پزشکی خانواده و مانیفست آن باید تعریف شود (دکتر کبیر).

بنابراین، راه اندازی پزشکی خانواده با پزشکان عمومی فعلی که درک مفهومی مبانی و اصول پزشکی خانواده برای آن ها دشوار است یکی از موانع است. دکتر هنرور عقیده دارد که پزشکی خانواده روستایی حتی ساختار اساسی پزشکی خانواده ندارد و به لحاظ مبنایی کار پزشکی خانواده را نمی کند؛ چون اینگونه آموزش ندیده است.

پزشک خانواده ای که در سال 84 وزیر وقت خودش احساس می کند اجرا کند می آید در استانها مستقر می کند چون خوب تبیین نشده و ستادها همراه نیستند خوب آموزش ندیدند باعث می شود بعد از ده سال به هیچ عنوان هیچ الگویی نداشته باشیم که بتوانیم بگوئیم این توانسته جواب بدهد. آنچه را که ایده ال بوده و دائم راجع بهش در جلسات صحبت می کردیم هیچ استانی نداریم که بگوئیم مردم این پزشکی خانواده را پذیرفتند یعنی اگر مشکلی پیدا کردن به پزشکی خانواده شان مراجعه می کنند (دکتر هنرور).

4-10- بی سازمانی ساختاری

بی سازمانی ساختاری نوعی بلاتکلیفی و هرج و مرج های ساختاری مربوط است که نظام سلامت بدان مبتلاست و بر برنامه پزشکی خانواده نیز اثر گذار است. بی سازمانی ساختاری بدان معناست که نظام سلامت برنامه مدون و تعیین شده ای برای آموزش، بهداشت و درمان نظام سلامت ندارد. درباره ی نبود متخصصین که در مقوله قبل بدان پرداخته شد. دکتر منظم موضوع نداشتن پزشکی خانواده متخصص و نداشتن برنامه آموزشی برای آن ها را با نوعی بی سازمانی ساختاری در نظام سلامت مرتبط می داند.

یه چیزایی رو شما تصمیم بگیرین انجام بدین یکیش آموزش من متولی سلامت من می خوام از این بودجه ای که دولت تعیین کرده نتیجه ش رو برای مردم ببینم بعد یارو رفته بساز بفروشی کنه. اگه قرار بوده بساز بفروشی کنه برای چی بودجه صرف آموزش این ادم شده؟ من می خوام بگم من این ادمها رو تولید کردم برای یه منظوری. پنجاه هزارتاش معلوم نیست کجا رفتن. مثلاً نیروهایی که من دارم این یکی اینقدر خوبه که من می خوام پزشکی خانواده ش کنم. این دوره کمتر از یه سال به نظرم همیشه آموزش بدم. این دوره ای که من دارم ظرفیت نمی خواد؟ تو جاخالی به من بده من با پزشکای خوبم پر می کنم. من با مرحوم سیادتی صحبت کردم که اقا می خوام پزشکی رو آموزش

بدیم اینجوری همیشه. من میگم ضعفتون تو عمومی و بهداشت و کودکان و روانپزشکیه و مدیریت. اینا رو چطوری میخواین پر کنین؟ استادای همینجا رو یا شیراز رو که مطمئنم استادای واقعی هستن بگم شما این هفته دو نفر دعوتین هفته بعد دو نفرتون یعنی بیست نفر رو من نمی تونم جمع کنم و آموزش بدم؟ خب شما فکر می کنین بعد از گذشت شش ماه این پزشکا توپ نمی شن؟ من اگه این کار رو کنم شهر آباده، قزوین، آمل، جهرم و هر جایی که میگین بهتر نمی شن؟ اینطوری می فهمی این پزشکها لینکه به بهترین پزشکای کشور و اگه مشکلی پیدا بشه می تونه ارجاع بده و کانسالت کنه. چقدر نشستیم کیس سرماخوردگی ببینیم. ما پزشک عمومی برای سرماخوردگی که تولید نکردیم که این کمترین چیز هست. اگه می ریم برای سرماخوردگی واسه اینه که از عوارضی مثل نمونیا و ... می ترسیم. وگرنه سرماخوردگی که اگه نیاد بیرون و استراحت کنه و مایعات بخوره که کافیه که. من باید بشینم فکر کنم که پزشکان خانواده آموزش دیده و بسیار ارزان ساز هست (دکتر منظم).

بنابراین، بی سازمانی ساختاری، همچنین بدین معناست که نهاد سلامت در کشور به علت نداشتن رویکرد علمی مشخص و بومی برای اداره نظام سلامت، تصمیمات سلیقه ای و فردی دچار شده و هر کسی از ظن خود بر وجهی از وجوه آن تأکید دارد. بی سازمانی ساختاری مرتبط با سه مفهوم ذیل است:

1-4-10- نداشتن برنامه اصلی یا برنامه ریزی ناقص

نداشتن مستر پلن (برنامه کلی)، مثلاً برنامه ای 20 تا 25 ساله، برنامه ای درازمدت و طولانی که متأسفانه از ابتدا وجود نداشت. لذا نظام آموزشی ما خودش را با مفهوم پزشک خانواده تطبیق نداده است و نظام آموزش پزشکی کشور همان راه قبلی را می رود. در این وضعیت پزشک در حالی فارغ التحصیل می شود که هنوز آمادگی لازم را برای اجرای این برنامه ندارد و از طرفی هم شاخصی برای ارزشیابی و پایش عملکردها وجود ندارد. اگر آن برنامه ای کلی پزشک خانواده وجود داشت هم اینها دیده می شد و هم مشخص می شد که چه تغییراتی باید در نظام آموزشی ایجاد شود و چه تغییری باید در پژوهش ها وجود داشته باشد و شاخص ها چیست. اما چنین کاری نشده است تا بتوان بر اساس شاخص ها حرکت کرد و بتوان راه را مستقیم رفت. در این میان گاه و بی گاه نیز برنامه های عجیب و غریب می آمد که خیلی روشن نبود. زمانی آمدند و پزشک ها را بردند برای آموزش Mph پزشک خانواده یا آموزش از راه دور با این استدلال که پزشکان خانواده سواد بهداشتی ندارند و بیشتر درمان نگر هستند لذا دوره های Mph و دوره های آموزش از راه دور را برای آنها

تعریف کردند. حتی اعلام شد که متخصص پزشک خانواده تربیت خواهد شد و این دوره هم یکسال از دوره تخصص پزشک خانواده است. (دکتر ملک افضلی).

نداشتن برنامه اصلی یکی دیگر از ابهامات برنامه ریزی است.

بحثی که می خواهم بکنم بیشتر به همین هدف است که مثلاً چطور شد طرح تحول در آمد یا پزشک خانواده مطرح شد. آیا بزرگان تصمیم گرفتند یا نه طور دیگری بوده خوب خودتان می دانید که مدیریت ها تو این زمان حالا در سطح وزیر به طور میانگین فکر می کنم 2 سال یا یه چیزی بعضی هاشون شاید یک کمی بالاتر، این که نشسته باشن یک برنامه نوشته باشن نه همچنین چیزی نبوده. تعیین وضعیت موجود بکنند بگویند وضعیت موجود این هست، وضعیت استاندارد این باید باشه و گپ ها را با این برنامه ها می پوشانند تا آنجا که من یادمه همچنین چیزی نیست. تازه بهترینش همان شورای سیاستگذاری بود که مسئولش دکتر لاریجانی بود و یک کارهایی کردند ونوشته هاشون دست من رسیده ورژن های مختلفی هم دارند چون من چند بار اینها را خواندم با عنوان یک برنامه قوی نبود گرچه گروه خوبی روش کارکردند، نقشه ای که بگویند این استراتژی ما اهداف ما و... هست این کار را نکردند. خیلی کار شده گروه دکتر لاریجانی اینها که کار می کردند، تازه آنهم یکی می آمد باهاشون موافق بود همکاری می کرد و بعضی نه. از دید من به عنوان یک مجلداتی که چاپ شد و روش کار شد اما اینکه عملیاتی شده باشد خیر. این که گفته باشن این برنامه ما هستش، همین نقشه راه اسمش گذاشتند یا نقشه سلامت یا طرح تحول چیزی از اینها در نیامد (دکتر کدیور).

به علت نبود چنین ضرورتی در نظام سلامت، فرایندها تابع نظرات شخصی وزیر می شود و برای مدت ها بدون پویایی و تحول ادامه می یابد. وزیر بعدی دوباره بر بخش ویژه بخش خاص دیگری از نظام سلامت تأکید دارد.

اما متأسفانه یه وزیر بود که نه سال وزیر شد همون برنامه ثابت باقی موند. ولی بعدها با اومدن یکی دیگه برنامه کمرنگ می شد و برنامه جدیدی مطرح می شد و هی ما از یه شاخه به اون شاخه می ریم بنابراین هیچ وقت ما مستر پلن نداشتیم برنامه های جزئی داشتیم برخی خیلی جزئی بودن بستگی به پایداری وزیر و اون تیمی که وجود داشته اون برنامه ها تونستن راه خودشون رو باز بکنن. بنابراین وزارت بهداشت تابع مجموعه برنامه های مقطعی هست و هیچ نوع سیستم ارزشیابی

در اون نیست که بفهمن مشکلات و چالش هاش چیه. همین پزشک خانواده هشت نه سال هست جسته و گریخته داره اجرا می شه گاهی میشنویم همه ی کشور تحت پوشش رفت اما عملا دو استان تحت پوشش هستن در کنارش برنامه تحول نظام سلامت اومد که اون جزایر متفرق که هر کدوم کلی وقت و انرژی می گیره اینا هم هست. یه جوری باید برنامه پزشک خانواده رو با تحول نظام سلامت پیوند دهیم (دکتر ملک افضلی).

یکی دیگر از ابهامات ساختاری، ضعف در برنامه ها بخصوص برنامه ها در سطوح کلان است. برخی برنامه ها کارشناسی نیست، برخی دیگر آنقدر ایده آل نوشته می شود که از واقعیت دور است.

برنامه پنجم ما خیلی چیزاش رو نتونستیم اجرا کنیم برنامه پنجم ما خیلی قوی بوده برنامه چهارم هم بد نبوده اما برنامه سوم ما خیلی کارشناسی نبوده. باید رویکردی بسازن برای برنامه. که منجر به کاهش قیمت سلامت در عین افزایش بسته خدمت شده بود، دو تا عارضه داشت یکی پرداخت از جیب و یکی کم شدن کیفیت (دکتر منظم).

ضعف برنامه حتی در مورد تعریف و وظایف پزشک خانواده مشهود است. جایگاه اصول پزشک خانواده و سایر اجزای آن مشخص نیست.

مفهوم پزشک خانواده، انتظارات ما از برنامه پزشک خانواده و مانیفست آن باید تعریف شود. نقش حوزه های مختلف چیه؟ اینها همه باید تعریف بشه. برای **Affordability** چه باید می کردند؟ چگونه دسترسی و قدرت خرید مردم را باید تامین کنند؟ یکی از نکات مهم دیگر اقتدار است. اقتدار برای معرفی بیمار به سطح بالاتر خیلی مهم است پزشکی که در ارجاع اختیاری نداشته باشد نمی تواند نقش خودش را ایفا نماید. این الزاما ارجاع نیست بلکه نشان دهنده مقبولیت پزشک در سطوح دیگر است. نقش رهبریت تیم سلامت چیست؟ اولویت با تعیین **clinical policy** است، باید **Clinical Policy** اول و بعد هم **Clinical Guideline** داشته باشیم. باید برنامه اجرایی برای اقدام داشته باشیم (دکتر کبیر).

طبیعی است که زمانی نظام سلامت برای حوزه های مختلف خود برنامه ای جامع نداشته باشد، برای موضوعی مهم مانند پزشک خانواده نیز برنامه ای نخواهد داشت.

2-4-10- درمان نگر برنامه ها

یکی از مشکلات ساختاری دیگر غالب بودن گفتمان درمان بر بهداشت است.

سلامت یعنی هم بهداشت و هم درمان هست کاری به درمان ندارم ولی در بهداشت اتفاقی نیافتاده من کاری نمی بینم. وقتی که آنفلوانزا بیشتر بشه، وقتی سل بیشتر بشه، وقتی ایدز و سرطان بیشتر بشه مردم باید از جیب شون بیشتر پرداخت کنند. حالا بعضی مواقع وقتی می گن یک به صد اگر پیشگیری باشه، یعنی مردم دارند غیر مستقیم بیشتر از جیب پرداخت می کنند چون برنامه ای برای پیشگیری نیست (دکتر کدیور).

درمان به این علت که نیاز روزمره نظام سلامت است و رضایت عمومی جامعه ارتباط نزدیکی با آن دارد، بر امور بهداشتی برتری یافته و این امر باعث شده تا برنامه پزشک خانواده که ماهیت بهداشت نگری دارد به حاشیه برود.

اینا به برنامه های تحمیلیه. درمان به دلیل اینکه یک مشکل محسوس جامعه بوده و می تونسته خوب نشان داده شود، شروع شده. طبیعی هست که معاونت های مختلف با هم رقابت دارن از بیرون هم بهشون فشار می یارن مجبورن به کاری کنن بنابراین باعث می شه اینا هم با عجله برنامه هایی رو تنظیم کنن (دکتر ملک افضلی).

دکتر پزشکیان با انتقاد از طرح تحول سلامت در وزارت بهداشت این گونه آن را نقد می کند که:

اصلا سوال اینجا است که چرا از درمان شروع کردند، آیا در دنیا چنین کاری شده بنده خیلی منابع را خوانده ام و یا از نزدیک دیده ام هیچ منبعی اینطور نگفته هیچ کشوری از اینجا شروع نکرده است. اگر دارند بیایند بگویند تا من هم بدانم. اگر هست ارائه دهند. همه اول یا همزمان با بخش بهداشت و پیشگیری شروع کرده اند (دکتر پزشکیان).

رویکرد درمان نگری وزارت خانه باعث شده تا حتی پزشک خانواده نیز از این رویکرد متأثر باشد.

در پزشک خانواده ما هم بزرگترین نگرانی در این اواخر است. من دیدم پزشک خانواده می خواد بره درمانگر بشه به خاطر این برنامه. چون این برنامه رو گذاشتن گفتن این برنامه باید پر بشه من هم باید پیام پیاده ش کنم هر چی که می خواد باشه (دکتر مرندي).

3-4-10- ضعف کارشناسی

ضعف برنامه ها ناشی از ضعف کارشناسی است. دکتر ملک افضلی معتقد است وزارت خانه به علت نداشتن برنامه نویس متبحر با مشکل مواجه است و به همین جهت برنامه ها سریع نوشته می شود و باعث هدر رفت انرژی و زمان می گردد. از نظر وی موفقیت برنامه ها، یک تصادف است، و گر نه ماهیت همه ی برنامه ها به علت ضعف کارشناسی شکست است.

در مجموع ما خیلی اهل برنامه نیستیم بعضیا شانسی می گیره ولی عمدتا نمی گیره اگه همه رو جمع کنیم و **P-VALUE** بگیریم کمتر از پنج صدم می شه و بنابراین کاملا تصادفیه. اساس بر اینه که ناموفق شه اگه موفق شه تصادفیه (دکتر ملک افضلی).

دکتر حق دوست نظر مشابهی دارد و البته موضوع را در سطحی بالاتر ارزیابی می کند. از نظر وی ضعف برنامه ریزی ها در نظام سلامت، ضعف در وجود افراد توانمند و عالم است. در نظام سلامت افرادی نبوده اند تا موضوعات را علمی بررسی کنند و بر اساس آن برنامه ریزی نمایند. بنابراین، به جای اینکه برنامه ها مبتنی بر تغییرات پیش بینی شده باشد، منتظر می مانند تا تغییری ایجاد شود و سپس طراحی و عملیاتی شوند.

ما برنامه هامون عمدتا اگر نگاه کنیم بعد از انقلاب از نوع اوله نه دوم. یعنی برنامه های ما عقب تر از تغییراته. برنامه ما پسویه. برنامه ما به تبع تغییراته. برنامه ما در پاسخ به تغییرات و نیازهای جامعه س. ولی اون چیزی که عموما از برنامه می فهمیم. کلمه برنامه ریزی و پلنینگ، پراسپکتیو باید باشه. حالا چرا اینجوری نشد؟ ده ها فاکتور در سطوح مختلف می شه مطرح کرد. اول از همه ما قائل به این نیستیم که یه علم خاصی باید این پلنینگ رو انجام بده یعنی علمی به قضیه نگاه نمی کنیم. فکر می کنیم که ما حالا خودمون می تونیم چرخ رو از اول اختراع کنیم. ما خودمونیم که باید این سیستم رو خلق کنیم. واقعیت اینچنین هست، این مود بسیاری از مسئولین ما بوده و هست و متأسفانه خواهد بود. تو حوزه سلامت هم هست، کلا توی منش ما هست. ساینتیفیک اورینتد که نیستیم بلکه ساینتیفیک گریزیم. دومین مسئله اینه که باید واقعیتش باور کنیم که عالم که بتونه به مشکلات جامعه مون جواب بده کم داریم یا تربیت نکردیم یا یه سری آدمهایی هستن خیلی آکادمیک خیلی اتوکشیده (دکتر حق دوست).

دکتر امامی رضوی نیز درباره‌ی ضعف کارشناسی نظام سلامت، نظری مشابه با نظر دکتر حق دوست دارد:

متأسفانه سیستم سلامت ما دارای نظام کارشناسی قوی نیست و اصولاً در وزارت بهداشت نظام کارشناسی قدرتمندی وجود ندارد. علت هم این است وزارت بهداشت، وزارتخانه‌ی پزشک محور است و با وجودی که خود بنده نیز پزشک هستم ولی باید به این اشکال اعتراف کنم. به هر حال فردی که به عنوان وزیر بهداشت انتخاب می‌شود تمایل دارد افرادی را برای کمک خود بیاورد که توانمند باشند، تجربه کافی داشته باشند و در عین حال با تیمش نیز هماهنگ باشد و همین امر ایجاد محدودیت می‌کند. تقریباً در همه دوره‌ها به جز دوره دکتر هاشمی که تا حدی این روند عوض شد، تمام معاونان وزارت بهداشت، پزشک، آن هم متخصص بوده‌اند هر چند در حال حاضر نیز اکثریت با پزشکان است. اصلاً معلوم نیست مثلاً کسی که می‌خواهد معاون توسعه وزارت بهداشت شود چرا باید پزشک باشد در حالی که کار توسعه اصلاً ارتباطی به مباحث پزشکی ندارد و کار مدیریت و نیروی انسانی، مدیریت تشکیلات و مدیریت منابع است که به هیچ وجه کار پزشک نیست یا مثلاً در مقاطعی، معاون حقوقی مجلس وزارت بهداشت پزشک بوده است و خود بنده نیز زمانی در این کسوت فعالیت داشتم، در حالی که مباحث مربوط به حقوق هیچ ارتباطی به رشته تخصصی من نداشت و من اصلاً حقوق نمی‌دانم. قطعاً اگر یک حقوقدان برای این منظور در نظر گرفته شود امور را بسیار بهتر پیش خواهد برد زیرا مسائل مربوط به حقوق را می‌فهمد و جایگاه مجلس به عنوان محل قانون گذاری را به خوبی می‌داند (دکتر امامی رضوی).

دکتر شریعتی ضعف کارشناسی را مرتبط با فردگرایی در برنامه ریزی‌ها و حتی اجرای قانون می‌داند:

حب و بغض‌ها، فردگرایی و تکیه به اعتقادات فردی و تجربیات شخصی به جای توجه به شواهد علمی در اجرا نشدن برنامه پزشک خانواده نقش خیلی مهمی داشت. متأسفانه این یک مشکل اساسی در کشور ماست، ما هر کدام در زمانی که در مسند کار هستیم بر اساس سلیقه و تشخیص خودمان تصمیماتی می‌گیریم و یادمان می‌رود که حق نداریم، قانون را زمین بگذاریم. حتی اگر قانون را قبول نداریم و معتقدیم اشکال دارد اول باید درخواست اصلاح کنیم و اگر نتوانستیم قانونگذار را قانع کنیم، از مسیر قانونی، قانون را اصلاح و در هر صورت قانون را اجرا کنیم (دکتر شریعتی).

زمانی که برنامه ها بر دیدگاه های فردی بنا باشد تا رویکرد جمعی، شاهد تقابل و تضاد دیدگاه ها خواهیم بود. در این شرایط، شکل گیری يك كنش و عمل جمعی و مبتنی بر خرد جمعی، غیرممکن است.

4-4-10- تضاد و تقابل دیدگاه ها

سومین تهدید برنامه های جزیره ای هست. و این که برنامه ها با هم انسجام لازم نداشته باشند و با هم رقابت کنند که اجازه ندین به این برنامه ها که رقابت نامربوطی داشته باشند و منابعی که باید به هم هماهنگ و همسنگ عمل کنند ایجاد مشکل کنه (دکتر ملک افولی).

تغییرات وزارتی در نظام سلامت محلی برای آزمون و خطای برنامه نویسی و اجرای برنامه های مجموعه های جدید در وزارت است. تغییرات کلان در وزارت بهداشت به گونه ای نیست، که وزیر جدید برنامه وزیر قبلی را دنبال کند، و چه بسا بدان نگاه هم نیندازد. به علت ضعف و نبود برنامه های جامع و نبود نظارت دقیق بر برنامه نویسی و اجرا، سیاست های کلان وزارت خانه ای نوعی اعمال رویکردهای سلیقه ای افراد جدید در وزارت است. دکتر مرندی تجربه دوران وزارت خود را در زمینه تضاد و تقابل دیدگاه ها، در تغییر و تبدیل دولت ها و وزرا این گونه تشریح کرده است.

اشکال کار این برنامه شاید اشکال عمده اش اینه که مطالعات با طول وزارت دوره وزارت تطبیق نمیکنه یا وزارت دوره ش کوتاهه من نمی دونم یا مطالعات خیلی طولانیه. یعنی اینقدر طولانی می شه بحثامون که دوره زود خاتمه پیدا می کنه و تمام مطالعاتی که انجام شده اجرایی نمی شه یا یک کلنگ یه جا رو در حقیقت می زنیم و نفر بعدی که می یاد شاید بیگانه با کل قضیه و بی توجه به مطالعاتی که شده. که کشور ما هم معمولاً همین طوره، فرض کنید من در یک دوره ای که وزیر بودم آخر دوره از همه معاونان خواستم برای معاونای بعدی که می یان برنامه هایی رو که تا الان انجام شده علت و نحوه پیشرفت که چرا و به کجا رسیده و چه هدفی برای آینده داره اینا رو همه مطلبی تهیه کنند و اینو توی زونکنی برای معاون بعدی گذاشتن. که منم خلاصه رو برای وزیر بعدی هر کی که باشه تهیه کردم ولی فکر نمی کنم نگاهی هم به اینا شد. و دوباره از اول شروع شد حالا برنامه ای نفر بعدی داره یا نداره دیگه اینو من نمی دونم ولی خب مسئله فراموش شد (دکتر مرندی).

یکی دیگر از ویژگی های بی سازمانی ساختاری، تضاد و تقابل دیدگاه ها در وزارت خانه، سطوح میانی و سطوح پایین دستی در نظام سلامت است. این بدان معناست که مدیریت نظام سلامت، نوعی مدیریت در بستر تضادهاست. معاونت های مختلف، دیدگاه های مختلف درباره ی یک طرح مانند پزشک خانواده دارند. حتی در یک معاونت نیز ممکن است دیدگاه های متضاد و متفاوتی راجع به یک موضوع وجود داشته باشد، که تحقق اهداف یک طرح را به حداقل می رساند. دکتر هنرور در این درباره ی می گوید:

بخش بهداشت برنامه هایی را اعلام می کند که با نظر وزیر نمی خواند در ابتدای سال 83 برنامه هایی را وزارتخانه به اجلاس معاونین بهداشتی اعلام می کند که در اجلاس بعدی خیلی از آنها را وزیر نمی پذیرد و اغلب کنار گذاشته می شود. یعنی ما داریم به سطح محیطی از سطح وزارتخانه نمایی و نه حتی دورنمایی اعلام می کنیم که این کار ها را باید بکنید اما تا شروع میکنند به دلیل اینکه مدیریت ارشد سازمان یعنی وزارتخانه هنوز آن را قبول نکرده کار را دوباره متوقف می کنیم. نمونه بارز آن مرکز جامع سلامتی است که وزارتخانه مطرح می کنه و بلافاصله این بحث زیر و رو می شود و کنار گذاشته می شود. شکلش بسیار تغییر می کند. خیلی از برنامه ها مثل حاشیه شهرها در ابتدا با یک شکل شروع می شود و اصلا با یک شکل دیگری جمع می شود. بحث نظام ارجاع که در واقع جزء یکی از برنامه های آرمانی سیستم سلامت است در ابتدای سال یک طور دیگر معرفی می شود و در انتهای سال هنوز به هیچ وجه نتوانستیم آن را جا بیاندازیم (دکتر هنرور).

دکتر حق دوست تضاد و تقابل دیدگاه ها در نظام سلامت را این طور تشریح کرده است.

همه تقریبا این رو قبول دارن که ما باید نظام خانواده (پزشک خانواده) رو هدف بذاریم حالا اگه نظام خانواده اصل هست آیا معاونت بهداشت و درمان می تونن اینو بیارن؟ معاونت بهداشتی ما دو تا وظیفه داره؛ هم بحث پرایمری هلس کر هست هم بحث پابلیک هلس. اینا دو تا مقوله جداگونه هستن. ما تو یه ساختار داریم اینا رو ارائه می دیم. آیا واقعا اگر پرایمری هلس کر توی یه معاونت باشه، سکندری و ترشیاری توی یه معاونت، اینا می تونن با هم حرف بزنن؟ معاونت سلامت هم تشکیل دادن که اینا با هم آشتی کنن که نشد. من فکر می کنم ما یه دیویژنی می خوایم که واقعا پابلیک هلس رو مدیریت کنه، یکی واقعا که تریتمنت رو از صفر تا صد پوشش بده. واقعا بحثی مثل ارتقاء سلامت یه بحث خیلی کلیدیست. در دنیا گاهی وقتا

وزارت بهداشت نصفش ارتقاء سلامت است. معاونت های بهداشتی یا شبکه های بهداشتی چند کشور دنیا رو من دیدم واقعا عمده کارشون همین ارتقاء سلامت. درک از ارتقاء سلامت رو ما هر روز ضعیف تر و ضعیف تر کردیم هم متخصص هاش رو هم جایگاه اداره تشکیلاتیش رو و خیلی باید روی ارتقاء سلامت کار کنیم (دکتر حق دوست).

دکتر طریقت منفرد موضوع تقابل دیدگاه ها را به سطوحی بالاتر از نظام سلامت ارجاع می دهد و تقابل بین وزارت علوم و وزارت بهداشت و مانعی به نام نظام دیوانسالاری را در مورد مشکلات سلامت در کشور مطرح می کند:

من یه جلسه ای حضور داشتم که وزیر علوم و وزیر بهداشت هر دو آمریکایی و رفیق بودن. مرندی می گفت آقا من بیمارستان می خوام و باید بیمارستان داشته باشیم. فاضل می گفت تو هر بیمارستانی رو که می خوای آموزشی کنی بگو من برات آموزشی کنم. ولی دیوانسالاری تو کشور ما اجازه نداد که این دو تا وزارت خونه با توافق از امکانات کشوری استفاده کنن. چند سال بعد دوباره تو جلسه ای بودم که فاضل دستش رو بالا کرد گفت همیشه ما وقتی با بخشنامه می گیم آقای بیمارستان بهداشتی تو برو در اختیار وزارت علوم یا آقای وزارت علوم تو برو در وزارت بهداشتی، اینا گوش نمی دن، حاضر نیستن برای نهاد دیگری با دستور بالاتر انجام وظیفه کنن (دکتر طریقت منفرد).

5-4-10- ضعف کنترل و نظارت

بی سازمانی ساختاری همچنین با مقوله ضعف در کنترل و نظارت در وزارت بهداشت و درمان مرتبط است. ضعف نظارت بر اجرای برنامه ها یکی دیگر از مشکلات است. از این چشم انداز، وزارت خانه محلی برای برنامه ریزی، آن هم از نوع برنامه ضعیف است و کمترین نظارت بر اجرای برنامه ها انجام می گیرد.

اول باید یه گروه داشته باشیم که سوپریر باشه به همه معاونت ها. اگه معاونت اجرا می کنه برنامه ریز باشه نظارت کنه. ما قوی ترین چیزمون شورای معاونین هست شورای برنامه ریزی نداریم واحد برنامه ریزی و معاونت برنامه ریزی و معاونت نظارت نداریم یعنی شما فقط داری اجرا می کنی... نظارت نمی کنیم اگه هم کردیم نتیجه ش باید عینا گزارش بشه. یکی از روش های مدیریتی خوب اینه که نظارت رو سفت بگیریم و همه می فهمن که اون کاری که شما می خواین باید انجام بشه و اینه

که باید بیشتر از ده سال طول بکشد نه فقط اون پوله (دکتر منظم)

دکتر صفی خانی ضمانت اجرای قوانین و نظارت ها را یکی دیگر از مشکلات وزارت خانه می داند.

تیم های نظارتی شکل گرفته ولی تیم نظارتی کافی نیست نظارت هوشمندانه باید شکل بگیرد. و ضمانت برخورد، دادن بخش نظارت به نظام پزشکی تا حد زیادی به نظر من ضمانت برخورد رو به حداقل می رسونه قاعدتا ما باید ضمانت برخورد رو داشته باشیم این الزامات رو اگر رعایت نکنیم بله این تهدیدات کاملاً درسته (دکتر صفی خانی).

دکتر حق دوست ضعف نظارت را به پراکندگی آن در واحدهای مختلف معاونت های وزارت خانه مربوط می داند.

یه بحثی مثل نظارت، مانیتورینگ و اولیویتیینگ، این واقعا نیاز به یه دیویژن مستقل داره که کانسپت های رنگینگ، اسکورینگ، اینترنال اکسترنال اولیویشن رو تو همه حوزه ها. ما الان توی معاونت درمانمون نظارت داریم، تو معاونت بهداشتی مون نظارت داریم، تو معاونت غذا و دارومون نظارت داریم، تو معاونت آموزشی مون نظارت داریم اینا از هم گسسته هستن، متحد نیستن و این آسیب رسان شد (دکتر حق دوست).

6-4-10- بلاتکلیفی سطوح

مقصود از بلاتکلیفی سطوح، ایراد ساختار نظام سطح بندی پزشك خانواده است. در این حالت، پزشك خانواده در سطح اول مشخص شده است؛ اما سطوح دوم و سوم دچار بلاتکلیفی است.

مانع دیگر اجرای پزشك خانواده این است که هنوز سطح 2 و 3 پزشك خانواده تعریف نشده است، هنوز برای سطح دوم که متخصصان هستند برنامه ای نداریم، پزشك عمومی فردی را دیده و می خواهد ارجاع دهد، گاهی ممکن است تخصص مورد نظر در آن شهر نباشد یا فقط يك نفر باشد و فرد باید برود در نوبت و مدت ها معطل شود. در حالی که باید معلوم باشد، یک فرد چه ساعتی و نزد چه پزشك برود و همان موقع ویزیت شود و مجبور نباشد چند بار مراجعه کند تا متخصص بیمار را ویزیت کند. هیچ کدام از اینها هنوز اجرا نشده است (دکتر شهریاری).

سطح یک پزشک خانواده را اجرا کرده ایم و تقریباً 1200 متخصص و فوق تخصص هم در مراکز دولتی و خصوصی در استان قرارداد دارند و برگه های ارجاع را از سطح یک پذیرش می کنند. سطح 2 و 3 را هم اجرا کرده ایم و شاید 300 تا 400 نفر از متخصصان و فوق تخصصان در استان فارس هنوز باقی مانده اند و قراردادی برای این منظور نبسته اند که البته می دانید عدم انعقاد قرارداد متخصصین و بخصوص فوق تخصص ها با بیمه ها موضوعی شایع در تمام کشور است و منحصر به فارس و مازندران نمی باشد. بنابراین الان در شرایطی هستیم که در تمام شهرستان های استان فارس پزشکان خانواده و متخصص قرارداد بسته اند و همه متخصصانی که در شهرستانها فعالیت می کنند، قرارداد دارند و فقط تعدادی از متخصصان در شهر شیراز باقی مانده اند. این تعداد هنوز به صورت آزاد بیمار پذیرش می کنند و فقط داروهای تجویزی آنها در دفترچه ها را داروخانه پذیرش می کند و با توجه به اینکه قراردادی با برنامه ی پزشک خانواده ندارند، اگر آزمایش یا عکسبرداری برای بیمار بنویسند بیمار باید به صورت آزاد هزینه ی آن را پرداخت کند.

دکتر امامی رضوی تعیین سطوح بالاتر از پزشک خانواده را يك ضرورت براي پزشک خانواده مي داند که در وضعیت فعلی تکلیفی برای آن سطوح مشخص نیست.

فراهم سازی زیر ساخت های سطح 2 و 3 بسیار حائز اهمیت است. زیرا وقتی ما می گوییم نظام ارجاع، باید بدانیم به کجا می خواهیم برسیم. این مشکل را در نسخه 02 پزشک خانواده هم داشتیم. اگر منظور از سطح دو خدمات پزشک خانواده، متخصصی است که در مطب نشسته، باید پذیرفت که هنوز زیر ساخت ها آماده نیست و اگر بگوییم برود مراکز بهداشت و بیمارستان ها، هر چند اشکالی وجود ندارد؛ اما فشار مراجعه به حدی بالا می رود که کسی نمی تواند جوابگو باشد (دکتر امامی رضوی).

5-10- فرهنگي

بخشی از مشکلات پیش روی اجرایی شدن پزشک خانواده فرهنگی است. به طور خاص، نهادینه کردن فرهنگ پزشک خانواده و صبر و بردباری جامعه در کوتاه مدت یکی از موانع است. به دلیل ساختار نادرست نظام سلامت در گذشته، مردم فرا گرفته اند که برای هر نوع بیماری به متخصص رجوع کنند؛ اما در نظام ارجاع این

رفتار باید اصلاح شود. حال سوال این است که آیا رفتاری که مردم نزدیک به 5 دهه با آن خو گرفته و بر اساس آن عمل کرده اند با اقدامی یک شبه قابل اصلاح است. دکتر ملک افضلی یکی از دلایل نبودِ شتابزدگی در طرح پزشک خانواده را عدم شکل گیری بستر فرهنگی برای پذیرش این برنامه می داند.

دلیلش شتابزدگی بود. یک کار عظیم مثل برنامه پزشک خانواده کاری است که نیاز به فرهنگسازی در مردم دارد تا مردم بپذیرند که اگر مثلاً فرزندشان بیمار شد ابتدا نزد پزشک عمومی بروند و اگر لازم شد به متخصص مراجعه کنند. باید قبول کرد که پذیرش این امر برای مردم سنگین است. مردم عادت کرده اند هر زمان بیمار شدند نزد فلان متخصص معروف بروند و حتی قبول ندارند که به متخصص نزدیک محل خود مراجعه کنند و اصرار دارند به فلان متخصص سرشناس مراجعه کنند. تغییر چنین فرهنگی به یکباره، موجب مقاومت در مردم می شود و از طرفی پزشکان نیز در این باره توجیه نبودند. یعنی نه مردم توجیه بودند و نه پزشکان و نه زمینه‌ی فرهنگی این موضوع برای مردم و پزشکان و نظام سلامت ایجاد شده بود (دکتر ملک افضلی).

دکتر ایمانیه نیز که تجربه‌ی اجرای این برنامه را دارد، اجرای کار فرهنگی را یک ضرورت می داند. چرا که یکی از دلایل بالا رفتن آمار نارضایتی و شکایت از این طرح به این موضوع مربوط است که این طرح و به طور خاص گزینه نظام ارجاع در این برنامه، رفتار خاصی را از سوی شهروندان می طلبد، که برای آن باید کارهای فرهنگی لازم انجام گیرد.

اجرای این برنامه بسیار پیچیده و دشوار است، اما سخت ترین بخش کار تغییر دادن فرهنگ و عادات مردم و جامعه‌ی پزشکی است. وقتی یک نظام و سیستمی طی 50 تا 60 سال جا می افتد و به عادت تبدیل می شود و فرهنگ مرسوم این می شود که بیمار مستقیم به متخصص مراجعه کند، تغییر آن بسیار سخت است ولی به هر صورت تمام این سختی ها در طول سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده به رغم تمام نق زدن ها و انتقادات و شکایت های تحمل شد و الان شرایط بسیار تغییر کرده و اوضاع رو به بهبود است (دکتر ایمانیه).

دکتر حق دوست نیز از بین رفتن آزادی عمل در بین مردم و متخصصین را به عنوان دغدغه‌ی هر دو طرف می داند که نیازمند کار فرهنگی است. عامه‌ی مردم بایستی باید به این

نتیجه برسند که اگر پزشک خانواده محدودیت ایجاد می کند؛ اما منافع بسیاری را به همراه دارد؛ همچنان که داروی تلخ شفا بخش است.

این که پزشک خانواده به چه شکلی می تونه ایملمنت بشه خیلی می تونه فرق کنه. سیستم جامعه ما پزشک خانواده رو نمی پذیره. با اینکه تنها داروست اما این دارو خیلی تلخه. از اون ور مردم نمی پذیرن به خاطر اینکه آزادی عملشون از بین میره. الان به راحتی پیش هر فوق تخصصی می رن ولی ان موقع باید در قالب نظام ارجاع برن پس مردم مقاومت می کنن. پزشکا قطعاً مقاومت می کنن به خاطر اینکه باید طبق دستورالعمل عمل کنن، هر کسی رو نپذیرن هر کاری رو نکنن. خب باز آزادی پزشکا هم از بین میره (دکتر حق دوست).

به همین جهت است که دکتر ملک افضلی فرهنگ سازی پزشک خانواده را در بین مردم ضروری می داند. از نظر وی برای تحقق برنامه پزشک خانواده کار فرهنگی فعالانه ای باید انجام داد تا ذهنیت عموم مردم نسبت به آن شکل یابد.

طبیعی است که برای کسی که اطلاعات و آگاهی کامل به موضوعی ندارد، سوالات مختلفی شکل می گیرد و در این فضا نیز توهّمات و شایعات زیادی به وجود می آید. بنابراین تا زمینه فرهنگی، علمی و پذیرش این برنامه فراهم نشود، نمی توان دست به چنین اقدام بزرگی زد. به نظر می رسد دست کم حداقل 6 ماه تا یکسال کار فرهنگی در جامعه بایستی انجام می شد و کار آموزشی صورت می گرفت تا ذهن جامعه آماده و پذیرای این برنامه می شد و ضمن آن تمام نقاط ضعف احتمالی را شناسایی می کردند. البته این نقاط ضعف در دنیا شناسایی و شناخته شده است (دکتر ملک افضلی).

دکتر کبیر موضوع ضعف فرهنگی را به دلیل ضعف جایگاه پزشک خانواده در میان مردم (در واقع پزشک عمومی فعلی) در بین مردم می داند. از آنجایی که فرهنگ فعلی مردم ایران به سمتی پیش رفته که برای درمان بخش عمده ای از بیماری ها به پزشک متخصص رجوع کنند، پذیرش اینکه برای درمان بیشتر بیماری ها بایستی به پزشک عمومی (در قالب پزشک خانواده) رجوع کنند، بسیار سخت است. به همین جهت، پزشک از اقتدار مناسب برای انجام فعالیت در بین توده های مردم برخوردار نیست که تحقق این اقتدار نیازمند کار و فعالیت فرهنگی است.

در تصمیم گیری برای مریض، پزشک جایگاه ویژه ای نداشت. عدم تمرکز نبود یعنی در حقیقت پزشک جایگاهی بین مردم نداشت. پزشک وقتی قدرت و آتوریتی بین جامعه نداشته باشد، مردم او را قبول ندارند و لذا ممکن است به او اطمینان نکنند. اگر بنا باشد پزشک در مورد ارجاع بیمار به سطوح بالاتر نتواند تصمیم بگیرد در عمل او را تحویل نگیرند و یا در حوزه عملکردی اختیارات خوبی نداشته باشد، موفق نیست و مردم هم سراغ او کمتر می آیند (دکتر کبیر).

دکتر شریعتی وضعیت ایده آل فرهنگی را به گونه ای تصویر نموده که مردم خودشان پزشک خانواده را از نهادهای حاکمیتی مطالبه نمایند، نه اینکه مدام در حال نقد آن باشند. طبیعی است که بدین منظور نهادهای فرهنگی باید اصول و اهداف پزشک خانواده و منافع را که به خانواده و نظام سلامت می رساند به شیوه صحیح به مردم اطلاع رسانی نماید.

برای اینکه آن اتفاق بزرگ بیفتد باید به گفته آن استاد ارتباطات که گفتم اشاره کنم، همان طور که اشاره کردم، او به من گفت که نمی گذارند این برنامه را اجرا کنید. من از او پرسیدم اگر بخواهیم اجرا کنیم، چه کار باید بکنیم، گفت: باید این برنامه را به مطالبه‌ی مردم تبدیل کنید. باید آن قدر راجع به این کار و مزایای آن حرف بزنید، فیلم بسازید و اطلاع رسانی کنید که به مطالبه‌ی عموم مردم تبدیل شود. نه اینکه مثل الان پزشک خانواده را به چیزی تبدیل کرده اند که خیلی ها دوست ندارند، اجرا شود. در عین حال الان زمانی است که باید هر چه سریعتر تخصص پزشک خانواده را در کشور راه بیندازیم، در زمان خانم دستجردی، کوریکولیوم این رشته تصویب شد و الان با آمدن دکتر لاریجانی، به معاونت آموزشی دوباره این کار شروع شده است (دکتر شریعتی).

يك بخش از موانع فرهنگی پزشک خانواده به موضوع محدودیت های آن به عامه مردم مربوط می شود که در این جهت باید فرهنگ سازی انجام شود تا فرهنگ عمومی نه تنها آن را بپذیرد بلکه آن را از نهاد حاکمیت مطالبه نماید. بخش دیگر مانع فرهنگی، به شکل گیری نوعی مادی گرایی در بین پزشکان در کشور مربوط است. دکتر حق دوست از ترویج گفتمان پول سالاری در نظام سلامت کرده که به نظام سلامت و برنامه های آن آسیب زده است. هر کدام از گروه های شغلی در نظام سلامت مبنای فعالیت خود را پول و درآمد قرار داده اند. از نظر ایشان، این موضوع به ویژه وقتی

به تبعیض در میان گروه های مختلف و در سطحی بالاتر بین گروه های نظام سلامت و مردم عادی می انجامد، تأثیر منفی بر برنامه ها دارد.

اکسپکتیشن مدیران و صدا و سیما از یک طرف احساس گب بیشتر در درون شما حمله پرستار را رو می بینید دیگه به حدی ست که گاهی اوقات شوخی می کنم می گم دیگه داره در حد باج خواهی می رسه. چنین حرکتی در جامعه پزشکان عمومی هم وجود داره با آرامش داره جلو میره ولی انتظار اینکه به یک حد انفجار برسه هم هست باید بهش توجه بکنیم. دیگه بحث تفاوت درآمد درون پزشکان متخصص. درسته برای جراحان دو برابر افزایش پیدا کرده و داخلی سه برابر، ولی آن چیزی که بیشتر نمود داره مبلغ خالصه اون موقع اون دو میلیون می گرفت اون بیست میلیون حالا ما دو میلیون اونو کردیم شیش میلیون بیست میلیون رو کردیم چهل میلیون درصد رشد داخلی شاید بیشتر باشه. اما در عمل اون مبلغ دریافتی بیشتر شده و پررنگ تر شده این احساس الان هست به مرور زمان که این لایه های کاریزماتیکی احساسات از بین بره چالش های جدی تری برامون ایجاد می کنه. تفاوت بین علوم پایه و بالینی. تفاوت بین داروساز با پزشک و دندانپزشک. این تفاوت ها و تبعیض ها خیلی جاها خطرناک تر از فقره. جامعه فقر رو بیشتر می پذیره تا تبعیض رو. اگه همه ماشین نداشته باشن رئیس تو چین با یه ماشین ساده می ره کارمند هم با دوچرخه می ره ولی اگر بینه اون با بنز و ماشین آخرین سیستم می ره اون با دوچرخه می ره، طبیعیت این تبعیضه خطرناک می شه. این تفاوت ها خب بیشتر شده این از چالش هایست که فرهنگ داخل سیستم رو آسیب می زنه. اینکه دامننت زبان گفتگو پول شده همه می سنجن تو درمانگاه چقدر در می یارن تو اتاق عمل باشن چقدر در می یارن، راند بیمارستانی باشن چقدر در می یارن، این خطرناکه. اینکه همه کارها چوب خطی می شه و بخوان چوب خطی (دکتر حق دوست).

دکتر طریقت منفرد نگاهی انتقادی به رشد فرهنگ مادی گری در بین پزشکان دارد و معتقد است که نگاه اشرافی گری در پزشکان مانع شکل گیری و توسعه نگاه های بهداشت نگر در نظام سلامت شده است.

آقا توی نماز جمعه 14 اسفند 90 ضمن اینکه طبق معمول از دستاوردهای انقلاب دفاع کردن گفتن ما سه تا کاستی داریم که این رو باید جبران کنیم. یک اینکه بخشی از خواص، دنیا طلب و اشرافی شدن کاری کردن که قبح این قضیه ریخته. تا اینجا اشکال نداره زمان پیامبر هم بودن اما گفتن متاسفانه این رفتار به مردم سرریز شده یعنی اشرافی گری جامعه رو گرفته توی پزشکی یعنی چی؟ یعنی من ایثارگری که بارها رفتم جونم

رو کف دستم گرفتم رفتم واسه یه ساعت معادل چند ماه یه کارگر حقوق گرفتم بچه م آمریکا دخترم فرانسه یا ویلای تهرانم به راه ... بالاخره من اشرافی هستم یا نه؟ وای به حال اون کسی که افق غایی همه ما اشرافی گراهاست، چی؟ اون کسی که در روز بیش از صد میلیون از مردم میگیره. گله دومشون این بود که برخلاف اینکه کلام وحی هر جا از علم صحبت کرده حرف تزکیه رو آورده ما علممون با تزکیه همراه نیست. ما تو پزشکی کو تزکیه، آقای دکتر به اعتقاد من 30 درصد آب مرواریدهایی که عمل می شه دروغه آب مروارید نیست. تزکیه کجا جنایت نکنیم. مطلب سومش هم این بود که از عدالت مورد نظر اسلام فاصله گرفتیم. یعنی علی رغم همه امکاناتی که با همت مردم و حاکمیت به دست آوردیم مردم رو از برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی محروم کردیم (دکتر طریقت منفرد).

شاید به علت رشد همین فرهنگ بیمار مادی‌گري است که دکتر شریعتی راه برون‌رفت از مشکل را در پرداخت اشرافی زیاد به پزشکان معرفی کرده است.

فقط یک مقدار توقع پزشکان بالاتر رفته است. تأمین توقعات پزشکان یک خورده سخت شده است، چه پزشکان عمومی و چه متخصص را باید بالاخره راضی کرد و طبیعتاً اشرافی‌های مورد نیاز برای پر کردن دهان پزشکان بیشتر شده است (دکتر شریعتی).

5-6- منافع صنفی متخصصین

آنچه درباره رشد فرهنگ مادی و تمرکز متخصصین و پزشکان بر منافع مادی خود در ارائه خدمات بدان اشاره شد، با مفهومی دیگر به عنوانی یکی از بزرگترین موانع اجرای برنامه پزشک خانواده مرتبط است و آن «منافع صنفی» متخصصین می باشد. به علت رشد فرهنگ مادی گري، متخصصین از اینکه برنامه پزشک خانواده به درآمد آن‌ها آسیب بزند، نگران هستند و از این جهت به یکی از موانع جدی طرح پزشک خانواده تبدیل شده اند. متخصصان احساس کردند که منافعشان در خطر است، زیرا امروز من متخصص این احساس را دارم که مردم وقتی تب هم می‌کنند در همان گام اول نزد من می‌آیند، اما بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده وضعیت عوض می‌شود و بیمار ابتدا نزد پزشک خانواده می‌رود و در گام بعدی نزد متخصص می‌رود. این سوال برای متخصصان شکل می‌گیرد که حالا وضعیت درآمدی آنها چگونه خواهد شد و پرستیژشان در جامعه چطور می‌شود؟ (دکتر ملک‌افضلی).

بنابراین، قدرت بالای پزشکان متخصص و نگرانی آن‌ها از کم شدن درآمدها با اجرای پزشک خانواده پزشک خانواده، مقاومت شرکت‌های دارویی به علت

کاهش بخشی از تقاضای القایی و در نهایت قدرت بالای نظام پزشکی در تعیین تعرفه ها، سه مانع صنفی پیش روی پزشک خانواده است. از این منظر، پزشک خانواده را می توان قربانی نوعی نظام خرده پای سرمایه داری پزشکان در نظام سلامت تلقی کرد.

اینا درست اما ما یا پزشک خانواده رو نفهمیدیم یا منافعمون اجازه نمی داد که این رو جدی بگیریم. هیچ چیز دیگه نبود. به قول روایت باید ما باید چاه رو پر می کردیم تا بیایم درباره چاه نظر بدیم. ما هممون ذی نفع بودیم و پزشک خانواده می تونست همه چی رو سامان بده و دیگه ما نمی توانستیم بی جهت کسب منافع کنیم. حالا یانفهمیدیم یا منافعمون در گروش بود. می گیم پول نداریم. این دروغه، چرا دروغه؟ برای اینکه اولویت پیشگیری، بهداشت، مراقبت های اولیه و اصلاح سبک زندگی اولویت دهم و صدم و هزارم مونه بعد به عنوان هزار و یک، درمان می یاد (دکتر طریقت منفرد).

دکتر شهریاری معتقد است تعداد متخصصینی که در مقابل طرح پزشک خانواده مقاومت می کنند کم هستند، اما نظام سلامت نمی تواند برنامه ی مهمی چون پزشک خانواده را معطل بگذارد.

با اجرای پزشک خانواده ممکن است، درآمدهای آنچنانی برخی پزشکان کم شود و به همین خاطر ممکن است عده ای مخالفت کنند، ولی ما چاره ای نداریم، تنها راه اصلاح نظام سلامت اجرای برنامه پزشک خانواده است، کسانی هم که مخالفت می کنند، زیاد نیستند. البته ممکن است مخالفان، آدم های با نفوذ و شاخص نظام سلامت باشند و بتوانند در سیاست گذاری ها و برخی جاها دخالت کنند و مانع ایجاد کنند (دکتر شهریاری).

همان طور که این گفته ها نشان می دهد، پزشک خانواده درکنار آسیب های مختلفی که متوجه آن است از یک آسیبی جدی یعنی منافع صنفی پزشکان و به طور خاص پزشکان متخصص رو به روست. دکتر شریعتی از برنامه های پنهان و پشت پرده برای به شکست کشاندن پزشک خانواده روایتی تلخ دارد:

خود من در زمانی که مسئولیت داشتم و رئیس ستاد اجرایی پزشک خانواده در وزارت بهداشت بودم، به قدری استرس و فشار کاری و روانی را تحمل می کردم که قابل توصیف نیست. کسانی هستند که فکر می کنند، اجرای پزشک خانواده منافع آنها را به خطر می اندازد، آنها موضعگیری می کنند، توطئه چینی می کنند، دروغ پراکنی می کنند. بروید بررسی کنید زمانی که ما در

نسخه 02 اعلام کردیم که هر پزشک خانواده باید 2500 نفر را پوشش دهد، افرادی مصاحبه کردند و گفتند با اجرای برنامه، 20 هزار یا 30 هزار و بعضی هم گفتند 50 هزار پزشک عمومی بیکار می شوند، و گفتند مگر برنامه پزشک خانواده چند نفر را می تواند جذب کند، حتی اگر 35 هزار نفر را جذب کند، چند ده هزار پزشک عمومی بیکار می شوند. آن موقع ما گفتیم این طور نیست، این حرفها دروغ است، ولی خیلی از پزشکان عمومی گول این حرفها را خوردند، البته خیلی از آن افراد امروز پشیمان هستند. من به آنها گفتم بیایید اجرا کنید، اگر پزشکی بیکار شد، ما استاندارد را به هزار نفر برای هر پزشک تغییر می دهیم، هیچ پزشکی بیکار نمی شود. همان موقع آقای دکتر حریرچی یک مقاله در روزنامه سپید نوشت و با آمار و ارقام ثابت کرد که این طور نیست که این تعداد بیکار شوند اصلاً تعداد پزشک عمومی آن قدر نبود که می گفتند. در این کشور یک عده آدم وجود دارد که خودشان نمی توانند مقابل یک جریان بایستند، می روند پشت می ایستند یک عده دیگر را تحریک می کنند که جلوی جریان بایستند. آنها کسانی هستند، که می دانستند، برنامه ای پزشک خانواده باعث می شود، درآمد پزشک عمومی بالا برود، آنها می دانستند این برنامه باعث می شود، درآمد پزشک متخصص عادلانه افزایش یابد و می دانند که درآمدهای غیر قانونی آنها دیگر تداوم نخواهد داشت، دیگر فلان دکتر پنجه طلایی نخواهیم داشت، دیگر فلان دکتر دستش سبک است، نخواهیم داشت. می دانستند با اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع دیگر نمی شود از محل عدم تقارن اطلاعاتی مردم و ... پول درآورد (دکتر شریعتی).

گفته دکتر شریعتی به نوعی نفوذ و گفتمان سازی متخصصین و به طور همزمان پزشکان عمومی علیه پزشک خانواده اشاره دارد. البته پزشکان خانواده بعد از اجرای طرح در برخی استان ها موافق طرح شدند.

وقتی نسخه 02 پزشک خانواده شروع شد مخالف ترین گروه پزشکان عمومی بودند و به شدت موضع گرفتند و تظاهرات کردند و این در حالی است که امروز موافق ترین گروه انجمن پزشکان عمومی است. به نظر می رسد آن زمان پزشکان عمومی به عنوان یکی از ذی نفعان این برنامه به خوبی توجیه نشده بودند و در برابر اجرای این برنامه بسیار موضع گرفته بودند و سازمان نظام پزشکی نیز به شدت مقاومت می کرد (دکتر امامی رضوی).

دکتر اکبری نه تنها منافع متخصصین را به عنوان يك مانع قلمداد می کند، بلکه منافع شرکت های دارویی و تجهیزاتی را نیز به عنوان مانع

دیگر بر می‌شمارد. چرا که با اجرایی شدن پزشک خانواده بخش عمده ای از تقاضای قضایی که موجب فروش دارو و تجهیزات این افراد و گروه ها می شود، حذف خواهد شد.

ما متخصصان به عنوان گروه پزشکی که با اجرای پزشک خانواده مخالفیم، ساختار تجهیزاتی و دارویی هم مخالف است چون منافعی به خطر می افتد، بی اطلاعی مردم و سوء استفاده از آن هم هست. به آقای وزیر- اگر بخواهد اجرا کند و دلسوزی کند- می گویند چرا می خواهی محدودیت ایجاد کنی. فلانی نمی خواهد پیش آن دکتر برود، می خواهد هر جا دلش خواست برود و این خیلی خطرناک است (دکتر اکبری).

دکتر پزشکیان، نظام پزشکی را به عنوان حافظ منافع پزشکان در تمامی سطوح، مانعی جدی در این زمینه می‌داند. از نظر وی در زمان وزارتش در حالی که قدرت نظام پزشکی در حال افزایش بوده است، قدرت وزارتخانه در حال کاهش بوده به طوری که مدیریت آن برخی منابع را محدود کردند.

چالش با نظام پزشکی به دلیل مخالفت های زیادی که می کردند. بجای اینکه اختیارات ما را در آن موقعیت افزایش دهند، تعیین تعرفه های نظام پزشکی به این سازمان داده شد. و طبیعی است در این شرایط ما باید کنترل بیشتری برای خدمات می کردیم ولی از یکطرف بیمه ها را از نظارت و مدیریت ما خارج کردند و از طرف دیگر به سازمان نظام پزشکی اختیارات بیشتری دادند (دکتر پزشکیان).

در راستای همین موضوع می توان گفت که یکی از موانع انگیزشی پزشکان عمومی برای رفتن به سمت پزشک خانواده، شکل گیری سرمایه داری در ایران است که با تکیه بر نهاد پزشکی و منافع که نصیب پزشکان و به طور خاص متخصصین می کند، شکل می گیرد.

7-10- سیاست زندگی و بی ثباتی سیاسی در عرصه سلامت

دیگر مشکل پیش روی پزشک خانواده سیاست‌زدگی است. سیاست های نظام سلامت در ایران بیش از همه مبتنی بر تغییر دولت ها و وزیران است. با رفتن هر دولت، وزیری جدید می آید و وزیر جدید نیز بدون توجه به تلاش ها و دستاوردهای قبل، طرحی نو در می اندازد. این موضوع نه تنها هزینه های هنگفتی را متوجه نظام سلامت می کند، بلکه یکی از موانع جدی تحقق برنامه پزشک خانواده است.

متأسفانه در همه دولت‌ها این مشکلات را داشته ایم، در دولت آقای خاتمی، احمدی نژاد و حالا آقای روحانی این اتفاقات افتاده است، اگر بدون نگاه سیاسی رفتار نکنیم، قطعاً مشکلات حوزه سلامت حل خواهد شد. نباید این طور باشد که بگوییم در حوزه سلامت یا آموزش عالی یک جناح سیاسی سهم دارد. مثلاً بگوییم چون تو در فلان جناح سیاسی بودی، سهم داری، 20 درصد مدیران را تو تعیین کن. این نگاه‌ها در امور اجرایی کشور ناهماهنگی و مشکل ایجاد می‌کند. فقط خاطر می‌هست در دولت آقای هاشمی این نگاه غیر سیاسی در امور اجرایی وجود داشت، در آن دوران در حوزه بهداشت و درمان، نگاه سیاسی حاکم نبود، به همین علت هم می‌گفتند، دولت کار است. آن موقع انصافاً روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی بر اساس معیارها و ملاک‌هایی که توانمندی افراد را می‌سنجیدند انتخاب می‌شد، نظارت جدی هم می‌کردند، در دوره وزارت دکتر مرندي واقعاً نظارت جدی بر مسئولان از رأس تا پایین وجود داشت. در دولت آقای خاتمی این نگاه کم‌رنگ شد و بیشتر انتخابات با تفکرات حزبی و جناحی انجام شد، دیگر به این فکر نمی‌کردند که این فرد چقدر توان اجرایی دارد یا ندارد. در دولت آقای احمدی نژاد و روحانی هم این تفکرات بود و هست، افراد و مسئولان را باید بر اساس توانمندی شان انتخاب کرد، اگر مسئولی توانمند است نباید به صرف دیدگاه سیاسی اش او را تغییر داد، چون اینجا حوزه بهداشت و درمان است و نگاه سیاسی به خدمات رسانی به مردم آسیب جدی می‌زند. البته در دوره وزارت دکتر هاشمی این مسائل کمتر شده است. در کل اگر افرادی باشند که به برنامه پزشک خانواده اعتقاد راسخ داشته باشند، می‌شود این برنامه را اجرا کرد (دکتر شهریاری).

عدم پایایی نظام سلامت ضربه‌ای مهم برای این نظام بوده است. این موضوع باعث شده که برنامه ریزی‌ها و اجرای آن به طور کوتاه مدت انجام گردد. مدیران جدید بدون نگاه به دستاوردهای گذشته، آن‌ها را کنار گذاشته و نظام سلامت را در فرایند بی‌پایانی از آزمون و خطا قرار می‌دهند.

یکی اینکه ما متأسفانه بعد از انقلاب هیچکدام از وزرا دو دوره پشت سرهم وزیر نبودند و این خودش یکی از مهمترین عواملی است که در واقع نیروی سیاسی وزیر می‌رود دنبال کارهای زود بازده و این کارهای زودبازده باعث می‌شود همه جوانب کار

دیده نشه، این یک مورد، دومین مورد این است که تجربه ثابت کرده که وقتی شما در اصلاحاتی که بکار می برید وقتی ساختاری کار می کنید پایایی بیشتری داره ساختاره داره فرایندی ها پایایی کمتری داره. نظام شبکه ما هم ساختاری بود که خوشبختانه فرایندها نیز خوب دیده شده بود ولی قالبش ساختاری بود. و این بخاطر همان عواملی که قبلاً ذکر کردیم یعنی مدیریت های کوتاه مدت و غیره همانجوری ادامه پیدا کرد و باقی ماند که حالا نقد هست که کارایی قبلی را ندارد، نمی دانم و باید بازنگری بشود و غیره. ولی پایایی اش به عنوان یک برنامه موفق نظام سلامت خودش را نشان داده بود. اینها به نظرم می رسد ترکیب عواملی است که خدمتتان عرض کردم.

طبیعی است زمانی که وزیر، دولت مستعجلی دارد، نمی تواند برنامه‌ی زمان بری مثل پزشک خانواده را حمایت و اجرا کند. یکی از مشکلات این است که در کشور ما دولتها هر 4 سال یکبار تشکیل می شوند و می روند، سال اول همه تازه کارند و در حال توجیه امور هستند، سال دوم و سوم کار می کنند و سال چهارم هم در حال خداحافظی هستند. در چنین سیستمی نمی شود برنامه ای بزرگ و زمانبر مانند پزشک خانواده را پیاده کرد (دکتر ملک افضلی).

دکتر امامی رضوی، تغییر برنامه ها را فقط متوجه تغییر دولت ها نمی داند، بلکه متوجه تغییر در قانون گذاران نیز قلمداد می کند.

علت اجرایی نشدن در این 12 سال به اعتقاد بنده تفاوت دیدگاه ها و تغییرات بود و این مشکلی است که در نظام اجرایی ایران حاکم است که در آن تغییر و تحول مدیریتی بسیار زیاد است. دولت در ایران هر 4 سال یکبار عوض می شود، دولت معمولاً از مجلسی رأی اعتماد می گیرد که در میانه‌ی دولت عوض می شود و بعد دوباره مجلسی جدید می آید که دارای تفکرات دیگر است. اکثراً نیز برنامه های توسعه توسط دولتی نوشته می شود که عمر خودش به اجرای آن قد نمی دهد و دولت بعدی هم که می آید روی آن برنامه حرف دارد (دکتر امامی رضوی).

دکتر پوراصغری سیاست زدگی را به موضوعات خارج از کشور مربوط می داند و نقش تحریم ها و منازعات سیاستی با برخی کشورها را که به بحران در کشور انجامیده است به عنوان مانع سیاسی پزشک خانواده بر می شمارد.

نکته بسیار مهم دو سال آخر دولت دهم بود علاوه بر اینکه در تحریم ها به هر حال شالوده مملکت متاثر شد از محدودیتهای بوجود آمده، اولویت برنامه از بین رفت. حال آنکه یک برنامه زمانی می تواند اجرا شود که ثبات وجود داشته باشد. بحران نباشد. دو سال دوم دولت دهم که مصادف بود با شروع برنامه پنجم همزمان شد با این بحرانها و در نتیجه دولتها می روند سراغ اولویت هایشان نه سراغ برنامه های زیر بنایی. این نکته ای است که مغفول مانده که ما در بحران نمی توانیم یک برنامه ی بالقوه ی بحران زا اجرا کنیم. برنامه پزشکی خانواده زمانی می تواند اجرا شود که ثبات سیاسی اقتصادی وجود داشته باشد و بتواند چشم اندازی ده ساله را رصد کند (دکتر پوراصغری).

فصل یازدهم

فرصت طلایی

ما جز پزشک خانواده برای اصلاح نظام سلامت راه دیگری نداریم، در برنامه های بالادستی نیز چه برنامه چشم انداز 20 ساله و چه سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری برای حوزه سلامت و چه برنامه توسعه پنجم همگی تاکید بر اجرای این برنامه دارند (دکتر شهریار).

مضمون **فرصت طلایی** به شرایط فعلی نظام سلامت باز می گردد که به گفتمان اول نهادهای حکومتی تبدیل شده است. از این منظر، اگر پزشک خانواده یک نهاد مبنایی و یک ضرورت برای نظام سلامت است، پس بهترین زمان اجرای آن در وضعیت فعلی است که "سلامت" به عنوان اولویت دولت است. در میان مشارکت کنندگان فقط یک نفر معتقد بود که باید همه شرایط ساختاری فراهم گردد و بعد از آن پزشک خانواده نهادهای نهاده شود.

اگر 10 سال پیش تجربه امروز را داشتیم این قدر برای اجرای پزشک خانواده با عجله و بدون کارشناسی عمل نمی کردیم حالا هم اگر بخواهیم این برنامه را اجرا کنیم باید یک دبیرخانه

بین بخشی، قوی، تشکیل دهیم و طی یک برنامه هفت ساله این برنامه را در کشور اجرا کنیم (دکتر امامی رضوی).

دیگر مشارکت کنندگان وضعیت کنونی را یک فرصت طلایی برای نظام سلامت می دانستند که سیاستگذاران سلامت می توانند حداکثر استفاده را از این فرصت ببرند. به طور کلی نگاه دولت ها به نهاد سلامت تا قبل از دولت یازدهم، نگاهی مبتنی بر اولویت سلامت نبوده است. از این جهت، رشد و پیشرفت سلامت در گذشته، عموماً بر اساس تلاش و کوشش های فردی و خلاقانه بوده است تا حمایت دولت ها. به طور مثال اجرایی کردن پزشک خانواده روستایی در وزارت دکتر پزشکیان به علت اعتماد خاص وی به این نهاد و تلاش های وی و مجموعه وزارت بهداشت در آن دوره برای تحقق این هدف بوده است. تلاش هایی که نوعی چانه زنی با نهادهای مختلف برای دسترسی به منابع مالی بوده است.

یادم هست برای پزشکان عمومی که می خواستیم به روستاها بفرستیم سخنرانی کردم و گفتم، این برنامه پزشک خانواده و قانون مصوب است ما تا اینجا راه را آمده ایم، هنوز هم اعتباری نگرفته ایم، ممکن هم هست دو ماه دیگر که دولت عوض می شود، همه ی این حرفها برود روی هوا. شما الان بروید توی روستاها و دو ماه بعد که دولت عوض شد بروید و پولتان را بگیرید. من الان پولی ندارم، شما مردانگی کنید و بروید من این قدر زحمت کشیدم، شما هم بکشید، جوان هستید. در یک فضای عاطفی رفتند به روستاها و نزدیک به 40 درصد نیروهای مامای مورد نیاز آنها هم تأمین شد. البته اجرای پزشک خانواده در روستاها در آن زمان شبیه شوخی بود چون هیچی نداشتیم و توانستیم 60 درصد در کشور و در برخی مناطق تا 80 درصد روستاها را پوشش دهیم. یادم هست بیشتر از 4 هزار نفر را به روستاها فرستادیم. حدود 3 هزار نفر پزشک عمومی بودند که در آن زمان رقم زیادی بود ... ما برای اجرای پزشک خانواده هیچی نداشتیم و به سرعت داشتیم از دنیا یاد می گرفتیم اما بعد تعطیل شد، کارشناسان و کارمندان وزارت بهداشت هم وقتی فهمیدند که مسئولانشان دغدغه ندارند؛ ول کردند. پول ندادند، حقوق ندادند، روستاها از پزشک خانواده خالی شد بعد از دو سال با کلی سر و صدای مجلس دوباره کار را شروع کردند، دو سال دوم دولت بعد شروع کردند تا اینکه وزیر عوض شد ... اجرای پزشک خانواده یک انقلاب است تازه انقلابی است که پزشکان متخصص هم از آن خوششان نمی آید، چون آقا بالاسر پیدا می کنند، وقتی می گوید این بیمار باید عمل شود، از او می پرسند چرا باید عمل شود (دکتر اکبری).

دکتر پزشکیان، وزیر وقت، به گونه ای دیگر دغدغه های زمان خود را درباره عدم اولویت نظام سلامت مطرح کرده است. وی برای راه اندازی پزشک خانواده ی روستایی و اقناع سیاستگذاران در سطوح مختلف تلاش های بسیاری انجام داده است.

اغلب وزرا همانطور که گفتم بخش سلامت را هزینه ای می دیدند. ولذا حاضر نبودند به این بخش پول مازادی بدهند. وزیر اقتصاد را خیلی توجیه کردیم تا بالاخره حاضر شدند پول بدهند. برنامه های زیادی هم داشتیم تا موفق به جلب حمایت آنها شدیم. البته یک بخش پول هم از وام بانک جهانی تامین شد که اولویت ما تربیت نیروی انسانی بود. باید همانطور که گفتم با نیروی انسانی هر نوع اصلاحاتی انجام می شد. جدا شدن هلال احمر از ما موجب شده بود تا بخشی از اختیارات ما کم شود. بهزیستی را هم از ما جدا کردند تا وزارت رفاه تشکیل شد. چالشهای سیاسی با مجلس برای حمایت از برنامه ها و جذب اعتبارات لازم برای اجرای طرح پزشک خانواده بسیار دشوار بود. مسئله دیگر فهم و ادبیات بهداشت بود که بین همه مشترک نبود نیروهای بالینی از یکطرف، سیاسیون و سیاستگذاران بخشهای مختلف همگی چالش مهمی بود برای آغاز این طرح مدیران سیستم برنامه وبودجه کاملاً مخالف اختصاص بودجه اضافی بودند. متخصصین بشدت مقاومت می کردند. مطمئناً بخشی از منافع آنها تهدید می شد (دکتر پزشکیان).

این صحبت نشان می دهد که در دولت های گذشته به علت این که نهاد سلامت در اولویت دولت ها قرار نداشته، ایجاد یک تحول بزرگ به تلاش های خلاقانه و مجدانه مجموعه وزارت خانه نیازمند بوده است. مقصود از فرصت طلایی نگاه اولویتمدار دولت دهم به نظام سلامت در کنار موقعیت های دیگری است که می تواند به عنوان فرصتی جهت نهادینه کردن پزشک خانواده از آن استفاده کرد. دکتر مطلق آن قدر شرایط را فراهم می بیند که در این باره معتقد است:

با این اعتبارات جدید و افزایش حقوقی که برای پزشکان انجام شده و همکاری خوب سازمان بیمه خدمات سلامت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در دولت تدبیر و امید کار برنامه پزشک خانواده نیز دارد جلو می رود و من در آینده ی نزدیک یک تحول بسیار خوبی را در بعد بهداشت و پیشگیری و کاهش مرگ و میر نه تنها در کودکان بلکه در بزرگسال نیز پیش بینی می کنم و حتی میزان شاخص مرگ و میر مادران و کودکان هم ارتقا پیدا می کند. البته در گذشته موانعی مثل تأمین نشدن اعتبارات بود اما الان این مشکلات بر طرف شده است. مکانهای مناسبی برای اقامت پزشکان تهیه شده است، خودروهای لازم برای

ده گردشی و فعالیت پزشکان خانواده به شبکه بهداشت کشور اضافه شده است در گذشته وسیله نقلیه مناسب در شبکه بهداشتی کشور نبود اما الان تأمین شده است. پزشک خانواده می تواند از روستاهای اطراف بازدید کند. من به آینده خوشبین هستم (دکتر مطلق).

سه زیر شاخه درباره بحث اصلی «فرصت طلایی» مطرح شده است که عبارتند از: سیاست های ابلاغی، الزام قانونی، و حمایت دولت.

11-1- سیاست های ابلاغی

یکی از خصیصه های فرصت طلایی، تأکید سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری است که دکتر ملک افضلی بدان اشاره کرده اند.

ابتدا سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری هست. نکاتی که ایشان فرمودن بسیار راهساز هست. که من فقط به اشاره می کنم به خصوص در بحث توانمند سازی جامعه توجه دارن که افراد باید نسبت به حقوقشون آگاه باشن. نکته دوم لایف استایل و سبک زندگی هست که اساس بهداشت هست. بحث شبکه که سالها برایش زحمت کشیده شده موکداً میفرمایند که باید تقویت بشه. و اجتناب از تقاضاهای القایی که اگه بتونیم اون رو کنترل کنیم خیلی از مشکلات بهداشت و درمان ما و به خصوص درمان ما کاهش پیدا میکنه (دکتر ملک افضلی).

همان طور که در این گفته آمده است، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری به عنوان رهبری عالی نظام، در راستای توجه به موضوعات بهداشتی به عنوان یک سند حمایت از تحقق پزشک خانواده به شمار می رود.

11-2- الزامات قانونی و برنامه ای

دیگر ویژگی، فرصت طلایی وجود الزامات قانونی است که در طول بیش از یک دهه گذشته در راستای اجرایی شدن پزشک خانواده در کشور به وجود آمده است. دکتر اکبری با مقایسه قوانین پزشک خانواده در دولت های گذشته از این که نسبت به دولت اصلاحات، نظام سلامت امروز برخوردار از قوانین الزام آور پزشک خانواده است، این قوانین را در کنار سیاست های ابلاغی رهبری به عنوان ابزارهایی معرفی می کند که توان انجام معجزه در نظام سلامت دارند.

زمانی که من در وزارت بهداشت مسئولیت داشتم در دولت دوم آقای خاتمی، چندین ماده قانونی را برای اجرای پزشک خانواده تصویب کردیم و اکنون پشتوانه قدرتمند قانونی برای اجرای این برنامه داریم. الان هم برنامه پنجساله داریم، هم قانون برای پزشک خانواده داریم و هم در سیاستهای کلان که فرمان

مقام معظم رهبری است، اجرای این برنامه را به عنوان تکلیف داریم، چیزهایی داریم که با آنها می شود معجزه کرد. زمانی که من کار را شروع کردم، قانون نبود، ما از سال 80 شروع کردیم به مطرح کردن پزشک خانواده، تجربیات جهانی را در 30 سال قبل از آن داشتیم و مدلهای مختلفی برای اجرای پزشک خانواده و نظام سطح بندی خدمات وجود داشت، اینها را جمع آوری کردیم و آن قدر رفتیم مجلس و آمدم تا نهایتاً قانع شدند و در برنامه چهارم توسعه 500 میلیون تومان برای اجرای آن تصویب کردند و 29 اسفند سال 83 که آخرین سال مسئولیت ما در دوره وزارت دکتر پزشکیان بود، ابلاغ شد (دکتر اکبری).

دکتر شریعتی نسخه 02 پزشک خانواده را به عنوان یک پیشرفت در روند تحقق پزشک خانواده تلقی کرده و آن را زبان مشترک بین نظام سلامت و سازمان های بیمه گر معرفی می کند.

اوایل کار که ما شروع کردیم، وزارت بهداشت و بیمه ها زبان مشترک نداشتن؛ اما بالاخره توانستیم زبان مشترک را پیدا کنیم و زمانی که ما هنوز مسئولیت داشتیم، بیمه ها کاملاً همراه شدند و طرفدار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بودند و نسخه 02 برنامه پزشک خانواده محصول همین زبان مشترک است (دکتر شریعتی).

دکتر شهریاری قانون برنامه ی پنج را راهبردی قانونی در دستیابی به پزشک خانواده به عنوان یک نظام پیشگیرانه معرفی می کند.

در حالی که در برنامه توسعه پنجم پیش بینی شده بود که از سال اول برنامه باید سیستم ارجاع در نظام سلامت اجرا شود و سامانه الکترونیک سلامت ایجاد شود. تمام افراد در کشور باید به خدمات پرونده الکترونیک سلامت دسترسی پیدا می کردند و سال دوم باید کارت هوشمند سلامت صادر می شد. در نسخه 02 پزشک خانواده 16 تا 17 نفر به عنوان اعضای تیم پزشک خانواده تعیین شده بودند که باید از آنها خرید خدمت راهبردی می شد که این تیم هم ایجاد نشد. بر اساس این برنامه باید در مقابل سرانه ی هر فرد همه ی خدمات سلامت اعم از پیشگیری، بهداشت و آموزش سلامت به مردم ارائه می شد (دکتر شهریاری).

دکتر شریعتی نسخه 02 پزشک خانواده را یک قانون و دستورالعمل پیشرو درباره پزشک خانواده معرفی می کند که حتی کارشناسان سازمان بهداشت جهانی نیز از آن تمجید کرده اند. علاوه بر این، بسیاری از نهادهای قانونی کشور متعقدند که در راستای اجرایی شدن آن همکاری کنند.

ما در نسخه 02 پزشک خانواده هم بر اساس همین مدل جهانی، پزشک خانواده را تعریف کردیم. وقتی متخصصان اقتصاد بهداشت و نظام سلامت به عنوان کارشناسان سازمان بهداشت جهانی به ایران آمدند و نسخه انگلیسی 02 ما را بررسی کردند، از ما تقدیر کردند مسئولان سازمان بهداشت جهانی نیز از ما اجازه می خواستند که آن را به عربی ترجمه کنند و در اختیار کشور های عرب زبان قرار دهند که البته تصمیم گیری در این سطح در اختیار من نبود و من حق نداشتم چنین اجازه ای به آنها بدهم و باید از مقامات بالاتر اجازه می گرفتند. آنها به ما گفتند شما با نسخه 02 یک کار بزرگ کرده اید و با این کار مراقبتهای اولیه بهداشتی، پزشک خانواده و بیمه ای سلامت را با هم تلفیق کرده اید و با این کار هزینه هایتان را کاهش می دهید و می توانید هماهنگ عمل کنید. چون در برخی کشورهای منطقه بیمه سلامت، خدمات بهداشت اولیه و حتی در برخی پزشک خانواده هم وجود دارد؛ اما هر کدام از اینها مجزا است و هر کدام هزینه خود را دارد. شما کمتر دستورالعملی در کشور دارید که این همه امضا کننده داشته باشد. از کارشناسان و مسئولان وزارت بهداشت، تا بیمه های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و وزارت رفاه، از بالاترین سطوح تا پایین ترین سطوح پای این دستورالعمل را امضا کرده اند و ابلاغ شده است. به همین خاطر سندی معتبر و هماهنگ است و جالب است که در مصوبه، نحوه اصلاح و ارتقای آن هم مشخص شده است (دکتر شریعتی).

دکتر شهریاری نیز برنامه های بالادستی، چشم انداز بیست ساله سلامت و سیاست های ابلاغی را الزامی در اجرای پزشک خانواده می داند.

ما جز پزشک خانواده برای اصلاح نظام سلامت راه دیگری نداریم، در برنامه های بالادستی نیز چه برنامه چشم انداز 20 ساله و چه سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری برای حوزه سلامت و چه برنامه توسعه پنجم همگی تأکید بر اجرای این برنامه دارند (دکتر شهریاری).

3-11- حمایت دولت و مجلس

و سومین ویژگی فرصت طلایی، توجه خاص دولت یازدهم به موضوع سلامت است. بعد از انقلاب اسلامی، این نخستین دولتی است که موضوع سلامت به اولویت اول آن تبدیل شده است. مشارکت کنندگان بر این نظر بودند که وزارت بهداشت می تواند از این فرصت حمایتی دولت و مجلس برای نهادینه کردن پزشک خانواده استفاده نماید.

دکتر هاشمی توان اجرای این برنامه را دارد، مجلس و کمیسیون بهداشت و درمان هم با او همراه هستند، دکتر هاشمی چون در دولت جایگاه خاصی دارد، می تواند، این طرح را کامل اجرا کند، چون در دولتهای گذشته وزرای بهداشت و درمان خیلی در دولت نمی شدند، مثلاً خانم دکتر دستجردی هیچ وقت مورد حمایت آقای احمدی نژاد نبود و همیشه هم رئیس دولت مانع او بود، در دولتهای قبل هم وزرای بهداشت حمایت نشدند. اما وزیر بهداشت در این دوره حمایت جدی می شود. کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم حمایت می کند، بنابراین وزارت بهداشت در این دوره این توان را دارد که در 2 سال باقیمانده پایه های اجرای پزشک خانواده را استوار کند. کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم به جد خواهان اجرای برنامه ی پزشک خانواده است، بحثهایی که در کمیسیون می شود، نقدی است که وزارت بهداشت که پزشک خانواده را اجرا کند و گر نه کمیسیون با وزارت بهداشت همراه است... دکتر هاشمی الان پشتوانه حمایت دولت و مجلس را دارد و می تواند پزشک خانواده را اجرا کند، این یک فرصت استثنایی است که معلوم نیست بعد از دکتر هاشمی دوباره اتفاق بیفتد. اگر دکتر هاشمی، برنامه پزشک خانواده را اجرا نکند، من امیدی ندارم که بعدها کسی بتواند این طرح را اجرا کند به خصوص اینکه در تدوین برنامه ششم گروهی افراد صاحب نفوذ وارد شده اند و شاید نگذارند پزشک خانواده در این برنامه نوشته شود. البته تا زمانی که ما در کمیسیون بهداشت و درمان باشیم، اجازه نمی دهیم، نمی خواهم پیشداوری کنم ولی واقعاً نمی دانم چه اتفاقی ممکن است در برنامه ششم توسعه بیفتد (دکتر شهریاری).

دکتر ملک افضلی دومین فرصت را به جز سیاست های ابلاغی رهبری، تعهد سیاسی دولت یازدهم در رابطه با اولویت دادن به سلامت می داند.

دومین فرصتی که فراهم شده تعهد سیاسی دولت یازدهم. هیچ کدام از دولت ها از اول تا حالا تا این اندازه تعهد سیاسی نسبت به امر سلامت نداشتن. یکی تخصیص منابع هست که بالاخره چقدر منابع به بخش بهداشت تزریق می شه. یک تحول عظیمی در تخصیص منابع اتفاق افتاده. سالها بود که بخش بهداشت و سلامت فقیر بود. دومین شاخص اظهارات و بیانات مقام معظم رهبری، مقام ریاست جمهوری، وزارت و به طور کلی سیاستمداران جامعه در مورد سلامت دارن. و بالاخره بیمه ها هستن. بیمه ها پای کار نبودن حالا اومدن پای کار، بیمه ایرانیان. این سه تا مسئله ای هست که به نظر من فرصت مناسبی فراهم کرده. آقای

دکتر سیاری و دوستانشون باید از این فرصت ها حداکثر استفاده
رو بکنن (دکتر ملک افضلی)

دکتر سیاری به کمک های دولت به پزشک خانواده، اشاره کرده که از سوی
دولت برای پزشک خانواده شده اشاره کرده است که رشد چشمگیری در سال
های اخیر داشته است. رشدی که باعث تجهیز بسیاری از
پایگاه های بهداشتی و نیز تأمین نیروی انسانی شده است.

سرانه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده در سال 92 بیست و یک هزار تومن
بود که شد نود و شش هزار و پانصد تومن. آقای دکتر دانش
جعفری بزرگترین کمک رو کرد. رفت پیش رئیس جمهور اعتبار
نمود که آقای رئیس جمهور گفت چیکار می شه کرد؟ گفت یک درصد
ارزش افزوده رو بدین حوزه بهداشت 1100 میلیارد تومن دادن
حوزه بهداشت. 1830 پزشک جذب کردیم 348 ماما جذب شد. 2000
خانه‌ی بهداشت ساختیم که 1000 تاش به بهره برداری رسید. 2225
مرکز رو تعمیر کردیم 3200 تا رو تجهیز کردیم. 2579 تا مرکز
زیست پزشک رو تأمین کردیم. 1673 مرکز بهداشتی رو تجهیز
کردیم با خدمات دندانپزشکی برای روستاییان. 2400 خودرو
تأمین کردیم برای بخش خصوصی که سرکشی و کارهایی که باید
انجام شود را بر عهده بگیرند (دکتر سیاری).

به طور کلی، مقوله ی فرصت طلایی به وضعیت خاص کنونی اشاره دارد که
در حمایت از پزشک خانواده و تحقق آن گفتمانی غالب شکل گرفته است.
اگر تلاش شود پزشک خانواده تحقق یابد، از فرصت بهترین استفاده شده
است. در غیر این و گرنه ممکن است این فرصت در سال های آینده تکرار
نشود و این موضوع تحقق و نهادینه شدن پزشک خانواده را با کندی و
گیست همراه کند که در نهایت به نظام سلامت آسیب خواهد زد.

فصل دوازدهم

الزامات

من الان برای اجرای پزشک خانواده دوگروه را جدا می کنم، یکی مقام معظم رهبری که حرفش را زده، ابلاغیه هایی که باید برای تدوین قانون بدهد، داده و حداقل دوبار در این مورد صحبت کرده است. جای دیگر مجلس است، مجلس هم وظیفه اش را انجام داده است و حتی تا تعیین شاخص های ریز هم پیش رفته است. می ماند حوزه ی اجرایی. اجرای برنامه یعنی کار دولت، از نظر بنده باید شخص رئیس جمهوری برای اجرای پزشک خانواده تصمیم بگیرد، ساختار سلامت را اصلاح کند، شخص رئیس جمهور و بعد رئیس قوه قضاییه الان باید به وظیفه خود عمل کنند. قوه قضاییه باید برای اجرای پزشک خانواده به قوه مجریه کمک کند. من معتقدم شخص رئیس جمهوری باید ارزش پزشک خانواده را درک کند و برایش احترام قائل باشد، برای اجرای آن هم باید مرد کهن بیاورد، سختی کار را هم همه باید بدانند، فکر نکنند اگر امروز دستور اجرا دادند، فردا اجرا می شود، کار سختی است. بنابراین پیشنهادم این است که برای اجرای پزشک خانواده شخص رئیس جمهوری و رئیس قوه قضاییه باید وارد شوند البته مسائل علمی و دست کم تکنیکی دارد که کار وزارت بهداشت است اما مسئولان اجرایی باید با شجاعت پای کار بایستند (دکتر اکبری).

یکی دیگر از مقولات به دست آمده در تحقیق حاضر، بحث الزامات تحقق پزشک خانواده در کشور است. این مقوله نشان دهنده ی پیش نیازهایی است که برای تحقق پزشک خانواده در کشور ضرورت دارد. البته با توجه به مباحثی که در فصل چالش ها بدان اشاره شد، معلوم می شود که برای تحقق

پزشك خانواده برطرف شدن همه‌ی آن چالش‌ها يك الزام است. با وجود این، مقوله‌های اولیه‌ی الزامات شامل الزام سياسي، برنامه‌ریزی و تقسیم‌کار، تأمین منابع و نیروی انسانی می‌شود.

1-12- الزام سياسي

از مباحث محوری گفته‌های مشارکت‌کنندگان، الزام سياسي بود. اگر چه نظام سلامت، برای دستیابی به نظام پزشك خانواده، نیازمند برطرف کردن همه شرایط ساختاری است که در فصل پنجم تحت عنوان چالش‌های پزشك خانواده بدان اشاره شد، اما تمامی مشارکت‌کنندگان بر وجود نوعی الزام سياسي تأکید داشتند. نظام سلامت برای دستیابی به نظام پزشك خانواده نیازمند موارد ذیل است:

- 1- تأمین نیرو (پزشك خانواده آموزش دیده)
- 2- تأمین منابع
- 3- تأمین زیرساخت‌های مهم چون بیمه، و فناوری اطلاعات
- 4- پرهیز از سیاست زدگی
- 5- داشتن برنامه‌ی اصلی و راهبردی (master plan)

با وجود این یکی از مسائلی که در این پژوهش به دست آمد، مقوله الزام سياسي است. به نظر می‌رسد، پزشك خانواده به همان اندازه که اهمیت ساختاری و مبنایی در نظام سلامت در ایران دارد، به استفاده از قدرت نهادهای قانونگذاری و اجرایی برای تحقق نیازمند است. با توجه به قدرت بالای برخی نهادها در ممانعت از تحقق پزشك خانواده به علت کم شدن منافع آن‌ها، سطوح وزارتخانه‌ای قادر به تحقق پزشك خانواده نخواهد شد. نظام سلامت برای تحقق پزشك خانواده به ورود سطوح بالاتر یعنی نهادهای قانونگذاری، ریاست جمهوری و قوه قضائیه نیازمند است می‌باشد. مقوله الزام سياسي مرتبط با این نوع نگاه در رابطه با تحقق پزشك خانواده در نظام سلامت ایران است. الزام سياسي مرتبط با چهار مقوله، الزام اجرایی، قانونگذاری، قضایی و مطالبه‌ی عمومی است. دکتر اکبری تحقق پزشك خانواده در ایران را با طرح "Obama Care" مقایسه کرده و معتقد است در ایران باید حمایت از پزشك خانواده در سطح رئیس‌جمهور اتفاق افتد نه وزارت.

اجرای پزشك خانواده در صورتی میسر است که رئیس‌جمهور مسئولیت اجرای آن را به عهده بگیرد و البته اجرای آن علم، شجاعت، پول و همراهی قوه قضائیه را می‌خواهد... آقای اوباما در واقع طرح سلامت را پایه‌گذاری کرد و در حقیقت خودش رئیس‌نظام سلامت شد نه وزیرش، چون در این امر بیمه‌ها دخالت دارند، وزارت اقتصاد، وزارت رفاه، وزارت بازرگانی،

وزارت کشاورزی، شهرداری ها، سازمانهای غیر دولتی و ... همه دخالت دارند و می بینیم که اجرای این برنامه صرفاً به وزارت بهداشت مربوط نیست (دکتر اکبری).

الزام اجرایی بدین معناست که تحقق پزشک خانواده در سطوحی بالاتر از سطح وزارتخانه باید در سطوحی بالاتر از سطح وزارتخانه و توسط نهاد ریاست جمهوری پیگیری شود تا این امر مهم و بزرگ دنبال شود. دکتر ملک افضلی با نقد طرح تحول سلامت به شکل فعلی آن، معتقد است که باید اصلاحات و تحولات به سمت اصلاحات ساختاری مثل پزشک خانواده حرکت کند و رئیس جمهور این امر را به عنوان بالاترین فرد در نهاد اجرایی دنبال نماید.

الان مثلاً رئیس جمهوری بالاترین تعهد سیاسی را به سلامت دارد ولی مجموعه وزارتخانه نمی تواند این تعهد سیاسی را هدایت کند و به سمتی برود که بتواند اثری بر سلامت جامعه بگذارد. به هر حال بردن و ریختن پول در بیمارستانها خطرناکترین کاری است که ممکن است انسان انجام دهد. چون در حقیقت در جایی هزینه شده است که کمترین تأثیر را دارد. مگر چند درصد مردم مریض می شوند و چند درصدشان به بیمارستانهای دولتی می آیند (دکتر ملک افضلی). دکتر اکبری ورود هم زمان رئیس جمهور و رئیس قوه قضایی را به موضوع به عنوان یک راهکار مطرح می کند، چرا که تحقق پزشک خانواده در کشور به دلیل چالش های چندگانه کار بسیار دشواری است.

اجرای برنامه یعنی کار دولت، از نظر بنده باید شخص رئیس جمهوری برای اجرای پزشک خانواده تصمیم بگیرد، ساختار سلامت را اصلاح کند، شخص رئیس جمهور و بعد رئیس قوه قضاییه الان باید به وظیفه خود عمل کنند. قوه قضاییه باید برای اجرای پزشک خانواده به قوه مجریه کمک کند. من معتقدم شخص رئیس جمهوری باید ارزش پزشک خانواده را بفهمد و برایش احترام قائل باشد، برای اجرای آن هم باید مرد کهن بیاورد، سختی کار را هم همه باید بدانند، فکر نکنند اگر امروز دستور اجرا دادند، فردا اجرا می شود، کار سختی است. بنابراین پیشنهادم این است که برای اجرای پزشک خانواده شخص رئیس جمهوری و رئیس قوه قضاییه باید وارد شوند البته یکسری مسائل علمی و تکنیکال دارد که کار وزارت بهداشت است اما مسئولان اجرایی باید با شجاعت پای کار بایستند (دکتر اکبری).

دکتر شریعتی ایجاد مطالبه عمومی را به عنوان کاری فرهنگی در الزام آوری حاکمیت به اجرای پزشک خانواده، مطرح کرده است.

باید این برنامه را به مطالبه مردم تبدیل کنید. باید آن قدر راجع به این کار و مزایای آن حرف بزنید، فیلم بسازید و اطلاع رسانی کنید که به مطالبه‌ی عموم مردم تبدیل شود (دکتر شریعتی).

دکتر ملک افضلی معتقد است باید از وزیر مجری طرح پزشک خانواده، حمایت سیاسی شود. از نظر وی در این صورت است که وی می‌تواند با قدرت وارد میدان شود و پزشک خانواده را نهادینه نماید.

باید در گام اول برود تضمین سیاسی بگیرد. همه باید از او حمایت کنند. یعنی کسانی که صاحب قدرت هستند از رهبر انقلاب گرفته تا رئیس‌جمهور از وزیری که می‌خواهد مجری این برنامه باشد، حمایت سیاسی کنند و قبول کنند که این کاری اساسی است و اجازه دهند که وی با حمایت قوی سیاسی وارد میدان شود. اگر سلسله قوانین مجلس و سیاست‌های رهبری باشد دیگر این طور نمی‌شود که یک دولت تعهدی نسبت به تعهدات دولت قبلی نداشته باشد (دکتر ملک افضلی).

دکتر ایمانیه با بیانی دیگر از مفهوم الزام سیاسی سخن به میان می‌آورد. از نظر وی تحقق پزشک خانواده به عزم ملی در تمامی سطوح از دولت و مجلس گرفته تا وزارتخانه‌های بهداشت، رفاه، سطوح دانشگاهی، پزشکان عمومی و متخصص نیازمند است.

در این مسیر اول عزم، اراده، شجاعت و ایمان لازم است، نباید این تصور ایجاد شود که اجرای این برنامه کار مهمی نیست و اگر اجرا نشود اتفاقی نمی‌افتد و فرقی نمی‌کند. عزم ملی هم در سطح مجلس و هم دو وزارت بهداشت و وزارت رفاه و هم در سطح دانشگاه‌ها و پزشکان عمومی و متخصصان می‌خواهد. اگر این عزم و اراده‌ی ملی باشد پشت سر آن همه چیز خواهد آمد. عزم ملی به تدریج در حال شکل گرفتن است و امیدواریم سرعت اجرایی شدن این برنامه افزایش یابد البته اگر قرار به کشوری شدن برنامه‌ی پزشک خانواده باشد باید مجلس نیز اعتبار بیشتری در بودجه 95 لحاظ کند (دکتر ایمانیه).

در راستای الزام سیاسی مورد دیگر آن است که قوانین به گونه‌ای شفاف و غیرقابل تفسیر نوشته شود تا دولت‌ها به اجرای آن موظف شوند. قوانین باید به صورتی نوشته شوند که قابل تفسیر و بازنگری نباشند و هر دولتی موظف باشد آن را بدون تفسیر اجرا نماید.

ولی ما در کشور برنامه توسعه پنجساله داریم که همه دولتها باید آن را اجرا کنند. برنامه چهارم و پنجم خیلی متعلق به دولت نبود و شاید جوری نوشته شده که هر تفسیری می شد کرد. باید قوانین و دستورالعمل ها را واضح و روشن بیان کرد تا قابل توجیه نباشد. یعنی خود همان وزیر باید بیاید اول کاری کند که قوانین بازنگری شود و به گونه ای نوشته شود که مو لای درزش نرود. شاید برای همین کار 6 ماه زمان نیاز باشد تا مبانی قانونی را خوب فراهم کنیم. یعنی سال اول حمایت طلبی، تنقیح قوانین و بعد تشکیل تیم های تخصصی و سال دوم فرهنگ سازی هم در بین مردم و هم در بین پزشکان و متخصصان همزمان باید کریکولیوم های آموزشی نیز آماده شود. سال سوم و چهارم هم باید پایلوت ها صورت گیرد. پس از آن وزیر بعدی می تواند کار ارزشیابی این برنامه را انجام دهد و همین امر نیز ممکن است یکی، دو سال طول بکشد. و بعد از آنکه نتیجه ارزشیابی را در سطح مملکت بررسی کرد، وارد فاز پیاده سازی شود. به عبارتی اجرای پزشک خانواده نیازمند یک برنامه حداقل ده ساله است (دکتر ملک افضلی).

در زمینه اجرای شدن پزشک خانواده، الزام سیاسی کمک خواهد کرد که وزیر با قدرت و شجاعت بیشتری در جهت این هدف متعالی گام بردارد. به همین جهت نظام سلامت، به یک اقدام شجاعانه برای تحقق این امر مهم نیازمند می باشد.

سومین مسئله که به نظر من خیلی مهم است شجاعت است، مدیر سلامت نه تنها باید علم برنامه ریزی و مدیریتی داشته باشد بلکه باید شجاعت هم داشته باشد. وقتی می بینیم عده ای آب را گل آلود می کنند تا ماهی خودشان را بگیرند، حالا وقتی شما علم را داشتی و متوجه شدی و می خواهی مخالفت کنی چون منافع عده ای به خطر می افتد، کار مشکل می شود و اگر شجاعت نداشته باشی، به جایی نمی رسی. باید صدای عدالت از وزارت بهداشت شنیده شود، چون وقتی وارد شوی، بوق هایی به صدا در می آیند که نمی گذارند، جلو بروی، ما می گوئیم، شگری که در این مملکت می آید 4 تا 5 برابر نیاز مردم است، این پول را بدهیم به سبزی، میوه و گوشت تا مردم بخورند و پروتئین و ویتامین مردم از زیر استاندارد بیرون بیاید و استاندارد شود. حتی دولت به این مواد مفید سوبسید بدهد؛ اما تا این حرف را بنزید بوق ها به صدا در می آیند (دکتر اکبری).

2-12- برنامه و تقسیم کار

داشتن برنامه، تقسیم کار و انجام کار به صورت گروهی یکی دیگر از ملزومات پزشک خانواده است.

باید برای اقدام برنامه اجرایی داشته باشیم. در طرح پزشک خانواده اینها به درستی تعریف نشده بود. در تصمیم گیری برای مریض، پزشک جایگاه ویژه ای نداشت (دکتر کبیر).

قبل از برنامه‌ی اجرایی نیازمند برنامه کلی هستیم. برنامه های کلی به ما خط مشی کلی و مسیر پزشک خانواده را نشان می دهد. طبیعی است که در این برنامه نویسی و برنامه ریزی باید به سیاست های ابلاغی رهبری توجه نمود.

به هر حال هر کس می خواهد برنامه ششم توسعه را بنویسد باید سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری را مد نظر قرار دهد، بیمه پایه همگانی، اجرای نظام سطح بندی خدمات، سیستم ارجاع (دکتر شهریاری).

در برنامه ریزی اجرایی، استراتژی باید به گونه ای دقیق و جزئی شده نوشته شود و به نقش وزارت خانه، معاونت های مختلف آن، تأمین نیرو، اهداف و چشم انداز ها و در نهایت پایش برنامه توجه و تأکید شود.

بالاخره باید برنامه ریزی ها انجام شود تا بتوان پیش بینی های لازم را کرد. به عنوان مثال ترکیه با یک برنامه کوتاه مدت توانست کمبود نیروی پرستاری خود را جبران کند به این ترتیب که آمد و برنامه شش ماهه تربیت نیروی بهیار را گذاشت و توانست در عرض 2 تا 3 سال نیروی پرستاری خود را به 3 برابر ارتقاء دهد. ما هم می توانیم با ترسیم افق های برنامه پزشک خانواده برای چالش های پیش رو برنامه ریزی های منطقی انجام دهیم؛ زیرا وقتی برنامه است معلوم است که کجا هستی و می خواهی به کجا برسی و بر همان اساس نیرو تربیت می کنی و جلو می روی (دکتر امامی رضوی).

دکتر حق دوست بر ابعاد دیگری از برنامه ریزی و برنامه نویسی برای پزشک خانواده تأکید دارد. جایگاه خدمات سلامت اولیه و بهداشت عمومی در این برنامه کجاست. نسبت آن ها با معاونت بهداشتی چیست. آیا نیازمند معاونت دیگری هست یا خیر. در نهایت اینکه مبنای برنامه باید بهداشت و پیشگیری باشد و قدرت يك برنامه در آن است که معاونت های بهداشتی

يك وزارت خانه تا چه اندازه می توانند در ارتقای سلامت جامعه مشارکت کنند.

همه تقریباً این رو قبول دارند که ما باید نظام خانواده (پزشک خانواده) رو هدف بذاریم حالا اگه نظام خانواده اصل هست آیا معاونت بهداشت و درمان می تونن اینو بیارن؟ معاونت بهداشتی ما دو تا وظیفه داره؛ هم بحث پرایمری هلس کر هست هم بحث سلامت عمومی. اینا دو تا مقوله جداگونه هستن. ما تو یه ساختار داریم اینا رو ارائه می دیم. آیا واقعا اگر پرایمری هلس کر توی یه معاونت باشه، سکندری و ترشیاری توی یه معاونت، اینا می تونن با هم حرف بزنن؟ معاونت سلامت هم تشکیل دادن که اینا با هم آشتی کنن که نشد. من فکر می کنم ما یه دیویژنی می خوایم که واقعا پابلیک هلس رو مدیریت کنه، یکی واقعا که درمان ها رو از صفر تا صد پوشش بده. واقعا بحثی مثل ارتقاء سلامت یه بحث خیلی کلیدیست. در دنیا گاهی وقتا وزارت بهداشت نصفش ارتقاء سلامت است. معاونت های بهداشتی یا شبکه های بهداشتی چند کشور دنیا رو من دیدم واقعا عمده کارشون همین ارتقاء سلامت (دکتر حق دوست).

همچنین پزشک خانواده نیازمند برنامه نویسی پزشک خانواده به یک گروه ویژه نیازمند است تا برنامه های کلی را تدوین کند است که به صورت برنامه کلی نوشته شود. کاری که نباید شتابزده باشد بلکه ممکن است برنامه نویسی آن حتی یک سال به طول بینجامد.

بعد باید برود یک تیمی را که تجربه لازم دارد انتخاب کند همانند آنچه برای ایجاد شبکه بهداشتی-درمانی کردیم. یک شبکه ای که بالاخره همزمان باشند. این افراد را حمایت کند و بگویند بروید و مستر پلن یا برنامه مادر و کلی پزشک خانواده را بنویسید و بیاورید. البته همین مسئله ممکن است یکسال طول بکشد و برای این کار حدود یکسال هم فرهنگسازی کند.

3-12- تأمین منابع و نیروی انسانی

ما برای هر بخشی، برای هر خدمتی چند تا الزام داریم که مهم ترینش نیروی انسانی متخصص یا آموزش دیده ی ذی ربط، بعد امکانات فضایی و تجهیزاتی و بعد هم منابع مالی. یعنی همه ی اینا در واقع می شه منابع مورد نیاز (دکتر طریقت منفرد).

یکی دیگر از الزامات پزشک خانواده تأمین منابع و نیروی انسانی است. آنچه مسلم است این که چنین طرحی در کوتاه مدت هزینه بر است و از آنجا که نتایج آن در کوتاه مدت به آسانی به دست نمی‌آید، معمولاً اقبال به اجرای آن در کشور نیست. از سوی دیگر باید به این نکته توجه گردد که نتایج درازمدت این طرح در موضوعاتی چون پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و توزیع مناسب منابع، انگیزه لازم برای اجرای آن را به همراه دارد. به هر جهت در کوتاه مدت این طرح طرحی هزینه بر است که نیازمند اعتبار کافی است.

اعتبار کافی می‌خواهد به ویژه در اوایل کار باید اعتباراتی برای فراهم سازی بستر کار دیده شود که به هر حال بیش از اعتبار مورد نیاز فعلی است. همه جای دنیا وقتی خواستند، برنامه پزشک خانواده را اجرا کنند مجبور شدند ابتدا مقداری هزینه کنند و تازه بعد از 4 تا 5 سال منافع اقتصادی برنامه دیده می‌شود... دوم اعتبار کافی می‌خواهد به ویژه در اوایل کار باید اعتباراتی برای فراهم سازی بستر کار دیده شود که به هر حال بیش از اعتبار مورد نیاز فعلی است. همه جای دنیا وقتی خواستند، برنامه پزشک خانواده را اجرا کنند مجبور شدند ابتدا مقداری هزینه کنند و تازه بعد از 4 تا 5 سال منافع اقتصادی برنامه دیده می‌شود (دکتر ایمانیه).

این طرح افزون بر تأمین اعتبار، به نیروی انسانی نیز نیازمند است. به طور خاص برخی استان‌ها و شهرستان‌ها از داشتن پزشک خانواده محروم هستند که باید مورد توجه جدی باشند.

قطعاً به تعداد بیشتری پزشک نسبت به تعداد موجود نیاز است چون به هر صورت به ازای هر 2500 تا 3000 نفر باید یک پزشک خانواده وجود داشته باشد و ممکن است در برخی شهرستانهای کشور در این زمینه کمبود وجود داشته باشد (دکتر ایمانیه).

از سوی دیگر، باید به نظام پرداخت در کشور در کنار تأمین اعتبار و نیرو توجه شود. یکی از مهمترین نظام‌های پرداخت، پرداخت به ازای خدمت Fee For Service است که البته به نظر می‌رسد نظام پرداخت مناسبی نباشد.

به عنوان مثال به نظر بنده سیستم فی فور سرویس به منزله‌ی سم برای پزشکی کشور است. ما باید نظام پرداخت را ثابت کنیم، آن هم باید از طریق بیمه ای باشد و به این ترتیب سیستم درست می‌شود. شاید در بدو کار نارضایتی‌هایی را از سوی برخی پزشکان شاهد باشیم ولی در نهایت نتیجه کار مطلوب خواهد

بود و دیگر فکر و ذکر کسی پول درآوردن نخواهد بود و به امور دیگر هم توجه خواهند داشت (دکتر امامی رضوی).

در کنار تأمین اعتبار باید به موضوع مهم تأمین نیروی انسانی نیز توجه شود. نیروی انسانی آموزش دیده و به روز یکی دیگر از نیازهای اساسی پزشک خانواده در کشور است. از آن جا که نظام آموزش پزشکی کشور بر اساس الگوی سنتی شکل گرفته است، نیازمند درانداختن طرح آموزش پزشک خانواده و نیروی آموزش دیده با الگوهای جدید و به طور خاص الگوی پزشک خانواده می باشیم. در این جهت برنامه ها باید به صراحت این موضوعات را دنبال کرده، محور بودن پزشک خانواده را در آموزش پزشکی پیگیری نمایند.

وقتی پزشک خانواده را عنوان می کنیم، به نوعی بیگ رفرم محسوب می شود زیرا ساختارهای مختلف ما را متأثر می کند به عنوان تربیت نیروی انسانی خواه ناخواه باید نگاه بشه و دیده بشه. ما می بینیم که در پزشک خانواده اصلاً به نیروی انسانی نگاه نکردیم. وقتی پزشک خانواده را می خواهیم راه بیندازیم آیا نیروی انسانی ما دانشگده و دانشگاهها باید به همین شکل باشد، اصلاً تعیین تکلیف نکردیم. دوم اینکه همین محور پزشک خانواده را اگر مصداق بگیرم ما در باره پروایدرها چه فکری کردیم که وقتی می خواهیم پزشک خانواده را راه بیاندازیم به عنوان مثال آزمایشگاه ما، داروخانه ما را دیولوژی ما باید به صورت بخش خصوصی باشد، دولتی باشد و بعدش هم باید این ارتباط با پزشک خانواده در چه ساختاری باشد (دکتر پوراصغری).

تربیت نیروی انسانی البته در کنار موضوع آموزش باید به سمتی برود که پزشک در کنار خانواده و مردم قرار گیرد. نیروی انسانی باید به گونه ای تربیت شود که سلامت جامعه را همچون نقش بهورز در خدمات سلامت اولیه روستا، سلامت جامعه را سلامت خود بداند. بنابراین بخشی از موضوع تربیت نیرو، به شکل گیری نوعی فرهنگ بیمارمحوری و توجه به نیازهای بیماران در بسترهای اجتماعی مربوط است به گونه ای که پزشک خانواده بتواند به عنوان بخشی از جامعه تحت پوشش خود قرار گیرد.

افق پزشک خانواده فعلاً این است که گروهی را تربیت کنیم که رشته پزشک خانواده را راه اندازی کنند و خودشان هیات علمی بشوند و پزشکان عمومی را تربیت کنند تا یک پزشک عمومی در طول دوره آموزشی خود بیاموزد که کار پزشک خانواده چیست؟ و بدانند که وقتی در موقعیت یک پزشک خانواده در سطح یک قرار گرفتند چه مسئولیت هایی بر عهده دارند. برای این منظور نیز باید افرادی را به عنوان پزشک خانواده تربیت کنیم که در دل

مردم باشد. شاید دلیل اینکه برنامه‌ی بهورزی به خوبی توانست در جامعه بنشیند این بود که بهورز در بین مردم زندگی می‌کند و جزو خودشان است. مشکلات آنها را حل می‌کند به گونه‌ای که هم اکنون بر اساس مطالعات انجام شده، کنترل دیابت در بیماران مبتلا توسط بهورزان بسیار بهتر کنترل شده تا وقتی که تحت نظر فوق تخصص غدد انجام شده است. بنابراین پزشک خانواده نیز باید کار فرهنگی کند نه اینکه فقط در مطب بنشیند تا به او مراجعه شود. باید با مردم دوست شود. در بین مردم برود و مشکلات آنها را از نزدیک ببیند و در صدد حل آنها برآید. باید با مردم بجوشد و داخل مردم برود (دکتر امامی رضوی).

فصل سیزدهم

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر به خوبی گویای این امر است که همچون بیشتر نظام های پیشرو سلامت، پزشک خانواده ضرورتی جدی برای نظام سلامت در ایران است. جامعیت فرایند درمان، تمرکز بر پیشگیری و حفظ سرمایه های مادی و انسانی از مهمترین خصیصه های نظام پزشک خانواده است. در این میان، با توجه به محدودیت منابع کشورها و نظام های سلامت، حفظ منابع و داشتن برنامه در توزیع این منابع اهمیت زیادی دارد. از آنجا که پزشک

خانواده در دستیابی به وضعیتی روشن از اقتصاد سلامت، توزیع مناسب و برابر منابع، عنصر مهمی به شمار می‌رود، ابزاری مهم برای دستیابی به بیشترین اثربخشی در تصمیم‌گیری‌های سلامت است. پزشک خانواده اگر چه در کوتاه مدت ممکن است هزینه بر باشد، اما اگر به شکل درست و واقعی آن تحقق یابد، هزینه‌های سنگین درازمدت را کاهش خواهد داد. علاوه بر این، با توجه به سمت و سوی پیشگیری در نظام پزشک خانواده و اولویت آن بر درمان، می‌توان گفت پزشک خانواده یکی از ممکن‌ترین روش‌ها برای مواجهه درست و صحیح با تغییرات در الگوی بیماری‌ها در امروز و آینده‌ی کشور است. بنابراین، پزشک خانواده یک نظام جامع در توزیع منابع، پیشگیری و مواجهه با چالش‌های بالقوه است. به همین جهت است که سمت و سوی نظام‌های سلامت در بیشتر کشورها تحقق «پزشک خانواده» است.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تمام مشارکت‌کنندگان در تحقیق که از سیاستگذاران سطوح عالی در نظام سلامت کشور بوده‌اند اهمیت و جایگاه پزشک خانواده را به درستی دریافته‌اند. یافته‌های بخش قبل نشان داد که همه مشارکت‌کنندگان به نقش و جایگاه پزشک خانواده اعتقاد دارند و بر آن تأکید می‌ورزند. ارتقای سلامت، سمت و سوی پیشگیرانه در این طرح و پرهیز از دورریزی منابع نظام سلامت جزء ضرورت‌های مهم این طرح است. با وجود این، سوال این است که چرا پزشک خانواده تحقق نمی‌یابد. به طور خلاصه عدم تحقق پزشک خانواده به دلایل ذیل است:

نبود یا ضعف در اراده جمعی: یکی از موضوعات اساسی طرح شده در مدل سازی پزشک خانواده‌ی کشور این است که در تحقق این طرح اراده‌ای جمعی وجود ندارد. با آنکه همگان بر این باورند که پزشک خانواده یکی از بهترین گزینه‌های تحقق اهداف سلامت در کشور است؛ اما در تحقق آن اتفاق نظر وجود ندارد. در این میان درباره این که چگونه می‌توان چنین نظام آزمون شده‌ای را در کشور عملیاتی کرد، دو رویکرد کلی وجود دارد. رویکرد نخست این است که با توجه سپری نشدن مراحل توسعه یافتگی کشور، مراحل توسعه یافتگی را طی نکرده است، لذا ورود به این عرصه در وضعیت فعلی مقدور و به صلاح نیست. چرا که به دلیل ساختارهای نامتوازن و ضعیف اقتصادی و پایین بودن درآمد سرانه و نیز ضعف در زیرساخت‌های مبنایی کشور مثل فن آوری اطلاعات، اجرای پزشک خانواده به شکست می‌انجامد. معنای ضمنی این رویکرد این است که برای اجرای پزشک خانواده باید کشور مراحل توسعه یافتگی را بگذراند و در صورت شکل‌گیری زیرساخت‌های متوازن در سایر بخش‌ها، می‌توان پزشک خانواده را همچون مدل کشورهای توسعه یافته یا کشورهای در حال توسعه با درآمد

سرانه بالا اجرایی کرد. این نوع نگاه نوعی دیدگاه آرمان گرایانه است که به دلایل مختلف تلاش می کند مانع اجرایی شدن پزشک خانواده شود. آرمان گرایانه است از این جهت که به فلسفه پزشک خانواده اعتقاد دارد؛ اما یک جامعه آرمانی را دنبال می کند که در کنار توازن در سایر بخش ها پزشک خانواده هم اجرایی شود. این نگاه به پزشک خانواده، نیازمند نوعی بازنگری جدی است، به دو دلیل:

- اول آنکه فرایند توسعه یافتگی در یک کشور فرایندی سریع نیست که جامعه اراده کند و کشور توسعه یابد. در این زمینه توسعه یافتگی نیازمند شکل گیری نهادهای فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی خاص خود است که نمی توان انتظار داشت یک شبه رخ دهد تا بعد از آن برای اجرایی کردن پزشک اقدام نمود.

- نظام سلامت به علت جایگاه و اهمیت سلامتی افراد در یک نظام اجتماعی و نیز به علت هزینه بر بودن آن، خود یکی از ارکان توسعه یافتگی یا مانع توسعه است. لذا یک نظام سلامت ناقص و ناکارآمد خود باعث تأخیر در فرایند توسعه یافتگی کشور خواهد شد؛ زیرا از یک سو کمکی به ارتقای سلامت جامعه نکرده و از سوی دیگر بخش عظیمی از سرمایه ها و منابع را هدر می دهد. به همین جهت، سیاستگذاران نظام سلامت، باید به اهمیت جایگاه سلامت در توسعه یافتگی توجه کرده، تلاش کنند آن را به گونه ای منطقی و مبتنی بر نظرهای کارشناسی توسعه دهند.

- با توجه به مورد اول، باید گفت که چون نظام سلامت یک نظام پرهزینه است و باید سمت و سوی توزیع منابع باید در آن جهت گیری درستی داشته باشد، نمی توان بیش از این، یک نظام پیچیده و پرهزینه را فرو گذاشت. در غیر اینصورت، بخش عمده ای از منابع در مسیرها و جهاتی

می شود که نه تنها کمکی به نظام سلامت نمی کند بلکه چیزی جز اسراف و اتلاف منابع مادی و انسانی در پی ندارد.

- در نهایت آنکه نظام سلامت با چالش های بالقوه ای مواجه است که منتظر تصمیم گیری و تصمیم سازی نمی ماند. مواجهه با موضوعاتی چون سالمندی، بیماری های غیرواگیر، اچ آی وی و بیماری های مرتبط با سلامت روان نیازمند رویکردهایی معقول و متناسب است که در شرایط فعلی و مطابق نظر و تحقیقات فراوان، پزشک خانواده تنها راه برون رفت از این چالش هاست.

لذا بیکار گذاشتن سیستم، کمکی به وضعیت موجود نخواهد کرد بلکه باعث اتلاف سرمایه های زیادی خواهد شد که خود روند توسعه یافتگی کشور را تحت تأثیر قرار می دهد. اکنون پرسش این است که آیا باید همچنان منتظر توسعه یافتگی کشور بود تا بعد از آن پزشک خانواده تحقق پیدا کند. پاسخ روشن است: چنین رویکردی نه تنها اتلاف منابع است بلکه به انباشت مسائل و مشکلات در نظام سلامت می انجامد به طوری که در آینده باید هزینه های سنگینی برای ارائه خدمات تحمل نمود.

دومین رویکرد این است که نه تنها نمی توان منتظر یک اعجاز در توسعه یافتگی بود تا سیستم پزشک خانواده آغاز به کار کند، بلکه باید از جایی شروع کرد. و سوال در این رویکرد این است که **از کجا؟** در این زمینه نظام سلامت تجاربی کوچک، همراه با تردید و هراس و البته آزمون خطا را آزموده است. با وجود همه این مسائل، اگر این طرح آغاز شده است، پس باید اصلاح گردد، موانع برطرف شود و پیشروی نمود. پایلوت این مدل در چند سال گذشته در کشور و عقب نشینی وزارت خانه و پایلوت دوباره آن در استان های مازندران و فارس نشان می دهد که وزارت بهداشت شک و تردیدهای جدی و البته نوعی نگرانی درباره تحقق پزشک خانواده را آزموده است. به نظر می رسد شکست وزارت خانه در این مرحله به معنای به قهقرا رفتن پزشک خانواده برای دهه های آتی در کشور باشد. به همین جهت پزشک خانواده در کشور به حمایت و کمک جدی نیازمند است. در این جهت و در پاسخ به پرسش **«از کجا»**، راهکارهای ذیل به عنوان راهکارهای پیشنهادی تحقیق حاضر معرفی می گردد.

- برداشتن موانع ساختاری پزشک خانواده از دغدغه های صنفی نظام پزشکی، شرکت های دارویی و تجهیزاتی گرفته تا ایجاد و توسعه زیرساخت های نرم افزاری و IT. در این زمینه از آنجا که ممکن است وزارت بهداشت توان لازم برای مواجهه با تمامی این موانع را نداشته باشد، باید در سطوح بالاتر مثل مجلس و ریاست جمهوری برای برداشتن موانع تلاش شود. نظام سلامت نمی تواند سیاست های مهم و راهبردی خود در کشور را به سبب منافع صنفی فرد یا گروهی خاص معلق کند. در این شرایط تلاش وزارتخانه برای رفع موانع، نیازی جدی است.

برنامه ریزی و دانش: پزشک خانواده نیازمند برنامه ریزی و دانش است. در این جهت می توان از توان تمامی متخصصان حوزه سلامت، رفاه اجتماعی

و حتي دیدگاه سایر محققان کشور استفاده کرد. نمی توان پزشك خانواده را محدود به نظام ارجاع دید. پزشك خانواده يك بسته ی حمایتي سلامت است که اما بر چارچوبهاي فلسفي خاص خود مبتنی است. نظام سلامت نیازمند است برای نهادینه کردن این چارچوبها تلاش کند، ضمن آنکه بر ابزارها و امور واقعی نیز نظر دارد.

مدل سازي بومي و محلي: یکی از معضلات پزشك خانواده در رویکرد نخست - که در بالا اشاره شد - این تصور است که باید کشور به توسعه یافتگی دست پیدا کند و آن زمان پزشك خانواده را نهادینه کرد. ضمن تأکید بر نقاط ضعف دیدگاه مذکور که در بالا اشاره شد باید گفت پزشك خانواده با تهیه الگوهاي بومي می تواند بخشی از هزینه هاي خود را بکاهد. در این جهت، پزشك خانواده نیازمند مدل هاي خلاقانه و بومي است. این مدل ها نه تنها می تواند از مدل هاي جهاني تبعیت نکند؛ بلکه حتي در کشور نیز با توجه به مناطق جغرافيايي می تواند اشکال مختلف و متنوعي داشته باشد. این تنوع به سبك زندگی، فرهنگ، بیماری هاي شایع و انتظارات اجتماعي بستگی دارد که در هر منطقه از کشور وجود دارد. البته این بدان معنا نیست که ما از اصول پزشك خانواده عدول سرپیچی شود. بخشی از ویژگیها جزء ساختارهاي لاینفك پزشك خانواده است مثل نظام ارجاع، تأکید بر پیشگیری و بومي سازي بدان معنا نیست که این اصول کنار گذاشته شود؛ بلکه بدان معناست که این اصول در مناطق مختلف با توجه به منابع در دسترس و اصل اولویت باید محقق شود. نکته مهم در این باره رعایت اصل عدالت و برابري است. اینکه يك نظام اجتماعي انتظارات کمی از نظام سلامت داشته باشد، نباید این گونه تفسیر گردد که منابع کمتری به آن مناطق داده شود. نظام سلامت باید با رعایت اصل عدالت، توزیع منابع را با توجه به بومي سازي پزشك خانواده در هر منطقه ی کشور مورد تمرکز و تأکید داشته باشد.

ضمائم (بخشی از
مصاحبه ها)

دکتر محمد اسماعیل اکبری

دکتر محمد اسماعیل اکبری، جراح و استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سالهای 80 تا 84 معاون سلامت وزارت بهداشت بود، همان زمانی که در ماههای پایانی آن با تصویب قانون برنامه توسعه چهارم و ابلاغ

اعتبار 500 میلیون تومانی، اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران کلید خورد.

اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران چه ضرورتی دارد؟

دکتر اکبری: در حوزه سلامت چند تا اصل وجود دارد و مدیریت سلامت بدون این اصول یک مدیریت ابتر است، یکی از این اصول و شاید یکی از مهمترین آنها **سطح بندی خدمات** است. اگر سطح بندی خدمات شکل نگیرید. هیچ کس قادر به ارائه خدمات مناسب و ارزشمند از نظر هزینه- فایده نخواهد بود. سطح بندی خدمات در نظام سلامت در حوزه خدمات درمانی، تشخیصی و بهداشتی از خانواده شروع می شود و تا فوق تخصص ها ادامه پیدا می کند.

محور این سطح بندی نیز در همه جای دنیا، پزشک خانواده است، حالا اسمش را هر چه بگذارید فرقی نمی کند، معمولاً یک شخص توانمندی این کار را عهده دار می شود که با تمام گروههای تخصصی و فوق تخصصی پزشکی ارتباط دارد و همزمان با گروههای دیگر پرستاری و آزمایشگاهها نیز مرتبط است و سلامت کل جامعه را این گروه پوشش می دهد.

طبیعتاً این افراد به تناسب کشورها متفاوت هستند، در برخی کشورها پرستار این وظیفه را انجام می دهد و آدم واسط و مسئول سلامت افراد پرستار است. در کشورهایی که نظام سلامت آنها پیشرفته تر است، کم کم این وظیفه را به پزشک عمومی داده اند و حتی برخی کشورها متخصص پزشک خانواده این وظیفه را به عهده گرفته است، یعنی سطح کار به سمت بالا رفته است.

جایگاه پزشک خانواده در نظام سطح بندی خدمات، یک جایگاه مدیریتی نیز هست و تقریباً هیچ جایگزینی دیگر برای آن نداریم و هر که می خواهد نظام سلامت را مدیریت کند باید به این روش فکر کند.

در ساختار مدیریتی حوزه سلامت مجبوریم نظام سلامت را اجرا کنیم و گرنه نمی توانیم مراقبت از سلامت مردم را مدیریت کنیم. در این نظام مثلاً باید تعریف شود که خانواده چه وظیفه ای دارد، گروه بهورز چه وظیفه ای دارد، گروه کارشناس چه کار باید بکند، پزشک عمومی چه کاری باید انجام دهد و متخصص چه کاری باید بکند.

این سطح بندی خدمات ضرورت دارد و هر مدیری که برای نظام سلامت بیاید، اگر سطح بندی خدمات را فراموش کند و آن را لحاظ نکند، یا سواد لازم

را ندارد یا اینکه به علت سختی کار از آن فرار می کند. چون کسی که سواد این موضوع را دارد، می فهمد که قضیه سخت است و از آن فرار می کند و گر نه کسی نمی تواند آن را انکار کند و حتماً باید وجود داشته باشد. در هیچ جای دنیا نیز برای مدیریت سلامت چاره ای جز این نیست.

الان در کشور ما علت بلبشویی که در نظام خدمات سلامت وجود دارد، این است که سطح بندی خدمات وجود ندارد، فوق تخصص خودش خدمات پاراکلینیکی ارائه می کند و معلوم نیست چه کسی چه کاری را باید انجام دهد. من به عنوان یک فوق تخصص خودم تشخیص اولیه را هم انجام می دهم. در حالی که نباید انجام دهم.

من باید کاری را انجام دهم که درسش را خوانده ام و سوادش را دارم ولی عملاً این طور نیست، هر کس از سد منشی من رد شود می تواند ویزیت من (فوق تخصص سرطان) را داشته باشد. حال ممکن است این فرد فقط یک مقدار خلش تنگ شده و احساس کرده، سرطان دارد و اصلاً سرطانی در کار نیست، شاید هم سرطان داشته باشد اما من در هر صورت پیشرفته ترین آزمایشهای سرطان را برای او تجویز می کنم، در حالی که قبلاً باید در سطح پایین تر غربالگری می شد. بعد پیش من می آمد و موظف بودم برای کسی که این مسیر را طی کرده، خدمات تخصصی را ارائه دهم و این طوری هر کسی، وقت من و هزینه خود را هدر نمی دهد.

پس اولین ضرورت اجرای پزشک خانواده، لزوم اجرای نظام سطح بندی است، ضمن اینکه سیستم را پاسخگو می کند. پزشک خانواده می تواند مردم را توانمند کند و این طوری خود افراد کلی از کارهای لازم برای سلامت را انجام می دهند و در سطوح مختلف پیشگیری، بهداشت و حتی درمان خیلی کارها را خود مردم به عنوان سطح اول خدمات می توانند با آموزشهایی که از پزشک خانواده می گیرند، انجام دهند.

در آمریکا الان با ایمیل و پیامک و این نوع امکانات ارتباطی افراد با پزشک خانواده در ارتباط هستند و برای یک سردرد ساده، پزشک خانواده با مراجعه به سابقه بیمار از راه دور به او می گوید فلان قرص را بخورد و به طور اتوماتیک مردم برای حفظ سلامت خود توانمند می شوند.

در کشور ما هم با ایجاد شبکه ما مثلاً بهورز را داریم که خدمات اولیه مثل واکسیناسیون و برخی داروهای اولیه و رژیم های غذایی را برای افراد ارائه می کنند، در بخش خصوصی هم پرستار می تواند خیلی از این خدمات را ارائه کند و بعد از آن پزشک عمومی را داریم اما وقتی شما

یک عده آدم را به عنوان پزشک خانواده تربیت کردید تا نیازهای مردم را بشناسد و خدمات سلامت ارائه کند، نظام سلامت را پاسخگو و اثربخش کرده اید.

در چنین سیستمی خود مردم تا 80 درصد خدمات سلامت را می توانند خودشان برآورده کنند. مردم در این حوزه چهار نیاز دارند، برخی نیازها مربوط به **ارتقای سلامت** است که باید چیزهایی را یاد بگیرند تا سلامتشان بهتر از وضع موجودشان بشود. یک سطح بالاتر این است که **از بروز بیماریها پیشگیری کنند**، که این با ارتقای سلامت فرق دارد، سطح بعد این است که یاد بگیرند چطور خوب **خودشان را درمان کنند**، به عنوان مثال اگر پزشک به آنها گفت، این داروها را در فلان ساعت و در این دوره مصرف کن یا فلان رژیم غذایی را داشته باشد، از سطحی از توانمندی برخوردار باشند که بتوانند این دستورات را به خوبی اجرا کنند، زیرا بسیاری از مردم در شرایط فعلی که پزشک خانواده نداریم، اصلاً توانایی این کار را ندارند.

اگر این سیستم اجرا شود و مردم بتوانند 80 درصد سلامتشان را خودشان تأمین کنند، می ماند 20 درصد دیگر خدمات سلامت که باید سطوح بالاتر ارائه کند که باز همان سطوح تعریف می شود یعنی دوباره کادر درمان باید ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماریها، درمان بیماری و توانبخشی ناشی از عارضه را به مردم ارائه کنند.

در این نظام سطح بندی دیگر لازم نیست مردم برای هر کاری مستقیم نزد متخصص یا فوق تخصص بروند، **چون اصولاً من به عنوان یک فوق تخصص خیلی از اصول پیشگیری را اساساً بلد نیستم**. درست است که تخصص گرفتن سخت است اما معنی آن این نیست که مثلاً یک جراح پیشگیری از بروز بیماری سرطان را بلد باشد. اصلاً چنین چیزی نیست و کس دیگری باید برای این کار تربیت شود. این معنای سطح بندی خدمات است.

هر کشوری برای اجرای نظام سطح بندی خدمات سلامت، یک طراحی انجام می دهد مثلاً انگلستان که یکی از زیباترین برنامه های پزشک خانواده جهان را دارد، هر فرد یک پرستار خانواده دارد که به جزئیات زندگی او وارد است مثل همان بهورز ما، عندالزوم می گوید از این جا به بعد من نمی توانم کاری انجام دهم و باید به پزشک خانواده مراجعه شود و در واقع در انگلیس سطح بندی این طور تعریف شده است که خانواده، پرستار خانواده، پزشک خانواده و متخصص. هر کشوری سیستم خودش را دارد، مثلاً در کشور ما پزشک عمومی با گذراندن یک دوره کوتاه به پزشک خانواده

تبدیل می شود و در انگلیس با دوره طولانی این کار صورت می گیرد. در آمریکا نیز که کلاً متخصصان پزشک خانواده وجود دارد.

در سطح بندی خدمات زیباترین بخش این است که پزشک خانواده محور است، یک طرف او مردم و گروههای پیراپزشک هستند و یک طرف دیگر او گروههای تخصصی و نظام های اقتصادی و تأثیرگذار هستند که این فرد پزشک خانواده بهترین فرد برای مدیریت نظام سلامت است.

• چه ضرورتی دارد که پزشک خانواده محور قرار گیرد؟

مهمترین مزیت آن این است که در مقابل سلامت مردم مسئولیت پیدا می کند، وقتی از مردم اسم می آوریم این مردم و جمعیت تحت پوشش باید تعریف شود که پزشک خانواده در مقابل چه افرادی مسئولیت دارد. بنابراین اولین کار برای اجرای پزشک خانواده تعریف جمعیت تحت پوشش است. که این جمعیت معمولاً بین هزار تا 2 هزار نفر را تشکیل می دهد که حدود 250 تا 500 خانواده می شود.

در برخی شهرهای کوچک که تراکم جمعیتی کم است ممکن است این جمعیت به حدود 700 نفر برای هر پزشک خانواده برسد. اما استاندارد بین هزار تا دو هزار نفر است. نکته مهم دیگر این است که این جمعیت تحت پوشش باید **نرمال** باشد. یعنی خانواده باشد و در آن زن، مرد، بچه و سالمند وجود داشته باشد و گر نه پزشک خانواده تعریف نمی شود و اگر جمعیت را در یک مهد کودک یا آسایشگاه سالمندان ببریم تخصصی می شود؛ متخصص زنان، اطفال یا متخصص طب سالمندی باید فعالیت کند و دیگر پزشک خانواده نیست.

سوم اینکه باید **بر مبنای پروتکل** باشد یعنی بر مبنای یک **برنامه علمی یا راهنمای ملی بالینی** باشد و سلیقه ای عمل نشود. این طور نباشد که فکر کنیم که هر کس درس دکتری خوانده باشد، دیگر درمان هر بیماری مثلاً دیابت را بلد است بلکه باید همه پزشکان خانواده بر اساس یک پروتکل و برنامه تدوین شده و استاندارد عمل کنند و گر نه در برنامه انحراف پیدا می شود.

چهارم اینکه **تمام اطلاعات باید ثبت** شود. در حال حاضر جایی که پزشک خانواده وجود ندارد، ثبت اطلاعات هم وجود ندارد، سلیقه ای عمل می شود و هر کس با استدلال خودش برای درمان بیماریها عمل می کند.

پنجم اینکه باید این برنامه **قابلیت ارزشیابی** داشته باشد. یعنی یک سیستم نظارتی به طور مستمر روند اجرای برنامه و خروجی عملکرد پزشک خانواده را ارزیابی کند.

ششم اینکه باید کار به صورت **تیمی** انجام شود و پزشک خانواده یکی از اعضای تیم و محور این تیم است. یعنی یک عده آدم باید زیردست پزشک خانواده باشند که در کشورهای مختلف این آدمها به شکل های مختلف تعریف می شوند.

در کشورهای پیشرفته مثلاً به محض اینکه بیمار دیابتی در قوطی انسولین را باز کرد یک پیامک برای پزشک خانواده می شود که یعنی وظیفه اش را انجام داده بعد یک فرد از تیم پزشک خانواده هر هفته به فرد سر می زند که ببیند داروها به موقع مصرف شده است یا نه. در واقع به انحنای مختلف نظارت می شود یک آدمی مثل بهورز ما یا دستیار پزشک خانواده نیز هست که مثل آچار فرانسه کارها را پیگیری می کند.

حالا در مواردی که بیماری پیشرفته تر می شود دیگر پروتکل پزشک خانواده جواب نمی دهد و مجبور است فرد را به سطح بالاتر که همان متخصصان هستند، ارجاع دهد. گاهی البته با یک تلفن و مشاوره ساده از متخصص، پزشک خانواده می تواند مشکل را حل کند اما در موارد پیچیده تر حتماً باید ارجاع صورت گیرد.

نکته بعدی **اثر بخشی هزینه** است، هر کاری در نظام سلامت انجام شود، خرج دارد و به طور طبیعی باید حداکثر 30 درصد هزینه ها از جیب مردم پرداخت شود و 70 درصد از طرف دولت و بودجه عمومی باید پرداخت شود. برای اینکه این هزینه - اثر بخشی وجود داشته باید سیستم چکاب سلامت و آزمایشهای دوره ای وجود داشته باشد تا جلوی بروز خیلی از بیماریهای مثل دیابت، نارسایی کلیه و... گرفته شود و بار بیماریها کاهش یابد. در این صورت اگر پزشکی بیجا عکس و آزمایش بنویسد خلاف کرده و باید پاسخگو باشد و در نهایت اینکه پزشک خانواده باید بر مبنای عدالت حرکت کند، یعنی توزیع کامل امکانات سلامت برای عموم مردم، یعنی همه مردم از نخست وزیر گرفته تا افراد عادی باید به طور عادلانه از خدمات سلامت بهره مند باشند و پارتی بازی نباشد، چنانچه دیدیم نخست وزیر سوئد در یک جلسه سیاسی افتاد و پایش شکست و 3 ماه در نوبت ماند تا استخوان پایش عمل شد.

البته در عین حال سیستم تریاژ و اولویت بندی بیماران نیز وجود دارد و مریضی که اورژانسی است و مثلاً طحالش پاره شده، باید ظرف 25 دقیقه به اتاق عمل برسد و تا مهر اورژانس روی پرونده بیمار خورد کل ساختار به حرکت در می آید و این یعنی عدالت.

یادمان باشد محور همه این کارها پزشک خانواده است و اگر من به عنوان فوق تخصص محور قرار گیرم همه را می کشم سمت خودم. من که فوق تخصص سرطان هستم فکر می کنم همه سرطان دارند، چون علم من در این زمینه است و کار را خراب می کنم، متخصص قلب، ریه و داخلی هم همین طور. ما متخصصان افراد را جامع نمی بینیم، پزشک خانواده از این نظر از ما بهتر است.

در این سیستم پزشک متخصص ممکن است یک سری خدمات مانند MRI تجویز کند که پزشک خانواده بگوید، این تجویزها در پروتکل من به عنوان پزشک خانواده نیست و باید حتماً پزشک متخصص دلیل این تجویز را بنویسد و برای این تجویز باید توجیه علمی بیاورد و اگر توجیه علمی متخصص، پزشک خانواده را قانع کند پزشک خانواده مهر تأیید بر تجویز متخصص می زند.

البته موارد اورژانس، استثناست و بلافاصله بعد از تأیید اورژانسی بودن، ظرف 15 تا 20 دقیقه بیمار پذیرش می شود. اینجا است که ما وارد فاز عدالت در سلامت می شویم.

این 8 شاخص که برشمردم شامل: تعریف جمعیت، نرمال بودن جمعیت، بر مبنای پروتکل بودن، قابل ارزیابی بودن، کار تیمی، ثبت اطلاعات، عادلانه بودن و هزینه - اثربخش بودن شاخص های اولیه پزشک خانواده است که نحوه عملکرد پزشک خانواده را نشان می دهد.

• چرا این طرح با وجود این مزایا و شاخص های علمی و تکلیف قانونی بعد از یک دهه هنوز اجرایی نشده است؟

من قول داده ام که عملکرد دولت را نقد نکنم، ولی طور دیگری پاسخ شما را می دهم، اشکالی که صورت گرفته این است که گفته اند، اجرای پزشک خانواده وظیفه وزارت بهداشت است، در حالی که اصلاً چنین چیزی نیست، اجرای پزشک خانواده وظیفه کل حاکمیت است. هر وقت حاکمیت به این حد از عمل و دانایی رسید که بایستی پزشک خانواده که مبنای عدالت

محوری دارد و پاسخگوی نیازهای همه مردم است شکل بگیرد، آن زمان می توان به اجرای آن امیدوار بود.

اگر چه 80 درصد اجرای پزشک خانواده به دوش وزارت بهداشت است ولی اصلاً این طور نیست که وزارت بهداشت بتواند به تنهایی آن را اجرا کند و هیچ جای دنیا هم این طور نیست، شما ساختار نظام سلامت آمریکا را ببینید، آمریکا بلبشوترین نظام سلامت دنیا را دارد حالا آقای اوباما آمده و طرح سلامت را داده و مشخص کرده که طی 15 سال چه اتفاقاتی باید در این حوزه بیفتد و واقعاً هر 5 سال طبق برنامه جلو می روند.

آقای اوباما در واقع طرح سلامت را پایه گذاری کرد و در حقیقت **خودش رئیس نظام سلامت** شد نه وزیرش، چون در این امر بیمه ها دخالت دارند، وزارت اقتصاد، وزارت رفاه، وزارت بازرگانی، وزارت کشاورزی، شهرداری ها، سازمانهای غیر دولتی و ... همه دخالت دارند و می بینیم که اجرای این برنامه صرفاً به وزارت بهداشت مربوط نیست.

وزارت بهداشت تنها کار تکنیکال و فنی کار را به عهده دارد، به عنوان مثال گایدلاین های ملی سلامت را باید تدوین کند. تدوین پروتکل خدمات پزشکی و سلامت به عهده وزارت بهداشت که متخصص این حوزه هستند اما مثلاً برای ارتقای سلامت مواد غذایی یک دفعه با مسئله سموم آفات کشاورزی مواجه می شویم که تدوین پروتکل و نظارت آن با وزارت کشاورزی است یا یک جاهایی بیمه ها مسئولیت دارند و وزارت بهداشت نقشی ندارد.

بنابراین ما به شدت راه را اشتباه رفته ایم. تصور اینکه وزارت بهداشت، موسس، بنیانگذار، اداره کننده و اصلاح کننده و اجرا کننده پزشک خانواده است تصور درستی نیست.

دومین دلیل این است که شترسواری که دولا دولا نمی شود، باید راست قامت باشی، یعنی وقتی می خواهیم مسئولیت سلامت مردم را قبول کنیم **باید پول خرج کنیم**، این پولی که می خواهیم خرج کنیم باید از بودجه عمومی باشد، نه از جیب مردم و تأمین نشدن منابع مالی هم دومین مانعی بود که باعث عده ای فرار کنند و این برنامه به نتیجه نرسد.

مسئله دیگر این است که پزشک خانواده باید بر مبنای اصول علمی اجرا شود، نمی شود شما چنین اقدام بزرگی را هر طور دلتان خواست اجرا کنید، الان اوباما در طرح اصلاح خدمات سلامت اعلام کرده که باید هر سال 25 درصد هزینه های سلامت کم شود و همزمان 25 درصد پوشش جمعیتی بالاتر

برود و در 5 سال اول اجرای این برنامه این هدف انجام شد. در حالی که آمریکا بلبشوترین سیستم سلامت دنیا را داشت و 40 میلیون نفر هیچ نوع پوشش خدمات سلامت نداشتند و هیچ کس در مقابل سلامت آنها احساس مسئولیت نمی کرد. حالا یک عده آدم آمده اند برنامه علمی نوشته اند و دارند راهنمای بالینی تدوین می کنند.

آن طرف برنامه علمی، تجارت و جهالت است، پزشک می آید بدون دلیل عکس و آزمایش تجویز می کند اما علم و پروتکل است که باید تعیین کند، کجا عکس گرفته شود و کجا نباید این کار انجام شود و به ضرر بیمار است. این کار خیلی سختی است که شما شمشیر بکشی و به گروه تخصصی بگویی اینجا باید این کار را بکنی و آنجا نباید آن کار را بکنی.

پس در مورد موانع اجرا خلاصه می کنم، اولین مسئله تأمین پول است و باید سهم سلامت را از درآمد ناخالص ملی و GDP جدا کنیم. این سهم در کشورهای مختلف متفاوت است بیشترین آن حدود 15 و اخیراً 16.5 درصد است و کمترین آن حدود 2.5 و 3.5 درصد است، این عدد در کشور ما حدود 6 درصد است.

با 6 درصد درآمد ناخالص ملی نمی شود پوشش جامع سلامت برای مردم ایجاد کرد، نمی گویم بشود 16 درصد ولی باید به حدود 10 درصد برسد.

مسئله مهم دیگر این است که این پول باید با برنامه هزینه و تقسیم شود، نمی شود آن بریزیم توی چاه ویل درمان، چاه ویل چیست؟ همین است که اعتبارات سلامت را بدهیم دست متخصصان. **متخصصان خطرناکترین افراد برای هر جامعه مدیریتی هستند.** نه اینکه آدم های بدی هستند. ذهنشان باریک است. وقتی من می شوم متخصص یا فوق تخصص سرطان همه چیز را از منظر خودم می بینم و این نگاه برای کار مدیریتی و برنامه ریزی خطرناک است. نباید پولمان را بریزیم توی چاه ویل درمان تخصصی.

باید بینیم چقدر از اعتبارات باید برود برای ارتقای سلامت، چقدر برای پیشگیری، چقدر برای درمان، چقدر برای بیماریهای سخت و صعب العلاج و چقدر برای عام مردم باشد. گاهی من به عنوان فوق تخصص یک دستگاه پیشرفته را حتی با پول خودم می خرم تا کارم آسان شود و همه می گویند چه کار خوبی کرد و این آقا یا خانم چقدر آدم مهمی است، در حالی که شاید خرید و ورود آن دستگاه به نفع سیستم سلامت نباشد و هزینه ها را بی دلیل افزایش دهد.

ضمن اینکه در این اثنا شرکتهای سودجوی تجهیزاتی هم می آیند تا در این میان یک چیزی هم گیرشان بیاید.

سومین مسئله که به نظر من خیلی مهم است **شجاعت** است، مدیر سلامت نه تنها باید علم برنامه ریزی و مدیریتی داشته باشد بلکه باید شجاعت هم داشته باشد. وقتی می بینیم عده ای آب را گل آلود می کنند تا ماهی خودشان را بگیرند، حالا وقتی شما علم را داشتی و متوجه شدی و می خواهی مخالفت کنی چون منافع عده ای به خطر می افتد، کار مشکل می شود و اگر شجاعت نداشته باشی، به جایی نمی رسی.

باید صدای عدالت از وزارت بهداشت شنیده شود، چون وقتی وارد شوی، بوق هایی به صدا در می آیند که نمی گذارند، جلو بروی، ما می گوئیم، شکری که در این مملکت می آید 4 تا 5 برابر نیاز مردم است، این پول را بدهیم به سبزی، میوه و گوشت تا مردم بخورند و پروتئین و ویتامین مردم از زیراستاندارد بیرون بیاید و استاندارد شود. حتی دولت به این مواد مفید سوبسید بدهد اما تا این حرف را بزنید بوق ها به صدا در می آیند.

به مردم می گویند نمک ارزانترین نگهدارنده است و مصرفش را بالا می برند تا بگوئیم مضر است، یک عده ای صدایشان در می آید. شما هیچ جا نگهداره ای جز نمک نمی بینید چون اقتصاد در آن دخالت دارد. از نظر من مهمترین عامل ارتقای سلامت مردم، توانمندشدن آنان است. اگر مردم آگاه و توانمند شدند دیگر نمی شود آنها را گول زد و دکان خیلی ها تعطیل می شود. وقتی سلامت و پزشک خانواده مطالبه مردم شد، آن را از حاکمیت طلب می کنند.

البته تغییر فکر مردم کار سختی است و زمان می برد و متأسفانه این تفکر هست که چرا من امروز گندم بکارم که دیگران 40 سال دیگر بیایند و بهره اش را ببرند. می خواهند همین الان نتیجه کارشان را ببینند. من با وزیر بهداشت کانادا صحبت می کردم، دیدم که چطور وقتی از سلامت مردم کشورش صحبت می کرد، بغض می کرد و می دید که کارتل ها و پولدارها با او مقابله می کردند.

چطور من ممکن است به بهشت بروم و آن وزیر بهداشت کانادا که برای مردم کشورش خون دل می خورد و دلسوزی می کند به جهنم برود.

• تجربه شخصی شما در اجرای برنامه پزشک خانواده چه بوده؟

زمانی که من در وزارت بهداشت مسئولیت داشتم در دولت دوم آقای خاتمی، چندین ماده قانونی را برای اجرای پزشک خانواده تصویب کردیم و اکنون پشتوانه قدرتمند قانونی برای اجرای این برنامه داریم. الان هم برنامه پنجساله داریم، هم قانون برای پزشک خانواده داریم و هم در سیاستهای کلان که فرمان مقام معظم رهبری است، اجرای این برنامه را به عنوان تکلیف داریم، چیزهایی داریم که با آنها می شود معجزه کرد.

زمانی که من کار را شروع کردم، قانون نبود، ما از سال 80 شروع کردیم به مطرح کردن پزشک خانواده، تجربیات جهانی را در 30 سال قبل از آن داشتیم و مدل های مختلفی برای اجرای پزشک خانواده و نظام سطح بندی خدمات وجود داشت، اینها را جمع آوری کردیم و آن قدر رفتیم مجلس و آمدیم تا نهایتاً قانع شدند و در برنامه چهارم توسعه 500 میلیون تومان برای اجرای آن تصویب کردند و 29 اسفند سال 83 که آخرین سال مسئولیت ما در دوره وزارت دکتر پزشکیان بود، ابلاغ شد.

ما دیدیم که برنامه پزشک خانواده ابلاغ شده ولی ما هیچ کاغذ و پروتکل اجرایی نداشتیم با تجربه ای که داشتیم به سرعت ظرف دو ماه تا اردیبهشت 84 یکسری کاغذ دادیم. من مانده بودم با این پول 500 میلیون تومان چه کار کنم، اما همان پولی که تصویب کرده بودند را آن زمان به ما ندادند. ما می خواستیم سریع نیروهای پزشک خانواده را مستقر کنیم اما امکانات و اعتبارات را در اختیار نداشتیم.

یادم هست به هر پزشک عمومی یک میلیون تومان می دادیم و توانستیم 60 درصد مراکز روستایی را با استقرار 5 هزار نفر به زیر پوشش پزشک خانواده ببریم و همه این کارها را خیلی سریع ظرف دو ماه انجام دادیم.

مشکل ما این بود که نمی دانستیم وضعیت دولت چه می شود، آیا دیدگاه ما در دولت بعدی هم می ماند یا نه. ما فروردین 84 کار را شروع کردیم و تا خرداد پزشکان خانواده را به روستاها فرستاده بودیم اما دولت بعد حدود مرداد سر کار آمد و دیدیم کارها به هم خورد.

یادم هست برای پزشکان عمومی که می خواستیم به روستاها بفرستیم سخنرانی کردم و گفتم، این برنامه پزشک خانواده و قانون مصوب است ما تا اینجا راه را آمده ایم، هنوز هم اعتباری نگرفته ایم، ممکن هم هست دو ماه دیگر که دولت عوض می شود، همه این حرفها برود روی هوا. شما الان بروید توی روستاها و دو ماه بعد که دولت عوض شد بروید و پولتان را بگیرید. من الان پولی ندارم، شما مردانگی کنید و بروید من

این قدر زحمت کشیدم، شما هم بکشید، جوان هستید. در یک فضای عاطفی رفتند به روستاها و نزدیک به 40 درصد نیروهای مامای مورد نیاز آنها هم تأمین شد.

• از روستاها شروع کردید؟

بله چون آسانتر بود و ما وقت هم نداشتیم. البته اجرای پزشک خانواده در روستاها در آن زمان شبیه شوخی بود چون هیچی نداشتیم و توانستیم 60 درصد در کشور و در برخی مناطق تا 80 درصد روستاها را پوشش دهیم. یادم هست بیشتر از 4 هزار نفر را به روستاها فرستادیم. حدود 3 هزار نفر پزشک عمومی بودند که در آن زمان رقم بالایی بود.

فشار کاری زیاد بود و همزمان پروتکل علمی پزشک خانواده را می نوشتیم اما ما در جهان سوم زندگی می کنیم. یکدفعه دولت عوض شد و همه این کارها برای دو سال ول شد و دو سال به طور مطلق تعطیل کردند. ما برای اجرای پزشک خانواده هیچی نداشتیم و به سرعت داشتیم از دنیا یاد می گرفتیم اما بعد تعطیل شد، کارشناسان و کارمندان وزارت بهداشت هم وقتی فهمیدند که مسئولانشان دغدغه ندارند؛ ول کردند.

پول ندادند، حقوق ندادند، روستاها از پزشک خانواده خالی شد بعد از دو سال با کلی سر و صدای مجلس دوباره کار را شروع کردند، دو سال دوم دولت بعد شروع کردند تا اینکه وزیر عوض شد و خانم دکتر آمد و دید توان این کار را ندارد و بازی کرد، چون اجرای پزشک خانواده یک انقلاب است تازه انقلابی است که پزشکان متخصص هم از آن خوششان نمی آید، چون آقا بالاسر پیدا می کنند، وقتی می گوید این بیمار باید عمل شود، از او می پرسند چرا باید عمل شود.

من الان به عنوان یک جراح متخصص خودم آقا بالاسرم هر دستوری دلم بخواهد می دهم، این عکس را بگیر، آن آزمایش را بده، اما اگر پزشک خانواده اجرا شود باید بر هر کدام از این دستورات توضیح بدهم، یقه ام را می گیرند، می گویند این چه عملی بود که انجام دادی، چرا این کار را کردی، بنابراین اکثر متخصصان مخالفند.

• چه موانعی بر سر اجرای برنامه پزشک خانواده می بینید؟

ببینید، ما متخصصان به عنوان گروه پزشکی که با اجرای پزشک خانواده مخالفیم، ساختار تجهیزاتی و دارویی هم مخالف است چون منافعهش به خطر می افتد، بی اطلاعی مردم و سوء استفاده از آن هم هست. به آقای وزیر

اگر بخواهد اجرا کند و دلسوزی کند؛ می گویند چرا می خواهی محدودیت ایجاد کنی. فلانی نمی خواهد پیش آن دکتر برود، می خواهد هر جا دلش خواست برود و این خیلی خطرناک است.

مقابله با این همه مشکلات خیلی کار سختی است، بنابراین یواش یواش ول کردند، دکتر هاشمی هم که یک خورده شجاع بود، آمد و از اول گفت من هیچ کاری به پزشک خانواده ندارم.

بنابراین خلاصه کنم، دینداری یعنی اینکه اگر مسئولیت دارم، بهترین کاری که برای مردم می شود انجام داد را انجام دهم. اگر سواد این کار را ندارم حق ندارم وارد شوم و اگر مسئول شدم، حق ندارم شجاع نباشم.

ما این قدر در عالم سیاست به هم گیر می دهیم، خوب بیاییم سیاست را با تکنیک قاطی کنیم، فکر می کنید آمریکایی یا انگلیسی ها کار سیاسی نمی کنند، کار سیاسی می کنند اما حرف علمی می زنند و صلاح مردمشان را می خواهند.

• از الان به بعد برای استقرار پزشک خانواده چه کار باید بکنیم؟

اکبری: من الان برای اجرای پزشک خانواده دوگروه را جدا می کنم، یکی مقام معظم رهبری که حرفش را زده، ابلاغیه هایی که باید برای تدوین قانون بدهد، داده و حداقل دوبار در این مورد صحبت کرده است. جای دیگر مجلس است، مجلس هم وظیفه اش را انجام داده است و حتی تا تعیین شاخص های ریز هم پیش رفته است می ماند حوزه اجرایی.

اجرای برنامه یعنی کار دولت، از نظر بنده باید شخص رئیس جمهوری برای اجرای پزشک خانواده تصمیم بگیرد، ساختار سلامت را اصلاح کند، شخص رئیس جمهور و بعد رئیس قوه قضاییه الان باید به وظیفه خود عمل کنند. قوه قضاییه باید برای اجرای پزشک خانواده به قوه مجریه کمک کند. من معتقدم شخص رئیس جمهوری باید ارزش پزشک خانواده را بفهمد و برایش احترام قائل باشد، برای اجرای آن هم باید مرد کهن بیاورد، سختی کار را هم همه باید بدانند، فکر نکنند اگر امروز دستور اجرا دادند، فردا اجرا می شود، کار سختی است. بنابراین پیشنهادم این است که برای اجرای پزشک خانواده شخص رئیس جمهوری و رئیس قوه قضاییه باید وارد شوند البته یکسری مسائل علمی و تکنیکال دارد که کار وزارت بهداشت است اما مسئولان اجرایی باید با شجاعت پای کار بایستند.

• شما در بین دو قوه مجریه و قضاییه اراده اجرای این برنامه را می بینید؟

اکبری: شما می بینید؟ من ارزیابی نکرده ام اما بالاخره باید یک صدایی بشنویم، من نمی شنوم. من الان توجه به درمان را می بینم اما توجه به سلامت جامعه را نمی بینم.

دکتر علیرضا مرندی

دکتر مرندی دو دوره سمت وزارت را در وزارت بهداشت داشته است. ایشان اکنون نماینده مجلس شورای اسلامی و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران می باشند.

مصاحبه گر: به نظر می رسد که دو ریفرم در وزارت بهداشت و در نظام سلامت ما عنوان می شه که شکل گرفته. یکیش پزشک خانواده س که از حدود سال 83-84 کلید خورد در کشور ما. یکی که اخیرا تحت عنوان طرح نظام تحول. روی هر کدام که مایل باشید تحلیل خودتون رو و تجربه خودتون رو بگید. که چقدر از دیدگاه شما منطقی است، نقاط ضعف، نقاط قوت، چالشها، چه عواملی موجب شد که این اصلاحات رو اجرا کنن. عوامل محرکه، نقاط قوت و نقاط ضعف...

دکتر مرندی: چون پزشک خانواده یه چیز منطقی است به خاطر اینکه کشورهایی بودن که به شکلی مختلف و کم و بیش این کار رو انجام دادن مثل کانادا و انگلیس به شکلی بوده که این کار رو انجام دادن و توش توفیق های زیادی رو هم داشتن و کشور جمهوری اسلامی با توجه به محدودیت های اقتصادی با وجود اینکه نیروی انسانی هم الحمدا... زیاد شده اما نیروی انسانی مون هم مطلوب نیست. یعنی هم نیروی انسانیمون هم منابع مالیمون محدوده به دلیل اینها برای ما شاید لازم تر از کشورهایی مثل انگلیس و کانادا هست که بتونیم این سیستم رو توی کشورمون پیاده کنیم و لذا فکر مناسبی بود. ا شکل کار این برنامه

شاید اشکال عمده اش اینه که مطالعات با طول دوره وزارت تطبیق نمی کنه یا وزارت دوره ش کوتاهه من نمی دونم یا مطالعات خیلی طولانیه. یعنی اینقدر طولانی می شه بحثامون که دوره زود خاتمه پیدا می کنه و تمام مطالعاتی که انجام شده اجرایی نمی شه یا یک کلنگ یه جا رو در حقیقت می زنیم و نفر بعدی که می یاد شاید بیگانه با کل قضیه و بی توجه به مطالعاتی که شده. که کشور ما هم معمولا همین طوره، فرض کنید من در یک دوره ای که وزیر بودم آخر دوره از همه معاونان خواستم برای معاونای بعدی که می یان برنامه هایی رو که تا الان انجام شده علت و نحوه پیشرفت که چرا و به کجا رسیده و چه هدفی برای آینده داره اینا رو همه مطلبی رو تهیه کنن و اینو توی زونکنی برای معاون بعدی گذاشتن. که منم خلاصه رو برای وزیر بعدی هر کی که باشه تهیه کردم ولی فکر نمی کنم نگاهی هم به اینا شد. و دوباره از اول شروع شد حالا برنامه ای نفر بعدی داره یا نداره دیگه اینو من نمی دونم ولی خب مسئله فراموش شد. ممکنه حتی ببینن چیز بدی هم نیست دوباره از اول شروع می کنن. آقای دکتر لاریجانی به من گفتش که در دولت اصلاحات، معاون درمان وقت پس از 7-8 ماه که مسئول بود، ایشان دعوت کرده بودن توی وزارت خونه به عنوان وزارت درمان، دکتر لاریجانی گفتن من دیدم اینا تو هزینه دارن تعریف بیمه رو می کنن خوب اگه اینجوری باشه شما چطور می تونین اصلاحات و برنامه رو به یه جایی برسونین. مهم ترین مشکل کار اینه که وزرای که می یان در امتداد هم نیستن. مثلاً یه کشور متفاوتیست و یه بمبی رو گذاشتن که همه نوشته ها و مغزها رو هم منفجر کردن. چون دیگه از اون مغزهای قبلی اصلاً استفاده نمی شه و نوشته ها هم از بین میره. لذا بزرگترین مشکل اینه که این مطلب از اول شروع می شه، البته اگه موافق باشه این کار رو می کنه و اگه مخالف باشه یه کار دیگه دوباره تا بیاد بعد از 3-4 سال به نتیجه برسه، ایشان هم می خواد نشون بده که من یه تلاشی کردم، دوباره تموم می شه دوره اش و لذا کار به نتیجه نمی رسه. به نظر من مهم ترین علت ناموفق بودنمون اینه. بعد هم حتی تا سالها انتقاد می کنیم، خودمون مسئولیم ولی مثل اینکه داریم در مورد یکی دیگه صحبت می کنیم که بله اینطور هست اونطور هست، خب بله اینو اگه روز اول می گفتی درست، روز سوم می گفتی درست، الان یک سال، یک سال و نیم گذشته خب خودت مسئول بودی. اگه در فلان قسمت هم اتفاقی نیفتاده به هر حال اینقدر وقت بوده. بیشتر اینا هم نه حقه بازیه نه هیچ چیز، ناآگاهیست به نظر من. آدمایی که عرض می کنم، خودم رو مثال زدم. مناسب برای کار که بشناسه کار خودش رو انتخاب نمی کنیم. به هر حال به نظر من سیستم

مناسبی بود، می تونه در راستای اصلاح الگوی مصرف باشه که مقام معظم بهش تاکید می کنن. می تونست از اولویت بهداشت که از اول انقلاب در برنامه ها اولویت بهداشت بر درمان، درمان سرپایی بر بستری، بستری عمومی بر تخصصی تمام قوانین بوده. که توی سیاست های کلی بهداشت که مقام معظم رهبری ابلاغ نمودن هم هست. خب می شه از پزشک خانواده این انتظار رو داشت که توی سطر بندی خدمات، این خدمات بهداشتی اول ارائه بشه، بعد خدمات بستری سرپایی، بعد بستری غیرسرپایی. و این پزشک خانواده باید با پزشک ما واقعا تفاوت داشته باشه. یکی از عیبایی که داریم اینکه که پزشکای خانواده ما پزشک خانواده نیستن اینها پزشکان درمانگرا هستن، ما اینجوری تربیتشون کردیم نه که تقصیر خودشون باشه. بنابراین هم علمی که بهشون یاد دادیم و هم الگوشون این بوده. ما اساتید که همه درآمدمون از درمانه و نه از بهداشت. نه آموزش درستی در زمینه بهداشت دیدن و نه الگویی رو مشاهده کردن و نه درآمدشون در بهداشت. بنابراین اونها می شن فقط نسخه نویس. بنابراین اگه این پزشک خانواده رو می تونستیم هم پیاده کنیم بدون آموزش پزشکان و اقدامات زیربنایی این کار رو کردیم. و به خصوص پرداختشون رو بر اساس درمان نداریم بلکه بر مبنای ارائه خدمات بهداشتیشون بذاریم. اگه این کار رو نمی کردیم پزشک خانواده مون هم توفیقی پیدا نمی کرد و نمیتونست تحولی در سلامت جامعه ایجاد بکنه. اینم به هر حال تفاوتی بود در سیستم ارائه خدمات، شاید به صرفه جویی اگر می شد کاریه خرده نظم پیدا می کرد اما چه بسا تازه همین به ورز و تکسین های مختلف بهداشت خانواده شدن مجری درمان، به جای اینکه کارای خودشون رو انجام بدن. این آدم نه تنها ممکنه مفید نباشه بلکه ممکنه مخرب هم باشه و کار اونا هم تغییر کنه. بنابراین مشکلات این سیستم خودش نبود بلکه این عدم آمادگی ما که به مقدارش بر می گشت به ما دانش سطح بالاتر بعد هم پزشکان ما که به اصطلاح مسئول تیم های سیستم پزشک خانواده می شدن. اول انقلاب شاید بهترین کار همون سی سال قبل این بود که هم شبکه بهداشتی تشکیل شد و هم دانشکده پزشکی ایجاد شد اگه ما نیروی انسانی کافی داشتیم شاید مناسب ترینش اون زمان بود چون توی کار تعهد بود، آموزش بود، یک بینش خیلی قوی و یا پیگیری زیادی برای پزشکی جامعه نگر بود. اگر اون موقع که به خرده ای یک مومنومی بود یعنی هنوز انقلاب تازه صورت گرفته بود و روحیه انقلاب بود و زمان انقلاب بود و همه شبانه روزی کار می کردن به جور طرز تفکری بود و پول هم زیاد نبود اگه اون موقع تونسته بودیم یعنی اون موقع همه پزشکان خارجی پاکستانی، هندی

و بنگلادشی داشتیم و اگه اون زمان پزشکانمون رو داشتیم شاید اون زمان مناسبترین زمان بود که کار شروع می شد که نشد. و لذا این کار و این فکر درست بود، خوب و به موقع و در زمان کوتاه و معقول برنامه ریزی نشد، دیر اجرا شد و پیگیری نشد و بعد هم بالاخره آخرین وزیر هم که اومد گفت 10-15 سال دیگه (حالا غلط یا درست نمیدون این فکر از کجا اومد که 10-15 سال دیگه)، شاید واسه اینکه اصلا بالاخره اجرا نکنن و کسی ازشون توقع نداشته باشه که این کار رو بکنن. (نیشخند) خب وقتی می گه 10-15 سال یعنی از من راجع به این قضیه سوال نکنین. بنابراین به نظر من این فکر درستی بود ولی هنوز هم کم و بیش در قالب فکر مونده. بله توی یکی دو استان ظاهرا کارهایی شده اما این رو نمی شه هنوز به عنوان پزشک خانواده شناسوند. معرفی کرد که این پزشک خانواده است چون موضعی است و مورد تایید وزارت خونه هم نیست به طور کامل. و اونا دارن خودشون این کار رو می کنن اما تو رو دروایی هم موندن چون وزیر نمی تونه بگه اصلا خط بکشین روش چون نمی تونن خط بکشن اونا هم دارن جون می کنن و هستن.

مصاحبه گر: بحث پزشک خانواده رو ما در اولویت مطرح کردیم، به هر حال الان توی نقاط شهری و نقاط روستایی با تولیت وزارت بهداشت کارایی انجام شد اما توی حوزه **public health** اگه بخوایم همچین بحثی رو داشته باشیم به نظر می رسه سایر بخشها رو هم باید در نظر بگیریم توی کشور ما سیستم کاملا سیستم فرگمندی هست یعنی برخی ارگان هایی که اصلا سنخیتی هم ندارن دارن خدمت ارائه می دن. تحلیلتون راجع به درگیر کردن سایر بخش هایی که می تونه مرتبط باشه چی هست، چقدر درست جلو رفتن چقدر نرفتن، اگه می خواستن نسبت به دیگر بخش ها دستشون رو بازتر بگیرن به نظر شما درست عمل شده یا نه؟ پیشنهاد جنابعالی چیه؟

این باز برمیگرده به درکی که مسئولین در سیستم ارائه خدمات بهداشت و درمان دارن. اونا سلامت رو می شناسند یا نه؟ اگر درمان رو می شناسن اصلا توقعی نباید داشته باشین شما، این مسائل به هذیان بیشتر شبیه می شه. اگر نه، سلامت رو درست بفهمن اونوقت مسائل درمانی می شه رسالت آخر یعنی تمرکزشون همش باید بره روی پیشگیری های اولیه و ثانویه و ارتقا سلامت جامعه. حالا بالاخره مثل هر جای دیگه ای که یه بیماری هایی اتفاق می افته باید به اون بیماری ها هم پرداخت. مثل این می مونه که بیایم گو شه یه نهر و بگیریم می خوام آب این گو شه رو انتخاب کنه تصفیه کنم. نهایتا صبر کنیم هی فشار خون زیاد بشه،

دیابت زیاد بشه، سرطان زیاد بشه و همه بیماری های واگیر و غیرواگیر رو که داریم درمانشون کنیم. آخه این تجربه هایی که آمریکا با این سرمایه اش و اروپا داشتن، این همه مریض خونه داشتن ظرف دهه های اخیر سعی کردن تخت های بیمارستانیشون رو کم کنن و 20 درصد تخت های بیمارستانیشون رو ظرف 10-15 سال اخیر تعطیل کرده اونوقت ما الان داریم دنبال توسعه بیمارستان ها می گردیم. این پیدااست که ما اصولا نفهمیدیم سلامت چیه و به **public health** بی توجهیم. در پزشک خانواده ما هم بزرگترین نگرانی در این اواخر است. من دیدم پزشک خانواده می خواد بره درمانگر بشه به خاطر این برنامه. چون این برنامه رو گذاشتن گفتن این برنامه باید پر بشه من. هم باید بیام پیاده ش کنم هر چی که می خواد باشه. این باید سیستمش رو درست کنم یعنی یه پزشک خانواده اینجا باشه مسئولیتی رو انجام بده اما این پزشک خانواده کار به ورزش رو خنثی می کنه یا نه اون رو گسترش می ده؟ اون با هدف نبود برای اینکه درک نکردیم پزشک خانواده رو. و برای همین تربیت هم نکردیم و برای همین آموزش هم ندادیم، اینکه که به نظر من اشکال ما در اینکه که من خدمتتون عرض کنم که این اواخر نگران بودم از اینکه پزشک خانواده پیاده بشه و متأسفانه باید عرض کنم الان که دارم صحبت می کنم بعضی از دوستان ما که واقعا آدم **public health man** هستن می گن خدمات بدون پزشک ارائه بدین. چون پزشکان ما درمانگر هستن و کاری به **public health** ندارن. ما اون تکنسین، به ورزش و کارشناس رو می تونیم آموزش بدیم که رباط گونه و بدون اینکه منفعت مالی داشته باشه اون آموزش هایی که بهش دادیم رو ارائه بده و حداقل **primary health care** رو انجام می ده حتی اگه از درمان چیزی ندونه و بهش چیزی یاد نداده باشیم.

افرادی به هر حال می شناسم قبولشون داریم به عنوان آدم دلسوز شبکه و **public health** ایشون مصر بود این اواخر که ما پزشک رو حذف کنیم چون این دیگه پزشک خانواده نمیشه. پزشک هر کاری دلش می خواد بره بکنه ولی ما یه سیستم داشته باشیم که مردم **primary health care** رو بگیرن. شهرداری شاید تو این زمینه بهتر از ما عمل بکنه. حالا برمیگردیم به اون سوال اصلی. خب ببینین ما اگه **public health** رو نفهمیم دیگه همکاری بین بخشی رو نمیفهمیم چه اهمیتی برامون داره. اگه ما فقط دنبال درمانیم یه آزمایشگاه میخوایم، بیمارستان رو میخوایم، رادیولوژی رو میخوایم و پزشک میخوایم و اتاق عمل. هی اینا باید توسعه پیدا کنه دیگه همکاری بین بخشی واسه چی میخوایم؟ همکاری بین بخشی یعنی

پول بگیریم و هزینه کنیم این میشه همکاری بین بخشی ! زمانی همکاری بین بخشی اهمیت پیدا می کنه که ما این سلامت رو به معنی واقعییش درک کرده باشیم. من زمانی که وزیر بودم به هر حال خرده خرده می خواستم بدونم این مسائل چی هست دنبال این بودم که مثلا فرض کنید برم سازمان بهزیستی رو بیایم ادغامش کنیم توی وزارت بهداشت. توانبخشیش رو بیاریم اول ارتقا بدیم که یه کار موازی جداگونه انجام نشه اون موقع زیر نظر وزارت جهاد سازندگی بود.

من میگم بسیاری از کارایی که جهاد سازندگی داره میکنه اشتباهه. مثلا این خانه بهداشت رو کاری نکنیم که بشه محور کار جهاد سازندگی یا محور وزارت آموزش و پرورش یا محور اون روحانی رو ستا. حالا اسمش رو نمیخوام بذارم وزارت بهداشت، وزارت خونه موافقت نمیکنه؟ خب اسمش رو میذارم یه چیز دیگه، یه جایی درست کنیم. ببینید همکاری بین بخشی تو کشور ما اتفاق نمی افته. معاون بهداشتی بودم که میرفتم میدیدم پزشک نداریم اون موقع میفهمیدم مثلا استان کردستان رفته بودم بازدید به من میگن شب قبل تنها پزشک متخصص زنان کل استان یه مردی بود رفت از استان. دیگه استان کردستان یه متخصص زنان نداشت. استان سمنان بغل دستمون یک نفر متخصص بیهوشی نداره حتی تکنسین بیهوشی هم نداره، به من زنگ زدن من وزیر بودم، که آقا اینجا یه نفر هست بلده بیهوش کنه کاسه رو میذاره رو صورت مریض و حمله و .. (اما تخصص نداشته و تجربی این کار رو می کرده) که متخصص ام دی آماده س عمل کنه اما خطرپذیریش رو کسی نمیتونه بپذیره من وزیر به هر حال مسئولم که همچین جنایتی داره اتفاق می افته. مریض هم باید عمل میشد زمان جنگ هم بود. یا مثلا استان چهارمحال و بختیاری، از همکلاسی های سابق ما، ایشون جراح بود شد نماینده مجلس، اومد گفت باورتون میشه من که نماینده مجلس شدم 30 درصد پزشکان استان رفتن؟؟

گفت من خودمم 30 درصد. من که اومدم دو نفر دیگه مونده تو کل استان چهارمحال و بختیاری. بنابراین این بضاعت پزشکی ماست. من به دلیل این شرایط گفتم ما پزشکمون رو زیاد کنیم، زمان جنگ بود گفتن میشه و نمیتونیم، بیاین جلسه مشترک بذاریم ببینیم چیکار می تونیم بکنیم. جلسه مشترک گذاشتیم با دو تا وزیر، همه معاونین هم بودیم. نمودنم هفتگی بود یا دو هفته یک باز، با هم بودیم ساعت ها به هیچ جایی هم میرسیدیم یعنی دو تا وزارت خونه نتونستن با هم همکاری کنن. گذشت دکتر فاضل شد وزیر علوم، من شدم وزیر بهداشت. ما همکلاس بودیم توی آمریکا هم هشت نه سال اخیر با هم توی یه شهر بودیم. رفت و آمد

خونوادگی داشتیم، گفتم یا بیا پزشک رو درست تربیت کن و به اندازه کافی تربیت کن، یا من طرح ادغام رو بدم به دولت. گفت نه من این کار رو میکنم. گفتم بسیار خب هر چی می خوای تو به من بگو. لیستی رو داد به من، من هم سه تا از معاونین رو گذاشتم مسئول این کار تا پیگیری کنن.

گفتم ببین این اجرایی نخواهد شد، گفت چرا؟ گفتم بیمارستان های شماها و قوانین وزارت علوم استخدام کشوریه، ما تو وزارت بهداشتی تامین اجتماعی هستیم. تامین اجتماعی هم حقوقش بیشتره، هم بازنشستگی بهتره، اگه کل کارکنان بفهمن اینطوری قراره بشن باهاتون همکاری نمی کنن. گفت نه. گفت به من سه ماه فرصت بده، سه ماه هم یه خرده بیشتر شد و به من گفت که درست گفتم و من نمیتونم. من فهمیدم توی کشور همکاری بین بخشی معنی نداره یا لاقبل به این سادگیا عملی نیست برای این رفتم دنبال ادغام. اونایی رو که نمی تونستم باهاشون هماهنگی کنم آوردم زیر دست خودم. بهزیستی رو باز می خواستن ادغامش کنم. حالا این رو بگم جهاد سازندگی رو تونستن ادغام کنن. به نظر می رسه اگه همکاری بین بخشی رو نتونیم پیش ببریم باید کار اونا رو ما انجام بدیم. بنابراین این چیزای زیربناییست، آب آشامیدنی برای سلامت عمومی. حالا یه تشکیلات دیگریست که کاری نمی کنه وزارت نیرو یا هر کسی این کار رو نمی کنه، یا من باید خودم انجام بدم یا همکاری بین بخشی رو راهیش کنم. اینه که توی **public health** مسائل بر می گرده به دیگران.

1345 رفتم آمریکا اونجا متوجه شدم که واسه بهداشت باید برم سراغ جاده ها بالا سر روستایی ها. اونجا باید شن بیاریم با فرقون و جاده سازی کنیم، هر روز هم شن ریزی می کردیم فردا دو تا ماشین که رد می شد دوباره به هم میخورد دوباره باید درستش می کردیم. اونجا فهمیدم که خودم باید برم یه حمامی درست کنم. این حمامی که اینجا داره و کثافته خانم که نمیتونست بره خودم که توی اتاق خودم رو میشستم. متاسفانه بلد نبودم کمکی هم که از بیرون می گرفتم بلد که نبوده فقط تونستیم یه دوش درست کنیم. خودم رفتم واسه اونجا درمونه ساختم جایی نبود. رفتم برای اونجا مدرسه ساختم. دیدم یه اتاقی هست چهار تا کلاس داره توی این تشکیل می شه یه سوراخی داره به اسم پنجره، این سوراخ هم درش رو چسبوندن با مقوا یا روزنامه روش هم سیاه. بچه های بدبخت، برق هم که نبود، نه لوله کشی بود نه برق داشت. رفتم اونجا قبرستون قدیمی شهر رو گرفتم بعد نقشه مدرسه سعدی اصفهان رو که توش

درس خونده بودیم اومد تو ذهنم، یه مدرسه دوازده کلاسه، برای این رو ستایی که یه کلاس داره کشیدیم. خود مردم رو هم آوردیم پی این رو کردیم و وقتی دیگه داشتم از اونجا میرفتم سقف اونجا داشت زده میشد. چندین سال بعد به عنوان وزیر رفتم اونجا، که البته عبور می کردم نمیدونم مردم چطور فهمیده بودن که من دارم از اینجا میام، شتر کشتن، گاو کشتن، و خوشحال بودم که از کنار مدرسه که رد می شدم دیدم مدرسه دایره و جاده ای که ما ما یک ساعت طول می کشید ازش برسیم به گلپایگان، ازش می گذشتیم رو آسفالت کرده بودن ظرف چهار پنج دقیقه ما میرسیدیم به گلپایگان. خب اینه که اینها رو یاد وزیر ندادیم یاد معاون ندادیم، یاد مسئولین دانشگاه ها ندادیم که استاد می یاد دنبال چیزایی که دیگه میگه این چیزا کوچیکه برامون **public health** چیه؟

خب اینا میان دنبال امور سطح بالا. در صورتی که اصل کار اونه. یعنی توی سیستم من همه فکر و ذهنم رو گذاشتم روی اینا. باید پیام مردم رو آموزش بدم که این تنها نهی رو که دارن آلوده نکنن. اگه ما پزشکی و پزشکانمون رو آموزششون رو درست بکنیم امید هست که پزشک خانواده ما درست بشه. حالا این همکاری بین بخشی که شما اشاره کردین اساس کارش توی سواده اساس کار توی اینه که اصلا توی آموزش و پرورش ما به این بچه چی یاد بدیم. به هر حال سواد بسیار موثره، از من بهتر می دونین که حالا مطالعات انگلیس و بنگلادش و همه جا نشون داده که سطح سواد هر چه بالاتر بره تاثیر بیشتری داره ولی بالاخره سواد هم که سطح سواد سلامت حساب نمیشه. سواد سلامت بالاخره ویژگی های متفاوتی داره، برای جامعه ما الان اهمیتی نداره این موضوع. چقدر الان شما دارین میبینین که مسئولین و وزرا و معاونینشون می یان به مردم آموزش می دن که آقا این کارا رو بکنین که این مریضیا رو نگیرین. من از وقتی فهمیدم اینا مهمه خودم می رفتم پشت تلویزیون برای مردم یک بحث سلامت کودکان گذاشتیم سال 64 حدودا. که شیش تا موضوع رو داشت، شیر مادر، منحتی رشد که اون موقع نداشتیم هنوز، آموزش بهداشت. متأسفانه مسئول آموزش بهداشتمون تحصیلات دیگه ای کرده، اصلا درس این زمینه ها رو نخونده. همین یه ذره آموزشی که من خودم یاد نگرفته بودم و کسی بهم یاد نداده بود و میرفتم پشت تلویزیون می گفتم مردم هجوم می یاورن مراکز بهداشتی - درمانی برای واکسن زدن. یعنی مدیر عامل دانشگاه استان اصفهان یه مطالعه کرده بود توی دانشگاه اصفهان روی فرزندان اساتید که مخلوطی بودن از اساتید پزشکی و غیرپزشکی. فرزندان 8 درصد واکسن زده بودن. پشت تلویزیون حقیقتش

مگه چقدر من وقت داشتم، برای کل این بسیج سه ربع ساعت وقت گذاشته بودن. منم یه نفره حرف می زدم، یه میکروفن هم بود نه شیش تا که منظره عوض بشه، تنوعی بشه. من توی این 45 دقیقه راجع به شیش تا موضوع صحبت کردم یکیش هم واکسیناسیون بود. همین مختصری که من گفته بودم هجوم آورده بودن فردا به واکسن که بچه هاشون واکسن بزنن، واکسن تموم شد، شیشه ها رو شکوندن که آقا چرا واکسن نیست. جلوی انستیتو پاستور اونچنان هجوم آوردن برای واکسن سل که نمایندگان مجلس گفتن امنیت به هم خورده شما یا انستیتو پاستور رو از اینجا ببرید یا واکسیناسیون رو متوقف کنید. خب ما نشناختیم اینا رو اگه میشناختیم دشمن مردم که نیستیم که. اگه میدونستیم میشه کاری رو با هزینه کمتر کرد که ازش فرار نمیکردیم. خانمی بود که تولید کننده بود و خودش هم بهداشت محیط خونده بود و منو دید می گفت خدا میدونه من اون برنامه رو از پاش تکنون نخوردم. ما هم بالاخره یه آموزش بهداشت بدیم، عوامل اجتماعی و همکاری های بین بخشی ... صدا و سیما بیچاره هم ما بحثی که روی سلامت کودکان گذاشتیم یه بیست و چهار ساعت رو به صورت کامل گذاشت واسه برنامه، ما یه روز رو کلا روی شیر مادر گذاشتیم، توی اخبار که هیچی حتی یه چیزای عروسکی درست کرده بودن راجع به شیر مادر سوال می کردن و یعنی همه ارگانای دیگه آمادگی دارن، ما درک درستی نداریم. اگر صدا و سیما نبود این فعالیت های ما آنچنان تاثیری نداشت اونها بودن که این رو بزرگش کردن و به اطلاع مردم رسوندن. بنابراین همکاری های بین بخشی بسیار مهمه و اگه فهمیده بودم خب بیشترش می کردم. معاون بهداشت بودم رفتیم یه کتاب حوزه نوشتیم برای بهداشت. یه روز رفتیم با آقای منتظری صحبت کنیم که آقا بهداشت رو طلاب شما نمی فهمن. خب این اگه بره بالای منبر و حرفای بهداشتی بزنه مردم از این یاد می گیرن گفت خب باشه کتاب نوشتیم راجع به بهداشت. معاون که بودم میرفتم قم درس میدادم بهشون راجع به بهداشت، **public health man** که من نبودم آدم به حد کافی نداشتیم که برن درس بدن. اونا هم براشون اهمیتی نداشت و تعطیل شد. با آموزش و پرورش جلسه داشتیم که توی دروسشون وارد کتاباشون بکنیم بالاخره مقاومت هایی بود البته عقل و شعورشون بیشتر می رسید اگه کارشناس به حد کافی داشتم سریع تر انجامش میدادم. جنگ هم بود که گرفتاریهایی داشت. خلاصه منظورم اینه که درکش رو نداریم، توان کارشناسیش رو هم نداریم، اون زمان واکسیناسیون رو روش کار کردیم. واکسن ب ث ث کلا 2 درصد بود بهترین نقطه کشور پوششش 25 درصد بود مال دانشگاه اصفهان که خدمتون عرض کردم. خب این بضاعت ما بوده.

اینجا وزرا بدبختن، نه کسی هست بهشون آموزش بده نه خود شون کسایی که به این کار مسلط هستن نمیارن. خلاصه علت عدم توفیقمون ایناست.

مصاحبه گر: حتی وقتی که خود جناب‌عالی وزیر بودید و یکی دو تا اصلاحاتی رو انجام دادین. عوامل محرکه اصلاحات توی کشور ما حالا چند تا رو بخواید نام ببرین چه مشترک باشه چه اختصاصی باشه... به نظرتون اگه بخواین سه چهار تا از این عوامل مهم رو توی این دو سه دهه اصلاحاتی که داشتیم بخواین نام ببرین.

دوره من که برمیگرده به 30 سال قبل متأسفانه به درد شما نمیخوره. ولی من وقتی برگشتم رفتم دانشگاه و تدریس می‌کردم اونجا دو سال رئیس بخش کودکان اونجا بودم و مجدد گفتن برگرد و معاون بهداشت شو. زنگ زدم به دکتر وکیلی من قراره معاون بهداشت بشم، بهداشت نمی‌فهم چیه. ساعت 7 صبح هم باید پشت میزم باشم، میتونی برای من شرح بده که بهداشت چیه. ساعت 5 صبح رفتم خونه ش چون خودش معاون کن بهداشت مادر و کودک بود و برای من شرح داد بهداشت محیط چیه بین حرفاش از شبکه بهداشت هم اسم برد که من برای اولین بار از ایشون شنیدم. خب خودم واکسن و اینا رو بلد بودم ولی این شبکه خیلی برام جالب بود و دیدم امام هی می‌گه کوه نشینان نمی‌گه مستضعفین نمی‌گه روستا نشینان نمی‌گه دهقانان و کشاورزان. لذا انگیزه و فکر از اینجا شروع شد رفتم که این شبکه رو پیاده کنم. شبکه از اینجا شروع شد که معاون بهداشت که بودم می‌رفتم روستا دیدم هیچی نیست و اینا در فقر بهداشت و سلامت بودن. یه پزشک عمومی یه نسخه که می‌نویسه یه کپسول و آمپول می‌نویسه و من گفتم این آمپول رو برای چی می‌نویسی؟ می‌گفت مردم از من اینو می‌خوان نزنم می‌زنم و همه اینا رو می‌نوشتن برای رضایت مردم. بنابراین من رفتم دنبال شبکه.

نیروی انسانی بهتون گفتم که سعی کردیم نیروی انسانی رو اضافه تر کنیم. تلاش کردیم در درجه اول نیروی انسانی رو زیاد کنیم و در درجه دوم آموزش پزشکان رو جامع نگر کنیم. اومدیم تمام گروه های پزشکی رو سال آخر براشون شیش ما انترنی نوشتیم که باید برن توی محیط. از دندونپزشکی گرفته، دارو سازی، پرستار، ماما، تکنسین ها همه باید شیش ماه برن انترنی توی روستا. مکان سکونت براشون در نظر گرفتیم. دانشجویها می‌رفتن شبانه روزی می‌موندن. همه اینا رو دو ستان بعدی گفتن این مزخرفات به چه دردی می‌خوره؟ توی شورای برنامه ریزی آموزش پزشکی تصویب کردیم که حداقل 50 درصد آموزش پزشکی باید سرپایی باشه.

اما الان کدومش داره درست اجرا می شه؟ چرا؟ چون اینا رو من از تجربیاتم فهمیدم که ای کاش من بلد بودم و توی سیستم رفته بودم. ای کاش من تنها نبودم و دیگران هم با من یه درک مشترکی داشتن. و ای کاش اگه این کار درسته همه وزرای بعد از من هم همه این کار رو قبول داشتن. که به نظر من درسته.

بدون تردید ما پزشکی نیروی کمی داشتیم. پزشکی جامع نگر کم داریم. ما هر چی داریم از شبکه است. اون موقع اگه این کار رو کرده بودیم به مصیبت بر نمی خوریم. یه نکته دیگه هم برای من بیشتر باعث سرشکستگیه تا افتخار. اون هم مربوط به جمعیت، منی که نه جمعیت شنا سم. می گم بابا جون خودم 45 روزه هر چی لباس دارم دارم می پوشم برای اینکه گازوئیل نبود. 45 روز مننه وزیر نمیرم از بازار آزاد بخرم مردم نمیرن من هم نباید برم. تخم مرغایی که میگیریم نصفش شکسته اس باید بریزیم دور اما نمیریزیم و خود من هم به عنوان وزیر می خورم. این با این جمعیتی که کلاسا شد دو شیفته شد سه شیفته. خب این میخواد به کجا برسه؟ معلم که زیاد نشده معلم همونه الان باید 4 برابر وقت بذاره.

دانشجو هم یک چهارم وقت بذاره خب این به چه دردی می خوره سواد این؟ دانشجو هم هی آموزش زیاد میشه پشت وزارت علوم می مونه. وقتی که این جمعیت زیاد شد و اینا بیکار میشن اصلا امنیت از بین میره انقلاب می شه و این جمهوری اسلامی از هم میپاشه. این درکیست که من به عنوان یه آدم پیدا کردم. دیگه افتادم به تلاش، به وزیر گفتم خودم برای نخست وزیر نوشتم. وقتی توی دولت بودم یه روز آقای روحانی زنجانی گفت که آقا با این وضعیت اقتصادی نمی تونیم جمعیت رو اداره کنیم. یه روز مرگ و میر بالا بود مردم می مردن حالا از وقتی که این اومده مرگ و میر هم کم کرده حالا جمعیت ما داره به سرعت بالا می ره و 3.2 درصد رشد داره حالا ما نه جنگ رو می تونیم کنترل کنیم و نه مردم رو. ما از این فرصت استفاده کردیم و بالاخره نمی خواستم بگم و به زور مسئله تنظیم خانواده رو گفتم و همه مخالفت می کردن و هیچ کسی در موافقت با من صحبت نکرد. گفتم یه رای بگیرین بالاخره من تکلیف خودم رو بدونم و من فکر می کنم بالاخره تلکیف قانونی و شرعی رو انجام دادم. گفتن خیلی خب رای می گیریم رای گرفتن و رای آورد، همونایی که سکوت کردن و صحبت نمی کردن رای دادن. منتها ابلاغ نشد. رای صادر شده ابلاغ نشده موند. خیلی پیگیری کردم و پیگیری کردم. بعد از ماه ها یک مصوبه خیلی محرمانه تنظیم خانواده رو تصویب کرد. خیلی محرمانه بود

من که نمیتونستم همچین کاری کنم، رفم پیش آقای خامنه ای آقای اردبیلی هیچ فایده ای نداشت. رفت پیش آقای منتظری، هیچ فایده ای نداشت.

آقای منتظری و اردبیلی گفتن ما فقط قبول می کنیم که توی خطبه های نماز جمعه نگیم توان دولت از . . . اما ما وارد تنظیم خانواده نمی شیم. نهایتاً امام نامه نوشتن. آیت اله خامنه ای تنها کسی بود که بیشتر فرصت پیدا کردم باهاشون صحبت کنم. از شورای ریاست جمهوری تا می رفتیم انستیتو پاسطور و بر می گشتیم اولش که می گفتم با تقبیح باهام برخورد می کردن اما من که ول نمی کردم و حرفام رو می زدم، برگشت هم همینطور. وقتی که برگشتیم تهران دیدم موافقت نکردن و گفته بودن بدون نظر روحانیت در این زمینه هیچ کاری نکن و دوم اینکه نگذار شعارای زمان شاه که دو فرزند کافیدست زنده بشه. خب این چیز مثبتی نبود برای من اما خب هنوز هم خدا پدر و مادرشون رو بیامرزه هنوز هم میگن که در زمان خودش کار خوبی بود اما ما باید رصد می کردیم متوقفش می کردیم. اینه که به نظر من خدمت خیلی بزرگی بود حالا درک من اینطوری بود. ما اگه به اون وضع پیش می رفتیم به کجا می رسیدیم، الان جمعیت ما اینه آزمون کجا ست؟ نونمون کجا ست؟ درآمدمون کجا ست و نفتمون کجا ست؟ به هر حال اگه من قبل از وزارت سوادش رو داشتم اگه من با اینا بزرگ شده بودم درک دیگری داشتم شاید درست تر عمل می کردم شاید اشتباه نمی کردم. دوستان دیگه هم همینطورن اونا هم انسانن و اما بعضیاشون هم از من بدتر و ناآگاه ترن و من یه شناخت بیشتری داشتم. یه شناختی از مردم و روستا پیدا کرده بودم همش کار تحقیقی می کردم و خدا شاهده دانشگاه و درس و پزشکی رو تعطیل کرده بودم. اینقدر وقت گذاشتم این شد. حالا متأسفانه وزیر ما میگه من زودتر از هشت میام بیشتر از دو هم نمیوم. اینه که خلاصه ما اگه تمام وقتمون رو هم بذاریم و علم و آگاهی داشته باشیم و برنامه رو بشناسیم تعصب هم نداشته باشیم که مخالفت کنیم و موافقت کنیم. یه جلسه بود رفتیم اونجا وقتی مطلبی گفته می شه تماماً درمان هست و من می گم خب بهداشت چی میشه؟ اونوقت اونا هم به من می گن شما آدم بی انصافی هستین ما این همه کار کردیم. من هم جلسه رو ترک کردم گفتم منم اگه تو جلسه باشم هر چی حرف بزنم بی انصافیه شما هم اگه به حرف من گوش بدین به حرف یه بی انصاف که نمی شه گوش کرد. اصلاً تحمل شنیدن ندارن. اصلاً آیا قبول دارن و ندارن. همش گرون کردن پزشکیست و عاقبتش هم روشنه مثل کشورای غربی که نمیتونیم این پول

رو بدیم. کل پولمون هم بدیم دیگه از عهده هزینه بر نمی یایم. Out of
pocketیه رقم هنگفت می شه و نظام می پاشه و مردم ناراضی می شن

اجرای پزشک خانواده برنامه دقیق 7 ساله می خواهد

حسن امامی رضوی، مسئولیتهای مختلفی در دولتهای گذشته در وزارت بهداشت داشته است از ریاست بیمارستان و دانشگاه گرفته تا معاون امور حقوقی و پارلمانی، معاون سلامت و معاون درمان وزیر بهداشت، امروز هم (سال 1394) در دولت یازدهم قائم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور دانشگاههای علوم پزشکی است.

• اجرای پزشک خانواده چه ضرورتی دارد؟

دکتر امامی رضوی: پزشک خانواده مکانیسمی است که دنیا آن را پذیرفته است و پزشک خانواده و نظام ارجاع موضوع خیلی پیچیده ای نیست. در یک تعریف کلی پزشک خانواده به این معناست که یک محدوده را تعریف کنیم که آدم ها در آن محدود می شوند.

• آیا اجرای پزشک خانواده در دولت یازدهم کمرنگ شده است؟

خیر، دکتر هاشمی هم بارها گفته است که اصلاً قصد حذف نداریم و شاهد این موضوع نیز این است که به رغم چالش های موجود در اواخر دولت گذشته درباره برنامه پزشک خانواده و تغییر وزیر، این دولت همچنان در دو استانی که پزشک خانواده به شکل پایلوت شروع شده بود مسیر را ادامه داد و برنامه را تعطیل نکرد و علی رغم فشارهایی که از داخل برای تعطیل شدن این برنامه امر بود اجرای پایلوت آن در دو استان ادامه یافت. لذا واقعاً اراده بر تداوم پزشک خانواده است ولی وزارت بهداشت به معنای واقعی کلمه درگیر طرح تحول سلامت به معنای درمان شد. پزشک خانواده باید با تحول در بهداشت و درمان با هم جلو می آمد. تحول در حوزه بهداشت ابتدا به زیرساخت هایی مثل خانه بهداشت و خدمات سلامت در حاشیه شهرها پرداخت و حالا دارد مدل را به پزشک خانواده می رساند.

• قرار است پزشک خانواده در برنامه ششم توسعه هم بیاید؟

قطعاً خواهد آمد.

• اساساً اجرای پزشک خانواده چه ضرورتی دارد؟

وقتی روی تجربیات سایر کشورها مطالعه می کنیم، متوجه ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده می شویم. به هر حال یکسری پدیده هایی در حوزه نظام ارائه خدمات سلامت داریم که بنا به خواست مردم خودش را تنظیم می کند. علوم پزشکی مرتب در حال تحول است و اطلاعات آن به طور مداوم در شبکه ها، صدا و سیما و رسانه پخش می شود. مردم به این اطلاعات به خوبی دسترسی دارند و این انتظار در مردم ایجاد می شود که بهترین کیفیت خدمات را از بهترین ارائه دهنده خدمت دریافت کنند.

از طرفی هم امروزه علوم پزشکی بسیار شعبه شعبه و تخصصی شده است. پزشک عمومی متخصص و متخصص فوق تخصص می شود. فوق تخصص هم فوق فوق تخصص می شود و مردم هم دلشان می خواهد برای گرفتن حتی یک خدمت ساده نیز نزد بالاترین حد تخصص بروند و زود به تشخیص برسند و از یک سو نیز انتظار دارند این سلسله مراتب با کمترین هزینه صورت پذیرد.

البته بخشی از این موضوع ناشی از کمبود آگاهی مردم است زیرا بسیاری از بیماری ها (قریب به 80 درصد) با میزان کمی از تجربه پزشکی و علم و دانش قابل تشخیص است و حتی در مواردی نیز ممکن است نیازی به پزشک هم نداشته باشد. به عنوان مثال برخی مشکلات به قدری ساده و پیش پا افتاده اند که حتی یک بهورز نیز امکان تشخیص و درمان را دارد و حتی ممکن است نیازی به پزشک هم نباشد.

لذا بحث نظام ارجاع و پزشک خانواده از اینجا شکل می گیرد که توسعه یافتگی و شعبه شعبه شدن پزشکی این الزام را ایجاد می کند. شاید این مفهوم 50 سال پیش اصلاً معنایی نداشت چون در آن زمان اصلاً تخصصی وجود نداشت. یک حکیمی بوده که همه پیش او می رفتند و همه کار را همان حکیم انجام می داد اما از وقتی پزشکی شعبه شعبه و تخصصی می شود. مردم هم دلشان می خواهد به بالاترین سطح ممکن از ارائه خدمات مراجعه کنند بنابراین نیاز به برنامه پزشک خانواده احساس شد زیرا این روند که هر فرد برای هر بیماری به بالاترین سطح خدمات دسترسی داشته باشد، اصلاً هزینه - اثربخش نیست زیرا اکثر بیماری ها در سطحی پایین تر از علم و دانش پزشکی قابل پاسخگویی است. این است که **برنامه پزشک خانواده می آید و محدودیت افراد در مراجعه و محدودیت در محدوده جغرافیایی را بنا می گذارد.**

زیرا اگر برای محدوده جغرافیایی نیز محدودیت قایل نشویم باز هم خدمات سلامت هزینه- اثربخش نمی شود به عنوان مثال ما در طول سالیان گذشته در مناطق محروم بیمارستان ساخته ایم و به زور هم پزشک برده ایم و در آن بیمارستانها مستقر کرده ایم ولی در عمل مشاهده می کنیم با وجود اینکه در آن مناطق جمعیت کافی نیز وجود دارد ولی برای کارهای پیشرفته پزشکی به این بیمارستانها مراجعه نمی شود و مردم باز هم برای انجام اعمال جراحی ترجیح می دهند به شهرهای بزرگ، مراکز استانها و تهران بیایند و این گونه تصور می کنند که به این طریق به پزشک حاذق تری دسترسی پیدا می کنند و این درحالی است که تمام امکانات را برداشته ایم و به آن مناطق برده ایم.

از دیگر نکاتی که جزو فلسفه پزشک خانواده محسوب می شود این است که فردی که به عنوان پزشک خانواده تربیت می شود، به همه حوزه های سلامت مسلط باشد یعنی هم کار درمانگری بداند و هم بتواند کار پیشگیری و حتی سلامت اجتماعی و روانی مردم را تحت کنترل داشته باشد و همچنین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را رصد کند. به عبارتی وقتی شما یک پزشک خانواده را در یک منطقه چه روستا و چه شهر مستقر می کنید، انتظار می رود بتواند تمام مسائل مربوط به بهداشت آن منطقه را نیز تحت نظر داشته باشد و آنچه سلامت مردم را به خطر می اندازد، شناسایی کرده و در صدد رفع آن برآید.

به عنوان مثال اگر مغازه داری در آن منطقه دائماً آשعال های خود را داخل جوی می اندازد یا در کوچه ای فاضلاب های منازل وارد کوچه می شود، این عوامل بر سلامت مردم تأثیرگذار است و باید پزشک خانواده در جهت رفع این عوامل خطرزا و موثر بر سلامت مردم پیگیر باشد.

• البته تیم پزشک خانواده باید دنبال این عوامل برود؟

بله، پزشک خانواده تیم دارد و پزشک خانواده سرپرستی این تیم را برعهده دارد. ولی خودش هم می تواند در تمام این عرصه ها ورود کند. لذا فلسفه پزشک خانواده در دنیا این است که به مسائل با نگاه هزینه-اثربخش نگاه شود. با وجود برنامه پزشک خانواده افراد در سطوح بعدی (تخصصی) وقت کافی برای ویزیت بیماران خواهند داشت ضمن اینکه همه آنها به اندازه کافی بیمار دارند.

اما وقتی نظام افسارگسیخته باشد وقتی یک پزشک فارغ التحصیل می شود یا یک داروساز یا دندانپزشک فارغ التحصیل می شود، بلاتکلیف است و

باید خودش برای پیدا کردن جا و بیمار وارد عمل شود و طراحی کند که کجا کار کند و چطور بیمار جلب کند و همین است که بستر برای ایجاد روابط ناسالم بین پزشک و داروخانه، آزمایشگاه با پزشک و امثالهم فراهم می شود.

شاید در ابتدا نیز خیلی هم با قصد سوء این روابط ایجاد نشود زیرا باید پذیرفت که فارغ التحصیلان علوم پزشکی از همان ابتدا که بیمار ندارند و باید از یک جا شروع کنند، متأسفانه زمینه برای ایجاد تبانی و روابط ناسالم مهیا می شود.

وقتی شما یک نظام تعریف شده نداری و خود افراد باید برای خودشان تصمیم بگیرند، دچار پدیده هایی مانند رشوه دادن و امثالهم می شوند. و در این میان هم نباید خیلی تقصیرها به گردن آدم ها انداخت زیرا مشکل اصلی سیستم غلط حاکم است.

به باور من ما اگر سیستم درست داشته باشیم، آدم ها در آن سیستم درست عمل می کنند. ما سیستم را درست تعریف نکرده ایم و افراد خود به خود وارد یک سیستم ناسالم می شوند و دائماً برای خود روابط ناسالم ایجاد می کنند تا بتوانند گذران زندگی کنند.

بالاخره پزشکی که در دولت استخدام نمی شود و وارد بخش خصوصی می شود نیز باید درآمد داشته باشد. از روز اول فارغ التحصیلی هم که مریض ندارد و حداقل باید دو سال بگذرد تا شناخته شود و بیماران به وی مراجعه کنند.

• حاضر هم نیستند، مدتی صبر کنند؟

باید قبول کرد که فردی که 7 سال درس می خواند و پزشک می شود هم انسان است و وقتی می بیند فردی با تحصیلات فوق دیپلم به عنوان مثال تعمیرکار ماشین شده است و برای ده دقیقه کار 20 تا 30 هزار تومان دریافت می کند، احساس بدی می کند و به او فشار می آید. اینها اموری است که در جامعه برای پزشک اشکال ایجاد می کند.

ما باید سیستم را درست تعریف کنیم و به گونه ای ساماندهی کنیم که مریض ها متناسب، بین پزشکان پخش شوند و برای همین است که می توان مدعی شد که برنامه پزشک خانواده علاوه بر اینکه برای مردم عدالت محور است برای جامعه پزشکی نیز مکانیسمی عدالت مدار است و متضمن آن است که تمام پزشکان نیز به تعداد کافی و مناسب بیمار داشته باشند.

همچنین به واسطه برنامه پزشک خانواده می توان بر عملکرد پزشکان نیز نظارت کرد به عنوان مثال می توان بر میزان تجویز دارو توسط پزشکان را رصد کرد و متوجه شد که هر پزشک چقدر مطابق با راهنمای بالینی عمل می کند.

• یکی از ضرورت‌های اجرای پزشک خانواده، مسائل مالی و اقتصادی و کاهش هزینه های اضافی است؟

بحث کنترل هزینه های القایی یکی از محاسن پزشک خانواده است ولی نباید از این نکته غافل شد، آن چیزی که در کنار پزشک خانواده هزینه های القایی را کم می کند، نظام کنترلی قوی است و اگر نظام کنترلی خوب عمل نکند، خود پزشک خانواده می تواند هزینه های القایی ایجاد کند به طوری که پزشک خانواده طی تبانی با پزشک متخصص، بیماران بیشتری را به وی ارجاع دهد.

در حال حاضر مکانیسم حاکم بر نظام سلامت نظام فی فور سرویس است و هر چه بیشتر ارجاع داده شود، پول بیشتری کسب می شود، در حالی که نظامی پزشک خانواده نظام سرانه ای است. به عبارتی در نظام سرانه ای به پزشک خانواده گفته می شود سلامت این مریض دست تو است و به هر تعداد که این بیمار را به متخصص ارجاع دهی هزینه ای اضافه پرداخت نخواهد شد و پای خود پزشک خانواده است. حتی در نظام های پیشرفته پزشک خانواده، هزینه های پزشک متخصص را هم به پزشک خانواده می پردازند و اگر بیماری بی جهت به متخصص ارجاع شد و تحت عمل جراحی قرار گرفت، هزینه اش را پزشک خانواده می پردازد.

لذا پدیده هزینه القایی در بستر پزشک خانواده نیز قابل ایجاد است و تنها با مکانیسم های کنترلی و نظام الکترونیکی ثبت اطلاعات است که می توان بر آن کنترل داشت.

• چرا پزشک خانواده با وجود این مزایا در ایران اجرا نشد؟

اگر بخواهیم در مورد عدم اجرای پزشک خانواده در ایران آسیب شناسی کنیم عامل اول را باید به تغییر دولت ها و نگاه متفاوت مسئولان وزارت بهداشت به نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده اختصاص داد.

بنده تقریباً در دوره 4 وزیر بهداشت در بحث پزشک خانواده حضور داشته ام و کار کرده ام. در دوره دکتر پزشکیان نیز که پزشک خانواده شروع شد، از دور در جریان امور بودم. آن زمان رئیس بیمارستان امام بودم.

بنده شاهد بودم که در تمام دوره های مختلف، نگرش افراد با هم متفاوت بوده و از 5 وزیری که بنده دیده ام جملگی دیدگاه های متفاوتی نسبت به اجرای برنامه پزشک خانواده داشتند و در طول 12 سال از شروع پزشک خانواده همواره نگرش های مختلفی نسبت به آن وجود داشته است.

• چه نگرش هایی وجود داشت؟

مدلی که مد نظر هر کدام از وزرا بود با دیگری کاملاً متفاوت بود. به عنوان مثال مدل مد نظر دکتر پزشکیان این بود که پزشک خانواده ابتدا به روستاها برود و سازمان منطقه ای پزشک خانواده مد نظرش بود و می خواست با سازمانهای HMO (سازمان منطقه ای حفظ سلامت) شروع کند هر چند در روستاها به شکل کشوری شروع کرد.

دکتر لنکرانی دیدگاهش این بود که با زیر ساخت های خیلی اساسی شروع کند و بر روی بسته های خدمت بیشتر کار شود تا بسته های خدمت جامع برای پزشک خانواده شهری تعریف شود و از همین رو فرصت شروع پزشک خانواده را اصلاً پیدا نکرد. البته یک مقدار هم اختلافات با وزارت رفاه در دوران دکتر لنکرانی به شدت اوج گرفته بود.

نگرش خانم دکتر وحید دستجردی بسیار عملیاتی و اجرایی بود و به رغم مشکلات موجود در آن دوران در یکسال آخر وزارت خود، برنامه پزشک خانواده را شروع کرد و در دو استان فارس و مازندران این برنامه کلید خورد.

دکتر طریقت اصلاً این نحوه پزشک خانواده را قبول نداشت و دائم مطرح می کرد که **این عکس مار است نه خود مار** و آنچه به عنوان پزشک خانواده انجام شده است، پزشک خانواده نیست. او مدل اختیار پزشک خانواده در همه سطح اجرایی را قبول داشت و بر این باور بود که باید حتی پول متخصص هم باید نزد پزشک خانواده باشد و البته فرصت اجرا نیز پیدا نکرد. البته 6 تا 7 استان را هم منتخب کرد ولی مهلت برای اجرا نیافت و فقط بودجه ها را به دانشگاه فرستاد ولی عملاً برنامه اجرا نشد.

دکتر هاشمی نیز دیدگاهش این بود که فعلاً باید زیر ساخت های منابع و ارائه خدمات پزشک خانواده آماده شود و بعد برنامه را توسعه دهیم. لذا **علت اجرایی نشدن در این 12 سال به اعتقاد بنده تفاوت دیدگاه ها و تغییرات بود و این مشکلی است که در نظام اجرایی ایران حاکم است که در آن تغییر و تحول مدیریتی بسیار زیاد است.**

دولت در ایران هر 4 سال یکبار عوض می شود، دولت معمولاً از مجلسی رأی اعتماد می گیرد که در میانه دولت عوض می شود و بعد دوباره یک مجلسی جدید می آید که دارای تفکرات دیگر است. اکثراً نیز برنامه های توسعه توسط دولتی نوشته می شود که عمر خودش به اجرای آن قد نمی دهد و دولت بعدی هم که می آید روی آن برنامه حرف دارد.

این تجربه ای است که هم در برنامه توسعه سوم، هم چهارم و هم پنجم شاهد آن بودیم و به نظر من در این سیستم، حداکثر کاری که یک دولت می تواند بکند مربوط به یکسال و یکسال و نیم است. 6 ماه تا یکسال اول معمولاً، دولت ها برنامه ریزی می کنند، یکسال دوم اجرا می کنند و سپس مواجه می شوند با تغییر مجلس و دولت باید دوباره برای خودش فکری کند.

به عنوان مثال در دولت فعلی که نسبتاً سریع نیز عمل شده است، در 6 ماه اول برنامه ریزی ها صورت گرفته است و یکسال و نیم است که طرح تحول سلامت قالب اجرایی به خود گرفته است و هم اکنون در حال آماده شدن برای نوشتن برنامه جدید (برنامه ششم) است تا برای تصویب تقدیم مجلس شود.

پیش بینی بنده این است که برنامه ششم در مجلس فعلی تصویب نخواهد شد و به مجلس بعدی موکول می شود و در آن مجلس تصویب و ابلاغ خواهد شد و بعد دولت جدید می آید.

البته امید داریم با توجه به تجارب گذشته، این دولت بار دیگر بر سر کار بماند اما تقریباً در وزارتخانه ها کمتر داشته ایم که یک وزیر، 8 سال وزیر بماند. در وزارت بهداشت که نداشته ایم هر چند امیدواریم این مسئله در مورد دکتر هاشمی برای اولین بار صدق کند.

ولی به هر حال تاکنون وزیر بهداشت هشت ساله نداشته ایم لذا طبق روال معمول، یک وزیر دیگر می آید و تا بیاید برنامه های گذشته را دریابد و سیاست های ذهنی خود را عملیاتی کند، بسیاری از مسائل را از دست می دهیم. لذا این تغییر و تحولات ریشه اصلی عدم اجرای پزشک خانواده است.

در حالی که اگر بخواهیم مقایسه ای با کشور ترکیه به عنوان کشوری که بهترین و موفق ترین تحول را بین کشورهای منطقه داشته و بهترین شیب اصلاحات را داشته است متوجه می شویم یکی از علل و رموز موفقیت آنها حضور یک وزیر بهداشت به مدت 11 سال بر مسند وزارت بهداشت است. آقای

آکتا 11 سال وزیر بهداشت ترکیه بود و دولت هم یک دولت ثابت بود یعنی آقای اردوغان همواره حضور داشته است یا در کسوت نخست وزیر یا در کسوت رئیس جمهور و وزیر بهداشت نیز در این مدت توانسته است یک برنامه را از ابتدا طراحی کند و تا اجرای کامل پیش برود.

اما برنامه پزشک خانواده در کشور ما تا کنون 4 تا 5 وزیر به خود دیده است که هر کدام نیز دیدگاهی متفاوت از دیگری داشته است و با این وضعیت آنچه امروز از پزشک خانواده در کشور داریم بسیار خوب است و تا همین مقدار هم امیدوار کننده است.

• پس به نظر شما تغییر وزرا مهمترین عامل اجرا نشدن پزشک خانواده بوده است؟

البته عوامل دیگری نیز در اجرای برنامه پزشک خانواده به عنوان مانع وجود داشته است که می توان به تعدد در سیاست گذاری ها اشاره کرد. به عنوان مثال یک فرد وقتی در وزارت بهداشت مسئول است یک دیدگاهی دارد و وقتی تغییر پست می دهد و مسئول سازمان بیمه گر می شود، کاملاً دیدگاهش بر می گردد و نه تنها اجرای پزشک خانواده را متوقف می کند بلکه طرحی موازی با پزشک خانواده اجرا می کند.

بنابراین عدم تمرکز تولیت نیز از مشکلات موجود بر سر راه برنامه پزشک خانواده است و می توان پراکندگی تولیت در بخش سلامت را عامل مهم دوم در این بحث دانست و اگر تمرکز در تولیت را داشتیم بی شک آسیب ها کمتر می شد.

تأمین منابع نیز بحث دیگری است که وجود دارد. به عنوان مثال سال 90 اولین سالی بود که استارت برنامه پزشک خانواده می خواست بخورد اما بودجه وجود نداشت و در دوران وزارت دکتر دستجردی ما به زحمت بودجه مورد نظر را در سال 91 با کار کارشناسی بسیار و جلسات متعددی که با سازمان مدیریت در سال 90 داشتیم، برآورد کرده و مصوب کردیم و بودجه 2 هزار میلیارد تومانی برای اجرای پزشک خانواده در کل کشور برای تمام سطوح اختصاص یافت.

• که بودجه را ندادند؟

بودجه را لحاظ کردند و در حال اخذ بودجه اجرای برنامه پزشک خانواده در دو استان بودیم که در دی ماه وزیر (دکتر دستجردی) عوض شد و وزیر جدید (دکتر طریقت) نمی دانست که چطور این برنامه را اجرا کند لذا

پول ها را نگرفت، پول در دولت باقی ماند و عملاً دولت بودجه مذکور را نداد.

در سال 92 دوباره اعتبار 2 هزار میلیارد تومانی پزشک خانواده در بودجه آمد و تصویب شد اما با توجه به اینکه در سال 92 دولت در حال تغییر و تحولات بسیار بود عملاً بودجه ای داده نشد.

دولت یازدهم که روی کار آمد برنامه ای برای جذب این بودجه برای برنامه پزشک خانواده هنوز وجود نداشت و عملاً این بحث تا آخر سال معطل ماند و در محل خودش استفاده نشد. بنابراین بحث تأمین منابع هم بحثی مهم در این حوزه است زیرا به هر حال اجرای پزشک خانواده یک منابع اضافه می خواست که این هم تأمین نشد.

مانع دیگر بر سر راه اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور بحث نقص برنامه ریزی است. به عنوان مثال در مورد برنامه پزشک خانواده اول یک نسخه 01 ایجاد و پایلوت شد و معلوم شد که این نسخه نمی تواند پاسخگو باشد و دوباره رفتیم و نسخه 02 را نوشتیم. متأسفانه باید اعتراف کنیم که توانمندی طراحی نسخه 01 پزشک خانواده ایراد داشت و شاید برنامه خوبی نیز در این حوزه طراحی نشد.

• چه اشکالاتی داشت؟

مثلاً نسخه 01 پزشک خانواده بر تجمیع دفترچه های بیمه تأکید داشت و این درحالی بود که هنوز سازمان های بیمه گریکی نشده بودند و اصلاً حاضر به اجرای این قانون نبودند. اشکال و توقف نیز از همین جا شروع شد و بعد در نسخه 02 گفتیم که دفترچه های بیمه یکسان شود و هر کسی می تواند در دفترچه خودش مهر بزند. مشکل دیگر در بحث اجرای برنامه پزشک خانواده کم توجهی به موضوع حمایت طلبی از ذی نفعان بود.

• ذی نفعان چه کسانی بودند؟

ذی نفعان، هم مردم هستند و هم ارائه دهندگان خدمت. وقتی نسخه 02 پزشک خانواده شروع شد مخالف ترین گروه پزشکان عمومی بودند و به شدت موضع گرفتند و تظاهرات کردند و این در حالی است که امروز موافق ترین گروه انجمن پزشکان عمومی است.

به نظر می رسد آن زمان پزشکان عمومی به عنوان یکی از ذی نفعان این برنامه به خوبی توجیه نشده بودند و در برابر اجرای این برنامه بسیار موضع گرفته بودند و سازمان نظام پزشکی نیز به شدت مقاومت می کرد.

ذی نفعان بعدی مردم هستند. در بسیاری از کشورهای دنیا برای انجام یک کار و طرح کوچک از مدت ها قبل مردم را بمباران تبلیغاتی می کنند ولی ما این کار را به دلایل متعدد از جمله نداشتن بودجه و پول نکردیم و این بحث مهم مورد غفلت و کم توجهی واقع شد.

البته این مبحث تا حدی که توانمان بود صورت گرفت ولی بحث ما این است که این باید بشود گفتمان دولت. همان طور که مسکن مهر به عنوان گفتمان دولت در همه جا مطرح می شود می بایست بحث پزشک خانواده نیز توسط دولت جلو می رفت و حرف اول می شد. در این صورت بسیاری از مسائل حل می شد.

ناگفته نماند که بحث پزشک خانواده در 6 ماه یا یکسال آخر دولت دهم تازه داشت به گفتمان اول تبدیل می شد که خیلی به آن توجه نشد و ما هیچ جا پزشک خانواده را با حضور رئیس جمهور افتتاح نکردیم و با حضور معاون اول رئیس جمهور این اتفاق می افتاد.

بالاخره عوامل متعددی در تضعیف روند اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده دخیل بود که این برنامه نتوانست در صدر سیاست های کشور قرار گیرد.

• آیا این درست است که برخی مسئولان عزم و اراده ای برای اجرای پزشک خانواده نداشتند؟

یک بحث عزم و اراده است و بحث دیگر این است که متأسفانه **سیستم سلامت ما دارای نظام کارشناسی قوی نیست** و اصولاً در وزارت بهداشت نظام کارشناسی قدرتمندی وجود ندارد. علت هم این است وزارت بهداشت، وزارتخانه ای پزشک محور است و با وجودی که خود بنده نیز پزشک هستم ولی باید به این اشکال اعتراف کنم.

به هر حال فردی که به عنوان وزیر بهداشت انتخاب می شود تمایل دارد افرادی را برای کمک خود بیاورد که توانمند باشند، تجربه کافی داشته باشند و در عین حال با تیمش نیز هماهنگ باشد و همین امر ایجاد محدودیت می کند. تقریباً در همه دوره ها به جز دوره دکتر هاشمی که تا حدی این روند عوض شد، تمام معاونان وزارت بهداشت پزشک آن هم متخصص بوده اند هر چند در حال حاضر نیز اکثریت با پزشکان است.

اصلاً معلوم نیست مثلاً کسی که می خواهد معاون توسعه وزارت بهداشت شود چرا باید پزشک باشد در حالی که کار توسعه اصلاً ارتباطی به مباحث پزشکی ندارد و کار مدیریت و نیروی انسانی، مدیریت تشکیلات و مدیریت منابع است که به هیچ وجه کار پزشک نیست یا مثلاً در مقاطعی، معاون حقوقی مجلس وزارت بهداشت پزشک بوده است و خود بنده نیز زمانی در این کسوت فعالیت داشتم، در حالی که مباحث مربوط به حقوق هیچ ارتباطی به رشته تخصصی من نداشت و من اصلاً حقوق نمی دانم. قطعاً اگر یک حقوقدان برای این منظور در نظر گرفته شود بسیار بهتر امور را پیش خواهد برد زیرا مسائل مربوط به حقوق را می فهمد و جایگاه مجلس به عنوان محل قانون گذاری را به خوبی می داند.

متأسفانه این دیدگاه هیچ وقت نبود و در عین حال نیز آدم ها دائماً در تغییر بودند و تا می آمدند بفهمند زمان تغییر افراد سر می رسید. اگر امروز یک آمار از مجموعه معاونان وزارت بهداشت گرفته شود به خوبی روشن می شود که چند درصد از آنها در حوزه سلامت مانده اند و چند درصد رفته اند و به کار طبابت مشغولند و این مسئله حتی در مورد رده های مدیران اجرایی وزارت بهداشت، مدیران اجرایی دانشگاه ها و روسای دانشگاه ها نیز صدق می کند.

اگر چه بکارگیری افراد کارشناس و هیئت علمی ها در مسئولیت های اجرایی محاسنی داشت اما مشکل اینجاست که این تجربه ها ماندگار نشدند در حالی که ما این مشکل را در سایر وزارتخانه ها کمتر می بینیم و افراد مراتب و مدارج را طی می کنند. ابتدا کارشناس می شوند بعد به مدیر، رئیس اداره، بعد به مدیر کلی می رسند و در مراحل بعدی به عنوان مشاور یا معاون وزارتخانه انتخاب می شوند. به عبارتی پله پله رشد می کنند.

اما در وزارت بهداشت ما به ندرت فردی را داریم که از کارشناسی به ریاست شبکه برسد و سپس معاون بهداشت، رئیس شبکه استان، معاون بهداشت و رئیس دانشگاه شود و پله ها را یکی یکی طی کرده باشد و بالا آمده باشد در حالی که معمولاً افرادی که با این فرایند مدارج را طی می کنند، اتفاقاً ماندگار هستند. به اعتقاد بنده اشکال مهمی که در نظام اجرایی وزارت بهداشت داریم این است که بسیار متخصص و پزشک محور هستیم و رشته هایی که مدیریتی هستند در وزارت بهداشت رشد نکرده است.

• چرا؟

از زمانی که دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت علوم جدا شدند، سعی کردیم همه کارها را خودمان انجام دهیم. دانشگاه‌ها دست وزارت بهداشت بود به همین علت رشته‌های مدیریتی خوب رشد نکرد و خود ما پزشکان همه پست‌ها را در دست گرفتیم. البته پزشکان بالاخره آدم‌های باهوشی بودند اما از هوششان به صورت مقطعی استفاده کردیم و این هوش را به سرمایه سازمانی تبدیل نکردیم و این سرمایه سازمانی دائماً در حال چرخیدن بوده و از مرتب از وزارت بهداشت خارج شده است.

البته در برخی موارد سعی شده است از این سرمایه سازمانی استفاده شود و به همین منظور شورای سیاستگذاری، در معاونت‌ها و دانشگاه‌ها تشکیل شده است اما در عین حال نیز بسیار سلیقه‌ای عمل شده است و برخی مسائل سیاسی نیز بر آن تأثیر گذاشته و به همین علت این سرمایه سازمانی ایجاد نشده است. شاید بتوان یکی از اشکالات موجود بر راه اجرای برنامه پزشک خانواده را نیز همین امر عنوان کرد.

• با توجه به مسئولیتهای مختلفی که در سالهای گذشته در وزارت بهداشت داشتید، تجربه شخصی شما در مورد اجرای پزشک خانواده چیست؟

تجربه پزشک خانواده یک چیز مهم را به ما آموخت و آن اینکه در کشورهای موفق در مورد یک طرح در وهله اول بر روی برنامه ریزی دقت بسیاری خرج می‌شود و جوانب کار با تعمق سنجیده می‌شود و سپس طرح تجربه و پایلوت می‌شود و بعد از طی این مراحل توسعه می‌یابد.

اما در کشور ما با توجه به عجله‌ای که در اجرای برنامه پزشک خانواده شد و تعجیلی که در اجرای برنامه پزشک خانواده هم در سطح روستایی و هم شهری صورت گرفت، آن طور که باید و شاید بر روی برنامه ریزی قبل از اجرای طرح دقت نشد و اگر چه سعی شد برنامه ریزی انجام شود اما پایلوت‌ها را درست انجام ندادیم در حالی که پایلوت‌ها فرصت مغتنمی برای شناسایی مشکلات است.

اگر چه در ظاهر می‌گوییم برنامه پزشک خانواده در استان‌های فارس و مازندران پایلوت شده است اما باید قبول کرد که خیلی هم با نگاه پایلوت به آن نگریسته نمی‌شود.

زیرا اگر برنامه ریزی ما دقیق بود و نگاه ما به اجرای این برنامه در دو استان کشور به عنوان پایلوت بود الان باید مشخص بود که مثلاً چند سال دیگر قرار است چند استان دیگر زیر پوشش این برنامه قرار گیرند

و همچنین معاون بهداشت و درمان وزارتخانه می بایست دو تیم قوی می داشتند که روند اجرای این برنامه را در مرحله پایلوت به طور مستمر و دقیق رصد می کرد تا مشخص می شد که طرح چطور پیش می رود؟ اشکالات چیست؟ اصلاحات چه باید باشد؟ چطور باید توسعه پیدا کند؟ و برای توسعه آن در سطح 2 و 3 از هم اکنون برنامه ریزی شده باشد و نقشه دقیقی برای آن متصور می شدند. متأسفانه این سیر در مورد برنامه پزشک خانواده قدری ضعیف است.

• اگر زمان شروع این برنامه تجربه امروز را داشتید برای اجرای پزشک خانواده چه می کردید؟

اگر امروز سال 84 بود و بنده همین تجربه ای که امروز دارم را داشتم به دکتر پزشکیان پیشنهاد می دادم برای اجرای این برنامه عجله نکند و صبر کند تا برنامه ریزی ها با دقت بیشتری انجام گیرد و اجازه دهد تا تمام این مطالعات و تجربیات به دولت بعدی منتقل شود. در دولت بعدی نیز سال اول را به بحث برنامه ریزی اختصاص داده و از سال دوم پایلوت را در شهر و روستا در 2 یا 3 استان شروع می کردیم و اجازه می دادیم سه سال نیز برنامه به شکل پایلوت پیش رود تا اشکالات شناسایی و رفع شود سپس در دوره خانم دکتر وحید دستجردی آن را کشوری می کردیم. اگر این روال طی می شد بی شک الان این برنامه به یک جایی رسیده بود. به عبارتی ما مراحل برنامه ریزی را به خوبی اجرا نکردیم و همواره این نگرانی وجود داشت که زودتر طرح اجرایی شود و همه وزرا می خواستند زود تمامش کنند، اجرایی کنند و کشور کنند.

• شاید همه می خواستند اجرای این برنامه به اسم آنها تمام شود.

شاید خیلی بحث و دغدغه ماندگاری اسم و نام نبود زیرا واقعاً وزرای بهداشت همه دلسوزند و دلشان می خواهد کاری برای مردم بکنند. در این جریان نیز مقصر اصلی وزرا نیستند بلکه تقصیر روسای جمهور و مجلس است.

در بین 5 وزیر بهداشت و درمانی که در طول اجرای برنامه پزشک خانواده داشته ایم به جز دکتر پزشکیان که سابقه معاونت وزارتخانه را داشته است، سایر وزرا هیچ کدام پله ها را طی نکرده اند و تجربه مدیریت کلان کشور نداشتند. نقص این مسئله این است که 6 ماه تا یکسال طول می کشد که یک وزیر در این موقعیت جا بیفتد و اصلاً متوجه شود که برنامه یعنی

چه و برنامه ها چیست و تازه پس از طی این مراحل است که وارد برنامه پزشک خانواده می شوند. این نقص نیز در تضعیف روند اجرای برنامه پزشک خانواده موثر بود.

• ولی افرادی مثل شما در کنار اکثر وزرای بهداشت حداقل در دو دهه اخیر بوده اید.

بله تجربیات منتقل می شود و دلیل اینکه دکتر هاشمی توانست بعد از 6 ماه وارد برنامه اجرا شود نیز استفاده از افراد باتجربه در امور بود. افرادی که در همه خط و خطوط های سیاسی بودند و همه تجربه داشتند. بنده نیز کوچکترین آنها بودم و بی شک افراد بهتر از من در کنار ایشان بودند و هستند که این تجربیات را منتقل و بعد از 6 ماه وارد اجرا شد.

البته دکتر هاشمی دو ماه قبل از اینکه به وزارتخانه بیاید برنامه ریزی ها را آغاز کرده بود و ایشان فردی با هوش است لذا توانست زودتر و در زمانی حدود 6 ماه به این مرحله برسد. اگر چه هنوز وارد اجرای پزشک خانواده نشده است.

در مورد برنامه پزشک خانواده هنوز آن عزم جدی در وزارتخانه اتفاق نیفتاده است البته دکتر هاشمی برنامه را کنار نگذاشته است ولی معتقد است مسائل دیگری در اولویت است و در مورد برنامه پزشک خانواده نیز بر این باور است که باید اول زیرساخت ها را درست کرد. به اعتقاد بنده نیز تشخیص ایشان اشتباه نیست و به هر حال باید اول مشکلات زیربنایی را حل کرد. یعنی منابع پایدار برای پزشک خانواده خیلی مهم است، فراهم سازی زیر ساخت های سطح 2 و 3 بسیار حائز اهمیت است. زیرا وقتی ما می گویم نظام ارجاع باید بدانیم به کجا می خواهیم برسیم. این مشکل را در نسخه 02 پزشک خانواده هم داشتیم. اگر منظور از سطح دو خدمات پزشک خانواده، تخصصی است که در مطب نشسته باید پذیرفت که هنوز زیر ساخت ها آماده نیست و اگر بگوییم برود مراکز بهداشت و بیمارستانها هر چند اشکالی وجود ندارد اما فشار مراجعه به حدی بالا می رود که کسی نمی تواند جوابگو باشد.

من اگر به گذشته برمی گشتم این موضوع را بسیار جدی می گرفتم که برنامه پزشک خانواده برنامه ای نبود که 6 ماهه برنامه ریزی شود و ظرف یکسال اجرای کشوری شود. البته همان موقع که نسخه 02 به دولت رفت، برنامه پیشنهادی وزارت بهداشت و دکتر وحید دستجردی برنامه ای

پنجساله بود اما چون فقط 2 سال از عمر دولت باقیمانده بود در همان جلسه دولت، تصویب کردند که دو ساله در کل کشور اجرایی شود و به این ترتیب این برنامه دستخوش تعجیل و شتابزدگی شد و در این راستا همه را نیز همصدا کردند.

• اشتباه بود؟

بله اشتباه بود، روشن هم بود که اشتباه است زیرا نظر کارشناسی وزارت بهداشت بر روندی پنجساله بود و در نظر بود که به تدریج پایلوت کنیم و حتی به اعتقاد بنده فرآیند پنجساله که آن زمان بنده نیز موافق آن بودم نیز برای این منظور کمی تند بود و اگر با تجربه امروز بخواهم صحبت کنم، بر این باورم که باید ظرف 2 سال برنامه ریزی ها صورت گیرد و بعد از آن پایلوت های پله ای اجرایی شود و در 2 تا 3 استان پایلوت شود و بعد از سه سال 30 درصد کشور تحت پوشش برنامه پزشک خانواده درآید و پس از آن در کل کشور عملیاتی شود. به عبارتی برنامه پزشک خانواده برنامه ای 10 تا 12 ساله باید باشد.

• برای استقرار این برنامه در آینده چه پیشنهادی دارید؟

امامی رضوی: با توجه به تجربه ای که امروز دارم و پایلوت هایی که انجام شده است، در وضعیت فعلی بازه زمانی 7 سال را مناسب می دانم تا آن کاری که باید بشود، صورت پذیرد.

• چگونه باید اجرا شود؟

در گام اول باید دبیرخانه ای بسیار فعال در سطح معاونان وزرا متشکل از وزارت بهداشت، وزارت رفاه و سازمان مدیریت تشکیل شود که فقط کارش پرداختن به برنامه پزشک خانواده باشد. این دبیرخانه در وهله اول روند اجرای پزشک خانواده در سطح شهری و روستایی را آسیب شناسی کند و سپس برنامه اجرایی 7 ساله را بریزد و ضمن شناسایی اشکالات برنامه در مناطق پایلوت شده به تدریج به رفع اشکالات و ایرادات بپردازد. همچنین بر اساس برنامه پیش بینی شده مشخص شود که مثلاً در سال 96 می توان 2 تا 3 استان دیگر را نیز تحت پوشش پزشک خانواده درآورد و سپس 30 درصد جمعیت کشور را تحت پوشش درآورد و در نهایت مشخص کند که مثلاً در سال 98 یا 99 در کل کشور این برنامه را به طور کامل اجرایی کند. این طرح 7 ساله باید از الان ریخته شود و تمام فرایندها کار به صورت مشخص پیش بینی شود و در طول 7 سال به تدریج اجرایی شود.

• و اگر این کار انجام نشود؟

امامی رضوی: اگر بخواهیم با همین شکل جلو برویم 7 سال دیگر هم باز همین جا ایستاده ایم که هستیم. البته این فرایندی که اشاره شد یک برنامه مجرد نیست و باید در کنار سایر مسائل و اولویت هایی که در حوزه سیاست های کلی سلامت و سیاست برنامه ششم، اجرایی شود.

به عبارتی برنامه پزشک خانواده جزئی از یک برنامه است. باید گایدلاین ها نوشته شود، سطح بندی خدمات تدوین شده و مصوب شود تا مشخص شود که مثلاً در حوزه آموزش به تربیت چه تعداد نیروی انسانی نیازمندیم.

• هفت ساله می شود نیروهای پزشک خانواده مورد نیاز را تربیت کرد؟

بالاخره باید برنامه ریزی ها انجام شود تا بتوان پیش بینی های لازم را کرد. به عنوان مثال ترکیه با یک برنامه کوتاه مدت توانست کمبود نیروی پرستاری خود را جبران کند به این ترتیب که آمد و برنامه شش ماهه تربیت نیروی بهیار را گذاشت و توانست در عرض 2 تا 3 سال نیروی پرستاری خود را به 3 برابر ارتقاء دهد. ما هم می توانیم با ترسیم افق های برنامه پزشک خانواده برای چالش ای پیش رو برنامه ریزی های منطقی انجام دهیم زیرا وقتی برنامه است معلوم است که کجا هستی و می خواهی به کجا برسی و بر همان اساس تربیت نیرو می کنی و جلو می روی.

• ولی هنوز حتی یک نفر پزشک خانواده در کشور تربیت نشده است؟

البته خوشبختانه در شش ماهه اخیر در حوزه آموزشی بسیار خوب عمل شده است و برنامه ریزی خوبی برای طراحی نظام تربیت پزشک خانواده شده است. پیش بینی های خوبی در داخل کشور برای تربیت نیروهای متخصص پزشک خانواده و نیروهای بینابینی شده است و در عین حال از گروه های بین المللی نظیر مشاوران سازمان بهداشت جهانی و دانشگاه آمریکایی بیروت در جهت تربیت نیرو کمک گرفته شده است و به مدل های خوبی نیز رسیده ایم.

البته در مورد جزئیات مباحث چون هنوز نهایی نشده است نمی توانیم خیلی صحبت کنیم ولی کلیت امر این است که ما متخصص پزشک خانواده می خواهیم ولی به این معنا نیست که تا دو سال دیگر تمام پزشکان خانواده کشور الزاماً متخصص باشند.

افق پزشک خانواده فعلاً این است که گروهی را تربیت کنیم که رشته پزشک خانواده را راه اندازی کنند و خودشان هیئت علمی بشوند و پزشکان عمومی را تربیت کنند تا یک پزشک عمومی در طول دوره آموزشی خود بیاموزد که کار پزشک خانواده چیست؟ و بدانند که وقتی در موقعیت یک پزشک خانواده در سطح یک قرار گرفتند چه مسئولیت هایی بر عهده دارند.

نیروهای بینابینی نیز این است که مثلاً پزشک خانواده موجود دوره های شش ماهه تا یکساله ای را بگذارند تا بتواند به طور اصولی کار پزشک خانواده را انجام دهد. این دوره های کوتاه مدت می تواند مثل دوره های MPH باشد که دوره ای شش ماهه تا دو ساله بود که می توانست به دوره تخصص پزشک خانواده منجر شود که خیلی هم ادامه نیافت.

• تخصص پزشک خانواده مد نظر است یا دوره های کوتاه مدت پزشک خانواده؟

تخصص و دوره کوتاه مدت را همزمان مد نظر داریم و روی هر دو کار می کنیم. همچنین سومین کار این است که دوره های پزشک عمومی را به گونه ای اصلاح کنیم که دانشجویان توانمندی های لازم برای ارائه خدمات پزشک خانواده در همان دوران کسب کنند. تمام این موارد همزمان در حال انجام است و کارهای خوبی نیز در حوزه آموزش پیش بینی شده و در حال انجام است.

• مقبولیت مردمی پزشک خانواده را چطور باید ایجاد کرد، هنوز اکثر مردم دوست ندارند، محدودیت داشته باشند؟

نمی توانیم خیلی هم به زور مردم را وادار به کاری کنیم. معتقدم آنچه در این میان می تواند در جهت ایجاد مقبولیت پزشک خانواده در بین مردم موثر باشد این است که ما دسترسی ها را برای مردم زیاد کنیم یعنی مردم احساس کنند که با وجود پزشک خانواده راحت تر شده اند و مشکلاتشان حل می شود.

برای این منظور نیز باید افرادی را به عنوان پزشک خانواده تربیت کنیم که در دل مردم باشد. شاید دلیل اینکه برنامه بهورزی به خوبی توانست در جامعه بنشیند این بود که بهورز در بین مردم زندگی می کند و جزو خودشان است. مشکلات آنها را حل می کند به گونه ای که هم اکنون بر اساس مطالعات انجام شده، کنترل دیابت در بیماران مبتلا توسط بهورزان بسیار بهتر کنترل شده است تا وقتی که تحت نظر فوق تخصص غدد

انجام شده است. بنابراین پزشک خانواده نیز باید کار فرهنگی کند نه اینکه فقط در مطب بنشیند تا به او مراجعه شود. باید با مردم دوست شود. در بین مردم برود و مشکلات آنها را از نزدیک ببیند و در صدد حل آنها برآید. باید با مردم بجوشد و داخل مردم برود.

• **ولی کاراکتر و شخصیت افراد با هم فرق می کند، نمی توانید انتظار داشته باشید همه پزشکان خانواده افرادی مردمی باشد و با مردم ارتباط قوی برقرار کنند.**

یکی از اشکالات در حوزه آموزش پزشکی همین است. اشکال این است که هم در گزینش افراد خوب عمل نمی کنیم و هم اینکه خوب تربیت نمی کنیم.

به اعتقاد من بازگشت به نقش واقعی پزشک نظیر آنچه در بین گذشتگان بود لازم است، پزشکانی مردمی مثل دکتر قریب استثناء نیستند و اگر پایمان را کمی از ایران بیرون بگذاریم این مدل های مردمی از پزشکان را می بینیم و اصولاً مدل پزشکان همین است. نمونه این پزشکان مردمی را به وفور در خارج از کشور خواهیم یافت، نمی گویم در کشورهای انگلیس و فرانسه و امثالهم بلکه در همین پاکستان و تایلند هم این نمونه ها را بسیار خواهیم دید.

باید اعتراف کنیم که ما پزشکان یک خورده مسیر را گم کرده ایم. البته اشکال را نباید متوجه پزشکان دانست بلکه باید یک مقدار فراتر از جامعه پزشکی در جاهایی نظیر نظام اقتصادی و فرهنگ مصرف گرایی به دنبال مشکل گشت. متأسفانه مصرف گرایی به جامعه پزشکی نیز وارد شده است و باید این مدل های اشتباه را در آموزش های پزشکی اصلاح کنیم. پزشک باید در بین مردم باشد و به دنبال مشکلات مردم برود. در این صورت است که می توان پزشک خانواده را در جامعه و در بین مردم جا انداخت.

• **ولی در عالم واقع انجام چنین تغییری بسیار سخت است؟**

سخت است ولی من روی این قضایا بسیار فکر کرده ام. در بسیاری موارد فکر می کنیم باید انسان ها را متحول کنیم در حالی که به اعتقاد من باید سیستم را متحول کرد. اگر سیستم را درست کردیم، خود به خود آدم ها نیز در آن سیستم درست کار خواهند کرد.

به عنوان مثال یک فردی را در نظر بگیرید که در کشور به راحتی آشغال خود را از پنجره ماشین به بیرون پرت می کند، همین فرد در کشورهای

که این مسئله بسیار مهم است و سختگیری می کنند به هیچ عنوان چنین رفتاری را انجام نمی دهد. پس مهم درست کار کردن سیستم است.

سیستم هم فقط این نیست که با بزن و بکوب اصلاح شود. وقتی مدل طراحی شده برای سیستم درست باشد و نظام را درست طراحی کنیم، آدم ها نیز در آن سیستم تخلف نمی کنند.

به عنوان مثال مگر ما در بحث حذف زیرمیزی فردی را کتک زدیم. خیر. تنها آمدم و یک نظامی را تعریف کردیم و یک مقدار دریافتی های پزشکان را افزایش دادیم و اعلام کردیم از این پس کسی حق ندارد زیرمیزی بگیرد و اگر چنین اتفاقی افتاد مردم اطلاع دهند با همین کار این احساس ایجاد شد که یک نظام کنترل وجود دارد. البته نمی گویم صفر شده است اما بالاخره از 100 مورد به 2 تا 3 مورد رسیده است که این کاهش چشمگیر است. می توان چنین مدل هایی برای اصلاح سیستم در کشور انجام داد.

به عنوان مثال به نظر بنده سیستم فی فور سرویس به منزله سم برای پزشکی کشور است. ما باید نظام پرداخت را ثابت کنیم، آن هم باید از طریق بیمه ای باشد و به این ترتیب سیستم درست می شود. شاید در بدو کار نارضایتی هایی را از سوی برخی پزشکان شاهد باشیم ولی در نهایت نتیجه کار مطلوب خواهد بود و دیگر فکر و ذکر کسی پول درآوردن نخواهد بود و به امور دیگر هم توجه خواهند داشت.

یکی از اساتید من همواره تأکید داشت که باید یک مقدار هم از بیرون جعبه به مسائل فکر کرد. مادامی که داخل جعبه هستی دائماً می خواهی مسائل کوچک را درست کنی. در مورد کشور نیز اگر می خواهیم اصلاحاتی انجام دهیم باید سیستم را از بیرون نگاه کنیم تا ببینیم به چه تغییراتی نیاز دارد. وقتی سیستم تغییر کرد می توان فرهنگ ها را روی آن سوار کرد.

دکتر محمد هادی ایمانیه

محمد هادی ایمانیه، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز از سه سال پیش درگیر اجرای برنامه پزشک خانواده در این استان است. وی معتقد است اجرای این برنامه از هدررفتن منابع جلوگیری می کند و جایگاه طب عمومی را که 90 درصد تربیت شدگان دانشگاههای علوم پزشکی هستند تقویت می کند اما در ابتدا باید اعتبارات بیشتری اختصاص داده شود تا بعد از چند سال صرفه جویی منابع و مزایای اقتصادی این برنامه شکوفا شود.

• اجرای پزشک خانواده در کشور چه ضرورتی دارد؟

دکتر ایمانیه: تا زمانی که نظام ارجاع وجود نداشته باشد و پزشک خانواده در کشور اجرا نشود، هر فرد به هر دلیلی درست یا نادرست می تواند به متخصص و فوق تخصص مراجعه مستقیم داشته باشد و چنین روشی باعث هدر رفتن منابع کشور می شود.

از طرفی در زمان حاضر به هرحال 90 درصد از دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در مقطع پزشکی عمومی فعالیت می‌کنند و شاید تقریباً حدود 10 درصد این دانشجویان در ادامه تخصص یا فوق تخصص بگیرند. بنابراین اگر برنامه پزشکی خانواده نباشد در حقیقت فلسفه تربیت این میزان پزشکی عمومی زیر سوال می‌رود به این معنا که 7 سال وقت و هزینه صرف تربیت نیروهائی می‌شود که هیچ هدف خاص و مناسبی برای بهره برداری از توان آنها تعریف نشده است.

طبیعی است که در همه جای دنیا خدمات تخصصی و فوق تخصصی بسیار گران تمام می‌شود و این عملی نیست که بخواهیم متناسب با ذهنیت غلطی که در جامعه وجود دارد و برای هر بیماری کوچکی متخصص و فوق تخصص مراجعه شود و نمی‌شود به اندازه پزشکان عمومی مورد نیاز برای کشور فوق تخصص و تخصص تربیت کنیم تا بتوانند جوابگوی همه بیماران باشند.

این منطقی نیست که تعداد زیادی پزشکی عمومی بدون در نظر گرفتن هدف خاصی بی‌فایده و بیکار تربیت‌شود و از آن طرف احساس نیاز را برای مراجعه به متخصص و فوق تخصص در جامعه به شکل کاذبی بالا ببریم. پس چرا باید این همه عمر و هزینه صرف تربیت نیروی پزشکی عمومی شود؟

علم ثابت کرده که 90 درصد از بیماری‌ها توسط پزشکی عمومی قابل تشخیص و درمان است و فقط 10 درصد از بیماری‌ها به مراجعه به سطوح بالاتر نیاز دارد، در غیر این صورت برای کاری با سطحی مشخص و محدود آمده ایم هزینه ای سنگین صرف کرده ایم.

بی‌شک ادامه این وضعیت ضربهای هنگفت به اقتصاد سلامت کشور می‌زند. باید قبول کرد که منابع اقتصادی حوزه سلامت در تمام دنیا محدود است، این طور نیست که در کشوری بی‌حد و حساب و بدون هیچ گونه محدودیتی منابع اقتصادی صرف سلامت بشود و بالاخره سایر جنبه های اجتماعی و زندگی مردم هم وجود دارد که باید برای آنها نیز هزینه شود. لذا هدفمند کردن تربیت نیروهای پزشکی عمومی و ساماندهی حرفه آنها و نیز ساماندهی اقتصاد سلامت از فلسفه های راه اندازی پزشکی خانواده است.

دلیل دیگر در خصوص ضرورت اجرای این برنامه در کشور این است که به هر صورت وقتی همه مردم تمایل به مراجعه به متخصص و فوق تخصص دارند، جمعیت زیادی متوجه این سطح از خدمات می‌شود لذا نوبت ها طولانی تر می‌شود و فاصله جغرافیایی دریافت خدمات نیز از زندگی مردم طولانی تر شده و دسترسی ها کاهش می‌یابد. در صورتیکه اگر پزشکان عمومی را به

خوبی توجیه کنیم که متناسب با نیاز هر منطقه در سراسر کشور حضور داشته باشند و خدمت رسانی کنند، مردم با فاصله کوتاهی از محل سکونت خود به پزشک دسترسی خواهند داشت و دیگر نیازی به طی مسافت های طولانی و نوبت دهی های چند ماهه نیست و مریض به محض بیماری می تواند نزد پزشک برود. به این ترتیب سریعتر و پیش از آنکه درد مزمن و کهنه شود، بیماریمورد تشخیص و درمان قرار می گیرد و قطعاً عوارض ناشی از بیماری کاسته و بیماری در سطح اول کنترل می شود. بنابراین با اجرای پزشک خانواده علاوه بر افزایش سرعت عمل در تشخیص و درمان، هزینه ها نیز بسیار پایین می آید.

فلسفه دیگری که در برنامه پزشک خانواده دنبال می شود و بسیار هم مهم است این است که پزشک خانواده فقط وظیفه درمان بیماران را برعهده ندارد بلکه اتفاقاً بیشتر وقت و زندگی خود را صرف پیشگیری و آموزش اصول سلامت به مردم می کند. تجربه نشان داده است که وقتی کار بیمار به متخصص و فوق تخصص می رسد آنها نه وقت لازم و نه انگیزه لازم را برای آموزش اینگونه مسائل به بیمار ندارند. در صورتیکه قطعاً هزینه پیشگیری بسیار بسیار پایین تر از درمان است به خصوص وقتی که این خدمات پیشگیری را با درمانهای سنگین و گرانقیمت در سطح تخصصی و فوق تخصصی مقایسه کنیم. نظام پزشک خانواده در حقیقت یک نظام سلامت محور به جای درمان محور است. علاوه بر آن تربیت پزشک عمومی را هدفمند می کند. تعداد مورد نیاز به متخصص و فوق تخصص پایین می آید و همین امر باعث می شود که جایگاه پزشک عمومی ارتقاء یابد.

علاوه بر این مزایا در کنار هر پزشک خانواده یک دستیار تحت عنوان مراقب سلامت نیز در این برنامه پیش بینی شده است که می تواند پرستار، ماما یا کارشناس بهداشت باشد. بنابراین با اجرای برنامه پزشک خانواده این گروه نیز وارد نظام مراقبت، سلامت، پیشگیری و آموزش سلامت می شوند و به تکمیل پرونده سلامت افراد کمک می کنند که البته در جهت اشتغال زایی این افراد نیز اقدام موثری اتفاق می افتد.

برنامه دیگری که هم راستا با اجرای برنامه پزشک خانواده پیش بینی شده است، این است که پزشک خانواده علاوه بر تأمین سلامت مردم و تشخیص و درمان سریع بیماری های آنها، در جهت الکترونیکی شدن پرونده های سلامت جامعه گام بردارد. به این ترتیب که تمام زندگی یک فرد از زمان تولد تا زمان حاضر در پرونده شخص درج می شود و در صورت بروز هر مشکل و بیماری، پزشک خانواده می تواند با مراجعه به پرونده بیمار از سوابق بیماری ها و زندگی وی مطلع شود. به عنوان مثال در نظر بگیرد

که این بیمار همان فردی است که پارسال جراحی داشت یا سه سال پیش به فلان دارو واکنش نشان داده است یا در سابقه فامیلی خود سکتة زودهنگام یا دیابت دارد. مطمئناً دسترسی به این اطلاعات می تواند در جریان تشخیص و درمان بیماری ها بسیار کمک کننده باشد و پزشک را راحت تر به تشخیص و درمان برساند.

برنامه پزشک خانواده کاری تیم محور است و فرقی با سیستم سابق این است که سیستم حاکم فردگراست. نهایتاً هر پزشک یک منشی دارد و نهایتکاری که انجام می دهد پاسخگویی به تلفن و دریافت حق ویزیت از بیماران است و دیگر هیچ نقشی در پروسه سلامت ندارد. هم اکنون در همه استانها به جز فارس و مازندران، که برنامه پزشک خانواده اجرا شده، دسترسی که در کنار پزشک است نقشی در آموزش اصول پیشگیری و سلامت یا ثبت اطلاعات فرد در پرونده ندارد.

به همین منظور هم هست که عمداً از پرستار، ماما و کارشناسهای بهداشت به عنوان دستیار پزشک خانواده استفاده کرده ایم تا اطلاعات پزشکی بالایی به نسبت یک فرد دیپلمه و فردی که فقط نقش منشی را بازی می کند، داشته باشد و بتواند به عنوان جزئی از تیم سلامت در کنار پزشک باعث ارتقاء سلامت مردم شود.

• اجرای پزشک خانواده می تواند هزینه های القایی و زائد را هم کم کند.

بله، حتماً می تواند نقش موثری در کاهش هزینه های القایی داشته باشد زیرا وقتی پرونده الکترونیک افراد کامل شد، نظارت الکترونیک امکانپذیر می شود و به عبارتی اگر پزشکی زیاده از معمول آزمایش، سی تی اسکن، ام آر آی و خدمات این چنینی تجویز کند و دقت لازم را در این زمینه نداشته باشد، به راحتی توسط نظام نظارت الکترونیکی قابل شناسایی و کنترل است و بکارگیری سیستم تشویق و تنبیه در کنار این سیستم نظارتی می تواند در کارآمدی این نظام موثر باشد.

• برنامه پزشک خانواده مدتی است که در استان فارس اجرا می شود، چه تجاربی از اجرای این برنامه به دست آورده اید؟

تجربه کار در این زمینه دشوار و همراه با سختی است. مدیر پروژه باید خیلی با انگیزه باشد و وقت کافی بگذارد تا بتواند تمام موانع و سختی ها را یکی یکی پشت سر بگذارد و آنها را از سر راه بردارد.

• چه سختی هایی؟

اجرای این برنامه بسیار پیچیده و دشوار است اما سخت ترین بخش کار تغییر دادن فرهنگ و عادات مردم و جامعه پزشکی است. وقتی یک نظام و سیستمی طی 50 تا 60 سال جا می افتد و به عادت تبدیل می شود و فرهنگ مرسوم این می شود که بیمار مستقیم به متخصص مراجعه کند، تغییر آن بسیار سخت است ولی به هر صورت تمام این سختی ها در طول سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده به رغم تمام نق زدن ها و انتقادها و شکایت های تحمل شد و الان شرایط بسیار تغییر کرده و اوضاع رو به بهبود است.

البته صبوری و حوصله پزشکان خانواده در این میان نقشی کلیدی داشت. به طوریکه با سواد و دانشی که داشتند و حوصله ای که به خرج دادند به تدریج مجموعه تحت پوشش خود را توجیه کردند و به مرور شکایت ها کمتر شد. البته در مواردی که پزشکی کم حوصله تر بود هنوز با گله ها و شکایت های مردمی مواجه است. اگر چه این مسائل و مشکلات رو به کاهش است ولی هنوز هم چنین مشکلاتی وجود دارد اما خوشبختانه در مجموع سطح نارضایتی ها رو به کاهش و سطح رضایتمندی ها در حال افزایش است.

این فرآیندی طبیعی است که وقتی کاری به 50 تا 60 درصد پیشرفت می رسد دیگر سیر افزایش رضایت ها و کاهش نارضایتی ها نیز نسبت به اوایل کمتر می شود و این طبیعت این طور کارها است. ولی در کل شرایط رو به بهبود است و در طول این سه سال که پزشک خانواده در استان فارس اجرا شد، همواره در تعامل تنگاتنگ و خوبی که با ستاد اجرایی استان و ستاد مرکزی در تهران داشتیم. جلسات متعددی که داشتیم، بسیاری از اعتراضات منطقی بررسی و مرتفع شده است هر چند هنوز نیز مشکلاتی باقیمانده است که انتظار می رود هر چه سریعتر با حمایت مسئولان و متولیان امر برطرف شود.

• چه مشکلاتی باقیمانده است؟

یکی از مهمترین مشکلات باقیمانده بحث تکمیل زیرساخت های IT است که مسئولیت آن خارج از حیطه وظایف وزارت بهداشت یا وزارت رفاه است تا بتوان برای آن چاره ای اندیشید و حمایت مسئولان وزارت ارتباطات و شرکت مخابرات را می طلبد تا با سرعت بیشتری به بهبود وضعیت IT کشور بپردازند. قطعاً تکمیل و تقویت زیر ساختهای IT در کشور برای پرونده

الکترونیک، نسخه نویسی و ارجاع الکترونیک و امثالهم بسیار حائز اهمیت است و با بهبود این سیستم کار بسیار راحت می شود.

البته در این زمینه نیز کارهای خوبی اتفاق افتاده است و روند رو به بهبود است اما باز هم سیر کندی دارد و باید سرعت بیشتری پیدا کند تا بتوان رضایتمندی بیشتری را حاصل کرد.

مسئله دیگر بحث تغییر فرهنگ مردم و پزشکان است. متأسفانه هنوز هم بعضی از پزشکان عادت ندارند که در کنار کار تشخیص و درمان به پیشگیری، غربالگری و آموزش سلامت مردم توجه کنند و در این زمینه متمرکز شوند.

باید اقرار کنیم که ما پزشکان وقتی بیماری وارد مطب یا کلینیک می شود، فقط سعی می کنیم، بیماری را تشخیص دهیم و در صدد درمان و تجویز دارو برآییم و خیلی سعی نمی شود که نسبت به تاریخچه فامیلی و خانوادگی فرد سوال کنیم یا از رژیم غذایی، سبک زندگی و بیماری های شایع در فامیل بیمار بپرسیم یا تأکید کنیم که چک آپ های لازم توسط بیمار انجام شود.

قطعاً رعایت این نکات احتیاج به گذر زمان دارد. خوشبختانه اوضاع رو به بهبود است و انصافاً عده ای از همکاران پزشک برای بیماران وقت می گذارند و با حوصله آموزش می دهند و حتی کلاس های هفتگی برای ارائه اصول پیشگیری و سلامت برای بیماران خود می گذارند و برای این منظور از شبکه های اجتماعی نیز بهره می گیرند. با جمعیت تحت پوشش خود در ارتباط هستند و علاوه بر ارسال مطالب آموزشی به سوالات آنها نیز از این طریق پاسخ می دهند.

• همه این کارها توسط خود پزشک انجام می شود؟

بله خود پزشکان خانواده با حوصله، حسن سلیقه و ابتکارهای این چینی به ایجاد ارتباط با جمعیت تحت پوشش خود اقدام کرده اند. هر چند این واقعیت هم وجود دارد که اقلیتی نیز کم حوصله هستند و نتوانسته اند در این راستا موفق باشند که امیدواریم آنها نیز با صبوری بیشتری با مردم تعامل کنند و از طرفی نیز مردم نیز کمک کنند و با کم کردن شکایت های غیر منطقی با مجموعه همکاری کنند و مطمئن باشند که نظام سلامت با نظام ارجاع و پزشک خانواده قطعاً بسیار ریشه ای تر ارتقاء می یابد و این قبیل برنامه ها در دراز مدت قابل اجرا تر است.

پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده به تدریج دفترچه های بیمه در حال از دست دادن ارزش خودشان بودند و از طرفی نیز بدون حساب و کتاب بودن مراجعات، عکسبرداری ها، انواع آزمایشهای غیر ضرور، کمر اقتصاد سلامت را می شکنند.

یک حساب سرانگشتی که انجام شده است نشان می دهد با اجرای برنامه پزشک خانواده، مردم استان فارس در هر سال 100 میلیارد تومان کمتر از جیبشان بابت سلامت خرج کرده اند و این نشان می دهد که اجرای این برنامه بسیار برای مردم بویژه نیازمندان مقرون به صرفه است.

• چطور این اتفاق افتاد؟

وقتی مردم در استان فارس به پزشک خانواده مراجعه می کنند. حداکثر پرداختی شان 2 هزار تومان است و داروهایی که توسط پزشک خانواده تجویز می شود اگر تحت پوشش نظام بیمه ای کشور باشد، کاملاً رایگان در اختیار آنها قرار می گیرد و اگر احیاناً نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر (تخصص و فوق تخصص) باشد نیز بیمار فقط 3 هزار تومان پرداخت می کند در صورتی که در سایر استان ها حتی اگر فرد زیر پوشش بیمه باشد وقتی به بخش خصوصی مراجعه می کند به جای 2 هزار تومان تقریباً 10 تا 11 هزار تومان برای پزشک عمومی پرداخت می شود و 30 درصد هزینه دارو نیز برعهده بیمار است و ویزیت متخصص نیز 21 هزار تومان است.

همچنین برای افرادی که تحت پوشش برنامه پزشک خانواده هستند اگر بستری در بیمارستان اتفاق بیفتد برای شهرنشینان به جای 10 درصد فقط 5 درصد و برای روستاییان به جای 6درصد، 3 درصد هزینه دریافت می شود. یعنی پرداخت مردم در بخش بستری هم به شرطی که از طریق نظام ارجاع آمده باشند، پایین تر است.

• درآمد پزشکان کم نمی شود؟

خیر درآمد آنها از طریق بیمه و دولت جبران شده است.

• اجرای برنامه پزشک خانواده در استان فارس چه تجربه ای داشته که بتواند در استانهای دیگر مورد استفاده قرار گیرد؟

اول اینکه فرهنگسازی را پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده شروع کنند و از ماهها قبل روی آن کار تبلیغاتی شود. زیر ساخت های الکترونیک نیز باید همزمان فراهم شود. راهنماهای بالینی که مورد استفاده پزشکان

خانواده قرار می گیرد، باید پیشاپیش تهیه و تدوین شود و به پزشکان عمومی که قرار است به عنوان پزشکان خانواده نقش آفرینی کنند، آموزش های لازم در رابطه با چگونگی کار در این حیطه آموزش داده شود. قرار و مدارها با بیمه ها باید محکم شود تا اختلالی در فرایند کار ایجاد نشود.

تمام این مسائل نکاتی بودند که ما در استان فارس در خلال کار با آنها مواجه شده ایم. توصیه می کنیم سایر استان ها پیش از شروع برنامه پزشک خانواده این نکات را مد نظر داشته باشند و مقدمات لازم را برای این منظور مهیا کنند.

در مسیر اجرای این برنامه طی سه سال گذشته همواره ارتباطمان را از طریق جلساتی که هفته ای یکی دو بار بین دانشگاه و بیمه برگزار می شود، حفظ کرده ایم و همین هم دلی و تعامل مناسب بین دانشگاه و بیمه ها بسیار کمک کرد که به هر حال یکدست و هماهنگ جلو برویم. همچنین همفکری و هماهنگی نزدیکی نیز با سازمان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی داشتیم و همکاری های خوبی در این حوزه وجود دارد.

همکاری بسیار خوب با انجمن داروسازان و داروخانه ها نیز از تجارب بسیار ارزشمند بود و از سوی دیگر نیز حمایت اساتید تمام وقت دانشگاه نیز در این میان بسیار موثر بود تا ارجاعات به راحتی و با سهولت بیشتری انجام شود و به این ترتیب وقتی پزشک خانواده به سطح بالاتر ارجاع می دهد، اکنون مراکز قوی وجود دارد که پاسخگو باشد. همچنین ارتباط خوبی با مسئولان دو وزارت بهداشت و رفاه در تهران داشتیم که ما در سطح استان نیز می توانستیم با آنها در تماس باشیم و مشکلات را پیگیری کنیم.

• سطح دو و سه خدمات پزشک خانواده نیز اجرایی شده است؟

سطح یک پزشک خانواده را اجرا کرده ایم و تقریباً 1200 متخصص و فوق تخصص هم در مراکز دولتی و خصوصی در استان قرارداد دارند و برگه های ارجاع را از سطح یک پذیرش می کنند. سطح 2 و 3 را هم اجرا کرده ایم و شاید 300 تا 400 نفر از متخصصان و فوق تخصصان در استان فارس هنوز باقیمانده اند و قراردادی برای این منظور نبسته اند که البته میدانید عدم انعقاد قرارداد متخصصین و بخصوص فوق تخصص ها با بیمه ها موضوعی شایع در تمام کشور است و منحصر به فارس و مازندران نمی باشد.

بنابراین الان در شرایطی هستیم که در تمام شهرستانهای استان فارسپزشکان خانواده و متخصص قرارداد بسته اند و همه متخصصانی که در شهرستانها فعالیت می کنند، قرارداد دارند و فقط یک تعدادی از متخصصان در شهر شیراز باقی مانده اند. این تعداد هنوز به صورت آزاد بیمار پذیرش می کنند و فقط داروهای تجویزی آنها در دفترچه ها توسط داروخانه پذیرش می شود و با توجه به اینکه قراردادی با برنامه پزشک خانواده ندارند، اگر آزمایش یا عکسبرداری برای بیمار بنویسند بیمار باید به صورت آزاد هزینه آن را پرداخت کند.

• تعرفه پزشک متخصص بین آنان که در نظام ارجاع هستند و افراد آزاد تفاوتی دارد؟

بله اگر از طریق ارجاع به متخصص مراجعه شود، فقط 3 هزار تومان پرداخت می شود، در غیر این صورت آزاد محاسبه می شود و باید 30 هزار تومان پرداخت کنند، در سایر استانها افرادی که دفترچه بیمه دارند و به متخصص در بخش خصوصی مراجعه می کنند، 21 هزار تومان می پردازند و اگر بیمه نباشند 30 هزار تومان پرداخت می کنند.

• تعرفه خدمات برای متخصص 3k محاسبه می شود؟

بله برای اساتید دانشگاه که در نظام ارجاع هستند به شرط آنکه قوانین ارجاع را رعایت کنند و پسخوراند مناسب به پزشک خانواده بدهند 3k محاسبه می شود و برای بخش خصوصی هم جمع یک K خصوصی و یک K عمومی محاسبه می شود.

• مهمترین چالش و مانعی که در مسیر اجرای برنامه پزشک خانواده دارید چیست؟

به جز فرهنگسازی در بین مردم و پزشکان، علی رغم تلاش خوبی که بیمه های استان می کنند همچنان پرداخت ها نامنظم است. البته قطعاً دیرتر از استان های دیگر نیست ولی با توجه به وابستگی پزشکان خانواده به پولی که از بیمه ها دریافت می کنند، بی نظمی در اینجا آزاردهنده تر است زیرا در استان فارس پزشکان خانواده از سایر پرداخت های خارج از سیستم بیمه محروم شده اند و اهمیت بی نظمی و تأخیر در پرداخت ها بیشتر از سایر استان ها است. در استان های دیگر بخشی از دریافتی پزشکان مستقیماً از مردم دریافت می شود و تأخیر بیمه در پرداخت خیلی

مسئله ساز نمی شود ولی در اینجا پزشکان مجبورند منتظر باشند تا بیمه به آنها پرداختی داشته باشد.

- **پزشکان خانواده الان در استان فارس در قالب یک تیم کار می کنند یا بصورت تیمی فعالیت نمی کنند ؟**

در حال حاضر پزشک خانواده همراه با یک نفر بعنوان مراقب سلامت است ولی به تدریج در حال راه اندازی تیم مراکز جامع سلامت هستیم که یک تیم تقریباً 13 تا 14 نفره را شامل می شود.

- **ترکیب این تیم چه کسانی هستند؟**

در این تیم کارشناس بهداشت محیط، ماما، دندانپزشک، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه و کاردان سلامت دهان و دندان و کارشناس بهداشت حرفه ای نیز با تیم پزشک خانواده همکاری می کند.

- **مراکز جامع خدمات پزشک خانواده راه اندازی شده است؟**

این مراکز یکی یکی در حال اجرایی شدن است یعنی در حال راه اندازی 67 تا از این مراکز هستیم که هر کدام 50 هزار نفر را پوشش می دهد.

- **نبود سیستم پرونده الکترونیک سلامت نیز یکی از چالشهای اجرای پزشک خانواده است؟**

بله اینمسئله نیز متأسفانه یکی از چالش های اجرای پزشک خانواده است و رضایت در این حوزه را کم کرده است. مجبوریم منتظر باشیم تا مسئولان دو وزارتخانه (بهداشت و رفاه) در این باره تصمیم گیری کنند. این مسئله نیازمند عزمی جدی و وحدت رویه در دو وزارتخانه است تا بحث پرونده های الکترونیک مورد یکسری اصلاحات کلی قرار گیرد. نمی شود که در ارتباط با چگونگی شکل گیری و تکمیل این پرونده ها هر کدام نظر خاصی داشته باشند و یک تیم متشکل از هر دو ننشینند و نظرات را یکسان و ابلاغ کنند.

- **برای استقرار پزشک خانواده در سراسر کشور چه باید کرد؟**

به اعتقاد من امروز اگر بخواهیم در سایر استان ها یا در سطح کشور این برنامه را توسعه دهیم، کار بسیار راحت تر است. تجربه استان فارس و مازندران جاده را هموار کرده است و طی جلسات و نشست های متعدد در طول این سالها بسیاری از چالش ها و مشکلات شناسایی و مرتفع شده است.

اجرای این برنامه در استان فارس پایلوت نبود بلکه استان فارس و مازندران پیش‌تاز اجرای این برنامه بودند البته در این مسیر بالاخره با یکسری مشکلات و موانع مواجه شدیم و توانستیم بسیاری از مسائل را با همکاری بیمه ها و دو وزارتخانه (بهداشت و رفاه) حل کنیم. بنابراین اگر یک استان دیگر بخواهد برنامه پزشک خانواده را اجرا کند می تواند با بهره گیری از تجربه های کسب شده در استانهای فارس و مازندران بسیار موفق تر و آسان تر پیش برود .

• چه نکاتی را باید رعایت کنند؟

در این مسیر اول عزم، اراده، شجاعت و ایمان لازم است، نباید این تصور ایجاد شود که اجرای این برنامه کار مهمی نیست و اگر اجرا نشود اتفاقی نمی افتد و فرقی نمی کند.

دوم اعتبار کافی می خواهد به ویژه در اوایل کار باید اعتباراتی برای فراهم سازی بستر کار دیده شود که به هر حال بیش از اعتبار مورد نیاز فعلی است. همه جای دنیا وقتی خواستند، برنامه پزشک خانواده را اجرا کنند مجبور شدند ابتدا مقداری هزینه کنند و تازه بعد از 4 تا 5 سال منافع اقتصادی برنامه دیده می شود.

سوم اینکه قطعاً به تعداد بیشتری پزشک نسبت به تعداد موجود نیاز است چون به هر صورت به ازای هر 2500 تا 3000 نفر باید یک پزشک خانواده وجود داشته باشد و ممکن است در برخی شهرستانهای کشور در این زمینه کمبود وجود داشته باشد.

• در استان فارس نیز با کمبود پزشک مواجه هستید؟

بله. در این استان هنوز هم در برخی شهرستانها کمبود پزشک وجود دارد البته رو به بهبود است و باید به لحاظ تعداد پزشکان خانواده به جایی برسیم که در گام اول به ازای هر 3 هزار نفر یک پزشک خانواده اختصاص یابد و به مرور تعداد جمعیت تحت پوشش را کاهش دهیم.

• پس کمبود پزشک در سطح کشور یک چالش جدی خواهد بود؟

بله، به نظرم در مقطع فعلی در سطح کشوری کمبود پزشک خانواده می تواند چالش ایجاد کند.

• چالش دیگر نیز می تواند این باشد که هنوز پزشک خانواده تربیت شده نداریم.

ما در استان فارس با برگزاری کارگاه های آموزشی و دوره های بازآموزی سعی کرده ایم یکسری از نواقص را رفع کنیم و به زودی هم روش آموزش را برای دانشجویان پزشکی تغییر می دهیم تا از همان ابتدا به عنوان پزشک خانواده تربیت شوند و برای این منظور آماده شوند.

• این آموزشها کفایت می کند یا لازم است تخصص پزشک خانواده نیز شکل بگیرد؟

تخصص پزشک خانواده نیز به زودی راه اندازی می شود و قرار است به همین منظور اجازه پذیرش دستیار تخصصی صادر شود ولی اینتخصص خیلی جزو ضرورت های قطعی نیست. اگر باشد خوب است ولی خیلی هم ضرورت قطعی ندارد.

• اجرای این برنامه در سطح ملی چه الزامات دیگری می خواهد؟

عزم ملی هم در سطح مجلس و هم دو وزارت بهداشت و وزارت رفاه و هم در سطح دانشگاه ها و پزشکان عمومی و متخصصان می خواهد. اگر این عزم و اراده ملی باشد پشت سر آن همه چیز خواهد آمد. عزم ملی به تدریج در حال شکل گرفتن است و امیدواریم سرعت اجرایی شدن این برنامه افزایش یابد البته اگر قرار به کشوری شدن برنامه پزشک خانواده باشد باید مجلس نیز اعتبار بیشتری در بودجه 95 لحاظ کند.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

محمد اسماعیل مطلق، متخصص ارولوژی است که طی سالهای گذشته مسئولیتهای مختلفی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عهده دار بوده است، از ریاست دانشگاه علوم پزشکی لرستان تا مسئولیتهای اجرایی مختلف در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت. او پیش از این رئیس مرکز توسعه شبکه بهداشتی- درمانی معاونت بهداشت وزارت بهداشت بود، جایی که مسئولیت مستقیم اجرای برنامه پزشک خانواده را به عهده داشت گرچه امروز ریاست مرکز سلامت جمعیت، خانواده و مدارس همان معاونت را به عهده دارد اما در مسئولیت جدید نیز با پزشک خانواده بیگانه نیست و نتیجه اجرای برنامه پزشک خانواده را در بهبود شاخص های سلامت، کاهش مرگ و میر و افزایش سن امید به زندگی گزارش می کند.

• اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران چه ضرورتی دارد؟

دکتر مطلق: برنامه پزشک خانواده در واقع تکمیل کننده نظام شبکه بهداشتی- درمانی کشور است که نتیجه اجرای آن ارتقای سطح سلامت مردم است. حدود یک دهه پیش پزشک در روستاهای کشور وجود نداشت و مراکز بهداشتی- درمانی در روستاها و شهرهای زیر 20 هزار نفر با کمبود شدید پزشک مواجه بودند به طوری که هر چند مرکز روستایی توسط یک پزشک طرحی اداره می شد و بسیاری اوقات هم هیچ پزشکی در آن منطقه حضور نداشت اما پزشک خانواده اکنون در روستاهای کشور حضور دارد و در واقع نه تنها خود را موظف به درمان بیماران تحت پوشش خود می داند بلکه متولی سلامت افراد تحت پوشش خود است.

مهمترین ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده این است که با اجرای آن مسئول سلامت تک تک افراد جامعه مشخص می شود و این فرد مسئول است، کاری کند که مردم بیمار نشوند. در مرحله اول از بروز بیماری پیشگیری کند و این کار خیلی مهمی است که در ساختار فعلی نظام سلامت کمتر دیده می شود.

از زمانی که پزشک خانواده وارد روستاها و شهرهای زیر 20 هزار نفر شد، نتایج بسیار بزرگی گرفته ایم، در نتیجه همین اقدام میزان مرگ و میر مادران باردار، مرگ و میر نوزادان و کودکان کاهش یافت و میزان سن امید به زندگی در ایران بالا رفت. با آموزش و صحبت پزشکان با مردم میزان شناخت و آگاهی مردم نسبت به بیماریهای واگیر و غیر واگیر

نسبت به گذشته بسیار بیشتر شده است. بسیاری از مردم الان می دانند کدام بیماریها خطرناک هستند و کدام خطرناک نیستند.

با اجرای پزشک خانواده هر فرد نه تنها کسی را دارد که مراقبت سلامت باشد بلکه از نظر روحی و روانی نیز هر فرد می داند که یک تکیه گاه و مراقب سلامت دارد که در زمان خطر می تواند روی کمک او حساب کند. سوابق مربوط به سلامت وی در یک پرونده ثبت و ضبط می شود و این مسئله یک تغییر اساسی و تحول بزرگ در نظام سلامت محسوب می شود.

با اجرای پرونده سلامت تک تک افراد که نزد پزشک خانواده تشکیل می شود، حتی اگر پزشک خانواده فرد هم تغییر کند، همه سوابق وی و داروهایی که مصرف می کنند به اطلاع پزشک خانواده جدید می رسد و به راحتی می تواند مسیر درمان و مراقبت از سلامت او را پیدا کند، یعنی حتی اگر پزشک خانواده ثابت نباشد، پرونده سلامت افراد ثابت است. پزشک خانواده بر اساس پروتکل استاندارد که در اختیار دارد و در حد صلاحیت و اختیاری که دارد بخش مهمی از خدمات سلامت را به مردم ارائه می کند و اگر نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشت، فرد را ارجاع می دهد.

قبل از اجرای پزشک خانواده بسیاری از روستاها اصلاً پزشک نداشتند اما حالا مراکز روستایی وجود دارند که 3 پزشک در آنها مستقر است و به صورت شبانه روزی در سه شیفت به مردم خدمت ارائه می کنند و همه نیازهای سلامت مردم اعم از خدمات پیشگیری، درمان و ثبت اطلاعات را انجام می دهند. دسترسی به پزشک در مناطق روستایی و شهرهای کوچک نسبت به گذشته اصلاً قابل مقایسه نیست. بنابراین در ضرورت اجرای پزشک خانواده هیچ شک و تردیدی نیست و به نظر من اجرای این برنامه در کل کشور واجب است.

• در واقع شما افزایش دسترسی را مهمترین ضرورت اجرای پزشک خانواده می دانید.

فقط این نیست، مهمترین تفاوت پزشک خانواده با نظام فعلی این است که پزشک دیگر کارش فقط درمان نیست، او در همه اموری که می تواند در پیشگیری از بیماری موثر باشد، نقش دارد، حتی با سیستم های دیگر مثل اداره آب، فاضلاب، آموزش و پرورش، بهداشتی، فرماناری ارتباط پیدا می کند و همه امور مربوط به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد تحت پوشش خود را پیگیری می کند. بحث سلامت و بهداشت محیط نیز مسئله مهمی است که پزشک خانواده به عنوان **وکیل سلامت** افراد پیگیری می کند.

اگر افراد از آبی استفاده می کنند که ممکن است برای سلامتشان مضر باشد از دستگاه مربوطه مانند اداره آب و فاضلاب یا شهرداری یا دهداری موضوع را پیگیری می کند. در واقع پزشک خانواده یک فرد چند پیشه است که همه ابعاد سلامت را مورد نظر دارد، حالا اینکه ما به علت کمبود نیرو یا ضعف نظارت نتوانسته ایم در اجرای این برنامه به میزان کافی موفق باشیم ربطی به اصل برنامه ندارد. اجرای برنامه پزشک خانواده در مسیر اجرای سیاستهای کلی نظام سلامت است که مقام معظم رهبری ابلاغ کرده است و حاصل آن افزایش سن امید به زندگی، افزایش جمعیت و کاهش بیماریها و نیز کاهش هزینه های درمانی مردم است همه این اهداف در اجرای برنامه پزشک خانواده ادغام می شود.

ممکن است هنوز در شهرها امکان و الزامات اجرای کامل این برنامه فراهم نشده باشد اما در روستاها و حاشیه شهرها می توانیم این برنامه را به خوبی اجرا کنیم.

البته ما نمی توانیم پزشک خانواده را با همان مدلی که در غرب مثلاً انگلیس اجرا شده است، در ایران نیز به صورت فتوکپی آن اجرا کنیم باید باید مسائل فرهنگی و قومیتی کشورمان را در نحوه اجرای این برنامه لحاظ کنیم ضمن اینکه در خود انگلیس هم برخی بخشهای این برنامه در عمل ناموفق بوده است ما باید نقاط قوت را اجرا کنیم و نقاط ضعف آن را بر طرف کنیم، در روستاها اکثر مردم دوست دارند حتی اگر نصف شب هم مریض شدند، به پزشک دسترسی داشته باشند ما باید خواسته ها و نیازهای مردم کشورمان را در اجرای این برنامه در نظر بگیریم.

از مزیت های مهم اجرای پزشک خانواده این است که حتماً بار بیماریها را کم می کند، هزینه درمان را پایین می آورد و پیشگیری و سلامت را بر درمان اولویت می دهد و به این ترتیب حتماً میزان ضریب اشغال تختهای بیمارستانی به مرور کم می شود. وقتی من به عنوان یک پزشک خانواده خود را موظف بدانم که تا جای ممکن پاسخگوی نیاز بیمار باشم و اگر لازم شد او را ارجاع دهم و گزارش پزشک متخصص را بگیریم، در این صورت دیگر مردم نیازی نمی بینند از روستا به شهر بیایند و هزینه اضافه ای را متقبل شوند، در خیلی از موارد با ارتباط تلفنی، موبایلی و ایمیلی پزشک خانواده با پزشک متخصص مشکل در همان روستا حل می شود.

بالاخره اگر یک پزشک خانواده حدود 2 هزار فرد تحت پوشش داشته باشد همه آنها که با هم مریض نمی شوند، شاید حداکثر 40 درصدشان به خدمات

درمانی نیاز داشته باشند و به او مراجعه کنند بقیه وقت این پزشک صرف آموزش و ارتقای سلامت آنها می شود.

البته ما در آینده باید پزشکانی را تربیت کنیم که بتوانند نقش پزشک خانواده را به درستی ایفا کنند و به نظر من با این کار سن امید به زندگی در کشور ما در سالهای آینده بالا می رود، بیماریها کم می شود و هزینه ها پایین می آید.

• چرا اجرای این برنامه بعد از سالها پیگیری هنوز به نتیجه نرسیده است؟

به نظر من که این برنامه به نتیجه رسیده است. ما باید انتظارمان را از اجرای این برنامه اصلاح کنیم، وقتی اجرای این برنامه در روستاها به بهبود شاخص های بهداشتی و سلامت در کشور منجر شده است، وضعیت میزان تغذیه با شیر مادر، مرگ و میر مادران و نوزادان کمتر شده است همه اینها نشان می دهد که اجرای این برنامه دارد نتیجه می دهد. وضعیت آب آشامیدنی نسبت به گذشته بهتر شده است، وضعیت توالد ها حتی در روستاها نسبت به گذشته قابل مقایسه نیست، پوشش واکسیناسیون بیشتر شده است. چرا می گوئید اجرا نشده است.

در مورد اجرای این برنامه در شهرها نیز دو استان فارس و مازندران شروع کرده اند و خیلی خوب این برنامه در این دو استان دارد جلو می رود. تبریز هم شروع کرده و استانهای دیگری هم دارند شروع می کنند و به نظر من تا سال 96 کل کشور زیر پوشش برنامه پزشک خانواده می رود.

• اجرای این برنامه کند پیش نمی رود؟

بله کند هست اما کند بودنش اشکالی ندارد بلکه یک حسن است. بهتر است با آرامش پیش برویم و از تجربه کشورهای دیگر هم استفاده کنیم چون بحث سلامت انسان است و هر چه با دقت بیشتر جلو برویم به نفع کشور است.

• شما چه تجربه شخصی در مسیر اجرای این برنامه داشتید؟

من یک زمانی رئیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان بودم. آن زمان برای اضافه کردن یک پزشک باید می آمدم تهران کلی پارتی بازی می کردم تا یک نفر پزشک را به لرستان بدهند اما الان شما در هر مرکز بهداشتی-

درمانی به صورت شبانه روزی پزشک مقیم دارید. در سراسر کشور و حتی در روستاها اوضاع خیلی بهتر شده است. یکی از پزشکان صبح می آید یکی بعد از ظهر، یکی هم شب و به صورت چرخشی به مردم خدمت رسانی می کنند یعنی همه روستاهای کشور الان زیر پوشش برنامه پزشک خانواده هستند.

• چند نفر پزشک خانواده الان در روستاها مستقر هستند؟

فکر می کنم بیش از 7 هزار پزشک خانواده الان در روستاها هستند به خصوص در نقاط محروم مثل سیستان و بلوچستان. من یک زمانی مسئول طرح پزشکان در استان سیستان و بلوچستان بودم. سالی 30 تا 40 پزشک طرحی به ما معرفی می کردند که توزیع کنیم که خیلی کم بود اما الان در دورترین نقاط مرزی کشور از مرزهای سیستان و بلوچستان تا مرزهای خوزستان و بندرعباس پزشک مستقر داریم. هیچ ارگانی به اندازه وزارت بهداشت این پوشش وسیع خدمت را ندارد حتی آموزش و پرورش 3 ماه تابستان تعطیل است در حالی که مراکز بهداشتی در تمام سال شبانه روز به روی مردم باز هستند.

• چه موانعی بر سر اجرای برنامه پزشک خانواده می بینید؟

من مانع خاصی نمی بینیم با این اعتبارات جدید و افزایش حقوقی که برای پزشکان انجام شده و همکاری خوب سازمان بیمه خدمات سلامت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در دولت تدبیر و امید کار برنامه پزشک خانواده نیز دارد جلو می رود و من در آینده نزدیک یک تحول بسیار خوبی را در بعد بهداشت و پیشگیری و کاهش مرگ و میر نه تنها در کودکان بلکه در بزرگسال نیز پیش بینی می کنم و حتی میزان شاخص مرگ و میر مادران و کودکان هم ارتقا پیدا می کند. البته در گذشته موانعی مثل تأمین نشدن اعتبارات بود اما الان این مشکلات بر طرف شده است. مکانهای مناسبی برای اقامت پزشکان تهیه شده است، خودروهای لازم برای ده گردشی و فعالیت پزشکان خانواده به شبکه بهداشت کشور اضافه شده است در گذشته وسیله نقلیه مناسب در شبکه بهداشتی کشور نبود اما الان تأمین شده است. پزشک خانواده می تواند از روستاهای اطراف بازدید کند. من به آینده خوشبین هستم.

بینید، سال 61 سالانه 34 هزار کودک زیر 5 سال به علت بیماری اسهالی و عفونت فوت می کرد الان این میزان به کمتر از سالی 150 کودک رسیده است. این یک پیشرفت بزرگ است. در گذشته بیماریهایی مثل اوریون جان می گرفت الان این بیماری کنترل شده است. اگر اعتبارات همین طور به

موقع تأمین شود و مسئله مقیم بودن پزشکان به همین شکل فعلی دنبال شود و حل شود مانعی در کار نیست البته یک مقدار باید برای تحصیلات بالاتر پزشک خانواده اقدام شود.

• منظورتان ایجاد رشته تخصص پزشک خانواده است؟

حالا به شکل تخصص یا هر شکلی که پزشکان اطلاعاتشان به روز باشد و میزان حقوقشان هم بر اساس سوابق و تحصیلاتشان بیشتر شود.

• کسی مخالف اجرای این برنامه نیست که سنگ اندازی کند؟

در گذشته کسانی بودند که مطب داشتند و فکر می کردند با اجرای پزشک خانواده مطبشان کمرنگ می شود به ویژه در شهرهای کوچک زیر 20 هزار نفر اما الان این دغدغه بر طرف شده است و این پزشکان هم دیدند که اجرای پزشک خانواده هم به نفع آنهاست و هم به نفع مردم. متخصصان هم با توجه به اینکه با اجرای پزشک خانواده تعرفه خدماتشان برای بیماران ارجاعی بیشتر می شود، دغدغه مالی نخواهند داشت. از نظر من پزشکان متخصص آدم های خوب و مطیعی هستند و به آن معنا سنگ اندازی نکردند، می گفتند ما را هم تأمین کنید که این مسئله هم الان حل شده است. امیدواریم این مسائل همه یکی یکی، شهر به شهر و استان به استان حل شود و مشکلات رفع می شود.

• از حالا به بعد برای استقرار پزشک خانواده چه کارهایی باید صورت گیرد؟

به نظر من همین روند اجرای برنامه را که توضیح دادم ادامه دهیم به نتیجه می رسیم. مسیر را درست می رویم.

دکتر محمد شریعتی

دکتر محمد شریعتی، متخصص پزشکی اجتماعی است، او در دولت دهم و در زمان وزارت دکتر مرضیه وحید دستجردی طی سالهای 1388 تا 1391، رئیس ستاد اجرایی پزشک خانواده و قائم مقام معاون بهداشتی وزیر بود.

• اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران چه ضرورتی دارد؟

دکتر شریعتی: در دنیا نظام های مختلفی برای ارائه خدمات سلامت وجود دارد، هر کدام از این نظام ها مزایا و معایب خاص خود را دارند. برخلاف اینکه در کشور ما گاهی اوقات به اصول نظام های سلامت توجه نمی شود، در اغلب کشورهای موفق به این نگاه می کنند که کدام نظام ارائه خدمات و مراقبتهای سلامت برای آن کشور اثربخش تر، کارآمدتر و مناسب تر است و همان نظام را پیگیری و اجرا می کنند.

در دنیا طی یکصد سال گذشته مدلی برای ارائه خدمات سلامت پیدا شده که تحت نام **Family medicine** و عناوین مشابه نامگذاری شده و در کشور ما با نام پزشک خانواده و نظام ارجاع ترجمه و وارد شده است. یکی از مهمترین اهداف ایجاد پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارتقای سطح سلامت مردم است. هنگامی که هر فرد خودش هر زمان با هر علامتی تصمیم می گیرد به یک یا چندین پزشک متخصص و فوق تخصص مراجعه کند، این روش خیلی درست نیست، به خاطر اینکه افراد آگاهی و اطلاعات لازم را برای انتخاب خدمت دهنده و نوع خدمت مورد نیازشان ندارند. دلیل آن هم مشخص است، دلیل آن عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار است.

در واقع شما به عنوان یک دریافت کننده خدمات سلامت در بسیاری از اوقات نمی توانید تصمیم بگیرید که به چه نوع خدماتی نیاز دارید و این خدمات را باید از چه کسی بگیرید؟ این مسئله در مورد همه خدمات صدق نمی کند، مثلاً هنگامی که می خواهید نان بخرید می توانید تشخیص دهید که چه نوع نانی نیاز دارید و این نان را باید به چه قیمتی بخرید، یعنی هم می دانید چه نیازی دارید و هم می دانید این نیاز را باید از چه کسی تأمین کنید ولی مثلاً وقتی سرتان درد می کنید به چه کسی باید مراجعه کنید؟ آیا یک پزشک عمومی می تواند نیاز شما را بر طرف کند یا باید به یک متخصص مغز و اعصاب یا گوش و حلق و بینی یا روانپزشک مراجعه کنید....

سردرد می تواند منشاء های مختلفی داشته باشد و برای درمان هر کدام از این منشاء ها باید پیش یک متخصص خاص رفت. بنابراین عموم مردم و

افراد غیر متخصص در حوزه سلامت در اغلب موارد نمی توانند تشخیص دهند که باید به چه کسی مراجعه کنند. آدم متخصص برای تشخیص این مسئله پزشک خانواده است که در اولین سطح تماس می تواند در دسترس فرد باشد و مشکل را رفع کند یا اینکه فرد را هدایت کند که برای حل مشکل کجا مراجعه کند.

البته این روش جدیدی نیست و در بسیاری موارد دیگر هم وقتی ما يك نیازی داریم به يك فرد مورد اطمینان مراجعه می کنیم و از او می خواهیم یا مشکل ما را حل کند یا يك فردي را که می تواند مشکل ما را حل کند به ما معرفی نماید .

نکته دیگر این است که وقتی سر شما درد می کند، پزشک خانواده به عنوان مشاور سلامت شما، بهترین فردی است که از سابقه شما اطلاع دارد، می داند که شما مثلاً فشار خون دارید، چه نوع داروهایی مصرف می کنید، سابقه خانوادگی شما چیست؟ در چه محیطی زندگی می کنید، چه شغلی دارید و عوارض شغلی شما چیست، مثلاً ممکن است، پزشک خانواده بعد از يك معاینه وقتی مورد خاصی پیدا نکرد با توجه به اطلاع از شغل و سابقه شما بگوید خوب این اواخر که شیفت شما شبانه شده و کمتر خوابیدید ممکن است علت سردرد شما کم خوابی باشد، استراحت کنید، سردردتان خوب می شود و نیازی به هیچ نوع دارو و درمانی ندارید، اگر بدتر شدید یا تا 24 ساعت دیگر خوب نشدید به من زنگ بزنید.

بحث تصمیم به موقع و بجا در پزشکی مسئله خیلی مهمی است. ممکن است یک بیمار با سردرد به یک روانپزشک مراجعه کند و حتی یک ساعت هم مشاوره بگیرد، کلی هم هزینه کند، اما هیچ نیازی به آن خدمات نداشته و بعد از یک ساعت بمیرد. البته ممکن است یک روانپزشک دلسوز که هنوز نگاهش لوله تفنگی (تخصص محور) نشده، سایر جنبه ها و نیازهای بیمار را هم ببیند و به بیمار بگوید که شما باید به یک متخصص مغز و اعصاب مراجعه کنید و زمان طلایی را از دست ندهید.

پس به طور خلاصه یک از ضرورت های اجرای پزشک خانواده، تشخیص به موقع و مراجعه به فرد مناسب برای دریافت خدمت است. ضمن اینکه پزشک خانواده مسئولیت ارجاع فرد به سطح بالاتر که پزشک متخصص مرتبط است، را دارد اما مسئولیت پزشک خانواده بعد از ارجاع تمام نمی شود و باید وضعیت بیمار را بعد از ارجاع به متخصص پیگیری کند.

پزشک خانواده مثل یک وکیل، برای همیشه مسئول سلامت افراد تحت پوشش خود است. پزشک خانواده مسئول سلامت فرد، قبل و بعد از بیماری و تا آخر عمر است و اگر فردی را به بیمارستان ارجاع کرد او را رها نمی کند با پزشک معالج او در بیمارستان تماس می گیرد وضعیت بیمار را می پرسد و آن مطالب را به زبان قابل فهم به همراه بیمار می گوید و اگر در مسیر ارجاع به بیمار کم توجهی شد پزشک خانواده از مسیر اداری ای که می شناسد موضوع را حل می کند.

پزشک خانواده فقط مسئول ارائه خدمات درمانی نیست بلکه مسئول آموزش و ارتقای سلامت افراد نیز هست، به عنوان مثال به فردی که موتورسوار است توصیه می کند، کلاه ایمنی بگذارد و او ممکن است بگوید، هوا گرم است و کلاه نمی گذارم اما پزشک خانواده به او آموزش می دهد که کلاه های جدیدی آمده که هواکش دارد و هم از سر حفاظت می کند و هم گرم نیست و به او می گوید: تو اگر کلاه نگذاری و زمین بخوری و خونریزی مغزی کنی، زندگی و خانواده ات، متلاشی می شود، به فکر دختر کوچکت باش ...و

مثلاً اگر فرد جوانی است مراقبت از خودش را نمی پذیرد؛ پزشک خانواده که پزشک پدر و مادر این جوان هم هست به آنها اهمیت مراقبت از سلامت را گفته می خواهد برای او هدیه کلاه ایمنی بخرند. به نفع خود پزشک است که فرد تحت پوشش او، آسیب نبیند، چون درآمدش به ازای مراجعه افراد نیست بلکه به ازای هر فرد تحت پوشش یک رقم ثابت را به عنوان حق سرانه (per capita) دریافت می کند و هر چه افراد کمتر مریض شوند، به نفع اوست.

فایده و ضرورت دیگر اجرای پزشک خانواده این است که هزینه های سلامت در همه کشورها به طور مدام در حال افزایش است، بیماریهای نوپدید (مثل ایدز) و بازپدید (مثل سل) هزینه های درمان را بالا برده اند، تغییرات سنی پیر شدن جمعیت (افزایش سرطان ها، فشار خون، دیابت و...) هزینه های نظام های سلامت را افزایش داده است.

در عین حال با افزایش سطح سواد و گسترش رسانه ها توقعات مردم از نظام سلامت افزایش یافته است و مردم مثلاً در ایران توقع دارند همان خدماتی را که در یک کشور اروپایی با 10 برابر سرانه درآمدی ایران ارائه می شود، دریافت کنند.

همه این مسائل در حالی است که اکثر کشورها با بحرانهای اقتصادی مواجه هستند، حتی اگر سرمایه دارترین کشور هم باشد، اجرای یک برنامه که جلوی هزینه های غیر ضروری را بگیرد، لازم است. در غیر این صورت، اقتصاد آن کشور زمین می خورد. پس یکی دیگر از ضرورت های اجرای پزشک خانواده مدیریت هزینه های سلامت است. یادمان باشد هرگز برنامه پزشک خانواده هدف اولش کاهش هزینه ها نیست چرا که اول باید خوب هزینه کند وقتی برنامه اثربخش اجرا شد خود بخود با کاهش نیاز به رادیولوژی، آزمایش و داروی بی مورد هزینه ها کاهش می یابد.

البته می دانید که ارائه خدمات تشخیصی و درمانی غیر ضروری نه تنها به نفع بیمار نیست بلکه عوارض زیانباری خواهد داشت.

مطالعات متعدد نشان داده که ایفای نقش پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت و استفاده از راهنماهای بالینی، می تواند تا **40 درصد** از هزینه های سلامت را کاهش دهد و این رقم بسیار بالایی است. فقط نقش دروازه بانی و ارجاع مناسب به تنهایی تا 23 درصد هزینه ها را کم می کند و از سردرگمی و هزینه های بی جا جلوگیری کند. در حالی که اکنون یک بیمار برای تشخیص بیماری به چند پزشک متخصص مراجعه می کند و بعد از کلی ام آر ای و سی تی اسکن که اکثراً غیر ضروری بوده، آخر سر معلوم می شود که اگر یک شرح حال کامل از بیمار می گرفتند نیاز به این همه اقدامات هزینه ساز نبود.

مسئله بسیار مهم دیگر همان طور که گفتم مدیریت و اصلاح نظام پرداخت است، وقتی ما به پزشک به ازای سلامت افراد پول بدهیم او همه تلاش خود را می کند که مثلاً با کاهش مصرف نمک، جلوی بیماری فرد را بگیرد؛ یا به فرد کمک کند، وزن خود را متعادل کند، رژیم غذایی یا تحرک خود را اصلاح کند و سبک زندگی سالمتری داشته باشد، در این شرایط خود به خود در سطح کلان جامعه میزان دیابت، سرطان، فشار خون و بیماری قلبی کم می شود.

مزیت بسیار مهم دیگر این است که سیستم سلامت و پزشکان نسبت به مردم پاسخگو می شوند، انصافاً الان چند درصد مردم وقتی به پزشک مراجعه می کنند، جواب مناسب می گیرند. دوستی داشتم که مسئول یک نهاد دولتی بود، او به دلیل یک بیماری به پزشکان زیادی مراجعه کرده بود و هر کدام یک نظر داده بودند و پرونده پزشکی قطوری تهیه شده بود ولی بیماری او درمان نشده بود. نهایتاً یک پزشک بسیار معروف را به او پیشنهاد دادند و گفتند که او دیگر حرف آخر را می زند، وقتی به مطب

این پزشک مراجعه کرد. دید، هر بیمار 5 دقیقه داخل می رود و خارج می شود. می رود و از منشی دو تا وقت می گیرد و هزینه دو ویزیت را پرداخت می کند. نزد پزشک می رود و می گوید این پرونده پزشکی من است، من دو تا وقت گرفته ام که به اندازه دو بیمار برای من وقت بگذارید و بگویید من چه مشکلی دارم، اما آن پزشک معروف باز هم وقت نگذاشت و گفت من بعداً پرونده ات را مطالعه می کنم، فردا بیا و نتیجه را از منشی بگیر. وقتی ما پزشک خانواده می گذاریم یعنی فردی مشخص می شود که برای سلامت من باید وقت بگذارد و پاسخگو باشد و چه من پیش او بروم چه نروم او پول را می گیرد بنابراین باید در خدمت سلامت من باشد.

• چرا با وجود این همه مزایایی که پزشک خانواده دارد، بعد از گذشت سالها از تصویب آن، هنوز به نتیجه نرسیده است؟

چون هیچ وقت همه الزامات آن فراهم نشد. يك وقت قانون شفاف نداشت، يك زمان تعهد سياسي دولت را به همراه نداشت، يك وقت کسانی را که حاضر شوند تن به اجرای برنامه بدهند نبود. يك زمان قول دادند که منابع را تأمین می کنند و نکردند. يك زمانی هم افراد و مجموعه هایی با دروغ پراکنی مانع اجرای برنامه شدند، بعضی وقت ها هم درک درستی از برنامه وجود نداشت و گاهی اوقات هم قضاوت های شخصی جای شواهد علمی نشست و خلاصه هر زمانی کسی یا کسانی نگذاشتند برنامه اجرا شود.

• منظورتان این است که افرادی بودند که نگذاشتند، این برنامه اجرا شود؟

بله دقیقاً. افراد، افراد، افراد بودند که نگذاشتند. مجلس قانونگذاری کرد و ریل را ایجاد کرد، دولت هم باید در همان ریل حرکت می کرد. برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مصوبه دولت را هم دارد، آیین نامه اجرایی آن هم مصوب و ابلاغ شده است، کار هم شروع شد اما متأسفانه در آن سال (سال 91) که آیین نامه اجرایی ابلاغ و کار شروع شد، دولت علیرغم قولی که داد منابع مورد نیاز را تخصیص نداد. البته پیگیری ها باعث شد، سرانجام سازمان مدیریت منابع خوبی برای اجرای این برنامه تصویب کند و ردیف بودجه آن در قانون بودجه تصویب شد، اما مسئله این است که زمانی بودجه تخصیص داده شد که صرف کارهای دیگری شد.

حب و بغض ها، فردگرایی و تکیه به اعتقادات فردی و تجربیات شخصی به جای توجه به شواهد علمی در اجرا نشدن برنامه پزشک خانواده نقش خیلی مهمی داشت. متأسفانه این یک مشکل اساسی در کشور ماست، ما هر کدام

در زمانی که در مسند کار هستیم بر اساس سلیقه و تشخیص خودمان تصمیماتی می گیریم و یادمأن می رود که حق نداریم، قانون را زمین بگذاریم. حتی اگر قانون را قبول نداریم و معتقدیم اشكال دارد اول باید درخواست اصلاح كنیم و توانستیم قانونگذار را قانع كنیم، از مسیر قانونی قانون را اصلاح و در هر صورت قانون را اجرا كنیم.

• فقط سلیقه محوری و عوامل فردی و فراهم نبودن الزامات را در اجرا نشدن این برنامه موثر می دانید؟

این ها مهمترین علل هستند، عوامل دیگری هم هستند، مثل اینکه اصولاً تغییر در نظام سلامت کار سختی است. خود من در زمانی که مسئولیت داشتم و رئیس ستاد اجرایی پزشك خانواده در وزارت بهداشت بودم، به قدری استرس و فشار کاری و روانی را تحمل می کردم که قابل توصیف نیست. کسانی هستند که فکر می کنند، اجرای پزشك خانواده منافع آنها را به خطر می اندازد، آنها موضعگیری می کنند، توطئه چینی می کنند، دروغ پراکنی می کنند.

بروید بررسی کنید زمانی که ما در نسخه 02 اعلام کردیم که هر پزشك خانواده باید 2500 نفر را پوشش دهد، افرادی مصاحبه کردند و گفتند با اجرای برنامه، 20 هزار یا 30 هزار و بعضی هم گفتند 50 هزار پزشك عمومی بیکار می شوند، و گفتند مگر برنامه پزشك خانواده چند نفر را می تواند جذب کند، حتی اگر 35 هزار نفر را جذب کند، چند ده هزار پزشك عمومی بیکار می شوند. آن موقع ما گفتیم این طور نیست، این حرفها دروغ است، ولی خیلی از پزشكان عمومی گول این حرفها را خوردند، البته خیلی از آن افراد امروز پشیمان هستند.

من به آنها گفتم بیایید اجرا کنید، اگر پزشکی بیکار شد، ما استاندارد را به هزار نفر برای هر پزشك تغییر می دهیم، هیچ پزشکی بیکار نمی شود. همان موقع آقای دکتر حریرچی یک مقاله در روزنامه سپید نوشت و با آمار و ارقام ثابت کرد که این طور نیست که این تعداد بیکار شوند اصلاً تعداد پزشك عمومی آن قدر نبود که می گفتند.

• چرا مخالفت می کردند؟

شریعتی: در این کشور یک عده آدم وجود دارد که خودشان نمی توانند مقابل یک جریان بایستند، می روند پشت می ایستند یک عده دیگر را تحریک می کنند که جلوی جریان بایستند.

• آنها کی هستند؟

آنها کسانی هستند، که می دانستند، برنامه پزشک خانواده باعث می شود، درآمد پزشک عمومی بالا برود، آنها می دانستند این برنامه باعث می شود، درآمد پزشک متخصص عادلانه افزایش یابد و می دانند که درآمدهای غیر قانونی آنها دیگر تداوم نخواهد داشت، دیگر فلان دکتر پنجه طلایی نخواهیم داشت، دیگر فلان دکتر دستش سبک است، نخواهیم داشت. می دانستند با اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع دیگر نمی شود از محل عدم تقارن اطلاعاتی مردم و ... پول درآورد.

• وقتی سیاست حاکمیت اجرای برنامه پزشک خانواده است، آنها چقدر قدرت داشتند که توانستند، جلوی اجرای این برنامه را بگیرند؟

حب و بغض خاص داشتند، تریبون و مجله داشتند، بلندگو داشتند، نفوذ داشتند، ما زمانی می خواستیم، تبلیغ کنیم که پزشک خانواده را شروع کنیم، با یک فرد صاحب نظر در حوزه رسانه مشورت کردیم، وقتی خوب برنامه پزشک خانواده را در دو جلسه برایش تشریح کردم و گفتم منافع چه کسانی را تأمین می کند و منافع غیر قانونی چه کسانی را تحت تأثیر قرار می دهد. گفت کار خیلی خوبی است اما نه، گفتم یعنی چی نه. گفت: نمی گذارند، مگر نگرانی منافع مردم را تأمین می کند و به ضرر کسانی است که از جهل مردم سوء استفاده می کنند. گفتم: بله. گفت: همین ها نمی گذارند، تریبون دارند، بلندگو دارند، روزنامه دارند و همین طور هم شد.

• پس شما عامل اجرا نشدن پزشک خانواده را سنگ اندازی افرادی می دانید که منافعشان به خطر می افتاد؟

نه، عامل اصلی را عدم تخصیص منابع می دانم، چون همه جای دنیا این مسائل وجود دارد و ما راهکارش را هم بلد بودیم.

*راهکارش چیست؟

در سیستم NHS انگلیس می گویند، در شروع کار برای راه انداختن برنامه دهان پزشکان را با اشرفی پر کردند، باید به پزشکان آن قدر پول می دادیم که قواعد ما را رعایت کنند و راضی می شدند. وقتی پزشک آمد و در چارچوب پزشک خانواده و نظام ارجاع قرار گرفت، آن موقع آن مزایایی که برای کشور و مردم حاصل می شد در مقابل پولی که به آنها می دادیم اهمیت نداشت. انگلیسی ها خیلی خسیس هستند و به راحتی به کسی پول نمی

دهند ولی برای اجرای NHS دهان پزشکان را با اشرفی پر کردند. حقشان هم هست، این پول را دادند تا گول دیگران را نخورند و آن پزشکانی که پشت بودند و می خواستند از جهل مردم سوء استفاده کنند، از بین رفتند.

شیطان قدرتش در گول زدن من و شماست. وقتی من و شما از دایره گول خوردن شیطان خارج شویم، دیگر شیطان قدرتی ندارد، دیگر نمی تواند کسی را وسوسه کند.

• شما مدتی از نزدیک درگیر اجرای برنامه پزشک خانواده بودید، چه تجربه ای از آن دوران به دست آوردید؟

یکی از مشکلات این است که افراد زیادی هستند که خیلی زود سعی می کنند آدم را دسته بندی و طبقه بندی کنند. همیشه سعی می کنند به صورت کلیشه ای قضاوت کنند. مثلاً وقتی کسی شکمش درد می کند اگر سمت راست بود، سریع می گویند آپاندیسیت است و اگر پشتش هم درد می کرد سریع می گویند سنگ کلیه است. در حالی که هزار درد و مرض در شکم است که می تواند دل درد بدهد.

یکی از مشکلات این بود که برخی دوستان سریع می خواستند مشکلات را دسته بندی کنند، آن هم فقط با دسته هایی که خودشان بلد بودند. در حالی که از نظر من دسته بندی ها خیلی بیشتر است. واقعیت این است که خیلی ها باورشان نمی شد که ما چرا این قدر برای اجرای پزشک خانواده خودمان را به آب و آتش می زنیم، چون منافع شخصی نداشتیم، کار خصوصی نداشتیم، حتی دریافتی من در وزارت بهداشت از شغل قبلی من که رئیس دانشگاه بودم، کمتر بود. چرا چیزی نمی گفتم. چون اصل کار برایم مهم بود. چون کار من، رشته تخصصی من و تجربه و چشم انداز من اصلاح نظام سلامت بود.

کسانی که این وضعیت را می دیدند، اولین کارشان این بود که طبقه بندی کنند که چرا ما داریم این کار را می کنیم، خیلی ها فکر می کردند که می خواهیم برای این دولت یا آن دولت رأی درست کنیم. وقتی که خانم دکتر دستجردی آمد و گفت، من وزیر پزشک خانواده هستم، برای خیلی ها عجیب بود، که یعنی چی، چطور یک وزیر می آید و خود را این گونه معرفی می کند.

خانم دکتر دستجردی مسئله را فهمیده بود و درک عمیقی از پزشک خانواده و نظام ارجاع داشت. به همین علت حاضر شد و تمام حیثیت خود را و هویت و وزارتش را در پزشک خانواده خلاصه کرد، چون می دانست که تنها راه

نجات همین است. امروز هم تنها راه نجات نظام سلامت کشور همین است و در دنیا تاکنون مدلی از این بهتر ارائه نشده است.

من تردید ندارم که هر کسی کاری می کند و تصمیمی می گیرد دنبال هدفی است اما برخی فقط منافع مادی را می بینند و برخی منافع بزرگتر مثل انجام رسالت حرفه ای، خدمت به مردم و کشور و برخی رضایت خدا و قرب الهی را. کسانی که خودشان فقط برای منافع مادی کار می کنند، دسته بندی دیگری بلد نیستند.

*** امروز چه موانعی را برای استقرار پزشک خانواده می بینند، آیا موانع بیشتر شده یا کار آسانتر شده است؟**

خیلی سخت است که در این مورد حرف دقیق بزنم، چون الان در مصدر کار نیستم. اما فکر می کنم که ماهی را هر وقت از آب بگیری تازه است. امروز (سال 1394) هم می شود، شروع کرد. کما اینکه دوستان شروع کرده اند. حالا البته با یک اسم و طرح و روش دیگر. امروز هم موانع همان موانع قبلی است. فقط یک مقدار توقع پزشکان بالاتر رفته است. تأمین توقعات پزشکان یک خورده سخت شده است، چه پزشکان عمومی و چه متخصص را باید بالاخره راضی کرد و طبیعتاً اشرافی های مورد نیاز برای پر کردن دهان پزشکان بیشتر شده است.

البته دولت هم مشکلات مالی دارد و امروز که ما در تیر 94 هستیم هنوز معلوم نیست، (بعد از مذاکرات هسته ای) چه مقدار از پولهای ما آزاد می شود، دولت الان دارد با مالیات کشور را اداره می کند و قسمت اعظم درآمد نفتی در اختیار دولت نیست. به همین خاطر آن منابعی که سالهای پیش در اختیار دولت بود، الان نیست. بقیه مسائل همان مطالبی است که گفتم و مشترک است، سنگ اندازی افراد، نگاه فردی و سلیقه ای، مشکلات مالی و ...

• برای استقرار پزشک خانواده از حالا به بعد چه کار باید کرد؟

من فکر می کنم، یک جایگاهی مثل کمیسیون بهداشت مجلس باید بیاید موضوع را پیگیری کند. وزارت بهداشت و دولت را هم بگوید بیایند. بگوید، چه نیازی دارید، برایشان تأمین کند و بگوید بسم الله. مجلس باید حرفهای دولت و وزارت بهداشت را بشنود، اگر می گویند اختیار ندارند یا پول ندارند، الزامات آن را فراهم کند.

- فکر می کنید ورود کمیسیون بهداشت مجلس کافی است تا آن اتفاق بزرگ که اجرای برنامه پزشک خانواده در سراسر کشور ، بیفتد؟

برای اینکه آن اتفاق بزرگ بیفتد باید به گفته آن استاد ارتباطات که گفتم اشاره کنم، همان طور که اشاره کردم، او به من گفت که نمی گذارند این برنامه را اجرا کنید. من از او پرسیدم اگر بخواهیم اجرا کنیم، چه کار باید بکنیم، گفت: **باید این برنامه را به مطالبه مردم تبدیل کنید.** باید آن قدر راجع به این کار و مزایای آن حرف بزنید، فیلم بسازید و اطلاع رسانی کنید که به مطالبه عموم مردم تبدیل شود. نه اینکه مثل الان پزشک خانواده را به چیزی تبدیل کرده اند که خیلی ها دوست ندارند، اجرا شود. در عین حال الان زمانی است که باید هر چه سریعتر تخصص پزشک خانواده را در کشور راه بیندازیم، در زمان خانم دستجردی، کوریکولیوم این رشته تصویب شد و الان با آمدن دکتر لاریجانی، به معاونت آموزشی دوباره این کار شروع شده است.

متخصصان پزشک خانواده افراد جامع نگری هستند که کارهای سرپایی انجام می دهند و قریب به اتفاق نیازهای سلامت یک انسان را تأمین می کنند، حتی جراحی های سرپایی را هم می توانند انجام دهند، این تخصصی است که در کشورهای دیگر هم وجود دارد.

- البته ایجاد این تخصص قدری هم چالش برانگیز است، چون وقتی کسی متخصص شد، دیگر نمی خواهد در سطح اول خدمات باشد؟

ما باید همان راهی را برویم که دنیا رفته است. در دنیا آمده اند پزشک خانواده را به عنوان یک شغل تعریف کرده اند نه صرفاً یک درجه تحصیلی. کما اینکه ما در نسخه 02 پزشک خانواده هم بر اساس همین مدل جهانی، پزشک خانواده را تعریف کردیم. وقتی متخصصان اقتصاد بهداشت و نظام سلامت به عنوان کارشناسان سازمان بهداشت جهانی به ایران آمدند و نسخه انگلیسی 02 ما را بررسی کردند، از ما تقدیر کردند مسئولان سازمان بهداشت جهانی نیز از ما اجازه می خواستند که آن را به عربی ترجمه کنند و در اختیار کشور های عرب زبان قرار دهند که البته تصمیم گیری در این سطح در اختیار من نبود و من حق نداشتم که چنین اجازه ای به آنها بدهم و باید از مقامات بالاتر اجازه می گرفتند.

آنها به ما گفتند شما با نسخه 02 یک کار بزرگ کرده اید و با این کار مراقبتهای اولیه بهداشتی، پزشک خانواده و بیمه سلامت را با هم تلفیق کرده اید و با این کار هزینه هایتان را کاهش می دهید و می توانید

هماهنگ عمل کنید. چون در برخی کشورهای منطقه بیمه سلامت، خدمات بهداشت اولیه و حتی در برخی پزشک خانواده هم وجود دارد اما هر کدام از اینها مجزا از هم است و هر کدام هزینه خود را دارد.

شما کمتر دستورالعملی را در کشور دارید که این همه امضا کننده داشته باشد. از کارشناسان و مسئولان وزارت بهداشت، تا بیمه های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و وزارت رفاه، از بالاترین سطوح تا پایین ترین سطوح پای این دستورالعمل را امضا کرده اند و ابلاغ شده است. به همین خاطر سندی معتبر و هماهنگ است و جالب است که در مصوبه آن نحوه اصلاح و ارتقای آن هم مشخص شده است

با وجود توجهی که کارشناسان بین المللی به این سند داشتند، اما متأسفانه در داخل کشور توجه لازم به آن نشد، البته خیلی از کسانی که آن زمان سنگ اندازی می کردند امروز پیام می دهند که شما راست می گفتید. شنیده ام که برخی پزشکان خانواده در استان فارس دارند، دعا می کنند و می گویند نکند این برنامه جمع شود.

این برنامه الان در فارس و مازندران دارد اجرا می شود ولی هنوز در حد اولیه است. ما در آن زمان حتی فکر این را کردیم که درآمد متخصصان بالینی کم نشود و حق ویزیت آن ها را به شرطی که مریض ارجاعی پزشک خانواده را بپذیرند سه برابر کردیم.

• فکر می کنید بیمه ها همکاری می کنند؟

اوایل کار که ما شروع کردیم، وزارت بهداشت و بیمه ها زبان مشترک نداشتند، اما بالاخره توانستیم زبان مشترک را پیدا کنیم و زمانی که ما هنوز مسئولیت داشتیم، بیمه ها کاملاً همراه شدند و طرفدار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بودند و نسخه 02 برنامه پزشک خانواده محصول همین زبان مشترک است.

دکتر حسینعلی شهبازی

حسینعلی شهبازی، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان بعد از سالها کار اجرایی در وزارت بهداشت و قانونگذاری در مجلس امروز تنها راه اصلاح نظام سلامت را اجرای پزشک خانواده می داد،

• اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران چه ضرورتی دارد؟

دکتر شهبازی: هدف از اجرای پزشک خانواده کاهش هزینه های درمان مردم است، همه کشورهایی هم که این برنامه را اجرا کرده اند به خاطر مشکلاتی بوده که در تأمین هزینه های درمانی داشته اند، از طرفی تنها راه برقراری عدالت نسبی در نظام سلامت همین اجرای برنامه پزشک خانواده است.

البته اجرای پزشك خانواده به معني رضایتمندي كامل بیماران نیست، بالاخره در سیستم پزشك خانواده یکسري محدودیتهای برای بیماران فراهم است. مثلاً بیمار را مجبور می کنند که به پزشك خانواده خاصی مراجعه کند و اگر خواست از خدمت پزشك متخصص استفاده کند، باید از طریق همین پزشك خانواده اقدام کند و اگر لازم باشد به بیمارستان برود باید از طریق آن متخصص خاص پیگیری کند. این همان سیستم پزشك خانواده است.

این الزامات شاید برای بیماران سخت باشد، افرادی که به کانادا، استرالیا یا انگلستان رفته اند می دانند که وقتی بیماری به اورژانس مراجعه می کند، آنجا تشخیص می دهند که چقدر حال بیمار اورژانسی است. ممکن است اورژانسی نباشد و حتی 15 ساعت منتظر بماند تا ویزیت شود، چون مریض های اورژانسی تر در اولویت هستند، بیماران هم هیچ اعتراضی ندارند اما وضعیت کشور ما را ببینید، بیمار به اورژانس مراجعه می کند؛ دو دقیقه اگر به او نرسند؛ بیمارستان را روی سرش می گذارد.

ما جز پزشك خانواده برای اصلاح نظام سلامت راه دیگری نداریم، در برنامه های بالادستی نیز چه برنامه چشم انداز 20 ساله و چه سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری برای حوزه سلامت و چه برنامه توسعه پنجم همگی تأکید بر اجرای این برنامه دارند. برای اجرای این برنامه البته اقدام هایی صورت گرفته است اما به نظر من پزشك خانواده به مفهوم واقعی آن هنوز در کشور اجرا نشده است.

پزشك خانواده این است که جمعیت خاصی را تحت پوشش يك پزشك خاص بگذارند، و این پزشك باید اقداماتش سلامت محور باشد در حالی که الان خیلی جاها پزشك خانواده کماکان درمان محور است.

• **غیر از ضرورت اقتصادی، از بین رفتن هزینه های القایی و زائد و رفتن به سمت عدالت در سلامت، اجرای پزشك خانواده ضرورت دیگری هم دارد؟**

: نه به نظر من اساس ضرورت اجرای پزشك خانواده مسائل اقتصادی آن است.

• **چه موانعی باعث شد، پزشك خانواده تاکنون در کشور اجرا نشود؟**

وزیرایی که طی این سالها آمدند هر کدام تلاش کرده اند، پزشك خانواده را اجرا کنند، مثلاً دکتر پزشکیان از روستا شروع کرد و دفترچه های بیمه روستایی را درست کرد، یکسري خدمات آن هم به روستاها رفت. بعد

دکتر لنکرانی آمد اما پزشک خانواده در همان روستاها ماند و به شهرها و حاشیه شهرها نیامد. خانم دکتر دستجردی هم برای اجرای پزشک خانواده کار مثبت زیادی انجام نداد. در حالی که در برنامه توسعه پنجم پیش بینی شده بود که از سال اول برنامه باید سیستم ارجاع در نظام سلامت اجرا شود و سامانه الکترونیک سلامت ایجاد شود. تمام افراد در کشور باید به خدمات پرونده الکترونیک سلامت دسترسی پیدا می کردند و سال دوم باید کارت هوشمند سلامت صادر می شد.

خرید راهبردی خدمات سلامت باید در دستور کار قرار می گرفت تا هزینه های حوزه سلامت بی حساب و کتاب نباشد، معلوم باشد، خریدار خدمت کیست و ارائه دهنده خدمات چه کسی است. باید تیم سلامت پزشک خانواده تشکیل می شد و مشخص می کردند جمعیت تحت پوشش هر تیم چه کسانی هستند و برای تأمین سلامت آنها در سال چقدر اعتبار وجود دارد. این طور نباشد که یک دفعه یک پزشک صدها میلیارد تومان برای بیمه ها هزینه تراشی کند.

در نسخه 02 پزشک خانواده 16 تا 17 نفر به عنوان اعضای تیم پزشک خانواده تعیین شده بودند که باید از آنها خرید خدمت راهبردی می شد که این تیم هم ایجاد نشد. بر اساس این برنامه باید در مقابل سرانه هر فرد همه خدمات سلامت اعم از پیشگیری، بهداشت و آموزش سلامت به مردم ارائه می شد. کار مهم هم در حوزه سلامت پیشگیری و بهداشت است.

اگر پیشگیری درست انجام نشود، هزینه ها بالا می رود و هر کاری کنیم باز هم کم می آوریم، دکتر احمدی نژاد می گفت، حوزه درمان چاه ویل است و هر چه پول در آن بریزی جواب نمی دهد. به نظر من هم درمان چاه ویل است. هیچ جای دنیا هم از پس هزینه های درمان بر نیامده اند.

حتی در آمریکا با آن سرانه سلامت بالا همیشه در حوزه سلامت بحران دارد، همه کشورهایی که پزشک خانواده را اجرا نکرده اند در این حوزه بحران دارند. ما هم در ایران در حوزه درمان بحران داریم.

هزینه های درمان در ایران به شدت بالا رفته و هر روز هم بیشتر می شود. در دولت یازدهم 10 درصد هدفمندی یارانه ها که 4800 میلیارد تومان است و یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده را که حدود 3 هزار میلیارد تومان است، علاوه بر اعتبارات همیشگی وزارت بهداشت به این وزارتخانه داده اند اما هنوز هم بیمه ها در پرداخت هزینه های بیمارستانها بین 6 ماه تا یکسال عقب هستند. منابع اضافه شد اما مشکلات نظام سلامت به قوت باقی است. پرستاران و پزشکان هم راضی نیستند.

فقط يك اتفاق مثبتی که در این دوره افتاد این است که مراکز بهداشتی-درمانی در تمام روستاها پزشک عمومی دارند، اکنون حتی در دورترین روستاها و محرومترین مناطق سیستان و بلوچستان نیز پزشک عمومی حضور دارد و از نظر مالی توانسته اند طوری برنامه ریزی کنند که پزشکان اقناع شوند و به این مناطق بروند.

البته درآمدهای بالای 10 میلیون تومان که گاهی در رسانه ها ذکر می شود برای کسانی است که در مناطق خیلی محروم و گاه ناامن که هر از گاهی يك مسئله امنیتی در آنجا رخ می دهد، دستگیر شده اند. هر کسی راضی نمی شود به این مناطق بروند، امکانات رفاهی ندارند و فقط رفت و آمد این پزشکان به شهر و خانه شان در شهر و هزینه هواپیمایی آنها رقم قابل توجهی است. آماری که وزارت بهداشت اعلام کرده گویای این است که 2800 پزشک عمومی به این مناطق رفته اند.

البته اشکالی که داریم و هنوز حل نشده این است که اختلاف درآمد بین پزشکان عمومی و متخصص خیلی زیاد است برای همین پزشکان عمومی خیلی انگیزه دارند که هر طوری شده بروند و متخصص بشوند. باید این اختلاف را به حد معقولی برسانیم که پزشکان در مناطق محروم بمانند.

مشکل دیگر این است که پزشکان عمومی که تربیت شده اند، پزشک خانواده نیستند، بیشتر می توان گفت پزشکان سیستم ارجاع هستند و اگر می خواهیم پزشک خانواده را اجرا کنیم باید باید برنامه آموزشی پزشکی عمومی را تغییر دهیم اما در عمل هنوز هیچ اتفاق خاصی در این حوزه نیفتاده است.

مانع دیگر اجرای پزشک خانواده این است که هنوز سطح 2 و 3 پزشک خانواده تعریف نشده است، هنوز برای سطح دوم که متخصصان هستند برنامه ای نداریم، پزشک عمومی فردی را دیده و می خواهد ارجاع دهد، گاهی ممکن است تخصص مورد نظر در آن شهر نباشد یا فقط يك نفر باشد و فرد باید برود در نوبت و مدت ها معطل شود. در حالی که باید معلوم باشد، یک فرد چه ساعتی و نزد چه پزشک برود و همان موقع ویزیت شود و مجبور نباشد چند بار مراجعه کند تا متخصص بیمار را ویزیت کند. هیچ کدام از اینها هنوز اجرا نشده است.

يك زمانی در اوایل انقلاب 50 درصد جمعیت کشور در روستاها بودند اما الان 30 تا 35 درصد جمعیت کشور در روستاها هستند و بیشتر مردم شهرنشین شده اند یا در حاشیه شهرها زندگی می کنند، وضعیت حاشیه نشینان از

روستاهای هم بدتر است و تقریباً هیچ امکانات درمانی ندارند، حتی بسیاری از آنها از آب آشامیدنی سالم، مسکن، راه، برق و خدمات زیرساختی بی بهره هستند.

اجرای برنامه پزشک خانواده در خیلی کشورها 10 تا 15 سال طول کشیده است. ما هم از زمانی که در روستاهای کار را شروع کردیم از اواخر دولت آقای خاتمی تاکنون 10 سال طول کشیده است ولی روند اجرای آن خیلی کندتر از این حرفهاست.

پزشک عمومی بر خلاف آنچه می گویند، واقعاً کم داریم، هنوز کمبود پزشک برای اجرای برنامه پزشک خانواده مشهود است و اگر بخواهیم متخصص پزشک خانواده را برای این کار به کار بگیریم که هیچی نداریم و تعداد افراد متخصص در این رشته در کشور صفر است.

جمعیت کشور الان حدود 80 میلیون نفر است، خیلی جاهای دنیا، می گویند، باید به ازای هر 500 یا هزار نفر جمعیت، یک پزشک خانواده داشته باشند، این نسبت در کشور ما بین 2 هزار تا 2500 نفر تعریف شده است اما هنوز با همین استاندارد نیز پزشک عمومی کم داریم و همان طور که گفتم، پزشک خانواده که اصلاً نداریم.

اشکال دیگری هم در مسیر اجرای پزشک خانواده وجود دارد و آن این است که حدود 42 میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی هستند که پرداختها و دریافتی های آنها کلاً با بیمه سلامت ایرانیان فرق می کند. هنوز این مسئله حل نشده است و واقعاً افرادی که دفترچه تأمین اجتماعی دارند، وقتی مثلاً در استان مازندران که این برنامه اجرا شده است به مراکز پزشک خانواده مراجعه می کنند، نمی توانند خدمت دریافت کنند. شاید بیش از نیمی از مردم بیمه تأمین اجتماعی هستند اما هنوز نمی توانند از خدمات پزشک خانواده استفاده کنند.

مقام معظم رهبری هم در سیاستهای کلان سلامت فرمودند، بیمه پایه باید برای همه یکسان باشد و بیمه مکمل باید رقابتی باشد به همین خاطر بیمه مکمل از جیب دولت انجام نمی شود اما این سیاست نیز تاکنون اجرا نشده و بیمه های پایه هنوز تجمیع نشده اند. لاقلاً اگر صندوقها را ادغام نمی کنند باید بیمه های مختلف سیاست یکسانی داشته باشند و خدمات یکسانی ارائه کنند که این هم انجام نشده است.

خیلی دستگاهها مثل شرکت نفت، بانکها هر کدام برای خودشان بیمه درست کرده اند، نمی شود یکی کارمند یک وزارتخانه پولدار باشد هر جوری

خواست برای سلامت هزینه کند و کارمند دستگاه دیگر این امکانات را نداشته باشد.

• مانع دیگری در مسیر اجرای پزشک خانواده می بینید؟

شهرداری: بالاخره یک عده افراد، مخالف جدی برنامه پزشک خانواده هستند ولی هیچ منافاتی ندارد، لازم نیست همه پزشکان بیایند جزو برنامه پزشک خانواده، بلکه هر کس خواست می تواند به بازار آزاد و بیمارستان خصوصی برود، ولی آن موقع هر کس خواست به این مراکز مراجعه کند باید هزینه ها را از جیب خودش پرداخت کند.

در کشورهایی که پزشک خانواده اجرا شده نیز همین طور بوده، این طور نیست که مثل کشورهای سوسیالیستی بگویند همه مجبورند تحت سیستم پزشک خانواده قرار بگیرند. با اجرای پزشک خانواده ممکن است، درآمدهای آنچنانی برخی پزشکان کم شود و به همین خاطر ممکن است عده ای مخالفت کنند ولی ما چاره ای نداریم، تنها راه اصلاح نظام سلامت اجرای برنامه پزشک خانواده است، کسانی هم که مخالفت می کنند، زیاد نیستند.

البته ممکن است مخالفان، آدمهای با نفوذ و شاخص نظام سلامت باشند و بتوانند در سیاستگذاریها و برخی جاها دخالت کنند و مانع ایجاد کنند.

مسئله مهمی که در اجرای پزشک خانواده نقش بسیار مهمی دارد، این است که کسانی که قرار است این برنامه را اجرا کنند باید عزم و اراده جدی داشته باشند تا این طرح در کل کشور اجرا شود. الان در دو استان شروع شده است اما برخی مردم این استانها شکی هستند، می گویند چرا دارید روی ما آزمایش می کنید.

برنامه پزشک خانواده باید در کل کشور اجرا شود، چقدر باید پایلوت شود، یکبار در زمان دکتر دستجردی در سه از جمله استان سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری پایلوت کردند، الان هم چند سال است در استان مازندران و فارس دارد، اجرا می شود، زمان پایلوت تمام شده است و باید در کل کشور شروع کنند، هر زمان هم شروع کنند، یکسری مشکلات سر راهشان خواهد بود.

فکر نکنیم روزی خواهد آمد که اگر در آن روز شروع کنیم، دیگر مشکلی نخواهیم داشت، باید هر چه سریعتر شروع کنیم، و گرنه با این روند که پیش می رویم دچار کمبود منابع می شویم.

یک مشکل دیگر هم این است که راهنمای بالینی یا گایدلاین های درمانی که در قانون برنامه توسعه پنجم آمده بود هنوز تعریف نشده است، هدف این راهنماهای بالینی این است که درمانها در کشور استاندارد شود. این طور نباشد که هر پزشک برای درمان یک بیمار مثلاً مبتلا به سرطان یک مسیر دلخواه خودش را انتخاب کند. باید روش درمان هر بیماری مثل سرطان طوری تعریف شود که اگر بیمار، پیش هر پزشک برود یک مسیر واحد درمانی در پیش گرفته شود و معلوم باشد چقدر از اعتبارات عمومی و دولتی باید برای او هزینه شود.

اجرای راهنماهای بالینی و پزشک خانواده لازم و ملزوم هم هستند، اگر می خواهیم پزشک خانواده را اجرا کنیم، باید الزامات آن را مثل نظام سطح بندی، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی، خرید راهبردی، واقعی شدن تعرفه ها هم اجرا شود، همه اینها هم در قانون برنامه توسعه پنجم آمده است و باید طی پنج سال گذشته در کشور اجرا می شد.

• تجربه شخصی خود شما از روند اجرای پزشک خانواده چیست؟

شهرداری: اعتقاد من این است که برای اجرای پزشک خانواده، باید یک تیم منسجم وجود داشته باشد که از بالا تا پایین همه به اجرای این برنامه اعتقاد داشته باشند و واقعاً نظارت کنند، مشکل مهمی که ما در کشور داریم نه فقط در حوزه سلامت بلکه در کل دستگاهها این است که سیستم نظارتی ضعیف است، اگر سیستم نظارتی درست نباشد و آدمهایی که مسئول هستند اعتقادی به پزشک خانواده نداشته باشند، مشکلات حل نمی شود. حوزه سلامت، حوزه بسیار مهمی است به همین علت در قانون مدیریت خدمات کشوری، این حوزه حوزه خدماتی تعریف شده، در حوزه خدماتی مسئولان نباید نگاه سیاسی داشته باشند، منظور از خدماتی این است که وقتی دولت عوض شد، نیایند تا سرایدار و آبدارچی را هم با نگاه سیاسی عوض کنند؛ آموزش عالی و آموزش و پرورش هم حوزه خدماتی تعریف شده است. نیایند، رئیس مرکز بهداشت یا بهداری یک شهرستان را چون نگاه سیاسی همسو ندارد، برکنار کنند. اگر با دید سیاسی به حوزه سلامت نگاه کنیم، قطعاً مشکلات کشور حل نخواهد شد.

متأسفانه در همه دولتها این مشکلات را داشته ایم، در دولت آقای خاتمی، احمدی نژاد و حالا آقای روحانی این اتفاقات افتاده است، اگر بدون نگاه سیاسی رفتار نکنیم، قطعاً مشکلات حوزه سلامت حل نخواهد شد. نباید این طور باشد که بگوییم در حوزه سلامت یا آموزش عالی یک جناح سیاسی سهم دارد. مثلاً بگوییم چون تو در فلان جناح سیاسی بودی، سهم داری، 20

درصد مدیران را تو تعیین کن. این نگاهها در امور اجرایی کشور ناهماهنگی و مشکل ایجاد می کند.

فقط خاطرم هست در دولت آقای هاشمی این نگاه غیرسیاسی در امور اجرایی وجود داشت، در آن دوران در حوزه بهداشت و درمان نگاه سیاسی حاکم نبود، به همین علت هم می گفتند، دولت کار است.

آن موقع انصافاً روسای دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی بر اساس معیارها و ملاکهایی که توانمندی افراد را می سنجیدند انتخاب می شد، نظارت جدی هم می کردند، در دوره وزارت دکتر مرندي واقعاً نظارت جدی بر مسئولان از رأس تا پایین وجود داشت. در دولت آقای خاتمی این نگاه کمرنگ شد و بیشتر انتخابها با تفکرات حزبی و جناحی انجام شد، دیگر به این فکر نمی کردند که این فرد چقدر توان اجرایی دارد یا ندارد.

در دولت آقای احمدی نژاد و روحانی هم این تفکرات بود و هست، افراد و مسئولان را باید بر اساس توانمندی شان انتخاب کرد، اگر مسئولی توانمند است نباید به صرف دیدگاه سیاسی اش او را تغییر داد، چون اینجا حوزه بهداشت و درمان است و نگاه سیاسی به خدمات رسانی به مردم آسیب جدی می زند. البته در دوره وزارت دکتر هاشمی این مسائل کمتر شده است. در کل اگر افرادی باشند که به برنامه پزشک خانواده اعتقاد راسخ داشته باشند، می شود این برنامه را اجرا کرد.

نکته دیگر این است که در دولت آقای هاشمی این روحیه وجود داشت که هیچ کس برای پول یا حق مأموریت کار نمی کرد اما الان فلان فرد که می خواهد رئیس دانشگاه شود می گوید من بیرون ماهی 50 میلیون تومان درآمد دارم، اگر می خواهید بیایم، تقریباً همین مقدار را به من بدهید. این مسائل الان خیلی پررنگ وجود دارد و قطعاً بر اجرای پزشک خانواده هم تأثیر می گذارد.

• در مجموع شما معتقدید برنامه پزشک خانواده اجرا نشده است، برای استقرار این برنامه در آینده چه کار باید کرد؟

نه اجرا نشده است، من فکر می کنم، دکتر هاشمی توان اجرای این برنامه را دارد، مجلس و کمیسیون بهداشت و درمان هم با او همراه هستند، دکتر هاشمی چون در دولت جایگاه خاصی دارد، می تواند، این طرح را کامل اجرا کند، چون در دولتهای گذشته وزرای بهداشت و درمان خیلی در دولت حمایت نمی شدند، مثلاً خانم دکتر دستجردی هیچ وقت مورد حمایت آقای

احمدی نژاد نبود و همیشه هم رئیس دولت مانع او بود، در دولتهای قبل هم وزرای بهداشت حمایت نشدند. اما وزیر بهداشت در این دوره حمایت جدی می شود. کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم حمایت می کند، بنابراین وزارت بهداشت در این دوره این توان را دارد که در 2 سال باقیمانده پایه های اجرای پزشک خانواده را استوار کند.

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم به جد خواهان اجرای برنامه پزشک خانواده است، بحثهایی که در کمیسیون می شود، نقدی است که وزارت بهداشت که پزشک خانواده را اجرا کند و گرنه کمیسیون با وزارت بهداشت همراه است.

• آیا وزارت بهداشت ابزار اجرای پزشک خانواده را در اختیار دارد؟

ابزارش پول است که مجلس همکاری کرده و هم 3 هزار میلیارد تومان از مالیات بر ارزش افزوده و هم 10 درصد صرفه جویی از هدفمندی یارانه ها را به بخش سلامت اختصاص داده است، دولت هم تخصیص می دهد. زمان دولت آقای احمدی نژاد هم 10 درصد هدفمندی یارانه ها برای سلامت را در قانون تصویب کرده بودیم ولی دولت تخصیص نمی داد. حتی پرونده این تخلف دولت را هم به قوه قضاییه دادیم و خود من این پرونده را در صحن علنی مجلس قرائت کردم. حالا هم شاید تخصیص منابع 100 درصد نباشد اما وضعیت خیلی تغییر کرده است.

• اگر مشکل تخصیص منابع حل شود، پزشک خانواده اجرا می شود؟

شهرداری: نه، ولی دکتر هاشمی الان پشتوانه حمایت دولت و مجلس را دارد و می تواند پزشک خانواده را اجرا کند، این یک فرصت استثنایی است که معلوم نیست بعد از دکتر هاشمی دوباره اتفاق بیفتد. اگر دکتر هاشمی، برنامه پزشک خانواده را اجرا نکند، من امیدی ندارم که بعدها کسی بتواند این طرح را اجرا کند به خصوص اینکه در تدوین برنامه ششم یکسری افراد صاحب نفوذ وارد شده اند و شاید نگذارند که پزشک خانواده در این برنامه نوشته شود. البته تا زمانی که ما در کمیسیون بهداشت و درمان باشیم، اجازه نمی دهیم، نمی خواهم پیشداوری کنم ولی واقعاً نمی دانم چه اتفاقی ممکن است در برنامه ششم توسعه بیفتد.

به هر حال هر کس می خواهد برنامه ششم توسعه را بنویسد باید سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری را مد نظر قرار دهد، بیمه پایه همگانی، اجرای نظام سطح بندی خدمات، سیستم ارجاع.

• پزشک خانواده هم در این سیاستها آمده است؟

مهم نیست که این واژه نیامده باشد، سطح بندی خدمات و نظام ارجاع همان پزشک خانواده است، البته افرادی هستند که تفاسیر خودشان را می کنند تا مشکل درست کنند، سیاستهای کلان سلامت با نگاه عدالت در سلامت در مجمع تشخیص مصلحت نظام تدوین شده و باید برنامه ششم توسعه بر مبنای آن تدوین شود و حتماً باید اجرای پزشک خانواده نیز یکی از الزامات آن باشد.