



ناگهی به چالش‌های نظام ارجاع خدمات پزشکی در کشور که از اجرای ناموفق این طرح تا کنون حکایت دارد

جورچین ناقص پزشک خانواده

تصور کنید دردی ناگهانی وجودتان را می‌لرزاند و امانتان را می‌برد. این درد، پای شما را به مطب متخصصان حوزه‌های مختلف باز می‌کند؛ سرگردان و اسیر این مطب و آن مطب می‌شوید؛ به امید اینکه شاید متخصصی، متشاین درد و به دنبال آن درمانی را برایش بیابد. اما در واقع شما در میان ماریج نوبت‌گرفتن از این متخصصان، گیر می‌کنید و گرفتار صف‌هایی می‌شوید که زمان و پولتان را می‌بلعند و در نهایت نظر متخصصانی که هر کدام گوشه‌ای از پازل را می‌بینند، اما احتمالا هیچ کدام، با تمام تصویر پرونده سلامت شما شناخت ندارند. این صحنه، الگوی آشنا و هر روزه نظام درمان ماست. از سال ۱۳۸۳ و با تصویب قانون برنامه چهارم توسعه، پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت، وارد ادبیات رسمی سیاست‌گذاری کشور در حوزه درمان شد؛ پزشکی که قرار بود در ایستگاه نخست مسیر درمان بایستد؛ کسی که بیمار را بشناسد، نیازش را تشخیص دهد و در صورت لزوم، او را به سطح تخصصی ارجاع دهد. اما این دروازه، هرگز آن طور که باید، باز نشد. اجزای در روستاها و شهرهای کوچک محدود ماند و مسیر ارجاع به متخصصان، همچنان ناقص باقی ماند. اما این روزها گویا این طرح کهنه، نفس تازه‌ای گرفته است. طرح پزشک خانواده که پیش‌تر در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با موفقیت نسبی همراه بود، اکنون به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر گام گذاشته است. دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شهرستان فریمان را به عنوان پایلوت انتخاب کرده است و بیش از شصت پزشک متخصص در پانزده رشته مختلف، بین شهرهای تحت پوشش این دانشگاه جانمایی شده‌اند تا زیرساخت ارجاع به سطح ۲ فراهم شود. با این حال، این تحولات هر چند امیدوارکننده، اما فقط آغاز راهی است که تا استقرار کامل نظام ارجاع، فاصله زیادی دارد و البته همین موضوع و انکش برخی پزشکان را هم به دنبال داشته است؛ دکتر علی سالاریان، رئیس کمیسیون تخصصی مشورتی پزشک خانواده شورای عالی سازمان نظام پزشکی، به تازگی از اعتراض بسیاری از پزشکان به تصمیم تازه دولت برای اجرای سراسری این طرح با عنوان «نسخه ۳» پزشک خانواده» خبر داده و گفته است: «اجرای شتاب‌زده و بدون فراهم شدن الزامات اساسی، می‌تواند پیامدهای جدی برای نظام سلامت، جامعه پزشکی و مردم به همراه داشته باشد». در این گزارش، سفری خواهیم کرد به کشورهایی که سال‌هاست از این الگو عبور کرده‌اند؛ از انگلستان و هلند تا ترکیه و تایلند، پس از این مرور جهانی، به وطن برمی‌گردیم؛ به آسیب‌شناسی موانعی که در ایران، راه را بر اجرای موفق این طرح بسته‌اند. در پایان نگاهی خواهیم انداخت بر راهکارهایی که می‌تواند این مسیر گم شده را به مقصد برساند.

گزارش روز



روزنامه

تجربه دیگر کشورها؛ ۳ مسیر، یک مقصد

نظام ارجاع اگرچه در کشورهای مختلف شکل‌های متفاوتی دارد، یک ایده مشترک پشت آن قرار گرفته است؛ اینکه بیمار نباید در نخستین قدم، میان مطب‌ها و متخصص‌های مختلف سرگردان شود. در جهان، نظام‌های ارجاع به سه دسته اصلی تقسیم می‌شوند. نخست، نظام ارجاع اجباری که در آن بیماران بدون معرفی نامه پزشک خانواده، به خدمات تخصصی دسترسی ندارند. انگلستان و هلند، شاخص‌ترین نمونه‌های این مدل هستند. دوم، نظام ارجاع نیمه اختیاری که در آن بیماران می‌توانند مستقیماً به متخصص مراجعه کنند، اما هزینه بیشتری می‌پردازند. سوئد و آمریکا در این دسته قرار می‌گیرند. سوم، نظام ارجاع آزاد که در آن هیچ الزامی برای مراجعه اولیه به پزشک خانواده وجود ندارد و بیماران، آزاد هستند که هر سطحی از خدمات را مستقیماً انتخاب کنند. ترکیه و تایلند، جزو کشورهایی هستند که این مدل را تجربه کرده‌اند.

انگلستان: پزشک خانواده؛ شاه کلید درمان

نظام سلامت انگلستان، مشهورترین نمونه نظام ارجاع اجباری است. در این مدل، پزشک عمومی، نخستین و گاه اجباری‌ترین نقطه تماس بیمار با نظام سلامت است. بیمار بدون معرفی نامه پزشک عمومی، به خدمات تخصصی دسترسی ندارد و اگر هم مستقیم مراجعه کند، باید هزینه کامل را از جیب خود بپردازد و نتیجه چیست؟ کاهش ۵۰ درصدی مراجعات غیر ضروری، تشخیص بهنگام سرطان و صرفه جویی اقتصادی چشمگیر. سامانه ارجاع الکترونیک این کشور، نرخ عدم مراجعه را تا ۵۰ درصد پایین آورده و میانگین زمان ثبت ارجاع را از ۱۲ ساعت به ۰.۹ ساعت کاهش داده است.

هلند: مهار فساد در ارجاع

در هلند نیز نظام ارجاع اجباری است، اما با یک تفاوت اساسی؛ پزشک خانواده، نه آزمایشگاه خاصی را معرفی می‌کند و نه داروخانه مشخصی را. او صرفاً درخواست خود را در سامانه ثبت می‌کند و نظام هوشمند، براساس کیفیت و قیمت قراردادها، بیمار را به یک ارائه دهنده ارجاع می‌دهد. این مکانیسم، «فساد در ارجاع» را به صورت ساختاری، مهار و شفافیت بی‌سابقه‌ای در مسیر درمان ایجاد کرده است.

سوئد: هزینه‌های سنگین حذف دروازه بان

سوئد برخلاف انگلستان و هلند، نظام ارجاع رسمی و ساختاریافته‌ای ندارد. بیماران می‌توانند مستقیماً به متخصص مراجعه کنند، اما هزینه مراجعه بدون ارجاع، بیشتر است. در عمل، نبود دروازه بان اجباری، منجر به افزایش تقاضا و طولانی شدن صف‌های انتظار خدمات تخصصی، افزایش هزینه‌ها و نارضایتی شهروندان شده است. سوئد برای جبران این ضعف، به بیمه‌های تکمیلی خصوصی روی آورده، اما این راهی است که به جای رفع مشکل، بر شکاف طبقاتی می‌افزاید. تجربه سوئد نشان می‌دهد که حذف دروازه بان، هر چند به آزادی انتخاب بیمار می‌انجامد، مدیریت تقاضا و هزینه‌ها را با دشواری مواجه می‌کند.

آمریکا: آزادی نامحدود، هزینه‌های سرسام آور

آمریکا پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین نظام سلامت جهان را دارد. در این کشور، نظام ارجاع رسمی وجود ندارد و بیماران می‌توانند بدون محدودیت به متخصص مراجعه کنند. اما این آزادی ظاهری، بهایی گزاف دارد؛ هزینه‌های سرسام‌آور، نابرابری شدید در دسترسی و پرداختی مراقبت‌ها، بیمه‌ها گاه برای مدیریت هزینه‌ها، ارجاع یا تأیید پیش از خدمت را الزامی می‌کنند، اما نبود یک ساختار یکپارچه، همچنان یکی از دلایل مصرف بیشتر خدمات تخصصی و افزایش هزینه‌هاست. آمریکا با وجود پیشرفته‌ترین فناوری‌های پزشکی، در شاخص‌هایی مثل امید به زندگی، از بسیاری از کشورهای اروپایی که نصف آن هزینه می‌کنند، عقب‌تر است.

ترکیه: دگرگونی در یک دهه

ترکیه از سال ۲۰۰۳ با اداره‌ای آهنگین، برنامه تحول سلامت را به اجرا درآورد. پزشک خانواده را به عنوان نخستین نقطه تماس، تثبیت کرد و بیمه‌های همگانی را به بیش از ۹۹ درصد جمعیت رساند. نتیجه آنکه مراجعه به پزشک خانواده از ۱۸/۷۵ بار به ۲/۸۳ بار در سال افزایش یافت. سهم مراجعه به خدمات تخصصی، کاهش یافت و رضایت بیماران افزایش چشمگیر یافت. با این حال کمیود پزشک خانواده و ضعف در اجرای دقیق مراقبت‌های اولیه، مانع از استقرار کامل نظام ارجاع شده است. اما همین مسیر ناقص، نشان داد که حتی بدون یک نظام ارجاع اجباری، می‌توان با تقویت مراقبت اولیه، گام‌های بلندی در مسیر عدالت در سلامت برداشت.

تایلند: دروازه بانی فعال در کشوری با درآمد متوسط

تایلند با اجرای برنامه پوشش همگانی سلامت از سال ۲۰۰۱، توجه جهانی را به خود جلب کرد. در این کشور، نقش دروازه بانی کاملاً رسمی و فعال است. بیماران باید ابتدا به مراکز اولیه مراجعه کنند و ارجاع، شرط دسترسی به متخصص است. تایلند توانسته است پوشش بیمه‌ای را از ۷۰ به بیش از ۹۹ درصد جمعیت برساند. ارجاع الکترونیک بیماران اورژانسی، زمان هماهنگی بین بیمارستان‌ها را به طرز چشمگیری کاهش داده است. نتیجه آنکه تعداد ویزیت‌های سرپایی از ۱۱۹ میلیون در سال ۲۰۰۳ به ۱۵۳ میلیون در سال ۲۰۱۰ رسیده و رضایت بیماران از ۷/۸ به ۸/۵ افزایش یافته است. با این حال، کمیود متخصصان در برخی مناطق، ضعف زیرساخت‌ها و نسبت بیشتر پزشکان متخصص به عمومی، ارائه مراقبت‌های اولیه را با چالش مواجه کرده است. تایلند، نمونه‌موفقی از اجرای نظام ارجاع در کشوری با منابع محدود است.

هزارتوی پزشک خانواده در ایران

تجربه موفقی که در انگلستان، هلند و حتی ترکیه و تایلند می‌بینیم، در ایران با وجود سه دهه تأکید قانونی و حضور نظام ارجاع و پزشک خانواده در برنامه‌های سوم تا هفتم توسعه، هنوز به سرانجام نرسیده است. اجرا بیشتر به سطح یک (روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) محدود شده و مسیر ارجاع به سطوح تخصصی و فوق تخصصی، هرگز به درستی برقرار نشده است. اما چرا؟ پاسخ را باید در لایه‌های پنهان ساختار سلامت ایران جست‌وجو کرد؛ لایه‌هایی که هر کدام، مانعی بر سر راه این طرح کلان بوده‌اند. این موانع را می‌توان در دو دسته جای داد؛ یکی موانع ساختاری ریشه دار در نظام سلامت و سیاست‌گذاری و دیگری، موانع فرهنگی و آموزشی که ریشه در نگاه بخشی و سنت‌های درمان محور دارد:

- **بی‌ثباتی سیاست‌گذاری**: تغییر مکرر مدیران، مسیر برنامه را منحرف کرده است و هر مدیر جدید، قرائت تازه‌ای از طرح ارائه می‌دهد. این بی‌ثباتی، سرمایه انسانی و مالی را هدر می‌دهد و امکان یادگیری تدریجی را از بین می‌برد.
- **اجرای ناقص در سطوح ۲ و ۳**: مسیر ارجاع به متخصصان و فوق متخصصان، برقرار نشده است. پزشک خانواده در این شرایط، نقشی تشریفاتی پیدا می‌کند و بیمار، مسیر سازمان یافته‌ای برای دسترسی به خدمات تخصصی ندارد.
- **چندپارگی تأمین مالی**: بیمه‌ها به صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند و هر کدام با قواعد خود، خدمات متفاوتی می‌دهند. این چندپارگی، طراحی یک الگوی تأمین مالی پایدار و یکپارچه را دشوار ساخته است.
- **نگاه بخشی و غفلت از ابعاد اجتماعی و فرهنگی**: طرح در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، خلاصه شده و از مشارکت نهاد‌های دیگر، غافل مانده است. از سوی دیگر، فرهنگ مراجعه مستقیم به متخصص، بدون فرهنگ سازی گسترده، اجرای نظام ارجاع را با مقاومت مواجه می‌کند.
- **تعارضات ساختاری**: بخش مهمی از درآمد وزارت بهداشت از بیمارستان‌ها تأمین می‌شود، بنابراین هر طرحی که به کاهش مراجعات بیمارستانی بینجامد، با کاهش درآمد همراه است. این وابستگی مالی، انگیزه توسعه طرح‌های بهداشت محور را تضعیف می‌کند.
- **ابهام در اسناد و نبود سند جامع**: مجریان طرح از جزئیات سیاست‌ها، آگاهی کافی ندارند و تغییر عنوان برنامه و ابهام در مکانیسم‌های پرداخت، این سردرگمی را دوچندان کرده است.
- **کمبود منابع مالی**: اعتبارات اختصاص یافته، همواره کمتر از برآوردهای لازم بوده و در برخی سال‌ها با کاهش قابل توجهی مواجه شده است. این کمبود، گسترش طرح را متوقف و پایداری برنامه را در مناطق موجود، تهدید می‌کند.
- **ضعف در ارزیابی و پایش**: شاخص‌های ارزیابی، مبهم هستند و سامانه‌های اطلاعاتی یکپارچه نیستند و اختلالات مکرر، پایش عملکرد را با دشواری مواجه کرده است.
- **آموزش پزشکی درمان محور**: نظام آموزش پزشکی بر درمان متمرکز است، درحالی‌که پزشک خانواده به مهارت‌های پیشگیری، مدیریت مراقبت و کار تیمی نیاز دارد. این ناهماهنگی سبب شده است پزشکان برای نقش جدیدشان آماده نباشند.

از هزارتو تا جاده هموار

با وجود انبوه موانعی که بر سر راه پزشک خانواده در ایران قرار دارد، مسیر اصلاح، چنان‌که تجربه جهانی نشان می‌دهد، نه غیرممکن، بلکه کاملاً ممکن است. آنچه در انگلستان، هلند، ترکیه و تایلند به نتیجه رسیده، حاصل یک باور ساده بوده است؛ اینکه پزشک خانواده در واقع معماری نوین حکمرانی سلامت است. برای گذار از این هزارتو، چند گام اساسی می‌تواند چراغ راه باشد:

- **سند ملی الزام‌آور**: تدوین سندی جامع با اهداف کمی، زمان بندی مشخص و شاخص‌های شفاف که در برابر تغییر مدیران، مصون باشد؛ سندی که نقش پزشک خانواده را به عنوان محور مدیریت تقاضا و هماهنگی بین سطوح، برای همیشه تثبیت کند.
- **یکپارچگی سطوح خدمت**: اجرای برنامه در هر سه سطح ارائه خدمت، همراه با ارجاع الکترونیک یکپارچه و بازخورد تخصصی ساختاریافته. مسیر ارجاع، باید به گونه‌ای طراحی شود که بیمار پس از درمان تخصصی، برای مراقبت‌های بعدی به سطح اول بازگردد.
- **تجمیع منابع مالی**: هماهنگی میان بیمه‌ها و ایجاد یک صندوق واحد برای خرید راهبردی خدمات. پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و مشوق‌های کیفیت محور، می‌تواند انگیزه‌ها را به سمت متناقص موجود را به سمت هماهنگی هدایت کند.
- **اصلاح بودجه ریزی سلامت**: کاهش وابستگی وزارت بهداشت به درآمد بیمارستانی و حرکت به سمت بودجه ریزی مبتنی بر نتایج سلامت. این تغییر، تعارض ساختاری کنونی را از میان برمی‌دارد و مسیر را برای تقویت پیشگیری هموار می‌کند.
- **سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات**: ایجاد پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه، استاندارد سازی داده‌ها و تعریف شاخص‌های شفاف برای پایش عملکرد و اعمال مشوق‌ها و کسورات.
- **فرهنگ سازی و آموزش عمومی**: طراحی برنامه‌ای جامع با مشارکت رسانه‌ها و نهاد‌های اجتماعی برای تغییر باور عمومی از «مراجعه مستقیم به متخصص» به «اعتماد به پزشک خانواده». آگاهی بخشی درباره مزایای این نظام، می‌تواند مقاومت فرهنگی را به همراهی تبدیل کند.
- **بازطراحی آموزش پزشکی**: تغییر آموزش پزشکی به سمت تقویت مهارت‌های پیشگیری، کار تیمی، مدیریت مراقبت و رویکرد جامعه نگر. پزشک خانواده، باید از همان سال‌های دانشجویی، برای نقش جدید خود تربیت شود.
- **افتتاح و مشارکت متخصصان**: قرارداد‌های پایدار و مشوق‌های متوازن برای متخصصان، در جهت همکاری آن‌ها در مسیر ارجاع.