

جایگاه پزشک عمومی در نظام مراقبت اولیه سلامت



■ محمدرضا جباری
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران



نظام مراقبت اولیه عبارت است از سیستمی که سطح اول خدمات سلامت را بصورت علمی، حرفه‌ای، مستمر، پویا و منظم و از طریق نیروهای آموزش دیده علمی و حرفه‌ای و در اماکن اختصاص یافته به جمعیت عمومی یک کشور ارائه می‌دهد و تلاش دارد تا با ارتقای سلامت آحاد جامعه، ترویج اصول بهداشت، جلب مراجعه بیماران، پیشگیری و درمان بیماری‌ها و مراقبت از ناتوانان به پیشرفت و سلامت جامعه کمک کند. خدمات اولیه سلامت توسط پزشکان عمومی فارغ التحصیل دانشگاه هادر اماکنی چون مراکز بهداشتی و درمانی و یا مطب‌ها ارائه می‌شود. پزشکان عمومی ستون پایه خدمات اولیه سلامت بوده و در ارائه آن نقش محوری دارند. هدف از این خدمات در سطح ملی عبارت است از: «ارائه خدمات مناسب و متناسب در زمان و مکان صحیح برای داشتن جمعیتی سالم‌تر، ارائه خدمات پایه با رعایت بودجه ملی و کاهش هزینه‌های سطح تخصصی‌تر و بیمارستان‌ها، ارائه نقش فیلترینگ برای ارجاع درست به مراکز تخصصی‌تر از طریق پزشکان عمومی مجرب و ایجاد هماهنگی بین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت و بخشهای مختلف آن به جهت پیشگیری از هدر رفت سرمایه و منابع) پدیهی است در چنین سیستمی، پزشک عمومی مهمترین و محوری‌ترین نقش را برای ارائه خدمات اولیه مناسب، مستمر، هماهنگ، منطبق بر نیازهای بومی و فرهنگی بازی می‌کند و باید برای چنین نقشی در دوران تحصیل و در حین کار آموزش ببیند. این خدمات وقتی کیفی است که بتواند: در وضعیت سلامت تغییر کیفی ایجاد کند، تجربه بیمار از خدمات را رضایت بخش سازد، هزینه سرانه درمان را کاهش دهد و حیات شغلی پزشک عمومی و یا همکاریانش را تأمین و ارتقا دهد.

ارزش پزشک عمومی در سیستم خدمات پایه سلامت

با توجه به تأثیر پزشکان عمومی بر کیفیت خدمات سلامت، سازمان نظام پزشکی استرالیا در بیانیه سال ۱۹۹۱ خود نقش پزشک عمومی را این گونه تعریف می‌کند: «پزشکی عمومی یک دیسپلین مرکزی پزشکی است که به دور آن سایر دیسپلین‌های پزشکی و سلامت گردآورده می‌شوند تا یک تیم هماهنگ برای منفعت فردی و ملی در جامعه ایجاد شود». این تعریف ساده اما جامع تا به امروز به قوت خود باقی است و در آن تغییری داده نشده است. از سوی دیگر سازمان بهداشت جهانی در بیانیه سال ۲۰۰۸ خود در ژنو اعلام کرد، جوامعی که از پزشکی عمومی قدرتمند برخوردارند دارای مشخصاتی خواهند بود که از جمله آن آمار مرگ و میر و زمینگیری کمتر، دسترسی بهتر به خدمات و مراقبت‌های سلامت برای همه افراد جامعه، کاهش نرخ بازگشت بیمار به بیمارستان‌ها برای پذیرش مجدد، مراجعه کمتر به متخصصین، کاهش میزان مراجعه به اورژانسها و تشخیص بهتر عوارض و تداخلات دارویی و درمانی است. با توجه به اینکه پزشکان عمومی اولین محل برخورد مردم با خدمات پزشکی هستند، نقش بسزایی در نتیجه سیستم خدمات سلامت و نهایتاً هزینه‌های آن در سطح ملی دارند و می‌توانند اثر کنترلی بر ۸۰ درصد کل هزینه‌های سلامت یک کشور داشته باشند که رقم تعیین کننده‌ای در اقتصاد یک جامعه است. در حال حاضر با افزایش سن جمعیت جهان و رشد شیوع بیماری‌های مزمن که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی طولانی مدت هستند و این خود هزینه کلانی را به اقتصاد کشور وارد می‌کند، می‌توان فهمید که عملکرد پزشکان عمومی تا چه حد می‌تواند بر سلامت قشر مسن جمعیت و همچنین هزینه‌های تحمیلی آنان مؤثر باشد.

اکنون که به نقش چشمگیر پزشکان عمومی در یک جامعه و سیستم بهداشتی و اقتصاد آن پی بردیم باید دید که عناصر کلیدی مؤثر بر خدمات مستمر، کیفی و پایای طب عمومی چیست؟ دسترسی: دسترسی بیمار به پزشک باید بطور عادلانه و همه گیر برای همه آحاد جامعه فارغ از جنسیت، نژاد، دین، سن و مرتبه اجتماعی افراد باشد و معیار سنجش آن عبارت است از: هزینه‌ای آن توسط مردم قابل تأمین باشد، بتوان براحتی نوبت گرفت، حضورش در هر زمان قابل دسترسی باشد و بیمار برای آن حق انتخاب داشته باشد.

خود را می‌طلبد. بیشترین این پژوهش‌ها باید در راستای شناسایی و ارزیابی دانش و مهارت‌های لازم برای پزشکان عمومی به جهت بهبود سلامت بیماران و جامعه باشد و رویکردی کاربردی و حرفه‌ای داشته باشد. بیش از ۲ درصد بودجه تحقیقات در جوامع پیشرفته اختصاص ویژه به خدمات پزشکی عمومی دارد هرچند نگاه فزاینده نسبت به آن وجود دارد.

آنچه در بالا مورد بحث قرار گرفت در خصوص جایگاه پزشکی عمومی در یک نظام پیشرفته بود و بیانگر وضعیت آنان در کشورهایی که زیرساخت‌های خوبی برای خدمات پزشکی عمومی برپا کرده‌اند ولی با نگاهی ساده به وضعیت پزشکی عمومی در کشور می‌توان دریافت که هنوز با شرایط ایده آل فاصله داریم. از ظرفیت کمی و کیفی آموزش، تعداد فارغ‌التحصیل، نحوه گسترش و اعزام، تأمین حداقل درآمد و تسهیلات، شأن و جایگاه اجتماعی و نقش سیاست‌گذاری آنان در خدمات پزشکی همه زیر سؤال و دچار نقصان فراوان است. کار به آنجا رسیده که نه سیستم خدمات سلامت تعریف و جایگاه مناسبی برای پزشک عمومی و نحوه به‌کارگیری آنان دارد، و نه اعتمادسازی لازم در جامعه نسبت به خدمات آنان ایجاد شده است و تخصص‌گرایی رواج یافته و البته پزشکان عمومی خودباوری لازم را ندارند که مشارکت پایین در فعالیت‌های صنفی از مصادیق آن است. و اما راهکار حل این معضلات بازتعریف جایگاه پزشکی عمومی و ورود سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های مرتبط در تبیین و مشارکت در تدوین سیاست‌های کلی مربوط به طب عمومی است که تعیین ظرفیت دانشگاه‌ها، نحوه توزیع و اعزام به خدمت، میزان درآمد و حداقل‌های آن و تأمین حمایت‌های حقوقی، صنفی و اجتماعی از مهم‌ترین آن‌هاست. امیدواریم بتوانیم طب عمومی را به جایگاه محوری آن برگردانده و از این طریق اولین سنگ بنای اصلاح خدمات سلامت را برپا کنیم.

منابع:

- انتشارات ۲۰۱۶ سازمان نظام پزشکی استرالیا
- انتشارات ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت در ژنو
- بیانیه ۱۹۹۱ WONCA
- مقاله ۲۰۱۴ Bodenheimer در مجله پزشکی خانواده

بودجه: بودجه متعلق به پزشک عمومی در کشورهای پیشرفته برای تأمین حداقل‌های لازم که نگهدارنده شاخصهای سلامت در جامعه باشد تا ۸ درصد بودجه عمومی سلامت است هرچند در همین کشورها ۲/۶ درصد از بودجه کل مربوط به خدمات پزشک عمومی نیز توسط مردم پرداخت می‌شود. در کشور استرالیا نحوه تأمین بودجه برای خدمات پزشکی عمومی تلفیقی از بودجه دولتی و سهم مردم است و بصورت fee for service برنامه ریزی و تأمین می‌شود. در حال حاضر بنظر می‌رسد تأمین بودجه چندمنبعی یا به عبارتی Blended Model of Funding یک روش پذیرفته شده در جوامع مدرن و پیشرفته و حتی در حال پیشرفت باشد. با توجه به این که پزشکان عمومی امروزه با موارد پیچیده‌تری از وضعیت‌های بیماری بدلیل شیوع بیماری‌های مزمن، کهنسالان و بیماری‌های چند وجهی به نسبت سابق دست و پنجه نرم می‌کنند، انتظار آن می‌رود که هم سیستم و هم پزشک عمومی دریافت بیشتری از بودجه داشته باشند و احتمالاً سهم بخش دولتی بودجه برای خدمات پزشک عمومی باید افزوده شود.

توسیع و گسترش خدمات تیمی: بهترین حالت تأمین خدمات پزشکی عمومی آن است که پزشک عمومی محور و فرمانده تیم خدمات سلامت در سطح اول مراقبت باشد. این تیم می‌تواند طیف وسیعی از مشاغل و حرف حوزه سلامت را شامل شود هرچند فرمانده می‌تواند ترکیب تیم خدمت دهنده به هر بیمار و یا هر گروه اجتماعی از مردم را به فراخور نیاز آنها تغییر داده و چیدمان علمی و کاربردی مناسب آن را انجام دهد.

تعهد به کیفیت و ایمنی:

هر عضو تیم خدمات سلامت باید شخصاً بدنبال ارائه خدمات از نوع evidence based باشد و باید استانداردها و گایدلاین‌ها حیطه شغلی خود را بخوبی بداند و در طول زمان نسبت به تغییرات آن آموزش لازم را ببیند و مهارت‌هایش به روزرسانی شود. پزشکان عمومی بعنوان محور این خدمات باید نسبت به وظایف، دستورالعمل‌ها، تغییرات علمی و عملی گایدلاین‌ها و استانداردهای روز در خدمات پزشکی به روز رسانی شوند. بنظر می‌رسد دولت‌ها موظف به تأمین این آموزشها و نظارت بر استمرار دریافت آن هستند و باید توانایی و مهارت پزشکان را با همکاری سازمان‌های نظام پزشکی و اتحادیه و انجمن‌های صنفی و علمی مربوط ارزیابی نموده و براساس نیاز روز ارتقا دهند.

پژوهش:

پزشکی عمومی یک حوزه علمی و حرفه‌ای مخصوص به خود است و نتایج پژوهش‌ها در سایر رشته‌ها و یا تخصص‌ها را نمی‌توان به‌راحتی به آن تعمیم و انتقال مستقیم داد بنابراین عناوین و فعالیت‌های پژوهش

بودجه: بودجه متعلق به پزشک عمومی در کشورهای پیشرفته برای تأمین حداقل‌های لازم که نگهدارنده شاخصهای سلامت در جامعه باشد تا ۸ درصد بودجه عمومی سلامت است هرچند در همین کشورها ۲/۶ درصد از بودجه کل مربوط به خدمات پزشک عمومی نیز توسط مردم پرداخت می‌شود. در کشور استرالیا نحوه تأمین بودجه برای خدمات پزشکی عمومی تلفیقی از بودجه دولتی و سهم مردم است و بصورت fee for service برنامه ریزی و تأمین می‌شود. در حال حاضر بنظر می‌رسد تأمین بودجه چندمنبعی یا به عبارتی Blended Model of Funding یک روش پذیرفته شده در جوامع مدرن و پیشرفته و حتی در حال پیشرفت باشد. با توجه به این که پزشکان عمومی امروزه با موارد پیچیده‌تری از وضعیت‌های بیماری بدلیل شیوع بیماری‌های مزمن، کهنسالان و بیماری‌های چند وجهی به نسبت سابق دست و پنجه نرم می‌کنند، انتظار آن می‌رود که هم سیستم و هم پزشک عمومی دریافت بیشتری از بودجه داشته باشند و احتمالاً سهم بخش دولتی بودجه برای خدمات پزشک عمومی باید افزوده شود.

ثابت بودن پزشک عمومی:

از این به پزشک خانواده نیز تعبیر می‌شود و برای پیشگیری از وقفه در مراقبت و یا جلوگیری از مفقود شدن سوابق و روند بیماری و مراقبت بهتر است که بیماران به پزشکان عمومی ثابتی مراجعه کنند. به همین جهت پزشک عمومی باید امکانات و تسهیلات ثبت مستمر و طولانی مراجعات بیماران خود را داشته باشد و در سطح ملی باید بتوان این دیتابیس‌ها را به یکدیگر متصل نمود که از وظایف سیستم دولتی است تا تسهیلات را برای بخشهای دولتی و خصوصی فراهم سازد. از سوی دیگر باید هزینه و امکانات لازم برای حضور پزشکان خانواده را در منازل برای مواردی که ضرورت دارد، فراهم کرد.

آموزش نیروی لازم پزشک عمومی:

دولت باید بتواند به میزان لازم و متناسب با نیاز سیستم بهداشت و درمان کشور، نیروی پزشک عمومی تازه نفس تربیت کند و مهمتر از آن باید بتواند این نیرو را به نحو مورد نیاز در سطح کشور با رعایت عدالت



@salamatweekly



www.salamat.ir



@salamatweekly



سلامت بخوانید
سلامت بمانید