



پیامبر اکرم (ص)

"دو نعمت است که
ناشناخته است:
امنیت و تندرستی."

دکتر حسین ملک افضلی

مشارکت اجتماعی در
برنامه پزشکی خانواده؛
کدام مسیر را باید برگزید؟

۴



سخن مدیر مسئول

سلامت نگار؛
صدایی نو برای تحول
در نظام سلامت

افتخار داریم که نخستین شماره از فصلنامه سلامت‌نگار را در خدمت شما قرار دهیم. این فصلنامه که به همت مجمع خیرین سلامت و مؤسسه توسعه فرهنگ ارتقای سلامت منتشر می‌شود، با نگاهی نو و امیدوارانه به آینده نظام سلامت کشور، قدم در عرصه نشر علمی گذاشته است. هدف اصلی فصلنامه سلامت‌نگار، کمک به بهبود کیفیت مدیریت نظام سلامت و مشارکت فعال در حل چالش‌های موجود در این حوزه است. ما بر این باوریم که با ایجاد بستری مناسب برای تبادل نظر، نقد و بررسی، و ارائه راهکارهای نوین، می‌توان گام‌های مؤثر در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه برداشت. همچنین در زمینه اهداف اختصاصی و توانایی‌های فصلنامه به موارد زیر اشاره نمود: نقد سازنده برنامه‌های جاری؛ با بررسی دقیق سیاست‌ها و برنامه‌های موجود در نظام سلامت، می‌توان نقاط قوت و ضعف آن‌ها را شناسایی کرده و پیشنهادهای برای بهبود آن‌ها ارائه داد. توانمندسازی درون‌بخشی و ظرفیت‌سازی برون‌بخشی؛ با ارائه مقالات علمی و کاربردی، می‌توان به ارتقای دانش و مهارت مدیران و کارشناسان نظام سلامت کمک کرد. کمک به تصمیم‌سازی؛ با ارائه اطلاعات دقیق و تحلیل‌های کارشناسی، می‌توان به تصمیم‌گیران در سطوح مختلف نظام سلامت کمک کرد تا تصمیمات بهتر و مبتنی بر شواهد اتخاذ کنند. امیدآفرینی؛ با معرفی تجارب موفق مدیریتی و ارائه چشم‌اندازی روشن از آینده نظام سلامت، می‌توان روحیه امیدواری و انگیزه را در بین فعالان این حوزه تقویت کرد.

حساس‌سازی مدیران؛ با طرح مسائل و چالش‌های مهم نظام سلامت، می‌توان توجه مدیران در همه سطوح را به اهمیت این موضوع جلب کرده و آن‌ها را به مشارکت فعال در حل مشکلات تشویق کرد. معتقدیم که صاحبان اصلی فصلنامه سلامت‌نگار، همه علاقه‌مندان به توسعه نظام سلامت در سراسر کشور، به‌ویژه اساتید گرانقدر دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند و ارتقای نظام سلامت یک وظیفه ملی است و نیازمند مشارکت همه جانبه تمامی ذی‌نفعان است. در این راستا و برای تحقق اهداف بلندمدت فصلنامه، نیازمند همکاری و مشارکت همه جانبه اساتید، پژوهشگران، مدیران و سایر فعالان حوزه سلامت هستیم. از شما خواننده عزیز دعوت می‌کنیم تا با ارسال مقالات علمی، ارائه پیشنهادات ما را در این مسیر یاری نمایید.

سعید مهران پور - مدیرمسئول

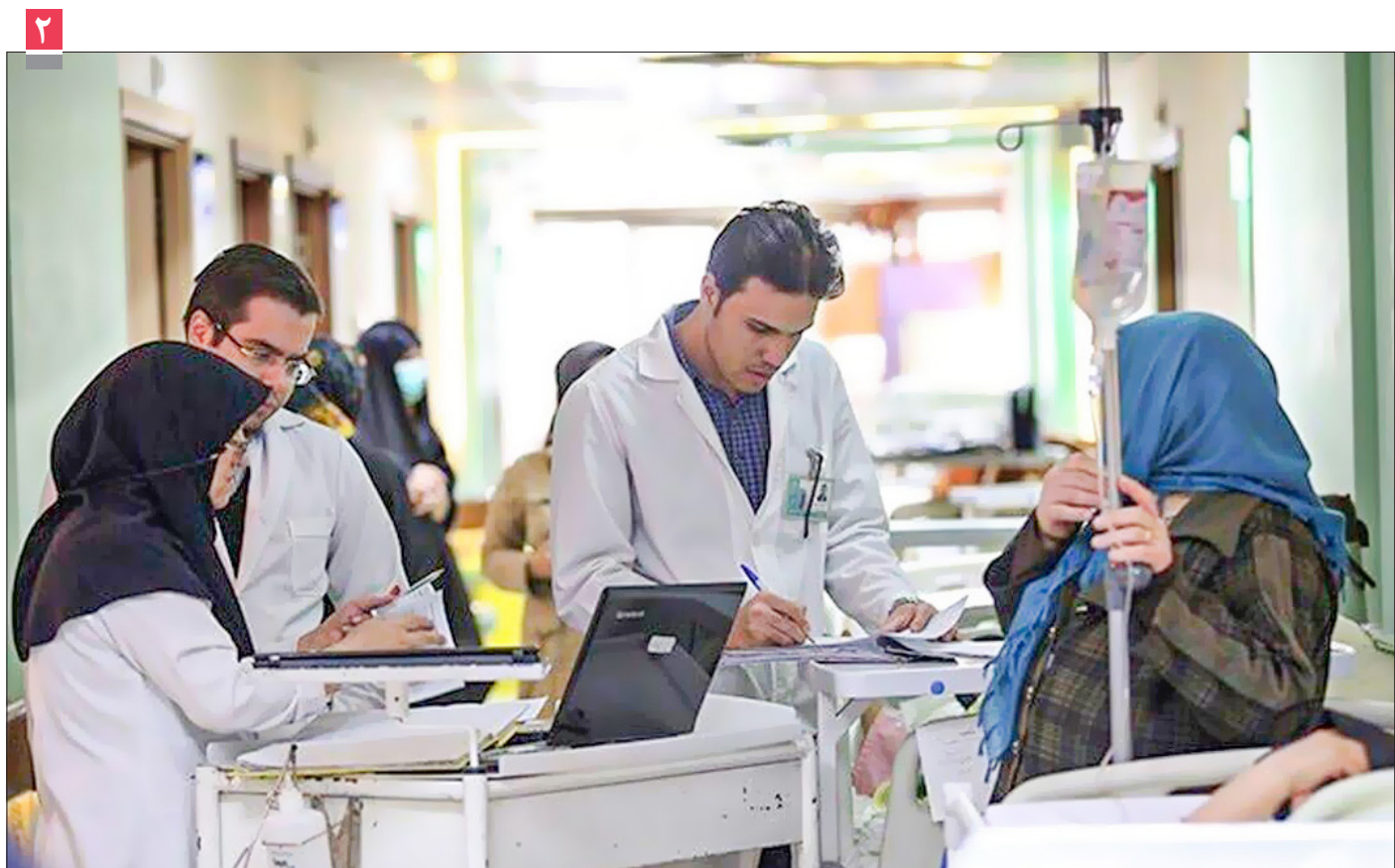
■ نرخ اضافه‌کار کارکنان بالینی نظام
سلامت افزایش پیدا کرد/ سایر رده‌ها
خبری نیست



براساس مصوبه هفتاد و نهمین جلسه شورای حقوق و دستمزد، مبلغ اضافه‌کاری مشمولان «فانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت» که قبلاً از ساعتی ۳۵ هزار تومان به حدود ۸۰ هزار تومان رسیده بود، با این اصلاحات به مبلغ ۹۰ هزار تومان به ازای هر ساعت اضافه‌کار افزایش یافت. جدول نحوه محاسبه کارانه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان متخصص و عمومی در دستورالعمل نحوه پرداخت کارانه پزشکان که سال ۱۴۰۲ مصوب شده بود برای اجرا به سال ۱۴۰۳ نیز تسری یافت. سایر کادر سلامت فعلاً برنامه‌ای برای اصلاح مبلغ اضافه‌کارشان نیست.

■ سازمان جهانی بهداشت همچنان به
دنبال منشأ کووید ۱۹

سازمان جهانی بهداشت بار دیگر از چین درخواست کرد داده‌ها و دسترسی‌های لازم برای کشف منشأ کووید-۱۹ را فراهم کند. این سازمان تأکید کرد که شفافیت و همکاری بین کشورها یک ضرورت اخلاقی و علمی است و بدون آن، پیشگیری و آمادگی برای اپیدمی‌ها و پاندمی‌های آینده امکان‌پذیر نخواهد بود.



۲

ایجاد تقاضاهای القایی توسط مافیا؛ مهمترین چالش سیاستگذاری در حوزه سلامت



دکتر محمدرضا واعظ مهدوی رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت ایجاد تقاضاهای القایی توسط مافیاهای حوزه سلامت را یکی دیگر از چالش‌های سیاست‌گذاری سلامت خواند و گفت: در شرایطی که مافیاهایی در حوزه‌های مختلف شکل گرفته‌اند، یعنی برای اینکه منافعی به شرکت‌های دارویی اختصاص پیدا کند، این مافیاهای سعی در القای نیاز دارند. در واقع، تقاضاهای القایی یک متغیر مهم در نظام‌های سلامت است. به همین دلیل، سلامت اصولاً قابل واگذاری به بازار نیست و قابل پولی شدن نیست، زیرا یک حق همگانی است. طبق قانون اساسی جمهوری اسلامی، دولت سلامت را حق همه شهروندان می‌داند و دولت مکلف است ترتیباتی اتخاذ کند که همه ایرانیان از سلامت مورد نیاز بهره‌مند شوند.

کارکنان قراردادی هم می‌توانند «مرخصی بدون حقوق» بگیرند



هیات عمومی دیوان عدالت اداری یک مصوبه سازمان اداری و استخدامی کشور که بر اساس آن استفاده کارمندان قرارداد کار معین از مرخصی بدون حقوق ممنوع شده بود را غیر قانونی دانست و رای به ابطال آن صادر کرد. براساس این رای استفاده کارمندان قراردادی از مرخصی بدون حقوق حداکثر به میزان مدت قرارداد و با رضایت دستگاه ذی ربط منعی ندارد و لذا بند ۱ بخشنامه شماره ۸۷۱۱۰ مورخ ۱۳/۱۳/۱۴۰۲ سازمان اداری و استخدامی کشور که امکان استفاده از مرخصی بدون حقوق را برای کارمندان قرارداد کار معین لغو نموده، خلاف قانون و خارج از حدود اختیار است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

مهندس طاهر موهبتی معاون توسعه وزارت بهداشت گفت: در سال ۹۳ بدهی وزارت بهداشت به ۱۰۷ هزار میلیارد تومان بود، اما این میزان اکنون به ۱۰۷ هزار میلیارد تومان رسیده است. وی با اشاره به علل افزایش بدهی‌های وزارت بهداشت، یکی از عوامل اصلی را «تعرفه‌های غیرمنطقی» دانست و افزود: «تعرفه‌ها به درستی تعیین نشده و این موضوع منجر به مشکلاتی چون پرداخت‌های خارج از تعرفه، افزایش بدهی بیمه‌ها و ناراضیاتی بیماران و کادر درمان شده است. موهبتی همچنین به بدهی ۳۴ هزار میلیارد تومانی سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت اشاره کرد و افزود: «برای حل این بحران، نیازمند مولفه‌هایی همچون منطقی‌سازی هزینه‌ها، استفاده از ظرفیت خیرین و اتمام پروژه‌های ناتمام بالای ۸۵ درصد هستیم».



سالی ۵۰ هزار نفر را به دلیل آلودگی هوا از دست می‌دهیم



وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: ایران سالی حدود ۵۰ هزار نفر را به دلیل آلودگی هوا از دست می‌دهد و این هزینه انسانی آلودگی هوا است. ظفرقندی خاطرنشان کرد: شاید قابل تصور نباشد، کل بودجه‌ای که اکنون برای تولید و درآمد نفت در سال ۱۴۰۴ در بودجه قرار دادند، ۱۱ میلیارد دلار است. هزینه مالی آلودگی هوا حداقل ۱۲ میلیارد دلار است، برخی محاسبات تا ۲۰ میلیارد دلار هم نوشتند.

کمک ۱۸ هزار میلیارد تومانی خیرین به حوزه سلامت



دکتر حسینیعلی شهپریاری، رئیس کمیسیون بهداشت مجلس، اعلام کرد که خیرین تاکنون ۱۸ هزار میلیارد تومان به حوزه سلامت کشور کمک کرده‌اند. وی تأکید کرد که حمایت خیرین در ساخت بیمارستان‌ها و رفع مشکلات درمانی نقش بسیار مهمی دارد. دکتر شهپریاری با اشاره به مجمع خیرین سلامت که از سال ۱۳۸۸ فعالیت خود را آغاز کرده است، افزود که این مجمع دارای سامانه‌ای شفاف برای ثبت و مدیریت کمک‌های خیرین است.

خرید و فروش تعهدات پزشکی امکان‌پذیر نیست



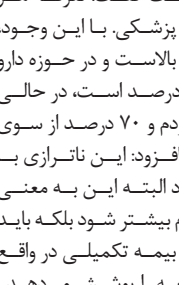
دکتر محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت با بیان اینکه در موضوع تعهدات پزشکی، بحث خرید و فروش نیست گفت: تعهدات پزشکی، تعهدات دوره تحصیل پزشکی، مدل‌های مختلفی دارد، مدل‌های وثیقه، تعهدات مالی، مدل‌های طولانی‌نگه داشتن دانشجوی و فارغ التحصیل از جمله آن است. وی با بیان اینکه در هر صورت بحث این است که هیچ خرید و فروشی انجام نمی‌شود افزود: تعهدات ممکن است به صورت مالی ایجاد شود یا اینکه تعهدات حذف و اعلام شود به هیچ وجه امکان هیچ نوع سند گذاری وجود ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی بهره‌وری در بهداشت و درمان را افزایش می‌دهد



رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران در کنگره بین المللی هوش مصنوعی در سلامت اظهار داشته است: استفاده از هوش مصنوعی به سیستم‌های بالینی کمک می‌کند، خطا را کمتر و سرعت را افزایش می‌دهد. وی ادامه داد: بحث مرجعیت علمی در کشور با توجه به برنامه‌های توسعه به ویژه در حوزه بهداشت و درمان با مباحث آموزش و پژوهش به شدت مرتبط است.

روایت معاون وزیر بهداشت از پرداختی بسیار بالای هزینه‌های سلامت از جیب مردم



معاون بهداشت وزارت بهداشت گفت: تعرفه‌ها هر چیزی افزایش یافته است جز پزشکی. با این وجود، پرداختی از جیب مردم بسیار بالاست و در حوزه دارو ۶۶ درصد و در آزمایشگاه‌ها ۶۹ درصد است، در حالی که باید ۳۰ درصد از جیب مردم و ۷۰ درصد از سوی دولت پرداخت شود. رئیسی افزود: این ناترازی با اصلاح تعرفه‌ها درست می‌شود البته این به معنی این نیست که پرداختی از مردم بیشتر شود بلکه باید بیمه‌ها را تقویت کنیم. اکنون بیمه تکمیلی در واقع تکمیلی نیست و تنها بیمه پایه را پوشش می‌دهد.

فراز و نشیب برنامه پزشکی خانواده؛ از طراحی تا اجرا! چرا تا امروز نتوانستیم؟

چرا نتوانستیم برنامه پزشکی خانواده را در کشور به درستی اجرا کنیم؟



به چندین سال است برنامه پزشکی خانواده در کشور محفل آرای بسیاری از جلسات و بحث ها است و مدام تاکید میشود که بایستی این برنامه اجرا شود. آنچه در برنامه هفتم توسعه و سیاست های کلان نظام سلامت تاکید شده است، برقراری نظام ارجاع و اجرای برنامه پزشکی خانواده بوده است.

در دولت سیزدهم، گام هایی برای اصلاح این برنامه و اجرای آن برداشته شد که به اذعان بسیاری از کارشناسان، نتوانست مسیر مشخص و موثقی را برود. حال دولت در ایستگاه چهاردهم با ریاست یک پزشک بر مسند ریاست جمهوری تاکید دارد که برنامه پزشکی خانواده را اجرا خواهد کرد.

مسعود پزشکیان در جلسهای که

به منظور بررسی راهکارهای اجرای طرح پزشک خانواده برگزار شد، بر تمهید مقدمات لازم برای اجرای کامل طرح پزشک خانواده برای همه ایرانیان تاکید کرده است. وی تاکید کرده است برنامه دولت این است که همه مردم تحت پوشش این طرح قرار گیرند.

پزشکیان شفاف سازی بودجهای مربوط به نظام سلامت را ضروری توصیف و تصریح کرد: ما می خواهیم با اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع کاری کنیم که حداقل همه افراد بازنشسته به صورت رایگان خدمات درمانی استاندارد دریافت کنند. ظفرقندی وزیر بهداشت در خصوص طرح پزشکی خانواده، اخیرا در دیدار با شورایعالی نظام پزشکی کشور افزوده است: آنچه تاکنون ارائه

دکتر محسن اعرابی- معاون اسبق بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران:

برای اجرای درست پزشکی خانواده باید بی نظمی در ارائه خدمات را اصلاح کنیم



بزرگ ترین مانعی که در کشور وجود دارد این است که پزشک خانواده یا نظام ارجاع نیازمند تعیین مدل ارائه خدمات سرپایی در سطح تخصصی تر است. بدین معنی که ما در حال حاضر شاهد بی انضباطی بسیار شدید در ارائه خدمات هستیم و وقتی بنیاست در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع سطح دو و سه و خدمات سرپایی متصل به سطح اول شود، طبیعتا باید اتفاقات زیادی در آن بخش بیفتد. آیا بخش دولتی میخواهد خدمات را ارائه دهد و مشخصا ظرفیت را ندارد و میخواهد از بخش خصوصی استفاده نماید؟ قوانین تاسیس مطب برای آنهایی که ضریب K میروند چگونه می

باشد؟ برای آنهایی که مطب دارند چگونه است؟ چطور میتوان آنها را علاقه مند به همکاری نمود؟ تعرفه های بسیار پایین خدمات تخصصی، باعث می شود که یک متخصص یک بیمار فشار خونی را ماهیانه به مطب جهت ویزیت بکشانند که این امر جایگاهی ندارد. در صورتی که تیم پزشکی خانواده می تواند با داشتن یک راهنمای بالینی ادامه درمان را انجام دهد. ما بایستی مدل نظام خدمات سرپایی را اصلاح نماییم و این امر مهمی است. نظام تخصصی سرپایی ما فقط به دنبال ویزیت بیشتر در مطب ها می باشد. متأسفانه به دلیل لابی پر قدرت متخصصین، تصمیم گیری ها و سیاست گذاری ها را دچار انحراف می نمایند. اتفاقی که در سه دهه اخیر در کشور افتاده است.

دکتر عباس علیپور- رئیس سابق مرکز مدیریت گسترش شبکه وزارت بهداشت:

برنامه پزشکی خانواده اگر به درستی طراحی و اجرا شود، مردم از برنامه استقبال می کنند.



عدم استقبال مردم از برنامه پزشکی خانواده به طراحی و اجرای نادرست برنامه مربوط می شود. لذا اگر برنامه به درستی طراحی شود مانند PHC در مناطق روستایی و تمهیدات لازم اندیشیده شود، مشکلات واقعی مردم مورد رصد قرار گیرد، پیگیری ها به صورت فعال انجام گیرد و مردم احساس کنند این برنامه برای آنها آوردهای دارد و البته برخی قوانین مثل ضرورت ارجاع، تعرفه ها و ... اصلاح شوند، مطمئن باشید مردم استقبال خواهند کرد و فرهنگ آن در جامعه ایجاد خواهد شد. بطور کلی پذیرش برنامه پزشکی خانواده توسط مردم بستگی

زیادی به مزایای ملموس آن و تطابق آن با نیازها و ارزش های فرهنگی جامعه دارد. اگر این برنامه بتواند مزایای واقعی مانند کاهش هزینه های درمانی، دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و پیشگیری از بیماری ها را برای مردم فراهم کند، پذیرش آن تسهیل خواهد شد. برای افزایش پذیرش برنامه پزشکی خانواده، آموزش های جامع و مداوم سلامت باید به طور ویژه برای گروه های مختلف جامعه طراحی شود تا مردم با مفهوم پیشگیری و مزایای این برنامه آشنا شوند. همچنین، اگر فرآیندهای اجرایی آن با فرهنگ درمانی و روش های رایج مردم همخوانی داشته باشد و تجربه تعامل با پزشک خانواده به طور مثبت و ساده طراحی شود، پذیرش آن بیشتر خواهد بود.

دکتر سیامک متقیان پور- رئیس انجمن پزشکان عمومی فارس:

تعارض منافع نمی گذارد برنامه پزشکی خانواده اجرا شود



دلایل زیادی در عدم اجرای درست برنامه پزشکی خانواده وجود دارد. اولین و عمده ترین مورد، تعارض منافع است. وجود «گیت کپور» (دروازه کنترل هزینه) در نظام سلامت به مذاق خیلی از صنوف پزشکی خوش نمی آید و این صنوف پزشکی هم در جایگاه های تصمیم گیری مهمی هستند. دومین مورد این است که اجرا کردن آن خیلی مشکل است. فرهنگ سازی سخت است و یک کار زیربنایی است. با توجه به شرایط اقتصادی، تحریم ها و شرایطی که وجود دارد خیلی تمایلی به کار زیربنایی وجود ندارد. تضاد با

روحیه مردم هم ایجاد می شود که وضعیت خاص دیگری شکل می گیرد. علت دیگر، عدم شناخت کافی جامعه با برنامه پزشک خانواده است. عزم ملی ایجاد نشده است و اهمیت آن را نمی دانند. سالانه ده تا پانزده هزار پزشک عمومی فارغ التحصیل می شوند که برای این برنامه تعداد زیادی به شمار می آید. همه این ها به همراه مافیایی که پشت صحنه مسائل درمانی قرار دارد، باعث عدم اجرای این برنامه به شکل قابل قبول می شوند، مردم را تحریک می کنند و استقبال نمی شود. عمل نکردن سازمان های بیمه گر به تعهداتشان، پرداخت ناقص، بالا رفتن سرانه به مقدار کافی و پایمال شدن حقوق مراقبین سلامت از دیگر دلایل عدم اجرای صحیح این برنامه بودند.

دکتر محمد جواد کبیر- رئیس اسبق بیمه سلامت و عضو فرهنگستان علوم پزشکی:

باید بیمه ها کمک کنند تا تقاضای القایی را کنترل کنیم



یکی از استراتژی های تقویت نظام شبکه، تقویت نظام بیمه است و ما باید در بیمه منابع را شفاف سازی، جمعیت و انباشت کنیم و بر اساس مدل اجرایی مورد نیاز، منابع را مدیریت نماییم. بیمه باید نقش اثرگذاری را در کارآمدتر نمودن فرآیند های نظام شبکه داشته باشد که این کارآمد سازی بر اساس بسته خدمتی و نیروی انسانی، بایستی نظام تامین منابع و تامین پرداخت را اصلاح نماید که دولت برای این امر استراتژی پزشکی خانواده را عنوان نموده است. باید

در نظر بگیریم که نظام سلامت بازار سلامت است یعنی احتمال شکست دارد و بایستی سعی در به حداقل رساندن این شکست نماییم. از طرفی نرخ تورم در بازار سلامت نسبت به سایر بخش ها بین ۲۰ تا ۳۰۰ درصد می باشد. بایستی تقاضا را کنترل و تناسب سازی نماییم. از تقاضای غیر ضروری جلوگیری و از تقاضای واقعی حمایت کنیم. به عبارتی نقش بیمه، نقش خریدار هوشمندی است که بداند چه خدمتی را بر اساس چه شواهدی، برای چه جمعیتی، با چه روش و محتوایی، با چه نظام ثبت و گزارش دهی، چه نظام پایش و ارزشیابی و چه نظام پرداختی و با چه تامین منابعی خرید نماید.

گزارش پرونده ویژه

کارشناسان می گویند

دکتر اردوان بهرامی- رئیس کمیته پزشکی خانواده انجمن پزشکان عمومی ایران:

برنامه پزشکی خانواده گرفتار نظام سلسله مسائل و مشکلات شده است



تعمیم برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شهرهای بزرگتر اما با شکست بزرگی در مرحله پابلوت روبرو شده و همچنان به عنوان یک معضل مدیریتی و یک زنگ خطر برای اجرای کشوری برنامه قلمداد می شود. مرحله پابلوت این طرح سیزده سال پیش در استانهای فارس و مازندران آغاز شد و در ابتدا با مخالفت کارشناسان و پزشکان مواجه بود اما به هر حال به صورت اجباری و با لغو قرارداد پزشکان عمومی از طرف سازمان های بیمه گر، به مرحله اجرا درآمد.

عدم فرهنگ سازی عمومی، نبود پرونده الکترونیک کارآمد، نبود گایدلاین و نظام ارجاع اصولی اشکالات عمده طرح از ابتدا بودند، پرداخت سرانه به پزشکان و مراقبین سلامت نیز که در ابتدا به میزان قابل قبولی بود به سرعت در اثر تورم افسارگسیخته و فریز شدن مبلغ سرانه به یک اشکال عمده دیگر بدل شد.

هم اکنون طرح پزشکی خانواده در این دو استان عملا تبدیل به طرح ویزیت ارزان قیمت پزشک عمومی و تخفیف ویزیت پزشک متخصص از طریق دریافت فرم ارجاع شده است، عدم التزام شهروندان به تبعیت از نظر پزشک موجب افزایش چشمگیر درخواست خدمات پاراکلینیک شده و عدم مراجعه مردم جهت تکمیل معاینات موجب عدم ارتقا شاخص های سلامت طبق اهداف طرح شده است به نحوی که با وجود اجرای سیزده ساله طرح، سال گذشته این دو استان نیز وارد برنامه پوشش ملی فشارخون برای شناسایی بیماران شدند در حالی که انتظار می رفت طی سیزده سال موفق به شناسایی و مراقبت کامل این بیماران شده باشند.

آنچه به نظر می رسد در برنامه پزشکی خانواده وجود دارد، وجود مشکلات متعدد برای اجرای این برنامه است و تا زمانی که این مشکلات حل نشود، اجرای با کیفیت این برنامه محقق نمیشود.

بخشی از این مشکلات در بستر مشکلاتی است که نظام سلامت گرفتار آن است و قطعا نیاز به یک سیاست درست، تامین مالی لازم، تامین نیازهای نیروی انسانی و در نهایت توجه به نیازهای مردم و همسو کردن ایشان با برنامه است. باید دید وزارت بهداشت دولت چهاردهم چقدر میتواند این برنامه را سروسامان بخشد و طعم شیرین آن را به مردم بچشاند.

در سوگ بم...

عکس ویژه



سالگرد زلزله بم است، این عکس برنده یکی از جوایز معتبر عکاسی دنیا شد. نمایی از پشت سر پدری که جنازه دو پسرش را روی شانه های خود گذاشته و به قبرستان می برد تا دفن کند. اسمش امین هست و لحظه زلزله تو زندان بود و حبس ابد بود اما عفو میشه تا بیاد علی اکبر و قاسم و زنی رو دفن کند.

یادداشت

احمد مهری

- کاندیدای دکتری تخصصی اپیدمیولوژی
- پژوهشگر ارشد مرکز مطالعات راهبردی ژرفا

اولویت نظام سلامت برای بهبود سلامت جامعه کدام است؟

آیا افزایش ظرفیت منجر به بهبود دسترسی به خدمات سلامت میشود؟

برخی از کارشناسان نظام سلامت بر این باورند، مشکلات بنیادی حوزه بهداشت و درمان به قدری است که تا زمان عدم حل آن، نسخه های موقت همچون افزایش ظرفیت تعداد پزشک در کشور نمیتواند مشکلات را حل کند. براساس آخرین اعلام معاون بهداشت وزارت بهداشت، پرداختی از جیب مردم بسیار بالاست. به طوری که در حوزه دارو ۶۶ درصد و در آزمایشگاهها ۶۹ درصد است، در حالی که باید ۳۰ درصد از جیب مردم و ۷۰ درصد از سوی دولت پرداخت شود. حال بایستی دید عملاً با این سهم پرداخت از جیب، افزایش تعداد پزشک در جامعه میتواند دسترسی به خدمات سلامت را افزایش دهد؟



چند قدم عقب تر از حل این مساله، بایستی دید الزاما چرا دسترسی به خدمات پزشکی در برخی مناطق کشور محدود شده است؟ براساس آخرین بررسی های علمی در کشور، حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از مراجعات به بخش تخصصی و فوق تخصصی مربوط به مراجعینی بوده است که عملاً با یک ویزیت ساده پزشک خانواده و یا خدمات تشخیصی زودهنگام موجود در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور امکان پذیر بوده است. عبارتی بدون هیچ غربالگری و فیلتری، سهم مراجعات غیر ضروری به بیمارستان ها به قدری بالاست که عملاً بخش مهمی از جامعه که اتفاقاً بایستی توسط بخش تخصصی و فوق تخصصی درمان شوند، از دسترسی به پزشک متخصص محروم ماندند. از طرفی دیگر، انجام آزمایشات، تصویربرداری و داروهای غیرضروری که متأسفانه بدلیل درخواست مکرر و بدون رعایت راهنماهای بالینی از سوی مردم خواسته میشود به قدری بالاست که نه تنها هزینه های دولت را افزایش میدهد، بلکه هزینه ها و پرداختی از جیب مردم نیز چندین برابر میشود. بررسی های سازمان جهانی بهداشت نشان میدهد، فقط در یک فقره آنتی بیوتیک، ایران سه برابر سایر کشورها مصرف دارد که با وضعیت بار بیماری های عفونی در کشور همخوانی ندارد. دولت با این وضعیت هم اکنون گرفتار ۹۰ هزار میلیارد تومان بدهی ناشی از هزینه های هنگفت است و عملاً نمیتواند هزینه های درمان مردم را پوشش دهد.

با این مسیر نظام سلامت، در حقیقت بخش قابل توجه بودجه دولت توسط تقاضاهای القایی که هیچ تأثیر مثبتی بر سلامت ندارد، بلعیده میشود و دولت توانی در پرداخت هزینه های درمان مردم و نگهداشت پزشکان در مناطق محروم ندارد. از طرفی دیگر هم پرداختی از جیب مردم به قدری بابت این تقاضای القایی افزایش می یابد که مردم دیگر توان مالی مراجعه به پزشک را ندارند. حال هرچه پزشک به این تعداد پزشکان جدید افزوده شود، عملاً نمیتواند دسترسی به خدمات درمانی را بهبود بخشد. با این وجود بررسی های آماری نیز نشان میدهد بخش قابل توجهی از پزشکان عمومی بدلیل متعدد، حاضر به ورود به رشته های تخصصی و فوق تخصصی نمیشوند.

مع الوصف بایستی دولت برای حل این مشکل چکار کند؟ اگر دولت بتواند با استفاده از فرایند نظام ارجاع، فقط نیمی از تقاضای القایی حاصل از مراجعات غیر ضرور و تجویز عکس بردار ها، دارو و آزمایشات خارج از آیین نامه های بالینی را بکاهد، به راحتی می تواند نه تنها پرداخت از جیب مردم را به طور معنی داری کاهش دهد، بلکه دسترسی به پزشکان متخصص و فوق تخصص نیز بهبود می یابد. یادمان باشد، نظام ارجاع قرار نیست مردم را معطل کند و فرایند درمان آنها را طولانی کند بلکه یک ساز و کار غربالگری بیماران است تا آن دسته از بیمارانی که به طور واقع بینانه خدمات تخصصی و فوق تخصصی را نیاز دارند، با حق بیمه ۶۰-۷۰ درصد از سوی دولت، به درمان ارزان تر دست پیدا کنند و بیماری ها و اختلالات خفیف با استفاده از ظرفیت پزشکان عمومی درمان شوند.

مصاحبه

خیرین سلامت؛ کدام اولویت ها؛ کدام مسیر؟



احداث ساختمان LDR با مشارکت خیرین شهرستان جوین



خرید دستگاه رادیوتراپی با مشارکت خیرین شهرستان سبزوار



خرید دستگاه سی تی اسکن با مشارکت خیرین شهرستان جغتای

خیرین سلامت به عنوان یکی از تأثیر گذارترین و الهام بخش ترین اقشار جامعه، نقش کلیدی در تقویت و توسعه نظام سلامت ایفا می کنند. این افراد با نیت خیرخواهانه و حس مسئولیت اجتماعی، گامی فراتر از توانایی های فردی خود برداشته و با تأمین منابع مالی، فکری و انسانی، به ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی و کاهش نابرابری های موجود در دسترسی به این خدمات کمک می کنند. در جامعه ای که با چالش های متعدد سلامت از جمله بیماری های نوظهور، کمبود زیرساخت های درمانی و فشار مالی بر بیماران روبه رو است، حضور و مشارکت خیرین سلامت می تواند نقشی بی بدیل در بهبود شرایط ایفا کند. این اقدامات نه تنها به حل مشکلات روزمره کمک می کند، بلکه امید را در دل بیماران و خانواده های آن ها زنده می سازد و الگویی ارزشمند از همبستگی و انسان دوستی ارائه می دهد. مصاحبه امروز با مصاحبه با دکتر سعید مهرانیور - پزشک، رئیس هیئت مدیره مجمع خیرین سلامت شهرستان سبزوار، فرصتی است برای شناخت بهتر این اقدامات ارزشمند و بررسی تأثیرات عمیق آن بر نظام سلامت. همچنین از این طریق می توان الهام بخش دیگران برای مشارکت در این مسیر انسانی و مهم بود.

و جامعه ارائه گردد. این امر یقیناً تضمین کننده ی استمرار برنامه ها بوده و توسعه مشارکت های مردمی را در برنامه های بعدی، به همراه خواهد داشت. از دیگر سو با توجه به ساختار و نحوه انتخاب هیات امناء و هیات مدیره مجمع خیرین سلامت موثق بودن و معتمد بودن نامبردگان از دو طریق به حیطه تصمیم گیری نظام سلامت می تواند کمک نماید. در وهله اول بهترین مجاری انتقال خاص و نیاز سنجی مردمی در حوزه سلامت می تواند این ساختار باشد که بدون واسطه و مستمر با اقشار مردم در حال تماس باشد از دیگر سو با توجه به توضیحات سوال قبل بهترین مرجعی که می تواند مردم را اقناع کند و نیازهای واقعی را جایگزین نیاز های القایی نماید نیز می تواند مجموعه خیرین سلامت و ارتباط مستمر این مجموعه با مردم باشد.

چگونه می توان مشارکت مردم را در پروژه های خیرین سلامت افزایش داد؟

روشن است که پروژه های خیرین سلامت عموماً برای حل مشکلات و معضلات سلامت جامعه طراحی و اجرا می گردند. همانطوریکه مستحضرد در گذشته ی نه چندان دور رفع مشکلات مردم بصورت " کار برای مردم" و یا "کار با مردم" انجام می گرفت که در نوع اول و در اجرای برنامه، مردم نقشی نداشته و منفعل بودند و در نوع دوم مردم، انجام بخشی از کار برعهده دارند که در هر صورت همیشه منتظرند تا فردی از جمع مشکلات شان را حل کند اما در روش سوم که مبتنی بر توانمندسازی جامعه است یعنی "کار مردم با و بوسیله مردم" انجام می شود. به طوری که شناسایی نیازها، طراحی، اجرای برنامه ها و ارزشیابی آنها توسط مردم (صاحبان اصلی فرایند) صورت پذیرد.

بدیهی است تنها در این روش است که احساس مسئولیت و مالکیت در میان اعضای جامعه نسبت به برنامه ها و خدمات ایجاد می شود و تنها از این طریق می توان مشارکت مردم را افزایش داد.

آیا نکته دیگری وجود دارد که به نظر تان مهم باشد و تیرسیده ام؟

نه از فرصتی که در اختیارم قرار دادید تشکر میکنم و آرزوی موفقیت برای شما و همکارانتان دارم. همچنین امیدوارم فصلنامه سلامت نگار بتواند در راستای دسترسی به اهداف خود، چراغی فرا راه همه ی علاقمندان به توسعه و ارتقای سلامت در کشور باشد.

اشاره می نمایند اما تجارب چندین ساله ی ما حاکی از آن است که پول و منابع مالی در جامعه فراوان است آنچه وجود ندارد برنامه علمی و بر اساس نیازهای واقعی جامعه نه نیازهای القایی و اولویت بندی صحیح و مدون می باشد، همچنین نیروی انسانی علاقمند و کارشناس و اعتمادسازی در جامعه جز سایر چالش ها می باشد. از سوی دیگر وجود برخی از سیاست های جاری در کشور باعث ایجاد چالش در اجرای پروژه ها می گردد.

ضمناً باید یادآوری نمود منابع خیرین محدود به منابع مالی نمی باشد، توسعه این تفکر نیاز به فرهنگ سازی دارد که علاوه بر کمک مالی پشتیبانی معنوی، تولید و اهدای ایده، همراهی و حضور نیز میتواند جزو کمک های خیرین در این حوزه محسوب گردد.

به نظر شما خیرین سلامت تا چه اندازه می توانند در ارتقای سطح سلامت جامعه نقش داشته باشند؟

باتوجه به اینکه اعضای هیات امناء و هیات مدیره خیرین از میان مردم انتخاب می گردند و جزو معتمدین و افراد مورد وثوق جامعه می باشند لذا می توانند مفاهیم ارتقاء سلامت را با اعتمادی که به آنان در اقشار مختلف اجتماع وجود دارد با زبان مردم به آنان منتقل نمایند و در فرهنگ سازی نقش موثری داشته باشند. ضمناً این نکته را نباید از نظر دور داشت که در برخی از موارد نیازهایی که توسط خیرین مورد توجه قرار می گیرد الزاماً نیاز واقعی نظام سلامت نیست. مثلاً ممکن است فردی علاقمند به احداث بیمارستان در محلی باشد و یا در نظر داشته باشد نوعی از تجهیزات پزشکی را به واحدی اهداء کند که از نظر سطح بندی خدمات، مورد نیاز آن محل و یا آن واحد نیست بنابراین بایستی با هدایت و نظارت صحیح مشارکت آنان را هدفمند نموده تا اقدامات خیرخواهانه با نیازهای واقعی نظام سلامت در هر حوزه ای مطابقت داشته باشد و از اتلاف منابع جلوگیری نماییم. در این مورد نیز با توجه به مردمی بودن و مورد اعتماد بودن منتخبین از طریق مجمع خیرین سلامت اجرایی تر می باشد.

آیا خیرین باید در تصمیم گیری های مربوط به حوزه سلامت مشارکت داشته باشند؟

شرط اصلی موفقیت هر برنامه مشارکت جامعه است چه بهتر که خیرین سلامت بعنوان یکی از شرکای اصلی برنامه در همه مراحل برنامه همکاری نمایند چنانچه مشارکت خیرین از مرحله ایده تا اجرا جلب شود و همچنین در پایان هر برنامه، گزارش نتایج و دستاوردهای برنامه به آنان

آقای دکتر مهران پور سلام و ارادت. لطفاً بفرمایید اهداف بلند مدت شما و سایر مجامع خیرین سلامت از مشارکت در فعالیت های سلامت چیست؟



سلام به شما و خوانندگان خوب فصلنامه سلامت نگار. هدف اصلی ما در مجموعه خیرین سلامت همگام با سایر شرکا حوزه سلامت ارتقا سلامت مردم شریف می باشد با توجه به ابعاد چندگانه سلامت ما خود را ملزم به برنامه ریزی برای ارتقاء همه ابعاد سلامت کرده ایم و از طریق پیاده سازی اجرای شعار اولویت بهداشت بر درمان در عمل - جذب و هدایت خیرین و کمک های خیرخواهانه و انساندوستانه به سمت و سوی ارتقاء سلامت و سبک زندگی سالم و توانمندسازی جامعه می خواهیم به این هدف نزدیک گردیم.

چه ارزش هایی باعث می شود تا شما در این مسیر خیرخواهانه قدم بردارید؟

توسعه و نهادینه سازی فرهنگ نوع دوستی و پاسداشت کرامت انسانی و اینکه مردم کشور ما شایسته ی بهترین ها هستند.

به نظر شما مهمترین اولویت های خیرین سلامت در حال حاضر چیست؟ آیا این اولویت ها با نیاز های جامعه همسو هستند؟

در حال حاضر اکثر خیرین گرانتدرتمایل به مشارکت در ساخت و سازها و یا خریداری و اهداء تجهیزات پزشکی دارند. از سوی دیگر سازمان های متولی سلامت با توجه به کمبود منابع مالی و اعتبارات، عمدتاً آنان را در جهت احداث پروژه های عمرانی در حوزه درمان هدایت می نمایند لیکن همه بخوبی می دانیم که این تفکر همسو با نیازهای جامعه نمی باشد و شایسته است، بخشی از این کمک ها به اجرای برنامه های توسعه فرهنگ ارتقای سلامت اختصاص یابد. این امر به نوعی سرمایه گذاری برای حفظ و تأمین سلامت برای نسل های آینده خواهد بود.

بزرگ ترین چالش هایی که خیرین سلامت در اجرای پروژه های خود با آن مواجه هستند چیست ؟

در پاسخ به این سوال، عموماً افراد به کمبود منابع مالی



حامی نشریه: مجمع خیرین سلامت و مؤسسه توسعه فرهنگ ارتقای سلامت سبزووار
سطح انتشار: کشوری- سراسری / زمینه: اجتماعی فرهنگی با محوریت حوزه سلامت
نوع انتشار: چاپ- نسخه تصویری با انتشار سراسری به تمام استان های کشور
مدیر مسئول: دکتر سعید مهرانپور / سردبیر: دکتر احمد مهری
خبرنگاران: عارفه آزادسیر- فروغ فرزانی
طراحی و چاپ: رسانه ۰۵۱۴۴۴۲۸۷۹۱ / طراح لوگو: استاد علی طوسی ثانی

یادداشت

برای تحول در نظام سلامت، باید مدیریت مبتنی بر شواهد را تقویت کرد

• دکتر رضا چمن، رئیس دانشگاه علوم پزشکی سبزووار



مدیریت را می‌توان علم و هنر بکارگیری منابع انسانی، مالی، فیزیکی، دانش و اطلاعات، و زمان در جهت نیل به اهداف سازمانی تعریف کرد. در نظام سلامت، این منابع به‌طور ویژه باید مدیریت شوند تا به هدف والای حفظ، بهبود، و ارتقای سلامت مردم دست یابیم. در این میان، مدیریت مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Management)

به‌عنوان رویکردی تخصصی و کارآمد، نقشی اساسی ایفا می‌کند. وجه تمایز مدیریت در نظام سلامت، اهداف خاص و انسانی آن است. شاخص‌هایی نظیر کاهش مرگ‌ومیر نوزادان، کودکان زیر یک سال و پنج سال، و کاهش مرگ‌ومیر مادران، معیارهای سنجش موفقیت در این حوزه هستند. دانشگاه علوم پزشکی سبزووار، به‌عنوان یکی از ارکان مهم نظام سلامت کشور، در بسیاری از این شاخص‌ها عملکردی بهتر از میانگین کشوری داشته، اما همچنان فرصت‌های بسیاری برای بهبود و ارتقا وجود دارد. چالش‌های اصلی این دانشگاه شامل کمبود نیروی انسانی متخصص، فضای فیزیکی ناکافی، کمبود زیرساخت‌های رفاهی و ورزشی، مطالبات معوقه و بدهی‌های انباشته، و فرسودگی تجهیزات پزشکی و ناوگان فوریت‌های پزشکی است.

کمبود اعضای هیأت علمی در رشته‌های بالینی، آموزش، پژوهش و... خدمت‌رسانی را با چالش مواجه کرده و بیمارستان‌های اصلی سبزووار نیز با کمبود فضای فیزیکی و فرسودگی تجهیزات روبه‌رو هستند. همچنین محدودیت فضاهای آموزشی و خوابگاه‌های دانشجویی، با افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در سال‌های اخیر، فشار مضاعفی ایجاد کرده است. این وضعیت، همراه با کمبود امکانات رفاهی و ورزشی برای دانشجویان و همکاران، بر کیفیت آموزش و خدمات اثرگذار بوده و نیازمند توجه ویژه است. از سوی دیگر، بدهی‌های انباشته و مطالبات مالی معوقه نیز یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های کنونی این دانشگاه محسوب می‌شود. برای بهبود این وضعیت، اقدامات متعددی در دستور کار قرار گرفته است که شامل اصلاح فرایندهای جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی، برقراری انضباط مالی و اولویت‌بندی پرداخت‌ها، جلب حمایت‌های وزارت بهداشت و سازمان برنامه و بودجه، و جذب مشارکت خیرین سلامت می‌شود. بازدیدهای میدانی و پایش واحدهای تابعه نیز به‌منظور نهادینه‌سازی مدیریت علمی در سطح دانشگاه اجرا شده است. دانشگاه علوم پزشکی سبزووار با وجود چالش‌های متعدد، توانسته است گام‌های مؤثری در ارتقای سلامت جامعه هدف بردارد و امید است با تداوم تلاش‌ها و همکاری پاندها و افراد ذی‌نفع، اهداف والای سلامت جامعه به بهترین نحو محقق شود.

توجه به نیازهای نیروی انسانی سلامت؛ غفلت یا نبود راه حل

• محمدرضا سقائیان فرد - فعال صنفی حوزه سلامت



هر دستگاهی برای پیش برد اهداف و برنامه های خود جدا از طراحی ساختار نیازمند بکارگیری نیروی انسانی متبحر و متعهد است که این مهم در حوزه سلامت اهمیتش دوچندان می باشد. هر چند ورود ربات ها و هوش مصنوعی تا حدودی در عرصه نیروی انسانی می‌تواند چالش برانگیز باشد اما در حوزه سلامت آنهم بخش های بهداشتی- درمانی بعید بنظر میرسد بتواند جایگزین نیروی انسانی باتجربه قرارگیرد. ازاین رو توجه به نیازهای این نیرو و تلاش برای مرتفع نمودن آنها یک اصل ضروری و لازم است چرا که این نیرو تامین کننده سلامت جامعه است. وقتی در حدیث شریف اشاره شده است که «عنیت و سلامت دو نعمت مجهولند و ارزش آنها بعد از فقدانش درک میشود» صرفا توجه دادن به حفظ این دو مقوله توسط افراد جامعه نیست بلکه به تامین کنندگان امنیت و سلامت نیز برمی گردد یعنی در حوزه سلامت همان کادر سلامت. لذا توجه به معیشت آنان و رفع دل نگرانی و دغدغه مندی فکری و ذهنی آنان برای ارتقای سطح خدمت رسانی و متمرکز شدن در فعالیت های اصلی خود یک امر حیاتی است که بی توجهی به آن میتواند سلامت جامعه را با خطر بزرگی روبرو کند. در جامعه با وجود مجلس و دولت عملا هیچ بن بستی برای رفع این نیازهای اولیه کادرسلامت وجود ندارد، مهم اینست که اراده انجام آن توسط مسئولین وجود داشته باشد که به چند پیشنهاد در این رابطه توجه می دهم جهت افزایش در آمد اختصاصی و کاهش هزینه ها :

۱. بازبینی لایحه هسنان سازی حقوق کارکنان دولت برای کم کردن فاصله طبقاتی حقوق و مزایای کادر سلامت با سایر کارکنان دستگاه های برخوردار و تصویب آن
۲. مدیریت خرید تجهیزات بیمارستانی با نگاه کارشناسی نه فشار های سیاسی و تبلیغات انتخاباتی
۳. مدیریت ساخت و احداث بیمارستان ها بر اساس آمایش جمعیتی و نگاه کارشناسی نه فشار های سیاسی و تبلیغات انتخاباتی
۴. اختصاص مجوز تجاری به فضاهای موجود در دانشگاه ها برای راه اندازی و واگذاری به اماکن تجاری
۵. نصب پلن های خورشیدی در فضاهای دانشگاه ها جهت تامین برق
۶. کاهش تعرفه هزینه های آب ،برق،گاز به کمترین میزان در حد رایگان در مراکز آموزشی، بهداشتی درمانی

مصاحبه

مشارکت اجتماعی در برنامه پزشکی خانواده؛ کدام مسیر را باید برگزید؟

که بدون مشارکت مردم، حتی بهترین سیاست‌ها و برنامه‌ها نیز به نایاب مطلوب نخواهند رسید. در پزشکی خانواده، این مشارکت نه تنها به عنوان یک ضرورت، بلکه به عنوان یک ابزار قدرتمند برای کاهش هزینه‌های درمانی، بهبود پیشگیری و افزایش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت عمل می‌کند.

در این مصاحبه، دکتر حسین ملک افضلی، استاد پیشکسوت حوزه سلامت و از پیشگامان راه اندازی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور به بررسی اهمیت نقش مردم در موفقیت پزشکی خانواده و چگونگی ایجاد بستری برای مشارکت خاکثری آنان می‌پردازد. او با نگاه به تجربه‌های ملی و بین‌المللی، به چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی این برنامه در کشورمان اشاره خواهد کرد و راهکارهایی عملی برای تقویت ارتباط میان جامعه و نظام سلامت ارائه می‌دهد.

پزشکی خانواده به عنوان یکی از ستون‌های اساسی نظام سلامت، نقش محوری در ارتقای سلامت جامعه ایفا می‌کند. این رویکرد نه تنها بر درمان بیماری‌ها، بلکه بر پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی متمرکز است. در این میان، مشارکت اجتماعی به عنوان یک عامل کلیدی می‌تواند تأثیرات عمیقی در موفقیت این نظام داشته باشد. آگاهی بخشی، همدلی و ایجاد حس



مسئولیت‌پذیری در میان مردم از جمله عواملی هستند که می‌توانند نقش جامعه را در تحقق اهداف پزشکی خانواده تقویت کنند. دکتر حسین ملک افضلی، از بنیان‌گذاران شبکه بهداشت کشور و از چهره‌های برجسته در حوزه سلامت عمومی، تجربه‌ای گرانبها در زمینه ارتقای سلامت جامعه و توسعه برنامه‌های ملی بهداشت دارد. او معتقد است

آقای دکتر سلام، ابتدا می‌خواهم سوال کنم مشارکت اجتماعی را در برنامه پزشکی خانواده چطور تعریف می‌کنید؟

سلام بر شما. مفهوم مشارکت اجتماعی یعنی مردم بتوانند آگاهانه و آزادانه در فرآیند مدیریت سلامت شرکت کنند. آگاهانه یعنی حکمرانان باید سواد و آگاهی لازم را به مردم بدهند، زیرا اگر آگاه نباشند ممکن است تقاضاهایی داشته باشند که خیلی منطقی نباشد. آزادانه به این معنا که هیچ سانسوری نباشد و مردم بتوانند به راحتی نظر خود را بگویند. فرایند مدیریت سلامت یعنی از همان ابتدا که نیازها در کاتال جامعه بیان می‌شود، نیازهای واقعی تعیین و بعد اولویت‌ها مشخص شود. زیرا منابع ما محدود است و ممکن است نتوان به همه نیازها پاسخ داد. بنابراین باید مردم آگاهی‌هایی داشته باشند که بر اساس آن اولویت تعیین کنند، سپس برنامه نوشته و بعد اجرا شود که مردم در فرآیند اجرا مشارکت داشته و در آخر هم ارزشیابی شود.

چگونه می‌توان مردم و بخش‌های مختلف را به مشارکت فعال در برنامه‌های پزشکی خانواده ترغیب کرد؟

چون منابع سلامت محدود است مردم مثلا به شکل خیر می‌توانند در تامین منابع نظام سلامت مشارکت کنند. همچنین از نهادهای سازمان‌های دیگر می‌توانند حمایت طلبی کنند. سلامت جامعه طوری نیست که فقط با مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی - درمانی تامین شود. مثلا در یک محل بحث دفع زباله مطرح می‌شود یا فاضلاب، بیکاری، سواد، غذای ایمن و... به هر حال انسانی که زندگی می‌کند محیط فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و... روی سلامت او تأثیر می‌گذارد. بنابراین جامعه باید از نهادهای و سازمان‌های

دیگر چه خصوصی و چه دولتی حمایت طلبی کرده که در امر سلامت مشارکت کنند. با این تعریف مشخص می‌شود که مشارکت اجتماعی مفهوم بسیار موسعی دارد. یعنی از سیاست‌گذاری تا ارزشیابی و تامین منابع تا لایه‌گری و حمایت‌طلبی برای نهادهای و سازمان‌های دیگر. حالا با این تفاسیر می‌خواهیم برنامه پزشکی خانواده را پیاده کنیم. اولویت چیست؟ اولویت اول این است که یک تیمی نباشد که مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی را درمانی را به یک جامعه تعریف شده، عادلانه، با کیفیت و با یک قیمت مناسب که برای جامعه قابل تامل باشد ارائه کند. در اینجا بحث بازآموزی‌های مرتب و بیمه مطرح می‌شوند که هم کیفیت خدمات بیشتر می‌شود و هم تامین منابع آن امکانپذیر می‌شود.

برنامه پزشکی خانواده چگونه باید اجرا شود؟ آیا تجربیات موفق از کشورهای دیگر در زمینه مشارکت اجتماعی در پزشکی خانواده وجود دارد که بتوان از آن‌ها الهام گرفت؟

برنامه پزشکی خانواده را به دو صورت می‌توان اجرا کرد: ۱. نوعی برنامه پزشکی خانواده که در کشورهای غربی دیده می‌شود؛ به این شکل که هر خانواده از لیست پزشکان یک نفر را انتخاب می‌کند. در این صورت یک پزشک عمومی انتخاب شده اما جمعیت تعریف شده دیگر به وجود نمی‌آید. چرا؟ چون هر خانواده به یک پزشک متصل است. در نتیجه تمام آن جمعیت که یک محله را تشکیل داده‌اند به یک تیم متصل نیستند بلکه به تیم‌های مختلف وصل‌اند. در ابتدا ما از این فرمول اشتباه تبعیت کردیم، در حالی که ما شبکه را داشتیم، در شبکه اصل بر این است که شما یک جمعیت تعریف شده داشته باشید و در آن تیم پزشکی خانواده، هم خانواده‌ها را تحت پوشش ببرند و هم مردم آن محل را در جهت مشارکت توانمند

کنند. بنابراین اگر ما بخواهیم مشارکت جامعه را افزایش دهیم باید برنامه پزشکی خانواده را در سطح محلات (مثلا ۳۰ یا ۴۰ هزار نفر) تعریف کنیم تا مجموعه آن جمعیت محفوظ بماند. آن جمعیت باید بتواند طبق یک فرمولی توانمند شود و در امر مدیریت سلامت محله مشارکت کند. اشکال این بود که در غرب نگاه آن‌ها فقط درمانی است و گاهی هم در نهایت غربالگری؛ یعنی هر خانواده به یک پزشک وصل است و هر زمان که لازم شد به او مراجعه می‌کنند اما مراقبت‌های بهداشتی تنظیم شده به آن‌ها ارائه نمی‌شود. در حالی که در شبکه ما مثلا یک بهروز شرح وظایف مشخصی دارد و تمام خانواده‌هایی که در آن محل است را سرشماری و مادران و گروه‌های سنی مختلف را شناسایی کرده و به آن‌ها خدمات فعال ارائه می‌کند. بنابراین اگر ما می‌خواهیم برنامه پزشکی خوب ارائه دهیم باید روی پزشکی خانواده محله محور تمرکز کنیم.

ما به عنوان افرادی که در نظام سلامت خدماتی را با عنوان پزشکت، پرستار، ماما و بهداشت ارائه می‌دهیم در نهایت ۲۵ درصد سلامت مردم را می‌توانیم تامین کنیم و ۷۵ درصد در محیط اقتصادی، فرهنگی، فیزیکی، سیاسی و اجتماعی است. اگر کیفیت خدمات در کنار اخلاق و رفتار ما خوب باشد و پرسنل را با حقوق کافی راضی نگه داریم از دیگر لازمه‌های اجرای پزشکی خانواده است. پس بنابراین لازمه اجرای برنامه پزشکی خانواده این است که ۱. مردم را خوب توجیه کنیم. ۲. پزشکان و تیم بهداشتی را از لحاظ معیشت راضی کنیم و ۳. محله محور و با مشارکت خود مردم اجرا کنیم.

چه موانع و چالش‌هایی در مسیر جلب مشارکت اجتماعی در برنامه پزشک خانواده وجود دارد؟

اول اینکه ما مردم را خوب توجیه نکرده‌ایم، فواید

همکاران هیات تحریریه: دکتر محمدتقی جغتایی - دکتر مرتضی خیر آبادی - دکتر رضا چمن - دکتر احمد مهری - دکتر غلامحسین خدایی - دکتر حسین ملک افضلی - دکتر محمد رضا واعظ مهدوی - دکتر فرشید رضایی - دکتر سید جواد حسینی - دکتر سیدحسن موسوی چلک - دکتر احمد دلبری - دکتر محمدمهدی گویا - دکتر محمد ذکریا پزشکی - دکتر حسام الدین علامه - دکتر رضا فدای وطن - دکتر حایه سادات سجادی - دکتر مرصیه شیرازی خواه - دکتر مهدی زبویی - دکتر رضا فروزان آدرس ما: خراسان رضوی- شهرستان سبزوار- میدان شهید دکتر بهشتی جنب آتش نشانی ارتباط با ما و اعلام همکاری: ۰۵۱-۴۴۲۸۷۹۱-۰۹۳۷۶۳۶۹۱۰-۰۴۴۲۸۷۹۱ salamatnegariran@gmail.com

سواد سلامت چه زمانی در جامعه افزایش می‌یابد؟

• دکتر فرشید رضایی - رئیس دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت



سواد سلامت (Health Literacy) تبلور عملی دانسته‌هاست و زمانی حاصل می‌شود که ما افراد را آموزش داده (انگیزه، آگاهی و مهارت را در آن‌ها تقویت کنیم) و از طرفی محیط‌های حامی برای شکل‌گیری آن ایجاد کنیم. در جهت تعیین این استراتژی‌ها باید برای مداخله در عوامل خطر (Risk Factors) از آموزش بهداشت استفاده کنیم و برای مداخله در شرایط خطر (Risk Conditions)، محیط را حامی سواد سلامت قرار دهیم.

اما چه چیزی به ما کمک می‌کند که بین این دو استراتژی تصمیم‌گیری کنیم؟ قطعاً علم ارتقای سلامت که ریشه در عوامل تعیین کننده سلامت دارد. برای شکل‌گیری سواد سلامت به طور عمومی باید تعیین کننده‌های سلامت آن منطقه را شناسایی کنیم و با مطالعه بر اساس علم ارتقای سلامت در عوامل و شرایط خطر با استراتژی سیستم حامی به سمت آموزش و افزایش انگیزه و مهارت در افراد حرکت کنیم. این دو وقتی فراهم شد ما به جامعه توانمند شده می‌رسیم که در آن سواد سلامت متبلور است و خروجی آن از رفتار مردم مشخص می‌شود. با بروز رفتارهای سالم (ارتقا دهنده سلامت) ما می‌توانیم به سمت تأثیرات سلامت نزدیک شویم، البته این پدیده‌ای نیست که بدون نظم رخ دهد؛ در واقع برای پهنه سازی تلاش سازمان‌های مختلف، پیشگیری از موانعی کاری‌ها و خالی نماندن فضا به برنامه‌ای با عنوان «برنامه ملی بهبود سواد سلامت» نیاز بوده که با بیش از یک سال مطالعه تنظیم شده و هم‌اکنون در معاونت بهداشت در انتظار ابلاغ از مقام عالی وزارت است.



مشارکت اجتماعی جامعه / سبزووار ، محله کلاته سیفر / ۱۴۰۳

طبق طرح شبکه عمل کنیم. یا مثلا برای هر ۳۰۰ نفر یک پزشک قرار می‌دهند که این روش بسیار اشتباه است و بستگی به این نکته دارد که چطور آن را اجرایی کنیم. اما اگر سیستم ارجاع را تقویت کرده و مراقبت‌های بهداشتی را به تمام دهیم آن وقت هر ۱۵۰۰ نفر یک پزشک نیاز دارد. اگر همین حقوقی که به پزشکان می‌دهیم را به نصف جمعیت آن‌ها ولی دو برابر بدهیم، در صورتی که آموزش کافی و رفتار مناسب هم داشته باشند کیفیت خدمات هم بیشتر می‌شود.

مشارکت مردم ۷۵ درصد الزامات سلامت فرهنگی است. زیرا همین مردم می‌توانند اولاً سواد سلامت را در جامعه افزایش دهند، دوماً اعتماد به نظام سلامت را بین مردم افزایش دهند و سوماً لایه‌گری کنند که سازمان‌های دیگر را وارد کار کنند و همکاری بین بخشی ایجاد کنند. پس اگر مردم را آگاهانه و آزادانه مشارکت داد و همه اقشار با همکاری در این امر رضایت داشته باشند سطح سلامت جامعه بالا می‌رود.

نکته‌ای هست که تمایل به بیان آن داشته باشید و نرسیده باشیم؟

خوشبختانه ما در کشور پتانسیل بالایی برای مشارکت جامعه داریم. زیرا ادبیات ایران پر از تعاون و همکاری است. مثلا سعدی می‌گوید چو غصوی به درد آورد روزگار / دگر غصوها را نماند قرار / تو کز محنت دیگران بی‌غمی / انشاید که نامت نهند آدمی ... در دین ما هم: و تعاونوا علی البرّ و التّقوا ... یا حتی کسی که صبح از خواب بیدار شود و به امور مسلمین اهتمام نداشته باشد قَلْبَین بَیْسَلَم ... در این امر خاتم‌ها در کشور ما با سواد و انگیزه بالایی که دارند یک شانس بزرگ برای نظام سلامت محسوب می‌شوند که با توانمندی خود می‌توانند با سه چهارم جمعیت ارتباط برقرار کنند.

و زبان‌های لازم را آموزش نداده‌ایم و در واقع آگاهی لازم را ندارند. یعنی سرمایه اجتماعی کمرنگ شده و اناری از آموزش‌های ما نمی‌بینند. دوم اینکه ما جامعه پزشکی را به درستی توجیه و پیگیری نکرده‌ایم و این ضرر ذهنی را باید جبران کرد تا تمام وقت در محل باشد که هم با مردم ارتباط موثر داشته باشد و هم تعارض منافع نداشته باشد. و سوم اینکه نباید در برنامه پزشکی خانواده صرفا به خدمات درمانی اکتفا کرد بلکه در کنار آن باید مراقبت‌های بهداشتی همراه با تعیین کننده‌های سلامت در نظر گرفته شود. زیرا به هر حال سلامت انسان مربوط به ژن، رفتار، مراقبت و محیطی است که در آن زندگی می‌کند.

با توجه به تغییرات اجتماعی، آیا روش افزایش مشارکت اجتماعی باید مثل گذشته باشد؟

در گذشته اجتماعی تشکیل نمی‌شد که مشارکتی در کار باشد. زمانی اجتماع تشکیل می‌شود که خانواده‌ها پیوسته باشند. این امر باید آهسته و به مرور پیش رود. از دیگر دلایل شکست آن عدم انجام تعهدات دولت نسبت به پزشکان بوده است که البته با فرهنگ‌سازی و تغییرات کوچک در مراقبت بیماران می‌توان تغییرات بزرگ ایجاد کرد.

جناب دکتر اصلا چرا تا به امروز پزشکی خانواده به درستی انجام نشده؟

باید اول افراد کارشناس را مسئول بخش مختص خود قرار دهیم. نه فقط فردی که درس خوانده بلکه تجربه هم لازم است. البته متأسفانه سازمان برنامه و بودجه هم بودجه لازم را به افراد نمی‌دهد. به همین دلیل طرح‌ها ابتر می‌ماند. به عنوان مثال طرح افزایش ظرفیت پزشکی؛ من شخصا اعتقاد دارم که ما دو برابر نیاز کشورمان، پزشک داریم البته اگر