

خلاصه سی و یکمین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۲)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

رئیس جلسه: دکتر محمدرضا رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت

دکتر علی اکبری ساری، رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

تجارب سایر کشورها در پزشکی خانواده و درس هایی برای ایران

دکتر فرید ابوالحسنی، عضو هیئت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت

الزامات ایجاد تحول در شبکه با رویکرد پزشکی خانواده

دکتر محمد جواد کبیر، عضو فرهنگستان علوم پزشکی کشور

مبانی نظری و سیاسی پیاده سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت: الزامات، بایدها و نبایدها

در ابتدای این نشست مجازی-حضور، جناب آقای دکتر رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به ارائه خلاصه ای از محتوای نشست ماه گذشته در خصوص تاریخچه پزشکی خانواده در آذربایجان غربی و لزوم وجود پزشکی خانواده به عنوان یک استراتژی برای اجرای نظام شبکه در دنیا پرداختند. ایشان افزودند که در حیطه پزشک خانواده اقدامات زیادی از لحاظ اجرایی، پژوهشی و علمی صورت گرفته است.

در ادامه جناب آقای دکتر علی اکبری ساری رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت به عنوان اولین سخنران جلسه ضمن تشکر از همکارانشان جهت اجرای برنامه ها در حیطه پزشکی خانواده، در خصوص تجارب سایر کشورها و درس های آن برای ایران به ایراد سخنرانی به شرح زیر پرداختند.

پزشکی خانواده در دنیا سابقه ای بسیار طولانی دارد و کشور های زیادی تاکنون این برنامه را مستقر نموده و توسعه داده اند. همچنین در اجرای این طرح تفاوت های زیادی بین کشورها وجود دارد. ضمن اینکه راهبردهای بکارگرفته شده توسط هر کشور دارای نقاط قوت و ضعف منحصر به فرد خود می باشد و ممکن است برای شرایط خاص مناسب باشد و هیچ تجربه ای بطور صددرصد رد یا قبول نمی شود. در هر یک از ایت تجربیات، درسی برای کشور ما نهفته است. در ادامه ایشان به بیان تاریخچه طراحی و نقش پزشکی خانواده در آمریکای شمالی، اروپای غربی، استرالیا، آمریکای لاتین، sub-Saharan Africa، هند، چین و کشورهای خاورمیانه پرداختند.

خلاصه سی و یکمین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۲)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

برخی از مهم‌ترین و قابل‌تامل‌ترین نکات در تجربیات مطرح شده سخنان دکتر اکبری ساری به شرح زیر است:

۱. در آمریکا، استرالیا، کانادا و فرانسه حدود نصف پزشکان را پزشکان خانواده تشکیل می‌دهند.
۲. تامین مالی پزشکی خانواده عمدتاً دولتی است؛ اما حتی در انگلستان که بیمارستان‌ها بصورت دولتی اداره می‌شود، ارائه خدمت پزشکی خانواده معمولاً در مراکز خصوصی انجام می‌شود.
۳. حقوق پزشک خانواده در کبک کانادا که دورافتاده و سرد است حدوداً سه برابر تورنتو می‌باشد.
۴. در خصوص ایجاد پرونده الکترونیک سلامت تقریباً هیچ کشوری به ایجاد یک سامانه ملی و جامع به نحوی که همه اطلاعات ثبت شود و همه مراکز به اطلاعات ثبت شده دسترسی داشته باشند موفق نشده است. این تجربه دلالت بر این دارد که پرونده الکترونیک سلامت به صورت جامع، کامل، یکپارچه و ملی اگرچه ایده‌آل است؛ اما با شرایط فعلی قابل اجرا و از الزامات اصلی برنامه پزشکی خانواده نیست. در نتیجه کشورها نباید اجرای برنامه پزشکی خانواده را منوط به ایجاد پرونده الکترونیک سلامت بصورت جامع کنند. البته از ارتقای آن در طول زمان نیز نباید غافل شد.
۵. در برخی از کشورها پزشکی خانواده یک تخصص است و به همین علت در دوره‌های مشخصی بسته به سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت آن کشور آموزش داده می‌شود. برای مثال دانمارک ۵ سال را برای این آموزش‌ها در نظر گرفته است.
۶. در sub-Saharan Africa، به دلیل محدودیت بالای منابع و نیروی انسانی و همچنین مهاجرت بالای پزشکان به شهرها و بخش خصوصی سایر کشورها، در برخی از کشورها بیش حتی کمتر از یک پزشک به ازای ۵۰۰۰۰ نفر وجود دارد.

در ادامه بحث ایشان چالش‌های اصلی برنامه پزشکی خانواده در ایران را به شرح زیر مطرح کردند:

۱. مشکل مفهومی
۲. تدوین برنامه اجرای مناسب به عنوان سند سیاست ملی
۳. عدم توجه به صرفه مقیاس و صرفه دامنه در طراحی برنامه
۴. فراهم نبودن برخی ملزومات و آمادگی‌های لازم

و در خاتمه مباحث پیشنهادات کاربردی برای گسترش پزشکی خانواده در کشور را ارائه نمودند که در این گزارش به اختصار دو مورد را نام می‌بریم:

۱. تقویت شبکه بهداشت کشور
۲. توسعه هدفمند آموزش در این بخش

خلاصه سی و یکمین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۲)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۲۳/۰۸/۱۴۰۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

پس از پایان سخنان ایشان، جناب آقای **دکتر فرید ابوالحسنی** عضو هیئت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت با موضوع الزامات ایجاد تحول در شبکه با رویکرد پزشکی خانواده، سخنرانی خود را آغاز نمودند:

اهداف نظام سلامت در سه حوزه سلامت، پاسخ‌گویی و مشارکت در تامین مالی خلاصه می‌شود، که برای هر یک از این اهداف شاخص‌های اندازه‌گیری منحصر به فردی تعریف می‌شود، که اگر این اهداف را با شاخص‌های متناسب خودشان اندازه‌گیری کنیم متوجه این مسئله خواهیم شد که در اجرای آن‌ها چقدر موفق بوده‌ایم و بهترین شیوه‌ها برای دستیابی به اهداف مدنظر مشخص می‌شود.

در سوی دیگر اعمال نظام سلامت مطرح است که شامل موارد زیر هستند:

۱. تامین مالی
۲. ارائه سرویس
۳. تامین منابع مورد نیاز
۴. تولید

نکته مهم این است که میان اعمال و اهداف نظام سلامت رابطه‌ای وجود دارد و اعمال خاصی باید صورت گیرد تا به اهداف مورد نظر در این حیطه برسیم.

حال این سوال مطرح است که بهترین روش‌ها برای رسیدن به اهداف کدام‌اند؟
برای دستیابی به بهترین روش‌ها سه مرحله وجود دارد:

1. Benchmarking
2. Field study
3. Adaptation

در مسئله Benchmarking دو بعد وجود دارد:

- ✓ بعد اول که همان نظام ارائه خدمت است که در حال تعامل با مردم می‌باشد و قابل مشاهده است.
- ✓ بعد دوم شامل نظام سیاسی آن کشور، ساختار سیاست‌گذاری آن و بدنه کارشناسی می‌شود که بعد پنهان است و به راحتی قابل ارزیابی نیست.

بنابراین در ارزیابی و مشاهده تجربیات سایر کشورها حتما بعد پنهان در نظر گرفته شود زیرا که این بعد سهم عظیمی در بدنه پزشکی خانواده دارد و بسیار حائز اهمیت است. در نهایت پس از مشاهده این تجربیات در سایر کشورها باید بومی سازی در این خصوص

خلاصه سی و یکمین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۲)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۲۳/۰۸/۱۴۰۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

صورت گیرد. در یک تعریف کلی بومی سازی عبارت است از وجود افرادی در کشور که بتوانند با استفاده از روش‌ها و ابزارها مسائل نظام سلامت را حل کنند و با اتکا به روند تشخیص مسئله، تحلیل مسئله، انتخاب استراتژی، طراحی، اجرا و کنترل میتوان ادعا کرد که روش‌ها و ابزارها بومی‌سازی شده‌اند. در پایان ایشان به ارائه توضیحاتی در خصوص بدنه کارشناسی پرداختند و خاطرنشان کردند که بدنه کارشناسی همان دانش‌آموختگان رشته‌های مدیریت، سیاست‌گذاری‌های حوزه نظام سلامت، اقتصاد و پزشکی اجتماعی هستند که تنها مشتری در عرصه تقاضا برای این دانش‌آموختگان دولت است و در اینجا با یک چالش تحت عنوان **monopsony** مواجه هستیم که باید با سیاست‌گذاری‌های مناسب رفع شود.

پس از پایان سخنان آقای ابوالحسنی، جناب آقای **دکتر محمد جواد کبیر** عضو فرهنگستان علوم پزشکی کشور در خصوص مبانی نظری و سیاسی پیاده سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت؛ الزامات، بایدها و نبایدها سخنان خود را با این جمله: (باید شبکه بهداشت بازسازی و تقویت شود تا با هزینه کمتر سلامت مردم بیشتر تامین شود.) از مقام معظم رهبری آغاز کردند:

یکی از دلایل عدم موفقیت در حوزه پزشکی خانواده این است که در میدان سخن خیلی خوب حرف می‌زنیم اما وقتی نوبت به مرحله اجرا می‌رسد باور کافی را نداریم و نتوانسته‌ایم شواهد کافی را بیاوریم، و حتی در حوزه سیاست‌گذاری، مسئولان ما هنوز نمی‌دانند چرا باید PHC را بصورت جامع اجرا کنیم. ایشان بیان کردند باید بپذیریم که نظام مراقبت‌های سلامت در چارچوب ساختار شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های موجود در بخش دولتی و غیردولتی استراتژی مهم امروز جهت دستیابی سلامت بر همه می‌باشد. در ادامه ایشان به ارائه توضیحاتی درباره اعلامیه آلماتا که در خصوص چشم‌انداز مراقبت‌های اولیه سلامت است پرداختند. همچنین تغییراتی که در این ۴ دهه در خصوص پزشکی خانواده همگام با اعلامیه آلماتا ایجاد شده است را به شرح زیر بررسی نمودند:

- ✓ تغییر سیمای جمعیت
- ✓ تغییر در سیمای اپیدمیولوژیک بیماری‌ها
- ✓ تغییر انتظارات اجتماعی و فرهنگی
- ✓ بحران اقتصادی جهانی، اجتماعی و سیاسی در کشورها و حوزه‌های حکمرانی
- ✓ بهبود قابل توجه شاخص‌های سلامت خدمات گروه‌های هدف

خلاصه سی و یکمین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۲)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۸/۲۳

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

ایشان در ادامه بیان داشتند که PHC راهی برای رسیدن به *SDG* و *UHC* است. PHC در کشورهای مختلف ممکن است دارای ویژگی‌های مختلفی باشد اما ۱۰ ویژگی کلیدی یک مدل PHC مناسب و مشترک بین کشورها که باید بدان توجه زیادی شود وجود دارد از جمله:

- ۱) مردم محوری
- ۲) یکپارچه سازی
- ۳) هماهنگی مراقبت
- ۴) جامعیت مراقبت
- ۵) تداوم و پایداری مراقبت
- ۶) تمرکز بر جمعیت و جامعه
- ۷) مشارکت
- ۸) مسئولیت پذیری
- ۹) پایگاه اطلاعاتی قوی
- ۱۰) یکپارچه سازی فناوری

در ادامه نیز به ارائه یازده توصیه و اصل برای اجرای PHC، دلایل باز تعریف نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت و آن مواردی که باید در باز تبیین و تعریف نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت مورد توجه باشد پرداختند و با تشریح چارچوب و فرآیندهای مورد نیاز در بازتعریف شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت به سخنان خود خاتمه دادند.

در پایان این نشست به بحث در خصوص سوالات زیر پرداخته شد:

۱. در خصوص مسئله پزشکی خانواده چه باید کرد؟
۲. راه‌حل‌ها و راهکارهای پیشنهادی برای بهبود اوضاع چیست؟

در نهایت این نشست با جمع‌بندی دکتر رضایتمند خاتمه یافت.

گردآورندگان: مبینا خلیل‌اللهی، کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
فاطمه ظهیری و غزاله سوسنی کارشناسان کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی