

گزارش جلسات برگزار شده توسط گروه‌های علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گروه علمی علوم بهداشتی و تغذیه
تاریخ برگزاری جلسه: ۱۴۰۵/۰۶/۲۳
موضوع/ موضوعات جلسه: "گزارش پیشرفت برنامه پزشک خانواده؛ چالش‌ها و راهبردها"

خلاصه موضوع/ موضوعات مطرح شده در جلسه:

ششصد و نوزدهمین جلسه گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی روز دوشنبه ۱۴۰۵/۰۶/۲۳ با موضوع "گزارش پیشرفت برنامه پزشک خانواده؛ چالش‌ها و راهبردها" بصورت حضوری و وینار تشکیل شد.

نخست آقای دکتر رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارشی از پیشرفت برنامه پزشک خانواده و چالش‌های اجرایی آن ارائه کردند:

همه باور داریم که نظام سلامت موجود، پاسخگویی لازم را برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم ندارد، لذا نیاز به یک بازنگری و تغییر دارد.

یکی از چالش‌های اساسی، دسترسی به خدمات درمانی در سطح شهر است؛ به گونه‌ای که بخش قابل توجهی از مردم به دلیل ناتوانی در تأمین هزینه‌های درمان، به‌ویژه در خدمات جراحی، از مراجعه به بیمارستان‌ها اجتناب می‌کنند.

هدف این بود که الگویی کارآمد طراحی شود تا فرایند ارائه خدمات سلامت در سطوح مختلف را با موفقیت و اثربخشی مدیریت کند.

عدم تأمین منابع مالی پایدار برای اجرای بهینه و اثربخش برنامه‌های ملی، از چالش‌های کلیدی و بنیادین در این حوزه به شمار می‌رود.

بر اساس شیوه‌نامه ابلاغی، ۶۴ شهر در زمره مشمولان اجرای برنامه ۱۴۰۵ قرار گرفته‌اند. انتخاب این شهرها مبتنی بر شاخص‌های زیر بوده است:

۱. وضعیت زیرساخت‌ها؛

۲. توسعه آموزش،

۳. اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی؛

۳. فناوری اطلاعات؛

۴. استقرار نظام ارزیابی شاخص‌های عملکردی-فرآیندی و نظارت در سطوح سه‌گانه خدمات (سطوح اول تا سوم)

اجرای این برنامه از اسفندماه ۱۴۰۴ در پنج شهرستان پیشگام آغاز شد و از تیرماه ۱۴۰۵، فاز اجرایی آن با افزودن بیش از ۴۵ شهرستان دیگر گسترش یافت.

مجموع جمعیت تحت پوشش این طرح حدود ۱۳ میلیون نفر است. در حوزه آموزش نیز، ابتدا فرایندها و دستورالعمل‌های اجرایی، شامل ابزارها و شیوه‌نامه‌های کاری، برای همکاران تدوین و آماده‌سازی شد.

در راستای توانمندسازی، ۱۲ وینار و ۴۰۰ دوره آموزشی توسط دانشگاه‌ها برگزار شد و به دنبال آن، آزمون‌های ارزیابی مربوطه طراحی و اجرا گردید. همچنین، به منظور آگاهی‌بخشی به تصمیم‌گیران، بسته‌های آموزشی ویژه‌ای تولید و در اختیار استانداران و سایر مسئولین ذی‌ربط قرار گرفت.

آزمون‌های مورد نیاز طراحی و برگزار شد؛ همچنین بسته‌های آموزشی اختصاصی برای استانداران و سایر مسئولان ذی‌ربط تولید و توزیع گردید. همچنین در زمینه توانمندسازی تیم‌های سلامت، ۳۲ مورد آموزش در محورهای راهنمای بالینی، مسیرهای مراقبت (Care Pathways) و بسته‌های خدماتی تدوین و اجرا شد.

اطلاع‌رسانی با مشارکت و همکاری سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط در سطح استانی صورت پذیرفت.

نقشه نظام ارجاع الکترونیک، با لحاظ‌کردن اولویت‌های زمانی و مکانی و همچنین استقرار الگوی نوبت‌دهی بهینه، تدوین و ترسیم گردید.

در چارچوب نظام ارجاع الکترونیک، چهار مراجعه نخست به سطح اول خدمات سلامت برای تمامی دهک‌های درآمدی به‌صورت رایگان تعریف گردیده و در مراجعات بعدی، فرانشیز ۱۵ درصدی اعمال خواهد شد و اگر بیمار نیاز به بستری داشته باشد فرانشیز آن صفر خواهد شد.

در راستای تقویت ضوابط حمایتی نظام ارجاع الکترونیک، مقرر گردیده است در صورتی که پس از طی فرآیند ارجاع، ضرورت بستری شدن بیمار احراز گردد، تمامی هزینه‌های فرانشیز مربوط به خدمات بستری مشمول معافیت کامل شده و صفر محاسبه گردد.

در راستای تقویت زیرساخت‌های انسانی و فیزیکی شبکه بهداشت، ۴۰۰۰ نیروی تخصصی به تیم‌های مراقبت روستایی منصوب گردیدند. هم‌زمان با این اقدام، فرآیند بازسازی و تکمیل «مراکز جامع خدمات سلامت» و اجرای «نهضت ملی تکمیل خانه‌های بهداشت» با لحاظ کردن اولویت‌بندی برای شهرهای مشمول برنامه، عملیاتی شد.

در فاز عملیاتی محیط آزمایشی (Pilot) و طی شش ماهه نخست سال ۱۴۰۵، از مجموع ۶۵۴ ظرفیت احصاء شده جهت تکمیل کادر تیم‌های مراقبتی، فرآیند تأمین نیروی انسانی برای ۴۵۲ مورد با موفقیت تحقق یافت.

در راستای فراهم‌سازی و ارتقای زیرساخت‌های سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمات سلامت، اقدامات زیر محقق گردید:

تأمین نیروی انسانی تخصصی: جذب و تخصیص حداقل ۲ پزشک متخصص به ازای هر یک از رشته‌های تخصصی هدف.

- استقرار زیرساخت ارجاع: راه‌اندازی و تجهیز ایستگاه‌های ارجاع الکترونیک در تمامی درمانگاه‌ها و کلینیک‌های مشمول طرح.

- اصلاح نظام پرداخت: استقرار و پیاده‌سازی مدل پرداخت ترکیبی مبتنی بر شاخص‌های «عملکرد» و «کیفیت ارائه خدمات»

سازوکار پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح یک تا سه، با اعمال و احتساب ضرایب تعدیل‌کننده (مبتنی بر شاخص‌های عملکردی، کیفی، محرومیت منطقه‌ای و حجم بار مراجعه) عملیاتی و تسویه می‌گردد.

به‌منظور تضمین پایش دقیق و مستمر عملکرد میدانی، فرآیند نظارت در دو فاز عملیاتی پیاده‌سازی شد؛ در فاز نخست ۱۰ تیم ارزیاب و در فاز دوم، با هدف گسترش دامنه نظارت و پوشش حداکثری، ۱۲ تیم تخصصی جهت ارزیابی وضعیت به مناطق هدف اعزام گردیدند.

ورود و پذیرش استان‌ها یا شهرستان‌ها در چرخه عملیاتی این برنامه، مشروط به احراز حد نصاب ۷۰ درصدی از شاخص‌های ارزیابی تعیین‌شده می‌باشد. این معیار به عنوان «فیلتر سنجش آمادگی زیرساختی و عملیاتی» جهت حصول اطمینان از ظرفیت کافی برای ارائه خدمات پایدار و استاندارد در سطوح مختلف در نظر گرفته شده است.

در ارزیابی شاخص‌های کلیدی نتیجه‌گیری در نظام ارجاع و سازوکارهای بازخورد، دستاوردهای قابل‌توجه و عملکرد مقبولی ثبت شده است. اما در پرداخت‌ها هنوز ارزیابی بیمه‌ها صورت نگرفته است.

در ادامه جلسه، اعضا و مدعوین محترم به بیان دیدگاه‌ها، نکات تحلیلی و پیشنهادهای اجرایی خود در خصوص محورهای مطروحه پرداختند که اهم موارد به شرح ذیل است:

- پیشنهاد اصلاحی در فرانشیز خدمات بستری: پیشنهاد گردید به منظور جلوگیری از تحمیل بار مالی نامتعارف بر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و نیز حفظ توازن و پایداری منابع اعتباری این مراکز، معافیت کامل فرانشیز بستری بازنگاری شده و سهم مشارکتی حداقلی (به صورت درصدی کنترل شده) تعیین و اعمال گردد تا ضمن صیانت از اهداف حمایتی برنامه، فشار نقدینگی بر بخش بستری تعدیل شود.
- به نظر می رسد بهتر است برنامه های سخت و پیچیده در شرایط بحران آغاز نشود.
- در وزارت بهداشت تعهد جدی سیاسی در همه بخش ها برای اجرای برنامه وجود ندارد و فقط با فشار وزیر متأثر از پیگیری رئیس جمهور پیگیری می شود.
- نبایستی محور اصلی کار بر عهده معاونت توسعه وزارت بهداشت باشد
- برنامه بایستی بر محور پزشک محله باشد تا خانوار.
- اگر قرار است بیمه ها نقش هزینه بر اساس خدمات باشد دیگر نقشی در برنامه نخواهد داشت. لذا تا زمانی که بیمه به عنوان خریدار خدمت ایفای نقش نماید موفق نخواهیم شد.
- تفویض اختیارات نظارتی و اعتبارسنجی به سازمان های بیمه گر.
- در سال ۱۴۰۴، بیست میلیون روستایی داشتیم که ۱۹ میلیون نفر آنها یک بار مراجعه داشته اند. و ۳/۸ میلیون نفر ارجاع شدند اما ۲۲ میلیون ارجاع به سطح ۲ و ۳ داشتیم که حدوداً ۴۰ همت هزینه ایجاد کردند.

