



## چشم‌انداز محیط‌زیست در نوار سبز ایران

بحران کم‌آبی و خشکسالی، استان‌های شمالی را همچنان تهدید می‌کند

۱۴



## چشم‌امید صیادان به «زریوار»

پرآب شدن زریوار بر اثر بارش‌ها از ابتدای سال رونق صید را در پی خواهد داشت

۱۵

■ ششمین‌بار در بیهشت ۱۴۰۲ ■ ۲۱ شوال ۱۴۴۴ ■ سال سی‌ویکم ■ شماره ۸۷۵۵

# همیشه یک جامعه



عکس: همشهری/خاندان خیراندین

# پزشک خانواده؛ غریبه در خانه‌ها

برنامه پزشکی خانواده با قدمت ۱۷ ساله، از ابتدای اردیبهشت دوباره آغاز شد. همشهری در پیش روی این طرح را بررسی می‌کند

## گزارش

مریم سرخوش

روزنامه‌نگار

پنجم و ششم توسعه تأکید بر اجرای آن داشتند، طی یک دهه اخیر هیچ حمایتی صورت نگرفت و چالش‌های متعددی برای اجرای آن وجود داشت؛ از جمله تأمین‌نشدن بودجه و اعتبار که در نهایت باعث شد این برنامه به تمامی مناطق شهری کشور تسری پیدا نکند. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت صحبت‌هایش را باین‌این مطلب آغاز می‌کند و در ادامه می‌گوید: «باروی کار آمدن دولت سیزدهم، دوباره پزشکی خانواده مورد تأکید قرار گرفت. سال گذشته هم مقام معظم رهبری در تقویت شبکه بهداشت تأکید کردند و این ۲ موضوع باعث شد که برنامه تقویت شبکه و اجرای پزشکی خانواده در حوزه سلامت ماندگار شود. قرار بود به ازای هر استان مازندران و فارس، همین بحث پرداخت‌ها بود. سرانه‌ای که برای پرداخت به پزشکان و مراقب سلامت تعیین شده بود، کفایت لازم را برای هزینه‌های طرح نداشت. اکنون این مباحث در برابر اجرای برنامه دیده شده. البته درباره مراقب سلامت جذب مشکلی وجود داشت که نظام پرداختی آنها به سرانه‌ای که دست مسئول تیم سلامت بود، گره خورده بود. قرار شد از این پس این مبالغ به صورت مستقل پرداخت شود اما با نظارت و نظر پزشک.» این مسئول همچنین درباره تأمین‌بودن نیروی انسانی هم عنوان می‌کند: «حدود ۶۰۰ نفر پیش‌در قالب برنامه تحول شهری، به‌ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت شهری یک مراقب سلامت جذب می‌شود. قرار بود به ازای هر ۱۲ هزار و ۵۰۰ نفر هم یک پزشک جذب شود که چندان موفق نبود. از نظر مراقبان بهداشت همین حالا هم تعداد قابل توجهی نیرو در اختیار داریم. اما چون بسته‌های خدمتی که قرار است در سطح یک به جامعه داده شود، به لحاظ حجم کاری بار بیشتری دارد، باید تعداد جمعیت کمتری را برای مراقبان سلامت منتسب می‌کردیم، به همین دلیل قرار شد تیم‌های پزشکی خانواده مشکل‌از یک پزشک و ۲ مراقب، خدمات را برای ۳ هزار نفر پوشش دهند؛ یعنی هر ۱۵۰۰ نفر یک مراقب در این‌باره کمی‌دوم‌ها از طریق فراخوان بر طرف خواهد شد.» او درباره افزایش دستمزد پزشکان در این برنامه هم می‌گوید: «برای تشویق ورود پزشکان به نظام ارجاع مشوق‌هایی در نظر گرفته شده، به‌عنوان مثال ویزیت بالاتر برای پزشک که از سوی بیمه تأمین می‌شود.»



## ۱۷ نکته برای شکست نخوردن بر برنامه پزشکی خانواده

احمد مهری؛ اپیدمیولوژیست و پژوهشگر بهداشت عمومی



نکته

**اولین نکته،** در باره برنامه پزشکی خانواده این است که با چه هدفی اجرایی می‌شود. اگر هدف این باشد که از طریق برقراری نظام ارجاع باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش بهره‌وری نظام سلامت باشد، اتفاق خوبی است و تمام دنیا در این مسیر حرکت کرده‌اند. به‌عبارت دیگر نیاز نیست که بخش قابل توجهی از مردم برای ساده‌ترین درمان‌ها یا یک دفتر چاره‌ی بیماری‌رسان‌ها، کلینیک‌های تخصصی و مطب متخصصان شوند، بلکه از طریق همین برنامه پزشکی خانواده، تحت درمان قرار می‌گیرند و مراقبت‌های لازم را دریافت می‌کنند. ۲۰۰ تا ۸۰ درصد مراجعات در همین سطح قابل درمان است و نیازی به مراجع به سطوح بالاتر نیست. **نکته دوم** اینکه آیا در شرایط فعلی قرار است برای بهداشت مردم اتفاق خاصی رخ دهد؟ پاسخ منفی است. اگر این طرح در دست اجرا شود باید افراد تحت پوشش هر مراقب سلامت کمتر شود تا توجه بیشتری به افراد داشته باشند. اینکه قرار است مردم در بیمارستان‌ها هزینه کمتری پرداخت کنند، وابسته به این است که تیم

**بسته‌های خدمتی حجیم تر شده‌اند** یکی از مهم‌ترین فاکتورهای موفقیت طرح، استقرار کادر پزشکی و در دسترس مردم است. این امر مستلزم تأمین نیرو و ماندگاری آنها در مناطق مختلف است؛ ماندگاری‌ای که به مسائل مالی و دستمزد مناسب برای کادر پزشکی خانواده وابسته است. رضایی درباره اینکه چه تدابیری برای رفع کمی‌بود نیروی انسانی و تأمین موقع منابع مالی اندیشیده شده، توضیح می‌دهد: «یکی از چالش‌های اساسی اجرای طرح در ۲ استان مازندران و فارس، همین بحث پرداخت‌ها بود. سرانه‌ای که برای پرداخت به پزشکان و مراقب سلامت تعیین شده بود، کفایت لازم را برای هزینه‌های طرح نداشت. اکنون این مباحث در برابر اجرای برنامه دیده شده. البته درباره مراقب سلامت جذب مشکلی وجود داشت که نظام پرداختی آنها به سرانه‌ای که دست مسئول تیم سلامت بود، گره خورده بود. قرار شد از این پس این مبالغ به صورت مستقل پرداخت شود اما با نظارت و نظر پزشک.» این مسئول همچنین درباره تأمین‌بودن نیروی انسانی هم عنوان می‌کند: «حدود ۶۰۰ نفر پیش‌در قالب برنامه تحول شهری، به‌ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت شهری یک مراقب سلامت جذب می‌شود. قرار بود به ازای هر ۱۲ هزار و ۵۰۰ نفر هم یک پزشک جذب شود که چندان موفق نبود. از نظر مراقبان بهداشت همین حالا هم تعداد قابل توجهی نیرو در اختیار داریم. اما چون بسته‌های خدمتی که قرار است در سطح یک به جامعه داده شود، به لحاظ حجم کاری بار بیشتری دارد، باید تعداد جمعیت کمتری را برای مراقبان سلامت منتسب می‌کردیم، به همین دلیل قرار شد تیم‌های پزشکی خانواده مشکل‌از یک پزشک و ۲ مراقب، خدمات را برای ۳ هزار نفر پوشش دهند؛ یعنی هر ۱۵۰۰ نفر یک مراقب در این‌باره کمی‌دوم‌ها از طریق فراخوان بر طرف خواهد شد.» او درباره افزایش دستمزد پزشکان در این برنامه هم می‌گوید: «برای تشویق ورود پزشکان به نظام ارجاع مشوق‌هایی در نظر گرفته شده، به‌عنوان مثال ویزیت بالاتر برای پزشک که از سوی بیمه تأمین می‌شود.»

**فرهنگسازي؛ اصل مطلب طرح** طرح پزشکی خانواده یک‌بار شکست خورده و یک مانع بسیار مهم هم دارد؛ اینکه مردم تمایل دارند در نشان‌شان را به جای پزشکان متخصص و بیمارستان‌ها بپسندند. رضایی در پاسخ به این سؤال که برای افزایش اعتماد مردم به برنامه پزشکی خانواده چه باید کرد، بیان می‌کند: «بحث فرهنگسازي در پزشکی خانواده، اصلی است که تمامی کشورهای پیشرو در این حوزه روی آن کار کرده‌اند. در این‌باره تقویت تیم پزشکی خانواده اهمیت زیادی دارد و باید همسوس با نیازهای سلامت جامعه آموزش ببینند و کارآمدتر شوند. همچنین نیازهای سلامت فرد یا خانواده‌ها به صورت جامع و کامل دیده شود. در سطح یک برنامه پزشکی خانواده خدمات پیشگیری، غربالگری، بررسی و مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌شود که منجر به کاهش بیماری‌است. اگر هم بیمار شدند، در قالب نظام ارجاع، با صلاح‌دید پزشک خانواده که مورد اعتماد و انتخاب خود فرد است، به پزشکان متخصص سطوح بعدی معرفی می‌شوند.» به گفته این مسئول، کمیته‌ای تحت عنوان اطلاع‌رسانی و فرهنگسازي در قرارگاه پزشکی خانواده تشکیل شده که وظیفه آن تبیین برنامه پزشکی خانواده برای جمعیت است و برنامه‌های خوبی برای افزایش آگاهی دارد. او درباره تضمین موفقیت اجرای این طرح هم توضیح می‌دهد: «نظام شبکه‌ای که در حال حاضر در کشور وجود دارد، در هیچ کشور دیگری نیست. در مناطق روستایی خانه بهداشت و بهورز مستقر هستند و در برخی کشورها برای اجرای برنامه پزشکی خانواده در گام اول مشکلاتی داشتند، چون زیرساخت‌های آن در بستر ارائه خدمات پیشگیری فراهم نبود، اما ما با اتکا به همین نظام به بهترین شکل می‌توانیم برنامه پزشکی خانواده را اجرا کنیم.»

**جزییات برنامه پزشکی خانواده** در این طرح بیماران، خدمات درمانی و بستری رایگان دریافت می‌کنند و محدوده بهیمة خاصی نیست. بیمار را پزشک عمومی معاینه می‌کند و در صورت نیاز او را جهت دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی به سطوح بالاتر (سطح ۲ و ۳) ارجاع می‌دهد. مراحل رسیدگی اولیه پزشک عمومی به بیمار هم در سامانه یکپارچه در اختیار پزشک متخصص قرار می‌گیرد. در سطح ۲ وقتی پزشک متخصص بیمار را معاینه کرد می‌تواند در قالب همین سامانه ارجاع، نسخه‌نویسی کند و به‌محض تشخیص بیماری، دارو تجویز کند و بازخوردی از وضعیت بیمار ارائه دهد. ضمن اینکه امکان ارجاع بیمار به آزمایشگاه و مراکز تصویربرداری نیز فراهم است. **سطح یک:** پایگاه پزشک خانواده در مطب پزشکان عمومی (مطب) مراکز بهداشتی-درمانی محلی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع که خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه ارائه می‌کنند. **سطح ۲:** مطب‌های پزشکان متخصص، کلینیک‌های سرپایی تخصصی و بیمارستان‌های تخصصی که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی به ارجاع‌شدگان سطح یک می‌دهند. **سطح ۳:** مطب‌های پزشکان فوق تخصصی، کلینیک‌های فوق تخصصی و بیمارستان‌های فوق تخصصی که خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی و بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان سطح ۲ قرار می‌دهند.

## نقل قول



**۱۰۰ پرونده سقظ غیرقانونی به مراجع قضایی ارسال شد** سعید کریمی، معاون درمان وزارت بهداشت: بیش از ۱۰۰ پرونده در زمینه سقظ غیرقانونی، به مراجع قضایی ارسال شده و امیدواریم بر خورد‌های جدی و بازدارنده با این پرونده‌ها انجام شود. وزارت بهداشت نیز در جاهایی که وظیفه دارد، نظارت‌هایش را انجام داده است. پرونده‌های متعددی در این زمینه بوده که برخورد‌های لازم اعم از پلمب و... را انجام داده‌ایم.



**۹۰ درصد دختران واجب‌التعلیم در حال مدارس در حال تحصیل هستند** محمد مهدی کاظمی، معاون آموزش متوسطه وزارت آموزش و پرورش: ارائه بسته‌های آموزشی ویژه دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی با هدف فراهم کردن زمینه علم‌آموزی مطلوب و باکیفیت برای فرزندان ایران آغاز شده است. برای تمام فرزندان این کشور به‌ویژه دختران از برکات انقلاب است به طوری که در سال ۱۳۵۷، ۳۵ درصد دختران کشور در حال تحصیل بودند، اما امروز حداقل ۹۰ درصد دختران واجب‌التعلیم در مدارس در حال تحصیل هستند.



**صنوبر نخستین سند الکترونیکی ازدواج** حسن بابایی، رئیس سازمان ثبت اسناد و املاک کشور: نخستین سند الکترونیکی ازدواج طی روزهای گذشته صادر شد و در آینده نزدیک، همه اسناد ازدواج به صورت الکترونیکی صادر خواهند شد. حذف اوراق بهادار از اسناد ازدواج، جلوی جرایم امنیتی اسناد، تصدیق اصالت سند الکترونیکی، دسترسی لحظه‌ای افراد ذی‌نفع به اسناد همچنین اسناد سند الکترونیکی، از دواج به سازمان ثبت اسناد ازدواج می‌شود. بالغ بر ۵۰ درصد از اسناد ازدواج است.

## تولید بخش عمده تجهیزات پزشکی

تأمین تجهیزات پزشکی در حوزه سلامت، از اهمیت ویژه‌ای در کشور برخوردار است و تولیدکنندگان و واردکنندگان تجهیزات پزشکی در حال حاضر در خیلی از تجهیزات پزشکی، ضرر دیدنی‌ترین کشور را در داخل تولید می‌کنیم. او ادامه داد: «تجهیزات پزشکی به ۲ بخش تجهیزات سرمایه‌های و کالاهای مصرفی تقسیم می‌شود. بالغ بر ۵۰ درصد از نیاز کشور در این بخش را به‌طور متوسط از نظر حجمی خودمان تأمین می‌کنیم و در زمینه تجهیزات بیمارستانی، اتاق عمل، آی‌سی‌یو، سی‌سی‌یو و بخش‌های تصویربرداری، بخشی از آن در داخل کشور تولید می‌شود.» به گفته او موضوع تأمین بودجه آن از سازمان برنامه و بودجه و بانک مرکزی، خیلی مهم است. زیرا، یکی از چالش‌های حوزه تولید و واردات تجهیزات پزشکی، تأمین موقع ارز مورد نیاز این بخش‌ها بوده است؛ بحث ما این است که چه میزان ارز قرار است به تولید کشور کمک شود، به‌خصوص کالاهای تجهیزات پزشکی که هنوز تحریم هستیم و مشکل واردات داریم.» به اعتقاد او ردیف‌کردن ارز مورد نیاز تأمین تجهیزات پزشکی یک ضرورت است. «خواسته ما این است که ارز را ردیف‌دار کنند. بخش تولید را با انجمن تولیدکنندگان مشخص کنند و خود تولیدکنندگان و تشکل‌های مربوطه به یک جمع بندی برسند. برای این کار هم بهتر است ستادی تشکیل شود تا با همکاری و تعامل با هم بتوانیم تجهیزات پزشکی را به موقع برای کشور تأمین کنیم و روند درمان بیماران را سرعت ببخشیم.»

میرحاشم موساوی، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی؛ سال گذشته بالغ بر ۱۰۶ میلیارد تومان از بدهی‌های تأمین اجتماعی که به صورت تسهیلات به منابع بانک‌ها استفاده شده بود، باز پرداخت شد و برای اسامال مستقیم هستیم و با برنامه مدون کوتاه‌مدت و میان‌مدت نسبت به بدهی‌های ما با اقدامات تشکیلی و با همکاری و تعامل با هم بتوانیم این ناترازی‌ها اقدامات مناسبی داشته باشیم.

عکس: همشهری/خاندان خیراندین