

چه کسی پزشک خانواده را کشت



زینب کچوکلوز
خبرنگار گروه نقد روز

نظام ارجاع یا طرح پزشک خانواده از سال ۸۴ با توافقات صورت گرفته بین مجلس و دولت در روستاهای سراسر کشور به اجرا درآمد و پس از گذشت پنج سال در ۲۳ بهمن سال ۱۳۸۹ این طرح به صورت آزمایشی برای شهرهایی با جمعیتی کمتر از ۵۰ هزار نفر در چهار استان خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری و کردستان اجرا شد و طبق برنامه برزی های صورت گرفته باید تا پایان برنامه پنجم توسعه در تمام نقاط کشور همه گیر می شد.

در بسیاری از کشورهای جهان نیز طرح پزشک خانواده درحال اجراست و بسیاری از مردم از مزایای اجرای این طرح بهره مند می شوند، در این طرح بیمار در ابتدا به پزشک خانواده مراجعه و اگر نیازمند درمان های تخصصی بود، توسط پزشک خانواده به پزشک متخصص فوق تخصص ارجاع داده می شود. امروز پس از چندسال از اجرایی شدن این طرح، آن گونه که پیداست طرح پزشک خانواده با اشکالات و ابهامات اساسی روبه رو شده است و نهال کاشته شده پزشک خانواده در دهه ۸۰ حالا نیاز به هرس دارد.

مشکلات پزشک خانواده روستایی از کجا شروع شد؟

در سال ۸۴ که طرح پزشک خانواده اجرا شد، کاربرد بهداری ها و خانه های بهداشت تغییر کرد و دستورالعمل های جدید برای این فضاها نگارش شد. بهیاری یا بهداری ها به مراکز جامع خدمات سلامت روستایی تغییر نام دادند و جارت سازمانی نیز برای عناوین جدید این مراکز تعریف شد. همچنین پزشک، ماما، مراقبان سلامت و بهوزرانی را در این روستاها مستقر کردند. این افراد علاوه بر حضور در این مراکز و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، به صورت سیار و گردشی به روستاهای تحت پوشش به شکل هفتگی یا ماهانه سر می زدند.

آن گونه که پزشکان خانواده روستایی می گویند، ظاهرا اولین اجرای این طرح پرداختی های خوبی وجود داشت و برای یک کارمند دولت این پرداختی ها، پرداختی بدی محسوب نمی شد. بنابراین پزشکان کم و بیش جذب این طرح می شدند، رفته رفته اما از سال ۹۲ به بعد و روی کار آمدن قاضی زاده هاشمی به عنوان وزیر بهداشت، طرح تحول سلامت شروع شد. برای طرح تحول سلامت، بودجه خوبی در نظر گرفته شد و طرح تحول را پایه بریزی کرد. در پایه برزی این طرح، وضعیت مراکز بهداشت روستایی و پزشکان خانواده روستایی بهبود پیدا کرد و پزشکان خانواده روستایی درآمد خوبی داشتند. البته در بخش درمان نیز این اتفاق افتاد. به گفته خود پزشکان در گفت و گوهایی انجام شده با «فرهیختگان»، پزشکان حتی مشاغل اداری شان را رها کرده و به روستاها برای کار می رفتند. از دلایل اصلی این کار، جذابیت مالی کار در روستاها نسبت به مراکز استان بود. ظاهرا در آن دوره مدیران بسیاری داشتم که بست های خودشان را رها کردند و به روستاها رفتند. پزشکان برای این طرح، انگیزه زیادی داشتند. اگر ساعت کاری شان تا ساعت ۳ و ۲ ظهر بود، گاهی تا ۴ و ۵ هم ارائه خدمت می کردند. زندگی شان تامین بود و نیاز نبود کار دیگری انجام دهند. در مناطق محروم هم برخی پزشکان اصطلاحا بی توتی می کردند و می ماندند و در روستاها ای روزی و بهیاری می اعزام می کردند.

این موارد در جمله نتایج اقداماتی بود که تا تریقی بی حد و حصر بودجه مالی در دوره قاضی زاده هاشمی در سیستم بهداشت و درمان ما صورت گرفت، رشد کرد و از طرفی هم جذابیت داشت و ارتقا هم پیدا کرد. این تزیق اما معایب و محاسنی داشت. از معایب آن هدر رفت زیاد منابع بود. اینکه معلوم نبود در بسیاری مواقع این پول ها کجا پرداخت می شود. در برخی مواقع حتی شبکه های بهداشت و دانشگاه ها اصلانمی دانستند با این پول و بودجه ها باید چه کار کنند. اما به هر حال خدمات به مردم ارائه می شود و مردم هم ناراضی نبودند. ساختارهای فیزیکی شان بیشتر شده و مراکز شبانه روزی تاسیس شد و گردش مالی شان رشد کرد اما از جایی به بعد پرداختی ها هیچ رشد اصولی و صحیحی نداشتند و پا به پای موسسات علمی رشد نکردند، یعنی پس از اینکه یک شوک مالی که به سیستم وارد شد، وضعیت پرداختی ها به پزشکان خانواده روستایی فریز شد.

طبق گفته پزشکان خانواده، از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۱ افزایش کلیه پرداختی به یک پزشک یعنی افزایش کارانه ها شاید ۲۰ درصد بود. در این مدت که همه چیز رشد داشته است از تورم و رکورد اقتصادی و قیمت ها، کارانه پرداختی پزشکان خانواده روستایی تنها ۲۰ الی ۳۰ درصد رشد داشته و آرام آرام جذابیت مالی کار این پزشکان کم شد. از طرفی دیگر این پزشکان اجازه کار خصوصی هم نداشتند و موظف بودند تمام وقت در روستاها بمانند. اکنون اما کار به جایی رسیده پزشکی که استخدام هستند، چاره ای به جز سر کردن با وضعیت موجود ندارند و آنهایی که طرح می گذارند، اگر بعد از اتمام طرح فرصت شغلی پیدا کنند، از روستا می روند. همچنین بسیاری از نیروهای قراردادی هم در این سیستم ماندگار نیستند و کمبود زیادی در سطح مراکز بهداشتی مخصوصا مناطق محروم وجود دارد. چون هرچه منطقه محروم تر شده، بی نظمی های مالی بیشتر می شود. در صورتی که باید به نیروی کار مناطق محروم بیشتر رسیدگی شود. اما می بینیم مناطقی که محروم هستند، در وزارتخانه در اولویت نیستند. این درحالی است که در چنین مناطقی باید پرداختی های بهتری هم وجود داشته باشد. این دوزنمایی کلی نسبت به وضعیت پزشکان خانواده روستایی است.

پزشکان علاقه ای به ارائه خدمت در قالب پزشک خانواده ندارند

سید امیرمحمد ابطحی، پزشک خانواده سابق درباره مزایا و معایب این طرح در گفت و گو با «فرهیختگان» درباره وضعیت این روزهای پزشکان خانواده گفت: «به طور کلی استخدام پزشکان خانواده خیلی کم شده است. با وجود این همه شعار کمبود پزشک در کشور اگر شما محاسبه ای اجمالی کنید، می بینید ما در هیچ فیلدی برنامه استخدامی خاصی برای پزشکان نداریم. شما استخدام اخیر وزارت بهداشت را ببینید، ۲۵ هزار نیرو می خواستند جذب کنند اما زیر ۹۰۰ پزشک عمومی و متخصص در لیست استخدامی شان بود و جالب است که این مقدار هم خالی می ماند و پر نمی شود، ولی حتی اراده ای هم برای استخدام نیروی پزشک نیست. دوست دارم به صورت طرحی یا قراردادی از پزشکان ضریب کار این فضا را پر کنند. پس اصلا بیشتر پزشکی که در طرح پزشک خانواده روستایی کار می کنند یا طرحی اند، یعنی طرح خدمات پزشکان یا فارغ التحصیلان پیرایشگری که به صورت اجباری در آن مراکز مشغول به ارائه خدمت هستند.» ابطحی همچنین افزود: «این شغل تمام وقت است و همین مساله هم عمدتاً بسیاری از پزشکان را آزار می دهد. می توانم به شما بگویم که با حکم کارگزینی شان حقوق ثابت اینها برابر با بقیه کارمندان دولت است و



تدوین برنامه ها برای مردم با شرایطشان همخوانی ندارد

او در این باره ادامه داد: «درست است که همه این فشار را به بهوزر و مراقب هم وارد می کنند، ولی حتما باید وقتی یکی بر سر بهوزر و یکی بر سر مراقب می زنند، یکی هم بر سر پزشک بینند. این برنامه ها مدام دارند بزرگی می شوند و هر روز یک بسته خدمتی یا برنامه جدید ارائه می شود. نه بهوزر و نه مراقب و نه پزشک می داند که می خواهد چه کار کند و این خدمات و این حجم از وظایف استرس و فشار هم با حقوقی دارد می پزشک دارد می بگیرد، همخوانی ندارد. این درخت بزرگی که درست کردند رانه تنها هرس نکند، که به بال و پسر دادن به آن هم مدام دارند کمک می کنند. این درخت هرس می خواهد تا نیازهای واجب درست شود. مثلاً اینها برنامه تغذیه دارند. یک روزی من در یک روستایی نشسته بودم که فقط برق داشت. نه آب لوله کشی داشت و نه گاز.

ماما هم داشت به مادر باردار می گفت گردو، پسته، شیر... بخور، من سرم را بالا آوردم و به بهوزر نگاه کردم و گفتم اینهایی که این ماما به این مادر در ته دنیا می گوید، من پزشک هم نمی خورم. این چه برنامه هایی است که اینها تدوین کرده اند! این برنامه هایی که اینها تعریف می کنند، پر از این تناقضات است.» البته تمام این موارد، روایت یک سمت از ماجرا از پزشک خانواده است.

پزشک خانواده برای مردم نیز معایبی دارد. خدمات در مورد همه انجام می شود. ابطحی درباره مشکلات پزشک خانواده برای مردم نیز گفت: «خدمات سطحی یک شامل ویزیت و مواردی از این دست است که برای همه مردم ارائه می شود. اما برای یک دست از خدمات مانند خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و ارجاع به سطوح بالاتر تخصصی، بیمه شدگان روستایی که اکثریت قریب به اتفاق تشکیل دهنده جمعیت روستا هستند، باید از طریق سیستم ارجاعی که در دل پزشک خانواده است، حرکت کنند و این تفکر از سال ها وجود دارد که پزشک خانواده وظیفه اش ارجاع است.»

در سیستم ارجاع، تر و خشک با هم می سوزند

ابطحی در رابطه با مشکلات پزشک خانواده برای مردم نیز ادامه داد: «قدیم ها که دفترچه ای بود، صبح به صبح مردم صف می بستند و به پزشک خانواده می گفتند مهر کن تا ما به متخصص برویم. در صورتی که درستش این بود که پزشک عمومی با آرامش بنشیند، درصورتی که درستش وقت و بقیه معاینه داشته باشد و اگر لازم بود، ارجاع دهد. ولی پزشکی که آنجا می نشینند نه وقت این کار را دارد و نه بعد از مدتی توان چندگیدن با مردمی را دارد که برایشان این توجیه ایجاد نشده که شما اول باید توسط همان پزشک ویزیت شوید. در همان اول ماجرا می آید ارجاع بگیرد. این اولین دردسر و سوءتفاهم ما با مردم است. برای مردم این مساله باز نشده و هم پزشک نمی تواند یک به یک برای همه توضیح دهد. همه می خواهند بیایند برکه ارجاع بگیرند، درحالی که پزشک هم یک حد ارجاعی دارد. می گوید اگر من شما را بی حساب ارجاع دهم، اولاً مردم پذیرش ندارند، چون می گویند تو چه کار داری، من می خواهم بروم پیش متخصص و تو مرا ارجاع بده، یعنی خیلی وقت ها و نه البته همیشه، پزشک عمومی روستا را صاحب صلاحیت نمی بینند. این تنش بین مردم و پزشک است. دوم اینکه همان طور که گفتیم برای اینکه خدمات تخصصی بگیرند، باید از سیستم ارجاع این کار را بکنند و بروند. سامانه های وزارتخانه این خدمات را قبلاً برای همه تعریف می کرد و شخص می توانست با دفترچه مهرشده برود مطب خصوصی اما الان فقط بیمارستان دولتی پوشش دارد. اگر یک متخصص قلبی در بیمارستان ۲۵ نوبت داشته باشد، هفته به هفته ۱۰ نوبت آن روزش را برای دریافت کنندگان خدمات روستایی می گذارند و ۱۵ نوبت برای سایرین.»

ابطحی ادامه داد: «این نوبت ها همیشه با سرعت پیر می شوند، یعنی در همین شهرستان ما همیشه گرفتن نوبت قلب با وجود دو متخصص قلب برای بیمه شده روستایی دغدغه است. هیچ وقت نوبت گیرشان نمی آید. جای دیگر هم نمی توانند بروند. هرجا بروند خدمات آزاد است. فکر می کنم یکی از دغدغه ها و مشکلاتی است که گریبان مردم را گرفته است. البته یک دلیل آن هم شاید همان ارجاع های بی حساب و کتابی باشد که گاهی خود مردم هم طلب می کنند، ولی خود سهمیه ویزیت ها هم کافی نیست. یعنی این فیلتر و سازه کار درست نمی تواند عمل کند؛ در اصل این است که درست طرحی نداشته است. مردم در مواقع حیاتی آن طور که باید نمی توانند به پزشک متخصص مراجعه کنند و عملاً آن جیبی و غیرحیاتی ها با هم قاطی می شوند. شما فرض کنید یک پزشک در سیستم بهداشت می نشیند و کوله باری از وظایف بهداشتی روی دوشش هست. مراقبت به ۶ ماهه، ۱۲ ماهه، ۲۴ ماهه و مادر باردار. باید خانم در سن باروری که آماده باردار شدن است را ویزیت کند یا خانم میانسال. اینها را به صورت مراقبت بهداشتی رایگان انجام دهد و هر کسی هم که بیمار است باید ویزیت شود.»

کارانه شان اگر الان بخواهم در سال ۱۴۰۲ یا ووزن جدید به شما بگویم، چیزی حدود ۲۰ تا ۳۰ تومان برای کار تمام وقت دریافت می کنند. اگر عددی بالای این باشد، عددی استثناست. شاید در مناطق خیلی دورتر. دقیق ترش از ۱۸ تا ۳۰ میلیون. ۳۰ خیلی بالاست اما ممکن است به این عدد برسیم. اگر پزشکی تمام وقت، و قشش را در درمانگاه های خصوصی داخل شهر حداقل در شهر کلاله که من دارم کار می کنم، بگذارند، حداقل ۲۵ تا ۳۰ درصد درآمد بیشتری دارد و برنامه اش دست خودش است و نیازی به مرخصی گرفتن و چانه زدن با سیستم دولتی نیست و آن ساختارهای دولتی دست و پاگیر را هم ندارد و در خیلی از مواقع وقتی بیشتر کار کند، درآمدش بالاتر می رود.»

ساعتی ۳۰ الی ۴۰ تومان برای به کار گرفتن پزشک در مراکز شبانه روزی

این پزشک سابق خانواده درباره شکل خدمات و نحوه کار پزشکان در سیستم پزشک خانواده ادامه داد: «در سیستم پزشک خانواده شما خرید خدمت هستید. اگر شما یک بیمار ویزیت کنید، یک شیوه به شما حقوق می دهند و اگر ۱۰ مراقبت بهداشتی یک مورد دهید، یک جور دیگر به شما حقوق می دهند. درست است که شما را پیش می کنند و بر اساس آن حقوق را باالایی می کنند اما مثلاً در بپیک کرونا شاید ما در یک شیفت صد بیمار می دیدیم. تفاوتی در درآمد ما نداشت. همه شان همان است. برای همین شما تا یک جایی تمایل به کار داری اما وقتی از یک جایی کارت بیشتر شود، انگیزه هایت برای کار کردن خود به خود افت می کند. مثلاً در شیفت مراکز شبانه روزی که برای پزشکان می چندند، در سال ۱۴۰۰ بابت یک شیفت شبانه روزی ما در شهرستان کلاله، ۲۲۰ هزار تومان برای ۱۶ ساعت کار به کارنه ما اضافه می کردند. با کلی ریزش و دعوا این عدد در سال ۱۴۰۱ توسط وزارتخانه ۶۰۰ هزار تومان شد. الان مثلاً بسیار بالا رفته و شده است ۹۰۰ هزار تومان. شما یک پزشک را جدی از برنامه صبح تا ظهرش که موظفی او است، به طور جداگانه به صورت اضافه کاری اجباری ببرید در مرکزی بنشانید و ساعتی ۴۰، ۳۰ هزار تومان حقوق دهید. حالا در آن مرکز شبانه روزی ممکن است در آن شیفت صد یا ۲۰۰ بیمار بیاید، یعنی اعدادی از مراکز شبانه روزی بعضی از استان ها می شنوم که مغز سوت می کشد. اینکه چطور یک پزشک می تواند ۱۵ ساعت کار کند و بابت آن پول خاصی هم پرداخت نشود و یا ۱۵۰ یا ۲۰۰ بیمار ببیند.»

انتقادات درست و غلط مردم از مراکز بهداشت روستایی

ابطحی در ادامه اشاره می کند که گاهی مردم آن منطقه مرکز بهداشت را به عنوان یک بیمارستان می شناسند. یعنی مریض تصادفی به آن مرکز بهداشت مراجعه می کند و حتی گاهی مریض سکنه قلمی هم می آید. در آن مرکز بهداشت، یک پزشک حضور دارد و یک پرستار و امکانات محدود و کلی بیمار. بیماری که سرما خورده اند یا شکم درد دارند و همگی انتظار خدمات رسانی دارند. حالا اینکه پایگاه ۱۱۵ هم کنار آن مرکز باشد یا نباشد، چقدر دور باشد یا وقتی پزشک از آنها درخواست کمک می کند خودشان را می رسانند یا نه! در آنجا پزشک و پرستار با این همه فشار عملاً تنها هستند و برای مردم هم این توجه پذیر نیست که اینجا اصلاً جای یک سری وظایف و خدمات پزشکی و درمانی نیست. توقع دارند و خدمات می خواهند و هیچ وقت این فرهنگ سازی از جانب شبکه های بهداشت و درمان و رسانه ها انجام نمی شود که بگویند اینجا وظیفه اش این کارها نیست.

ابطحی در ادامه تصریح کرد: «پزشک خانواده برای سیستم وزارتخانه مرغ عروسی و عزاست، یعنی هرجا که مشکل داشته باشند، به سراغ پزشک خانواده می روند. اگر گروناست، سیستم پزشکی شان پزشک خانواده است، چون مدیریت مرکز جامع خدمات بهداشتی هم با پزشک است. من خودم یک سال تا یک سال ونیم قبل سرپرست یکی از مراکز شهرستان مان بودم که پر بود از مشکلات. یک مرکز قدیمی که سقفش هر لحظه ممکن بود روی سرم آوار شود. پیگیری این کارها را به کار اضافه کنید. در کنارش اورژانس های بیمارستان شهرستان خالی است و پزشک طرحی و استخدامی ندارند. با چوب می ایستند بالای سر پزشک خانواده که شیفت های بیمارستان را هم پر کنند، یعنی هم کار خودش را پر کنند، هم شیفت های شبانه روزی آن شهرستان را پر کنند و هم اینکه آنها هر وقت اراده کردند، به زور می خواهند شما را به اورژانس ببرند. یکی از بزرگ ترین علل سرخوردگی پزشکان خانواده بیمه روستایی همین فشاری است که می خواهند اورژانس را هم به آنها قالب کنند. پرداختی های اورژانس هم اگر بخواهند پولی بدهند، ۶ ماه تا یک سال طول می کشد. گاهی اوقات همین راه نمی دهند و فقط به کارانه اضافه می کنند، در صورتی که کارانه باید جداگانه باشد. با واکسیناسیون پزشک خانواده، طرح غربالگری فشار و دیابت پزشک خانواده مرکز بهداشت. همچنین خدمات اضافه به مادران باردار، غربالگری روان هم با پزشک خانواده است. مراقبت های اطفال هم همین طور.»

طرح اولیه پزشک خانواده به ۴۰ سال پیش و خانه های بهداشت بازمی گردد

پرویا امیری یکی دیگر از پزشکانی است که در قالب پزشک خانواده فعالیت داشته است. او معتقد است که پیش زمینه و بنیان پزشک خانواده از خانه های بهداشت شروع شده و قدمتش بیشتر از ۴۰ یا ۵۰ سال است. یعنی نیم قرن پیش با یک سری مطالعات و اطلاعاتی به این نتیجه رسیده بودند که یک فرآیندی راه بیندازند برای ارائه خدمات بهداشتی که خود سازمان جهانی بهداشت می گوید. همچنین در ادامه این طرح خانه های بهداشت با یک استاندارد و متر از مشخص در دل روستاها با کمترین هزینه احداث شد و چون آن زمان تعداد پزشک زیاد نبود و حتی آقدر کم بود که از کشورهای دیگر می آوردند، مسئولان عالی رتبه حوزه بهداشت و درمان ما به این نتیجه رسیدند که به جمعی از افراد بومی آن روستا آموزش های اولیه ارائه شود، تا یک سری خدمات بهداشتی اولیه به جمعیت روستایی ارائه کنند. مهم ترین آن واکسیناسیون بود. امیری عنوان کرد که در یک دوره ای کودکان به علت فلج اطفال و بیماری های عفونی و آگریزاد می مردند و این هدف بسیار با آن طرح ساده با هزینه خیلی کم که آن زمان بسیار هوشمندانه اجرا شده بود، همخوانی خوبی داشت. این طرح بعد از انقلاب ادامه پیدا کرد و با تاسیس وزارت بهداشت و درمان که ابتدا وزارت بهداری بود، شبکه سازی شد و شاخ و برگ پیدا کرد و خوب هم ادامه یافت.

نمی توان پزشک خانواده را به طور کل از سیستم درمان قطع کرد

امیری بر این باور است که علی رغم معایب و اشکالات طرح خانواده اما این طرح نمی تواند به طور کل تعطیل شود. او در این باره تصریح کرد: «پزشک خانواده خدماتی ارائه می دهد که اگر این خدمات قطع شود، جامعه اتفاق می افتد. مثل همان واکسیناسیونی که اشاره کردم و این دیگر سیستمی است که ریشه دوانده و دارد یک سری کارهای روتین را واقعا انجام می دهد. نظر شخصی من این است که می گویم در شرایط بحرانی ای که امروز ما در این کشور داریم، شما بعضی وقت ها باید بشجاعت این را داشته باشید که کار اضافه ای نکنید. وقتی وضع شما اینقدر خراب است که نه پول نیروی کارت را داری و نه آمارهای بهداشتی ات خیلی سرسوسامان دارد و نه اوضاع خوبی داری، یک طرح دیگر نباید اضافه شود، مثل طرح ملی پایش فشار خون که هزینه اضافه ای است یا پزشک خانواده شهری را هم روی پزشک خانواده روستایی که خودش مشکل دارد، اضافه نکن.» امیری ادامه داد: «من می گویم به صورت منطقی کارگزوهی ایجاد شود و یک بازنگری در بسته خدمتی ایجاد کنید و ببینید هدر رفت منابع کجاست. پول هدر رفت منابع را بزن به زخم خود پزشک خانواده. باید دید چقدر داریم در این سیستم کلی بهداشت و درمان ضرر می دهیم. مثلاً شما دارید ۲۰۰ میلیارد تومان در سال بابت عوارض دیابت یا مثلاً مسال معاوم به درمان هزینه می کنید باید ببینید چطور می توانید این رقم را کاهش دهید. مثلاً ۲۰ میلیارد را به نیروی سلامت بخش خصوصی بدهید، یعنی بیرون سپاری کنید و مشکل را حل کنید. اینجااست که پزشک خانواده تا پس از یک یا دو دهه طوری قوی و اصلاح می شود که آن موقع است که شما یک متخصص دردست دارید. متأسفانه چون همه چیز ما دستوری است، فکری نمی کنیم که اینجا هم می توانیم دستوری عمل کنیم، یعنی دستور بدهیم که غربالگری فشار خون انجام شود و دستور بدهیم که آمار واکسیناسیون بالا رود یا آمار فالن چیز پایین بیاید. واقعا این طوری نیست.»

با دستورات اداری مشکلات پزشک خانواده حل نمی شود

امیری همچنین در ادامه گفت: «سه ماه در این جهاد فرزندآوری که بخش زیادی از آن برعهده وزارت بهداشت بود، چیست؟ فقط بحث تبلیغاتی اش راه پزشک خانواده و وزارت بهداشت سپردند، خوب شیرخشک یا شغل پدر بچه را چه کسی باید تامین کند؟ سیستم بهداشت و درمان مثل بقیه بخش هاست. هر قدر که به آن دستور دهید، زیر بار این دستورها نمی رود اگر از مسیر درستی دستورات پیش نرود. بحث این نیست که پزشک خانواده منحل شود، بحث این است که یک جایی بفهمی که این مسیر اشتباه است یا سیستم و هیچ چیزی اضافه نکنیم و بنشینیم دوباره بازنگری کنیم و بینیم طرح غربالگری روان اضافه کردیم، به کجا رسیدیم؟ باید بینیم شاخص نتیجه ما در نهایت چیست؟ سیستم ارجاع الکترونیک اصلا طی این دوره کار کرد یا نکرد؟ باید دید مشکلاتش چه بوده و اینها را به روش درست اصلاح کنیم. نه فقط صرفاً با قانون نویسی کار را پیش ببریم. باید مساله محور و دانه به دانه کار کرد. الان امکانات ما در حد چند مساله است. شاید یک دهه دیگر شما به من زنگ بزنید و من بگویم حالا ما توانایی این را داریم که ۱۰ مساله را همزمان حل کنیم. الان مشکل ما این است که یک جا قطعش کنیم و دانه دانه در حد توان مان حل کنیم.»



فردوسی

سه شنبه ۸ اسفند ۱۴۰۲
شماره ۴۰۸۹
WWW.FDN.IR
FARHIKHTEGANDAILY

