

بسمه تعالی

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری و چالش های پیش روی داروخانه ها

خلاصه :

با توجه به اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در پنج سال اخیر و تحلیل آماری و اقتصادی آن (شهر رامشیر در استان خوزستان) میتوان تا حدود زیادی تاثیر طرح پزشک خانواده شهری را بر داروخانه ها پیش بینی کرد تا همکاران داروساز در مواجهه با آن بتوانند تدبیر های لازم را اتخاذ و اقتصاد داروخانه خود را به سلامت پیش ببرند.

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری بعد از سالها حرف و حدیث ، بالاخره در ۲۳ بهمن امسال در سه استان خوزستان (شهر رامشیر) ، چهارمحال بختیاری (شهر هفشجان) و سیستان و بلوچستان و در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر رسماً آغاز به کار کرد.

در این مقاله ،نگارنده قصد نقد طرح فوق را نداشته ولی با تکیه بر آمار پنج ساله اجرای طرح پزشک خانواده روستایی ونظام ارجاع در شهرستان رامشیر استان خوزستان ،تلاش مینماید تاثیر طرح را بر اقتصاد داروخانه ها و همکاران داروساز بهتر روشن کند تا با دید بهتری بتوانند چالش های پیش رو را درک نموده و اقتصاد داروخانه خود را مدیریت نمایند و در انتها نیز راه حل هایی را ارائه نماید.

درواقع طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری ادامه طرح پزشک خانواده روستایی و ارجاع است که از نیمه سال ۱۳۸۴ در کلیه روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز شده بود. با توزیع بیش از بیست میلیون دفترچه روستایی بین اقشار فوق و بدون توجه به تحت پوشش بودن سایر بیمه ها حجم بزرگی از همپوشانی دفترچه های بیمه رقم خورد هر فرد در بسیاری موارد بیش از یک دفترچه را در اختیار داشت. پزشکان این طرح نیز در مراکز روستایی و درمانگاههای شهری استقرار یافته و آماده پذیرش بیماران شدند. انتظار میرفت با بررسی کمی و کیفی نتایج پنج سال طرح فوق، زمینه اجرای بهتر و کاملتر طرح پزشک خانواده شهری را فراهم آورند. دست اندر کاران طرح با برجسته کردن بخش هایی از نتایج بهداشتی و مراقبتی، آنرا طرح موفق معرفی نمودند و منتقدان طرح پزشک خانواده روستایی نیز با ذکر دلایل خود عدم توفیق طرح را در بخش درمان مطرح کرده و مشکلات فراوان اجرایی را یادآوری کردند.

تعریف طرح:

در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری، خدمات بهداشتی و درمانی در سه سطح تعریف شده و ارائه میگردد:

* سطح یک: بسته خدمتی شامل خدماتی که در پوشش فهرست های انواع مراقبتها، چه پیشگیرانه و چه درمانی قرار دارند، توسط تیم سلامت که مسئولیت آن با پزشک خانواده می باشد به جمعیت تحت پوشش ارائه میگردد. هر تیم سلامت شامل ۴ پزشک و ۱۳ کادر بهداشتی و درمانی شامل ۲ پرستار، ۲ ماما، یک متخصص تغذیه، یک متخصص روانشناسی، یک متخصص بهداشت خانواده، یک متخصص بهداشت محیط و افراد دیگر هستند. این تیم مسئولیت ۱۰۰۰۰ نفر را بعهده خواهد داشت (هر پزشک ۲۵۰۰ نفر).

* سطح دو: خدمات تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار شدگان از سطح یک قرار می دهد و سپس پزشک خانواده ارجاع کننده را از نتیجه کارخویش مطلع می سازد.

* سطح سه: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری دارای اولویت را در چهارچوب بیمه های پایه در اختیار شدگان از سطوح یک و دو قرار می دهد و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می سازد.

* **تذکر مهم**: لازم به ذکر است که سازمانهای بیمه گر فقط خدماتی را که در قالب نظام ارجاع و توسط پزشکان عضو شبکه ارجاع (این خدمات شامل ویزیت-دارو کلیه خدمات درمانی ، پاراکلینیک و بستری و.. می باشد) ارائه می گردد ، تحت پوشش قرار خواهند داد.

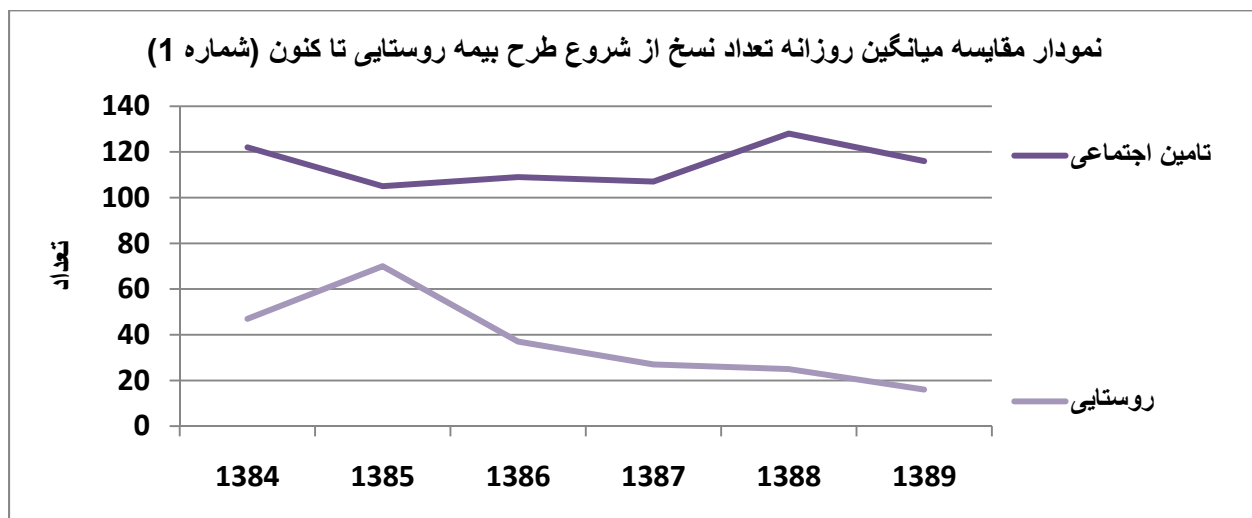
* سازمان های بیمه گر: منظور سازمانهایی است که خدمات درمانی پایه را برابر فهرست تعهدات مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور ارائه می کنند و مشتمل است بر سازمان تأمین اجتماعی ، بیمه خدمات درمانی ، نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره). (۱)

نتایج حاصل از اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در شهرستان رامشیر

شهرستان رامشیر از نیمه سال ۱۳۸۴ تحت پوشش این طرح قرار گرفت . به همه اقشار روستایی و شهری دفترچه روستایی داده شد .همه کسانی که تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی ،کارکنان دولت ،کمیته امداد و نیروهای مسلح بودند نیز صاحب دفترچه های روستایی شدند.این همپوشانی بیمه ها باعث گردید تا مردم

بتوانند هم از دفترچه روستایی در مراکز درمانگاهی استفاده کنند و هم با سایر دفترچه هایی که در اختیار داشتند بتوانند از خدمات بخش خصوصی سود ببرند. ویزیت بیمه روستایی مبلغ ۲۰۰ تومان بود و نسبت به ویزیت بخش خصوصی مبلغ بسیار ناچیزی محسوب می شد. دو درمانگاه در شهر رامشیر که محل استقرار پزشکان خانواده بودند مسئولیت درمان و ارجاع ابقشار شهری را بعهده داشتند. ضمنا داروخانه نگارنده در مسیر هر دو درمانگاه قرار داشته و طرف قرارداد بیمه روستایی نیز بوده است.

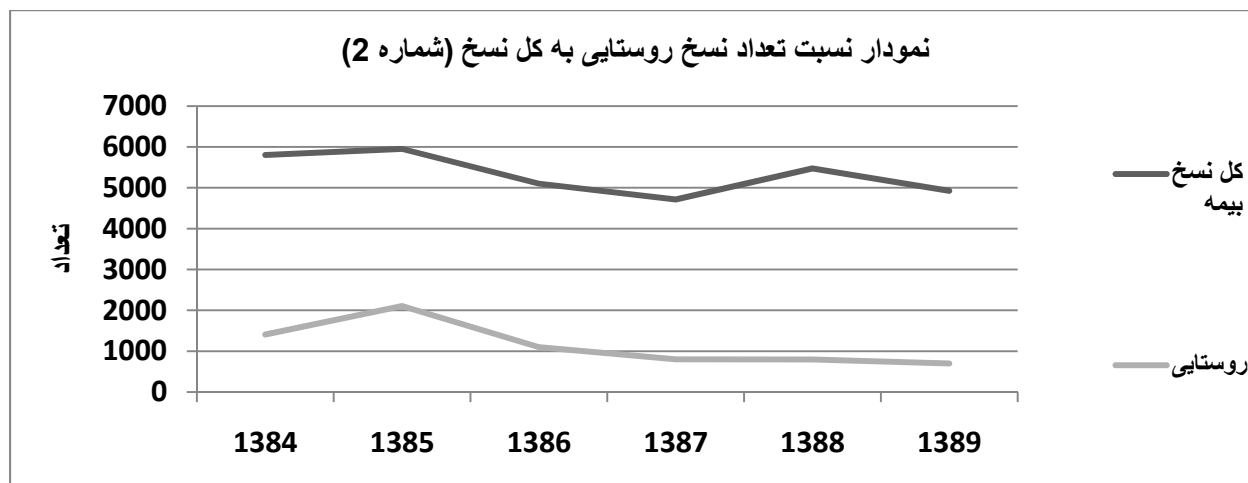
با بررسی آماری بیماران مراجعه کننده به داروخانه و با ذکر این نکته که تا حد ممکن سعی شده است سایر عوامل تاثیرگذار در این آمارگیری لحاظ شده باشد نتایج زیر حاصل شد.



همانگونه که در نمودار (شماره ۱) ملاحظه میگردد با شروع طرح از نیمه سال ۱۳۸۴ استقبال از طرح بیمه روستایی بسیار شدید و قابل ملاحظه بود و انتظار میرفت که بخش خصوصی با رکود محسوس بیمار مواجهه گردد اما تنها درصد کمی در حدود ۲۰٪ از نسخ تامین اجتماعی کاسته شد (لازم به یادآوری است سایر نسخ کارمندان دولت و نیروهای مسلح و غیره درصد بسیار کمی از کل نسخ را تشکیل میدهند). این روند که در سال ۱۳۸۵ به اوج خود رسیده بود با یک روند کاهشی در سال ۱۳۸۹، به حداقل مراجعه به پزشکان خانواده

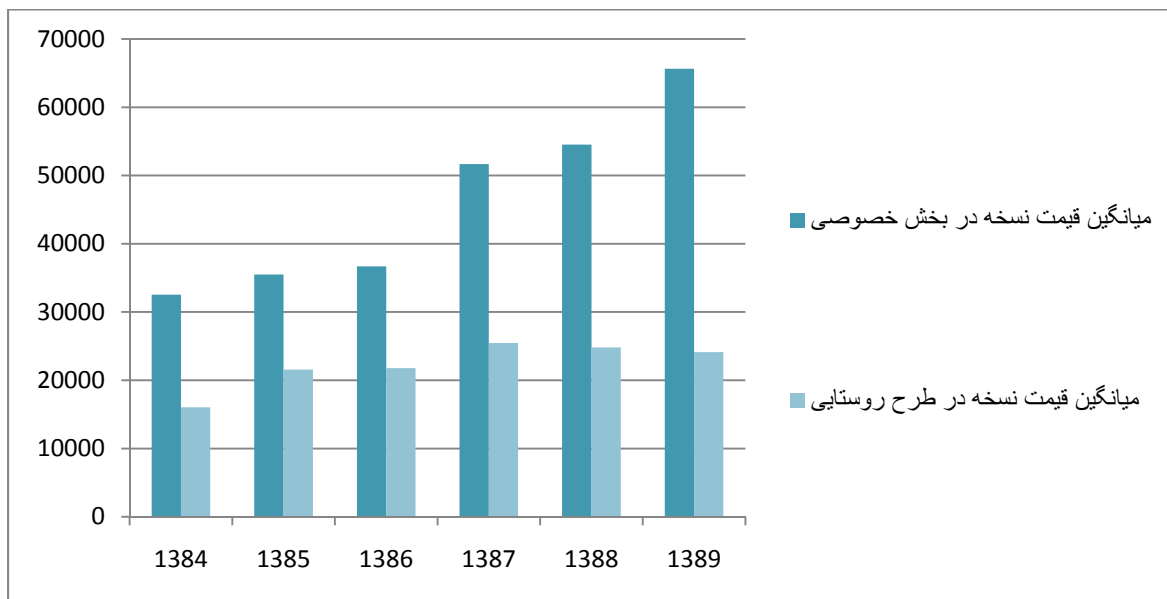
گردید . ویزیت های ۲۰۰ تومانی از یکطرف و تجربه جدید این سیستم باعث گردید تا در شروع طرح استقبال شدیدی بوجود بیاید ولی عدم دریافت خدمات درمانی مورد انتظار بعلت تجربه کم پزشکان طرح ،عدم اعتماد به پزشکان جدید،محدودیت تجویز دارو ،انتخاب اقلام دارویی از یک مجموعه محدود(۲۷۰ تا ۳۰۰ دارو)و ارجاع بیش از حد به سطح ۲ که بیمار می بایستی به مرکز شهرستان با بعد مسافت حداقل ۳۰ کیلومتر برود و ... باعث گردید تا بخش بسیار زیادی از بیماران مجدداً به سطح یک ولی در بخش خصوصی مراجعه نمایند و با پرداخت ویزیت های ۱۵ تا ۲۰ برابری نسبت به بخش دولتی، درمان مناسب را دریافت کنند.

در نمودار (شماره ۲) نیز انتظار میرفت که بخش اعظم نسخ داروخانه را نسخ روستایی تشکیل دهد و شیب تعداد نسخ روستایی به نزدیکی کل نسخ برسد که این اتفاق نیز نیفتاد و نشان داد که بیماران ترجیح میدهند تا از سایر دفترچه های بیمه خود و یا دوست و فامیل استفاده کنند و به بخش خصوصی مراجعه نمایند.



نتایج اقتصادی :

با بررسی مبالغ ریالی و مقایسه بین نسخ پزشکان شاغل در طرح روستایی با بخش خصوصی به نمودار (شماره ۳) میرسیم که در واقع بحث مهم و هدف اصلی ارایه این مقاله میباشد.



با توجه به اینکه شهر رامشیر فاقد پزشک متخصص بوده و اگر محدود متخصصانی هم بوده اند (بصورت پاره وقت و یا چند شیفت در هفته) در کل ،تاثیر زیادی در روند درمان شهر نداشته اند میتوان نتیجه گرفت که بار اصلی درمان در این شهر بر عهده پزشکان عمومی با تجربه و مورد وثوق مردم شهر و روستا در بخش خصوصی قرار داشته است.

اگر مبلغ حق فنی را از میانگین نسخ روستایی و بخش خصوصی جدا کنیم و به خالص فروش دارو توجه نماییم و از این زاویه به اقتصاد داروخانه و سود حاصل از فروش دارو که حدوداً ۱۵٪ (نسبت به فروش) میباشد نگاهی بیندازیم متوجه خواهیم شد که با فروش یک نسخه روستایی با مبلغ حدوداً ۲۵۰۰۰

تومان نسبت به بخش خصوصی که بیش از ۶۰۰۰ تومان میباشد، علیرغم کار و هزینه مساوی، پیچیدن یک نسخه روستایی فروش داروخانه رابه ۴۰٪ تقلیل میدهد.

یکی از ویژگی هایی که مسئولین محترم در خصوص قیمت دارو ی نسخ روستایی بیان می کنند پایین بودن هزینه درمان برای اقشار روستایی است که بسیار مطلوب میباشد زیرا به اعتقاد نگارنده مردم باید بتوانند بهترین خدمات درمانی را با حداقل پرداخت دریافت نمایند اما نباید گردش اقتصادی موسسات پزشکی بخصوص داروخانه ها را نادیده گرفت زیرا در اینصورت موسسه ای نخواهد ماند تا خدماتی ارائه نماید. در واقع این سازمانهای بیمه گرهستند که بعنوان واسطه اقتصادی بین بیمار و موسسات پزشکی نقش ایفا می کنند. لذا با توجه به ارزانی دارو در کشور ما، حتی اگر داروخانه ای ۱۰۰۰۰ نسخه روستایی (با فرض محال) با قیمت میانگین ۲۵۰۰ تومان داشته باشد قادر نخواهد شد از پس هزینه های خود برآید و ورشکسته خواهد شد.

تفاوت طرح پزشک خانواده روستایی و طرح پزشک خانواده شهری

همانگونه که توضیح داده شد تاکنون مردم انواعی از دفترچه های مختلف را در اختیار داشتند که میتوانستند در موقعیت های مختلفی از آنها استفاده کنند ولی در طرح پیش رو یعنی پزشک خانواده شهری کلیه دفترچه ها جمع آوری و یک دفترچه که نام و یا کد پزشک خانواده در آن قید گردیده صادر میشود و خدمات بیمه در صورتی شامل بیمار میگردد که مهر پزشک با کد و نام وی در دفترچه یکی باشد. طبیعی است هر پزشک دیگری که در دفترچه های پزشک خانواده دارو و یا خدمات پاراکلینیک تجویز نماید آزاد حساب میشود.

اگر در طرح پزشک خانواده روستایی بیماران، بهر دلیلی از خدمات مراکز درمانی دولتی راضی نبودند با سایر دفترچه های درمانی خود به بخش خصوصی مراجعه و خدمات می گرفتند و آمار این دوره پنج

ساله نیز نشان داد که بیش از ۵۰٪ مراجعین به پزشکان خانواده مجدداً توسط بخش خصوصی ویزیت شدند اما آیا در شرایط جدید نیز به همین صورت اتفاق خواهد افتاد؟ به اعتقاد نگارنده خیر.

مردم ذهنیت و دیدگاهی مثبت نسبت به دفترچه های بیمه دارند و اکثر آنها فکر میکنند بخش زیادی از سهم خدمات درمانی را بیمه ها تقبل میکنند که با واقعیت انطباق ندارد. طبق برنامه چهارم توسعه می بایستی سهم مردم از خدمات سلامت ۳۰٪ باشد اما عملاً این میزان در مورد ویزیت پزشک عمومی ۶۵٪، دارو بیش از ۵۰٪ و آزمایشگاه ۷۵٪ می باشد. حال چنانچه قراردادهای بخش خصوصی لغو گردد (که با شروع توزیع دفترچه های پزشک خانواده صورت می پذیرد) چند درصد کسانی که از خدمات درمانی بخش دولتی راضی نباشند حاضر هستند هزینه های آزاد بخش خصوصی را تحمل کنند؟

اصولاً این جمله که "آزاد است و بیمه حساب نمیشود" بسیاری را از دریافت دارو منصرف خواهد کرد. همه همکاران داروساز با این نحوه برخورد بیماران آشنایی دارند. حتی در سطوح بالاتر گرچه بسیاری از همکاران پزشک متخصص و فوق تخصص با بیمه قرارداد ندارند و مردم ویزیت های آزاد می پردازند ولی از اینکه در مراجعه به داروخانه، داروهای خود را بیمه دریافت کنند راضی هستند.

البته هر چه از شهر های کوچکتر به سمت شهرهای بزرگتر برویم بدلیل تنوع خدمات مشکلات داروخانه ها نیز کمتر خواهد بود زیرا اکثر پزشکان بخش خصوصی شهرهای کوچک بعلت بومی نبودن چنانچه نتوانند درآمد مطلوبی داشته باشند راضی به ادامه کار نخواهند بود اما این مشکل در شهرهای بزرگتر و دارای امکانات زندگی بهتر کمتر خود را نشان میدهد.

در حال حاضر اقتصاد داروخانه ها، بدلیل پایین نگهداشتن قیمت دارو، تاخیر بیمه ها، هزینه های پرسنلی بالا و ... گردش مالی مناسبی ندارد و اگر تاثیر هدفمندی یارانه ها را نیز در نظر بگیریم شرایط باز سخت تر خواهد شد. با اجرای این طرح و کاهش محسوس نسخ بخش خصوصی، اقتصاد بیمار داروخانه ها باز هم رنجورتر خواهد شد. لذا با آگاهی نسبت به شرایط پیش رو، لازم است همکاران داروساز با کنترل میزان

خرید، از حجم تعهدات مالی خود بکاهند و از سرمایه گذاری روی داروهای گرانقیمت و کم مصرف صرفه نظر نمایند. محدودیت تجویز دارو را در این طرح جدی بگیرند و تا امکان دارد در هزینه های خود تجدید نظر بعمل آورند تا به لطف پروردگار مشکلی پیش نیاید.

دکتر فریدون باختر

رامشیر - استان خوزستان اسفند ۱۳۸۹

Dr_f.bakhtar@yahoo.com

(۱) دستورالعمل اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری