

مشکلات داروسازان در مناطق روستایی

با اجرای کتاب «ارزش نسبی سلامت و نحوه جلدید ارائه خدمات درمانی در شهرهای بزرگ و کوچک»، برنامه‌ریزی‌ها بر این مدار استوار شد که تعرفه‌های خدمات پزشکی به سمت واقعی شدن سوق داده شوند و درنتیجه تسهیلات درمانی ویژه جهت استقرار پزشک، ماما و... در مناطق شهری کم‌جمعیت (شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) و مراکز روستایی کشور پیشنهاد شد.

در این میان به نظر می‌رسد متاسفانه همچون سایر موارد مرتبط به داروسازان و نظام دارویی کشور، نقش این قشر به‌عنوان حلقه واسط میان زنجیره سلامت کشور نه‌تنها نادیده گرفته شده، بلکه با ایجاد شرایط سخت و تنبیهی، منافع داروساز موسس داروخانه در مراکز روستایی به‌شدت تحت‌الشعاع این طرح قرار گرفته است. درواقع با حضور پزشک خانواده در مراکز روستایی و شهرهای کوچک، طبق آیین‌نامه، موسس داروخانه با فاصله بیش از ۵۰۰ متر از مرکز بهداشتی موظف است در محل مرکز درمانی، شعبه‌ای از داروخانه را ایجاد کند و بدون دریافت هیچ‌گونه تسهیلات مالی از محل اعتبارات طرح تحول نظام سلامت با تقبل هزینه دارو، حق بیمه دارو، سرمایه‌گذاری دارو و نظارت، به ارائه خدمت بپردازد. این در حالی است که در بسیاری از مراکز روستایی تعداد مراجعه‌کنندگان و مبلغ فروش داروخانه مرکز، کفاف هزینه تعمیلی بر داروخانه را نمی‌دهد. از طرف دیگر دولت هیچ‌گونه فرانشیزی برای پخش دارو به داروساز پرداخت نمی‌کند، اما وی را موظف به دریافت حق فنی بر اساس تعرفه دولتی می‌کند. در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که تعداد مراجعه‌کنندگان بیشتر از روستاهاست، این امر دو مفسده بزرگ می‌تواند به همراه داشته باشد. اول اینکه به دلیل ایجاد تفاوت در دریافت تعرفه، عملا مراجعه به پخش خصوصی که قطعا سال‌ها در محل سرمایه‌گذاری مالی و زمانی کرده به طور قابل توجهی تنزل پیدا می‌کند و چون حضور در محل استقرار قبلی ضروری است، زیان قابل توجهی متوجه آن موسسه می‌شود. ثابا از آنجا که معمولا تعداد مراجعه بیمه‌شدگان سایر سازمان‌ها به مراکز درمانی قابل توجه است، طبق قوانین و ضوابط حاضر نسخهیچی، نسخه‌های آنها در محل غیر از قرارداد داروخانه‌گرفانونی است وشبهه میزان دریافت تعرفه نیز در صورت نسخهیچی به قوت خود باقی می‌ماند. همچنین فارماکوپیه بیمه روستایی با فارماکوپیه رسمی کشور متفاوت است و عملا نسخه‌ها به طور کامل قابل ارائه نخواهند بود.

اما در این میان تفسیر به‌رای قانون توسط مسئولان برخی شبکه‌ها در سراسر کشور بحث مهمی است که چالش‌های جدی‌تری از موارد مذکور ایجاد می‌کند. با وجود تصریح قانون (ماده ۳۷ آیین‌نامه) درخصوص در اولویت دانستن عقد قرارداد با داروخانه‌های بخش خصوصی محل، نه‌تنها این امر رعایت نمی‌شود بلکه استقرار داروخانه خودگردان شبکه، حکایت الگوی دیگری برای داروسازان شهرهای کوچک دارد.

همچنین طبق توضیحات همین دست‌نوراعمل، چنانچه فاصله داروخانه خصوصی از مراکز درمانی مورد بحث تا ۵۰۰ متر باشد، لزومی به استقرار این داروخانه‌ها در مراکز نیست که متأسفانه فشار مدیران شبکه‌ها، دخالت غیرکارشناسانه برخی مقامات ذی‌نفع‌در این مناطق ونیز اظهارنظر اعضای شورای شهر بدون در نظر گرفتن جایگاه داروخانه به‌عنوان یک بنگاه علمی اقتصادی، موجب وارد شدن فشار اقتصادی و روحی‌روانی بر داروسازان شاغل در مناطق محروم شده است.

اما رعایت نکردن مفاد قراردادهای در خصوص پرداخت‌شتی علی‌الحساب ماهیانه بابت طلب داروخانه‌ها که با شبکه‌ها امضا می‌شود، و همچنین گرفتن سفته در قبال عقد قرارداد با داروساز و...، اگر این دو موضوع را نیز به موارد پیشین اضافه کنیم، ضرورت چاره‌اندیشی در این خصوص بیش ازپیش نمایان می‌شود.

گزارش‌ها حاکی از آن است که اطلاع نداشتن از قانون منجر به قبول شرایط غیرمعارف از طرف داروسازان شده است. همچنین اولویت عقد قرارداد با داروخانه‌های خصوصی در شهرها و روستاهای مورد بحث با فاصله کمتر از ۵۰۰ متر باید مودک‌به شبکه‌ها اعلام و بر اجرای آن نظارت شود. اما درباره دومین راهکار، نظر به اینکه در بند ۲۷ آیین‌نامه اجرایی ۱۶، تشخیص دسترسی دارو علی‌رغم رعایت فاصله کمتر از ۵۰۰ متر به عهده شبکه بهداشت شهرستان گذاشته شده، متاسفانه شاهد تفسیر به‌رای مسئولان شبکه در این خصوص هستیم. لازم است کارشناسی این موضوع به‌معاونت غذا و داروی استان‌ها، معاونت بهداشتی استان و کارشناس انجمن داروسازان به صورت مشترک سپرده شود تا از هر نوع مفسده‌ای جلوگیری شود. علاوه بر این، نظارت بر اجرای قانون باید تشدید شود. ضمن اینکه در بند ۳۸ آیین‌نامه اشاره به مصوبات سال ۱۳۹۱ هیئت‌وزیران در خصوص تعرفه، اعلام شده است که باید طبق ضوابط و مستندات، تعرفه‌ها تغییر یابد.

عضو انجمن داروسازان استان اصفهان

کاهش ۴درصدی آمار سزارین در اصفهان

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان گفت: «آمار سزارین در استان اصفهان در سال ۹۵ به نسبت سال قبل از آن با کاهش ۴/۴ درصدی در مراکز درمانی تأمین اجتماعی اصفهان مواجه شد.» به گزارش روابط عمومی سازمان تأمین اجتماعی، علی اعتصام‌پور اظهار کرد: «در سال ۹۵، از مجموع ۱۰ هزار و ۲۸۴ مورد زایمان انجام‌شده در مراکز درمانی تأمین اجتماعی اصفهان، ۴۵ درصد زایمان طبیعی و ۵۵ درصد سزارین بوده است.» به گفته این مقام مسئول، توانمندسازی مادران باردار با برگزاری کلاس‌های آموزش مادران و همسران، بهسازی فضای فیزیکی بلوک‌های زایمان و ایجاد اتاق‌های اختصاصی زایمان L.D.R و استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان را از جمله اقدامات این مراکز درمانی عنوان کرد.



در شهر خبرهایی هست

مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی تاکید کرد:

پرداخت از جیب مردم به ۶درصد کاهش یافته‌است



اینکه سازمان تأمین اجتماعی در کنار تأمین هزینه طرح تحول سلامت، برای تجهیز و ارتقای خدمات مراکز درمانی ملکی نیز فعالیت‌های گسترده‌ای داشته است، گفت: «اجرای این برنامه‌ها منجر به افزایش هزینه‌های درمان در سازمان شده که البته این افزایش هزینه افزایش سطح و عمق خدمات درمانی قابل ارائه

به جامعه تحت پوشش را به دنبال داشته است.» وی افزود: «در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی برنامه ارتقای هتلینگ منجر به بهبود کیفیت و افزایش رضایت‌مندی مردم شده است.»

■ **طراحی ۶۰ برنامه عملیاتی در حوزه درمان تأمین اجتماعی**
همچنین دکتر محمدعلی همتی، معاون سابق درمان و عضو هیئت‌مدیره سازمان تأمین اجتماعی، در این مراسم برنامه محوری را از مهم‌ترین راهبردهای مدیریتی در حوزه درمان تأمین اجتماعی

نیستند، باید سهم حق بیمه خود را از ۱۵ درصد تا ۱۰۰ درصد سرانه حق بیمه خدمات درمانی پرداخت کنند. تعیین میزان این حق بیمه مصوب هر سال براساس آزمون‌وسع خواهد بود؛ یعنی به این نکته توجه می‌شود که وضع مالی فرد تحت پوشش بیمه پایه چگونه است و بر همان اساس، حق بیمه پرداختی او تعیین خواهد شد. یکی از مهم‌ترین تصمیمات هیئت دولت که می‌تواند بارآور آشفته پرستارنماها را جمع کند، تعیین تعرفه مراقبت‌های پرستاری در منزل (home care) است. بسیاری افراد ناآگاه در حوزه سلامت از سوی برخی موسسات خصوصی به خانه‌های مردم اعزام می‌شوند و با عنوان پرستار خانگی به کار مشغول می‌شوند. تعیین تعرفه مراقبت‌های پرستاری در منزل از این گونه سوءاستفاده‌ها جلوگیری می‌کند و به شرط اجرای درست، مراقبت‌های پرستاری در منزل را به ریل علمی و اصولی برمی‌گرداند؛ به طوری که فقط پرستاران حاذق و باتجربه با تعرفه قانونی و مشخص به بالین بیماران در منازل خواهند رفت.

■ **چالش احتمال بازگشت زیرمیزی**
افزایش ۵درصدی تعرفه‌های پزشکی با واکنش‌های متفاوت مسئولان و کارشناسان نظام سلامت مواجه شده است. از یک سو،



هیئت دولت تصمیم گرفت فرانشیز پرداختی برای بیماران بستری در مراکز دولتی را ۱۰ درصد تعیین کند و این فرانشیز برای بیماران بستری که عشاير هستند با در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر زندگی می‌کنند، ۵ درصد تعیین شود. پوشش بیمه پایه داروهای بیولوژیک در درمان بیماری‌های روماتیسمی بر اساس «قیمت‌گذاری مرجع دوره تام درمان» و افزایش ۵ تا ۱۰ درصدی سرانه پزشک خانواده‌و مراقب سلامت هم از دیگر تصمیمات اخیر هیئت دولت بودند.



علی‌رضا زالی، رئیس کل سازمان نظام پزشکی، خواستار بازنگری در تعرفه‌های مصوب شده واز کاهش تعرفه برخی خدمات پزشکی گلایه کرده است.

مناقشه بر سر افزایش ۵درصدی تعرفه‌های پزشکی

در حالی که نظام پزشکی با افزایش ۵درصدی تعرفه‌های پزشکی مخالف است، کارشناسان این میزان افزایش را به مصلحت نظام سلامت می‌دانند

و هم برای بخش خصوصی است.» البته کار به همین جا ختم نشد و رئیس سازمان نظام پزشکی به احتمال بازگشت زیرمیزی اشاره کرد و گفت: «اگر رشد منطقی و متوازن تعرفه‌ها صورت نگیرد، شاهد بروز تعرفه‌های غیررسمی خواهیم بود؛ این در حالی است که دولت تلاش کرد با نگاه منطقی‌تر به تعرفه‌ها، انتظام تعرفه‌ای را ایجاد کند. حال اگر به صورت منطقی به این موضوع توجه نشود، این انتظام تعرفه‌ای مخدوش خواهد شد که برای مردم و جامعه پزشکی آسیب جدی خواهد بود.»

■ **باید مصلحت نظام سلامت در اولویت باشد**

در گام سوم طرح تحول سلامت در پاییز ۹۲، تعرفه‌های بسیاری از خدمات تشخیصی و درمانی به شکل تصاعی افزایش یافت؛ به طوری که به گفته دکتر زالی، رئیس سازمان نظام پزشکی، تعرفه‌های پزشکی در این سال بین ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصد افزایش پیدا کرد. در حالی که کارشناسان در آن برهه تاریخی درباره تبعات افزایش ناگهانی و چندبرابری تعرفه‌های پزشکی هشدار دادند، اما در آن سال با استناد به کلیدواژه «واقعی سازی تعرفه‌های پزشکی» اقتصاد سلامت دچار چالش جدی شد. این میزان افزایش تعرفه که در تاریخ نظام سلامت بی‌سابقه بود، موجب شد فشار مالی سنگینی به بیمه‌های درمانی وارد شود و حجم بدهی بیمه‌های درمانی به هزاران میلیارد تومان برسد. تناسب نداشتن سرانه درمان با افزایش چند برابری تعرفه‌ها بسیاری از بیمه‌های درمانی را به ورشکستگی کشاند. اصلا در از انتظار نیست که با تکرار همان شرایط سال ۹۳ و افزایش چند برابری تعرفه‌ها، دوباره بیمه‌های درمانی در بحران مالی شدیدی گرفتار شوند. دکتر محمدنعمین امینی‌فرد، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، در گفتگو با آیتونه‌و به همین مسال اشاره دارد و می‌گوید: «تعرفه بسیاری از خدمات پزشکی و تشخیصی چند سال قبل چند برابر شد. با توجه به وضعیت مالی بیمه‌ها و بدهی‌هایی که هنوز روی زمین مانده، افزایش ۵درصدی تعرفه‌های پزشکی با مصلحت نظام سلامت سازگار است.» این نماینده مجلس تاکید می‌کند: «برای افزایش تعرفه‌ها باید منافع همه افراد و گروه‌ها را در نظر گرفت و تصمیمی اتخاذ کرد که به نفع همه باشد. باید هم به منافع بیماران و منافع بیمه‌ها توجه داشت و هم افزایش تورم را در حوزه پزشکی در نظر گرفت. به نظر می‌رسد افزایش ۵ درصدی تعرفه‌های پزشکی در سال ۹۶ به مصلحت و منفعت جمعی در نظام سلامت نزدیک‌تر باشد.» دکتر اصغر سلیمی، نماینده مجلس و عضو فراکسیون سلامت مجلس، هم در گفتگو با آیتنه‌و، افزایش ۵درصدی تعرفه‌های پزشکی را معقول و منطقی می‌داند و می‌گوید: «همین الان هم بیمه‌های درمانی برای پرداخت مطالبات پزشکان و مراکز درمانی با مشکل مواجه هستند و به‌سختی از پس تعرفه‌های فعلی برمی‌آیند. حال در این شرایط اگر افزایشی بیش از ۵ درصد اعمال می‌شد، قطعا میزان بدهی بیمه‌های درمانی افزایش پیدا می‌کرد.» به گفته سلیمی، این افزایش ۵ درصدی تعرفه‌های پزشکی به نفع بیمار هم تمام خواهد شد و باعث می‌شود پرداخت از جیب بیماران در سال ۹۶ افزایش قابل توجهی نداشته باشد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه در چند سال اخیر، اختلاف درآمد جامعه پزشکی در مقایسه با سایر منشاغل افزایش یافته است، بنابراین افزایش بیش ازحد تعرفه‌های پزشکی می‌تواند این اختلاف دریاقتی را تشدید کند و حتی اختلاف درآمد بین پزشکان عمومی و متخصص را چند برابر وضعیت فعلی کند.