

بیمارستان‌های دولتی در خدمت نظام ارجاع جدید

طرح تحول آفرین تأمین اجتماعی با استفاده از مراکز ملکی و دولتی، دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات تخصصی را تسهیل کرده و مدت انتظار بیماران را به حداقل می‌رساند



▲ سامانه جدید ارجاع بیماران تأمین اجتماعی، دسترسی سریع به مراکز دولتی را ممکن کرده است

نظام ارجاع سازمان تأمین اجتماعی که از سال ۱۳۹۱ به‌صورت نظام‌مند در این نهاد به‌اجرا درمی‌آید، اکنون به‌عنوان یکی از «طرح‌های بیست گانه تحول آفرین و توسعه‌ای سازمان تأمین اجتماعی» با بهره‌مندی از تجارب گذشته و طراحی سامانه جدید نظام ارجاع مراحل تکوینی را طی می‌کند؛ به‌نحوی که با تشکیل جلسات هفتگی با حضور مدیرعامل سازمان و مسئولان ارشد معاونت درمان روند پیشرفت طرح ارزیابی می‌شود. بر اساس این نظام، بیماران مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی که به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند در صورت نیاز به خدمات درمانی تخصصی در مسیر ارجاع از خدمات مذکور بهره‌مند می‌شوند و ترتیب این مسیر به‌صورت فازبندی طراحی شده است. به‌گونه‌ای که به ترتیب ارجاع، درمان بیمار در همان مرکز درمانی- مراکز درمانی ملکی شهرستان- مراکز ملکی سایر شهرستان‌های استان- استان همجوار براساس فاصله- مراکز منتخب منطقه و بیمارستان میلاد انجام می‌شود. در فاز دوم قرار است که از ظرفیت مراکز درمانی دولتی/ دانشگاهی در سیستم ارجاع استفاده شود و به این ترتیب اولویت مسیر ارجاع بیمار در یک شهر ابتدا مراکز درمانی ملکی و بعد از آن مراکز درمانی دولتی/ دانشگاهی درنظر گرفته شده است؛ زیرا وقتی در یک شهرستان بیمارستان دولتی وجود دارد، نیازی به ارجاع بیمار به یک مرکز ملکی دیگر در شهرستان دورتر نیست و می‌توان از امکانات درمانی بیمارستان مذکور استفاده کرد. این اقدام نه‌تنها از هدررفت وقت بیمار جلوگیری می‌کند، بلکه امکان صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان میسر می‌شود.

برای اجرای نظام ارجاع، نرم‌افزاری اختصاصی توسط حوزه فناوری اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی طراحی شده است که به‌صورت پویا و براساس هرم ارجاع ترسیم شده، عمل می‌کند. ارسال پیامک به بیماران برای اطلاع از «تعیین وقت، تخصص مورد نظر و مرکز درمانی ارجاع گیرنده» از دیگر اقداماتی است که انجام می‌شود.

اهداف نظام ارجاع

مصطفی سالاری اخیراً در مراسم روز پزشک، با تأکید بر راه‌اندازی نظام ارجاع، هدف از اجرای طرح مذکور را حرکت مسیر بیمار مبتنی بر نیاز واقعی برشمرد. تأکید سالاری براین اصل استوار بود که امکان استفاده حداکثری از ظرفیت بخش درمان غیرمستقیم و مراکز درمانی دولتی/ دانشگاهی طرف قرارداد میسر شود و این هدف را از ابعاد اقتصاد سلامت و نیز اهداف درمانی واکاوی کرد؛ نخست اینکه این مراکز هزینه

درمانی را از جوه مالیات یا بودجه فروش نفت دریافت می‌کنند که ۴۸ میلیون نفر بیمه‌شده تأمین اجتماعی در قبال این وجوه سهم هستند. در نتیجه بهره‌مندی از خدمات مراکز طرف قرارداد می‌تواند از نظر اقتصادی به‌صرفه باشد. این اصل گرچه به‌عنوان یک راهبرد کلی مدیریتی اعلام شد؛ اما می‌تواند اهداف نظام ارجاع را نیز دربر بگیرد. مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، همچنین پیاده‌سازی نظام ارجاع را از ابعاد سلامت مهم بیان کرد؛ زیرا در قالب این نظام و با مراجعه بیمار به سطح اول درمان یعنی پزشکان عمومی، امکان تشخیص بیماری‌ها و هدایت بیمار به درمان‌های تخصصی به‌صورت علمی فراهم می‌شود.

این روند می‌تواند از اتلاف وقت و فرصت‌سوزی درمان به‌دلیل مراجعات تکراری اشتباه بیمار به درمانگران، جلوگیری کند و از طرفی صرفه‌جویی منطقی در هزینه‌های درمان نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب بیماران به‌وجود آید. او تأکید کرد در حال حاضر ۹۰ درصد هزینه‌های بستری بیماران در مراکز طرف قرارداد (با تعرفه دولتی) از سوی سازمان پرداخت می‌شود؛ اما در نظام ارجاع، خدمات درمانی صد درصد رایگان است و بیمه‌شدگان از پرداخت فرانشیز بستری معاف هستند.

فاز نخست نظام ارجاع

نظام ارجاع داخلی در دوره جدید در فازهای مختلف به‌اجرا درمی‌آید؛ در فاز نخست ۴۳۰ مرکز درمانی ملکی سازمان شامل ۸۰ بیمارستان و مراکز درمانی سرپایی هدف گذاری شده است تا به‌صورت زنجیره‌ای خدمات درمانی مورد نیاز بیماران ارجاعی را ارائه دهند. در فاز دوم از ظرفیت مراکز درمانی دولتی/ دانشگاهی در سیستم ارجاع استفاده می‌شود و در نهایت سایر مراکز بیمارستانی و تخصصی طرف قرارداد وارد زنجیره نظام ارجاع می‌شوند.

بر این اساس، اجرای طرح نظام ارجاع داخلی به‌صورت پایلوت در استان‌های تهران و البرز در مرداد امسال کلید زده شد تا امکان احصاء مسائل و مشکلات طرح فراهم شود. در همین زمینه مدیر درمان تأمین اجتماعی استان البرز اعلام کرد: «با اجرای نظام نوین ارجاع داخلی سازمان تأمین اجتماعی، بیمار دغدغه‌ای برای یافتن مراکز تخصصی و دریافت نوبت نخواهد داشت و حتی به‌طور دقیق، روز و ساعت ویزیت تخصصی برای او در

کوتاه‌ترین زمان تعیین می‌شود.»

دکتر داریوش طاهرخانی، همچنین میزان دسترسی عادلانه بیماران به خدمات درمانی را از مولفه‌های مهم عدالت در سلامت بیان کرد و گفت: «سازمان تأمین اجتماعی با ارائه خدمات در مراکز ملکی و خرید خدمت از مراکز دانشگاهی، دولتی، خصوصی و خیریه زمینه دسترسی کامل بیمه‌شدگان به خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی را در اقصی نقاط کشور فراهم کرده است و این شرایط می‌تواند شاخص دسترسی عادلانه به خدمات را ارتقا دهد.»

او افزود: «موارد مختلفی وجود دارد که به‌رغم در دسترس بودن یک خدمت، مانع از رسیدن و دستیابی به آن خدمت می‌شود که مهم‌ترین آن قرار گرفتن بیماران پشت درهای بسته «تکمیل ظرفیت» خدمات تخصصی و فوق تخصصی است. ارائه اینگونه خدمات در همه مراکز، اعم از بخش‌های دولتی و نیز خصوصی محدودیت دارد؛ تاحدی که بعضاً نیازمندان واقعی یک خدمت تخصصی، با وجود اینکه آن خدمت در جغرافیای زندگی‌شان وجود دارد، اما هرگز موفق به اخذ نوبت و بهره‌مندی از آن خدمت نمی‌شوند. در نقطه مقابل، بررسی‌ها نشان می‌دهد؛ بسیاری از کسانی که ظرفیت‌های تخصصی را اشغال کرده‌اند، اساساً نیازمند آن خدمت نبوده‌اند و مشکل‌شان در سطوح دیگر قابل رفع بوده است.»

مدیر درمان تأمین اجتماعی البرز، تأکید کرد: «بر این اساس و به منظور ارتقای میزان عدالت در دستیابی به خدمات درمانی و ایجاد بستر مناسب برای تحقق این هدف که بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در زمان بیماری دغدغه‌ای جز درد بیماری نداشته باشند، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، نظام ارجاع را به‌عنوان اولین طرح از طرح‌های بیست گانه تحول آفرین سازمان تأمین اجتماعی ابلاغ کرد.»

طاهرخانی ادامه داد: «با عملیاتی شدن این طرح، بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با مراجعه به پزشک عمومی در نزدیکترین مرکز درمانی تأمین اجتماعی، در کردور درمان قرار خواهند گرفت و تا پایان پروسه درمان به مراکز واجد خدمات مورد نیازشان هدایت خواهند شد و دیگر دغدغه‌ای در زمینه اینکه برای دریافت خدمات تخصصی به کجا مراجعه کنند و چطور موفق به اخذ نوبت شوند، نخواهند داشت.»

او تأکید کرد: «موفقیت این طرح با همراهی و اعتماد کامل بیمه‌شدگان به همکاران پزشک شاغل در مراکز ملکی محقق خواهد شد؛ زیرا اگر مشکلات آنها در سطوح

عمومی قابل حل باشد، پزشک عمومی نسبت به درمان اقدام خواهد کرد و اگر نیازمند یک خدمت تخصصی باشند، توسط درمانگر به متخصص ارجاع خواهند شد تا در ساعت و روز تعیین شده به متخصص مراجعه و تحت درمان تخصصی قرار گیرند.»

مدیر درمان تأمین اجتماعی البرز گفت: «باید توجه داشت اگر آن خدمت تخصصی در درمانگاه محل مراجعه اولیه بیمار وجود نداشته باشد، به سایر مراکز تأمین اجتماعی استان و در صورت عدم وجود آن خدمت در استان، به مراکز تأمین اجتماعی تهران ارجاع خواهند شد تا در ساعت و روز تعیین شده برای دریافت آن خدمت تخصصی به این مراکز مراجعه کنند.»

طاهرخانی با اشاره به اجرای نظام ارجاع در استان‌های البرز و تهران به‌عنوان پایلوت طرح، افزود: از تاریخ چهارم شهریور امسال سامانه نظام ارجاع داخلی سازمان تأمین اجتماعی در مراکز درمانی تأمین اجتماعی استان البرز راه‌اندازی شده است و بیماران از خدمت مذکور بهره‌مند می‌شوند.

وی ادامه داد: «با توجه به فرایندهای ارجاع، بیمار از مراکز درمانی فاقد تخصص مورد نظر به ترتیب به مراکز درمانی استان البرز و در صورت عدم وجود تخصص به مراکز معین استان در استان تهران ارجاع می‌شوند.»

تاریخچه اجرای طرح

نظام ارجاع داخلی سازمان تأمین اجتماعی از شهریور سال ۱۳۹۱ در تمامی مراکز درمانی ملکی این نهاد کلید خورد و سازمان در این سال با ارسال یک دستورالعمل به سراسر کشور، نحوه اعزام بیمار و سلسله مراتب آن را اعلام کرد.

براین اساس، انتقال بیماران در هر استان چارچوب و ضوابطی داشت که اکنون نیز رعایت می‌شود. در این روند، اولویت ارجاع بیمار با مراکز درمانی طرف قرارداد مانند بیمارستان‌های دولتی و خصوصی آن استان محل ارجاع بیمار درنظر گرفته می‌شود. در صورت نبود امکانات درمانی استان محل زندگی، برای بیماران از محدوده تعیین شده ارجاع بیمار هر استان که شامل ۷ منطقه معین است، پذیرش گرفته می‌شود. شهرهای مشهد، شیراز، اصفهان، تبریز، اهواز و کرمانشاه به‌عنوان مناطق مهم شناخته می‌شوند و هر یک از مناطق معین، بیماران ارجاعی چند استان را تحت پوشش درمانی قرار می‌دهند. به‌عنوان مثال مرکز تبریز، بیماران استان‌های آذربایجان غربی، زنجان و اردبیل را زیر پوشش درمانی دارد. در نهایت اینکه بیماران به مراکز تهران ارجاع داده می‌شوند. طی این روند، اخذ نوبت از مراکز درمانی تهران به‌صورت مستقیم میسر نیست؛ بلکه در تهران ستاد توزیع بیمار وجود دارد که هماهنگی لازم را برای پذیرش بیماران ارجاعی در مراکز درمانی ملکی انجام می‌دهند. باید توجه داشت که در سال ۱۳۸۹ سامانه اطلاعات پذیرش و توزیع بیمار راه‌اندازی شده بود و امکان انتقال بیمار در قالب این سامانه میسر شده بود.

همچنین در مدیریت درمان استان‌ها «اداره پذیرش و مدارک پزشکی» وجود داشت که هماهنگی امور ارجاع بیماران را انجام می‌داد. در بیمارستان‌ها نیز مسئول توزیع و اعزام بیمار فعال بود که اکنون نیز این افراد در بیمارستان‌های ملکی سازمان حاضر هستند و وظیفه ارائه نوبت به بیماران ارجاعی از سایر مراکز (پذیرش بیمار) و ارجاع بیماران (توزیع بیمار) به سایر مراکز را برعهده دارند.

ارجاع بیماران به سایر مراکز نیازمند مدارکی است؛ برای این بیماران، ابتدا صورتجلسه شورای پزشکی تشکیل می‌شود که در این صورتجلسه مواردی مانند مشخصات بیمار، نوع بیماری، علت ارجاع بیمار، نوع وسیله نقلیه مناسب جهت انتقال بیمار و تعداد همراهان او ثبت می‌شود و به تأیید پزشک متخصص معالج تأمین اجتماعی می‌رسد.

سپس استحقاق درمان بیمار از طریق سامانه تحت «وب» اخذ می‌شود و تصویر مدارک بیمار به‌همراه سایر اطلاعات مورد نیاز در سامانه پذیرش و توزیع بیمار قرار داده شده و در شهرستان مقصد پس از اخذ نوبت و تأیید، بیمار اعزام می‌شود.

پیش از این مرکز پذیرش و توزیع بیمار، فرم‌هایی را در اختیار بیماران قرار می‌داد تا توسط بیماران تکمیل شود و آن‌ها می‌توانستند با ارائه فرم‌های مذکور به شعب بیمه‌ای، هزینه‌های رفت‌وآمد خود را دریافت کنند و مهم‌تر اینکه از طریق این فرم‌ها، فرانشیز بستری بیماران در مراکز درمانی دولتی/ دانشگاهی در برخی موارد تا ۵۰ درصد کاهش می‌یافت یا صفر می‌شد. پس از الکترونیک شدن خدمات تأمین اجتماعی انجام این مراحل نیز در قالب سامانه امکان پذیر شد.

درمان



نکته
P O I N T



هدایت‌الله رضوانفر

متخصص داخلی اداره کل تأمین اجتماعی استان تهران

نظام ارجاع و ضرورت بازاندیشی

نظام ارجاع در کشور ما همچنان با کاستی‌های جدی روبه‌روست. تجربه سال‌ها فعالیت در کمیسیون‌های پزشکی و پزشکی قانونی من را به این نتیجه‌رساند که بیشترین فشار متوجه بیماران اورژانسی است؛ جایی که ثانیه‌ها می‌توانند مرز میان زندگی و مرگ باشند.

سکته‌های قلبی و مغزی بارزترین نمونه‌اند. این بیماران اگر در همان ساعات نخست به درمان مناسب دسترسی نیابند، یا جان خود را از دست می‌دهند یا به زندگی وابسته به تخت و ناتوانی‌های دائمی محکوم می‌شوند. انتقال این بیماران به مراکز درمانی همچنان دشوار و پرجالش است. ترافیک شهری، مسیرهای طولانی و نبود خطوط ویژه برای آمبولاس‌ها، روند درمان را کند می‌کند. اگر اراده‌ای جدی برای بازطراحی مسیرهای اضطراری در کلان‌شهرها وجود داشته باشد، می‌توان بخش بزرگی از این معضل را برطرف کرد. افزون بر آن، بیمارستان مقصد باید از امکانات تخصصی کافی برخوردار باشد؛ در غیر این صورت انتقال بیمار فایده‌ای نخواهد داشت. در کنار این موارد، دسته‌ای از بیماران اورژانسی هم وجود دارند که نیازمند اقدام فوری در چند ساعت نخست نیستند. بیمارانی با تومورهای مغزی یا مشکلات قلبی پایدار در این گروه جای می‌گیرند.

برای این بیماران، وجود ستادهای پذیرش فعال در بیمارستان‌ها ضروری است. هماهنگی نزدیک میان مراکز دولتی و دانشگاهی می‌تواند دسترسی آن‌ها به خدمات را سرعت بخشد و از سرگردانی خانواده‌ها جلوگیری کند.

اما نظام ارجاع تنها با سازماندهی مسیر انتقال بیماران سامان نمی‌یابد. پزشکان نیز باید در این چرخه جایگاه روشنی داشته باشند. هنگامی که پزشک از تأمین مالی مناسبی برخوردار باشد، انگیزه بیشتری برای همکاری با مراکز دولتی و تأمین اجتماعی خواهد داشت و کمتر به سمت بخش خصوصی گرایش پیدا می‌کند. در چنین حالتی، هم بیمار از خدمات ارزان‌تر بهره‌مند می‌شود و هم پزشک فرصت می‌یابد طیف گسترده‌تری از بیماران را تحت پوشش قرار دهد. رقابت با بخش خصوصی نیز از همین مسیر معنا پیدا می‌کند. بخش دیگر ماجرا به ارجاع بیماران سرپایی بازمی‌گردد. تجربه پزشک خانواده تا امروز موفقیت چندانی نداشته است، اما اگر این طرح به بیماران مزمن گره نخورد می‌تواند به ثمر برسد.

تشکیل پرونده سلامت برای بیماران دیابتی یا کسانی که در معرض بیماری‌های قلبی و کلیوی اند، هم امکان پایش دقیق را فراهم می‌کند و هم در صورت نیاز، مسیر ارجاع به متخصص را هموار می‌سازد. این سازوکار علاوه بر ارتقای کیفیت مراقبت، جلوی هزینه‌های زائد را نیز می‌گیرد. نظام ارجاع، در ساده‌ترین تعریف، پلی است میان نیاز بیمار و ظرفیت درمان. اگر این پلی با تدبیر ساخته نشود، بیماران یا در ازدحام شهر گرفتار می‌شوند یا پشت درهای بیمارستان‌ها بلاتکلیف می‌مانند. اصلاح این سازوکار نه تنها یک ضرورت مدیریتی بلکه مطالبه‌ای انسانی است؛ ضرورتی که با عزم جدی و همکاری نهادهای می‌تواند به واقعیت بدل شود.