



«دیدگاه»

• دکتر علی رضا افشار •

چندشغله‌ها پاشنه آشیل نظام سلامت

در کشور ترکیه، نسبت تعداد پزشک به بیمار یک به ۵۰۰ است. یعنی به ازای هر ۵۰۰ بیمار یک پزشک فعالیت می‌کند، اما در کشور ما این نسبت یک به ۱۵۰۰ است؛ به گونه‌ای که به ازای هر ۱۵۰۰ نفر یک پزشک وجود دارد. بسیاری از پزشکان ما، به‌خصوص پزشکان عمومی، به سمت مشاغل رفته‌اند که هیچ ارتباطی به رشته پزشکی ندارند. مثلاً طیف قابل توجهی از پزشکان عمومی به سمت مشاغل غیر مرتبط گرایش پیدا کرده‌اند، زیرا به طور کلی متوسط درآمد پزشکان عمومی در کشور ما پایین است و پزشکی عمومی نیز در جایگاه اصلی‌اش در نظام سلامت قرار نگرفته است.

از سویی دیگر، هزینه‌بر بودن افتتاح مطب‌ها نیز باعث شده خیل عظیمی از پزشکان عمومی نتوانند در بخش خصوصی هم وارد شوند. درحقیقت، انگیزه لازم برای جذب پزشکان عمومی در نظام سلامت ما وجود ندارد و به همین دلیل، جمعیت چشمگیری از پزشکان عمومی در مشاغل غیرمرتبط با تخصصشان مشغول فعالیت هستند. آن دسته از پزشکان عمومی هم که به کار درمانی روی آورده‌اند، بسیاری از آن‌ها فقط در حوزه‌های خاصی از نظام بهداشت و درمان وارد شده‌اند. مثلاً خیلی از پزشکان عمومی به سمت کار در مراکز ترک اعتیاد گرایش پیدا کرده‌اند و یا ترجیح می‌دهند در حوزه پوست و زیبایی کار کنند، زیرا درآمد پزشک عمومی در این بخش‌های درمانی بهتر از سایر بخش‌هاست. همین اتفاق موجب شده که پزشکی عمومی در بسیاری از حوزه‌های درمانی مهجور واقع شود. برخی پزشکان عمومی هم هستند که شاید شغل دوم یا سوم آن‌ها پزشکی باشد و درآمد اصلی‌شان از این شغل تامین نمی‌شود. بنابراین یکی از عمده دلایل بروز پدیده پزشکان عمومی چندشغله، کم‌اهمیت شمردن پزشکی عمومی، تعریف نکردن جایگاه درست پزشکی عمومی در ارتقای نظام سلامت و توجه نکردن به معیشت آن‌هاست. اوضاع برای پزشکان متخصص و فوق تخصص قدری متفاوت است. بخش خصوصی تمایل دارد بیشتر پزشکان متخصص را جذب کند، در حالی که در بسیاری از بخش‌های بیمارستانی، حضور پزشکان عمومی می‌تواند بسیار راهگشا باشد. خیلی از این پزشکان متخصص علاوه بر فعالیت در بخش دولتی در بخش خصوصی هم فعالیت می‌کنند. هم‌اکنون ضریبی که با آن تعرفه خدمات درمانی مختلف را می‌سنجیم (k)، در بیمارستان‌های خصوصی حدود هشت برابر بیمارستان‌های دولتی است. اگر اک بخش دولتی ۸۰ هزار و ۸۰۰ تومان فرض کنیم، همین ضریب خدمات در بخش خصوصی حدود 8k محاسبه می‌شود. با اجرای طرح تحول نظام سلامت، ضریب خدمات در بخش دولتی برای پزشکان طرح تمام‌وقت جغرافیایی به 2k رسید. آن گروه از پزشکانی که در یک منطقه جغرافیایی خاص تمهید خدمت دارند و یا حتی پزشکانی که به دانشگاه‌های علوم پزشکی تمهید خدمت ندارند، ولسی تمایل دارند در طرح تمام‌وقت جغرافیایی پزشکان حضور داشته باشند، می‌توانند تعرفه 2k را دریافت کنند. اما با وجود افزایش تعرفه برای پزشکانی که به صورت تمام‌وقت در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار دارند، هنوز بسیاری از پزشکان هستند که هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی کار می‌کنند. این اتفاق محصول ضعف نظارت‌ها و مدیریت نشدن حقوق و دستمزدها در نظام سلامت است. اگر درآمد یک عضو هیئت‌علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی حداقل همتراز با دریافتی پزشکان در بخش خصوصی باشد، این کار انگیزه و ماندگاری اسانتاید در دانشگاه‌ها را افزایش می‌دهد و آن‌ها دیگر نیازی نمی‌بینند که در بخش خصوصی هم کار کنند. اما وقتی درآمد اعضای هیئت‌علمی به نسبت دستمزدهای بخش خصوصی پایین باشد، خیلی از دانشگاه‌ها تلاش می‌کنند تا از هر طریقی که شده پزشک را راضی نگه دارند، زیرا خودشان هم می‌دانند که اگر بخواهند به پزشک عضو هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی فشار بیاورند و او را به انتخاب بخش دولتی یا خصوصی مجبور کنند، به احتمال قوی آن عضو هیئت‌علمی در نهایت بخش خصوصی را انتخاب خواهد کرد. به دلیل مدیریت نشدن میزان دستمزدها و نبود توازن و عدالت بین پرداختی‌های بخش دولتی و خصوصی، حتی گاهی اوقات مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی با عضو هیئت‌علمی توافقی می‌کنند که پزشک هم در دانشگاه درس بدهد و هم در بخش خصوصی کار کند. پدیده‌ای است که این اتفاق به نفع پزشک، بیمار، دانشجو و نظام سلامت تمام نخواهد شد.

معاون درمان تامین اجتماعی کاشان

رادیولوژی دیجیتال در مراکز درمانی تامین اجتماعی

مدیر کل درمان تامین اجتماعی استان تهران گفت: «براساس برنامه‌های پیش‌بینی‌شده در اداره کل درمان استان تهران، درصدهستیم تا پایان سال جاری تمامی مراکز درمانی بستری به دستگاه‌های پیشرفته رادیولوژی با سیستم دیجیتال مجهز شوند.» به گزارش آتیه‌نو، محمدتقی خسروانی مقدم یادآور شد: «البته این اتفاق مهم از ابتدای امسال در حال پیشروی است، به طوری که تاکنون بخش قابل توجهی از مراکز درمانی بستری تامین اجتماعی استان تهران به دستگاه‌های رادیولوژی دیجیتال مجهز شده‌اند.» این مقام مسئول عنوان کرد: «در نظر داریم تا پایان سال ۹۴ نسبت به تجهیز دو مرکز درمانی بستری تامین اجتماعی استان تهران به دستگاه‌های سی‌تی اسکن اقدام شود.»



در شهر خبرهایی هست

۰۶ | کتینه‌نو

عضو هیئت رئیسه مجلس شورای اسلامی مطرح کرد:

انتقاد از طرح ادغام درمان تامین اجتماعی

مردم نبوده و اگر چه در این بخش بیشترین پول را هزینه کرده‌ایم، کمترین بهره را برده‌ایم.» مصری ادغام بخش درمان تامین اجتماعی را با هر بخش دولتی غیر شرعی دانست و تاکید کرد: «این پول مال نهاد دولت نیست که بخواهد با بخش دولتی ادغام شود.» وی تاکید کرد: «این کار از نظر قانونی هم اشکال دارد، چون ادغام یک بخش عمومی غیردولتی با بخش دولتی ممکن نیست و از نظر مالی هم ایراد دارد، چون منابع تامین اجتماعی از بخش دولتی تامین نمی‌شود.»

عضو مجمع نمایندگان استان کرمانشاه ادغام تامین اجتماعی را از نظر تشکیلاتی هم نادرست خواند و عنوان کرد: «بخش درمان، از کار افتادگی، حوادث و... جزو رتوس بیمه است و امکان جدا کردن آن‌ها وجود ندارد.»

سال‌های قبل و بعد از انقلاب هیچ دولتی به تامین اجتماعی کمک نکرده و امکاناتی در اختیار آن قرار نداده، تصریح کرد: «این سازمان بسیار موفق عمل کرده و هیچ سازمانی موازی تامین اجتماعی در کشور نداریم.» او افزود: «اگر هم سازمانی موازی تامین اجتماعی در دولت وجود داشت، باید هرسال ۳۰ تا ۴۰ هزار میلیارد تومان به آن بودجه اختصاص می‌دادیم.»

وی تاکید کرد: «بنای این سازمان از ابتدا خوب نهاده شده و حدود ۷۰ سال است که با خوش‌نامی کار می‌کند و از کارگران حمایت می‌کند و کارگران و کارفرمایان نیز با پرداخت حق بیمه این نهاد غیردولتی را حمایت می‌کنند.»

وزیر اسبق رفاه و تامین اجتماعی اظهار کرد: «از سوی دیگر امکانات بخش دولتی هم هیچ‌وقت پاسخگوی نیازهای

عضو هیئت‌رئیه مجلس شورای اسلامی معتقد است: «ادغام بخش درمان تامین اجتماعی با بخش دولتی نه قانونی است و نه شرعی.»

به گزارش ایسنا، عبدالرضا مصری افزود: «بخش درمان تامین اجتماعی از جمله بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و هرآنچه متعلق به این سازمان است از عرق جبین کارگران به دست آمده و کسی حق ندارد به آن دست‌اندازی کند.» وی ادامه داد: «این مراکز با حق بیمه کارگرانی بنا شده که در کارگاه‌ها دست و پا و حتی جان خود را از دست داده‌اند و معادل ۲۷ تا ۳۰ درصد حقوق کارگر توسط کارگر و کارفرما، ماهیانه به‌عنوان حق بیمه به تامین اجتماعی پرداخت می‌شود.»

نماینده کرمانشاه در مجلس شورای اسلامی با بیان اینکه در

پزشکان دوشغله؛ هم با دولتی‌ها، هم با خصوصی‌ها!

براساس قانون برنامه پنجم توسعه، پزشکان طرف قرارداد با مراکز دولتی نباید در مراکز خصوصی هم کار کنند

این وضعیت ضروری است که پزشک در بیمارستان حضور داشته باشد. با تک‌شغله بودن پزشکان، پزشک وقت بیشتری دارد تا به بیمارانش رسیدگی کند و در نتیجه، کیفیت درمان افزایش پیدا می‌کند. همچنین اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز با تک‌شغله شدن و صرفاً فعالیت در بخش دولتی، وقت و تمرکز بیشتری برای آموزش دانشجویان خواهند داشت، اما متأسفانه هم‌اکنون برخی از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی فقط نامشان به‌عنوان استاد دانشگاه درج شده‌است و برای پیدا کردن آن‌ها باید بیمارستان‌های خصوصی را جست‌وجو کنید. غیبت از کار، تاخیرهای روزانه، تقصید منافع بین بخش دولتی و خصوصی، و رقابت ناسالم بین بخش دولتی و خصوصی، از دیگر معایب پر شمار دوشغله بودن پزشکان است. اینکه پزشکی بیشترین وقت و انرژی خود را در بخش خصوصی بگذارد و هم‌زمان از نام و شهرت بخش دولتی هم استفاده کند، هیچ نفعی به حال بیماران در بخش دولتی ندارد و بحث «عدالت در سلامت» را مخدوش می‌کند.

■ مسابقه تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی

وقتی از پزشکی می‌خواهیم بخش دولتی یا بخش خصوصی را انتخاب کند، متعلق است که مزایایی برای کار کردن او در بخش دولتی تعیین کنیم؛ به طوری که پزشک تشویق شود بخش دولتی را انتخاب کند. در همین راستا، وزارت بهداشت طرح پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی را در تابستان سال ۹۲ آغاز کرد تا یک گام عملی به سمت اجرای قانون برنامه پنجم توسعه بردارد. در این طرح قرار شد پزشکان ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌صورت تمام‌وقت فقط در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کار کنند و البته در عوض، تعرفه خدمات آن‌ها دو برابر (۲k) شود. با وجود افزایش تعرفه‌ها در بخش دولتی برای پزشکان طرح تمام‌وقت جغرافیایی، هنوز هم بسیاری از پزشکان ترجیح می‌دهند در بخش خصوصی کار کنند، یا اگر هم در بخش دولتی مشغول‌اند، کار در بخش خصوصی را رها نمی‌کنند. دلیل این موضوع را می‌توان اختلاف شدید دستمزدها در بخش دولتی و خصوصی دانست. پس از اجرای گام سوم طرح تحول نظام سلامت و افزایش ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی تعرفه بسیاری از خدمات درمانی، بسیاری از کارشناسان هشدار دادند که با این کار، اختلاف تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی بیشتر می‌شود. شواهد هم حاکی از آن است که اختلاف دستمزدها در بخش دولتی و خصوصی بیش از قبل شده و مواردی به اختلاف هشت برابری رسیده‌است. بنابراین طبیعی است که وقتی تعرفه بخش خصوصی با تعرفه بخش دولتی تفاوت فاحش داشته باشد، باز هم عطش پزشکان دوشغله برای کار هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی فروکش نکند. اما دکتر محمد آقاجانی، معاون درمان وزارت بهداشت، این استدلال را قبول ندارد و می‌گوید: «جای تعجب است که گاهی در رسانه‌ها اظهارنظرهایی منعکس می‌شود مبنی بر اینکه افزایش تعرفه هم‌زمان در دو بخش دولتی و خصوصی اتفاق افتاده است؛ در حالی که این گونه نیست. فاصله بین این دو بخش کاهش پیدا کرده و این مهم در جهت اجرای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری و تشویق جدی پزشکان برای مشارکت در طرح تمام‌وقت دولتی است.» از طرف دیگر، پرداخت 2k تمام‌وقت جغرافیایی بابت خدمات بستری، موجب افزایش مصارف بخش درمان سازمان تامین اجتماعی نیز شده است، اما به دلیل نبود تناسب منطقی و علمی بین تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی، این افزایش تعرفه‌ها فقط هزینه بیمه‌ها و نظام سلامت را افزایش داده است، بدون آنکه پدیده پزشکان دوشغله را محو کند. این افزایش مصارف بخش درمان به نقطه‌ای رسیده است که به گفته معاون درمان سازمان تامین اجتماعی، «در سال‌های ۹۲ تا ۹۴ به طور متوسط سالانه ۴۴ درصد افزایش مصارف در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی اتفاق افتاده است.»



اختلاف فاحش در آمد در مراکز درمانی خصوصی و دولتی باعث شده تا همچنان بسیاری از پزشکان ترجیح دهند با شلوغ کردن سر خود، میان بخش خصوصی و دولتی در رفت و آمد باشند

■ قانون چه می‌گوید؟

براساس تبصره ۲ بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه، پزشکانی که در استخدام بیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی درمانی دولتی و عمومی غیردولتی هستند، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. همچنین کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تامین اجتماعی و سازمان‌های وابسته، هیئت‌رئیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، روسای بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی نیز مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هر گونه پرداخت از این بابت به آن‌ها ممنوع است.

■ ضربه‌ای که بیمار می‌خورد

دکتر علی‌رضا احمدزاده، مشاور اجرایی معاونت درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی، در گفت‌وگو با آتیه‌نو معتقد است بزرگ‌ترین ضربه پزشکان دوشغله (بیماران متحمل می‌شوند: «کمترین آسیب این است که احتمال دارد برخی پزشکان دوشغله بیماران را از بخش دولتی به بخش خصوصی هدایت کنند تا درآمد بیشتری داشته باشند.» یعنی وقتی پزشک هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی کار می‌کند، احتمال دارد بیمار در بخش دولتی را متقاعد کند که به بخش

خصوصی برود. پزشک در این وضعیت تلاش می‌کند از مزایای پر شمار درمان در بخش خصوصی برای بیمار بگوید و طوری او را ترغیب کند که بیمار با اراده خود از بخش دولتی به بخش خصوصی برود. این جابه‌جایی بیمار از بخش دولتی به بخش خصوصی، هم هزینه‌های بیمار را بالاتر می‌برد و هم با افزایش تقاضاهای القایی در بیماران، هزینه‌های کلی نظام سلامت افزایش می‌دهد.

■ کیفیت درمان افت می‌کند

یکی از مهم‌ترین معایب دوشغله بودن پزشکان پایین آمدن کیفیت درمان است؛ به طوری که به گفته احمدزاده، بیمار در نهایت دچار سرگردانی می‌شود. وقتی پزشک هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی کار می‌کند، نمی‌تواند به طور کامل برای بیمارشار در بخش دولتی وقت بگذارد و در صورتی که نیاز فوری به پزشک وجود داشته باشد، پزشک نمی‌تواند در آن لحظه به داد بیمارشار برسد. زمانی که پزشک در طول روز به چندین مرکز درمانی می‌رود و برای درآمد بیشتر، حاضر نمی‌شود در یک مرکز درمانی کار کند، طبیعی است که کیفیت درمان هم پایین می‌آید. حاضر نبودن پزشک در بیمارستان می‌تواند عواقب ناگواری برای بیماران داشته باشد. تصور کنید پزشکی بیمارشار را عمل می‌کند و پس از گذشت چند ساعت از عمل جراحی، بیمار دچار عارضه می‌شود، در

پس از اجرای گام سوم طرح تحول نظام سلامت و افزایش ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی تعرفه بسیاری از خدمات درمانی، بسیاری از کارشناسان هشدار دادند که با این کار، اختلاف تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی بیشتر می‌شود. شواهد هم حاکی از آن است که اختلاف دستمزدها در بخش دولتی و خصوصی بیش از قبل شده و به اختلاف هشت برابری رسیده است.

تجربه‌ها

«

هشت