

یادداشت.
♦ **دکتر بشیر خالقی**

نظام ارجاع، راه‌حل جلوگیری از مهاجرت پزشکان

تا همین چند دهه قبل شاهد بودیم که پزشکان هندی، پاکستانی و فیلیپینی به کشور ما می‌آمدند و به ارائه خدمات درمانی به مردم می‌پرداختند، اما خوشبختانه پس از انقلاب، شاهد جهش علمی فوق‌العاده‌ای در حوزه آموزش پزشکی بودیم؛ به طوری که نمتنها دیگر نیازی به حضور پزشکان خارجی در کشور نیست، بلکه حتی پزشکان ایرانی در نقاط مختلف جهان می‌درخشند و دانش و توان آنها زیانزد است. در این بین، به دلیل مدیریت غلطی که طی سالیان سال اعمال شده، شاهد هستیم که هزاران پزشک از حرفه و شغل خود دل بریده‌اند و وارد فضای کاری دیگری شده‌اند. اختلاف درآمد زیاد بین پزشکان باعث شده عده‌ای از پزشکان دلخور و سرخورده شوند و راهی کشورهای دیگر شوند. فرسایش جسمی و روحی بین گروهی از پزشکان که درآمد کافی ندارند، اما در صف اول ارائه خدمات درمانی به مردم هستند، موجب شده آنها برای مهاجرت از کشور انگیزه بالایی داشته باشند. البته مهاجرت پزشکان ایرانی برای ارتقای دانش و تجربه به خودی خود مسئله بدی نیست، اما اگر این مهاجرت به دلیل نارضایتی و نبود فضای کاری مناسب باشد، اتفاق ناخوشایندی است که نیاز به ریشیایی علمی دقیق دارد.

فشار کاری زیاد، رعایت نشدن عدالت در پرداختی‌ها و همچنین رواج تخصص‌گرایی افراطی در نظام سلامت ازجمله عواملی است که موجب به وجود آمدن این حس یاس و دل‌سردی در بین پزشکان عمومی شده است. بی‌شک اگر نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور چان می‌گرفت و مسیر اجرای علمی و کامل این قوانین مهیا می‌شد، الان هم میزان رضایت پزشکان بالاتر بود و هم دیگر کمتر پزشکی به مهاجرت برای فرار از شرایط ناگوار فکر می‌کرد. به تعبیر دیگر، با اجرای دقیق نظام ارجاع، هم آمار مهاجرت و نارضایتی پزشکان فروکش می‌کرد و هم ترمز هزینه‌های هنگفت و غیرضروری در نظام سلامت کشیده می‌شد. در صورت تحقق این شرایط، هم بیمار به خدمات باکیفیت‌تر درمانی دسترسی داشت و هم از ظرفیت بالای پزشکان عمومی بهره‌مند می‌شدیم، اما در حال حاضر هیچ‌کدام از این شرایط محقق نشده است. به همین دلیل، هرچقدر فرایند اجرای نظام ارجاع را جدی بگیریم، به همان نسبت باید انتظار داشته باشیم که نارضایتی و مهاجرت پزشکان افزایش یابد.

عضو کمیسیون بهداشت و در مان مجلس

• خبر •

اجرای طرح حذف دفترچه در تهران، از نیمه اسفند

مدیرکل درمان تأمین اجتماعی استان تهران با بیان اینکه اجرای طرح حذف دفترچه بیمه‌گامی به سمت کارت هوشمند است، گفت: «تا نیمه اسفند اسسال، تمامی ۳۵ مرکز درمانی تأمین اجتماعی این استان این طرح را اجرامی کنند.» به گزارش آتیه‌نو و به نقل از روابط عمومی سازمان تأمین اجتماعی، دکتر محمدعلی خسروانی مقدم افزود که: «در حال حاضر حذف دفترچه بیمه و روی آوردن به کارت هوشمند دویجت جدا از هم است. بسترسازی کارت هوشمند با حذف دفترچه بیمه ممکن می‌شود.» وی با بیان اینکه طرح حذف دفترچه طرحی ملی است، تصریح کرد: «این طرح در ۱۹ واحد درمانی استان تهران تا این لحظه انجام شده است و تا نیمه اسفند اسمال ۳۵ مرکز درمانی تأمین اجتماعی استان تهران ملزم به اجرای این طرح هستند.»

مدیرکل درمان تأمین اجتماعی استان تهران با اشاره به اینکه حذف دفترچه بیمه فواید بالقعل و بالقوه‌ای دارد، تأکید کرد: «کاهش مصرف برگ دفترچه، تسهیل در پاسخگویی به بیماران سریایی و همچنین سهولت دسترسی پزشکان به سوابق نسخ تجویزی بیماران در آن مرکز درمانی از فواید بالقعل حذف دفترچه بیمه است، امکان تولید بانک متمرکز خدمات درمانی ارائه‌شده با هدف تسهیل روند تصمیم‌گیری کلان‌کشوری در حوزه سلامت از فواید بالقوه این طرح است.» وی عنوان کرد: «طرح حذف دفترچه بیمه باعث متصل شدن مراکز درمانی به یکدیگر می‌شود و درنهایت به کارت هوشمند می‌انجامد که تمام اطلاعات بیمار در آن قرار دارد و این بسترسازی برای هدفی نهایی که کارت هوشمند است، کاملاً مفید خواهد بود.»

مدیرکل درمان تأمین اجتماعی استان تهران خاطرنشان کرد: «در طرح حذف دفترچه بیمه ۵۰۰ پزشک مشارکت داشتند. از فواید این طرح می‌توان به کاهش هزینه‌ها در قسمت اَرشِیو تصویربرداری، در قسمت آزمایشگاهی که باعث تسهیل اتصال تجهیزات آزمایشگاهی به سیستم بیمارستان می‌شود و در بحث پرونده الکترونیکی بیمار اشاره کرد.»

بهره‌برداری از اولین دستگاه رادیوترایی شتاب‌دهنده خطی

اولین دستگاه رادیوترایی شتاب‌دهنده خطی در بیمارستان تأمین اجتماعی شهید دکتر فیاض‌بخش به بهره‌برداری رسید. به گزارش آتیه‌نو و به نقل از روابط عمومی سازمان تأمین اجتماعی، دکتر سیدقتی نوربخش در مراسم بهره‌برداری رسمی از این دستگاه گفت: «امروز گام دیگری در جهت درمان بیماران سرطانی و رفع آلام بیمه‌شدگان برداشته می‌شود.» دکتر نوربخش افزود: «اگر سالانه ۹۰ هزار نفر به بیماران سرطانی کشور افزوده شوند، حدود نیمی از آنها بیمه‌شده تأمین اجتماعی هستند، یعنی حدود ۴۰ هزار نفر. به همین دلیل سالانه حدود ۲۰ هزار نفر نیازمند دستگاه رادیوترایی هستند که ۱۰ درصد خدمات آنها توسط این دستگاه جدید انجام می‌شود.»

۰۶ | کتیه‌نو



نپذیرفتن دفترچه‌های بیمه تأمین اجتماعی از سوی برخی مراکز دولتی، خلاف اخلاق، قانون و سوگند‌نامه پزشکی است

تبعیض درمانی؛ زیر پا گذاشتن اخلاق پزشکی

■ محدودیت ارائه خدمات، خلاف منطق و اخلاق است

برابر اصل ۲۹ قانون اساسی و نیز مقررات سازمان بیمه سلامت، همه شهروندان باید از حق دستیابی به خدمات درمانی پایه برخوردار شوند و هیچ کس نمی‌تواند فرد بیمه‌شده‌ای را از برخورداری از این حق اجتماعی محروم کند. پیش‌تر حسن صادقی، رئیس اتحادیه پیشکسوتان جامعه کارگری، با انتقاد از عملکرد برخی بیمارستان‌های دولتی در تحریم ارائه خدمات به بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی عنوان کرد: «این اقدام مصداق آپارتاید در ارائه خدمات درمانی به شهروندان بیمه‌شده تأمین اجتماعی است. اگر قرار بر چنین برخوردهایی باشد باید از این پس مدیران سازمان تأمین اجتماعی نیز در برخورد با مراجعه‌کنندگان غیر بیمه‌شده به مراکز درمان ملکی این سازمان تغییر رفتار دهند و براساس حجم بدهی‌های انباشته دولت، خدمات درمانی ارائه کنند.» این فعال کارگری به وزارت بهداشت توصیه کرد: «دست‌کم برای حفظ حرمت این وزارتخانه هم که شده، حرمت بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی را در سراسر کشور نگه دارید.» به گفته صادقی، این رفتار مغایر سوگند حرفه‌ای پزشکی است، حتی اگر ادعای آنها در مورد بدهکار بودن تأمین اجتماعی درست باشد. بد نیست در مورد بدهی‌های انباشته خود به سازمان تأمین اجتماعی نیز اظهارنظر کنند. وی با یادآوری زمان تصویب قانون الزام تأکید کرد: «سازمان تأمین اجتماعی بالغ بر ۸۰۰ میلیارد تومان بابت به تصرف درآمن ۳۷ مرکز درمانی و بیمارستان متعلق به خود از وزارت بهداشت طلبکار است. این مبلغ جدا از بدهی ۱۲۷ هزار میلیارد تومانی است

با این حساب، سازمان تأمین اجتماعی چندین برابر طلب ۴ هزار میلیاردی وزارت بهداشت طلبکار است، اما هرگز پرداخت نشدن این مطالبات را دستمایه‌ای برای کاهش ارائه خدمات به مردم قرار نداده است. تحریم ارائه خدمات به بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی در برخی بیمارستان‌های استان فارس، اصفهان، مازندران و همچنین تهدید انجمن داروسازان به نسخه‌پیچی آزاد داروها از ابتدای اسفند امسال، نمونه‌ای از رفتارهای غیر حرفه‌ای و غیر اخلاقی چند ماه اخیر است که در نهایت دود این رفتارها به چشم بیماران خواهد رفت. اگرچه خوشبختانه دولت در اقدامی قاطع و باتذکر جدی به وزارت بهداشت، در باره این تخلف‌ها هشدار داد و خواستار توقف فوری این محدودیت‌های درمانی شد، اما باز هم می‌بینیم که هرروز در گوشه و کنار کشور، برخی نهادهای ارائه خدمت از خلأ نظارت‌های قدرتمند سوءاستفاده می‌کنند و تلاش دارند با سپر قرار دادن بیماران به مطالباتشان برسند. چندی قبل محمد آقاندانی، معاون درمان وزیر بهداشت، نیز به این تخلف‌ها واکنش نشان داد و از برخورد جدی با متخلفان خبر داد، اما طبیعی است که تا وقتی این تهدیدها رنگ واقعیت به خود نگیرند و با مراکز متخلف برخورد قانونی نشود، نمی‌توان انتظار داشت که در سال‌های آینده هم این اتفاق تکرار نشود. اینکه هر مرکز درمانی و تشخیصی به خود اجازه دهد قانون را دور بزند و برای زودتر رسیدن به مطالباتش، منافع مردم و بیماران را قربانی کند، رویه خطرناکی است که فقط با برخورد قاطع و قانونی فروکش می‌کند.



هم‌اکنون وزارت بهداشت حدود ۴ هزار و ۱۵۰ میلیارد تومان از تأمین اجتماعی طلب دارد، اما جالب است که چند هفته قبل، خود وزیر بهداشت عنوان کرد که وزارت بهداشت حدود هزار میلیارد تومان به شرکت‌های دارویی متعلق به تأمین اجتماعی بدهکار است. افزون بر این، دولت هم حدود ۱۱۰ هزار میلیارد تومان به تأمین اجتماعی بدهکار است. با این حساب می‌بینیم که سازمان تأمین اجتماعی چندین برابر طلب ۴ هزار میلیاردی وزارت بهداشت طلبکار است، اما هرگز پرداخت نشدن این مطالبات را دستمایه کاهش ارائه خدمات به مردم قرار نداده است.



تحریم ارائه خدمات به بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی در برخی بیمارستان‌های دولتی و همچنین تهدید انجمن داروسازان به نسخه‌پیچی آزاد داروها، نمونه‌ای از رفتارهای غیر حرفه‌ای چند ماه اخیر است و دود این رفتارها به چشم بیماران خواهد رفت

معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی خبر داد:

شناسایی سالانه ۱۰۰ هزار بیمار مبتلا به سرطان

■ حذف دفترچه برای ۷۰ درصد جمعیت، عملیاتی شد

همچنین مدیرکل درمان مستقیم و قائم‌مقام معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی خبر داد: «برنامه حذف دفترچه‌های درمانی تأمین اجتماعی برای ۷۰ درصد از جمعیت تحت پوشش در کشور عملیاتی شده است.» دکتر مهدی درخشان افزود: «تا پایان امسال دفترچه درمانی تمامی جمعیت تحت پوشش در کشور حذف می‌شود و برنامه خدمات الکترونیکی درمان استقرار می‌یابد. بخشی از این برنامه نسخه الکترونیکی



دیگر برنامه‌های ماست که با ۱۰ تا ۲۰ سال قبل قابل قیاس نیست.»



یکشنبه ۲۴ بهمن ۱۳۹۵ ● شماره نود و دو

A T I V E H N O

■ مقصر انباشت بدهی‌های تأمین اجتماعی کیست؟

ناید از خاطر برد که اگر سازمان تأمین اجتماعی در پرداخت مطالبات بیمارستان‌های دولتی و داروخانه‌ها به مشکل برخورده است، منشأ این اتفاق را باید در عملکرد و سیاست‌گذاری تولیت نظام سلامت دانست. وقتی سرانه و تعرفه نظام سلامت با یکدیگر همخوانی نداشته باشد، نتیجه‌اش ورشکستگی بیمه‌های درمانی خواهد بود. با اجرای گام سوم طرح تحول سلامت در آبان ۹۳، تعرفه‌های خدمات پزشکی بین ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصد افزایش پیدا کرد، بدون آنکه سرانه درمان افزایش پیدا کند. نتیجه چند برابر شدن تعرفه‌ها، بدون آنکه منابع بیمه‌های درمانی افزایش پیدا کنند، انباشت بدهی بیمه‌هایی شد که توان پرداخت مطالبات مراکز درمانی را نداشتند. در شرایطی که انتظار می‌رفت تولیت نظام سلامت با نیم‌نگاهی به اعتبارات موجود، تعرفه خدمات پزشکی را افزایش دهد، تولیت نظام سلامت افزایش تعرفه‌ها را بدون افزایش سرانه عملی کرد. حال بعد از گذشت بیش از دوسال از این عدم توازن، نتیجه این سیاست‌گذاری‌های غیرعلمی را به صورت افزایش روزافزون بدهی بیمه‌های درمانی شاهد هستیم. دکتر عباسعلی پورافرانی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، هم در گفتگو با آتیه‌نو تأکید دارد که از همان روزهای نخست افزایش تعرفه‌های پزشکی در طرح تحول سلامت، هشدار دادیم که این اتفاق می‌تواند نظام سلامت را با چالش جدی مواجه کند، اما صحبت‌های کارشناسی ما در آن دوره چندان جدی گرفته نشد.

این نماینده مجلس یادآوری می‌کنند: «افزایش تعرفه‌ها طی چند سال اخیر، تماسی با تورم و اعتبارات نظام سلامت نداشته است که به همین دلیل، بارها هشدار دادیم تداوم این وضعیت می‌تواند به ورشکستگی بیمه‌های درمانی منجر شود.» محدودیت جدی مردم در دسترسی به خدمات درمانی، به گفته این نماینده مجلس، برآیند قابل انتظار از تصمیمات غیرکارشناسی در این حوزه است. افزایش پیدا نکردن تعرفه‌های خدمات پزشکی در سال ۹۶، حداقل کاری است که می‌تواند مانع انباشت بیشتر بدهی بیمه‌های درمانی شود، زیرا شیب افزایش تعرفه‌ها در چند سال اخیر شتابی فزاینده داشته است. حتی به گفته پورافرانی، میزان افزایش تعرفه‌های خدمات متنوع پزشکی هم چندان با منطق همخوانی نداشت، به طوری که میزان افزایش تعرفه برخی خدمات پزشکی غیرمنطقی بود، در حالی که برخی خدمات دیگر از افزایش تعرفه‌ها محروم ماندند.

است که استان یزد به طور آزمایشی در حال حاضر میزان آن است و به زودی این مهم در تمامی استان‌ها اجرایی می‌شود.» وی خاطرنشان کرد: «رویکرد سازمان تأمین اجتماعی در دولت تدبیر و امید بهبود خدمات در حوزه کمی و کیفی است و در این راستا به صورت هفتمند بودجه حوزه درمان از ۵ هزار میلیارد تومان در ابتدای دولت یازدهم به ۱۸ هزار و ۶۰۰ میلیارد تومان در حال حاضر افزایش یافته است.» درخشان اظهار کرد: «از سال ۹۳ تاکنون ۶۰۰ تخت بیمارستانی عادی، ۶۵ تخت ویژه، ۵ بیمارستان و ۲۳ مرکز درمانی به تأسیسات و خدمات درمانی این سازمان در کشور افزوده شده است.»