

مسئولان پذیرش بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در گفت‌وگو با «آتی‌نو» مطرح کردند:

اعزام بیماران با هدف بهبود ارائه خدمات درمانی

به‌ویژه اینکه برخی از بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در زمینه‌های تخصصی، قطب درمان کشور محسوب شده و بیمه‌شدگان از اقصی نقاط کشور به این مراکز اعزام می‌شوند. اعزام بیماران دارای ضوابط و مقرراتی است که برای روشن شدن زوایا و چالش‌های آن با چند تن از مسئولان پذیرش بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها به گفت‌وگو نشستیم که اکنون پیش روی شماست.

سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر مراکز طرف قرارداد درمانی، تشخیصی و دارویی با فراهم کردن مراکز ملکی در سراسر کشور، پاسخگوی نیازهای بیمه‌شدگان در روزهای سخت بیماری است و بسیاری از افراد تحت پوشش، مراکز درمانی تأمین اجتماعی را اولویت نخست انتخاب خود قرار می‌دهند. بی‌شک عواملی مانند کیفیت مناسب و رایگان بودن صفر تا صد خدمات در این انتخاب دخیل است؛

گفت‌وگو

سلاسه‌صدرایی

روزنامه‌نگار

رئیس اداره هماهنگی و نظارت بیمارستانی مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان «زنجان»، یکی از عوامل افزایش اعزام را عدم رضایت بیماران در مراجعه به مراکز دولتی و دانشگاهی به‌دلیل پرداخت فرانشیز بیان کرد. او همچنین گسترش خدمات تأمین اجتماعی را در راستای کاهش انتقال بیماران و جلب رضایت بیمه‌شدگان برای دسترسی به خدمات رایگان دانست.

اعزام به نزدیک‌ترین مرکز درمانی

طاهره علیمردانی با بیان اینکه اعزام بیمار در سازمان تأمین اجتماعی از خدماتی است که کمتر شناخته شده، گفت: «اعزام بیمار برای بیمه‌شدگانی انجام می‌شود که خدمات درمانی موردنیاز آن‌ها در شهرستان محل سکونت‌شان وجود نداشته باشد. این بیماران از طریق واحد اعزام به نزدیک‌ترین مرکز درمانی واجد شرایط، فرستاده می‌شوند. باید توجه کرد خدمات اعزام تنها برای بیمه‌شدگان اجباری است و بیمه‌شدگان اختیاری و مشاغل آزاد از این خدمات بهره‌مند نمی‌شوند. نحوه پذیرش و انتقال اعزام نیز این‌گونه است که اگر پزشک معالج اعم از پزشکان تأمین اجتماعی یا مراکز طرف قرارداد، تشخیص دهند که بیمار نیازمند برخورداری از آن‌نوع خدمات تخصصی یا فوق تخصصی است که در محل زندگی‌اش وجود ندارد، نسبت به صدور معرفی‌نامه اعزام او اقدام می‌کنند.»

او در شرح جزئیات اعزام بیماران گفت: «بیمار، معرفی‌نامه پزشک معالج خود را به نزدیک‌ترین مرکز ملکی شهرستان محل سکونت خود ارائه می‌دهد و مسئول پذیرش مرکز، مدارک را از طریق سامانه به مرکز پذیرش و توزیع مدیریت درمان استان ارسال می‌کند. پس از برگزاری شورای پزشکی و تأیید مراتب، مسئول پذیرش، مدارک را از طریق سیستم نرم‌افزاری به بیمارستان مقصد ارسال و



اعزام بیماران سبب می‌شود تا نیازهای درمانی بیمه‌شدگان به‌درستی پاسخ داده شود و خدای ناکرده بیمار در میانه روند درمان رها نشود؛ به‌ویژه در شرایط سخت اقتصادی، بتواند از خدمات رایگان استفاده کند

نوبت ویزیت دریافت می‌کند. بیمار باید در موعد مقرر به بیمارستان مقصد مراجعه کرده و خدمات موردنیاز خود را دریافت کند. در شهرستان زنجان، اولین مقصد اعزام بیماران با بیمارستان عالی‌نسب تبریز است و چنانچه خدمت موردنظر در این بیمارستان فراهم نباشد، بیمار به بیمارستان‌های ملکی تهران اعزام می‌شود. در برخی از موارد نیز در صورت نبود خدمات موردنظر در مراکز ملکی، بیماران به مراکز دانشگاهی معرفی می‌شوند. پس از انجام خدمات، بیمار باید برگه اعزام خود را از مسئول پذیرش و توزیع بیمارستان مقصد دریافت کرده و پس از بازگشت به شهر خود به شعبه اخذکننده حق بیمه تحویل دهد تا هزینه رفت‌وآمد خود را دریافت کند.»

رئیس اداره هماهنگی و نظارت بیمارستانی مدیریت درمان استان زنجان با اشاره به ایجاد برخی از مسائل در روند اعزام، تأکید کرد: «یکی از مهم‌ترین مسائل، مربوط به اعزام بیماران به مراکز دولتی و دانشگاهی است. مواقعی پیش می‌آید که خدمات موردنیاز بیماران در مراکز دولتی یا دانشگاهی محل سکونت‌شان وجود دارد، اما با توجه به پرداخت فرانشیز، برخی از بیماران از مراجعه به این مراکز خودداری می‌کنند و به‌دلیل رایگان بودن خدمات اصرار به اعزام به سایر مراکز ملکی تأمین اجتماعی دارند. ازسوی دیگر، مدت انتظار بیماران برای دریافت خدمات از مراکز دولتی و دانشگاهی گاهی طولانی می‌شود و برخی از بیماران با وجود شرایط غیر اورژانسی، تحمل پذیرش مدت انتظار طولانی را ندارند.»

اعزام برای جراحی‌های ارتوپدی

علیمردانی ادامه داد: «یکی دیگر از عوامل افزایش اعزام بیمار، مربوط به جراحی‌های ارتوپدی بود. بر اساس دستورالعمل سازمان، در عمل‌های جراحی تعویض مفصل باید از پروتزهای ایرانی استفاده شود. این در حالی است



توصیف کرد. او هرچند روند اعزام را منطبق بر قوانین و مقررات واضح و روشنی دانست، اما در برخی موارد، فرجام کار را همراه با مشکلاتی از جمله نبود پزشک معالج در زمان مقرر و امکان هدایت افراد به بخش‌های خصوصی بیان کرد. او ایجاد سازوکاری برای هدایت بیماران را در مسیر درمان تا سرمنزل مقصود، ضروری اعلام کرد.

علی زبیری با اشاره به روند پذیرش و توزیع بیماران، گفت: «در مراکز ملکی تأمین اجتماعی بیماران به سه طریق از خدمات درمانی استفاده می‌کنند؛ یکی به‌صورت درمان سرپایی، دیگری بستری و روش سوم، اعزام یا راجع بیمار. در بخش سرپایی بیماران از طریق نوبت‌دهی حضوری یا غیرحضوری و در بخش بستری نیز از طریق دستور پزشک معالج پذیرش می‌شوند. در روش سوم، اعزام یا ارجاع بیماران در صورتی اتفاق می‌افتد که خدمات موردنیاز آن‌ها در آن مراکز درمانی فراهم نباشد که در این صورت به سایر مراکز ملکی ارجاع داده می‌شوند.»

خدمات رسانی با ظرفیت کامل

او درباره میزان پذیرش بیماران در «بیمارستان شقای سمنان»، گفت: «این مرکز، تنها بیمارستان ملکی سازمان در استان است و با ظرفیت کامل خدمات‌رسانی می‌کند. به‌طوری که آمار پذیرش بیماران در حوزه‌های بستری و سرپایی همواره در سقف ظرفیت بیمارستان قرار دارد، به‌نجوی که ضریب اشغال تخت‌ها بسیار بالاست و در صورت نیاز به عمل فوری، تخت‌های مازاد پیش‌بینی شده



توزیع خدمات با برنامه سطح‌بندی

زبیری تأکید کرد: «توزیع خدمات پزشکی مطابق با برنامه سطح‌بندی وزارت بهداشت پیش می‌رود که یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده آن ضریب جمعیت است. استان سمنان هرچند جزو بزرگ‌ترین استان‌های کشور محسوب می‌شود، اما به دلیل وجود مناطق کویری، جمعیت بالایی ندارد. در نتیجه خرید تجهیزات پزشکی (HiTech) که هزینه بسیار بالایی دارد، از جنبه‌های اقتصادی و نیز معیارهای سطح‌بندی خدمات، منطقی نیست. در حال حاضر این استان دارای یک دستگاه ام‌آر‌آی در شهر سمنان است که متعلق به دانشگاه علوم پزشکی است و برای جمعیت استان کفایت می‌کند. اخیراً نیز یکی از این دستگاه‌ها در شهرستان دامغان از سوی بخش خیریه فعال شده است.»

او با اشاره به برخی مسائل درباره اعزام بیماران، ادامه داد: «با توجه به اینکه اعزام بیمار مبتنی بر قوانین شفاف و مشخصی است، کمتر مسائل پیچیده‌ای ایجاد می‌شود؛ اما بعضی مواقع فرجام اعزام می‌تواند دور از انتظار باشد. برای مثال وقتی بیماری از شهرستان برای ویزیت نزد متخصص اعزام می‌شود، ممکن است در تاریخ مقرر پزشک حضور نداشته باشد و یا اینکه بیمار از سوی پزشک معالج در مرکز طرف قرارداد به سمت مطب خصوصی سوق داده شود، یا شرط عمل جراحی پزشک در بیمارستان بخش خصوصی محل خدمت خود او باشد. چالش‌هایی از این دست برای بیماران وجود دارد. همچنین بیمار پس از اعزام به تهران و دریافت خدمات درمانی، باید فرم اعزام خود را به‌صورت دستی به بخش اسناد پزشکی ببرد که این اقدام به‌ویژه برای افرادی که از شهرستان‌های دور دست مراجعه کرده‌اند، دشواری‌هایی به همراه دارد. متأسفانه تأیید فرم اعزام به‌صورت آنلاین انجام نمی‌شود.»

بهره‌مندی از فناوری اطلاعات

مسئول پذیرش سرپایی در مانگاه‌های «بیمارستان شقای سمنان»، بهره‌مندی از فناوری اطلاعات را در حوزه خدمات پذیرش بیماران بسیار چشمگیر بیان کرد و درباره آن گفت: «در سال‌های اخیر، فناوری اطلاعات، انقلابی را در پذیرش و اعزام بیماران ایجاد کرده و در حال حاضر سامانه جامع اطلاعات بیمارستانی (HIS) خدمات بیماران را ثبت و جمع‌آوری می‌کند. این سامانه در طول زمان ارتقا یافته و نسخه‌های جدید آن رونمایی شده است. انتظار می‌رود تا امکان لینک اطلاعات آن با سامانه‌های سایر بیمه‌ها و سازمان‌های دیگر هم فراهم شود.»

کارشناسان و مسئولان پذیرش، ایفاگر نقش تولی‌گری سازمان نسبت به سلامت بیمه‌شدگان هستند

و با جمعیت‌عظیمی از بیماران سروکار دارند که خدمت‌رسانی به آن‌ها علاوه بر وظایف حرفه‌ای از ابعاد انسانی نیز قابل توجه است

زبیری درباره اهمیت خدمات پذیرش بیماران، گفت: «کارشناسان و مسئولان پذیرش، ایفاگر نقش تولی‌گری سازمان نسبت به سلامت بیمه‌شدگان هستند و با جمعیت عظیمی از بیماران سروکار دارند که خدمت‌رسانی به آن‌ها علاوه بر وظایف حرفه‌ای از ابعاد انسانی نیز قابل توجه است. برای مثال در مراکز بانکی، برخورد کارکنان با مراجعه‌کننده‌ها از زبان ریاضی است که می‌تواند خشک باشد اما نیروهای کادر درمان، چه در حیطه تأمین اجتماعی یا علوم پزشکی، با بیماران درگیری عاطفی و انسانی پیدا می‌کنند و هر اقدامی که در راستای درمان بیماران نتیجه‌بخش نباشد، سبب انده آن‌ها می‌شود. می‌توان گفت، معنوی‌ترین هدفی که می‌توانیم داشته باشیم این است که همه بیماران با رضایت‌مندی مرکز درمانی را ترک کنند. برای بهبود ارائه خدمات لازم است تمامی بیماران از مسیر تریاژ عبور کنند تا امکان هدایت‌شان مسیر شود. اکنون این مسیر در اورژانس‌ها وجود دارد، اما همه بیماران از قایل اورژانس وارد چرخه درمان نمی‌شوند و برخی از افراد حتی نمی‌دانند که مشکل‌شان چیست. بنابراین باید سازوکاری ایجاد شود تا بیماران در مسیر درمان تا سرمنزل مقصود، راهنمایی شوند.»

یادداشت



چالشی به نام افزایش جمعیت سالمند



هوشنگ عطاپور

رئیس‌انجمن تخصصی بیماران ایران

به جرأت می‌توان گفت یکی از ابرچالش‌های پیش روی کشور، افزایش جمعیت سالمند در دهه‌های اخیر است. سالمندی عبارت است از تغییرات فیزیولوژیک طبیعی، پیش‌رونده، خودبه‌خود و غیرقابل بازگشت که در آن قوای جسمانی و روانی هر دو به‌طور قابل توجهی رو به نقصان می‌رود. سالمندی را به‌طور قراردادی مترادف با شروع سن ۶۵ سالگی می‌دانند. به جمعیتی که بیش از هفت درصد آن به افراد بالای ۶۰ سال اختصاص یابد «جمعیت سالمند» می‌گویند. این تعریف از سوی سازمان جهانی بهداشت بنابر شرایط کشور‌های در حال توسعه ارائه شده که شامل کشور ما نیز می‌شود.

بر اساس آمار سال ۱۳۹۵ کشور، ۹٫۳ درصد جمعیت را سالمندان تشکیل می‌دهند. نسبت این جمعیت در استان‌های شمالی بیشتر و در استان‌های جنوبی کمتر است. در سال ۱۳۹۵ تعداد سالمندان کشورمان ۷ میلیون و ۴۵۰ هزار نفر بود که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور را فرا بگیرد؛ بنابراین تا ۱۵ سال دیگر جمعیت سالمند ما دو برابر خواهد شد. با توجه به تحولات جمعیتی، می‌توان رشد جمعیت سالمند را جزو ابرچالش‌ها قرار داد. در چرایی این ابرچالش، باید دارد و اگر اکنون برای مدیریت و پاسخگویی به آن‌ها برنامه‌ریزی نداشته باشیم، این موضوع می‌تواند کشور را با بحران‌های اجتماعی مواجه کند. به‌ویژه اینکه جمعیت سالمند فعلی به‌دلیل سیاست‌های جمعیتی گذشته با کوچک شدن بُعد خانوار روبه‌روست و نگهداری و مراقبت از اعضای سالمند خانواده بیش از گذشته بر عهده سازمان‌های اجتماعی و حمایتی است. باتوجه به این موضوع که سالمندان نیازهای اقتصادی، سلامتی و روانی فراوانی دارند. در حوزه اقتصادی نیز بسیاری از جمعیت سالمند کشور فاقد پوشش بیمه‌های درمانی واجتماعی مؤثر هستند. در عمل، سقف مستمری و بیمه‌های درمانی پاسخگوی نیازهای فزاینده سلامتی آن‌ها نیست. همین موضوع سبب می‌شود افراد سالمند دچار فقر اجتناب‌ناپذیر و افت رفاه و کاهش آسایش مادی و روانی شوند. در حوزه سلامت، افت توانایی‌های جسمانی و روانی، این قشر را جامعه‌ادر برابر محیط و تغییرات فیزیولوژیک آسیب‌پذیر می‌کند. شیوع بیماری‌های مزمن مانند فشارخون، بالا دیابت، بیماری‌های قلبی، بدخیمی‌ها و شایع‌تر از همه بیماری اسکلتی و عضلانی (پوکی استخوان و ضعف حرکتی) به‌افت کیفیت زندگی آن‌ها منجر شده و بیش از پیش آنان را نیازمند حمایت‌های سلامتی واجتماعی می‌کند. تنهایی، خروج فرزندان از خانواده و از دست‌دادن همسر، این جمعیت را مستعد بی‌خوابی، اختلالات افسردگی و اضطراب می‌کند و این شرایط ضرورت حمایت‌های اجتماعی، معنوی و جسمانی از آنان را دوچندان می‌کند. افراد سالمند تنها به‌دلیل عدم توانایی در تهیه غذای مناسب و مشکلات جویدن و گوارش با سوءتغذیه دست‌وپنجه نرم می‌کنند و همه این مشکلات به‌شکل هزینه‌بر دوش جامعه آینده‌سنگینی خواهد کرد. مهم‌ترین فعالیت در این زمینه، شناخت این جمعیت، نیازهایشان و برنامه‌ریزی پیشگیرانه و مراقبتی برای کاهش آسیب و عوارض سالمندی و بهبود کیفیت زندگی است. بسیاری از اختلالات حرکتی و فیزیکی را می‌توان در دوره میان‌سالی مدیریت کرد تا در سالمندی با عوارض ناخواسته کمتری مواجه شویم. حتی بیماری‌های قلبی و عروقی و فشارخون با کنترل و مراقبت مناسب در سالمندی قابل تحمل و بدون عارضه خواهد بود. سازمان‌های حمایتی می‌توانند برنامه‌های حمایت اجتماعی خود را برای افراد سالمند فقیر و آسیب‌پذیر از اکنون پیش‌بینی و اجرا کنند تا در آینده غافلگیر نشوند. تأسیس و توسعه خانه‌های سالمندی روزانه که سالمندان در ساعات روز برای سرگرمی و همنشینی با همسالان خود در این مکان‌ها حضور پیدا کنند و شب‌بهار برای استراحت به خانه خود بازگردند، بسیار ضروری است. تأسیس رشته‌های تخصصی طب سالمندی، پرستاری سالمندی، روانپزشکی و فیزیوتراپی نیز اهمیت بسیاری دارد و باید جزو برنامه‌های آینده‌نگرانه نظام سلامت قرار گیرد.