◄ ادامه از صفحه ۹

درمقابل، در صورت وجود عواملی مانند «رابطه مالی مستقیم بین ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات» شانس وقوع مخاطرات اخلاقی بالاتر هم می‌رود. روش‌های پرداخت مانند کارانه و تاحدودی DRG که در قالب آنها رابطه مالی بیشتری بین بیمار و پزشک ایجاد می‌شود، مخاطرات اخلاقی شدیدتر می‌شوند. حتی وقتی بخش قابل توجی از پرداخت‌ها برمبنای کارانه‌هاست و درعین حال رابطه مالی مستقیم میان دوطرف معامله وجود ندارد. برای مثال وقتی شرکت‌های بیمه به جای بیماران هزینه خدمات را پرداخت می‌نمایند، احتمال رخ دادن پیامدهای ناگوار مانند وقوع تقاضاهای القائی بیشتر هم می‌شود. در این موارد هرکسی ممکن است گرفتار وساوس شود؛ حتی پزشکانی که در نظام سلامت، مشهور به رعایت اخلاقیات و لذا خوش‌نام هستند.

یعنی نظام کارانه می‌تواند منجر به کم تعهدی حتی در میان چنین افرادی بشود و لذا در مطب برخی از اینها نیز با این پدیده ورود همزمان چند مریض با انگیزه افزایش کارانه و دریافتی مواجه می‌شوید. بنابراین افزایش تعرفه‌ها به‌خودی خود و بدون نظارت، بدون نظام ارجاع، بدون دستورالعمل‌های بالینی و بدون پرونده الکترونیک سلامت، ضامن رعایت شدن منافع مردم نیست. بدون ضمانت‌های اجرایی مذکور و فقط در قالب تداوم نظام کارانه، بعضاً اولیه‌ترین و بدیهی‌ترین اصول و استانداردها در ویزیت‌ها و در ارائه سایر خدمات، ممکن است رعایت نشوند. لذا این گونه اصلاحات غیر همه‌جانبه در نظام سلامت به بسیاری آفات دیگر منجر خواهند شد؛ از جمله به تداوم انواعی از کم‌فروشی‌ها در تولید خدمات، به تقاضاهای القائی، به خطاهای پزشکی و یا به تداوم تقلب کردن در قالب‌ها و اشکال دیگر.

پس می‌خواهم بگویم دولت اگر بخواهد براساس همین نظام کارانه پرداخت‌هایش را انجام دهد، قطعا نمی‌تواند برای همیشه دوام بیاورد. مخصوصا با این مدلی که الان هست؛ یعنی در قالب فعلی که دریافت بسیاری خدمات، پروسیجر محور شده است. قبلا اینطور بود که مثلا مریض وارد مطب پزشک می‌شد، با پزشک صحبت می‌کرد، یک نسخه دریافت می‌کرد و از مطب خارج می‌شد. اسم مجموعه این اجزاء خدمت را «ویزیت» گذاشته بودند. اما به دلیل آنکه ویزیت بیماران در هرمورد از اجزاء مختلفی تشکیل شده بود، درآن زمان دیدند در چهارچوب قبلی نمی‌شود روی آن قیمت‌گذاری کرده و از آن درآمد کسب نمود. ولی همانطور که در بخش‌های قبلی مصاحبه گفتم، زمانی که کارانه را به بخش دولتی نظام سلامت وارد کردند، خیلی از خدماتی که قبلا براساس سایر نظام‌های پرداخت، تامین هزینه می‌شدند را مبتنی بر کارانه کردند. این کار را درحالی انجام دادند که پیش از آن برای عملی شدنش آمادگی کافی را ایجاد نکرده بودند. اما چون درآن زمان اراده برآن قرار گرفته بود که به هر نحوی این اتفاق بیفتد تا نظام کارانه بتواند اجرائی شود، خیلی سریع اجزاء بسیاری از خدماتی که به صورت درهم تنیده بودند را تفکیک کردند و برای همه آن اجزاء، تعرفه‌های مجزا تعریف شد. آنچه در نهایت اتفاق افتاد این بود که براساس نظام کارانه، در مقابل ارائه همان خدمات درهم تنیده قبلی، توانستند در قالب‌های جدید، پول‌های هنگفتی در مجموع از بیماران و از بیمه‌ها دریافت کرده و قسمتی را به پزشکان داده و الباقی را به عنوان درآمد برای خودگردانی بیمارستان‌ها به حساب آورند. ولی اینکه چقدر در ازاء دریافت این پول‌های بیشتر، سلامتی بیشتر هم ایجاد شد و چقدر به تعداد فعالان سالم اقتصادی افزوده و چقدر به نسبت افراد خطاکار در بخش‌های دولتی و خصوصی اضافه شد، همه اینها جای بحث و اثبات دارد. پرسش مبنایی‌تر هم در این شرایط آن بود که آیا مگر بیمارستان‌های خصوصی اصالتاً وظیفه‌ای برای درآمدزایی و خودگردانی داشتند؟! پس در آن نمونه زیرساخت‌هایی که وجود نداشت را ایجاد کردند که این روش کارانه را بتوانند اجرا کنند. در آن زمان چون منافع بخش خصوصی به‌عنوان پیمانکاران دولت بیشتر تامین می‌شد و کارمندان بخش دولتی هم قرار بود مبالغ بیشتری دریافت کنند (یعنی منافع خصوصی کارمندان دولت هم تامین می‌شد) همه انگیزه داشتند و لذا همه همراهی کردند و نگفتند که تغییرات، سخت و غیرقابل اجرا هستند. دولت وقت هم با توهم اینکه براساس نظام فی‌فورسرویس و به‌دنبال کار بیشتر، سلامتی بیشتری برای مردم ایجاد خواهد شد، مصمم بود که این کار را انجام بدهد. ولی امروزه به محض اینکه سخن از محدود نمودن نظام کارانه‌ها در نظام سلامت به میان آمده و برای مثال ابراز می‌شود که خوب است که حداقل در بخش دولتی از تکیه به کارانه کمتر شده و لذا اوضاع به روال گذشته برگردد، بلافاصله موضع‌گیری‌ها آغاز می‌شوند و مکرر مواجه می‌شوید با اینکه جایگزینی نظام کارانه با دیگر نظام‌های پرداخت دشوار یا غیرممکن است. بدیهی است بسیاری از کسانی که چنین مواضعی اتخاذ می‌کنند، در مورد احتمال کاسته شدن از درآمدهای ارائه‌کنندگان خدمات، دچار پیش‌داوری هستند. این درصورتی است که اگر اصلاحات در نظام پرداخت بر اساس یک جدول زمانی و معقول انجام شوند، متوسط درآمد بخش‌های بزرگ‌تری از کارکنان در نظام سلامت بیشتر شده و در عین حال سلامت بیشتری هم تولید خواهد شد. لذا در چنین شرایطی همه باید تلاش کنند که تغییرات شروع شوند و این نباشد که برخی در جایگاه‌های سیاستگذاری به دلیل تضاد منافع بتوانند مانع تحقق منافع بزرگ‌تر برای اکثریت ارائه‌کنندگان و کارکنان نظام سلامت، برای بیمه‌ها، برای دولت و برای مردم بشوند.

> **امروزه به محض اینکه سخن از محدود نمودن نظام کارانه‌ها در نظام سلامت به میان بیاید، بلافاصله موضع‌گیری‌ها آغاز می‌شوند و مکرر مواجه می‌شوید با اینکه جایگزینی نظام کارانه با دیگر نظام‌های پرداخت دشوار یا غیرممکن است. این درصورتی است که اگر اصلاحات در نظام پرداخت بر اساس یک جدول زمانی و معقول انجام شوند، متوسط درآمد بخش‌های بزرگ‌تری از کارکنان در نظام سلامت بیشتر شده و در عین حال سلامت بیشتری هم تولید خواهد شد**

سپید: آقای دکتر حتما در جریان هستید که مدت‌هاست بحث تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری هم در میان دولت و مجلس و بخش خصوصی (سازمان نظام پرستاری) داغ است. حتی مدتی قبل در قالب یک میزگرد تلویزیونی درباره اجرائی شدن نظام پرداخت کارانه برای خدمات پرستاری صحبت می‌کردند. در این برنامه مهمانان مختلفی به عنوان موافق و مخالف حضور داشتند و درباره قوانینی ازجمله همین قانون اجرایی شدن نظام پرداخت کارانه برای خدمات پرستاری صحبت می‌کردند و بخشی از میهمانان هم گلایه داشتند که چرا قانونی که سال‌ها قبل توسط مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده، هنوز توسط دولت به اجرا درنیامده است. از طرفی بدیهی است که لازمه اجرائی شدن نظام کارانه برای پرستاران نیز تعرفه‌گذاری و تعیین میزان تعرفه برای انواع خدمات پرستاری باشد که این مسئله هم در آن برنامه مورد تأکید قرار گرفت. درواقع شما از محدودشدن نظام کارانه برای پرداخت به پزشکان سخن می‌گویید حال آنکه دولت و مجلس‌های فعلی و پیشین درحال بررسی راه‌های توسعه این روش پرداخت در نظام سلامت کشورمان هستند. آیا این رویکردی که در نظام سلامت ما وجود دارد با آنچه شما در صحبت‌هایتان توصیه می‌کنید، در یک راستا هستند؟

فیاض بخش: خیر در یک راستا نیستند ولی من در همین ابتدا عرض کنم که این بدان معنی هم نیست که بنده مخالف این هستم که سرجمع دریافتی ماهیانه پرستاران افزایش پیدا کند. من هم میزگردی که شما اشاره می‌کنید را دیده‌ام. عرض من در راستای اظهارات برخی کارشناسان در آن برنامه این است که پرستاران، پزشکان و همه کارکنان بهداشتی درمانی در قالب بکارگیری بهینه دیگر روش‌های پرداخت می‌توانند به دریافتی‌های بیشتر و عادلانه‌تری برسند. همانطور که شما گفتید، در آن گفت‌وگوی تلویزیونی در باره شروع پرداخت کارانه به پرستاران بحث شد. این قانونی بود که بعد از یک وقفه غیرقانونی چند ساله بالأخره قرار شده بود که از همین چند هفته پیش نهایتاً اجرایی شود. یکی از آقایان نمایندگان مجلس دهم که ظاهراً پرستار هم بود، در این برنامه حضور پیدا کرده و داشت درباره این دستاورد به زعم خودشان بزرگ، سخن می‌گفت. طرفداران موضع او در این برنامه نیز داشتند شروع اجرای این قانون را پس از چندین سال مقاومت دولت به او و به دیگر پرستاران تبریک می‌گفتند! اتفاقا من با مشاهده چنین وضعیتی تاسف خوردم و تعجب کردم از اینکه بعضاً افرادی که سال‌ها در جایگاه قانونگذاری و سیاستگذاری کشور حضور داشته و دارند، اینگونه نسبت به تبعات اجرائی اقدامات خود ناآگاه هستند! ببینید من سوالی را مطرح می‌کنم. اگر فرض کنیم که پرداخت کارانه، منجر به تقاضای القایی نمی‌شود و هیچ عارضه منفی دیگری هم نداشته و فقط آثار مثبت دارد، بفرمایید که مهمترین اثر مثبت آن چه می‌تواند باشد؟

ادامه در صفحه ۱۱ ◄