

متفاوت است؛ این تفاوت نگرش باعث شده بود که دولت نتواند به یک برنامه واحدی برسد.

در کنار این‌ها یک ولعی هم وجود داشت که یک سری کارها سریع انجام شود که این ولع در نهایت منجر به این شد که بعضی از اقدامات، بدون هماهنگی و دیدن الزاماتش انجام شود و نتیجه‌اش منجر به کارهای نمایشی و بدون پشتوانه شد. مثلاً قرار بود معاون اول وقت وزارت بهداشت به شیراز بیاید و برنامه پزشک خانواده را به‌طور رسمی افتتاح کند اما به‌صورت ناگهانی این طرح هفته قبلش با حضور وزیر وقت بهداشت در تهران افتتاح شد. الان از آن واقعه تقریباً ۴ سال می‌گذرد، در تهران ما چقدر پزشک خانواده داریم؟ اصلاً پزشک خانواده هماهنگ کرده‌ایم یا نه؟ آن افتتاح چه معنایی داشت؟ در شیراز هم که افتتاح شد تا مدت‌ها بیمه‌ها می‌گفتند چون با ما هماهنگ نشده است ما اصلاً پولی در این رابطه نمی‌دهیم. پزشک خانواده در طول زمان قطعاً باعث صرفه‌جویی در هزینه می‌شود اما در سال‌های اول احتیاج به سرمایه‌گذاری دارد. بخشی از این سرمایه‌گذاری سخت‌افزاری و بخشی از آن نرم‌افزاری است.

یکی از سخت‌افزارهای خیلی مهم برای موفقیت پزشک خانواده، فناوری اطلاعات است؛ یعنی یک رکن پزشک خانواده موفق، نظام پایش الکترونیک است که شما کاملاً شفاف می‌توانید نسبت به پایش عملکرد پزشکان نسبت به پایش سلامت مردم، نسبت به روند ارجاع و خیلی از فاکتورهای دیگر مراقبت کنید. وقتی همه این‌ها هیچ کدام اتفاق نیفتاده است. عملاً پزشک خانواده یک شیر بی‌بال و دم می‌شود که به هیچ دردی نمی‌خورد.

❖ چرا طرح «تمام وقت شدن پزشکان» عملیاتی نشد؟

این هم علت‌های مختلفی داشت، یک علتش این بود که نحوه نگارش این موضوع باینکه استحکام زیادی هم دارد، یک جور «و» و اوایل دارد که مخالفان این طرح از همین نقطه نهایت بهره را بردند.

❖ «و» اوایل چیست؟

یک نوع قرار از زیر بار مسئولیت است. یکی از مهم‌ترین معضلات این طرح این است که مسئول اجرایی آن مشخص نیست. شاید بعدها افرادی خواستند این طرح را اجرا نکنند، رفتند در متن طرح خرده‌گیری کردند اما اشکالات واقعی‌تر در طرح این است که اگر قصد انجام این کار را داریم، باید بودجه مناسبش را ببینیم. این واقعیتی جدی است که تفاوت درآمد بخش خصوصی و بخش دولتی روزافزون در حال افزایش است. حتی بعد از طرح تحول نظام سلامت و بعد از تغییر تعرفه‌ها،

تفاوت درآمد بخش خصوصی و بخش دولتی خیلی بیشتر شده است؛ ما نمی‌توانیم از همه توقع داشته باشیم که چشم بر این تفاوت درآمد ببوشند.

نمی‌گوییم یک نفر که امروز فارغ‌التحصیل شده است و هنوز تجربه‌ای ندارد، مشابه یک استاد تمام و متخصص مجرب به او بپردازیم ولی در شرایط مشابه باید شبیه یکدیگر باشند یا حداقل دو برابر تفاوت داشته باشند ولی وقتی می‌بینیم تفاوت درآمد بین بخش خصوصی و بخش دولتی گاهی بیش از ۱۰ برابر می‌شود، آن وقت اینجا الزامش را می‌بینیم که مشوقی را که برای حضور افراد در بخش دولتی باشد، نداریم. خب طبیعی است که حتی اگر هم نروند این ولع وجود دارد که بروند! دومین اشکال این است که خود مجری کار، تمام وقت نیست.

❖ مجری کار چه کسی است؟

کسی که قاعداً باید مسئول نظام سلامت باشد. در متن قانون صراحت دارد که از رئیس دانشگاه، مسئولان ستادی وزارت بهداشت و معاونان وزارت بهداشت، همه باید تمام وقت باشند. من تا به حال نشنیده‌ام که قوه مجریه مورد سؤال قرار بگیرد که چرا تمام وقت نیستید؟ من

نشنیده‌ام که وقتی می‌خواهند رأی اعتماد بدهند این را الزام کنند که شما وقتی که می‌خواهید سکان دار این کار بزرگ بشوید، باید تمام وقت شوید. اگر قانون گفته است که افراد باید تمام وقت باشند، از وزیر بهداشت تا معاونان تا رئیس دانشگاه تا معاونین دانشگاه‌ها و تا مسئولان ستادی وزارت بهداشت باید حتماً تمام وقت باشند. طبیعتاً با این اوضاع نمی‌توانیم یقه یک استادی در یک شهرستان که با بیچارگی و با سختی‌ها و کمبودها ایستاده است و حالا عصر هم می‌خواهد مطلب باشد را بگیریم و بگوییم که حق نداری در مطب فعالیت داشته باشی.

❖ چرا سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت، از کانال تأمین منافع پزشکان متخصص است، این پزشکان در لایه‌های حاکمیتی مثل نظام پزشکی، وزارت بهداشت و مجلس هم حضور دارند؟

❖ ذی‌نفعان تلاش می‌کنند از کانون‌های قدرت پنهانشان برای اثرگذاری در سیاست‌گذاری استفاده کنند، این چیز عجیبی نیست، زمانی گفتیم یک دارو وارد کشور نشود چون هیچ مستند علمی برای تأثیرگذاری آن نبود، برای این که تصمیم ما را مختل کنند، موج رسانه‌ای راه انداختند که مردم به خاطر نبود این دارو می‌میرند، یا این که هر چند وقت یک‌بار در کشور مان موج شیوع ام‌اس ایجاد می‌شود، در حالی که پشت این موج شرکت‌های واردکننده داروهای ام‌اس هستند لذا این موضوع روشن است و در همه دنیا این گونه است.

مثال دیگر این که مجلس قانون تمام‌وقتی را مصوب کرده است، در همین مجلس فعلی هم به سه وزیر بهداشت رأی دادند، ولی هیچ کدام نگفتند که با وزیر شدن مطب را تعطیل می‌کنی یا نه. اگر می‌خواهیم به این مشکلات رسیدگی کنیم، باید واقعیت را درک کنیم، بدانیم منافع چه کسانی در معرض خطر است.

باید در سیاست‌های سلامت با توجه به محوریت عدالت اجتماعی و منافع مردم ابزارهایی را پیش‌بینی کنیم که با موارد مخالف آن برخورد کند، قانون این ابزار را داده است، مثلاً رئیس مجلس می‌تواند مصوبات هیئت دولت را ابطال کند، دیوان عدالت اداری، مصوبات وزیر را ابطال کند، باید از این ابزارها استفاده درست کرد، در حالی که طرف مقابل الان حداکثر استفاده را از این ابزارها می‌کند. اگر یک طرح کلان نداشته باشیم، با مصادیق کوچک برخورد می‌کنیم، فهم من این است که ما باید برای نظام ارجاع کار کنیم، این یک تحول آفرینی است و هر کس خلاف این روح عمل کرد، متهم شود.

❖ در حوزه سلامت چه مسائلی را اصلی‌ترین مشکلات این حوزه می‌دانید؟

❖ اغلب خدمات نظام سلامت امروزه به‌صورت سرپایی انجام می‌شود، ما تحقیقی درباره حساب ملی سرانه کشور انجام داده‌ایم که کانون‌های هزینه به‌مرور تغییر پیدا کرده است. تا ۱۵ سال پیش مهم‌ترین کانون هزینه نظام سلامت در بیمارستان‌ها بود، یعنی اگر کسی کارش به بیمارستان می‌کشید، دچار هزینه‌های طاقت‌فرسا می‌شد اما امروز این کانون هزینه تغییر پیدا کرده است. بخش مهمی از کسانی که دچار هزینه‌های طاقت‌فرسای سلامت می‌شوند به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر می‌شوند و جایگاه اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند. این افراد کسانی هستند که هزینه‌هایشان در بخش سرپایی شکل می‌گیرد و اگر ما به این نکته توجه نکنیم و بگوییم که ما پرداخت از جیب مردم را ۶ درصد کرده‌ایم، قطعاً این حرف برای کارشناسان اقتصاد سلامت حرف مضحکی تلقی می‌شود. چرا؟ به خاطر این که در حال حاضر کانون هزینه‌ها سرپایی است. ما پرداخت هزینه مردم را صرفاً در بخش بیمارستان کم کرده‌ایم.

حجم کم شدن پرداخت هزینه از جیب مردم به دلیل افزایش تعرفه آن قدر که اعلام می‌شود، نیست یعنی به دلیل این که همزمان تعرفه‌ها افزایش پیدا کرده است، طبق آخرین

برش ویژه

بخش مهمی از کسانی که دچار هزینه‌های طاقت‌فرسای سلامت می‌شوند به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر می‌شوند و جایگاه اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند. این افراد کسانی هستند که هزینه‌هایشان در بخش سرپایی شکل می‌گیرد

