

باید نیاز ۸۰ درصد مردم را تأمین می کرده است، به حدی کاهش داده شود که اگر مردم مجبور نباشند، مراجعه کنند. از آن طرف مردم را به بخشی خصوصی سوق دادیم؛ بخش خصوصی چیز بدی نیست و ضرورت دارد. بخش خصوصی ۲۰ درصد امکانات را در اختیار دارد و ما بیشتر از ۲۰ درصد در جامعه مصرف کننده‌ای داریم که دغدغه‌ای برای پرداخت تعرفه‌های بخش خصوصی ندار دولتی این که ما بخش دولتی را با این قوانین فلج کرده‌ایم، یکی از آن معضلاتی است که بخش بهداشت و درمان با آن مواجه هست.

اما راه حل این مسئله در قانون شفاف آمده است و آن هم قانون تمام وقتی است

به بهانه‌های مختلف گفتند که این قانون اجرایی نیست؛ بهانه‌ها این است که ما بودجه نداریم به متخصصان تمام وقت بدهیم، یکی دیگر از بهانه‌ها این است که تعرفه پزشکان دولتی یا تعرفه دولتی این قدر پایین است که پزشک تمام وقت تأمین نمی شود. در مورد تعرفه‌ها هم باید اذعان کرد که نامتعادل است؛ علتش هم این است که تعرفه‌ای که در ایران به آن عمل می شود، ۳۰ سال پیش از آن شرکت‌هایی که ارزش نسبی را تأمین می کنند، گرفته شده است. در این ۳۰ سال همه ساله این تعرفه روزآمد شده است اما در کشور ما این اتفاق نیفتاده، بنابراین به مرور تعرفه‌ها نامتعادل شده است. کسی برای کاری که از نظر ارزش نسبی با یک کار دیگری مساوی است، ۱۰ برابر، ۲۰ برابر، ۳۰ برابر ارزش نسبی می گیرد و این عدم تعادل، تعرفه گذاری را بی ارزش و غیر قابل اجرا کرده است. لذا ایجاد تعادل در تعرفه‌ها ضروری است. ما در سال ۸۷ با تعرفه‌های نامتعادل دولتی پزشکان کشورمان برای هر ساعت بین ۸۰ تا ۱۷۰ هزار تومان درآمد مواجه بودیم که این تفاوت به دلیل عدم تعادل است. تعرفه‌ها در ۵ سال گذشته تقریباً دو برابر شده است که بالغ بر ۲۰۰ هزار تومان در ساعت می شود، یعنی برای ۲۰۰ ساعت ۴۰ میلیون تومان یا برای ۱۷۵ ساعت یک رقم فراوانی حدود ۳۰ میلیون تومان دریافت می شود. می‌گوییم به دلیل نبود پول، این قانون اجرایی نیست که پزشکان تمام وقت شوند. ما فرض را بر این بگذاریم که اصلاً این اعتبار را نداریم. بیاییم اعتبار اضافه‌ای را پیش‌بینی کنیم، یعنی پزشکان آن حقوق و مزایا و اعتباراتی که دریافت می کنند، سر جای خودش است، علاوه بر این برای هر پزشک به طور متوسط ماهانه ۲۰ میلیون تومان اضافه در نظر بگیریم. ما برای هر هزار متخصص تمام وقت ۲۴۰ میلیارد تومان پول لازم داریم، یعنی اگر از ۱۲ هزار متخصص شاغل در بخش عمومی به طور داوطلبانه ۸ هزار نفر داوطلبانه باشند که در این صورت افزایش کارایی و کیفیت در بخش عمومی بی نهایت می شود. ما برای این ۸ هزار نفر، ۲ هزار میلیارد تومان پول لازم داریم. سؤال اینجا است، حالا که ما نزدیک به ۴۰ هزار میلیارد تومان در بخش عمومی اعتبار داریم، آیا برای این دو هزار میلیارد تومان مشکلی داریم؟ ضمن این که این دو هزار میلیارد تومان هزینه نیست.

مشکلات به دلیل عدم اجرای قوانین و به علت تعارض منافع است که چند دلیل این مشکلات را ایجاد کرده است: ۱- وجود قوانین ضدونقیض ۲- عدم نظارت ۳- پیگیری اجرای قوانین؛ بنابراین قوانین مترقی مثل پزشک خانواده، تمام وقت بودن پزشکان در بخش دولتی و تجمیع منابع؛ کشور‌های ثروتمند با سرانه‌های بالایشان منابعشان مشخص شده است و تجمیع شده‌اند، البته به این معنی نیست که منابع همه جا در یک نهاد تجمیع شود. منابع چون پرداخت مبتنی بر عملکرد است، فقط خرج دریافت خدمت می شود اما ما الآن این منابع ناچیز را به طور پراکنده توزیع می کنیم و هیچ کسی هم پاسخگو نیست.

پزشک خانواده در سامانه ارجاع اعتبار دولتی و بیمه‌ای داریم که به هیچ وجه نباید از مردم انتظار داشته باشیم که در سطح اول و جبهی را از جیبشان پرداخت کنند لذا پزشک خانواده در کشور‌های موفق مهم ترین گام در سامانه این بخش است که ما تکلیف قانونی طولانی مدت داریم ولی به دلیل تعارض منافع و به بهانه‌هایی هنوز به تأخیر افتاده است. من خودم که سال ۵۸ به ایران آمده بودم، در این سیستم تربیت شده بودم و آرزو داشتم که این اتفاق بیفتد. زمانی که در سازمان تأمین اجتماعی بودم، آنجا مصوب کردیم که برای بیمه شدگان تأمین اجتماعی پزشک خانواده به طور مر حله‌ای و داوطلبانه اجرا شود که حالا مسئولان بعدی پیگیری نکردند. متأسفانه پزشک خانواده‌ای که اسماً اجرا شد، هیچ ارتباطی به پزشک خانواده‌ای که دنیا دارد، ندارد.

به اعتقاد خیلی از وزرای سابق و نمایندگان مجلس تاکنون سلامت در اولویت اعتباری دولت‌ها نبوده است و برای همین نوسانات اعتباری زیادی داشته‌ایم که مانع برنامه ریزی مناسب می شود، حتی برخی به نظام سلامت به عنوان یک حوزه هزینه زای صرف نگاه می کنند.

اصلاً بحث اعتبارات نیست، من عرض کردم هر چه بیشتر در این بخش اعتبار هزینه کنیم، در اصل سرمایه گذاری می کنیم، ولی مشکل ما را صرفاً اعتبار حل نمی کند. اگر آن کشوری که ۱۰ هزار دلار سرانه دارد برای یک خدمت هزار دلار هزینه می کند ما برای آن خدمت مشابه ۵ هزار دلار هزینه می کنیم، این نمی تواند سامان پیدا کند. در کشور ما یکی از اتفاقاتی که افتاده است، این است که استفاده از علم بالینی جای خودش را به استفاده از تجهیزات گران قیمتی داده که فقط شرکت‌های خارجی را تقویت می کند. چند تا مثال عملی بزنیم؛ ۸۰ درصد امکانات بهداشت و درمان در کشور، عمومی است که با سرمایه سنگین مردم احداث شده و با هزینه‌های زیاد بیت المال اداره می شود ولی مردم اگر مجبور نباشند، به این مراکز مراجعه نمی کنند.

حالا بعضی‌ها می گویند که ما خدمات خیلی خوبی می دهیم، ولی با چه کیفیتی؟ می‌گویند واقعیت ندارد که مردم اگر مجبور نباشند به سیستم دولتی مراجعه نمی کنند. سؤال ما این است اگر این گونه است، برای چه این بیمه‌های تکمیلی که اسماً تکمیلی هستند، به وجود آمده؟ چرا تقریباً تمام وابستگان به نهادهای دولتی و همه آن کسانی که دستشان به جیبشان می رسد، بیمه تکمیلی برای خودشان می خرند؟ بیمه تکمیلی یعنی نجات از بخش دولتی. بیمه تکمیلی، تکمیلی نیست. بیمه تکمیلی یعنی خدمات درمانی‌ای که بیمه‌های پایه ارائه نمی دهند ولی بیمه‌های تکمیلی ما همان خدمات پایه را با تعرفه چند برابر ارائه می دهند که مردم بتوانند با این بیمه تکمیلی به بخش خصوصی مراجعه کنند. اگر مردم از خدمات دولتی راضی بودند، به چه حسابی بیمه تکمیلی را که بیمه تکمیلی نیست انتخاب کردند؟

ما باید تعرفه‌ها را متعادل می کردیم که به علت منافع یک عده‌ای که اقتدار داشتند، این اتفاق نیفتاده است. بعد اختیار بخش خصوصی را به صنف دادیم و این‌ها هم تعرفه‌ها را ۱۰ برابر کردند. حالا فرض کنیم که قانون هم رعایت شده است، اتفاق بدتری که افتاده است این است که ما اداره بخش عمومی که با سرمایه عظیم ملی احداث شده است را دچار مشکل کرده‌ایم. چرا؟ چون به پزشکی که در بخش دولتی کار می کند، اجازه دادیم در بخش خصوصی هم کار کند. این پزشک قانوناً و شرعاً می تواند برای خدمت مشابه اگر در بخش دولتی یک واحد حق العلاج می گیرد، در بخش خصوصی ۲۰ برابر بگیرد. این به چه معنی است؟ اگر معصوم نباشیم، ما پزشکان حاضر هستیم ۲۰ برابر را راها کنیم و یک برابر را اجرا کنیم؟ این باعث شده است کیفیت و کمیت در بخش عمومی که

خبر مرتبط



انتقاد وزیر سابق بهداشت از دولت یازدهم درباره انحلال‌ها در طب سنتی

در دولت قبل تأسیس دانشگاه جامع طب سنتی تصویب شد اما در دولت جدید احداث این دانشگاه را منحل کردند. طب سنتی بسیار کم هزینه، قابل دسترس همگان و بدون عارضه است، طب نوین در دنیا گران است و به دلیل مداخله مافیای پزشکی، این طب تجاری شده به گونه‌ای که حتی ثروتمندترین کشورها نیز قادر نیستند منابع لازم را در اختیار طب نوین قرار دهند. در کشور ما باید طب ایرانی-اسلامی مورد توجه بیشتر قرار گیرد و گسترش یابد؛ برای این منظور لازم است در خانواده‌ها، مهدهای کودک، مدارس و محافل علمی این طب ترویج یابد و مردم این نیاز را در مقوله سلامت مطالبه کنند. تشکیل دانشگاه علم و دین در کشور، وعده زیبایی است و تا زمانی که اجرایی شود، عمر دولت تمام می شود.