

سپرده‌اند و در واقع وکیل به جای قاضی حکم صادر می‌کند. البته به وکیل مدافع توصیه کرده‌اند که هوای شاکی را هم داشته باشد! بر طبق قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ وظیفه حاکمیتی نظارت و داوری عالی به صنف پزشکان سپرده شده است؛ یعنی شما به کسی شکایت می‌برید که خود خطا کار و یا مسئول خطای انجام شده است. در توجیه این امر نیز گفته می‌شود که حوزه پزشکی نیاز به دادگاه‌های تخصصی دارد و امکان آن که یک قاضی بتواند در حوزه تخصصی پزشکی اظهار نظر کند وجود ندارد. خوب راه حل مناسب تر آن بود که یا قاضی را از علم پزشکی مطلع کنند و یا همانند سایر کشورها از پزشکان به عنوان مشاور در کنار امر قضاوت استفاده کنند. پرواضح است که بین دادگاه صنفی تفاوت خیلی زیادی وجود دارد. دادگاه صنفی تشکیل گردد و دادگاه صنفی تفاوت خیلی زیادی وجود دارد. دادگاه صنفی یعنی دادگاهی که تشکیل می‌شود تا از حقوق اعضای صنف خود دفاع کند. در حالی که دادگاه تخصصی خارج از صنف هیچ تعهدی برای دفاع از حقوق گروه خاصی را ندارد و تنها قضاوت عادلانه را مدنظر دارد.

تفویض اختیارات قضاوت به این نهاد صنفی تا آنجا پیش رفته است که حتی مراجع قضایی -اداری و وزارت بهداشت نیز در صورت کشف تخلف پزشکی می‌بایست در دادرهای انتظامی وابسته به سازمان نظام پزشکی اقامه دعوی کنند (ماده ۳۰ بند ب و د قانون سازمان نظام پزشکی).

همچنین مطابق قانون (ماده ۲۹ سازمان نظام پزشکی) دادرهای انتظامی مشروعیت خود را از رأی صنف پزشکان به دست می‌آورد، در این صورت اگر پزشکان از نحوه قضاوت دادستانی خوششان نیاید و حضور وی را مانع کارهای خود ببینند می‌توانند مشروعیت وی را لغو کنند. آیا به نظر شما چنین ساختاری عادلانه و حق طلبانه است؟

پاسخ سؤال دوم: قانون دور زدن!

برای بررسی پاسخ سؤال دوم باید نگاهی به میزان جریمه‌های تعیین شده برای تخلفات پزشکی انداخت. نوع و میزان جریمه‌های تخلفات توسط قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی تعیین می‌گردد. این قانون در سال ۱۳۶۷ به تصویب رسیده و در سال ۱۳۷۳ اصلاح گردیده است. دو مشکل اصلی وجود دارد.

اولاً پرونده‌های احتکار در بخش سلامت کشور قبل از هر چیز باید به تأیید گروهی از افراد برسد. در این گروه سه نفر حضور دارند. سرپرست سازمان نظام پزشکی، نماینده دانشگاه و نماینده وزارت بهداشت استان مربوطه. نام این گروه را کمیسیون گذاشته‌اند که چون در ماده ۱۱ قانون به آن اشاره شده به کمیسیون ماده ۱۱ معروف گردیده. بعد از تأیید این گروه پرونده برای تعیین جریمه به سازمان تعزیرات می‌رود. وجود چنین دروازه عبوری برای پرونده‌ها این امکان را به وجود آورده که خیلی از پرونده‌ها به سازمان تعزیرات نرود و روابط به جای ضوابط حاکم گردد.

ثانیاً مجازات در نظر گرفته شده بازدارنده نیستند به طور مثال به یکی از مواد قانون دقت فرمایید: «خودداری یک بیمارستان از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس در مرتبه اول دارای جریمه نقدی از ۱۰ تا ۵۰ هزار تومان، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی است» (ماده ۳ فصل اول قانون تعزیرات).

در حالی که هزینه انجام تخلف می‌بایستی چنان بالا باشد که حتی اگر امکان بسیار کمی برای تخلف وجود داشته باشد باز هم به واسطه وجود جرائم بسیار سنگین، انگیزه‌ای برای انجام تخلف وجود نداشته باشد. اگر خواهان جلوگیری از انجام تخلف هستیم باید از نامعادله قاعده پذیری افراد و بنگاه‌ها که در ادامه آمده پیروی کنیم.

امکان به دام افتادن متخلف × جریمه تخلف < تعداد دفعات ارتکاب تخلف × سود تخلف

جهت سوق دادن مخاطب به انجام ندادن کار خلاف باید هزینه انجام تخلف را بالا برد. که این هم شامل جریمه‌ها و هم شامل افزایش امکان کشف تخلف می‌شود.

آسیب‌شناسی نظارت بر پزشکان

هیچ‌گاه دیده نشده که در بازی فوتبال داوری بازی به عهده مربی یکی از

تیم‌ها باشد. چرا که نتیجه چنین بازی‌ای از قبل معلوم است و غیر منطقی بودن آن هیچ جای ابهامی ندارد؛ اما متأسفانه باید اذعان کرد که در بعضی از سازمان‌های کشور چنین اتفاقی به‌سادگی رخ داده است و به کسی هم بر نخورده!

پس از ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی و اضافه شدن معاونت‌های سلامت و غذا و دارو به دانشگاه‌ها عملاً وظیفه نظارت بر مراکز درمانی و دارویی (اعم از خصوصی و دولتی) به دانشگاه‌ها واگذار شد.

اولاً طبق تعاریف آموزش و پژوهش، رسالت اصلی دانشگاه است و ارزیابی جایگاه دانشگاه‌ها بر اساس این دو صورت می‌گیرد. در نتیجه دانشگاه انگیزه‌ای برای اختصاص اعتبارات مالی و پرسنلی بر امور نظارتی ندارد. ثانیاً سپردن امور نظارتی به نهادهای که خود مجری درمان است صحیح نیست. وقتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی همگی متعلق به دانشگاه هستند اگر تخلفی هم در یکی از این مراکز رخ داد آن دانشگاه خیلی باید از خود گذشته باشد که تخلف را به مقامات بالاتر گزارش دهد. ثالثاً در مورد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی هم باید گفت که حضور ذی‌نفعان و سهامداران بخش خصوصی در کادر دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث شده که پرونده تخلفات مراکز درمانی خصوصی هم مسکوت بماند. چرا که تشدید نظارت بر بخش‌های درمانی خصوصی و حتی دولتی منافع ذی‌نفعان و سهامداران را به خطر می‌اندازد. رابعاً اگر دانشگاه قصد نظارت مؤثر را نیز داشته باشد، ابزاری برای اعمال نظر ندارد چرا که وظایفی مانند صدور پروانه و بخش اعظمی از اختیارات برخورد با متخلفین بر عهده سازمان صنفی نظام پزشکی است؛ بنابراین دانشگاه تنها می‌تواند نظارت خود را در حد اخطار و جریمه نقدی اعمال کند. به این مثال توجه کنید؛ برای افزایش کیفیت آموزش به دانش‌آموزان سیاست زیر پیشنهاد شده است: «حقوق و مزایای معلم با میانگین نمره کلاس متناسب شود» به نظر شما این سیاست در چه حالتی می‌تواند باعث ارتقای کیفیت آموزش شود؟ معلم، ممتحن و مصحح باشد یا این که این دو کار از یکدیگر مستقل باشند؟

مدل پرداخت به پزشک خانواده نمونه‌ای از مدل خود نظارتی

در این مدل مبنای پرداخت به پزشکان از اهمیت خاصی برخوردار است. در واقع هر پزشک خانواده مسئولیت صیانت از سلامتی چندین نفر را بر عهده دارد و به ازای حفظ سلامت افراد تحت پوشش خود از شرکت بیمه حقوق قابل قبولی (سرانه) را دریافت می‌کند. در صورتی که یکی از افراد تحت پوشش پزشک به هر دلیلی بیمار شود، پزشک در بخشی از هزینه‌های تشخیصی و درمانی بیمار شریک بوده و درواقع ملزم به پرداخت هزینه می‌گردد (از سرانه‌وی کسر می‌گردد). حتی اگر فرد بیمار شده و پزشک خانواده مربوطه به دلیل شرکت در هزینه درمان او را تحت درمان قرار ندهد، در صورت اثبات این موضوع توسط بیمار شرکت بیمه سرانه پزشک را کاهش داده و می‌تواند حتی جریمه‌های مختلفی برای او در نظر بگیرد. چنانچه درمان فرد بیمار از توان پزشک خانواده خارج باشد وی می‌تواند بیمار را به پزشک متخصص مورد نظر خود ارجاع دهد و هزینه‌های مربوطه توسط شرکت بیمه پرداخت خواهد شد اما شرکت بیمه برای اطمینان از عدم تبانی بین پزشک خانواده و پزشک متخصص در صدی از هزینه درمان پزشک متخصص را مجدداً از پزشک خانواده دریافت می‌نماید.

مبتنی بر سازوکارهای فوق می‌توان تقریباً مطمئن بود که پزشک در وهله اول اجازه بیمار شدن به افراد تحت پوشش خود را نمی‌دهد و در وهله بعد، در صورت بروز بیماری تمام تلاش خود را می‌کند تا با کمترین هزینه‌های تشخیصی و درمانی و با بالاترین کیفیت درمان فرد انجام شود و برای او واضح خواهد بود که در غیر این صورت هزینه‌های مالی بیشتری به او تحمیل خواهد شد. گرچه مدل پزشک خانواده دارای جزئیات و نکات بیشتری است اما توضیح اجمالی فوق صرفاً باهدف توضیح یک سازوکار خودکنترل نظارتی است که می‌تواند بسیار کارا تر از روش‌های نظارتی سنتی سطح کیفیت و قیمت خدمات حوزه بهداشت و درمان را مدیریت نماید.

پرونده دوم

طرح تحول نظام سلامت



هیچ‌گاه دیده نشده

که در بازی فوتبال

داوری بازی به

عهده مربی یکی

از تیم‌ها باشد.

چرا که نتیجه

چنین بازی‌ای از

قبل معلوم است

و غیر منطقی بودن

آن هیچ جای

ابهامی ندارد

در حالی که در

نظام سلامت

این گونه نیست