



هزینه تجویزهای غیر ضروری از جیب بیماران



دکتر حسین دارآفرین، دبیر انجمن آسیب‌شناسی پزشکی کشور نیز معتقد است که این روزها سهم خواری در نظام سلامت کشور شایع شده است. وی تأکید می‌کند که این رفتار غیر اخلاقی، ۱۴۰ سال پیش در آمریکا مرسوم شد که همان زمان هم جنبش‌های

مختلفی برای اعتراض به آن به وجود آمد، اما به نظر می‌رسد که همین موضوع در کشور مادر حال افزایش است. نبود نظارت جدی بر رفتار پزشکان سهم خوار، باعث شده که به اعتقاد دارآفرین، هزینه‌های میلیاردری به نظام سلامت تحمیل شود و در این میان، مردم بابت انجام آزمایش‌ها، عکس برداری‌ها و خرید داروهای غیر ضروری، ضررهای مالی هنگفتی را تحمل کنند. همیشه هم سهم خواری، برای ارجاع‌های غیر ضروری اتفاق نمی‌افتد، بلکه گاهی اوقات هم واقعاً یک بیمار به خدمات پاراکلینیکی نیاز دارد، ولی پزشک همان بیمار را به یک مرکز خاص ارجاع می‌دهد و بابت آن از آن مرکز، سهم می‌گیرد.

دکتر محمد مهدی قیامت، رئیس انجمن مراقبت‌های ویژه ایران نیز در گفت‌وگو با جام جم عنوان می‌کند که ارجاع غیر ضروری بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه، اگر چه خیلی کم است، اما گاهی اتفاق می‌افتد و مثلاً چند سال پیش هم یک مرکز درمانی در شرق تهران به دلیل همین کار توبیخ شد.

به اعتقاد او، این مشکل به پایین بودن سطح نظارت‌های کیفی در بیمارستان برمی‌گردد و فقط در صورتی می‌شود جلوی این گونه مشکلات را گرفت که نظارت‌های کیفی افزایش پیدا کند.

از سوی دیگر، حتی گاهی به گفته این متخصص، عمل جراحی غیر ضروری روی بیمار انجام می‌شود که بیمار به آن عمل جراحی نیاز ندارد و صرفاً این کار به دلیل درآمدزایی انجام می‌شود.

شکاف طبقاتی بین دهک‌های درآمدی پایین و بالای جامعه، از نرخ تصاعدی مالیات بر درآمد استفاده می‌شود. به گونه‌ای که درآمدهای بالای ۱۰ برابر میانگین درآمدهای جامعه از نرخ‌های بسیار بالای مالیات مثل ۶۵ الی ۸۰ درصد برخوردار خواهند شد. بنابراین شاغلان این کشورها انگیزه‌ای برای فعالیت بیشتر از حد متعارف و پرداخت مالیات‌های سنگین ندارند؛ اما در ایران به دلیل ضعف مفرط نظام مالیاتی، دولت و در نتیجه احاد افراد جامعه به راحتی از این منبع درآمدی محروم شده و به نوبه خود باعث افزایش شکاف طبقاتی و تبعات اجتماعی آن در جامعه می‌شود.

وضع جیب اینترنت و رزیدنت در ایران و آمریکا و بریتانیا

در جدول زیر درآمد دوره‌های مختلف پزشکی در ایران و آمریکا در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) مقایسه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید در حالی که درآمد پزشک متخصص در آمریکا کمتر از ۲ برابر یک پزشک عمومی است، در ایران نزدیک به ۹ برابر است. درآمد میانگین پزشکان متخصص آمریکایی تقریباً ۷ برابر درآمد رزیدنت‌ها و اینترنت‌های آن کشور است، این تفاوت درآمدی در ایران تقریباً ۴۰ و ۱۰۰ برابر است!

درآمد سالانه اینترنت‌ها در ایران معادل ۳ میلیون تومان در نظر گرفته شده است. (دانشجویان مجرد ماهی ۲۲۰ و متأهل ۳۲۰ هزار تومان)

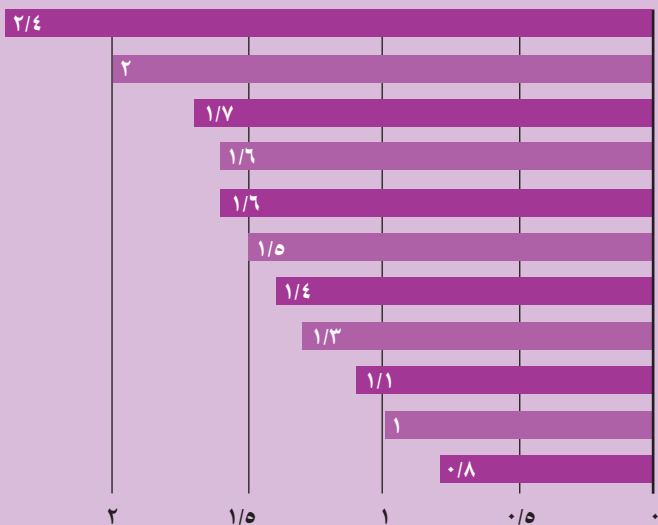
درآمد سالانه رزیدنت‌ها در ایران معادل ۷/۲ میلیون تومان در نظر گرفته شده است. (رزیدنت مجرد ماهی ۵۳۰ و متأهل ۶۸۰ هزار تومان)

مبنای درآمد پزشکان عمومی در ایران، دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲ و دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نسخه ۱۳ بود. حداقل و حداکثر حقوق ۲۴ و ۴۰ میلیون تومان در سال برآورد شد و میانگین ۳۲ میلیون تومان برای استفاده در جدول به کار رفت.

درآمد مقاطع مختلف پزشکی در ایران با توجه به PPP conversion factor سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) اعلام شده از سوی بانک جهانی که ۷۰۰ ریال است به دلار تبدیل شده است.)

تطبیق یافته با قدرت خرید به علت تفاوت هزینه‌های زندگی در کشورهای مختلف، تبدیل مستقیم درآمد پزشکان این کشورها به دلار آمریکا از طریق نرخ ارز رسمی نمی‌تواند معیار صحیحی برای مقایسه درآمد آنان باشد، از این رو درآمد سالیانه پزشکان متخصص با استفاده از ضریب تبدیل برابری قدرت خرید (Purchasing Power Parity conversion factor) که هر ساله توسط بانک جهانی اعلام می‌شود به معادل دلاری آن تبدیل شده است.

نسبت درآمد پزشک متخصص به عمومی



هلد

لوزامبورگ

فرانسه

استرالیا

آمریکا

کانادا

فنلاند

انگلستان

سوئیس

ایسلند

جمهوری چک

نام کشور	مقطع	درآمد سالانه به دلار (تطبیق یافته با قدرت خرید)	نسبت درآمد به سرانه	نسبت پزشک متخصص به هر مقطع
ایران	اینترنت	۴۲۸۶*	۰/۳۳	۹۷
	رزیدنت	۱۰۲۷۶**	۰/۷۹	۴۰
	پزشک عمومی	۴۵۷۱۴***	۳/۵۲	۹/۱۵
آمریکا	اینترنت	۳۸۰۰۰	۰/۷۶	۷
	رزیدنت	۵۰۰۰۰	۱	۵/۳
	پزشک عمومی	۱۵۸۰۰۰	۳/۱۶	۱/۷
بریتانیا	اینترنت	۳۳۰۰۰	۰/۹	۳/۸۴
	رزیدنت	۳۶۰۰۰	۱	۳/۵۲
	پزشک عمومی	۱۰۰۰۰۰	۲/۷۱	۱/۲۷

منبع جدول: 41.OECD HEALTH WORKING PAPERS NO