

در این نوشتار ابتدا قصد ندارم خدمات بخشی از کارکنان، پزشکان و پرستاران نظام پزشکی را که از جان مایه می‌گذارند تا مرهمی بر دردهای بیساران مضطرب و دردمند باشند، نادیده بگیرم یا خدای ناکرده از دردی حرف بزنم که حدیث نفس است و عمومیت ندارد. من خود با پزشکان و پرستارهایی سرو کار دارم که تا مدت‌ها پس از جراحی و دوره درمان همچنان دغدغه سلامتی بیماران‌شان را دارند و با پیگیری بی‌بدیلی حال آنها را می‌پرسند، اما ماجرای پاس دادن بیماران بین مطب پزشکان، از مایشگاه‌ها و داروخانه‌ها متأسفانه از حالت استثنا خارج و در برخی موارد به‌قاعده تبدیل شده‌است که اگر نظام پزشکی فکر عاجلی برای آن نکند، تمام این پیکره را آلوده و پزشکان، پرستاران و کارکنان صدیق را همراه با بیماران، در چرخ دنده‌های خود له خواهد کرد.

■ ■ ■

تجربه شخصی من نشان داد پزشکان و سایر کادرهای پزشکی متأسفانه برای هم کار جور می‌کنند. اصرار پزشکان برای مراجعه به آزمایشگاه، سونوگرافی‌ها و داروخانه‌های خاص – که اگر نرئید نتیجه را قبول ندارند و هزاران عیب و ایرادی که از آنها سرگرد نمی‌آورید، از آستین‌شان بیرون می‌آورند، نشان می‌دهد این نوع ارجاعات در واقع نوعی رانت است، یعنی خدمات رسمی پزشکی روی کاغذ برای همه وجود دارد، اما در عمل مثل یک حلقه بسته کار می‌کند. پزشک نسخه می‌نویسد، اما می‌گوید حتماً باید به این آزمایشگاه یا سونوگرافی بروید. اگر اهل پیگیری و جست‌وجو باشید، با کمی کنجکاوی متوجه می‌شوید که آنجا متعلق به یکی از بستگان یا دوستان هم‌دوره یا همکاران او است و به شکلی بر سرسر تبادل بیمار و سود حاصل از آن توافق کرده‌اند. داروخانه‌هایی هم که همیشه «اتفاقاً» داروهای کمیاب را دارند، در همین چرخه قرار می‌گیرند. سونوگرافی یا آزمایشگاه مربوط هم همیشه نتیجه را با کلمات جادویی همان پزشک تطبیق می‌دهد.

در نگاه اول همه چیز قانونی و منظم به نظر می‌رسد. پزشک پس از معاینه، نسخه آزمایش، تصویربرداری یا داروی مورد نیاز را برای بیمار تجویز و بیمار طبق روال معمول به مراکز مربوط مراجعه می‌کند، اما این مسیر از همان قدم اول تحت کنترل و هدایت قرار دارد. پدیده «ارجاعات رانتی» در نظام درمانی و پزشکی به این معناست که آزمایشگاه، مرکز سونوگرافی، رادیولوژی یا حتی داروخانه «خاصی» به‌جای اینکه صرفاً به‌عنوان پیشنهاد به بیمار ارائه شود، به نوعی اجبار تبدیل می‌شود.

این «ارجاع اجباری» معمولاً نتیجه روابط کاری، منافع مشترک یا «توافقات پشت پرده» میان پزشک و مسئولان این مراکز است. پزشک در ازای ارجاع بیماران به این مراکز، سودی مالی، تخفیف در خدمات شخصی یا منافع دیگری را دریافت می‌کند. در این چرخه بیمار حکم عابربانک را پیدا می‌کند و از حق انتخاب آزادانه محروم می‌شود و دیگر نمی‌تواند مراکز درمانی را بر اساس معیارهایی چون کیفیت، قیمت، دسترسی و امکانات شخصی خود انتخاب کند. او در حلقه بسته‌ای زندانی می‌شود که تنها یک ورودی و خروجی مشخص دارد؛ مسیری که از سوی منافع افراد ذی‌نفع تعیین شده است. در این میان البته آنچه به جایی نرسد، فریاد بیمار است که در اوج اضطراب، درد و اضطراب غالباً ناچار می‌شود به این ظلم اشکبار تن بدهد. شرح بیماری یک طرف، تحمل چنین مصائبی خود صبر ایوب می‌خواهد و طاقت‌فراساست.

این ارجاعات رانتی پیامدهای متعددی دارند:

افزایش هزینه: مراکز ارجاعی به دلیل فقدان رقابت، معمولاً برای خدمات خود تعرفه‌های بالاتری می‌گیرند. بیمار ناچار است این هزینه اضافی را بپردازد، در حالی که اگر از خود اختیاری داشت، می‌توانست با مراجعه و طاقت‌فراساست.

کاهش کیفیت: در غیاب رقابت، انگیزه‌ای برای بهبود کیفیت خدمات و سرمایه‌گذاری در تجهیزات پیشرفته‌تر وجود ندارد. این مسئله می‌تواند به کاهش دقت در تشخیص‌ها و ارائه خدمات کافی منجر شود.

ناراضی‌بانی بیماران: احساس اجبار و سلب اختیار، همراه با هزینه‌های بالا و گاهی کیفیت پایین‌تر، نارضایتی عمیقی

را بین بیماران ایجاد می‌کند. این تجربه تلخ، اعتماد عمومی به نظام سلامت را خدشه‌دار می‌سازد. **محدودیت دسترسی:** در برخی موارد، مراکز ارجاعی به دلیل شلوغی یا محدودیت در ظرفیت نمی‌توانند به‌سرعت به بیماران خدمات ارائه دهند. این امر به تأخیر در شروع درمان و تشدید مشکلات بیماری منجر می‌شود. این «ارجاعات رانتی» گام آخر مسیر درمان نیستند، بلکه گام نخستین هستند که بیمار را در فرایند پیچیده‌تری به نام «زیرمیزی» گرفتار می‌کنند.

بیمار پس از گذراندن تمام این مراحل به ظاهر قانونی و اطاعت از ارجاعات اجباری، خود را آماده ورود به مرحله حساس جراحی می‌کند. در پی ماه‌ها انتظار، تحمل درد، صرف هزینه‌های فراوان و امید به بهبودی، بیمار در آسیب‌پذیرترین وضعیت روحی و جسمی قرار دارد.

دقیقاً در این نقطه حیاتی است که اهرم فشار نهایی، یعنی «باج‌گیری شب عمل» به کار گرفته می‌شود. خانم منشی پزشک که ظاهراً در این قضیه گناهی ندارد و از «همه‌چیز» بی‌خبر است، درست شب قبل از جراحی به بیمار زنگ می‌زند و با صدای کم و بیش طلبکارانه‌ای می‌گوید: «لطفاً! این مبلغ را- که اتفاقاً مبلغ گرافی هم هست- به این شماره حساب واریز کنید، وگرنه فردا صبح برای جراحی نیایید!» این تجربه برای شخص خود من

همراه با بهت و شوک بود و حقیقتاً تصمیم گرفتم با قبول تمام خطرات، از خبر جراحی بگذرم، اما اصرار اطرافیان مانع شد. آن وقت شب تهیه آن همه پول ابتدا کار ساده‌ای نبود و صد چندان بر اضطراب جراحی افزود. بالاخره با هر مکافاتی که بود، با قرض گرفتن از کسانی که در شرایط عادی امکان نداشت به آنها رو بیندازم، پول تهیه و واریز شد. نکته دردناک این بود که شماره حساب ربطی به جراح مربوط نداشت و در صورتی که درد بیماری امکان آن را به من می‌داد که به جایی- نمی‌دانم کجا- شکایت کنم، سندی برای اثبات موضوع نداشتم. فردا که با دلی پر از خشم و نفرت برای جراحی مراجعه کردم، صف طولبی بیمار را دیدم که آنها هم ناچار شده بودند چنین پولی را واریز کنند و تازه من باید خدایم را شکر می‌کردم که با من نیم‌بها حساب کرده بودند!

بدیهی است که این باج‌گیری صریح و ظالمانه، ربطی به هزینه‌های مصوب و رسمی بیمارستان یا جراحی ندارد و در واقع نوعی «حق‌الزحمه اضافی» یا هزینه «رضایت‌نامه غیررسمی» است. این تاکتیک شیع‌ترین شکل سوءاستفاده از موقعیت بیمار است، زیرا بیماری به این مرحله هیچ چاره‌ای جز تسلیم شدن به این باج‌گیری ندارد. در فرصت کوتاه باقی‌مانده- مخصوصاً جراحی‌های اضطراری- فرصتی برای عقبگرد و پیمودن راهی دیگر

زیرمیزی فاجعه بار در نظام سلامت



«زیرمیزی» در بخشی از نظام پزشکی ما دیگر یک تخلف فردی جزئی یا یک رفتار اتفاقی نیست، بلکه به ساختاری پیچیده و سازمان‌یافته تبدیل شده است که از لحظه اولین ارجاع بیمار به پزشک تا آخرین دقیقه قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، او را در چنبره خود گرفتار می‌کند

«

مهندسی حساب‌های واسطه: پنهان کردن ردپای فساد یکی از ویژگی‌های سازمان‌یافته این شبکه‌های فساد، دقت در پنهان کردن ردپای مالی است. شماره حسابی که برای واریز مبلغ «زیرمیزی» ارائه می‌شود، متعلق به پزشک یا دستیار او یا حتی حساب رسمی بیمارستان مرتبط با او نیست. در عوض از «واسطه‌هایی» استفاده می‌شود که در این پنهانکاری نقش اصلی را ایفا می‌کنند. این واسطه‌ها می‌توانند کارکنان اداری، حسابدارها یا حتی افراد خارج از مجموعه کادر پزشکی باشند که در ازای درصدی از مبلغ «زیرمیزی» حساب‌های بانکی خود را اختیار این شبکه‌ها قرار می‌دهند. این ساختار بانکی و حقوقی با دقت طراحی شده است تا منشأ پول پنهان بماند. با واریز پول به حساب‌های واسطه، ردیابی آن برای نهادهای نظارتی و حقوقی عملاً غیرممکن می‌شود، حتی اگر نهایتاً بیماری شکایتی هم بکند و تحقیقاتی هم صورت بگیرد، چون پول به حساب فردی واریز شده است که ارتباط مستقیمی با فرایند درمانی ندارد، عملاً دست مجریان قانون از انجام وظیفه قانونی خود که نظارت بر این باج‌خواهی‌ها و مجازات‌افراد خطایی است، کوتاه می‌ماند.

استفاده از واسطه‌ها حلقه افراد درگیر در این فساد را گسترده‌تر و یافتن سرشاخه اصلی را دشوارتر می‌کند و هر واسطه‌ای لایه‌ای اضافی از پیچیدگی و پنهانکاری را بر این حلقه می‌افزاید.

این «مهندسی حساب‌های واسطه» نشان‌دهنده تخصص و سازماندهی این گروه‌ها برای فرار از قانون و نظام‌مند کردن فساد است که مبارزه با این پدیده را از نظر فنی و قانونی بسیار دشوار و تنش‌زای می‌سازد.

■ **پیامدهای انسانی و درمانی:** زخمی بر روح و جان این چرخه معیوب پیامدهای مخرب و چندوجهی بر زندگی، روح و جسم بیماران دارد که بسیار فراتر از ضرر مالی است. بیمار در چنین شرایطی دچار احساس قرار می‌دهد. ترس از دست دادن فرصت درمان، به‌ویژه در موارد اضطراب‌زای بیماری‌های وحیم و صعب‌العلاج، فشار روانی مضاعفی را بر بیمار تحمیل می‌کند. این فرایند به شکلی واضح رابطه قدرت نامتوازن بین ارائه‌دهنده خدمات درمانی و گیرنده آن را نشان می‌دهد. بیمار در این چرخه نه یک مشتری که یک قربانی محسوب می‌شود که از موقعیت آسیب‌پذیرش به ظالمانه‌ترین وجه سوءاستفاده شده است.

این «باج‌گیری شب عمل» تنها یک تراکشن مالی نیست، بلکه ضربه‌ای عمیق به کرامت انسانی و اخلاق حرفه‌ای است که با وعده سلامتی گره خورده است و معمولاً هم به دلیل تعجیل در درمان و نوعی کار سری‌دوزی، نتیجه درستی هم نمی‌دهد و بیمار در یک دور باطل بی‌سرانجام می‌افتد تا روزی که بخت یاری‌اش کند و یکی از آن پزشکان باوجدان دلسوز به‌دانش برسد یا اگر این شانس را نداشته باشد، راهی دیار باقی شود.

را به یک ابزار قدرتمند در حفظ ظاهر و تداوم فساد تبدیل کرده است. هزینه‌های نابیندای این فرایند، بسیار سنگین‌تر از مبالغی است که رد و بدل می‌شوند. هزینه این روند را جامعه با روح، روان و سلامت خود می‌پردازد.

واقعیت این است که فساد پنهان وقتی نهادینه می‌شود، دیگر نیازی به پنهان بودن ندارد. عملی که قبلاً در اتاق‌های در بسته و با جمله «یادت باشه به کسی چیزی نگی» همراه بود، امروز با یک پیامک و تماس کاملاً رسمی انجام می‌شود. ساختار قانونی و بانکی به‌قدری در خدمت این حلقه‌هاست که حتی مسیر جرم هم با لباس قانون تزئین می‌شود. دلایل دیگر زرنگی فردی جای خود را به مهندسی سیستم داده است؛ سیستمی که بیمار کاملاً در برابر آن بی‌دفاع است.

■ **واکنش اجتماعی:** فرار به سوی اطمینان نسبی در مواجهه با این چرخه فساد فراگیر، بخشی از جامعه، به‌خصوص کسانی که تجربه تلخ یا مستقیم‌این پدیده را در مورد خود یا یکی از عزیزان‌شان داشته‌اند، به رویکردهای جایگزین از جمله «خوددرمانی» یا «مشورت با هوش مصنوعی» روی می‌آورند.

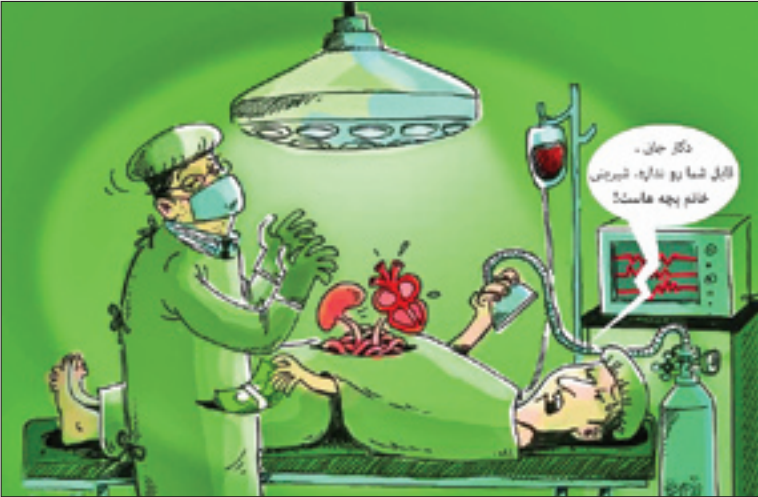
دلیل این گرایش صرفاً مردن گرای بی‌دسترسی آسان به فناوری نیست، بلکه ریشه در «بی‌اعتمادی مطلق» به مسیر رسمی و استاندارد تشخیص و درمان دارد. وقتی مسیرهای قانونی مسدود می‌شوند و باج‌گیری و ارجاعات رانتی از امری مخفی و ضدارزش به امری عادی تبدیل می‌شوند، افراد به دنبال راه‌هایی می‌گردند که بتوانند به وسیله آنها از این موانع عبور کنند.

هوش مصنوعی به عنوان یک پناهگاه نسبی، در حال حاضر دست کم ویژگی‌های منفی چنین سیستمی را ندارد. هوش مصنوعی فعلاً «زیرمیزی» نمی‌گیرد و از منطق برنامه‌نویسی خود تبعیت می‌کند و انگیزه مالی برای ارجاع بیمار به مراکز خاص ندارد. اطلاعات و خدمات تشخیصی اولیه از طریق هوش مصنوعی، معمولاً در دسترس‌تر و ارزان‌تر از مراجعه حضوری به مراکز درمانی است، اما هوش مصنوعی نمی‌تواند نسخه و دارو بدهد، نه قادر است جراحی کند، اما این توانایی را دارد که اگر به او اطلاعات دقیق بدهند، ذهن بیمار را نسبت به بیماری‌اش روشن کند تا به شکلی نسبی از اتفادن در دام مراکز مختلف در امان بماند، با این حال تجربه‌های تاریخی به ما موخه‌اند که اگر پای انسان به مدیریت یک سیستم باز شود، خطر آلودگی و فساد آن سیستم وجود دارد. در مورد هوش مصنوعی هم این نگرانی وجود دارد که اگر این فناوری در آینده از سوی افراد ذی‌نفع یا سازمان‌های فاسد کنترل شود، احتمالاً همان مسیری را طی می‌کند که امروز در سیستم سلامت شاهد آن هستیم. داده‌های مغرانه، الگوریتم‌های دستکاری‌شده و پنهانکاری در نحوه ارائه اطلاعات همگی می‌توانند هوش مصنوعی را به ابزاری برای تشدید همان فساد تبدیل کنند. این واکنش اجتماعی نشان‌دهنده ناکارآمدی و فساد در ساختارهای موجود و نیاز مبرم به اصلاحات ریشه‌ای است.

■ **جمع‌بندی:** سیستماتیک‌شدن زیرمیزی «زیرمیزی» در بخشی از نظام پزشکی ما- که متأسفانه بخش قابل‌اعضایی هم نیست- دیگر یک تخلف فردی جزئی یا یک رفتار اتفاقی نیست، بلکه به ساختاری پیچیده و سازمان‌یافته تبدیل شده است که از لحظه اولین ارجاع بیمار به پزشک تا آخرین دقیقه قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، او را در چنبره خود گرفتار می‌کند. این سیستم، نه تنها خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه کرامت انسانی و حقوق اولیه بیماران را نیز نقض می‌کند. این همان منطبق‌نمایی است که با بستن یا دشوار کردن مسیرهای رسمی و استاندارد، مردم را به عبور از مجراهای کنترل شده و پرهزینه‌ای که متافع افراد سودجو را تأمین می‌کنند، وادار می‌سازد و در نهایت به ایجاد شکاف طبقاتی عمیق‌تر و نابرابری در دسترسی به خدمات اساسی منجر می‌شود. مقابله با این پدیده، نیازمند اقدامات قاطع و چندجانبه، از اصلاحات قانونی و نظارتی گرفته تا ارتقای شفافیت و پاسخگویی در نظام سلامت و هم‌تراز همه ایجاد فرهنگ اجتماعی است که در آن چنین فسادهایی به هیچ‌وجه پذیرفته نشوند. تا زمانی که این چرخه معیوب شکسته نشود، «زیرمیزی» همچنان کابوس بیماران و نمادی از تباهی در جامعه باقی خواهد ماند.

است که رابطه مبتنی بر اعتماد میان پزشک و بیمار را که یکی از ارکان اساسی اثربخشی درمان است، مخدوش کرده درباره این طرح گفته است: «قرار بر این است که در قالب همکاری دولت و مجلس و در چارچوب برنامه هفتم توسعه، کمیته‌ای تشکیل شود تا در بازه زمانی کوتاهی طرح جامع حذف زیرمیزی تدوین و اجرا شود.»

از نگاه وی یکی از راهکارهای کلیدی، ایجاد یک بیمه سراسری و حذف بیمه‌های متعدد و پراکنده است تا نظام سلامت از حالت طبقاتی خارج شود. همچنین تا زمانی که بیمه‌ها پراکنده و ناکارآمد باقی بمانند، حذف ارز ترجیحی برای دارو و ملزومات پزشکی بی‌نتیجه خواهد ماند و نظام بیمه‌ای کشور متضرر خواهد شد. یکی از ابعاد اصلی طرح، جرم‌انگاری جدی پدیده زیرمیزی است تا فرد خاطی به‌گونه‌ای مجازات شود که ارتکاب چنین جرمی برای او صرفه اقتصادی نداشته باشد. حالا باید منتظر ماند و دید پدیده‌ای که با طرح تحول سلامت و رشد ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی تعرفه‌ها برچیده نشده، می‌تواند با تشدید نظارت، جرم‌انگاری و همچنین ایجاد یک بیمه سراسری و خروج از نظام طبقاتی سلامت مدیریت شود، البته بیمه یکسان برای همه احاد جامعه و خروج سلامت از نظام طبقاتی موضوعاتی هستند که اگر اجرایی‌شدن آنها از مبارزه با زیرمیزی سخت‌تر نباشد، ساده‌تر نیست!



حالا گویا مجلس قرار است طرحی را ارائه دهد که بر اساس آن بتواند زیرمیزی را حذف کند. سلمان اسحاقی، سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با تأکید بر اینکه پرداخت‌های غیررسمی یا همان زیرمیزی، واقعیتی تلخ و قدیمی در نظام سلامت

به قانون و اخلاق و وجدان بی‌اعتنا هستند، گاهی وقت‌ها به جای آنکه خودشان بیماری را که زیرمیزی‌اش را هم داده عمل کنند، تیغ جراحی را به دستیاران و شاگردان خود می‌سپارند و سایر فعالیت‌های اقتصادی‌شان را مدیریت می‌کنند!