

نظارت بر مؤسسات پزشکی و تضمین حقوق بیماران در پرتو مطالعه تطبیقی

محمود عباسی

امیر سماواتی پیروز

لادن عباسیان

چکیده

الگوی نظارت درون گروهی بر فعالیت‌های پزشکی، مبتنی بر تمرکزگرایی و بهره‌گیری از متخصصان رشته‌های پزشکی و بهداشتی مرتبط با وظایف نظارتی است. در این نوع الگوی نظارت، مسئولان و شاغلان در مؤسسات پزشکی، در برخورد با بیماران، خود را در برابر ناظرینی آگاه و آشنا به امور تخصصی می‌یابند. همین مسأله باعث ایجاد شائبه و در نتیجه، عدم فرار از مسئولیت می‌گردد. با این وصف، انتخاب چنین الگویی دارای معایبی نیز می‌باشد. بکارگیری مدل نظارت برون گروهی نیز، مبتنی بر اصل تفکیک مقام ناظر از مقام تصمیم گیرنده و استقلال هیئت نظارت نسبت به بخش‌های پزشکی، با هدف بیطرفی کامل در فرایند نظارت صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، تفکیک این مدل به دو ساز و کار نظارتی نهاد محور و فرایند محور- هر یک با تمرکز بر شیوه‌ی خاصی از نحوه نظارت - با هدف تضمین هر چه بهتر و مطمئن‌تر انجام وظایف و تکالیف محوله به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و پزشکی لحاظ شده است. واکاوی این مدل‌ها، در مجموع، دانش دقیقی از فرایند نظارت را به دست می‌دهند. اما آنچه در این میان، در مقام دستیابی به فرایندی نتیجه‌گرا نمود بارزتری می‌یابد، رسیدن به نوعی از

مدل انتخابی در راستای اعمال نظارتی بسامان‌تر و نتیجه‌دارتر در سیستم بیمارستان-های کشور می‌باشد.

واژگان کلیدی: نظارت درون‌گروهی؛ تخصص‌گرایی؛ نظارت مستمر و ادواری؛ نظارت برون‌گروهی؛ نظارت تلفیقی؛ نظارت ویژه؛ حقوق بیماران.

مقدمه

ارائه‌ی خدمات و تسهیلات پزشکی، بهداشتی و درمانی مناسب، مقرون به صرفه و وظیفه‌شناسانه، با هدف حفظ حقوق و احترام بیماران و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، از جمله مختصات یک نظام پزشکی سالم و موفق در کشورها به شمار می‌رود؛ از این رو، نظارت بر نحوه فعالیت مؤسسات پزشکی و نمره‌دهی به آنان از جانب یک نهاد بی‌طرف، متخصص و آشنا با مقتضیات فعالیت‌ها و پویا در حمایت از حقوق بیماران و مراجعه‌کنندگان خواستار بهره‌مندی از این خدمات، مقوله‌ای بسیار حائز اهمیت و در فرایندی نتیجه‌گرا، گامی رو به پیشرفت و ترقی در عرصه پزشکی به شمار می‌آید. بدین سان، تمرکز بر جنبه علمی و تخصصی در چگونگی ارائه خدمات فوق به مراجعین، از مهمترین شروط تضمین مقوله فوق محسوب می‌گردد؛ بی‌تردید، پیش‌بینی ساز و کارهای مدبرانه، دقیق و برخاسته از تمرکز بر مدل‌های نظارتی به روز و معتبر در کشورهای پیشرفته، گامی مؤثر در راستای تضمین احقاق این حق در مواجهه با مراجعه‌کنندگانی است که کمترین مطالبه به حق آنان، بهره‌مندی از نوعی نظام پزشکی پویا، پایدار و پاسخ‌دهنده در عرصه‌های متنوع خدمت‌رسانی می‌باشد. این هدف میسر نخواهد شد، مگر آنکه مدل خاص نظارت بر نحوه فعالیت مؤسسات پزشکی، آگاهانه و با در نظر داشتن

تمامی جوانب لازم برگزیده و بکار گرفته شود؛ مؤید این تأکید نیز، ویژگی‌های مختلف و بعضاً غیر قابل جمعی است که انواع مختلف مدل‌های نظارتی بکار گرفته شده در سراسر دنیا و از سوی کشورها، دارا می‌باشند. با هدف قرارداد این سیر در روند مطالعاتی نوشتار مذکور، به مطالعه تطبیقی مدل‌های نظارتی بکارگیری شده در برخی از کشورها پرداخته شده است؛

بخش اول: الگوی نظارت درون‌گروهی بر مؤسسات پزشکی

رویکرد حاکم بر فرایند نظارت بر مؤسسات پزشکی در این الگو، حول محور اصل تخصصی بودن فرایند نظارت در گردش است؛ با این توضیح که تضمین نظارت مؤثر و کارآمد جز از رهگذر هیات ناظری که از درون نظام پزشکی انتخاب گردد نه امکانپذیر خواهد بود و نه موفق. بدین سان، نظام نظارت درون‌گروهی مبتنی بر تمرکزگرایی است و بر همین پایه، سازوکارهای نظارتی بر مبنای تدابیر و امکانات موجود در مؤسسات پزشکی تدارک دیده می‌شوند. به عبارت بهتر، انتخاب اعضای هیئت نظارت از میان شاغلین حرف پزشکی، به ارائه‌ی گزارش‌های دقیق و علمی از اوضاع عینی حاکم بر نحوه فعالیت‌های مؤسسات و نهادهای پزشکی کمک شایانی می‌نماید.

الف- مزایای الگوی نظارت درون‌گروهی

از آنجا که کشورهایی از جمله ترکیه^۱ و هلند نظام نظارتی خود را بر الگوی درون‌گروهی بنا نهاده‌اند کوشش می‌شود که در این قسمت امتیازات و محاسن این شیوه نظارت بر مؤسسات پزشکی تبیین گردد.

۱- تخصص گرایی به مثابه گرانیگاه الگوی نظارتی

تخصص گرایی به مثابه گرانیگاه این الگوی نظارتی، مانع از آن می‌گردد که مسئولان و پرسنل مؤسسات پزشکی از عدم تخصص مقام یا هیئت ناظر در جهت عدم پاسخگویی در قبال موارد عدم رعایت حقوق بیماران سوء استفاده نموده و از این رهگذر پوششی را برای تخلفات خود که منجر به تخدیش حقوق بیماران می‌گردد، فراهم آورند.^۲ باری، گزینش اعضای هیئت ناظر از دانش آموختگان در خود نظام پزشکی سبب می‌شود تا چیدمان هیئت، به فراخور نوع و شیوهی نظارت، متناسب با هریک از بخش‌های تخصصی مستقر در مؤسسات پزشکی باشد. بدین ترتیب، پرسنل متخلف در برابر عدم انجام وظایف خود که موجبات مخدوش گردیدن حقوق بیماران را فراهم نموده، در مقابل مقام یا هیئت ناظری که کاملاً نسبت به موازین تخصصی حرفه‌ای آنان اشراف دارند، پاسخگو بوده و بدین سان، بستر سوء استفاده از عدم اطلاعات تخصصی هیئت ناظره فراهم نمی‌گردد. بی‌تردید، تخصص گرایی در مدل نظارتی درون گروهی باعث می‌شود تا نظارت بعمل آمده تا مرتبه یک نظارت واقعی و قابل اطمینان ارتقاء یابد؛ ناگفته پیداست که عدم بهره‌گیری از هیات ناظر متخصص که از درون مؤسسات پزشکی به منظور نظارت تخصصی بر بخش‌های خاص بیمارستان یا مؤسسه پزشکی برگزیده می‌شوند، این تالی فاسد را به دنبال خواهد داشت که نظارت به مرتبه نظارتی صورتی، غیر مؤثر و فاقد کارآیی مبدل گردد.

۱-۱- راهکار تقنینی

بهره‌گیری از نظارت درون گروهی از سوی قانونگذار با نگرشی حرفه‌ای گرایانه به این شیوه نظارت، مستلزم آن خواهد بود که محور اصلی نظارت درون

گروهی در قانون تحت عنوان «تخصص محوری در ترکیب هیات ناظر» مقرر شده و هر گونه نظارت عام که فاقد تناسب با فعالیت بخش‌های تخصصی در مؤسسات پزشکی است، واجد ضمانت اجرا گردد.^۳ بدین سان، قانونگذار می‌بایست معیار فوق را در نحوه نظارت بر مؤسسات پزشکی به مثابه قاعده‌ای آمره مقرر دارد تا از این رهگذر چنانچه عدول از آن منجر به سوء استفاده پرسنل شود، با ضمانت اجرای قانونی مواجه باشد.

۲-۱- راهکار اجرایی

به منظور عملیاتی نمودن رکن تخصصی محوری در نظارت درون گروهی بر مؤسسات پزشکی باید در وهله نخست در هر مؤسسه پزشکی بخشی تحت عنوان «بخش نظارت» مستقر گردد. در این بخش باید ترکیب هیات ناظر از بین متخصصین هر بخش به صورت تناوبی و مقطعی تدارک دیده شود. علاوه بر این، در مقام اجرایی، این نکته نیز حائز اهمیت است که چنین نظارتی نیاستی قابلیت پیش بینی داشته باشد. بنابراین اگر چه تخصص‌گرایی به گونه‌ای که در سطح تقنینی در جایگاه ویژه‌ای قرار گیرد، از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد، ولی به لحاظ اجرایی، بهره‌گیری از کادر تخصصی به نحوی که تعدد مقامات ناظر از هر گونه تبانی با آنان جلوگیری بعمل آورد و نیز طرح‌ریزی برنامه زمانی به طوری که پرسنل در مقاطع زمانی خاصی برای بازرسی، به صرف مراجعه هیات ناظر تظاهر به رعایت حقوق بیماران به صورت نمادین و صوری ننمایند، لازمه اجرایی ساختن نظارت درون گروهی می‌باشد. همچنین تغییر ادواری ترکیب هیات ناظر با این منظور که فضای مأنوس گردیدن و پیدایش مناسبات دوستانه بین پرسنل و

مقام ناظر فراهم نگردد، در کارآیی و مؤثر بودن اعمال نظارت، ضرورتی انکار ناپذیر است.^۵

۲- نظارت مستمر با تأکید بر موارد اورژانسی

نظارت مستمر با تأکید بر موارد اورژانسی مزیت دیگری است که مدل نظارت درون گروهی بر مؤسسات پزشکی دارا می‌باشد. بدین توضیح که، در این مدل، بازرسین هیأت نظارت در خود آن بخش مراقبتی - درمانی یا مؤسسه پزشکی مستقر می‌باشند و لذا مکلف می‌گردند که به طور مستمر، تدابیر نظارتی را به اجرا گذارند.^۶ افزون بر این، حضور مستمر بازرسین در راستای حصول اطمینان از این امر می‌باشد که حقوق بیماران بویژه در موارد فوریت، تأمین گردیده و در واقع تضمینی برای تأمین مطالبات قانونی بیماران از مؤسسات پزشکی، حاصل گردد.

۱-۲- راهکار تقنینی

قانونگذار در پرتو اتخاذ مدل نظارت درون گروهی بر مؤسسات پزشکی باید استمرار نظارت را به موازات احصاء موارد اورژانسی که حضور بازرسین هیأت نظارت به منظور احقاق حقوق بیماران ضروری است، مقرر نماید تا از این رهگذر الزامی قانونی برای بازرسین ناظر جهت اجتناب از مقطعی نمودن نظارت، فراهم شود. بی تردید، احصاء مواردی که در آنها به حسب اورژانسی بودن وضعیت بیمار، استمرار حضور بازرسین ناظر الزامی می‌باشد، در جلوگیری از برخوردهای سلیقه‌ای و گزینشی بازرسین هیأت نظارت تأثیر بسزایی خواهد داشت؛ اگرچه به نظر می‌رسد چنین امری، منجر به محدود نمودن اختیار عمل ناظرین در اتخاذ تصمیم در مواقع بحرانی و خاص می‌گردد.

۲-۲- راهکار اجرایی

جهت تحقق عملیاتی نمودن رکن دوم مدل نظارت درون‌گروهی، تضمین استمرار حضور بازرسین هیئت ناظر در محل مؤسسه مورد نظر ضروری می‌باشد؛ در واقع، پیرو رکن نخست، این بازرسین که از بین متخصصین هر مؤسسه پزشکی برگزیده شده‌اند، بایستی از امکانات لازم جهت استقرار مناسب در مؤسسه پزشکی بهره‌مند گردند. هیئت ناظر نیز مکلف می‌گردند تا با تعیین شیفت‌های جایگزین به صورت متناوب، نظارتی شبانه روزی را در مؤسسه پزشکی به اجرا گذارند و از انجام وظایف پرسنل به صورت صحیح، قانونی، منضبط و در خور شأن بیماران حصول اطمینان نمایند. اجرای مستمر نظارت درون‌گروهی این امکان را نیز فراهم می‌سازد که در وضعیت‌های اورژانسی که رعایت حقوق بیمار و تأمین مطالبات وی از درجه بالاتری از اهمیت برخوردار می‌باشد با بهره‌گیری از حضور مستمر بازرسین هیئت نظارت در داخل بخش اورژانس، مرکز درمانی مربوطه نتواند تحت هیچ شرایطی از پذیرش بیماران اورژانسی امتناع ورزد.

ب- چالش‌های نظارت درون‌گروهی

بایستی اذعان نمود که اساساً در غالب کشورها مدل نظارت درون‌گروهی بر مؤسسات پزشکی مورد پذیرش قرار نگرفته که از جمله آنها می‌توان به کشور فرانسه، مالزی، آمریکا، سوئیس و سوئد اشاره نمود.^۷ در واقع، به رغم مزایایی که بکار بستن این مدل نظارتی در بر دارد، اما طبعاً در مسیر اجرا مواجه با اشکالات و معایبی نیز هست که انتخاب بی‌تردید این مدل نظارتی را تا حدودی با شبهه مواجه می‌سازد. شبهاتی که هنگام انطباق با سیستم عامل در فرایند نظارت بر یک کشور

خاص - برای مثال کشور ایران- به روشنی نمود یافته و تحقق تامه اهداف را با تردید مواجه می‌سازد؛ اهم این چالش‌ها عبارتند از:

۱- عدول از اصل لزوم تفکیک میان مقام ناظر از مقام تصمیم گیرنده^۸

از جمله اصول به رسمیت شناخته شده در فرایند نظارت که به گونه‌ای موسع درباره کلیه مؤسسات و بویژه مؤسسات پزشکی، مورد پذیرش قرار گرفته اصل تفکیک مقام ناظر از مقام تصمیم گیرنده می‌باشد.^۹ در واقع، اعمال نظارتی مؤثر و کارآمد اقتضا می‌نماید تا متخصصی که در مؤسسه پزشکی مشغول به فعالیت می‌باشد خود نتواند عهده دار نظارت بر آن بخش تخصصی نیز باشد. بدیهی است که تلفیق وظیفه تصمیم‌گیری با وظیفه نظارتی پیامدی جز تضعیف صبغه نظارتی به نفع مقام تصمیم گیرنده به همراه نخواهد داشت^{۱۰}؛ چرا که مستحیل شدن دو مقام - که به لحاظ شمول وظیفه، عملکردی در تقابل با یکدیگر دارند- در یک شخص، مسلماً به فرد این امکان را می‌دهد تا با عدول از وظیفه نظارتی خود، وظیفه تصمیم‌گیری را نیز با اعمال علائق و سلائق خود همراه ساخته و به سهولت از قانون تخطی نماید^{۱۱}.

۲- امکان تبانی در پرتو مناسبات درون گروهی

چیدمان هیأت نظارت در مدل نظارت درون گروهی با گزینش اعضا از بین متخصصان همان مؤسسه پزشکی شکل می‌بندد و لذا همواره احتمال تبانی مقام یا هیأت ناظر با متولیان امر در آن مؤسسه پزشکی وجود دارد^{۱۲}.

افزون بر این، بازرسینی که متعاقب پذیرش مدل نظارت درون گروهی در جریان روند نظارت قرار می‌گیرند و به کرات با پرسنل تعامل دارند به تدریج روشی توأم با تسامح را برگزیده که این خود ناشی از حضور و همکاری حرفه‌ای

بازرسین ناظر در همان مرکز پزشکی و یا در مرکزی موازی است.^{۱۳} البته همانگونه که در سیستم نظارتی کشورهای از قبیل، انگلستان و آلمان - با شدت و ضعف متناسب با نظام حقوقی حاکم بر آنها - نیز تأکید شده است علیرغم آنکه در بخش‌های ویژه که خدمات پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ارائه می‌نمایند، مؤثرترین مدل نظارتی، نظارت درون گروهی است، با این حال، همچنان بکارگیری این شیوه نظارت جنبه استثنایی داشته و به سبب ایرادات وارده بر آن قابل تعمیم به سایر بخش‌ها در مؤسسات پزشکی نمی‌باشد.^{۱۴}

بخش دوم: الگوی نظارت برون گروهی بر مؤسسات پزشکی

این مدل نظارتی مبتنی بر اصل تفکیک مقام ناظر از مقام تصمیم گیرنده می‌باشد و استقلال هیئت نظارت نسبت به بخش‌های پزشکی تحت نظارت را در کانون توجه خود قرار می‌دهد.^{۱۵} در واقع در این مدل کوشش می‌شود تا در پرتو استقلال مقام یا هیأت ناظر از متولیان بخش‌های پزشکی، فرایند نظارت با بیطرفی کامل بعمل آید و مکانیزم نظارتی درگیر آن دسته از مناسبات و ملاحظات حرفه‌ای که متوجه مدل نظارت درون گروهی بود، نگردد. مدل نظارت برون گروهی مرکز ثقل خود را بر رعایت اصل نظارت مستقل و بیطرفانه نهاده است.^{۱۶} لذا بازرسین هیأت نظارت بدون وابستگی به مؤسسه پزشکی ذیربط و یا برخوردار از استقلال تام که لازمه اعمال نظارت مؤثر است، تمهیدات نظارتی را تدارک دیده و به اجرا می‌گذارند. بدین ترتیب، با ترسیم خط مشی کلی، مدل نظارت بر مؤسسات پزشکی اتخاذ گردیده و به موازات آن با لحاظ نمودن مدل نظارت درون گروهی به عنوان استثناء وارده بر این نظارت در ذیل به گونه‌های نظارت پرداخته می‌شود:^{۱۷}

الف- سازوکار نظارتی فرایند محور

در نظارت فرایند محور تمرکز بر روی فرایندی است که بیمار از لحظه مراجعه به بیمارستان یا مؤسسه پزشکی تا پایان مدت بستری شدن وی و تسویه حساب و ترخیص با آن مواجه می‌شود. در مدل فرایند محور تلاش می‌شود تا مراحل که بیمار در گذار از آنها باید توسط بازرسین هیأت نظارت، تحت کنترل باشد تشریح گردیده تا حقوق وی رعایت شده و به نیازها و مطالبات قانونی‌اش پاسخ دهی مناسب صورت گیرد. در کشورهای آلمان^{۱۸}، انگلستان، فرانسه و سوئد نگرشی جزئی نگرانه از سوی قانونگذار در قوانین نظارتی در خصوص مدل فرایند محور اتخاذ گردیده است.^{۱۹} بدین توضیح که، در این چهار کشور قوانین و مقررات نظارتی موجود به گونه‌ای است که کلیه مراحل تعامل بیمار با مراکز پزشکی را به صورت موردی و با اعمال یک ضابطه شخصی را در بر می‌گیرد.^{۲۰} بازرسین هیأت نظارت در این کشورها موظف گردیده‌اند که با تفکیک مراحل که براساس مقررات نظام پزشکی در خصوص نحوه خدمات‌رسانی به بیماران مقرر گردیده است بر نوبت دهی‌های طولانی مراکز و مؤسسات پزشکی نظارت نموده و به منظور اجرایی کردن چنین نظارتی و تضمین حسن اجرای آن، بیمارستان یا مؤسسه پزشکی را ملزم نمایند تا به موجب گزارشی که خطاب به هیأت ناظر تنظیم می‌کنند، چگونگی نوبت دهی‌های خود را توجیه نمایند. افزون بر این، در راستای تحقق نظارت فرایند محور به شکلی مؤثر و عملی، شاخص‌هایی که بر مبنای آنها باید ترتیب و طول مدت نوبت‌های داده شده به مراجعه کنندگان بررسی گردد، تبیین گردیده تا از این رهگذر، گزارشات ارجاع شده به هیأت ناظر به صورت سلیقه‌ای یا با تأسی از عرف متداول که دایرمدار کلی‌گویی در صورت جلسات می‌باشد، تنظیم نگردیده و علاوه بر این هیأت ناظر نیز در ارزیابی خود از عملکرد

آن مؤسسه پزشکی، نظر خود را بتواند مستند به این شاخص‌ها و رعایت یا عدم رعایت آنها بنماید.

نخستین شاخص، میزان مراجعه بیماران به آن مرکز پزشکی است. بنابراین، صرف اینکه در یک مرکز درمانی از پذیرش بیمار استنکاف گردیده و یا نوبت طولانی مدت به وی داده شده نمی‌تواند مبنای دارای وجهتی برای نقض چنین شاخصی باشد.^{۲۱} چه بسا، به حسب تعداد و دفعات مراجعه بیماران، اعطاء نوبت‌هایی بدین شکل قابل توجیه بوده و خدشه‌ای بر عملکرد آن مرکز درمانی وارد نکند. وانگهی باید خاطر نشان ساخت که گزارش آن مرکز مربوطه مبنی بر توجیه نوبت‌های طولانی منصرف از موارد اورژانسی است که در هر صورت باید پذیرش فوری صورت گیرد.

شاخص دوم میزان امکانات موجود در آن مرکز درمانی از حیث کمی یا کیفی می‌باشد. لذا گزارش مؤسسه پزشکی به هیأت ناظر باید مؤید این مطلب باشد که نوع و طول مدت نوبت دهی به بیماران تابعی از امکانات موجود بوده و متناسب با آن صورت گرفته است. باری، از رهگذر نظارت فرایند محور که حول محور رویکردی جزئی نگرانه بنا نهاده شده است مؤسسه پزشکی در برابر بازرسین هیأت ناظر مکلف می‌گردد تا در صورت دادن نوبت‌های طولانی مدت به بیماران ضرورت چنین امری را برای هیأت نظارت تبیین و توجیه نماید.

افزون بر این در قوانین ناظر به تخلف‌انگاری در باب نقض حقوق بیماران توسط مؤسسات پزشکی به این نکته تصریح شده است که در نظارت فرایند محور، اقدامات اورژانسی که باید فوری و خارج از نوبت انجام گیرد از شمول محور بیان شده خارج گردیده و مؤسسه پزشکی مربوط به صرف آنکه از سوی هیأت ناظر احراز گردد که از ارائه خدمات اورژانسی در خارج از نوبت معمول امتناع ورزیده

است، مشمول تخلفات انتظامی قرار خواهد گرفت. بی تردید، بر تخلف انگاری در حیطه نقض حقوق بیماران در فرایند مراجعه به مؤسسات پزشکی این ثمره حائز اهمیت می باشد که با لحاظ نمودن ضمانت اجرا برای چنین تخلفاتی، سازوکارهای نظارتی به مکانیزمی صوری و تشریفاتی تنزل پیدا نخواهد کرد.

افزون بر این، در کشورهای هلند^{۲۲} و انگلستان، قوانین نظارتی بر هزینه هایی که بر عهده بیماران نهاده شده و مؤسسه پزشکی خدمات رسانی خود را منوط به اخذ هزینه آن خدمات نموده است تمرکز ویژه ای گردیده است.^{۲۳} با این توضیح که، بازرسی هیأت نظارت بویژه در موارد بیماری های رو به وخامت و یا امور اورژانسی که بیمار در حالتی اضطراری قرار دارد، موظف گردیده اند که بر هزینه هایی که به صورت بی رویه و فاقد ضابطه از بیماران اخذ می گردد اعمال نظارت نمایند.^{۲۴} از این رو، هیأت ناظر با ارجاع بازرسی خود که البته باید متخصص در امور حسابداری و حسابرسی باشد و در ترکیب هیأت نظارت قرار گرفته و یا انجام این امر از سوی هیأت ناظر به وی محول گردیده باشد، به صندوق مالی و بخش حسابداری بیمارستان یا مؤسسه پزشکی، متولیان بخش مربوطه را ملزم نماید تا میزان هزینه های دریافتی را توجیه نمایند.^{۲۵} همچنین به موجب قوانین نظارتی در دو کشور فوق، به منظور نظام مند نمودن این شاخه از مدل نظارتی فرایندمحور مقرر گردیده است که مؤسسات پزشکی ملزمند تا به صورت ماهانه گزارش خود را در خصوص تناسب منطقی و موجه بین هزینه های اخذ شده از بیماران و امکانات و خدمات مراقبتی، بهداشتی و درمانی که مؤسسه مربوطه ارائه نموده است، تنظیم کرده و به هیأت ناظر ارسال نمایند.^{۲۶}

همچنین، یکی دیگر از ابعاد مدل نظارتی فرایندمحور که در قوانین نظارتی کلیه کشورهایی که موضوع مطالعه تطبیقی قرار داشته اند مورد توجه قرار گرفته

است، حمایت از حقوق بیماران از رهگذر کنترل بر مؤسساتی است که موظفند، خدمات درمانی خود را به صورت شبانه روزی ارائه دهند. لذا، قسمتی دیگر از نظارت فرایند محور، تدارک تمهیدات نظارتی از رهگذر ارزیابی و تضمین پذیرش شبانه روزی بیماران در مؤسساتی است که به موجب قوانین و مقررات نظام پزشکی و مقررات وزارت بهداشت و درمان مکلف گردیده اند که بدین صورت فعالیت داشته باشند. به منظور اجرایی ساختن نظارت بر این مورد، هیأت نظارت با بکارگیری بازرسین خود که در کمیته نظارت به صورت شیفیتی اقدامات کنترلی را انجام می دهند از رهگذر گشت‌زنی هایی که اصطلاحاً از آن تحت عنوان «نظارت پویا» یاد می شود و با مراجعه شبانه به مؤسسات مربوطه در زمان های متناوب حصول اطمینان می نماید که این مراکز درمانی و یا داروخانه ها به طور مستمر خدمات درمانی یا دارویی را به مراجعه کنندگان ارائه می دهند.^{۲۷}

جلوه ای دیگر از نظارت فرایند محور را «نظارت ایستا» به خود اختصاص می دهد که گرانیگاه آن اتخاذ تدابیر نظارتی نسبت به امکانات بستری شدن بیماران می باشد. بدین توضیح که، هیأت نظارت می تواند از بخشی که متولی تصمیم گیری در خصوص ضرورت یا عدم ضرورت بستری کردن بیمار است و موظف است ترتیبات لازم را برای بستری فوری بیمار در شرایط مناسب بهداشتی و مراقبتی را فراهم نماید، درخواست کند که لیست تعداد بیماران بستری شده، به ضمیمه مواردی که از بستری بیمار استنکاف گردیده به همراه دلایل توجیهی راجع به عدم بستری، در گزارش خود به هیأت ناظر تقدیم نماید. افزون بر این در کشورهایمانند فرانسه، آلمان و سوئیس با نگرشی ملهم از ضابطه ای موردی، شاخص های قابل استناد برای توجیه ضرورت بستری بیمار و یا عدم امکان بستری وی احصاء گردیده‌اند.^{۲۸} بدین سان، کمبود تخت در مؤسسه پزشکی مربوطه

شاخصی موجه قلمداد می‌گردد که مؤسسه را از تخلف در زمینه لزوم بستری نمودن بیمار مبرا می‌سازد.

همچنین، فقدان یا کمبود کادر تخصصی به تناسب نوع بیماری که باید بستری شود، از جمله دلایل موجه تلقی شده که مؤسسه پزشکی باید در گزارش ارسال شده برای هیأت ناظر آن را تبیین نماید.^{۲۹}

ب- ساز و کار نظارتی نهاد محور

دومین مکانیزم نظارتی که با شیوه‌های مختلف و قلمرو و ابعاد متفاوت می‌توان گفت در کلیه کشورهای مورد بررسی در این پیمایش تطبیقی قرار گرفتند، لحاظ گردیده است، و در سطح تقنینی به موجب موارد خاصی ضابطه‌مند گردیده، مدل نظارتی «نهاد محور» می‌باشد.^{۳۰} این مدل بر پرسنل مراکز درمانی و نیز نحوه جایگزینی شیفت‌های آنان، نحوه استخدام و میزان تخصص پرسنل به تناسب هر بخش و نیز کیفیت لوازم پزشکی و داروها در مؤسسات پزشکی، متمرکز گردیده است.

به سخن بهتر، از نظرگاه نظارت نهاد محور، بازرسین هیئت ناظر به تناسب، تعداد پرستاران، بهیاران و پرسنل متولی ارائه خدمات درمانی و مراقبتی را با هر بخش مورد ارزیابی قرار داده و بررسی می‌نمایند که تعداد کارکنان هر بخش با میزان بیماران پذیرش شده و حجم کاری آن بخش متناسب باشد.^{۳۱} افزون بر این، هیأت نظارت بر مجوزهای لازم که مؤسسه مربوطه باید مطابق قوانین نظام پزشکی اخذ می‌کرد، نظارت نموده و در اغلب کشورها ابطال مجوزهای فاقد شرایط قانونی طی یک رسیدگی اداری در صلاحیت همان هیأت ناظر نهاده شده است تا بدون نیاز به درگیر شدن در فرایند فرسایشی و دیر گذر دادرسی قضایی،

فوراً از ادامه فعالیت مؤسسه خاطی جلوگیری بعمل آید. وانگهی، به موازات نظارت بر قانونی بودن فعالیت مؤسسات پزشکی تدابیر نظارتی در خصوص نحوه استخدام پرسنل از سوی مؤسسه مربوطه نیز بخشی دیگر از نظارت نهادمحور را به خود اختصاص می دهد.^{۳۲} در راستای اجرایی شدن این گونه نظارت ها، بازرسین هیأت نظارت با مراجعه به مؤسسات پزشکی اعم از درمانی یا مراقبتی، بررسی مدارک حاکی از تخصص و صلاحیت پرسنل و کادر مؤسسات پزشکی پرداخته و نسبت به رعایت تخصص گرایی در هر بخش از رهگذر بکارگیری کادر آموزش دیده، اطمینان خاطر حاصل می نمایند.

از منظر نظارت نهادمحور و با بکارگیری نظارتی برون گروهی که امکان هرگونه تباری بین پرسنل را کاهش دهد، جایگزینی غیرقانونی شیفت ها در پرسنل نیز کنترل می گردد؛ برای تحقق این منظور و در اغلب کشورها به دلیل رشد فزاینده چنین تخلفاتی، اقدامات نظارتی به صورت اتفافی و متناوب تدارک دیده نشده است. همچنین از آنجا که یکی از فاکتورهای تأثیرگذار در افزایش این نوع تخلف، تباری یا دست کم برخورد توأم با تسامح و تساهل بازرس ناظر با پرسنل متخلف بوده است، کمیته نظارت، طی بازدیدهای زمانی کوتاه مدت خود، مبادرت به صدور حکم تغییر حوزه ی محل فعالیت بازرسین می نماید تا با عدم استمرار حوزه نظارتی یک بازرس، از هرگونه تخدیش دستگاه نظارت به سبب مأنوس شدن بازرس با پرسنل مربوطه، جلوگیری بعمل آید.

افزون بر این، از نظرگاه نظارت نهادمحور، کیفیت امکانات و لوازم پزشکی نیز از جمله مواردی است که در حیطه وظایف نظارتی هیأت ناظر قرار می گیرد. البته باید متذکر شد که این شاخه از نظارت نهاد محور صرفاً در کشور آمریکا در سطح قانونگذاری ملحوظ نظر قرار گرفته است و در سایر کشورها صرفاً در سطح

دکترین باقی مانده است. در این شاخه نظارتی، کنترل بر کمبود لوازم پزشکی، فقدان کیفیت آنها و یا عدم رعایت اصول بهداشتی نسبت به محیطی که در آن باید نگهداری شوند به منظور رعایت بهداشت بیماران، بر عهده بازرسی قرار گرفته است.

به نظر می رسد، نظام نظارتی کشورهای مورد مطالعه نمایانگر آن است که جهت گیری مدل نظارت نهاد محور به سمت یکسان سازی عملکردهای متفاوت مراکز درمانی است و نقطه نظر آن را ارتقاء کیفیت عملکرد مؤسسات پزشکی تشکیل می دهد.

مؤلفه دیگری که در نظارت نهاد محور قرار می گیرد منتج از بررسی سازوکارهای نظارتی موجود در کشورهای موضوع مطالعه تطبیقی به ویژه کشور هلند است که نشان می دهد، بیمه گر می تواند قائم مقام بازرس ناظر بوده و به اقتضاء ماهیت قرارداد بیمه، نقش نظارتی را بر مؤسسات پزشکی طرف قرار داد با بیمه ایفا نماید^{۳۳}. چه بسا، مراکز درمانی خصوصی بسیاری به صرف آنکه طرف قرارداد بیمه نبوده اند از فیلتر کنترلی هیأت نظارت خارج مانده اند و لذا امکان کنترل بر عملکرد این مراکز وجود نداشته است. لذا در قوانین کشور هلند و نیز کشور سوئد، به ضرورت بیمه اجباری مراکز درمانی تصریح گردیده است تا از این رهگذر، امکان اعمال نظارت توسط بیمه گر میسر گردد. بدین توضیح که، چنانچه قرارداد بیمه ای منعقد شود در متن قرارداد تعهدات مرکز متولی ارائه خدمات درمانی و مراقبتی و تعهدات بیمه گر به عنوان تأمین کننده مالی این خدمات در آن قید می شود.

بدین سان، قرارداد بیمه موجب می گردد تا بیمه گر به منظور تقلیل هزینه های خود، مبالغ اخذ شده از بیمار را در مؤسسه پزشکی مربوطه مورد بررسی و برآورد

قرار داده و لذا هر گونه تحمیل هزینه بلاجهت و غیر قانونی را احراز نماید. به دیگر سخن، بیمه گر، مادامی که قرارداد بیمه به قوت خود باقی است در جایگاه ناظری قرار می‌گیرد که به دلیل ذینفع بودن، نظارتی مؤثر و مستمر را بعمل می‌آورد.^{۳۴}

ج- سازوکار نظارتی ویژه

سومین گونه نظارتی که در کشورهای با استاندارد بالای نظارت اعمال می‌گردد از جمله در کشورهای آمریکا و انگلستان، مدل نظارت ویژه است.^{۳۵} این رهیافت نوین نظارتی حول محور سازوکارهایی قرار می‌گیرد که به منظور کنترل بر بخش‌های ویژه در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، تدارک دیده می‌شوند. ماهیت فعالیت پزشکی در بخش‌هایی نظیر I.C.U یا C.C.U، بخش‌های نگهداری بیماران مبتلا به ویروس اچ. آی. وی، بیماران معتاد به مواد مخدر یا مؤسسات نگهداری و مراقبت از معلولان جسمی و ذهنی یا سالمندان، به گونه ای است که مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی ویژه ای را توأم با تخصص بالا طلب می‌کند؛^{۳۶} لذا، بازرسین هیأت ناظر در اینگونه بخش‌ها ناگزیر باید بر مبنای مدل نظارتی درون گروهی- که البته واجد صبغه ای استثنایی است- عمل نمایند. تخصصی بودن و حتی فوق تخصصی بودن این بخش‌ها اقتضاء می‌نماید که تیم ناظر بر آن‌ها از همان کادر متخصص در آن بخش‌ها انتخاب گردد. در غیر اینصورت پرسنل مشغول به فعالیت در این بخش‌ها با سوء استفاده از عدم آگاهی بازرسین، به تخلفات خود که به صورت رقم سیاه باقی می‌ماند ادامه خواهند داد و به همان میزان که بیماران بستری شده در بخش‌های ویژه بر اساس معیاری آسیب شناختی از نوعی آسیب پذیری رنج می‌برند، نیازمند نظارتی مضاعف نیز به منظور حمایت از حقوقشان می‌باشند که جز از رهگذر مدل نظارت ویژه که ناظرین

دارای همان میزان تخصص و صلاحیت می باشند، امکانپذیر نخواهد بود. از این رو، تصریح به چنین مدلی از نظارت در قوانین نظارتی بر مؤسسات پزشکی توأم با ضمانت اجرای به مراتب شدیدتر از سایر مدل های نظارتی، ضرورتی انکارناپذیر است.

بخش سوم: الگوی تلفیقی نظارت بر مؤسسات پزشکی

در وهله نخست به منظور تدوین سیاستی منسجم و ضابطه مند در خصوص نظارت بر مؤسسات پزشکی باید در سطح تقنینی، توزیع تمهیدات نظارتی در قانون با تأسی از ظرفیت های حقوقی موجود در قوانین داخلی، بر مبنای تفکیک بخش-های مستقر در مؤسسات پزشکی به عمل آید. بدین توضیح که، بایستی بین بخش های تخصصی و فوق تخصصی که متولی خدمات ویژه درمانی و مراقبتی می باشند با بخش های عمومی مؤسسات پزشکی قائل به تفکیک شد^{۳۷}. لذا قانونگذار پیش از هرچیز باید شرایط لازم به منظور اطلاق عنوان بخش های تخصصی هر مؤسسه پزشکی را در مقایسه با بخش های عمومی از منظر قانونی احصاء نماید. در پرتو مصرحات قانونی است که می توان به اقتضاء هر بخش مدل نظارتی متناسب با آن را در قانون مقرر نمود و با اتخاذ رویکردی تلفیقی، بستر نظارتی مفید و مؤثر را فراهم نمود. به سخن بهتر، در مدل تلفیقی، اصل و استثناء حاکم بر مدل نظارت بر مؤسسات پزشکی در قانون مقرر می گردد. براین اساس، مدل نظارت برون گروهی به عنوان اصل حاکم بر الگوی نظارت بر بخش های عمومی مؤسسات پزشکی تبیین گردیده و سپس در موارد خاص در بیمارستان ها و مراکز مراقبتی و درمانی، مدل نظارت درون گروهی به شکلی استثنائی قابلیت اعمال پیدا می کند. اهمیت و حساسیت حقوق و مطالبات بیماران خاص ایجاب می نماید که

مدل نظارت درون گروهی با دو مؤلفه تخصص گرایی در چیدمان هیأت ناظر و نیز استمرار نظارت به صورت شبانه روزی، در بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها اتخاذ گردد. حال آنکه، در بخش‌های عمومی از آنجا که مؤلفه تخصص محوری به مراتب از حساسیت کمتری برخوردار می باشد، از مدل نظارت برون گروهی استفاده می‌شود تا از این رهگذر نه تنها اصل لازم الرعایه تفکیک مقام ناظر از مقام تصمیم گیرنده مطمح نظر قرار گرفته و استقلال و بی طرفی فرایند نظارت را تضمین نماید بلکه از مناسبات و تعاملات درون گروهی که موجبات تبانی بازرسین هیأت نظارت با متولیان و پرسنل مؤسسات پزشکی و موضع گیری توأم با اغماض آنان نسبت به تخلفات پزشکی را در بردارد، ممانعت بعمل آید. درواقع، همزیستی دو مدل نظارتی برون گروهی و درون گروهی متضمن این مزیت می‌باشد که به موازات تخصص گرایی، عرف متداول بر مؤسسات پزشکی نیز در رویه عملی در نحوه نظارت ملحوظ نظر قرار می‌گیرد. وانگهی، وجه مشترک این دو مدل در الگوی تلفیقی آن است که نظارت فرایند محور و نظارت ویژه به مثابه سازوکارهای بنیادین نظارت بر مؤسسات پزشکی در راستای ارتقاء جایگاه بیماران و تأمین حقوق و مطالبات آنان در هر دو مدل، بکار گرفته می‌شود. لذا در پرتو اتخاذ دیدگاهی جزئی نگرانه تمهیدات نظارتی با هدف جلوگیری از تخدیش حقوق بیماران و به محاق گراییدن جایگاه آنان در مؤسسات پزشکی در الگوی تلفیقی، تدارک دیده می‌شوند.

نتیجه

در حال حاضر پشتوانه مطالعه تطبیقی با تأکید بر کشورهای بی که عمدتاً مدل-های نظارتی خود را در سطح تقنینی نیز مورد توجه قرار داده و متعاقب آن در سطح اجرایی نیز به موقع اجرا نهاده‌اند، فراهم گردیده است. این مطالعه تطبیقی بیانگر تجربیات موفق- و البته گاه توام با ایراداتی است- که در کشورهای مختلف در خصوص نظارت بر مؤسسات پزشکی صورت گرفته است.

بنابراین زمان آن رسیده است تا با بهره‌گیری از تجربیات کشورها و به موازات آن استفاده از ظرفیت‌های موجود در قوانین داخلی، به تفتت و تورم قوانین در زمینه نظارت پزشکی پایان بخشیده و جهت‌گیری حقوق داخلی به سمت یکسان‌سازی مقررات نظارت بر مؤسسات پزشکی از زاویه تدوین طرحی جامع و واحد قرار گیرد. بی تردید، مادامی که در تدوین چنین طرحی از یک سو از تجربیات سایر کشورها در پرتو مطالعه تطبیقی استفاده نگردد و از سوی دیگر به بسترها و امکانات موجود در قوانین داخلی بویژه قوانین و مقررات نظام پزشکی و دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با نگرشی عمل‌گرایانه و نه صرفاً نظری توجه نگردد، رعایت و تضمین حقوق بیماران میسر نخواهد گردید. امید است این مطالعه تطبیقی گامی بنیادین در راستای تدوین طرح جامع نظارت بر مؤسسات پزشکی بوده و طبعاً مقدمه لازم آنرا فراهم نماید تا نظارتی جزئی‌نگرانه به مثابه حمایت واقعی از حقوق بیماران اتخاذ اعمال گردد.

فهرست منابع

- 1- Health Care Systems in Transition (HIT): Turkey, WHO Regional Office for Europe, Written by B. Serdar Savas, Ömer Karahan and R. Ömer Saka, 2002, pp.94 – 118.
- 2- Karmen(A), improving quality of care through regulation, journal of medical device regulation ,2008, p.361.
- 3- Study on the Health Systems' Efficiency in Five European Countries; Assoc. Prof. Evgenia Delcheva, Ph.D. UNWE, Sweden, Economic Alternatives, issue 1, 2008, p.36.
- 4- Ibid, p.44.
- 5- Ibid, p.48.
- 6- Garner, (Brayan), Netherland medical device regulation , journal and biological research , 2006.
- 7- Vandeginst, (stef), Duty medical service regulation in switzerland Journal of European medical device regulation. 2006.
- 8-The Health Care System in SWITZERLAND, Cost Factor and Branch of the Future, Advisory Council for the Concreted Action in Health Care, Special Report, vol II, 1997, p.472.
- 9- Rombouts. (Heidy), medical malpractice shows flaws in hospital self - regulation, British medical Journal, 2007.
- 10- European Commission Public Health Press Releases; available in: http://europa.eu.int/comm/health/horiz_press_en.htm
- 11- Health Care Systems in Transition(HIT): WHO Regional Office for Europe, the France report (written by: Marcus Longley, Edited by: Nadia Jemiai, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2004, pp.113- 145.
- 12- Primary Health Care in Europe; George Boulton, John James, Future of Primary Health Care in Europe, 2009, pp.13- 24.
- 13- Maarse, H. (2007). "Healthreform-one year after implementation, available in: <http://www.hpm.org/survey/nl/a9/1>, accessed 9 January 2008."Health Policy Monitor May.
- 14- World Health Organization (2007). World Health Statistics 2007. Geneva, World Health Organization.
- 15- European Agency for Health and Safety at Work; available in: http://agency.osha.eu.int/agency/index_en.htm.
- 16- Msidi, (Eleanor), the regulation of medical malpractice, Journal of medical ethics, 2004.
- 17- Jacobs, (J), overview of medical regulation in Sweden, regulatory affairs Journal, 2007.
- 18- Health Care Systems in Transition (HIT): WHO Regional Office for Europe, Germany, WHO Regional Office for Europe, 2000.p.128.
- 19- Boundaries and Supervision: Avoiding Legal Risks and Doing GoodClinical Work. Werner Tschan MD, University of Zuerich Switzerland; Robert I. Simon, MD, Georgetown University, Washington DC, Linda M. Jorgenson, JD, Attorney, Boston MA, Gary R. Schoener, WICC, Minneapolis MN, 158th American Psychiatric Association Annual Meeting at Atlanta, GA Tuesday May 24, 2005.pp.2-8.

- 20- Shipway. (Lyne), legal requirements for medical regulation in England, <http://www.who.int/>
- 21- Plaut S.M.: Understanding and managing professional-client boundaries. In: S.B. Levine (Ed.), C.B. Raised, S.E. Althof (Ass. Ed.): Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals. Brunner-Routledge, New York, 2003, 407-424.
- 22- Health Care Systems in Transition (HIT): Netherland, WHO Regional Office for Europe, 2005.p. 142.
- 23- Vernon, (LJ), development and implementation of medical device regulation in Netherlands, <http://www.medicalstudy.pdf.s.org.2007>.
- 24- Koocher G.P., Keith-Spiegel P.: Ethics in psychology: Professional standards and cases. Oxford University Press, New York, 1998, 2nd Ed.
- 25- Description of Health Care Systems: Germany and the Netherlands; Niek Klazinga, Professor of Social Medicine, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, 2007, p.44.
- 26- European Centre for Disease Prevention and Control; available in: <http://ecdc.eu.int/>
- 27- Charter on Medical Professionalism: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet, 2002; 359:520-522. Simultaneously published in: Annals of Internal Medicine, 2002; 136:243-246.
- 28- Brown Daniel, Schefflin Alan W., Hammond D. Corydon: Memory, Trauma, Treatment and the Law. W.W. Norton, New York, 1998, p. 275.
- 29- European Medicines Evaluation Agency; available in: <http://www.emea.eu.in/>
- 30- Andrew, (A.B), Legal requirements for medical surveillance, <http://www.ispcan.org.2004>.
- 31- Abel G.G., Osborn C.A., Warberg B.W.: Professionals. In: W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson, T. Ward (Eds.): Sourcebook of treatment programs for medical cares. Plenum Press, New York, 1998, 319-336.
- 32- European Public Health Alliance (EPHA); available in; <http://www.ephpa.org/>
- 33- HIT Summary; Netherland, 2005, p. 46.
- 34- European Public Health Association (EUPHA); available in; <http://www.eupha.org/>
- 35- Doyle, (B). Regulation of health care studies of farce, journal of academic medicine, 2005.
- 36- Fraud Proofing European Healthcare Systems; European Health Care Network, 2006.
- 37- EuroHealthNet; available in: <http://www.eurohealthnet.org/eurohealthnet/>

یادداشت شناسه مؤلفان

- این مقاله نتیجه بخشی از یک طرح پژوهشی است که با سفارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی اجرا شده است.

دکتر محمود عباسی، متخصص حقوق پزشکی از دانشگاه سوربن و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

دکتر امیر سماواتی پیروز، دکترای حقوق کیفری و جرم شناسی از دانشگاه شهید بهشتی، رییس کتابخانه کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

a_samavati_p@yahoo.com

دکتر لادن عباسیان، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

l.abbasian@yahoo.com