



دیدگاه

دکتر داوود علی محمدی

راهبرد کاهش هزینه‌های درمانی در سال ۹۵

با ورود تجهیزات جدید تشخیصی، پاراکلینیکی و آزمایشگاهی و همچنین رواج انواع و اقسام فرایندهای درمانی تازه و گران قیمت، شاهد هستیم که هزینه‌های نظام درمان به طور مداوم در حال افزایش است. علاوه بر آن، نباید فراموش کرد که هدررفت منابع در بخش درمان نیز رقم قابل توجهی است. در چنین شرایطی به نظر می‌رسد اصلی‌ترین راه منطقی‌سازی هزینه‌های درمان در سال ۹۵، توجه بیشتر به مقوله بهداشت و پیشگیری باشد. وقتی بحث پیشگیری به میان می‌آید، باید سه وجه مهم پیشگیری را مدنظر داشته باشیم. اولین راه پیشگیری، مراقبت از شهروندان برای جلوگیری از ابتلای آنان به انواع بیماری‌هاست، به طوری که باید در وهله اول تلاش کنیم شهروندان کمتری به بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مبتلا شوند. دومین راه پیشگیری، جلوگیری از حاد شدن فرایند بیماری است، به نحوی که بیماری به مراحل پیشرفته‌تر منتهی نشود. سومین مسیر پیشگیری، بازتوانی بیمار با فعالیت‌هایی مثل فیزیوتراپی، کار درمانی و... است، به طوری که بیمار بتواند مثل دوران قبل از بیماری به جریان زندگی برگردد. در کشور ما نوع دوم پیشگیری با دقت عمل بسیار خوبی انجام می‌شود، اما متأسفانه نوع اول و سوم پیشگیری به فراموشی سپرده شده و چندان جدی گرفته نمی‌شود، در حالی که اگر می‌خواهیم سلامت عموم جامعه ارتقا یابد و هزینه‌های گاه سرسام‌آور درمان کنترل شود، به آموزش و فرهنگ‌سازی گسترده نیاز داریم تا فرهنگ پیشگیری در مردم نهادینه شود. اما متأسفانه شاهد هستیم که مثلاً گاهی میلیون‌ها تومان خرج عمل قلب باز یک بیمار می‌شود، ولی پس از ترخیص از بیمارستان، بیمار به حال خود رها می‌شود و در نتیجه همان بیمار به سبک زندگی قبلی‌اش بازمی‌گردد. اگر چه طی سال‌های اخیر، برخی اقدامات برای ارتقای سطح بهداشت و پیشگیری در کشور انجام شده، اما این طرح‌های جرقه‌ای نمی‌تواند خلائها و نارسایی‌های فراوان این حوزه را جبران کند. اگر می‌خواهیم در سال ۹۵ سلامت جامعه ارتقا یابد و هزینه‌های سنگین درمانی کاهش یابد، راهی جز سرمایه‌گذاری جدی در بخش بهداشت و پیشگیری نداریم؛ کاری که به‌نظر می‌رسد اصلی‌ترین وظیفه متولیان حوزه سلامت کشور باشد.

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان قم

خبر

ساخت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در شیراز و تبریز



در جریان سفر هیئت‌عالی‌رتبه تجاری و اقتصادی کشورمان به اتریش، تفاهم‌نامه‌ای برای ساخت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در شیراز و تبریز با شرکت VAMED، که یکی از شرکت‌های بزرگ بیمارستان‌ساز و معتبر جهانی است، به امضا رسید. به گزارش اداره کل روابط عمومی سازمان تأمین اجتماعی، مدیرعامل شرکت سرمایه‌گذاری خانه‌سازی ایران به‌عنوان یکی از شرکت‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی همراه با هیئت متشکل از فعالان اقتصادی و بخش خصوصی کشور به منظور انعقاد تفاهم‌نامه ساخت بیمارستان‌های ۳۲۰ تختخوابی شیراز و ۲۲۰ تختخوابی تبریز با شرکت VAMED به کشور اتریش سفر کرد. مهندس علی مقدس‌زاده پس از امضای تفاهم‌نامه همکاری با شرکت اتریشی VAMED اظهار داشت: «این تفاهم‌نامه به منظور ساخت دو بیمارستان ۳۲۰ تختخوابی در شهرهای شیراز و تبریز میان شرکت سرمایه‌گذاری خانه‌سازی ایران و شرکت VAMED اتریش به ارزش تقریبی ۲۰۰ میلیون یورو به امضا رسید و هر دو پروژه با استفاده از فایننس خارجی اجرا خواهند شد.»

در همایش اقتصادی ایران و اتریش که همزمان با سفر هیئت تجاری و اقتصادی ایران به اتریش در محل اتاق اقتصاد اتریش برگزار شده، غیر از شرکت سرمایه‌گذاری خانه‌سازی ایران، هفت شرکت ایرانی دیگر نیز با شرکت‌های اتریشی در حضور روسای اتاق‌های بازرگانی دو کشور تفاهم‌نامه همکاری مشترک امضا کردند.

خودکفایی کشور در اهدای خون

مدیرعامل سازمان انتقال خون ایران اعلام کرد: «از نظر آمار اهدای خون به خودکفایی رسیده‌ایم.» به گزارش مهر، علی‌اکبر پورفتح‌الله با بیان اینکه در سال گذشته نزدیک به ۲ میلیون و ۲۰۰ هزار واحد خون اهدا شده، گفت: «هم‌اکنون شاخص اهدای مستمر خون در سازمان انتقال خون ۵۲ درصد است.» وی با بیان اینکه از نظر تعداد اهداکنندگان خون، شاخص کشور ما ۱۲۷ اهدای خون به ازای هر هزار نفر جمعیت است، عنوان کرد: «هم‌اکنون از نظر آمار اهدای خون به خودکفایی رسیده‌ایم، و به دنبال افزایش آمار اهدای خون نیستیم، بلکه در پی افزایش اهداکنندگان مستمر و رساندن شاخص ۵۲ درصدی اهدای مستمر به ۹۰ درصد هستیم.»

۰۶ | کتینه نو



در شهر خبرهایی هست

وارونه‌نمایی نقش بیمه‌ها در نظام سلامت!

نگاهی موشکافانه به تفاوت‌های تولید در نظام سلامت با تصدی در این حوزه



سرمایه‌گذاری جزو الزامات هر صندوق بیمه‌ای است و در سازمان تأمین اجتماعی نیز، به‌عنوان تنها سازمان درآمد هزینه‌ای کشور، سرمایه‌گذاری و حتی بنگاه‌داری معنا پیدا می‌کند

و تأکید می‌کند: «وقتی تولید نظام سلامت به تصدی‌گری روی می‌آورد، این کار مغایر سیاست‌های کلی نظام سلامت است و تعریف تولید را زیر سوال می‌برد.»

تدوین راهنمای بالینی، وظیفه تولید است

در بخش دیگری از مصاحبه وزیر بهداشت به بحث راهنماهای بالینی اشاره شده و ضمن آن، دکتر هاشمی‌گلایه کرده که «کدام‌یک از راهنماهای بالینی که وزرای پیشین زحمت کشیده‌اند و نوشته‌اند، اجرایی شده است؟ وقتی بیمه‌ها با وزارت بهداشت هماهنگ باشند، بسیاری از این مشکلات وجود نخواهد داشت.» احمدزاده در این زمینه می‌گوید: «شاید برای برخی خدمات نظام سلامت راهنمای بالینی وجود داشته باشد، اما واقعیت این است که هم‌اکنون خدمات بسیار زیادی در نظام سلامت ارائه می‌شود که برای بسیاری از آن‌ها هیچ‌گونه راهنمای بالینی وجود ندارد.»

به گفته مشاور معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، احتمالاً منظور وزیر محترم بهداشت از راهنماهای بالینی، یک سری دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های مدیریت‌شده است که فقط برای یک گروه محدود از خدمات درمانی نوشته شده است. از سوی دیگر، این کارشناس نظام سلامت خاطر نشان می‌کند: «مسئولیت اصلی تدوین و ابلاغ راهنماهای بالینی با وزارت بهداشت است، زیرا تولید نظام سلامت را بر عهده دارد، اما

مشاور معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی در گفتگو با آتیه‌نو، بحث تولید در نظام سلامت را از منظر قانونی تحلیل می‌کند و می‌گوید: «براساس سیاست‌های کلی نظام سلامت که مقام معظم رهبری ابلاغ کرده‌اند، تولید نظام سلامت با وزارت بهداشت است اما طبق قانون، تولید دارای تعریف و وظایف مشخصی است که این تعریف علمی و قانونی از تولید با تصدی‌گری در حوزه سلامت منافات دارد.» به گفته احمدزاده، وظیفه تولید، سیاست‌گذاری، نظارت و ارزیابی حوزه نظام سلامت است و هیچ‌کس با این تعریف از تولید مشکل ندارد، اما مشکل اینجاست که در حال حاضر در برخی موارد وزارت بهداشت در حوزه سلامت تصدی‌گری می‌کند؛ به‌گونه‌ای که بیشترین تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و اولین تولیدکننده درمان، متعلق به مجموعه وزارت بهداشت است که بیش از ۵۰۰ بیمارستان دارد. از نگاه احمدزاده، یکی از زمینه‌هایی که می‌تواند به اقتدار تولید بینجامد، کاهش تصدی‌گری و واگذاری خدمات است تا تولید بتواند به وظایف نظارتی‌اش عمل کند، اما وقتی تولید نظام سلامت، خود بزرگ‌ترین تولیدکننده خدمات درمانی باشد، علاوه بر اینکه دیگر از وظایف تولیدش بازمی‌ماند، این احتمال هم به وجود می‌آید که بی‌طرفی و نظارتش زیر سوال برود و متهم به جانبداری شود. به همین دلایل است که احمدزاده، بین تعریف تولید از نگاه وزارت بهداشت با تعریف تولید از نگاه علمی و قانونی، تفاوت اساسی قائل می‌شود

نتیجه

وظیفه تولید، سیاست‌گذاری، نظارت و ارزیابی حوزه نظام سلامت است و هیچ‌کس با این تعریف از تولید مشکل ندارد، اما مشکل اینجاست که در حال حاضر در برخی موارد وزارت بهداشت در حوزه سلامت تصدی‌گری می‌کند؛ به‌گونه‌ای که بیشترین تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و اولین تولیدکننده درمان، متعلق به مجموعه وزارت بهداشت است که بیش از ۵۰۰ بیمارستان دارد. یکی از زمینه‌هایی که می‌تواند به اقتدار تولید بینجامد، کاهش تصدی‌گری و واگذاری خدمات است.

درمانگران» که استادیاب‌تجربه حوزه روانشناسی و مشاوره هستند، بهره‌ بیشتری ببریم. بنابراین، دانشجویان روانشناسی و مشاوره باید قبل از فارغ‌التحصیلی، سنجش شخصیتی شوند تا مشکلات رفتاری و شخصیتی احتمالی آن‌ها مرتفع شود. همچنین بعد از فارغ‌التحصیلی هم باید از کمک‌های روان درمانگران استفاده شود تا مشکلات پیش‌آمده برای مشاوران و روان‌درمانگران حل شود. اما در کشور ما این موارد جدی گرفته نمی‌شود و سلامت روان ارائه‌دهندگان خدمات روان‌شناختی مورد ارزیابی دقیق قرار نمی‌گیرد. هم‌اکنون حدود ۲۵۰ تا ۲۶۰ هزار دانشجوی روانشناسی و مشاوره داریم که نه در چین پذیرش در دانشگاه‌ها و نه در مرحله قبل از فارغ‌التحصیلی، سنجش و پالایش نمی‌شوند، در حالی که نباید روانشناسی که ممکن



مصطفی قاعدی

خبرنگار سلامت

بر اساس تجربیات جهانی افرادی که در حوزه روانشناسی و مشاوره ارائه خدمت می‌کنند، باید ابتدا خود مورد روانکاوی قرار بگیرند. این ارزیابی به این دلیل باید انجام شود تا در صورتی که مشکلات شخصیتی، رفتاری و کرداری در درمانگران محرز شد، به آن‌ها کمک شود تا ابتدا خود درمانی‌رای بگیرند و سپس از دانشگاه فارغ‌التحصیل شوند. همچنین به این دلیل که احتمال دارد مشکلات مراجعان بر زندگی درمانگران فارغ‌التحصیل تأثیر بگذارد، باید از کمک «درمانگر



یکشنبه ۲۲ فروردین ۱۳۹۵ • شماره چهل و هشت

A T I Y E H N O

بیمه‌ها نیز آمادگی کامل دارند که در این مسیر همکاری لازم را با وزارت بهداشت انجام دهند.»

تجمیع بیمه‌ها، تفسیر غیرعلمی از قانون

سال گذشته شاهد بودیم که بحث تجمیع بیمه‌ها به بحث داغ بین وزارت رفاه، وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر بدل شد که در نهایت نیز پرونده این موضوع با موضع روشن مجلس و دولت، مختومه اعلام شد و در نهایت قرار شد بین بیمه‌های درمانی وحدت‌رویه برقرار شود.

اما در مصاحبه اخیر، وزیر بهداشت دوباره بحث تجمیع بیمه‌ها را پیش کشیده و از آن به‌عنوان «قانون بر زمین مانده» یاد شده است. احمدزاده در این باره می‌گوید: «اگرچه در قانون آمده است که مدیریت مالی نظام سلامت با وزارت بهداشت است، اما در همان قانون هم آمده که این مدیریت از طریق بیمه‌ها صورت می‌گیرد. این حرف به معنی تجمیع منابع بیمه‌های درمانی نیست، بلکه منظور این است که بیمه‌های درمانی تحت نظارت استانداردها و راهنماهای بالینی که تولید نظام سلامت تدوین کرده است، حرکت کنند.»

همچنین بسیاری از صاحب‌نظران حوزه رفاه و تأمین اجتماعی نیز تجمیع بیمه‌ها را امری غیرضروری، غیرعلمی و اجحاف در حق بیمه‌شده‌ها که حق بیمه‌های متفاوتی پرداخته اند می‌دانند. باید در نظر داشت که عمده منابع سازمان تأمین اجتماعی از طریق حق بیمه‌های مردم تأمین می‌شود و به همین دلیل نهاد دولت از منظر قانونی، شرعی و اخلاقی نمی‌تواند به منابع یک صندوق غیردولتی به چشم منابع دولتی نگاه کند. علاوه بر آن، در شرایطی که حق بیمه‌ها در سازمان‌های بیمه‌گر متفاوت است، نمی‌توان بدون در نظر گرفتن این مسئله مهم، چشم‌پسته به تجمیع بیمه‌ها رای داد، چون این اقدام نیز اجحاف در حق بیمه‌شده‌هایی است که حق بیمه بیشتری می‌پردازند. براساس سیاست‌های کلی نظام سلامت نیز وظیفه تولید، تأمین منابع و تدارک خدمات در حوزه سلامت باید از همدیگر تفکیک شده باشد، اما تجمیع صندوق‌های درمان و اختیار تمام و کامل وزارت بهداشت بر کلیه منابع این صندوق، مغایر سیاست‌های کلی و خلاف وظایف تعریف‌شده برای تولید نظام سلامت است. احمدزاده، مشاور معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، هم از منظر دیگری به بحث تجمیع بیمه‌ها می‌نگرد و می‌گوید: «با تجمیع بیمه‌ها فقط به شرطی موافقیم که این تجمیع در منابع عمومی دولت در حوزه سلامت اتفاق بیفتد که قطعاً این اتفاق در جهت ارتقای نظام سلامت، تمام خواهد شد.»

■ **ضرورت سرمایه‌گذاری برای سازمان‌های بین‌النسلی** یکی از نکات بارز صحبت‌های اخیر وزیر بهداشت، که بازتاب گسترده‌ای در رسانه‌های مختلف داشت، اظهارنظر دکتر هاشمی درباره سرمایه‌گذاری بیمه‌ها بود. این مقام مسئول در گفتگوی نوروزی خود عنوان کرد که در کجای دنیا بیمه‌ها کشتی، هواپیما و هتل دارند؟ این اظهارنظر در حالی مطرح می‌شود که یکی از وظایف اصلی سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی، سرمایه‌گذاری‌های متنوع از سپرده‌های بیمه‌شدگان به منظور پاسخگویی بهتر به انبوه تعهدات بیمه‌ای و مطالبات بیمه‌شده‌ها در بلند مدت است. چند ماه قبل نیز دکتر سیدنتقی نوربخش، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، با اشاره به ضرورت سرمایه‌گذاری و فعالیت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی تأکید کرد: «سرمایه‌گذاری سازمان تأمین اجتماعی ضامن حفظ سرمایه بیمه‌شدگان است. در واقع، سرمایه‌گذاری و فعالیت اقتصادی یکی از الزامات تأمین اجتماعی در راستای تضمین انباشت سرمایه بین‌نسلی بیمه‌شدگان به حساب می‌آید.» به گفته نوربخش، سرمایه‌گذاری جزو الزامات هر صندوق بیمه‌ای است و در سازمان تأمین اجتماعی نیز، به‌عنوان تنها سازمان درآمد هزینه‌ای کشور، سرمایه‌گذاری و حتی بنگاه‌داری معنا پیدا می‌کند. نباید از خاطر برد که سازمان تأمین اجتماعی، یک سازمان بین‌نسلی تعریف می‌شود، یعنی تعهدات این سازمان برای نسل‌های بعدی هم پابرجاست و در نتیجه، سازمان تأمین اجتماعی برای پاسخگویی به مطالبات نسل‌های آینده ناگزیر از سرمایه‌گذاری است. حتی به اعتقاد بسیاری از کارشناسان بیمه‌ای، اگر یک سازمان بیمه‌گر این دوراندیشی را نداشته باشد و سرمایه‌گذاری را در اولویت برنامه‌هایش قرار ندهد، در حق بیمه‌شده‌هایش ظلم کرده است.

لزوم نظارت جدی بر ارائه‌دهندگان خدمات روان‌شناختی

فردی و حرفه‌ای برای درمانگران طراحی و اجرا شده است. درمان درمانگران امری ضروری است، چرا که آن‌ها پیوسته در معرض درد و رنج هستند و نیاز به سطح خودمراقبتی بالاتری دارند.» این متخصص تأکید می‌کند: «پژوهش‌ها نشان داده که بسیاری از پزشکان ناچار می‌شوند از همدلی بیمارشان قدری فاصله بگیرند تا درد و رنج بیمار به آن‌ها سرایت نکند. به همین دلیل ممکن است گاه با بیمار همدلی نکنند، چون پزشکان در طول فرایند آموزش پزشکی نحوه خودمراقبتی و ارتباط و درک عمیق‌تر معنای زندگی را نمی‌بینند. پزشکانی تربیت می‌کنیم و می‌فرستیم به میدان جنگی که برای آن آموزش ندیده‌اند. بنابراین طبیعی است که به‌راحتی آسیب می‌بینند.»