یادداشت
OPINION

دکتر مسعود قاسمی
رئیس انجمن آترواسکلروز ایران

آثار تحریم‌ها بر فرایند درمان بیماران قلبی‌وعروقی

تحریم‌ها بر فرایند تامین تجهیزات پزشکی در ایران تاثیر گذاشته و موجب ایجاد دردسر در فرایند درمان بیماران شده است. برای مثال، مشکل تبادل ارز برای خرید تجهیزات پزشکی موردنیاز برای درمان بیماری‌های قلبی‌وعروقی، باعث شده تامین برخی از این تجهیزات حیاتی با گرفتاری‌های متعدد همراه شود. به عنوان مثال خرید برخی تجهیزات پزشکی مصرفی مثل استنت‌ها، بعضی از بالن‌ها و تجهیزات موردنیاز در آنژیوگرافی با موانع متعددی مواجه است که در نهایت این تحریم‌ها به ضرر سلامت بیماران تمام می‌شود. امیدواریم با همکاری و مساعدت تولیت نظام سلامت، بتوان این مشکلات ارزی را برطرف کرد تا بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌وعروقی برای تهیه تجهیزات پزشکی مصرفی با دغدغه و نگرانی مواجه نشوند. همچنین برخی تجهیزات پزشکی پایه مثل دستگاه‌های آنژیوگرافی و کاردیوگرافی در سال‌های آینده به‌روزشدن نیاز دارند که باید از همین الان تمهیداتی برای این موضوع اندیشید.

روزانه حداقل ۳۰۰نفر در کشور به‌دلیل بیماری‌های قلبی‌وعروقی فوت می‌شوند که تامین تجهیزات پزشکی پایه و مصرفی برای جلوگیری از افزایش آمار مرگ‌ومیرها در این حوزه بسیار ضروری در مقیاس جهانی پیش‌بینی می‌شود، تا سال ۲۰۲۰ هر ساله حدود ۱۱میلیون نفر در جهان، جانشان را از دست بدهند. البته براساس برآوردها تا ۱۰سال آینده، شیب ابتلا به بیماری‌های قلبی‌وعروقی در کشورهای توسعه‌یافته نزولی می‌شود، اما تحقق این هدف مهم در کشور ما دور از دسترس به نظر می‌رسد، مگر اینکه برنامه‌ریزی علمی برای کاهش بار بیماری‌های قلبی‌وعروقی انجام شود.

با توجه به اینکه افزایش سن نیز به افزایش بار بیماری‌های قلبی‌و عروقی منجر می‌شود، در نتیجه می‌توان پیش‌بینی کرد، با توجه به روند پیرشدن جمعیت ایران، شاهد افزایش بار این بیماری‌ها در کشور باشیم. کنترل منظم فشارخون، آموزش‌های خودمراقبتی به مردم، دوری از سبک زندگی ماشینی و ترویج فرهنگ پیشگیری می‌تواند تاثیر جدی در کاهش بار بیماری‌های قلبی‌وعروقی در ایران و کاهش هزینه‌های این بخش داشته باشد.

دسترسی محدود به خدمات سلامت روان

با وجود حدود ۱۰۰هزار دانش‌آموخته روان‌شناسی، همچنان دسترسی بسیاری از مردم به خدمات روان‌شناسی و مشاوره با محدودیت جدی مواجه است

گزارش

انتظار می‌رفت با گذشت بیش از پنج سال از اجرای طرح تحول سلامت، برنامه‌ای جدی برای ارتقای سلامت روان جامعه تدوین و عملیاتی شود، اما آمارهای این حوزه همچنان نگران‌کننده است. اگرچه برنامه‌هایی تحت‌عنوان طرح سلامت روان به‌صورت جسته‌وگریخته در برخی شهرهای کشور انجام شد، اما مجموع این برنامه‌های محدود نتوانسته تاثیر جدی در ارتقای سلامت روان جامعه داشته باشد.

آمارهای رسمی نیز حاکی از این است که به‌طور میانگین از هر چهار ایرانی، یک نفر به خدمات مشاوره و روان‌شناسی نیاز دارد، اما دسترسی به این خدمات برای بسیاری از شهروندان به‌خصوص در شهرهای کوچک و مناطق محروم به سختی میسر می‌شود.

بسیاری از اختلالات روانی می‌تواند در صورت درمان‌نشدن به بستری شدن بیمار نیز منجر شود که همین اتفاق موجب افزایش کلی هزینه‌های درمان در کشور خواهد شد، در حالی که اگر پیشگیری و جدی گرفتن سلامت روان از همان ابتدا در اولویت قرار بگیرد، در آن صورت بسیاری از هزینه‌های نظام سلامت کنترل خواهد شد. در صورتی که این وضع ادامه داشته باشد و همچنان بیشتر اعتبارات نظام سلامت صرف درمان بیماری‌های جسمی شود، در آن صورت باید منتظر تشدید آمارهای نگران‌کننده از وضعیت سلامت روان جامعه باشیم. افزایش بار بیماری‌های روانی در جامعه به افزایش بار بیماری‌های جسمی نیز منجر می‌شود و هزینه‌های هنگفتی را به مردم، نظام سلامت و بیمه‌های درمانی تحمیل خواهد کرد.

نگاهی به آمارهای ناامیدکننده در حوزه سلامت روان

وقتی به آمارهای رسمی در حوزه سلامت روان نگاه می‌کنیم، تغییر محسوسی با چند سال قبل احساس نمی‌شود. اگرچه طی سال‌های اخیر با افزایش تعداد دانش‌آموختگان رشته‌های مشاوره و روان‌شناسی روبه‌رو بودیم، اما بسیاری از این افراد نتوانسته‌اند در مراکز حساس و موردنیاز مثل مدارس، روستاها و شهرهای کوچک جذب شوند.

براساس آمارهای رسمی، هم‌اکنون حدود ۳۰هزار روان‌شناس در نوبت دریافت پروانه قرار دارند و حدود شش هزار نفر هم دارای پروانه فعالیت هستند، اما اغلب نیروهای فعال در این حوزه در کلان‌شهرها متمرکز شده‌اند و سیستم توزیع روان‌شناس و مشاور در کشور نیز مثل سیستم توزیع پزشکان، از عدالت لازم برخوردار نیست.

دکتر محمد حاتمی، رئیس سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره نیز تاکید می‌کند: «طبق استاندارد جهانی به‌ازای هر ۵۰خانوار باید شاهد فعالیت یک روان‌شناس باشیم. یعنی با وجود ۲۲میلیون خانوار در ایران به حدود ۴۰۰هزار روان‌شناس نیاز داریم که این موضوع محقق نشده است. همچنین براساس استانداردهای جهانی، هر مدرسه به دو نیروی روان‌شناس و مشاور نیاز دارد که در این حوزه نیز نتوانسته‌ایم به این آمارها نزدیک شویم.» حاتمی یادآور می‌شود: «در حالی که در کشور ما حدود ۱۲۰هزار مدرسه وجود دارد؛ با احتساب این آمارها باید ۲۴۰هزار نفر روان‌شناس هم در حوزه کودکان و نوجوانان مشغول فعالیت باشند، اما در این زمینه هم نتوانسته‌ایم استانداردهای جهانی را رعایت کنیم.» براساس آمارهای موجود هم‌اکنون حدود هزار مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره در کشور وجود دارد که از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره مجوز گرفته و حدود ۲۸۰۰مرکز نیز مجوزشان را از سازمان بهزیستی دریافت کرده‌اند. حدود ۴۰۰مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره هم مجوز وزارت ورزش و جوانان را دارند. وجود مراکز متعدد اعطای مجوز به مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره، یکی از عمده مشکلات و چالش‌های این حوزه است. همین موازی‌کاری و نبود هماهنگی بین سازمان‌های متولی، موجب شده استانداردهای متفاوتی برای دریافت پروانه مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره وجود داشته باشد. در حوزه تخت‌های روان‌شناسی نیز با کمبود جدی مواجه هستیم. براساس آمارهای وزارت بهداشت، هم‌اکنون حدود ۱۰هزار و ۳۰۰تخت روان‌پزشکی داریم که با این احتساب با کمبود ۱۶هزار تخت در این بخش روبه‌رو هستیم. البته دکتر هاشم میانداری، روان‌شناس، از زاویه دیگری به این موضوع نگاه می‌کند و می‌گوید: «اگر از همان دوران کودکی به سلامت روان افراد بها داده شود و پیشگیری در اولویت قرار بگیرد، نیاز بسیار کمتری به تخت‌های روان‌پزشکی و صرف هزینه‌های سنگین وجود خواهد داشت.» او خاطرنشان می‌کند: «باید در نظر داشت هم‌اکنون بسیاری از افرادی که تحت‌عنوان مشاور در مدارس فعالیت می‌کنند، افرادی هستند که رشته مشاوره و روان‌شناسی را در دانشگاه‌ها نخوانده‌اند، اما به‌عنوان مشاور در مدارس به‌کار گرفته می‌شوند. واضح است که خدمات ارائه‌شده از سوی این افراد، خدمات استاندارد و علمی نیست و به همین دلیل باید سطح نظارت‌ها در این حوزه افزایش پیدا کند.»

برنامه‌های وزارت بهداشت برای ارتقای سلامت روان

باید در نظر داشت که بسیاری از دانش‌آموختگان رشته مشاوره و روان‌شناسی در مشاغل دیگری فعالیت می‌کنند. یعنی در حالی که در روستاها، شهرهای کوچک و مدارس به نیروهای مشاور و روان‌شناس، نیاز جدی وجود دارد، اما تولیت نظام سلامت نتوانسته این نیروها را جذب کند.

در این بین، وزارت بهداشت اعلام کرده، در آینده برنامه‌های جدی برای ارتقای سلامت روان جامعه دارد. چندی قبل، سعید نمکی، وزیر بهداشت، ضمن تایید نامطلوب‌بودن وضعیت سلامت روان جامعه تاکید کرد: «این روزها گرفتار چهره‌های غمناک هستیم. در این بین فشار اقتصادی تنها عامل گرفتاری‌ها و افسردگی‌های مردم نیست، چراکه هر دو قشر فقیر و مرفه جامعه غمگین هستند و برای رفع زمینه‌های ایجاد این دلتنگی‌ها و افسردگی‌ها باید به بهداشت روان مردم پرداخت. به همین منظور پس از اجرای بسیج ملی کنترل فشارخون، در مرحله بعد به دیابت و بهداشت روان می‌پردازیم تا آمار افسردگی کاهش یابد.»

همچنین علی اسدی، معاون دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، با اشاره به برنامه‌های وزارت بهداشت برای ارتقای سلامت روان جامعه، یادآوری می‌کند: «طی ۳۰سال گذشته برای اولین بار حدود دو هزار کارشناس سلامت روان را جذب سیستم کشور کردیم که این افراد بحث آموزش‌های سلامت روان را انجام می‌دهند.» او تاکید می‌کند: «در حال حاضر نزدیک به سه هزار مرکز سلامت در شهرها وجود دارد که هر مرکز جمعیتی حدود ۵۰هزار نفر را تحت‌پوشش خود قرار می‌دهد که البته قطعا این تعداد کافی نیست و به‌تدریج در حال گسترش است.» جدای از این موارد، نیاز داریم سطح سواد سلامت روان در جامعه هم افزایش پیدا کند. مثلا بسیاری از افرادی که مبتلا به افسردگی هستند، از وجود چنین اختلالی در درون خودشان ناآگاه هستند و در نتیجه نیازی به مراجعه به مراکز روان‌درمانی نمی‌بینند. ارتقای سطح سواد سلامت روان جامعه برای اینکه افراد با میل و اراده خودشان به مراکز روان‌درمانی مراجعه کنند، نیاز ضروری است که می‌تواند شیب تند ابتلا به اختلالات روانی در جامعه را کنترل کند.

براساس آمارهای رسمی، هم‌اکنون حدود ۳۰هزار روان‌شناس در نوبت دریافت پروانه قرار دارند و حدود شش هزار نفر هم دارای پروانه فعالیت هستند، اما اغلب نیروهای فعال در این حوزه در کلان‌شهرها متمرکز شده‌اند و سیستم توزیع روان‌شناس و مشاور در کشور نیز مثل سیستم توزیع پزشکان، از عدالت لازم برخوردار نیست

امین جلالوند
روزنامه‌نگار

خبر
NEWS

راه‌اندازی خانه‌های بهداشت عشایری؛ گامی در مسیر عدالت

در حال حاضر اغلب عشایر کشور برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، خودشان را به نزدیک‌ترین پایگاه بهداشتی در روستاها و شهرهای کوچک می‌رسانند، اما خیلی اوقات نیاز است که تولیت نظام سلامت، خودش پا پیش بگذارد و با حضور در مناطق عشایری، خدمات بهداشتی را به آن‌ها ارائه دهد. مثلا احتمال دارد یک مادر باردار عشایری، حتی یک بار هم به نزدیک‌ترین پایگاه بهداشتی مراجعه نکند. در این حالت وظیفه تولیت نظام سلامت است که با حضور در مناطق عشایری، افراد نیازمند به خدمات بهداشتی و درمانی را شناسایی کند و به آن‌ها خدمات مطلوبی ارائه دهد. باید در نظر داشت که در مناطق عشایری، مراجعه به پزشک معمولا فقط زمانی انجام می‌شود که فرد دچار بیماری جدی می‌شود. در حالی که اگر نظام سلامت بتواند قبل از حادشدن بیماری، افراد نیازمند به خدمات بهداشتی و درمانی را شناسایی کند، در این صورت با کاهش چشمگیر هزینه‌های درمانی مواجه خواهیم شد. همچنین نیاز است آموزش خودمراقبتی به عشایر نیز جدی گرفته شود تا با نهادینه‌شدن فرهنگ پیشگیری، نیاز کمتری برای مراجعه به پزشک وجود داشته باشد. در شرایطی که بسیاری از عشایر کشور به خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب دسترسی ندارند، معاون بهداشت وزارت بهداشت از راه‌اندازی خانه‌های بهداشت عشایری در آینده نزدیک خبر داده است. علیرضا رئیسی تصریح می‌کند: «وزارت بهداشت پیگیر خانه‌های بهداشت عشایری است و در فاز اول قرار است ۱۲۰خانه بهداشت راه‌اندازی شود.» وی می‌افزاید: «براساس دستورالعمل‌ها و استانداردهای موجود، برای ایجاد خانه‌های بهداشت جدید و تامین نیروی انسانی اعم از بهورز و ماما در مناطق عشایری هیچ محدودیتی نداریم. در این راستا، اولین مجوز استخدامی را امسال به‌استخدام نیرو برای خانه‌های بهداشت عشایری اختصاص می‌دهیم.» رئیسی در ادامه تاکید می‌کند: «مشکلات عشایر تنها با راه‌اندازی مراکز بهداشتی رفع نمی‌شود و باید تمام بخش‌ها به کمک این حوزه بشتابند.» قرار است در خانه‌های بهداشت عشایری، پزشکان به تناسب جمعیت، هفته‌ای یک یا دو روز به محل حضور عشایر مراجعه و بیماران را معاینه کنند.

اعلام نحوه برخورد با پزشکانی که از کارت‌خوان استفاده نمی‌کنند

خبر

با پایان مهلت تعیین‌شده پزشکان برای نصب کارت‌خوان، مدیرکل دفتر تنظیم مقررات سازمان امور مالیاتی، از جریمه قطعی دو درصد از کل درآمد پزشکان خاطی خبر داد و گفت: «در سال ۱۳۹۸ دیگر فقط به اظهارات مؤدی مالیاتی تکیه نمی‌شود، بلکه از دیگر منابع اطلاعاتی مانند حساب‌های بانکی و سازمان ثبت اسناد نیز برای تشخیص مالیات واقعی استفاده می‌شود.»

علی رستم‌پور، مدیرکل دفتر تنظیم مقررات و برون‌سپاری سازمان امور مالیاتی، درباره درخواست وجه نقد از طرف بسیاری از پزشکان به‌جای استفاده از دستگاه کارت‌خوان اظهار کرد: «این وجوه نقد دریافتی بالاخره یک جایی در خرید ملک، بورس، ماشین یا حساب‌های بانکی خود را نشان می‌دهد.»

سازمان امور مالیاتی عمدتا اطلاعات این جریان مالی که بعد از تجمیع درآمدها ایجاد می‌شود را در اختیار دارد و اگر این اطلاعات با اظهارنامه مودیان مالیاتی یا کارکرد کارت‌خوان آن‌ها مغایرت داشته باشد مشکوک به کم‌اظهاری است و اگر ثابت شود، مالیات درآمدهای کتمان شده مطالبه می‌شود.»

وی در ادامه به مسئولیت اجتماعی شهروندان در قبال تخلفات صورت‌گرفته هم اشاره کرد و به «ایسنا» گفت: «مردم اگر در جایی مشاهده کردند که پزشکی به‌جای استفاده از کارت‌خوان، تقاضای دریافت وجه نقد کرد، مراتب را با شماره ۱۵۲۶ در میان بگذارند تا به این شکایت‌ها رسیدگی شود؛ بدیهی است زمانی که چند شکایت از یک تخلف واحد حکایت دارند سازمان‌های نظارتی وارد عمل می‌شوند و با تخلفات برخورد می‌کنند.»

مدیرکل دفتر تنظیم مقررات و برون‌سپاری سازمان امور مالیاتی با بیان اینکه قوانین مالیاتی، مصوب مجلس شورای اسلامی است و نه سازمان امور مالیاتی، گفت: «زمانی که مالیات کتمان‌شده کشف شود هم مالیات آن درآمد اخذ می‌شود و هم ۳۰درصد آن درآمد به‌عنوان مالیات غیرقابل بخشش وصول می‌شود.»

رستم‌پور با اشاره به روش‌های علی‌الراس در اخذ مالیات گفت: «در روش علی‌الراس، برای پزشکان از ۱۵درصد تا ۴۰درصد ضریب مالیاتی تعیین می‌شد به این معنا که اگر برای یک پزشک یک میلیارد تومان درآمد تعریف می‌شد ضریب فعالیت این پزشک (عمومی) اگر ۱۵درصد بود، ۱۵۰میلیون تومان آن سود مالیاتی بود.

در این روش به‌صورت تصاعدی تا ۵۰میلیون تومان درآمد حدود ۱۵درصد مالیات، مازاد ۵۰ میلیون تومان، ۲۰درصد مالیات و مازاد بر ۱۰۰میلیون تومان هم ۲۵درصد مالیات گرفته می‌شد.»