

خبر



اطلاعات زنان سرپرست خانوار به‌روز می‌شود

مدیرکل دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از تکمیل، توسعه و به‌روزرسانی داشبورد اطلاعات زنان سرپرست خانوار خبر داد.

مریم‌السادات میرمالک ثانی با اشاره به رونمایی از داشبورد اطلاعات زنان سرپرست خانوار در شهریورماه امسال با حضور معصومه ابتکار، معاون امور زنان و خانواده ریاست جمهوری و احمد میدری معاون رفاه اجتماعی گفت: «تکمیل، توسعه و به‌روزرسانی این داشبورد هم از لحاظ ساختاری و هم از لحاظ داده‌ای در حال انجام است و ارتباط آن با ایجاد پنجره واحد خدمات حمایتی برای این گروه امکانپذیر می‌شود.» وی ادامه داد: «با توجه به اینکه در طول دهه‌های گذشته تعداد زنان سرپرست خانوار در ایران افزایش یافته، این پدیده را از یک پدیده طبیعی به یک مسأله اجتماعی تبدیل کرده که نیازمند توجه ویژه به این قشر است.»

میرمالک ثانی توضیح داد: «در همین راستا معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به منظور اجرای بند «ت» ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه و با مسئولیت کمیته آمار و اطلاعات برنامه اقدام و عمل ذیل این ماده قانونی و با استفاده از دو منبع اطلاعاتی مرکز آمار ایران (مشمول بر داده‌های سرشماری سال‌های گذشته و داده‌های استخراج شده از پرسشنامه هزینه در آمد خانوار سال ۹۷ و داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان (مربوط به سال ۹۸) برای اولین بار داشبورد اطلاعات زنان سرپرست خانوار را راهاندازی و اطلس وضعیت این افراد را تدوین کرد.» مدیرکل دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تأکید کرد: «به این ترتیب امکان رصد وضعیت زنان سرپرست خانوار در تمام ابعاد جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت با ۵۱ شاخص قابل اندازه‌گیری است.» وی هدف از راهاندازی این داشبورد را ارائه تصویری جامع از وضعیت زنان سرپرست خانوار با استفاده از داده‌های به‌روز و یکپارچه عنوان کرد و افزود: «این داشبورد کمک می‌کند تا با دسترسی به داده‌های وضعیت زنان سرپرست خانوار و بررسی روندهای ملی و استانی طی ۲۰ سال گذشته و سیاست‌های حمایتی و توانمندسازی مناسب‌تری برای این گروه فراهم شود.» مدیرکل دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تصریح کرد: «با بررسی داده‌های این داشبورد می‌توان دریافت که به عنوان مثال در سال ۹۷ در مناطق شهری ۳۳.۴ درصد خانوارهای زن سرپرست جزء خانوارهای فقیر قرار گرفته‌اند که این میزان ۲.۷ درصد برابر خانوارهای مرد سرپرست در این طبقه بوده است؛ همین بررسی‌ها نشان می‌دهد که نه تنها تعداد خانوارهای زن سرپرست نسبت به مرد سرپرست در معرض فقر بیشتری قرار دارد بلکه بین خانوارهای زن سرپرست شهری و روستایی نیز شکاف عمیقی دیده می‌شود.» میرمالک تأکید کرد: «در واقع این داشبورد به عنوان فاز نخست ایجاد پنجره واحد خدمات حمایتی، بدون شک نقطه عطفی در شناسایی و ارائه خدمات به گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله زنان سرپرست خانوار است.»

این داشبورد به منظور سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در آینده در دسترس نهادهای دستگاه‌های مرتبط با حوزه زنان و به‌ویژه زنان سرپرست خانوار قرار می‌گیرد.



نسخه الکترونیک دست یابیم، خوشبختانه سازمان در خصوص خدمات الکترونیک پیشقدم است. این بحث به‌ویژه از سوی مرحوم دکتر نوربخش به طور جدی دنبال می‌شد و بعضاً این توجه او را مربوط به حرفه پزشکی وی قلمداد می‌کردند؛ اما مدیرعامل فعلی سازمان که پزشک نیست، به‌مراتب بیشتر از گذشته نسبت به حوزه فناوری اطلاعات تأکید دارد.»

مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی تصریح می‌کند: «به نظر می‌رسد نسخه الکترونیک در مدت دو سه ماه آینده توسعه بسیار خوبی داشته باشد و با توسعه و اطلاعات به دست آمده این فناوری، می‌توان هم انواع بیماری‌ها، الگوی تجویز پزشکان، الگوی مصرف دارو و سایر اطلاعات ارزیابی شده و به تفکیک فرهنگ و جغرافیا برنامه‌ریزی مناسبی شود.» دکتر غفاری می‌گوید: «علاوه بر آن، اگر کاغذ جمع‌آوری شود، اتفاق بسیار خوشایندی خواهد افتاد. اینکه مصرف کاغذ به حداقل برسد، نه تنها از منظر مالی صرفه‌جویی می‌شود بلکه در شرایط شیوع کرونا از انتقال ویروس به واسطه دست به دست شدن کاغذ نیز جلوگیری خواهد شد.» وی سایر برنامه‌های حوزه درمان سازمان را شامل سطح‌بندی مراکز درمانی، عملکردی شدن بیمارستان‌ها، اصلاح نظام پرداخت، انگیزشی شدن نظام پرداخت، ساماندهی سیستم نظارت و... برمی‌شمرد.

بودند، باید به صورت حضوری برای انعقاد قرارداد مراجعه می‌کردند که در جای خود می‌توانست انگیزه پزشکان را کاهش دهد؛ اما اکنون پزشکان در مطب خود با ثبت‌نام در این سامانه و با فعال کردن نشانگر «تقاضای همکاری» فرایند عقد قرارداد را در کوتاه‌ترین زمان طی کنند.» غفاری پرداخت به پزشکان طرف قرارداد را نیز در قالب سامانه نسخه‌های الکترونیک به‌روزرسانی شده توصیف کرده، می‌گوید: «همچنین اتفاق جدید در نسخه الکترونیک که با زحمات مدیران به‌ویژه مدیرعامل سازمان میسر شده، به‌روزرسانی شدن پرداخت‌هاست. پیش از این پرداخت‌های سازمان با تأخیر انجام می‌شد؛ زیرا صورت‌حساب‌ها توسط پزشک در آخرماه برای سازمان ارسال می‌شد و این فرایند یکی دو ماهی به طول می‌انجامید. اما اکنون ۸۰ درصد حق‌السهم ویزیت پزشک در پایان روز به صورت الکترونیک به حساب او واریز می‌شود. همچنین اگر پزشک دارای امضای دیجیتال باشد، ۹۵ درصد حق‌السهم ویزیت سهم سازمان تأمین اجتماعی به او پرداخت می‌شود.»

برنامه‌های آینده حوزه درمان

وی با اشاره به برنامه‌های آینده حوزه درمان سازمان در راستای خدمات الکترونیک، اظهار کرد: «از نظر شخصی و نیز به عنوان یک همکار سازمان، آرزو داریم بتوانیم به

می‌شود. وقتی سابقه بیمار مانند تصاویر پزشکی، آزمایش و داروهای مصرفی در دسترس پزشک قرار بگیرد، به طور حتم از تجویز مجدد این خدمات خودداری شده و علاوه بر آن جلوی سوءاستفاده‌های دارویی و قاچاق دارو گرفته می‌شود. همچنین این شیوه در داروخانه‌ها احتمال خطاخوانی دارو را به حداقل می‌رساند.» غفاری با بیان اینکه نسخه‌های الکترونیک در نهایت می‌تواند منجر به مدیریت مناسب منابع و مصارف سازمان شود، ادامه می‌دهد: «استفاده از اطلاعات الکترونیک می‌تواند سبب علمی شدن تجویزها شده و ارتقای کیفیت سلامت جامعه را فراهم کند.»

وی همچنین معتقد است، هر طرحی در کنار مزایا، می‌تواند معایبی نیز به همراه داشته باشد. در فضای الکترونیک خدای ناکرده خطا و تقلب در این فضا می‌تواند افزایش پیدا کند؛ اما پایش رفتار پزشک و رفتار بیمار با نسخه الکترونیک به راحتی میسر شده و ناظر با استحصال کردن الگوها، خطاها را تشخیص دهد.

مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی با اشاره به ارتقای سامانه (ep. tamin.ir) می‌افزاید: «اتفاق جدیدی که به تازگی در این سامانه رخ داده این است که مدیرعامل سازمان تصمیم گرفت بار دیگر دعوت همگانی از پزشکان غیرطرف قرارداد را به اجرا درآورد. در گذشته پزشکانی که مایل به همکاری با سازمان

غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی با اشاره به ایجاد پرونده الکترونیک از منظر قانون ادامه می‌دهد: «در برنامه پنجم و ششم توسعه ایجاد این پرونده از تکالیف وزارت بهداشت است و در این خصوص اقداماتی نیز در حوزه نظام سلامت انجام شده است. همچنین در برنامه بودجه سال ۹۹ نیز بحث پرونده الکترونیک و تولید الکترونیک نسخه‌ها مطرح شده است.»

غفاری می‌افزاید: «اما گام سازمان تأمین اجتماعی در ایجاد نسخه‌های الکترونیک جلوتر از نظام سلامت بود و همکاران مادر سال‌های ۹۵-۹۴ به سمت استفاده از فضای مکانیزه برای تولید نسخه پیش رفتند. این اقدام در یکی دو سال گذشته در حوزه مراکز طرف قرارداد نیز آغاز شده و از حدود ۲۳ هزار پزشک طرف قرارداد حدود ۱۸ هزار نفر حداقل یک نسخه ارائه کرده‌اند و حدود ۸-۷ هزار پزشک نیز وجود دارند که عمدتاً نسخه الکترونیک می‌نویسند.»

وی با بیان اینکه دسترسی الکترونیک به پرونده بیمار می‌تواند کیفیت درمان را ارتقاء دهد، با اشاره به فواید استفاده از نسخه‌های الکترونیک می‌گوید: «وقتی سابقه درمان بیمار در اختیار پزشک باشد، می‌تواند برای تصمیم‌گیری او را کمک کند.»

مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی تصریح می‌کند: «از سوی دیگر، درخواست‌های غیرضروری حذف

دارد. از این رو پزشکان ممکن است برخی نقیصه‌ها را در اینگونه خدمات مشاهده کنند؛ اما سامانه به گونه‌ای طراحی شده است که به محض به‌روزرسانی شدن کدها، قابلیت انطباق دارد.» مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی همچنین در خصوص ضرورت برخورداری از آموزش برای استفاده از سامانه نسخه الکترونیک، تصریح می‌کند: «برای این منظور بروشورها و انیمیشن‌های آموزشی برای آگاهی پزشکان طراحی شده است. همچنین سی‌دی‌های آموزشی تهیه شده که توسط دفاتر اسناد مدیریت‌های استان در اختیار پزشکان قرار می‌گیرد و به این دفاتر اعلام کرده‌ایم که با پزشکان تماس بگیرند و در صورت نیاز آموزش حضوری داشته باشند.» غفاری با بیان اینکه دنیا به سمت مکانیزه کردن خدمات رفته، تأکید می‌کند: «بسیاری از خدماتی که اکنون در دنیا ارائه می‌شود بر پایه اینترنت یا «وب» قرار دارد؛ در نظام سلامت نیز یکی از اقداماتی که دنیا به سمت آن رفته است، الکترونیک شدن نسخه‌هاست.» وی اظهار می‌کند: «از سوی دیگر نسخه الکترونیک، بستر ایجاد پرونده سلامت الکترونیک به شمار می‌رود؛ زیرا صدور نسخه توسط پزشک، نقطه آغاز ثبت اطلاعات توسط پزشک است. با الکترونیک شدن نسخه‌ها، اطلاعات مورد نیاز در پرونده بیمار در دسترس قرار می‌گیرد.» مدیرکل درمان

هتلینگ است که هزینه اقامت بیمار را شامل می‌شود و در درجه‌بندی‌های بیمارستانی لحاظ شده و دسته‌بندی آخر مربوط به ویزیت سرپایی است که شامل پزشک عمومی و متخصص، فوق تخصص، دندانپزشک، روانپزشک، کارشناس، کارشناسی ارشد و دکترای پروانه‌دار است. رئیس اداره اقتصاد درمان و محاسبات سازمان تأمین اجتماعی همچنین گفت: «از سال ۹۳ در کتاب ارزش‌گذاری نسبی، سه دسته‌بندی آزمایشات تشخیصی طبسی، تصویربرداری و خدمات مبتنی بر ارزش نسبی (جراحی، بیهوشی، داخلی، دندانپزشکی و فیزیوتراپی) نیز به مجموعه خدمات افزوده شد.»

تعرفه‌ها بالاتر از خط تورم عمومی

کوهی با بیان اینکه قیمت خدماتی که بیمار باید بپردازد بر اساس ویزیت سرپایی، خدمات مبتنی بر ارزش نسبی و هزینه استهلاک اتاق عمل محاسبه می‌شود، تصریح کرد: «در مقایسه متوسط رشد سالانه تعرفه خدمات درمانی و

شاخص‌های قیمت مرجع در فاصله سال‌های ۷۴ تا ۹۳ نشان می‌دهد که ۱۸ درصد نرخ تورم در این سال‌ها وجود داشته و همواره تعرفه‌ها بالاتر از خط تورم عمومی بوده است.»

تحمیل تعهدات جدید به بیمه‌ها

رئیس اداره اقتصاد درمان و محاسبات سازمان تأمین اجتماعی تصریح کرد: «در سال‌های اخیر همچنین پرداخت تعرفه ترجیحی مناطق محروم، پرداخت ۵۰ درصد هزینه اتاق عمل و اخیراً ۴۰ درصد، پرداخت شش درصد هزینه هتلینگ به عنوان هزینه خدمات پرستاری، پرداخت دو برابر به اعضای هیأت علمی و اخیراً کلیه پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی، پرداخت هتلینگ بیشتر بابت تخت‌های نمونه کشوری و افزایش ارزش‌های نسبی خدمات، به پذیرش تعهدات بیمه تحمیل شده است.»

۶ گام ضروری برای اصلاح

کوهی شش گام برای اصلاحات ضروری در

محاسبه تعرفه‌ها را بیان کرد و گفت: «از جمله آن، تفکیک اجزای حرفه‌ای و فنی برای تمام خدمات مندرج در کتاب ارزش نسبی و همچنین تعیین سطح درآمد مورد انتظار پزشکان متخصص به صورت حداکثری و متوسط است، همچنین تعیین هزینه تمام‌شده و ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش ویزیت و سرپایی نیز ضروری است.» وی افزود: «از طرفی ضروری است که هزینه‌های مرتبط با هتلینگ به واحدهای ارزش نسبی تبدیل و سپس به جزء فنی خدمات مندرج در کتاب ارزش نسبی افزوده شود.»

وی با بیان اینکه به منابع مالی جدیدی برای اصلاح نظام تعرفه‌گذاری نیاز نیست، گفت: «صرفه‌جویی حاصل از اصلاح تعرفه خدمات مبتنی بر «ضریب کا»، صرف پرداخت هزینه تمام‌شده هتلینگ خواهد شد؛ چراکه هزینه تمام‌شده هتلینگ، دو برابر تعرفه دولتی آن است و حدود ۴۰ درصد کل هزینه بیمارستان‌های دانشگاهی از محل بودجه دولت تأمین

می‌شود؛ هزینه‌ای که می‌تواند صرف پرداخت هزینه هتلینگ توسط بیمه‌ها شود و با واقعی شدن هتلینگ این پارانه‌های دولتی نیز باید به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت شود.»

اصلاح نظام پرداخت

در ادامه این وبینار، رئیس گروه تعرفه و نظام پرداخت دبیرخانه شورایعالی سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز با بیان اینکه اگر بخواهیم مهمترین مشکلات نظام سلامت را تبیین کنیم و راهکاری ارائه دهیم یکی از مهمترین آنها اصلاح نظام پرداخت است که راهگشای بسیاری از مشکلات ماست گفت: «همین نظام پرداخت را نیز نباید صرفاً و تنها نگاه کنیم و مابقی موارد را اصلاح نکنیم.» روناسیان ادامه داد: «چارچوب‌های تعیین تعرفه بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون رفع موانع تولید رقابت‌پذیر و ارتقای نظام مالی کشور، احکام دائمی هستند که شاخص‌های اصلی را تعیین کرده و مهمترین آنها تعادل منابع و مصارف و

سپس به‌دست آمدن قیمت واقعی است و قیمت واقعی مهمترین شاخصی است که در بندهای مختلف قانونی آن را مشاهده می‌کنیم.» وی با اشاره به اینکه در سال ۹۲ مطالعه‌ای برای قیمت تمام‌شده انجام دادیم و به این نتیجه رسیدیم که تعرفه هتلینگ در آن زمان، نصف قیمت تمام‌شده‌ای است که باید پرداخت شود، خاطر نشان کرد: «برای تعرفه ویزیت نیز همین گونه بود و ویزیت مصوب در آن زمان، یک‌سوم قیمت واقعی برآورد می‌شد.» رئیس گروه تعرفه و نظام پرداخت دبیرخانه شورایعالی سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، افزود: «علت اینکه قیمت واقعی و تمام‌شده به هم نمی‌رسند، عدم تعادل بین منابع و مصارف است و مابه علت مشکلات منابع، فاصله زیادی بین تعرفه و قیمت واقعی داریم. حاصل آنکه فاصله بین تعرفه دولتی و خصوصی بیشتر می‌شود و پرداخت از جیب مردم نیز افزایش می‌یابد؛ به این ترتیب، مادر قسمت تعادل منابع و مصارف با مشکل مواجه هستیم.»