اخبـــار

برخورد قانونی با محتکران دارو

رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «دستگاه‌های نظارتی باید با احتکارکنندگان و کم‌فروشان دارو برخورد قاطع کنند زیرا سلامت مردم از هرمسئله‌ای با اهمیت‌تر است.»

حسینعلی شهریاری درباره وضعیت فروش و توزیع دارو در داروخانه‌ها، گفت: «وزارت بهداشت و درمان، سازمان غذا و دارو و دستگاه‌های مرتبط می‌بایست بر توزیع دارو در داروخانه‌ها نظارت جامع بکند تا از احتکار احتمالی در زمینه دارو در داروخانه‌ها جلوگیری به عمل آید.» نماینده مردم زاهدان در مجلس وشورای اسلامی تصریح کرد: «امکان تخلف داروخانه‌ها در ارائه دارو به مصرف‌کننده و بیماران وجود دارد و این امر باز می‌گردد به وجدان کاری و احساس مسئولیت داروسازان تا در شرایط فعلی فردی با احتکار مردم را بافشارهای اقتصادی روبه رو نکند.»

شهریاری افزود: «نباید به عده‌ای سودجو و فرصت طلب اجازه داد در شرایطی که فشارهای اقتصادی برمردم وارد می‌شود، دارو را گران بدست مصرف‌کننده برسانند، بنابراین الزامی است که نظارت در شرایط کنونی تشدید و جدی‌تر دنبال شود تا شاهد کاهش تخلفات در زمینه فروش دارو در داروخانه باشیم.» وی در پاسخ به سوالی در زمینه اینکه مردم در زمینه کمبود داروها گله‌مند هستند تصریح کرد: «همکاران ما در وزارت بهداشت و درمان اعلام می‌کنند که هم اکنون مشکلی برای تامین دارو برای بیماران وجود ندارند و این درحالی است که امکان دارد ما در زمینه نسخه‌هایی که پزشکان در ارتباط با بیماران سرطانی تجویز می‌کنند، بیماران را برای تهیه دارو به داروخانه‌های خاص ارجاع دهیم.» شهریاری ادامه داد: «داروهای مورد نیاز شهروندان بر طبق اظهار نظر وزارت بهداشت و درمان در اختیار بیماران به سهولت قرار می‌گیرد و این درحالی است که علی‌رغم اینکه دشمنان ما می‌گویند ما از نظر غذا ودارو تحریم را عملیاتی نمی‌کنیم اما شاهد هستیم در این شرایط، دارو با دشواری در اختیارمان قرار می‌گیرد.»

رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس یادآور شد: «دستگاه‌های نظارتی باید با احتکارکنندگان و کم‌فروشان دارو برخورد قاطع کنند زیرا سلامت مردم از هرمسئله‌ای با اهمیت‌تر است.»■

فعالیت ۱۵ هزار مدیر پرستاری

معاون پرستاری وزارت بهداشت از فعالیت ۱۵ هزار مدیر پرستاری در رده‌های مختلف در کشور خبر داد و گفت: «برای دوران بازنشستگی این عزیزان، نیازمند آموزش مدیران با تجربه هستیم که به همین منظور بحث جانشین پروری در معاونت پرستاری را دنبال می‌کنیم.»

مریم حضرتی در سومین جلسه شورای سیاستگذاری معاونت پرستاری به تشریح برنامه‌های این معاونت در چند ماهه گذشته پرداخت و اظهار داشت: «شرایط احراز مدیران پرستاری به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده و مدیران پرستاری زیر نظر مستقیم ریاست دانشگاه قرار دارند. بنابراین از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی انتظار داریم که در انتخاب مدیران پرستاری شرایط احراز ابلاغی از سوی معاونت پرستاری را رعایت کنند و مدیران پرستاری را با هماهنگی این معاونت انتخاب کرده و حکم آنان از طرف رییس دانشگاه ابلاغ شود.» وی پیرامون تصویب تشکیل چهار انجمن علمی مدیریت پرستاری گفت: «تشکیل انجمن پرستاری سلامت جامعه، انجمن سالمندی، انجمن پرستاری کودکان و نوزادان و انجمن پرستاری بزرگسالان به تصویب اولیه رسیده و به زودی نهایی و ابلاغ می‌شود.» معاون پرستاری وزیر بهداشت با اعلام خبر اجرای فاز سوم صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای پرستاران، افزود: «بخش اجرایی صدور صلاحیت حرفه‌ای در جلسه شورای صلاحیت حرفه‌ای که با حضور وزیر بهداشت برگزار شد، به سازمان نظام پرستاری واگذار شد.» حضرتی برگزاری اولین دوره مدیریت پرستاری بحران را از دیگر اقدامات این معاونت دانست و گفت: «دومین و سومین دوره پرستاری بحران نیز به زودی برگزار می‌شود. همچنین مقرراست آیین‌نامه خدمات جامعه پرستاری تدوین شود که امیدواریم هرچه سریع‌تر آن را تصویب و اجرایی کنیم.»

حضرتی به تشکیل کمیته اخلاق با ۲۱ نفر از برگزیدگان اخلاق هم از نیروهای جوان و هم پیشکسوت خبر داد و تصریح کرد: «یکی از سیاست‌های معاونت پرستاری، ارتقای اخلاق حرفه‌ای پرستاری است و در این کمیته بیمارستان‌های اخلاقی سنجش و تشویق می‌شوند.» معاون پرستاری وزیر بهداشت به تدوین دستورالعمل سطوح تخصصی پرستاری اشاره کرد و گفت: «پرستاران سلامت جامعه در سه سطح پیشگیری (آموزش خودمراقبتی)، درمان حمایتی تسکینی و بازتوانی در مراکز جامعه سلامت و کلینیک‌ها ارائه خدمت می‌کنند.» وی یکی از موارد پرستاری جامعه نگر را خدمات پرستاری در منزل عنوان کرد و افزود: «طرح آزمایشی پوشش بیمه‌های مراقبت در منزل به زودی آغاز می‌شود و پس از شش ماه و گرفتن نتیجه مطلوب، ان شالله همگانی خواهد شد.» حضرتی با اشاره به اجرای دوره‌های جانشین پروری، تاکید کرد: «٦٥ درصد از قشر سلامت را گروه پرستاری تشکیل می‌دهند که در نقش‌های آموزشی، تحقیقاتی، مدیریتی، بالین و در جامعه ارائه خدمت می‌کنند.»

وی افزود: «با توجه به اینکه ۱۵ هزار مدیر پرستاری در رده‌های مختلف در کشور وجود دارد، برای دوران بازنشستگی این عزیزان، نیازمند آموزش مدیران با تجربه هستیم. به همین منظور بحث جانشین پروری در معاونت پرستاری را دنبال می‌کنیم. تاکنون کلاس‌های جانشین پروری برای پرستاران در ۹ استان کشور برگزار شده است که تا پایان سال به ۲۰ استان خواهد رسید.»■

همه‌چیز درباره بیمه‌های سلامت در ایران

مشاور معاون درمان وزارت بهداشت ضمن تشریح و معرفی ساختار بیمه‌های درمانی در کشور، گفت: «پیش‌بینی می‌شود بین شش تا هشت میلیون همپوشانی بیمه‌ای در کشور وجود داشته باشد و جالب است که بین چهار تا شش میلیون نفر هم فاقد دفترچه بیمه هستند. تنها راهکار حل این مشکلات، بازگشت به قانون و ساماندهی مدیریت اطلاعات است.»

به گزارش سپید به نقل از ایسنا، موسی طباطبایی با اشاره به سه رویکرد متفاوت در حوزه بیمه، گفت: «در یکی از این رویکردها، بیمه به عنوان تامین‌کننده رفاه اجتماعی است که در حال حاضر در کشور ما وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در این حوزه فعالیت می‌کند و اصطلاحاتی چون دولت‌های رفاه، چتر رفاه، تامین اجتماعی و... در این رویکرد جای می‌گیرد. دیدگاه دیگر بیمه، رویکردی اقتصادی است و در آن از صنعت بیمه با عملکردهای اقتصادی سخن گفته می‌شود و سومین رویکرد هم بیمه با دیدگاه نظام سلامت و به عنوان یکی از شیوه‌های تامین مالی در این نظام است.»

وی با بیان اینکه در کل نظام سلامت ایران بیمه تقریبا ۲۰ درصد از منابع را تامین می‌کند و حدود ٤۰ درصد از منابع توسط مردم و حدود ۳۰ درصد هم از سوی دولت تامین می‌شود، افزود: «میزان باقی‌مانده نیز از سوی سایر منابع از جمله بیمه‌های تکمیلی، خیرین و ... تامین می‌شود. باید توجه کرد که کل هزینه‌های کشور در نظام سلامت حدودا ۱۱۰ هزار میلیارد تومان در سال ۹۵ و معادل حدود هشت درصد درآمد ناخالص داخلی بوده است.»

نگاهی به تاریخ بیمه در ایران

طباطبایی با بیان اینکه از سال ۱۳٥٤ به طور رسمی سازمان بیمه با قانون مصوب و با شکل فعلی آغاز به کار کرد، افزود: «بعد از آن وزارت بهداشت هم در حوزه تامین مالی فعالیت‌های مستقیمی در مراکز ارائه خدمات و برای حمایت از بیماران انجام داد. از سال ۷۳ با تصویب قانون بیمه همگانی، تامین مالی نظام سلامت با وضعیت فعلی شکل گرفت و به دنبال آن سازمان بیمه سلامت، کمیته امداد و نیروهای مسلح نیز کارشان را با شرایط جدید آغاز کردند.»

مشاور معاون درمان وزارت بهداشت با بیان اینکه در حال حاضر در کشور چهار بیمه پایه اصلی، حدود ۱۷ بیمه توام (ارائه همزمان خدمات پایه و تکمیلی) و ٤۰ بیمه تکمیلی داریم، درباره افراد تحت پوشش بیمه‌های پایه کشور، گفت: «سازمان تامین اجتماعی افراد شاغل را تحت پوشش قرار می‌دهد و به نوعی بر اساس بیمه‌های اجتماعی پایه‌ریزی شده است. سازمان بیمه سلامت نیز دارای پنج صندوق شامل صندوق کارکنان دولت، صندوق روستاییان، صندوق بیمه همگانی رایگان، صندوق بیمه ایرانیان و صندوق سایر اقشار است. درباره بیمه نیروهای مسلح نیز لازم به ذکر است که در بیشتر کشورهای دنیا نیروهای نظامی بیمه جداگانه‌ای دارند. بیمه پایه دیگر در کشور ما، بیمه نیازمندان یعنی کمیته امداد است.»

طباطبایی درباره یکسان بودن بسته خدمتی پایه بیمه‌ها، افزود: «در نظام سلامت یک راهبرد کلی وجود دارد که تاکید می‌کند نباید بر اساس گروه‌بندی‌های اجتماعی یا مزیت شغلی، پاسخگویی به نیازهای سلامتی افراد فرق چندانی باهم داشته باشد. وقتی حرف از عدالت در سلامت می‌شود به این معنی است که همه باید به اندازه نیازشان از خدمات سلامت بهره‌مند شوند. یعنی افراد ثروتمند نباید بسته خدمات پایه متفاوتی با افراد با درآمد کمتر داشته باشند و در مقابل باید میزان پرداختی افراد بر اساس شرایط مذکور متفاوت باشد. خوشبختانه در کشور ما بالای ۸۰ درصد بسته خدمات پایه یکسان است و خدمات باقی‌مانده برای این است که مثلا نیروهای مسلح یا نیازمندان کمیته امداد برخی از خدمات را بیشتر تحت پوشش قرار داده یا برعکس بیمه روستاییان برخی خدمات را پوشش نمی‌دهند.»

هر بیمه‌شده چقدر حق بیمه می‌دهد؟

وی در ادامه صحبت‌هایش به نحوه پرداخت حق بیمه در کشور اشاره و اظهار کرد: «سازمان تامین اجتماعی و برخی از سازمان‌ها تا پیش از سال ۸٦ تقریبا ۹ درصد حقوق و دستمزد را به عنوان حق بیمه دریافت می‌کردند، اما حق بیمه سایر سازمان‌ها بر اساس حقوق و دستمزد نبود، بلکه سرانه مشخصی به عنوان حق بیمه تعیین می‌شد. البته از سال ۸٦ به بعد همه بیمه‌ها کسری از درآمد بیمه‌شدگان را به عنوان حق‌بیمه دریافت می‌کنند و نوعی یکپارچگی در دریافت حق بیمه ایجاد شده است. کسانی هم که درآمد ندارند مانند روستاییان، بیمه‌شدگان کمیته امداد و... دولت هفت درصد حداقل حقوق و دستمزد را به عنوان حق بیمه خانوار برایشان می‌پردازد. در عین حال باید توجه کرد که حق بیمه افراد فاقد حقوق که به صورت خویش‌فرما تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند، در سال ۹۷ به ازای هر نفر ماهیانه ٤٤ هزار تومان است.»

طباطبایی در ادامه درباره بیمه‌های تکمیلی نیز گفت: «مهم‌ترین کار بیمه تکمیلی این است که خدماتی را که در بیمه پایه پوشش داده نمی‌شوند، تحت پوشش قرار دهد. نوع دیگری از بیمه تکمیلی هم هزینه‌هایی را که بیمه پایه پوشش نمی‌دهد، تحت پوشش خود قرار می‌دهد. بر این اساس گاهی بیمه تکمیلی خدمت اضافه‌تری را ارائه می‌دهد و گاهی هم پول اضافه‌تری می‌پردازد. البته بیمه‌های تکمیلی تحت نظر وزارت اقتصاد بوده و با محوریت بیمه مرکزی ایران اداره می‌شوند. در حالی‌که بیمه‌های پایه تحت نظر وزارت رفاه و شورای‌عالی بیمه مدیریت می‌شوند.»

همپوشانی بیمه‌ای؛ سکوت قانون یا تخلف؟

وی همچنین به موضوع همپوشانی‌های بیمه‌ای اشاره و اظهار کرد: «همپوشانی به این معنی است که یک فرد بیش از یک بیمه داشته باشد. این اشکال از آنجا شروع می‌شود که ما دستورالعمل‌ها یا قوانینی داشتیم که اجازه همپوشانی را داده‌اند و یا در قبال همپوشانی سکوت کرده‌اند. به عنوان مثال اگر زن و شوهری شاغل باشند، طبق قانون هر دو نفر باید راسا تحت پوشش بیمه قرار گیرند یا قانون بیمه کردن افراد تبعی درجه دو و سه نیز از همین نوع است. به عنوان مثال اگر فردی پدرش را تحت پوشش بیمه قرار دهد، پدرش می‌تواند به صورت خویش‌فرما هم خودش را بیمه کند.»

وی ادامه داد: «البته در برخی مواقع هم شاهد تخلفاتی هستیم که به دلیل در دسترس نبودن اطلاعات، رخ می‌دهند. به عنوان مثال کسی که بیمه غیرحمایتی دارد، حق اینکه تحت پوشش بیمه حمایتی قرار گیرد را ندارد، اما چون اطلاعات و مدیریت اطلاعات‌مان یکپارچه نبوده است، این همپوشانی‌ها شکل گرفته‌اند.»

طباطبایی افزود: «پیش‌بینی می‌شود که بین شش تا هشت میلیون همپوشانی بیمه‌ای در کشور وجود داشته باشد و جالب است که بین چهار تا شش میلیون نفر هم فاقد دفترچه بیمه هستند. تنها راهکار حل این مشکلات بازگشت به قانون و ساماندهی مدیریت اطلاعات است. گاهی از آنجایی که مردم احساس اطلاعات دقیقی در مورد بیمه‌ها و میزان اعتبار آنها ندارند، نمی‌دانند کدام بیمه بهتر است و به همین دلیل به همپوشانی تن می‌دهند، اما همپوشانی بیمه‌ای، امتیاز نیست؛ چراکه فرد دو بار حق بیمه پرداخت (یا نهادی به جای وی پرداخت می‌کند) می‌کند، اما از یک محل هزینه خدمت مورد نیازش را دریافت می‌کند.»■

◄ادامه از صفحه ۲

ذهنیت ابزاری و تبعات آن

آخرین نکته‌ای که من می‌خواهم به عنوان یکی از شاخص‌های ذهنیت ابزاری به آن اشاره کنم، این است که این ذهنیت اختلاف اساسی در بیمارستان‌ها ایجاد می‌کند. یعنی K داخلی، K بیهوشی و K جراحی با یکدیگر اختلاف شدیدی پیدا می‌کنند. این اختلافات شدید، باعث درگیری در بیمارستان می‌شود. یعنی بین گروه‌های مختلف پزشکان دائما دعواست. یادتان هست که گروه بیهوشی چندوقت پیش می‌خواست اعتصاب کند. چرا؟ چون تعرفه‌هایشان را کاهش داده بودند. جراحان با یکدیگر به رقابت می‌پردازند که اینکه چه کسی استنت بیشتری کار گذاشته است.

دومین اتفاقی که می‌افتد این است که فاصله طبقاتی را در خود بیمارستان افزایش می‌دهد. وقتی همین شرکت‌های تجهیزاتی پول هنگفتی را از طریق پرداخت مستقیم به پزشکان در بیمارستان واریز می‌کنند، این بین اقشار مختلف بیمارستانی یک فاصله اساسی ایجاد می‌کند. چرا ما عنوان پزشک فکر می‌کنیم که فقط جراحی فوق‌العاده ماست که بیمار را نجات می‌دهد؟ بیماری که تحت «جراحی فوق‌العاده» ما بوده است، اگر بعد از منتقل شدن به تخت بیمارستان چند روز نتواند اجابت مزاج کند اکسپایر خواهد شد.

ما فاصله قدرت و ثروت را در بیمارستان‌ها افزایش داده‌ایم، بین خود گروه فرادست اختلاف انداخته‌ایم، از نیروهای خارجی دعوت کرده‌ایم که بیایند و ما را فاسد کنند، بعد انتظار داریم که بیمار با آسایش خیال از بیمارستان خارج شود و از خدمات درمانی که دریافت می‌کند، لذت ببرد؟ خلاصه اینکه من ٦ ماه پس از اجرای طرح تحول، یادداشتی نوشتم با عنوان «چاه ویل طرح تحول سلامت» هر روز که می‌گذرد، تضادهای این طرح بیشتر آشکار می‌شود و آن چاه ویل بیشتر نمایان می‌شود.

شرکت‌های تجهیزات پزشکی و تاثیرگذاری بر حوزه سلامت

برگردیم به موضوع اقتصاد سیاسی. اشاره کردم که ٥۹ درصد از بودجه کلان سلامت به بخش تجهیزات می‌رود. بخش تجهیزات هم تماما در دست بخش خصوصی است. حالا بیایید بررسی کنیم ببینیم این شرکت‌ها در چنین شرایطی چه می‌کنند:

● اولین کار، رشوه دادن و خریدن ما پزشکان و فاسد کردن کارپردازهای بیمارستان و رئیس بیمارستان و فرستادن به سفرهای لوکس و آنچنانی و ابر تفریحی است. همه اینها در ازای اینکه فلان وسیله یا مثلا فلان مفصل زانو از فلان شرکت خریداری شود.

● قسمت دوم این است که شرکت‌های تجهیزاتی بیکار نمی‌مانند. یعنی به مرور در زمینه سیاست‌گذاری و مقررات‌گذاری وارده شده و اجازه نمی‌دهند که شما مقررات دست‌وپاگیر در مجلس و وزارت بهداشت تصویب کنید. به طور مداوم شما را مورد هجمه قرار می‌دهند. دو تن از وزرای کابینه که اتفاقا هر دوی آنها هم ازجمله ابرثروتمندان ما هستند، یعنی وزیر بهداشت و وزیر مسکن، یک اصطلاح مشترک دارند که مرتب به کار می‌برند. دائم می‌گویند: «پسمانده‌های اندیشه‌های سوسیالیستی در دولت». اندیشه سوسیالیستی در دولت روحانی؟! من نمی‌دانم کدام اندیشه؟ این هجمه تبلیغاتی به چه دلیلی است؟ به محض اینکه گفته شود چرا فلان کار قانون و مقررات ندارد، می‌گویند تو سوسیالیست هستی. یعنی با شیوه انگ‌زنی و با روش متهم کردن و ترساندن کارهایشان را پیش می‌برند و بعد هم می‌گویند: «بازار باید کاملا آزاد باشد و مقرراتی نباید وجود داشته باشد.» و بعد کسانی که درخواست مقررات می‌کنند را صاحبان تفکرات واپسمانده و به قول دکتر غنی‌نژاد جاهل و جاسوس و خائن می‌خوانند.

● سومین کاری که شرکت‌های تجهیزات پزشکی می‌توانند انجام دهند این است که کنفرانس‌های علمی را در دست خودشان می‌گیرند و باعث می‌شوند که اگر قرار شد شما جایی صحبتی بکنید، درباره مسئله آنها صحبت کنید. تا آنجا که می‌توانند با عنوان اسپانسر کنفرانس‌های علمی وارد می‌شوند و به تدریج شروع به تاثیرگذاری می‌کنند. مثلا می‌گویند فلان سخنران را دیگر دعوت نکنید چون میانه خوبی با لوازم و تجهیزات ما ندارد. این گروه سوم، اتفاقا گروه خیلی شیکی هم هستند و به همین دلیل ما عموما زیاد متوجهشان نمی‌شویم. اما باید حواسمان باشد که این گروه می‌تواند سرمنشأ فساد علمی باشند. یعنی علم را تباه می‌کند.

دیده شده در آمریکا شرکت‌هایی که شکر مصرف می‌کنند پول‌های زیادی هزینه کرده و تحقیقات بسیاری را پشتیبانی کرده‌اند که بیماری‌های قلبی را ناشی از چربی جلوه دهند نه از شکر. شما مطالعه می‌کنید و متوجه می‌شوید که چربی بالا رابطه مستقیمی با بیماری‌های قلبی عروقی دارد. این کاملا درست است ولی در این معادله، «شکر» کجاست؟ چرا مصرف شکر را نمی‌بینیم؟ چون اجازه نمی‌دهند که ببینیم. ما را می‌خرند.

◄ در آخر می‌خواهم به این نکته برسم که در هر طرحی باید به این نکته توجه شود که منابع مالی به چه سمتی می‌روند. جایی که پول تخصیص داده می‌شود، در حقیقت شناخت اقتصاد سیاسی آن طرح است و نشان می‌دهد که سیاستگذاران اصلی ما در صدد پاسخگویی به کدامین صاحبان صدا و نفوذ هستند.

طرح تحول سلامت از نظر تخصیص بودجه‌ای علاوه بر آنکه به بیماران کمک می‌کند، منافع اقشار خاصی را نیز تأمین می‌کند و ما باید از نهادهای نظارتی بخواهیم که به این نقاط تاریک سر بکشند و منافع گروه‌های خاص را ردیابی کنند تا دولت به وظیفه‌اش که دنبال کردن خیر عمومی است نزدیک شود.■