

## طلبکار واقعی کیست؟



■ لیلا ساهی

بدهی بیمه‌ها به مراکز درمانی همچنان در اوج اختلافات میان دو وزارتخانه قرار گرفته و تهدید به پذیرش نقدی بیماران از سوی پزشکان بیش از هر زمان دیگری به گوش می‌رسد. اختلاف وزارت بهداشت و رفاه تا جایی پیش رفته که قرار است مجلس به این بحث ورود پیدا کند گفته می‌شود در اولین جلسه مجلس در کمیسیون بهداشت به این موضوع رسیدگی خواهد شد و رئیس و مسئولان تامین اجتماعی باید به ابهامات و پرسش‌های نمایندگان پاسخ دهند.

آنطور که محمدنعیم امینی فرسخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «در حال حاضر فشار فزاینده‌ای از سوی مراکز درمانی طلبکار بر دوش وزیر بهداشت است و به طور طبیعی در شرایطی که سازمان‌های بیمه‌گر نتوانند مطالبات خود را پرداخت کنند، باید منتظر ارایه خدمات درمانی آزاد بیمارانمان باشیم.»

اما فرهاد کوهی، کارشناس اقتصاد و درمان و برنامه‌ریزی سازمان تامین اجتماعی در گفت‌وگو با سپید به دلایل کمبود منابع سازمان اشاره کرده و می‌گوید: «مسئله وقتی سایر سازمان‌های بیمه‌گر بدهی‌های خود را به سازمان تامین اجتماعی نیز از این موضوع مستثنی نخواهد بود. تامین اجتماعی منابع دارد که عمده آن درآمد حق بیمه است. درآمد حق بیمه نیز بر اساس درصدی از حق اول دستمزد تامین می‌شود. به طور میانگین حدود یک میلیون و ۳۰۰ هزار تومان متوسط دستمزد جامعه است که از این مبلغ ۹ درصد به درمان یک خانوار اختصاص می‌یابد. مبلغی که از این رقم به دست می‌آید حدود ۳۴ هزار تومان به ازای هر نفر در ماه است. باید توجه داشت که درآمد تامین اجتماعی برای درمان مسأله‌ای از پیش تعیین شده است به طوری که در حال حاضر حق سرانه درمان در میان مصوب هیئت وزیران در سال ۳۱،۹۵ هزار تومان است.»

کوهی در ادامه با اشاره به مصارف و برخی تعهدات تحمیل شده به سازمان تامین اجتماعی می‌افزاید: «این تعهدات در سال ۹۳ به اوج خود رسید که از جمله آن می‌توان به پرداخت ۲ برابر ۲۸٪ به اعضای هیئت علمی، پرداخت ۴۰ درصد از هزینه استهلاک اتاق عمل، طرح تجهیز مناطق محروم و ... اشاره کرد. باید توجه داشت که وقتی تعرفه‌ها افزایش می‌یابد به طور مستقیم بر مخارج تأثیر می‌گذارد.

## بیمه اتباع مهاجر تردیدها و ترس‌ها

■ بابک خطی / طبیب کودکان

کودک، زیباست. نامش امیرمحمد و دو ساله است؛ خوشرو و پرتحرک. افغان است و چهره‌اش چیزی بین تاجیک‌ها و ترکمن‌ها است. تا معاینه همراه با بازی من و امیرمحمد تمام شود، زمانی طول می‌کشد. مادر و پدرش در این مدت با لبخند دنبالمان می‌کنند. توصیه‌های غیردروبی که تمام می‌شود و برای نوشتن دارو دفترچه می‌خواهم، می‌فهمم دفترچه درمانی ندارند و اصلا بیمه نیستند. با پدر و مادر گپ می‌زنم و حالا دیگر می‌دانم آنها اهل غزنی هستند که ولایتی در شرق افغانستان است. می‌فهمم که پدر بزرگ امیرمحمد در جنگ طولانی افغانستان کشته شده است و آنها (پدر و مادر امیرمحمد) مانند هزاران نفر دیگر زیر آوار جنگ و حضور دائمی ترس همه چیز را رها کرده و جان بر کف گذاشته، به ایران پناه آورده‌اند. همان جنگ که همه دنیا از شوروی سابق تا آمریکا و مجاهدین، طالبان و ... همه به قصد بهتر کردن اوضاع برای مردم در آن نقشی سبوغانه آفریدند.

با اینکه حدود بیست سال است در ایران زندگی می‌کنند و پدر این خانواده سال‌هاست کار می‌کند، اما کارفرما او را بیمه نمی‌کند. مادر در تکمیل این اطلاعات می‌گوید: «در مورد دفترچه بیمه سلامت یک قول‌هایی از اداره اتباع داده‌اند ولی خبری نشده است.» کمی صمیمی‌تر که می‌شویم، می‌گویند که هر بار بیمار شدن اعضای خانواده، برایشان سوازی تحمل درد بیماری، کابوسی بزرگ برای تامین هزینه‌های درمان است. تمام هزینه‌های درمان، دارو، پاراکلینیک یا بستری برای این خانواده که شرایط اقتصادی آسیب‌پذیری دارد، با تعرفه آزاد محاسبه و اخذ می‌شود و این خانواده تنها یک نمونه از خانواده‌های بیشمار است که با این مشکلات کمرشکن دست به گریبان هستند.

در مورد بیمه کارکن مهاجرین بر طبق قوانین و اظهارنظر صریح مدیرکل قتی بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی، تفاوتی بین اتباع خارجی و سایرین وجود ندارد و این مسئله روی کاغذ از قوانین نسبتاً یکسانی پیروی می‌کند اما ظاهراً نظارت‌های ضعیف نهاد ذی‌ربط، فرصتی فراهم آورده است تا کارفرمایان سودجو به روش‌های مختلف از بیمه این افراد شانه خالی کنند.

در مورد دفترچه سلامت هم اواخر شهریور سال جاری اخباری امیدوارکننده از اداره کل امور اتباع و مهاجرین وزارت کشور مبنی بر ارائه خدمات بیمه سلامت به این گروه‌ها با همکاری کمیساری عالی سازمان ملل در امور پناهندگان مطرح شد، اما در میانه مه‌ماه، این کمیساریا از تعویق این پروژه به دلایل پیش‌بینی نشده خیرداد و در ابتدای آبان‌ماه معاون اداره اتباع و امور مهاجرین بیگانه استان تهران نیز صحت این خبر را تأیید نمود. زمان در حال گذشتن است و بیماری‌ها و مشکلات درمان از قوانین بوروکراسی وقت‌گیر اداری و توافقات بین سازمانی پیروی نمی‌کنند. اقدامات شخصی فلان مطب و داروخانه یا بهمان مسئول بیمارستانی در رعایت حال این افراد هر چند شایسته تقدیر است، اما چاره اساسی کار نیست. از طرف دیگر نگاه از موضع برتر به این شهروندان و طرح انتقاداتی از این دست که «ما خودمان هنوز بیمه نشده‌ایم»، «کارنداریم» و ... از اساس مردود به نظر می‌رسد، چون در مقوله حقوق اساسی، ما و شمایی وجود ندارد و مدافعین این نظریه به‌جز یک شناسنامه و یک نژاد، هیچ برتری دیگری بر این گروه ندارند. چگونه است فردی که سال‌های متمادی زندگی خود را در کشور ما گذرانده و در اینجا ریشه دوانیده است را می‌توانیم غیرمواطن بدانیم و بانگاهی غیر از احترام به او نظر کنیم.

بنابراین از کلیه نهادهای داخلی و بین‌المللی انتظار می‌رود که با حداکثر توان، نهایت تسریع در روند دفترچه سلامت این گروه آسیب‌پذیر را در نظر داشته باشد، سازمان بیمه تامین اجتماعی هم می‌بایست در موارد مربوط به بیمه این افراد در محل کار نظارت دقیق‌تری را اعمال کند. از طرفی خود ما هم لازم است هر از چندگاهی با نگاه به نگرش‌هایمان به پیرایش آن بپردازیم و یادمان باشد که نژادپرستی گاهی چنان آرام و خزنده است که حتی در توهم آزاداندیشی نداشته‌ای، تمام و کمال اسیر آن می‌شویم.

امیرمحمد ساکت و آرام در حالی که به پنجره انتهای مطب نگاه می‌کند با دقت به حرف‌های ما گوش می‌دهد، شاید دارد آینده را تصور می‌کند. ما معلوم و ترسناک. ■

کنیم بر مبنای تعرفه دولتی پرداخت صورت می‌گیرد. وی معتقد است که وزارت بهداشت در طی سال‌های گذشته سیاستی را به کار گرفته است که مراکز درمانی تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و مراکز خدمات ارائه می‌دهند را با مشکل مواجه کرده است و در این زمینه توضیح می‌دهد: «این اقدام نادرست تمام وقت جغرافیایی کردن پزشکان در دانشگاه‌های علوم پزشکی است که باعث می‌شود سازمان‌های بیمه‌گر در برابر تعرفه دولتی به این افراد پرداخت کنند. یعنی بیشتر از تعرفه عمومی غیر دولتی است. در دانشگاه‌های علوم پزشکی نزدیک به ۵۰ درصد از پزشکان، تمام وقت جغرافیایی هستند که در برابر تعرفه دولتی دریافت می‌کنند. در کل اگر بخواهیم به معضل اصلی تعرفه‌ها اشاره کنیم باید به این نکته اشاره کرد که وزارت بهداشت هیچ وقت نتوانست که فاصله بین تعرفه دولتی و خصوصی را از بین ببرد.»

کارشناس گروه اقتصاد و درمان و برنامه‌ریزی سازمان تامین اجتماعی می‌گوید: «بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی چه بسا بیشتر از بیمارستان‌های خصوصی هزینه دارند اما هیچ وقت ورشکست نشده‌اند چون هر جا که با کسری مواجه شوند از بودجه عمومی دولت اتراق می‌کنند. بنابراین اعمال تعرفه دولتی و تعرفه خصوصی در اینجایی معنی است چون تمام این منابع به هر طریقی که شده، از طریق دولت، بیمه و یا بیمه شده برای بیمارستان‌های دانشگاهی تامین شده است. تنها راه نجات شفاف کردن قیمت و از بین بردن فاصله بین تعرفه دولتی و خصوصی است. اگر فرار است پارانهای به بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی پرداخت شود فقط باید در قالب مکانیزم قیمت باشد. به عنوان مثال باید مشخص شود که سود سرمایه و استهلاک چند درصد قیمت است. فرض کنید می‌گویند ۳۰ درصد قیمت سود سرمایه و استهلاک است. این ۳۰ درصد را به ازای هر واحد خدمتی که سازمان‌های بیمه‌گر از بیمارستان‌های دانشگاهی خریداری می‌کنند، دولت مکلف است به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کند. در عین حال سازمان‌های بیمه‌گر نیز با همان قیمت یکسانی که در بخش خصوصی خرید می‌کنند از بخش دولتی هم خرید کنند. این مکانیزم باعث می‌شود که سازمان‌های بیمارستان‌های دانشگاهی از بارانه‌های غیر شفاف محروم شوند و در عین حال به سمت خودگردانی پیش بروند و پاسخگو باشند.» ■

## تولیت سلامت روان به وزارت بهداشت بر گردد

انجمن علمی روان‌درمانی با استدلال به این مبانی، بیانیه خود را اینطور ادامه داده است:

- وزارت بهداشت تولیت سلامت در کشور را برعهده دارد و این تولیت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت بر آن است. (بند ۷-۱)
- ارتقای سلامت روان جامعه (ماده ۳) از سیاست‌های کلی سلامت است و تولیت آن برعهده وزارت بهداشت است. (بند ۷-۱)
- مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات در حوزه سلامت و با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری در نظام آموزش علوم پزشکی ادغام می‌شود. (بند ۸-۱)

بدیهی است حوزه‌هایی از روان‌شناسی که با ارائه خدمات سلامت مرتبط هستند و در حوزه نظام سلامت می‌گنجند، شامل بندها و مواد فوق بوده و طبق سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی آن است.

لازم است ذکر شود که این بند از سیاست‌های کلی سلامت درباره تولیت وزارت بهداشت در روزهای اخیر در قانون برنامه ششم توسعه نیز، به شکل زیر، به تصویب مجلس رسیده است و بعد از طی مراحل قانونی لازم در قالب قانون برنامه ششم توسعه نیز لازم‌الاجرا است:

بند الف ماده ۸۷ قانون برنامه ششم توسعه:

«تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی، اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌پایه و تکمیلی، موظف‌اند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.» ■

شاغلان این حوزه‌ها حرکت کنند. در این راستا و به دنبال ابراز نگرانی‌هایی از طرف متخصصان حوزه سلامت روان، وزارت بهداشت در چند سال اخیر اقداماتی را در جهت ساماندهی به آموزش گرایش‌هایی از رشته روان‌شناسی که مستقیماً در ارتباط با سلامت و تشخیص و درمان مبتلایان به اختلالات روان هستند آغاز کرده است و بر اساس اخباری که در رسانه‌ها منتشر شده است، به موافقت کمیته بررسی این موضوع با تولیت وزارت بهداشت در این رشته‌ها و انتقال آن به وزارت بهداشت منجر شده است.»

انجمن علمی روان‌درمانی ایران ضمن حمایت از این تصمیم، اجرای آن را قدمی ضروری برای ساماندهی به حوزه سلامت روان و تضمین حداقل کیفیت خدمات ارائه‌شده به جامعه، افراد و خانواده‌های درگیر با این مشکلات دانسته و این دلایل را برای اعلام حمایت خود برشمرده است: «تولیت قانونی وزارت بهداشت در سلامت و سلامت روان بر اساس سیاست‌های کلی سلامت، ماده ۳ سیاست‌های کلی سلامت که در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۱۸ توسط مقام معظم رهبری به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده است، «ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی» را جزو سیاست‌های کلی سلامت برشمرده است و بند ۷-۱ همین سند بالادستی نیز به صراحت، موضوع «تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت بر آن» را برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده است. از سوی دیگر، در بند ۸-۱ همین سند، بر «ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی» تأکید شده است.»

انجمن علمی روان‌درمانی در بیانیه‌ای با تأکید بر لزوم بازگشت تولیت سلامت روان به وزارت بهداشت اعلام کرده: «کمیته بین‌رشته‌ای «ساماندهی آموزش و خدمات سلامت روان» تشکیل شود.»

انجمن علمی روان‌درمانی ایران در بیانیه‌ای اعلام کرد: «پژوهش‌های مختلف ملی و بین‌المللی نشان‌دهنده شیوع بالای اختلالات روانی و بار ناشی از آن بر افراد مبتلا، خانواده‌ها و جامعه و نیز پیامدهای عمده در حوزه‌های سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی است. بر این مبنای بهبود و ارتقای سلامت روان جامعه، پیش‌گیری از بروز اختلالات و تشخیص، درمان و بازتوانی افراد و خانواده‌های متأثر از این مشکلات و اختلالات باید جزو نخستین اولویت‌های کل جامعه، حاکمیت و به طور خاص، نظام سلامت باشد.»

در بخشی از این بیانیه آمده است: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس رسالت ذاتی و مسئولیت قانونی خود به عنوان متولی سلامت و سلامت روان جامعه (ماده ۳ و بند ۷-۱ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغ‌شده توسط مقام معظم رهبری، فروردین ۱۳۹۳)، از سویی وظیفه دارد تا با جلب توجه و مشارکت بخش‌های مختلف جامعه و حاکمیت نسبت به عوامل کلان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت در زمینه ارتقای سلامت و سلامت روان جامعه و پیشگیری از اختلالات و مشکلات روانی بکوشد و از سوی دیگر با در اختیار داشتن بخش اصلی نظام ارائه خدمات سلامت، مداخلات اثربخش لازم را برای جمعیت‌های در معرض خطر و مبتلایان طراحی، اجرا و بر آن نظارت کند.» در ادامه آمده است: «طبیعتاً نقش وزارت بهداشت، به عنوان متولی سلامت کشور که علاوه بر سیاست‌گذاری در این زمینه، ارائه‌دهنده بخشی عمده از خدمات سلامت و نیز مسئول نظارت بر این خدمات و تضمین کیفیت خدمات ارائه‌شده است، ایجاب می‌کند که با رصد وضع موجود و سنجش نیاز کشور به گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت و تعیین استانداردهای آموزشی، فراهم آوردن امکانات آموزشی لازم و اعتباربخشی مراکز واجد صلاحیت برای آموزش در این رشته‌ها به سمت دستیابی به کمیت و کیفیت

