

اطلاعاتی که داده شده است، حجم کاهش در حد کمتر از ۵۰ هزار تومان به ازای هر بستری است؛ یعنی رقم مطلق کاهش پیدا کرده است ولی نه در حدی که فکر می شد.

اما مشکل اساسی تر این است که کانون هزینه اصلی الان سرپایی است و ما برای سرپایی آن طور که باید و شاید فکر نکرده ایم ضمن این که اغلب مراجعہ کنندگان سرپایی به بخش دولتی مراجعه نمی کنند، ۸۰ درصد مراجعہ کنندگان سرپایی به بخش غیردولتی و خصوصی مراجعه می کنند. یکی از گرفتاری ها در بخش دولتی این است که مثلاً یک آزمایش را شخصی در آزمایشگاه خصوصی انجام دهد یا بیاورد در آزمایشگاه دولتی با استفاده از بیمه اش انجام بدهد، تفاوتش گاهی اوقات بیشتر از ۱۰ برابر است که این امر مهم اصلاً در تصمیمات مورد توجه نیست.

### ❖ با بالا بردن تعرفه ها مشکل زیرمیزی حل می شود یا نه؟

❖ بالاخره این که تعرفه های کشور احتیاج به بازنگری داشته است، حرف درستی است. این بازنگری چندین دلیل داشته است، ما خدمات جدیدی داشته ایم که این ها کم شمار هم نبودند و برایشان تعرفه ای نداشتیم. وقتی برای یک کاری تعرفه نداشته باشیم، با زبان خودمان می گوییم که زیرمیزی بگیریم و این کار را انجام دهیم.

دوم این که بعضی از کارهای خطرناک، مشکل تعرفه مناسبی را نداشته است، مثلاً یکی از کارهایی که واقعاً می تواند حیات یک نفر را نجات بدهد، این است که اگر کسی در ریه اش خون جمع شود، باید یک لوله ای داخل قفسه سینه اش بگذارند. وقتی شما می خواهید این کار را انجام بدهید، این خطر وجود دارد که ریه را زخمی کنید و خونریزی را بدتر کنید و کار پرخطری است. تعرفه این کار در نظام تعرفه قبلی از تعرفه ویزیت کمتر بوده است. طبیعتاً این احتیاج به بازنگری داشت، این نکات خوب است.

نکاتی که الان بالاخره در تحلیل عمیق تری از کار روشن می شود، این است که فاصله درآمدی بین گروه های مختلف پزشکی باید فاصله معقولی باشد؛ ما نمی گوییم مثلاً یک نفر که جراحی پیچیده ای را انجام می دهد با کسی که کارش فقط مراقبت مشاوره ای است یک اندازه تعرفه بگیرند، ولی باید فاصله شان معقول باشد.

ثانیاً این اقدامات باید همراه با نظارت کافی باشد و اگر همراه با نظارت نباشد، هیچ اتفاق خاصی نمی افتد. شما الان مطلع هستید که پرداخت مالیات در بین اساتیدی که در بخش دولتی کار می کنند به طور متوسط بیش از سه برابری است که در بخش غیردولتی و خصوصی کار می کنند. در حالی که درآمد این ها به طور متوسط حدود تقریباً ۲۵ درصد درآمد آن ها است. این موضوعات نشان می دهد که چالش های نظام پرداخت ما صرفاً تعرفه نیست. نکته مهم تر این است که کار سلامت یک کار تیمی است و باید به نوعی عمل شود که همه افراد این گروهی که خدمات سلامت را ارائه می کنند به نوعی رضایتمندی شان حاصل شود.

باید به فضای روانی افراد توجه کنیم، یعنی نمی شود بدون در نظر گرفتن رضایتمندی سایرین تصمیم گیری کنیم؛ به عنوان مثال وزارت بهداشت برای جذب پرستار فراخوان داد که تقریباً می توانیم بگوییم مورد استقبال قرار نگرفت؛ در حالی که ما احتیاج به پرستار و تقویت کادر درمانی داریم. چرا؟ به دلیل این که در طراحی جذب نیرو، به فهم نیروهایمان و به رضایتمندی شغلی و انگیزه شان توجه نکرده ایم صرفاً به این توجه می کنیم که اقدامی انجام بدهیم که مثلاً معاونت نظارت راهبردی یا سازمان مدیریت برنامه ریزی، رضایتشان جلب شود.

### ❖ در دنیا تأمین مالی کاملاً از ارائه خدمات و سیاست گذاری جداست؟

❖ این گونه نیست، در کشور خودمان بزرگ ترین بیمه یعنی تأمین اجتماعی خودش بیمارستان داری و خرید خدمت می کند، این که چه باید بکنیم یک بحث کارشناسی را می طلبد، اما مدل های دنیا اغلب این گونه است که یک موسسه زیرمجموعه وزارت بهداشت، به عنوان موسسه ناظر که حتی به خود بیمارستان های وزارت بهداشت و دولتی هم رحم نمی کند، تأسیس می شود و از طریق این موسسه تولیتشان را انجام می دهند.

نکته روشن این است که مبنای پیشنهادی سیاست های کلی سلامت، نظام ملی

بیمه ای است نه نظام ملی طب، در قانون اساسی هم بیمه همگانی است، در ادامه این که بیمه همگانی چه باید بکند و ارتباطش با وزارت بهداشت چه باشد را باید تعریف کنیم. فهم ما از آنچه ابلاغ شده بیمه همگانی است یعنی همه بیمه ها در خدمات پایه باهم مشترک بشوند و سازمان بیمه گر مستقل به وجود بیاید، دولت هم بر اساس توان مالی کمک تعریف شده ای بکند و ما بقی را به صورت سرانه از افراد بگیرد. ارتباط این سازمان با وزارت بهداشت هم ارتباط زیرمجموعه ای نمی تواند باشد اما ارتباط گسسته هم نباید باشد، این سازمان باید قبول کند که در بیمه پایه از سیاست های وزارت بهداشت پیروی کند. بیمه ها چه آن زمان که زیر نظر وزارت بهداشت بودند و چه الان، حرف وزارت بهداشت را گوش نمی کردند، الان که بدتر گوش نمی دهند.

### ❖ در سیاست های ابلاغی گفته شده منابع مالی تجميع شود و جای دیگر هم می گوید بیمه ها رقابتی باشند، این دو متضاد هم نیستند؟

❖ بیمه ها در بحث خدمات پایه تجميع شوند اما خود بیمه ها به صورت نظام های کارگزاری رقابت کنند، علاوه بر این در خدمات غیر پایه هم می توانند رقابت داشته باشند. بیمه های ما از این جهت تازه یک رقابتی را شروع کردند.

### ❖ الان مشکل نظام سلامت خدمات پایه است یا غیرپایه؟

❖ هر دو، حساب سلامتی که ما سال ۸۷ انجام دادیم، با کمال تأسف نشان می داد که بیمه بودن در برابر هزینه های کمرشکن سلامت یا در برابر فقیر شدن به دلیل هزینه های سلامت هیچ حمایتی نمی کرد، لذا باید در تعریف بسته بیمه پایه مان تجدید نظر کنیم، دوماً برای خدمات غیرپایه هم باید فکری کنیم چرا که نمی شود نسبت به آن بی تفاوت بود، برای بخش های نیازهای الفائی باید نظام های کنترلی به وجود آوریم و نیازهای واقعی را هم از مسیر مناسب ارجاع پوشش بدهیم و گر نه خانواده ها فقیرتر می شوند.

### ❖ چگونه می توان نقش حاکمیتی و تولىتی وزارت بهداشت را در حوزه سلامت محقق کرد؟ الان در حوزه هایی مثل امنیت غذا، کنترل دخانیات، ایمنی وسایل نقلیه و ... نقش وزارت بهداشت کم رنگ است، سیاست های ابلاغی هم به این بخش اشاره کرده است.

❖ سیاست ها اشاره کرده که وزارت بهداشت متولی سلامت باشد، مثلاً متولی امام زاده یعنی کسی که هیچ منافعی از خود امام زاده نبرد ولی منافع امام زاده را حفظ کند. همچنین طبق سیاست ها وزارت بهداشت، سیاستگذار باید وزارت بهداشت باشد، از قوانین سلامت مراقبت کند و هشدار بدهد که آیا قوانین به نفع سلامت است یا به خیر. دکتر ویرشو که معاصر با بیسمارک است، تعبیری با این مضمون دارد که پزشکان دادستان های طبیعی جامعه هستند، یعنی اگر مرضی با سوء تغذیه پیش پزشک آمد، پزشک فقط به در مان مریض فکر نکند، بلکه باید علت یابی هم بکند. همین مسئله برای وزارت بهداشت هم هست.

### ❖ ابزار کافی برای این مسئله وجود دارد؟

❖ کار وزارت بهداشت، بین بخشی است، هر موقع که توانستیم بین بخشی طرف های مقابلمان را توجیه و همراه کنیم، نتایج خوبی هم کسب کرده ایم، مثلاً در بحث روغن روشن بود که اسیدترانس بالاست و ضرر می زند. در فاصله چهار سال روغن مصرفی خانوار از این لحاظ ۸۰ درصد کمتر شد، چون وزارت بهداشت و وزارت بازرگانی وقت با هم همکاری کردند.

وزیر بازرگانی به زیرمجموعه اش دستور داد که همراهی بکنند، بعضی جا این همراهی نبود، مثلاً الان وزارت صنعت، معدن و تجارت جاهایی که خیال می کند که صنعت بی کیفیت باید حفظ شود، همراهی نمی کند. قانون هم الان پیش بینی کرده که شورای عالی سلامت جایی است که این همکاری بین بخشی می تواند نهادینه شود. جدای از این، همه این موضوعات به مدیریت کلان کشور برمی گردد، به تعبیر مقام معظم رهبری، رئیس جمهور مثل پلیس راهنمایی سرچهارراه است که باید به کارهای وزیران جهت بدهد. الان هم برخی از موفقیت های وزارت بهداشت مرون حمایت رئیس جمهور از وزیر و برنامه هایش است.