

رونق امید و استعداد در بازارچه‌های صنایع خلاق

«فرهیختگان» جزئیات ۱۰ محور ابلاغی طرح تحول وزارت علوم به دانشگاه‌ها را بررسی کرد

نقشه تحول دانشگاه‌های دولتی



شماره مسلسل ۴۶۱۸ | صفحه ۱۶ | شماره ۱۷ | ۱۷ دی ماه ۱۴۴۴ | ۲۰۲۳ | شماره ۷۸۰
Tue | 6 June 2023 | Vol. 16 | No. 3880 | 16 Pages
www.fdn.ir

هشدار مجله «تایم» نسبت به پیشرفت فناوری هوش مصنوعی و نقش آن در آینده انسان

هوش مصنوعی پایان بشریت؟



حرف آزاد دانشجو

علی چهرقانی

مسئول هسته نظام سلامت مرکز تحقیقات فزا

فصل سلامت برنامه‌های توسعه، ریل گذاری و تعیین مسیر نظام سلامت کشور را انجام داده و بر اساس اسناد بالادستی نظیر سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری تدوین می‌شود. مواد مرتبط با سلامت برنامه‌های توسعه، بودجه نظام سلامت، قوانین و آیین‌نامه‌های مربوطه را مشخص کرده و تعیین می‌کند که نظام بهداشت و درمان کشور به کدام سمت حرکت کند. برنامه اول توسعه (۱۳۷۲-۱۳۶۸) به کارکرد ارائه خدمات، تامین مالی و مدیریت تجهیزات و دارو، برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۷۴) تمامی حوزه‌های سلامت، برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹) عمدتاً به کارکرد تولید و تنظیم‌گری در نظام سلامت، برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) عمدتاً به کارکرد تولید، تامین مالی و تامین خدمات، برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) به کارکرد تولید، تامین مالی و منابع انسانی و برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶) نیز به کارکرد تولید، تامین خدمات و تامین مالی پرداخته است. فصل ۱۴ لایحه برنامه هفتم توسعه با عنوان نظام سلامت، در ۱۸ ماده تدوین شده است. در فصل نظام سلامت لایحه برنامه هفتم توسعه تولید، پرورده الکترونیک سلامت، نیازسنجی و سطح‌بندی خدمات، دارو، افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی و پربرپزشکی، بیمه پایه و تکمیلی سلامت و نظام پرداخت مورد بررسی و قانون گذاری واقع شده است. روح کلی و چهارچوب فصل سلامت لایحه برنامه هفتم توسعه بر پایه بازارگرایی و افزایش هزینه‌های نظام سلامت گذاشته شده است. این روح در مواد مختلف فصل سلامت لایحه مذکور نظیر بیمه تکمیلی حمایتی با هدف مصرف‌گرایی، واقعی کردن تعرفه‌ها و ایجاد رقابت که با توجه به ویژگی‌های بازار ناقص سلامت باعث افزایش هزینه‌ها می‌شود و خصوصی سازی آموزش پزشکی با عنوان مردمی سازی مستتر است. افزایش هزینه‌های سلامت از طرفی بیمه‌های پایه را دچار مشکل کرده و باعث محدود شدن پوشش جمعیتی، هزینه‌های و خدمات بیمه پایه می‌شود. از طرفی دیگر افرادی که تحت پوشش بیمه پایه نیستند و حتی افرادی که بیمه تکمیلی ندارند، دچار هزینه‌های کم‌رشدن شده و فقر گریبانگیر آنان می‌شود. با این تفاسیر به‌طور قطع بازارگرایی در نظام سلامت ایران، نتایجی فاجعه‌بارتر از نتایج نظام سلامت ایالات متحده آمریکا برای طبقه متوسط و ضعیف مردم خواهد داشت. یکی از عمده‌ترین ایراداتی که می‌توان به این فصل گرفت، بار مالی و هزینه‌ای بسیار زیاد برای دولت و نظام سلامت کشور است. جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، افزایش ظرفیت و تامین زیرساخت‌های آن، پوشش همگانی و اجباری بیمه پایه سلامت و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه، بیمه تکمیلی حمایتی، نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی و واقعی کردن تعرفه‌ها جزء مواردی است که بار مالی برای دولت داشته و هزینه‌های بسیاری را متحمل نظام سلامت کشورمان می‌کند. اجرای این مواد از لایحه مذکور نیازمند تامین اعتبار کافی، پایدار و به‌موقع است.

هدف گذاری برنامه‌های توسعه باید بر اساس امکانات و شواهد باشد تا در بازه زمانی برنامه، به آن دست یافت. دستیابی به صادرات سالانه بیش از دو میلیارد یورو دارو و واکنس و صادرات بیش از یک میلیارد یورو تجهیزات با توجه به امکانات کشور و میزان صادرات دارو، واکنس و تجهیزات پزشکی در سال‌های گذشته، دور از دسترس بوده و عدم دستیابی به آن قابل پیش‌بینی است. لایحه برنامه هفتم توسعه دارای ابهامات، ایرادات و مشکلات بسیاری است که عدم اصلاح آن، سرنوشتی مشابه سرنوشت برنامه‌های توسعه سال‌های گذشته را برای برنامه هفتم توسعه رقم خواهد زد. در ادامه به بررسی جزئیات فصل سلامت لایحه برنامه هفتم توسعه و نقد و بررسی ابهامات و ایرادات برنامه مذکور خواهیم پرداخت. موارد بررسی شده به ترتیب مواد مربوطه به این شرح است:

۱۱ نکته از نظام سلامت برنامه هفتم

۱ ماده ۱۸۱: به الزامات یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت بپردازید
تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت به منظور تجمیع خطری، افزایش قدرت خرید و چانه‌زنی و... اقدامی لازم است، با این حال این مهم ملزوماتی دارد که بدون توجه به آن، تجمیع امکان پذیر نیست. از مهم‌ترین ملزومات تجمیع صندوق‌ها می‌توان به یکسان‌سازی حق بیمه و سهم مشارکت صندوق‌ها، پرداخت بدهی بیمه‌ها و یکپارچه کردن سامانه نسخه الکترونیک اشاره کرد. با توجه به مشکلاتی که یکپارچه‌سازی و تجمیع صندوق‌های درمانی بیمه‌ها به منظور ایجاد بیمه سلامت واحد وجود داشته و همچنین مقاومت بازرگانان این حوزه، اجرای ملزومات مذکور در دوران برنامه هفتم توسعه حیاتی به نظر می‌رسد.

تبصره ۳ ماده ۱۸۱: باز زمانی برای اعلام قواعد و سامانه‌ای کردن قیمت گذاری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص نشده است.

۲ ماده ۱۸۲: سازوکار اجرای قانون تمام‌وقتی پزشکان و جبران محرومیت از فعالیت در بخش خصوصی شفاف شود
با توجه به تکرار موضوع تمام‌وقتی پزشکان شاغل در بخش دولتی در تبصره ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و بندب ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه و عدم اجرای کامل آن در این مدت، ضروری است تا اولاً وزارت بهداشت ملزم به تعیین تعرفه خاص و اصلاح نظام پرداخت در سال اول اجرای برنامه شده و ثانیاً قسمت مشخص و پایدار از بودجه و درآمد‌های وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای این امر پیش‌بینی شود.

۳ ماده ۱۸۵: باید از تخلف در سند سطح‌بندی جلوگیری به عمل آید
با توجه به تجربیات و موارد مشابه در گذشته، احتمال تخلف از مفاد این ماده زیاد است. لذا پیشنهاد می‌شود ضمانت اجرای آن از طرق مختلف تامین شود؛ همچون انتشار عمومی نظام سطح‌بندی و نیز تمامی امکانات تخصیصی و بیان انطباق آن با نظام مذکور و برخورد با مسئولان متخلف از طریق مفاد قانون رسیدگی به تخلفات اداری.

۴ ماده ۱۸۸: درآمدهای پیش‌بینی شده از صادرات و جذب دانشجوی خارجی دور از دسترس است
با توجه به گزارش‌های سازمان غذا و دارو، ارزش صادرات دارو در سال ۱۳۹۷، ۱۵۰ میلیون دلار و در سال ۱۴۰۰، ۶۰ میلیون دلار بوده است. همچنین میزان صادرات تجهیزات پزشکی در سال ۱۳۹۸، ۲۴ میلیون دلار و در سال ۱۴۰۰، ۲۰ میلیون دلار بوده است. لذا با توجه به کیفیت پایین‌تر بسیاری از داروهای تولید داخل در مقایسه با نمونه خارجی و جذاب نبودن صادرات برای شرکت‌های دارویی، دستیابی به صادرات سالانه بیش از دو میلیارد یورو دارو و واکنس و صادرات سالانه بیش از یک میلیارد یورو تجهیزات پزشکی دور از دسترس بوده و لازم است مشوق‌هایی برای شرکت‌های دارویی در جهت صادرات (با رعایت اولویت تامین نیاز داخل) در برنامه تعبیه شود.

همچنین با توجه به آمارهای معاونت آموزشی وزارت بهداشت مبنی بر تحصیل شش‌هزار دانشجوی خارجی در رشته‌های علوم پزشکی و با در نظر گرفتن افزایش ظرفیت این رشته‌ها و عدم تخصیص اعتبار کافی به این موضوع، جذب سالانه بیش از ۲۰ هزار دانشجوی خارجی مغایر با بند ۹ سیاست‌های کلی قانون گذاری مبنی بر «قابل اجرا بودن قانون» به نظر می‌رسد.

۵ ماده ۱۹۰: نحوه پایش عملکرد در موضوع افزایش ظرفیت مشخص شود
با توجه به ابهامات فراوان در خصوص کارایی و اثربخشی سیاست افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی در دستیابی به اهدافی نظیر «افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت» و بار مالی بسیار زیاد این موضوع، پیشنهاد می‌شود به جای تعیین شاخص کمی در قانون، وزارت بهداشت ملزم به نیازسنجی ظرفیت موردنیاز رشته‌های مذکور در این ماده بر اساس اهداف نظام سلامت و مبتنی بر شواهد علمی شده و به صورت سالیانه برآورد تحقق این اهداف را تعیین کرده تا میزان افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌ها در هر سال و زمان توقف این افزایش مشخص شود. همچنین در قسمت اخیر ماده با توجه به عدم وجود برخی رشته‌های حد واسط در نظام آموزش پزشکی کشور، لازم است نام رشته‌های مذکور ذکر شده تا از هرگونه ابهام و سوءتفسیر قانون جلوگیری شود.

۶ ماده ۱۹۱: تامین منبع مالی پایدار جزء جدایی‌ناپذیر بیمه سلامت است
با توجه به بار مالی هنگفت اجرای این ماده برای سازمان بیمه سلامت، لازم است منبع مالی پایدار برای آن در نظر گرفت. به علاوه موضوع دیگری که مغفول واقع می‌شود آن است که نباید به بیمه‌های پایه، بالخصوص سازمان بیمه سلامت، به چشم یک سازمان حمایتی نگریست که در صورت عدم پرداخت حق بیمه (از سمت دولت یا شخص) همچنان ملزم به تداوم پوشش بیمه‌ای باشد.

۷ ماده ۱۹۲: تقویت بیمه‌های تکمیلی با وجود ضعف‌های بسیار در بیمه پایه بی‌معنا و اشتباه است
با توجه به ضعف بسیار زیاد پوشش بیمه‌های پایه (در شمول و سطح خدمت)، رفع این ضعف‌ها اهمیت بیشتری از تقویت بیمه‌های تکمیلی دارد. کیفیت بسته خدمات بیمه‌های پایه کشور پایین بوده و پوشش هزینه‌ای این سازمان‌ها نیز ضعیف است. لذا گرایش به سمت تقویت بیمه‌های تکمیلی به جای بیمه‌های پایه موجب تضعیف عدالت در سلامت خواهد شد. همچنین ارائه بیمه تکمیلی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مصداق بارز تعارض منافع است.

۸ ماده ۱۹۳: تغییر در شیوه پرداخت باید در نظر گرفتن ملاحظات آن صورت گیرد
لازم است هدف قانون گذار از تغییر شیوه پرداخت «به‌زای خدمت (FFS)» به «بسته خدمت (DRG)» ذکر شود. پیاده‌سازی این شیوه تعرفه گذاری وابستگی زیادی به پیروی از راهنماهای بالینی دارد که در شرایط فعلی و با توجه به ضعف موجود در تدوین راهنماهای بالینی و عدم اجرای آن توسط بیمه‌ها مقدور نیست. لذا ضروری است تا وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت ملزم به تعیین سازوکار تدوین و اجرای کامل راهنماهای بالینی شوند. همچنین لازم است وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت پیچیدگی‌های فراوان تنظیم بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی را در نظر گرفته و ملزم به طراحی متفاوت بسته‌های مذکور نسبت به نظام پرداخت خدمات شایع (گلوبال) - که موجب زیان دهی برخی مراکز درمانی شده است- شوند.

۹ ماده ۱۹۴: الزام بیمه‌ها به عقد قرارداد با تمامی ارائه‌دهندگان خدمت، سیاستی اشتباه است
بر اساس اصول خرید راهبردی، بیمه‌ها باید چهارچوب و استانداردهایی را به منظور اعتبارسنجی واحدهای ارائه خدمت جهت عقد قرارداد با آنان داشته باشند. الزام بیمه‌ها به عقد قرارداد با تمامی ارائه‌دهندگان خدمت علاوه بر ایجاد تقاضای القایی، باعث تحمیل هزینه‌ای سنگین و غیرضروری به آنها خواهد شد. به جای اتخاذ این رویکرد که به ضرر بیمه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمت خواهد بود، در صورتی که معوقات بیمه‌ها پرداخت شده و دیرکردی در پرداخت وجود نداشته باشند، ارائه‌دهندگان خدمات، خود را با استانداردهای بیمه وفق داده و جهت عقد قرارداد با بیمه‌ها تلاش خواهند کرد؛ زیرا هر دو طرف دارای حق انحصاری هستند.

۱۰ ماده ۱۹۶: تدوین بسته خدمات بهداشتی درمانی با روش‌های علمی صورت گیرد
تعیین بسته خدمات بهداشتی درمانی، مستلزم نیازسنجی اصولی و مداوم است. همچنین باید معیاری جهت ورود و خروج خدمات از بسته مذکور در نظر گرفت. به علاوه بسته خدمات سلامت نباید برای همگان یکسان باشد، بلکه می‌بایست برای گروه‌های مختلف سنی، جنسی، شغلی، جغرافیایی و... متفاوت باشد. لذا پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت ملزم به نیازسنجی مداوم، طراحی سازوکار تعیین بسته خدمات و معیارهای ورود و خروج خدمات به بسته مذکور شود. لازم به ذکر است در صدر ماده و جهت بیان دستگاه مکلف، شورای عالی بیمه سلامت به اشتباه ذیل وزارت بهداشت در نظر گرفته شده است.

تبصره ۱ ماده ۱۹۶: در نظر گرفتن سقف پرداختی بیمار اقدامی مؤثر در جهت عدالت در پرداخت است، اما این امر دارای بار مالی برای بیمه‌هاست و منابع آن باید در نظر گرفته شود. تعیین سقف پرداخت توسط بیمار و پرداخت مابقی هزینه‌ها توسط دولت می‌تواند باعث بروز تقاضای القایی شود. یکی از راهکارهای نظارت و جلوگیری از این امر، اجرای کامل راهنماهای بالینی است.

تبصره ۳ ماده ۱۹۶: با توجه به تغییر قانون دائمی در این تبصره، توصیه می‌شود موضوع مورد اشاره در قالب اصلاح ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت بیان شود.

۱۱ ماده ۱۹۸: هزینه‌های واقعی شدن تعرفه‌ها در نظر گرفته شود
هرچند واقعی شدن تعرفه‌های خدمات در قوانین متعددی از جمله ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور بیان شده است، با این حال تاکید مجدد بر اجرای این امر با سازوکار جدید پیش‌بینی شده و بدون تعیین محل تامین منابع آن دارای اشکال به نظر می‌رسد.

انا لله و انا الیه راجعون
خبر درگذشت استاد گلزاده بخارایی، سراینده نامدار و عضو اتاق نویسندگان تاجیکستان موجب تأثر و تأسف فراوان گردید. اینجانب فقدان این گل بوستان ادب فارسی را به همه فارسی‌زبانان و از جمله به پارسی‌گویان آسیای میانه و به ویژه به مردم شریف بخارا تسلیت عرض نموده و از درگاه خداوند متعال برای آن مرحوم رحمت واسعه الهی و برای بازماندگان صبر جمیل و اجر جزیل مسألت دارم.
علی اکبر ولایتی