

نگاه

خطرات سهم بالای پرداخت مستقیم در نظام سلامت

مهدي باسقا - دانشجوی دکترای اقتصاد سلامت

● تامین مالی یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در نظام سلامت بوده و روش‌های مختلف آن، نقش مهمی در میزان، توزیع و نحوه دسترسی جامعه به مجموعه‌ای از خدمات بهداشتی و درمانی لازم در قیمت‌های عادلانه خواهد داشت. ابزارهای متنوعی برای تامین منابع مالی در نظام‌های سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند که عبارت‌ند از: مالیات عمومی، مشارکت اجباری در تامین اجتماعی، مشارکت اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت، پرداخت مستقیم از جیب و همچنین موقوفات و کمک‌های اهدایی (گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰) که سهم نسبی هرکدام از این روش‌ها، نقش مهمی در دسترسی، عدالت و پایداری خدمات در نظام سلامت ایفا می‌کنند؛ موضوعی که در میان صاحب‌نظران از توافق قابل‌توجهی برخوردار است اینکه تامین مالی سلامت باید با توجه به سازوکارهایی صورت گیرد که ارتباط مالی میان ارائه‌کنندگان خدمات با دریافت‌کنندگان آن، در حداقل باشد. چراکه در این حالت، می‌توان به تعادل مطلوبی از کارایی و عدالت نایل شد. آخرین و نامطلوب‌ترین روش تامین مالیی که در اینجا مورد توجه قرار گرفته، «پرداخت مستقیم از جیب» (Out of pocket)، می‌باشد که در آن افراد مستقیماً پرداخت‌های لازم برای بخش سلامت را خود تقبل می‌کنند بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی این بخش از منابع بخش سلامت در حال کاهش می‌باشد؛ چراکه این روش آثار مخربی بر افراد جامعه (به‌ویژه افراد کم‌درآمد) و در نهایت سرمایه‌انسانی خواهد داشت. بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۱۵۰ میلیون‌نفر در جهان به دلیل هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با مشکلات مالی شدید مواجه می‌شوند که از این تعداد، صدمیلیون نفر به زیر خط فقر سقوط می‌کنند. آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشانگر آن است که بخش عمومی مهم‌ترین منبع تامین مالی بخش سلامت در جهان به شمار می‌رود. به علاوه هزینه‌های عمومی‌صورت‌گرفته توسط دولت در اسور مربوط به بهداشت و درمان در کشورهای توسعه‌یافته و با درآمد بالا سهم بیشتری نسبت به سایر روش‌های تامین مالی را تشکیل داده است. نزدیک به ۲۸درصد کل هزینه‌های صورت‌گرفته در بخش سلامت توسط دولت و از طریق مالیات تامین شده است. این رقم در کشورهای در حال توسعه، اندکی پایین‌تر می‌باشد. آمارهای سازمان بهداشت جهانی حکایت از نقش ۲۶درصدی تامین اجتماعی در جمع‌آوری منابع مالی برای بخش سلامت در جهان دارد. در سال ۲۰۰۹ بیش از ۱۸ درصد منابع از طریق بیمه‌های خصوصی و ۱۷ درصد نیز از طریق پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد تامین شده است. مقایسه کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافت‌ن نشان می‌دهد توسعه نظام بیمه، تامین اجتماعی و بیمه‌های خصوصی در کشورهای توسعه‌یافته نقش قابل‌توجهی در تامین منابع بخش سلامت داشته‌اند؛ در سوی مقابل، کشورهای در حال توسعه که از این سازوکار تا حدود زیادی محروم هستند، پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد را به‌عنوان مهم‌ترین منبع تامین مالی سلامت مورد استفاده قرار داده‌اند. روند تغییرات منابع پنجگانه تامین مالی در نظام سلامت نشان می‌دهد که کشورهای مختلف سعی در کاهش سهم افراد از کل هزینه‌ها داشته و در کشورهای که نظام بیمه از پوشش و جایگاه مناسبی برخوردار است، این وظیفه بر عهده این صنعت گذاشته شده است. در سایر کشورها نیز دولت سعی در افزایش نقش خود در بازارهای سلامت داشته و مشاهده می‌شود که حتی در کشورهای در حال توسعه نیز پرداخت‌های مستقیم افراد از جیب از ۴۲/۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۵/۲ کاهش یافته و در مقابل سهم تامین اجتماعی افزایش یافته است. موضوع چالش‌برانگیز، سهم پرداخت مستقیم افراد برای خرید کالاها و خدمات سلامت است؛ هرچه انکای نظام سلامت به منبع جذب‌شده از طریق «پرداخت از جیب» افراد بیشتر باشد، علاوه بر اینکه پایداری نظام سلامت به شدت تهدید می‌شود، بروز هزینه‌های کم‌رشدن به هنگام بیماری برای افراد را نیز به دنبال خواهد داشت. به‌علاوه تصمیم‌گیری درباره سطح سرمایه سلامت جامعه نیز به «افراد» بستگی خواهد داشت. به عبارت دیگر افراد تا زمانی که دچار بیماری نشده باشند، هزینه لازم برای نگهداشتن سطح سلامت خود در حد پهنه را نداشته و سرمایه‌گذاری لازم برای تامین سطح سرمایه سلامت مطلوب را انجام نخواهند داد. به‌علاوه همان‌گونه که بیان شد، با توجه به نامناسب‌بودن وضعیت بیمه‌های اجتماعی و خصوصی در کشورهای در حال توسعه، شیوع بیماری‌های مختلف و با تغییر بار بیماری‌ها منجر به افزایش هزینه‌های درمانی شده و در صورتی که پشتوانه بیمایی در جامعه وجود نداشته باشد، منجر به بروز هزینه‌های کم‌رشدن و در نهایت افزایش فقر خواهد شد. از این رو کشورهای مختلف همواره سعی در کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم افراد در بخش سلامت داشته‌اند. کشورهای منطقه نیز سیاست کاهش آثکا به منابع مستقیم در نظام تامین مالی سلامت را در دستور کار خود قرار داده و سهم پرداخت‌های مستقیم را از ۳۵درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۱درصد در سال ۲۰۰۹ کاهش داده‌اند. متأسفانه ایران بالاترین میزان از پرداخت از جیب در کشورهای منطقه را داشته و نزدیک به ۵۹درصد کل هزینه‌های سلامت جامعه به‌طور مستقیم بر افراد تحمیل شده است. این موضوع نشان‌دهنده وضعیت قابل‌امل در بحث عدالت مالی در نظام سلامت ایران و ضعف آن در تامین هزینه‌های مربوطه از روش‌های غیرمستقیم می‌باشد که از پایداری و اطمینان‌بخشتری برخوردار هستند. تامین مالی در حوزه سلامت از اهمیت بیشتری نسبت به سایر بخش‌های اقتصادی برخوردار است و غفلت از روش‌های علمی و عدالت‌محور در این حوزه منجر به تهدید سلامت نیروی انسانی و آسیب‌پذیری رشد و توسعه بلندمدت اقتصادی خواهد شد.

سال‌هاست که مسوولان وزارت علوم با ارایه آماری از پیشرفت قابل‌توجه ایران در ارسال مقالات علمی به پایگاه علمی ISI و سایر پایگاه‌های علمی و سهم بالای تولید علم در جهان خبر می‌دهند. گرچه تعداد مقالات ایران در پایگاه‌های علمی افزایش قابل‌توجهی داشته است و باعث بهبود وضعیت ایران در تعداد مقالات ارسالی شده است اما اشاره و مانور بر این موضوع تحت عنوان سهم بالای ایران در تولید علم جهان نه‌تنها واقعیت ندارد، بلکه اشاره به بخش اندکی از واقعیت است. به‌طوری‌که بررسی‌های «شرق» نشان می‌دهد، کشور ایران از پنج شاخص عمده در سنجش تولید علم تنها در زمینه ارسال مقالات پیشرفت قابل‌توجهی داشته است و در سایر شاخص‌ها همچون رتبه کشور در میزان ارجاع به مقالات، سهم تولیدات علمی در مقایسه با سایر تولیدات، نسبت تولیدعلم به تولید ناخالص ملی و تعداد محققان به ازای یک‌میلیون نفر از موقعیت مناسبی برخوردار نیست. هم‌اکنون براساس آخرین اطلاعات ارایه‌شده از سوی سرپرست پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) وایسته و وزارت علوم، آمار تولیدات علمی تا یک‌مادهمون پیش یعنی ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۲ نشان می‌داد که ایران از اول سال میلادی تا این بازه زمانی برابر با ششم می ۲۰۱۳ در پایگاه استنادی اسکوپوس با تولید ۱۱هزار و ۷۰۳ مقاله همچنان رتبه ۱۶ را حفظ کرده و درپایگاه ISI با تولید شش‌هزار و ۴۴۲ مقاله در جایگاه ۱۸ تولید علم جهان قرار دارد.

چشم‌پوشی وزارت علوم از سایر شاخص‌های تولید علم

بررسی‌ها نشان می‌دهد رتبه بالای ایران در زمینه ارسال مقالات علمی، گواه بر ادعای وزارت علوم در افزایش سهم ایران در تولید علم جهان نیست و بیش از آنکه دارای جنبه‌های کیفی باشد، دارای جنبه‌های کمی است. به‌طوری‌که در حال حاضر رتبه ایران براساس آخرین اطلاعات ارایه‌شده از سوی وزارت علوم در پایگاه علمی ISI، ۱۸ است. اما نکته‌ای که از سوی مسوولان وزارت علوم به آن اشاره نمی‌شود، رتبه ایران در ارجاع به مقالات علمی در این پایگاه است. براساس بررسی صورت گرفته در روزنامه «شرق» و اطلاعات موجود در پایگاه علمی ISI، جایگاه ایران در زمینه ارجاع‌دانشمندان جهان به مقالات ایرانی در رتبه ۲۶ دنیا و در جایگاه‌های پایین‌تر از کشورهای همچون رژیم‌اشا،گرنرقدس، سنگاپور، آفریقای جنوبی، عربستان سعودی، مصر و ترکیه است. (شرق کامل در جدول شماره یک) البته مطرح کردن تنها بخشی از واقعیت از سوی وزارت علوم تنها به اینجانبیز ختم نمی‌شود. هم‌اکنون معیارهای مختلفی برای تولید علم یک کشور مطرح می‌شود. براساس معیارهای شناخته‌شده در دنیا که هرساله در برنامه توسعه انسانی سازمان ملل متحد نیز به آن اشاره می‌شود، معیارهایی نظیر: تعداد مقالات ارسالی به پایگاه‌های علمی، تعداد ارجاع به مقالات، تعداد محققان هر کشور به ازای هر یک‌میلیون نفر، درصد تولید علم هر کشور از کل تولیدات، میزان تولید ناخالص ملی به ازای هر نفر، نسبت تولید علم به تولید ناخالص داخلی و سهم رشته‌های فنی،

فاطمه جمال‌پور: بعد از ورود روحانیون به دانشگاه‌ها، مدارس، مهدهای کودک و... حال نوبت به کمپهای ترک اعتیاد است. «احسان رنجبر»، مدیر موسسه آوای زندگی پاک از برگزاری هماهشی تحت عنوان نقش مبلغان دینی در پیشگیری و درمان اعتیاد در قم خبر داده که قرار است در راستای حضور تأثیرگذار گروه‌های تبلیغی در کمپ‌های ترک اعتیاد و به مناسبت هفته مبارزه با مواد مخدر به مبلغان دینی آموزش داده شود و رای مددکاری اجتماعی بر تن کنند. این در حالی است که «لایلا ارشد»، مددکار اجتماعی به‌شرق، می‌گوید: «مددکاری اجتماعی کاری تخصصی است و باید به مددکاران اجتماعی سپرده شود و دیگر وقت آنکه برخی افراد بر همه علوم مسلط باشند، گذشته است و مداخله در کار مددکاران اجتماعی آسیب‌های جدی به مردم وارد می‌کند. در زمینه نحوه ورود و تأثیرگذاری مبلغان مذهبی و روحانیون در فرآیند پیشگیری و درمان اعتیاد با رنجبر، گفت‌وگو کرده‌ایم که مشروح آن را در ادامه می‌خوانید:

■ فعالیت‌های روحانیون در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد به چه صورت انجام می‌شود؟

مبلغانی که دوست دارند در کنار مباحث تبلیغی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد فعالیت کنند را آموزش می‌دهیم. در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد این برنامه با همکاری سازمان بهزیستی استان قم و تهران انجام می‌شود. روحانیون مبلغ، جلسات پرسش و پاسخ را در کمپ‌های ترک اعتیاد برگزار می‌کنند. **این مبلغان چه آموزش‌هایی می‌بینند و در زمان ورود به کمپ‌ها چه کارهایی انجام می‌دهند؟**

سرفصل‌هایی که آموزش می‌دهیم شامل امید،

مهندسی از کل رشته‌های تحصیلی از جمله معیارهای اصلی در سنجش تولید علم هر کشور است. بررسی‌های صورت‌گرفته در روزنامه «شرق» براساس آخرین گزارش توسعه انسانی برنامه

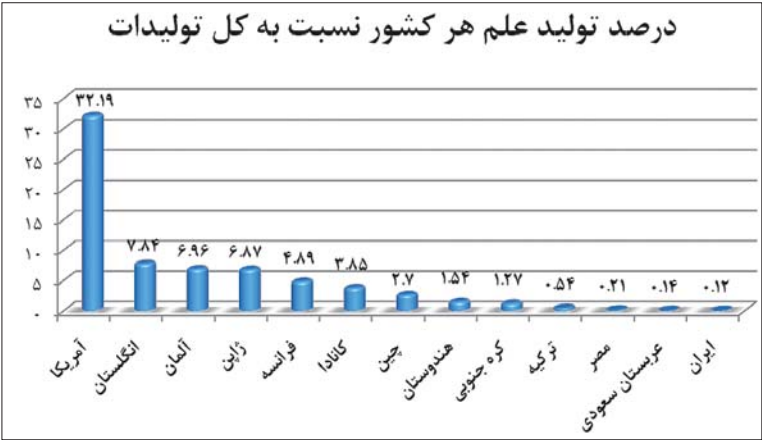
کشور	رتبه تولید علم	تعداد مقالات	سهم مقالات بر ارجاع(%)	رتبه بر ارجاع‌ترین
آمریکا	۱	۳۱۱۹۷۵	۱/۱۹	۱۵
چین	۲	۱۵۹۱۲۱	۵/۵۶	۳۵
انگلستان	۳	۸۶۵۴۴	۱/۴۴	۶
آلمان	۴	۸۳۲۱۶	۱/۲۱	۱۳
ژاپن	۵	۶۶۸۲۵	۵/۵	۳۲
فرانسه	۶	۵۷۳۲۵	۵/۹۹	۲۱
کانادا	۷	۵۱۱۵۷	۱/۵۹	۱۸
ایتالیا	۸	۴۸۳۵۳	۱/۱	۱۷
اسپانیا	۹	۴۴۹۳۵	۱/۵۱	۱۹
کره‌جنوبی	۱۵	۴۱۷۷۵	۵/۵	۳۳
هند	۱۱	۴۵۹۱۲	۵/۳۷	۳۸
استرالیا	۱۲	۴۵۹۵۱	۱/۲	۱۴
هلند	۱۳	۳۵۶۱۶	۱/۶۶	۳
برزیل	۱۴	۲۹۹۲۴	۵/۴۳	۳۷
تایوان	۱۵	۲۳۵۹۲	۵/۶۴	۲۹
روسیه	۱۶	۲۲۳۴۵	۵/۵۲	۳۱
سوئیس	۱۷	۲۱۷۹۶	۱/۹۱	۱
ایران	۱۸	۲۵۵۶۵	۵/۴۴	۳۶
سوئد	۱۹	۱۹۴۲۱	۱/۲۲	۱۲
ترکیه	۲۵	۱۹۳۹۶	۵/۴۷	۳۴
لهستان	۲۱	۱۷۶۵۲	۵/۷۹	۲۶
بلژیک	۲۲	۱۶۴۴۲	۱/۶۳	۴
دانمارک	۲۳	۱۲۳۷۶	۱/۷۷	۲
اتریش	۲۴	۱۱۱۳۲	۱/۵۲	۵
اسراییل	۲۵	۱۵۸۴۴	۱/۳	۱۵
پرتغال	۲۶	۱۵۵۶۸	۵/۶۸	۲۸
نروژ	۲۷	۹۴۵۶	۱/۳۳	۸
فنلاند	۲۸	۹۳۶۸	۱/۲۸	۱۱
سنگاپور	۲۹	۹۳۴۷	۱/۵۱	۲۵
مکزیک	۳۵	۹۳۵۴	۵/۷	۲۷
یونان	۳۱	۹۲۸۱	۱/۱۳	۱۶
جمهوری چک	۳۲	۸۴۵۵	۱/۳۲	۹
آفریقای جنوبی	۳۳	۷۶۲۵	۱/۴۴	۷
نیوزیلند	۳۴	۷۳۱۴	۵/۹۸	۲۲
مالزی	۳۵	۷۵۰۷	۵/۳	۳۹
آرژانتین	۳۶	۶۸۶۶	۵/۹۴	۳۳
ایرلند	۳۷	۶۲۳۸	۵/۹۱	۲۴
عربستان سعودی	۳۸	۶۲۵۳	۵/۸۹	۲۵
مصر	۳۹	۵۹۱۱	۵/۴۶	۳

جامعه

بررسی «شرق» از «رتبه علمی» ایران در جهان مشخص کرد

رتبه ۱۸ جهانی در «کمیت»، «۳۸ در «کیفیت»

محمدحسین نجاتی



نمودار شماره دو

اول تا سوم نیز نیست.
رتبه ایران در ارسال مقالات علمی

بررسی آماریهای تعداد مقالات ایران در پایگاه ISI از سال ۱۳۸۳ تا به امروز حکایت از افزایش ۱۵ برابری تعداد مقالات ISI در کشور داشته است. (نمودار شماره یک) همچنین جدیدترین آمارها از سال ۲۰۰۶ تا به‌امروز نشان می‌دهد، کشور ایران هر سال دو تا پنج‌هزار مقاله در هر سال بیشتر از سال قبل به این پایگاه علمی ارسال کرده‌است. همچنین سرپرست پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) هفته گذشته اعلام کرد: آمار تولیدات علمی تا یک ماه و نیم پیش یعنی ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۲ نشان می‌داد که ایران از اول سال میلادی تا این بازه زمانی برابر با ششم می ۲۰۱۳ در پایگاه استنادی اسکوپوس با تولید ۱۱هزار و ۷۰۳ مقاله همچنان رتبه ۱۶ را حفظ کرده و در پایگاه ISI با تولید شش‌هزار و ۴۴۲ مقاله در جایگاه ۱۸ تولید علم جهان قرار داشت. سرپرست پایگاه استنادی علوم جهان اسلام افزود: در تاریخ مذکور میزان تولیدات علمی ایران در اسکوپوس به ۱۴هزار و ۲۲۸ مقاله (۱/۶ سهم ایران از کل تولید علم جهان) بالغ شد که جایگاه خود را در مقام ۱۶ تولید علم جهان با این رتبه حفظ کرد.

رتبه ایران در ارجاع به مقالات علمی
کارشناسان نشریه معتبر نیچر، براساس آمار مقالات منتشرشده از ژانویه تا اکتبر ۲۰۱۲/ دی ۱۳۹۰ تا مهر ۱۳۹۱ برای کشورهای که بیش از شش‌هزار مقاله منتشر کرده‌اند، ۲۹ کشور جهان پیشرو در تولید علم را مرتب کرده‌اند. براساس اطلاعات مندرج در این نشریه معتبر جایگاه ایران درزمینه ارجاع به مقالات علمی در میان ۲۹ کشور مورد بررسی قرار گرفته ۲۶ است. (جدول شماره یک) به طوری‌که در منطقه خاورمیانه بررسی کیفیت مقالات تولیدشده در نشریه «نیچر» نشان‌دهنده آن است که در عربستان سعودی کیفیت مقالاتی بالاتر از ایران دارد. در حال حاضر سهم عربستان در پراجارج‌ترین مقالات جهان ۵/۸۹ درصد و سهم ایران نصف آن یعنی ۱/۴ درصد است. از نظر سهم ارجاع کشور ایران پس از رژیم اسرائیل (۱/۱۳ درصد)، عربستان سعودی (۵/۸۹ درصد)، ترکیه (۲/۴ درصد)، مصر (۲/۴ درصد) در جایگاه پنجم منطقه خاورمیانه قرار گرفته است.

درصد تولید علم ایران در مقایسه با کل تولیدات کشور
یکی از معیارهای سنجش تولید علم هر کشور که از سوی مجامع علمی معتبر در دنیا همواره به آن تأکید می‌شود، سهم تولید علم هر کشور از کل تولیدات آن است. براساس اطلاعات مندرج در گزارش توسعه انسانی برنامه توسعه ملل متحد در سال ۲۰۱۳، ایران در زمینه درصد تولید علم ایران در مقایسه با کل تولیدات کشور با ۰/۱۲ درصد در جایگاهی پایین‌تر از کشورهای همچون عربستان‌سعودی، ترکیه و مصر، قرار دارد. (نمودار شماره ۲) همچنین کشورهای همچون آمریکا ۳۲ درصد، انگلستان با ۷/۸ درصد، آلمان با ۶/۹ درصد، ژاپن با ۶/۸ درصد، فرانسه با ۶/۸ درصد پنج کشور اول دنیا در زمینه بیشترین سهم تولید علم از کل تولیدات هستند.

مددکاری، مددباری، جامعه‌شناسی، روانشناسی و... ورود پیدا کند. ما هم در حد بضاعتمان از استادان مربوطه در دوره‌های مختلف استفاده کرده‌ایم و در دو مرحله آموزش داده‌ایم. مرحله نخست ۲۰۰ نفر در زمینه پیشگیری آموزش دیدند. در مرحله دوم با کمک سازمان بهزیستی ۲۰۰ نفر برای اعزام به کمپ‌ها آموزش دیدند. در اثر اعزام به کمپ‌ها معنادان در حال بهبودی به اعتقادات مذهبی پایبند شده‌اند و به نماز و دعا گرایش پیدا کرده‌اند و سه سال است که معنادان بهبودیافته را به اردوی راهیان نور می‌بریم. هر سه‌شنبه در کمپ‌ها دعای توسل برگزار می‌کنیم و اگر هفته‌ای نرویم معنادان با ما تماس می‌گیرند و چندین بار صیغه عقد و عقدموقت را برای بهبود یافته‌ها جاری کردیم و مقدمات امن امر را برای افرادی که توانایی ازدواج نداشتند فراهم کردیم و من الان معناد بهبودیافته‌ای را سراغ دارم که نماز شب می‌خواند. در حال حاضر به خصوص در تهران برخی از معنادان بهبودیافته جذب عرفان‌های نوظهور می‌شوند، با مسیحی می‌شوند و من معناد بهبودیافته‌ای را سراغ دارم که مسیحی شده و به کلیسا می‌رود و عرفان‌های نوظهور آغوش باز کرده‌اند برای معنادان بهبودیافته و هدف ما این است که از این موضوع جلوگیری کنیم.

ما همایشی را در این هفته با حضور «آیت‌الله قرائتی» استاد مبلغان کشور و فرید براتی‌سده مدیر کل پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی برگزار کردیم که آیت‌الله قرائتی در این همایش جمله‌ای را گفتند که بسیاری از مبلغان را تکان داد. وی گفت: «ما باید توبه کنیم که تاکنون از معنادان و کمپ‌های ترک اعتیاد غافل بودیم»



مبلغان مذهبی به یاری کمپ‌های ترک اعتیاد می‌شتابند

روحانیون در قامت مددکاران اجتماعی

و آموزش تخصصی اعتیاد از سوی شورای هماهنگی سازمان تبلیغات اسلامی و سازمان بهزیستی ارایه می‌شود.

■ برخی معتقدند مددکاری فعالیتی تخصصی است و مددکاران برای انجام فعالیت‌هایشان آموزش‌های آکادمیک می‌بینند. با این اوصاف به نظر شما روحانیون می‌توانند نقش مددکاران را ایفا کنند؟

مسئما می‌توانند و نیاز است چرا که یک روحانی تنها نباید آیات و روایات بلد باشد و باید به زمینه‌های

خبر

رئیس سازمان میراث فرهنگی:

خبرنگاران هر چه می‌خواهند بنویسند من کار خودم را می‌کنم

● **فارس:** رئیس سازمان میراث‌فرهنگی و گردشگری درباره واگذاری امور در گردشگری، سرمایه‌گذاری و صنایع دستی به بخش خصوصی گفت: این واگذاری‌ها غیرقابل لغو است چون مصوبه دولت است. محمد شریف‌ملک‌زاده در همایش هم‌اندیشی فعالان و سرمایه‌گذاران میراث‌فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری که در محل هتل همای تهران برگزار شد، اظهار کرد: در این یک ماه باقیمانده صد کار دیگر هم انجام خواهیم داد. از بخش خصوصی هم خاضعانه و خالصانه می‌خواهم که دیگر حامی باشند. خبرنگاران هم هر چه دلشان می‌خواهد بنویسند من کار خودم را می‌کنم. وی افزود: ما چندین ماه است که در حوزه حقوقی و گردشگری کار کارشناسی در زمینه واگذاری امور سازمان میراث فرهنگی و گردشگری به بخش خصوصی انجام می‌دهیم. البته این واگذاری به این معنا نیست که کلاً امور واگذار شده است اینطور نیست چون اگر به تکلیف خودشان عمل نکنند این توفیق از آنها گرفته می‌شود و سازمان نظارت تخصصی خود را خواهد داشت. در تمام دنیا در حوزه اقتصاد گردشگری این بروزکرآسی‌های اداری ایران را ندارند. رئیس سازمان میراث فرهنگی و گردشگری گفت: می‌گویند ملک‌زاده «شو» اجرا می‌کند شو جایش جای دیگری است اینجا کار تخصصی است. من با کسی تعارف ندارم باید این محقق شود. این واگذاری‌ها غیرقابل لغو است چون مصوبه دولت است. ملک‌زاده از واگذاری صدور مجوز آژانس‌های گردشگری در روز یکشنبه ۹ تیر و صدور مجوز تمام کارگاه‌های صنایع دستی در روز دوشنبه ۱۰ تیر به بخش خصوصی خبر داد و گفت: امور کارگاه‌های صنایع‌دستی به اتحادیه صنایع‌دستی واگذار می‌شود.

پزشک خانواده به دلیل کمبود بودجه در تهران اجرا نمی‌شود

● **مهر:** مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ضمن مخالفت با اجرای طرح پزشک خانواده در استان تهران گفت: این طرح به دلیل کمبود اعتبارات و همچنین مشخص نشدن نتیجه اجرای نسخه جدید در هشت استان کشور، در تهران اجرایی نخواهد شد. محمدباقر هاندان با بیان این مطلب افزود: بخلاف اجرای طرح پزشک خانواده در تهران هستیم و به دلیل کمبود اعتبارات، این طرح را اجرا نخواهیم کرد. وی با اشاره به اینکه برای اجرای طرح پزشک خانواده باید اعتبارات کافی تخصیص داده شود، گفت: به دلیل مشکلات اعتباری این طرح در تهران انجامی‌شود و کمبود اعتبارات را نیز به وزارت بهداشت اعلام کرده‌ایم. این درحالی است که طریقمتمفرد وزیر بهداشت از اجرای طرح پزشک خانواده از روز شنبه هشت تیر خبر داده و اعلام کرده بود که این طرح برای اجرا با مشکل اعتباری مواجه نیست.

افزایش ۴۶درصدی قیمت دارو

● **ایستنا:** مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران از افزایش ۴۶درصدی قیمت دارو خبر داد و گفت: سازمان بیمه سلامت تغییرات قیمت داروهایی که به تأیید وزارت بهداشت رسیده و به سازمان‌های بیمه‌گر اعلام شده را پذیرفته و تحت پوشش قرار می‌دهد. محمدباقر هاندان با بیان اینکه آخرین قیمت داروها هفته گذشته توسط وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌گر اعلام شده است، اظهار کرد: قیمت جدید داروها و اسامی آن‌های روی سایت سازمان قرار گرفته و داروخانه‌ها باید با مراجعه به سایت سازمان قیمت جدید را اعمال کنند، چراکه سازمان بیمه سلامت ایران این افزایش قیمت‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد.

حل مشکل دارو و بیمارستان‌های دولتی کار اورژانسی دولت یازدهم

● **فارس:** رضا ملک‌زاده، مشاور حجت‌الاسلام حسن روحانی در حوزه سلامت می‌گوید: اصلاح وضعیت دارو و بیمارستان‌های دولتی کار اورژانسی دولت آینده است. برنامه پزشک خانواده نیز از ابتدا اشتباه اجرا شده، به همین دلیل اعتبارات آن در جاهای دیگر خرج شد. متأسفانه در دولت‌های گذشته شبکه بهداشتی کشور تضعیف شد. رضا ملک‌زاده، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های ۶۹ تا ۷۲، فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد و متولد کازرون است. او احوال وزیرپزشان خوش را نزدیک به صفر دانست و گفت تمایلی ندارد وزیر بهداشت شود چون به قول خودش افراد بهتر از او هستند که او اسامی آنها را به رئیس‌جمهوری آینده پیشنهادده داده است. ملک‌زاده از نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده در دولت‌های گذشته و بی‌توجهی به توسعه شبکه بهداشت و خدمات پیشگیرانه نیز انتقاد کرد و برنامه اورژانسی دولت یازدهم را در حوزه سلامت، حل مشکل حد دارو و بیمارستان‌های دولتی دانست که به گفته او در مرز ورشکستگی هستند.

خبر خوان

● **ایسنا:**مدیرکل محیط‌زیست آذر با یجان غربی گفت: ۷۰درصد از مساحت آبی دریاچه ارومیه کاسته شده است.

● **فارس:** معاون بهداشتی وزیر بهداشت گفت: با همکاری وزارت کشور به برنامه سند ملی کاهش آسیب و درمان مصرف الکل در شورای اجتماعی کشور تصویب می‌شود.

● **ایلنا:**معاون محیط‌زیست دربابی سازمان

● **حفاظت محیط‌زیست گفت** نیاز آبی کشور از ۱۳۵میلیاردمترمکعب در سال به زودی به ۲۰۰میلیاردمترمکعبافزایش پیدا می‌کند.