

«تعادل» پیامدهای واگذاری بیمه بازنشستگان به بخش خصوصی را بررسی می کند

هزینه درمان بازنشستگان بالا رفت

آیا همه چیز را می توان خصوصی کرد؟ پرستاری و درمان بازنشستگان خط قرمز است

◀ **خصوصی سازی بدون بخش خصوصی واقعی**، فلسفه اصلی خصوصی سازی این بود که یک بخش خصوصی قدرتمند در اقتصاد شکل بگیرد؛ بخشی که بتواند سرمایه گذاری کند، بنگاه‌های بزرگ را اداره کند، در تولید رقابت کند و به تدریج از وابستگی به دولت فاصله بگیرد. اما در اقتصاد ایران، بخش خصوصی واقعی با محدودیت‌های جدی مواجه‌است. تورم مزمن، دشواری تأمین مالی، بی‌ثباتی نرخ ارز، محدودیت دسترسی به منابع بانکی و ناطلمینانی نسبت به آینده، توان سرمایه‌گذاری بلندمدت را کاهش داد.از سوی دیگر، تجربه برخی واگذاری‌های جنجالی، از جمله پرونده‌هایی مانند کشت و صنعت مغان و هیکو، برای بخش خصوصی پیام دیگری نیز داشته‌است؛ اینکه خرید یک بنگاه بزرگ پایان ماجرا نیست و مالک خصوصی ممکن است در آینده با مجموعه‌ای از مداخلات، اعتراض‌ها و تصمیمات سیاسی مواجه شود.

◀ **خصوصی سازی بدون امنیت مالکیت** خسرو پوربخش، کارشناس اقتصاد درمان در این باره به «تعادل» می‌گوید: وقتی بخش خصوصی اطمینان نداشته‌باشد که مالکیت و مدیریت بنگاه پس از واگذاری تثبیت می‌شود، طبیعی است که برای ورود به چنین معاملاتی احتیاط کند. به بیان دیگر، خصوصی سازی بدون امنیت مالکیت و بدون محیط کسب‌وکار باثبات، می‌تواند به جای ایجاد سرمایه‌گذاری جدید، صرفاً مالکیت دارایی‌های موجود را جابه‌جا کند. او می‌افزاید: نتیجه چنین فرایندی این است که دولت از یک سودمعی واگذاری است و از سوی دیگر بخش خصوصی واقعی همچنان سهم محدودی در اداره بنگاه‌های بزرگ دارد.

◀ **خصوصی سازی وقتی هزینه از دولت به مردم منتقل می‌شود** این کارشناس اقتصاد درمان تأکید می‌کند: یکی از مهم‌ترین نقدهای خصوصی سازی در ایران، محدود ماندن بحث به «مالکیت» است. در حالی که معیار اصلی باید اثر این سیاست بر رفاه عمومی باشد. اگر واگذاری یک خدمت باعث کاهش هزینه برای مردم، افزایش کیفیت و دسترسی بیشتر شود، می‌توان از یک

کلی‌ماندگار | خصوصی سازی قرار بود بپار دولت را کاهش بدهد و بخش خصوصی واقعی را به موتور رشد اقتصاد تبدیل کند، اما در عمل بخشی از واگذاری‌ها به نهادهای شبه‌دولتی و مجموعه‌های وابسته رسید و در حوزه‌هایی مانند درمان و بیمه، هزینه بیشتری بر دوش مردم گذاشت. در واقع خصوصی سازی به جای رفاه، تورم و کاهش خدمات را به مردم تحمیل کرد خصوصی سازی در ایران با یک وعده روشن آغاز شد؛ کوچک تر شدن دولت، افزایش بهره‌وری بنگاه‌ها، تقویت رقابت و میدان دادن به بخش خصوصی واقعی. اما مسیری که دور قرار بود اقتصاد ایران را از تصدی‌گری دولتی دور کند، در بسیاری از مقاطع واقع آن گونه که انتظار می‌رفت قدرت نگرفت، بلکه در مواردی واگذاری‌ها به مجموعه‌های شبه‌دولتی، نهادهای عمومی و بازگرا ن بر خوردار از قدرت و منابع بیشتر منتهی شد. ریشه‌های خصوصی سازی در ایران به اواخر دهه ۱۳۴۰ بازمی‌گردد. در برنامه اول توسعه و سپس در قوانین و تبصره‌های برنامه دوم توسعه و قوانین بودجه، زمینه واگذاری بخشی از سهام و فعالیت‌های دولتی فراهم شد. در سال‌های بعد نیز قوانین مختلفی برای واگذاری سهام دولتی به گروه‌هایی از جامعه و کاهش تصدی‌گری دولت تصویب شد. اما خصوصی سازی در دهه ۱۳۸۰ وارد مرحله متفاوتی شد. ابلاغ سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در سال ۱۳۸۴ و تصویب قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴، چارچوب تازه‌ای برای واگذاری فعالیت‌ها و بنگاه‌های دولتی ایجاد کرد. قرار بود این سیاست‌ها سهم دولت را کاهش بدهد و زمینه حضور گسترده‌تر بخش خصوصی واقعی را فراهم کند. در چنین شرایطی، مساله فقط نحوه واگذاری چند کارخانه و شرکت نیست، بلکه پرسش مهم‌تر این است که خصوصی سازی چه اثری بر زندگی مردم گذاشته‌است. آیا این سیاست توانسته هزینه‌های اقتصادی خوار را کاهش دهد؟ آیا کیفیت خدمات بهتر شده‌است؟ آیا رفاقت افزایش یافته یا در بسیاری از حوزه‌ها، مردم با هزینه‌های بالاتر و خدمات محدودتر مواجه شده‌اند؟

◀ **روی خط خبر**

توسعه دوربین‌های ترافیکی پایتخت

مدیرعامل شرکت کنترل ترافیک شهر تهران با تأکید بر ضرورت استفاده از فناوری‌های هوشمند برای مدیریت ترافیک پایتخت گفت: مدیریت ترافیک با ابزارهای انسانی دیگر امکان پذیر نیست و باید با توسعه سامانه‌های هوشمند، داده‌های ترافیکی را به‌منبایی برای تصمیم‌سازی مدیران شهری تبدیل کرد. اکبر احتشاری در گفت‌وگو با ایسنا با بیان اینکه مدیریت ترافیک دیگر با ابزارهای انسانی به‌تنهایی امکان‌پذیر نیست، اظهار کرد: با توجه به حجم ترافیک موجود در تهران، باید از ابزارهای هوشمند برای کمک در اختیار داریم برای مدیریت این وضعیت استفاده کنیم. وی افزود: در حال حاضر بخش قابل توجهی از

دستگیری ۷۳۰ مالخر در طرح سراسری پلیس آگاهی

معاون مبارزه باسرت پلیس آگاهی فراچاگ دستگیری ۷۳۰ مالخر در جریان اجرای طرح سراسری مقابله با مالخران و خریداران اموال مسروقه خبر داد. سرهنگ کامیار چهری در تشریح جزئیات این خبر اظهار داشت: در راستای مقابله هدفمند با خریداران اموال مسروقه و محدود کردن زمینه‌ها خریدوفروش اموال سرقتی، طرح سراسری مقابله با مالخران از اوایل مهرماه سال

جاری به مدت دو روز در استان‌های سراسر کشور به مرحله اجرا درآمدوی افزود: در جریان اجرای این طرح، ۷۳۰ نفر از مالخران دستگیر و ۹۳ فقره اموال مسروقه کشف شد؛ همچنین ماموران پلیس با هدف نظارت بر فعالیت واحدهای صنفی و مقابله با خریدوفروش اموال مشکوک، از ۲ هزار و ۲۶ واحد صنفی بازدید کردند و تعداد ۳۹۱ خطر پلمب نیز صادر شد. چهری با تأکید بر

مقایسه با سال گذشته ۳۰ درصد و نسبت به متوسط بلندمدت ۴ درصد بیشتر است. این حال، همچنان ۵۵ درصد ظرفیت مخازن سدهای کشور خالی است و به ویژه در حوزه آبخوان تهران و البرز، وضعیت سدهای لار، طالقان، لتیان و ماملو نسبت به متوسط ۱۰ اساله منفی و نگران کننده است. بر این اساس سد امیرکبیر با ۷۲ درصد پرشدگی ۲۱ درصد نسبت به متوسط ۱۰ اساله ذخیره بیشتری دارد. سد لار اما تنها ۴ درصد پرشدگی و درواقع ۹۶ درصد ظرفیت خالی در شرایط منفی ۲۲ درصد نسبت به متوسط ۱۰ اساله سیر می‌رد. سد طالقان هم نسبت به متوسط ۱۰ اساله ۳۳ درصد

با وجود افزایش ۳۰ درصدی ذخایر سدهای کشور نسبت به سال گذشته، هنوز ۵۵ درصد ظرفیت مخازن خالی است و وضعیت سدهای تهران و البرز، به‌ویژه سد لار، تنها ۴ درصد پرشدگی، نگران کننده است. ۱۹ ت مهر از آغاز سال آبی ۱۴۰۵-۱۴۰۶، کل ورودی آب به مخازن سدهای کشور ۰.۸۲ میلیارد متر مکعب بوده است؛ رقمی که بر اساس آمار رسمی رصد وضعیت سدها نسبت به دوره مشابه سال آبی گذشته ۶۲ درصد افزایش نشان می‌دهد، اما همچنان یک درصد کمتر از متوسط ۱۰ اساله است. حجم آب موجود در سدها نیز به ۲۳ میلیارد و ۳۱۰ میلیون متر مکعب رسیده که در

◀ **خبر روز**

۳۹ درصد جرایم سایبری کشور کلاهبرداری اینترنتی است

رییس پلیس فتا فراجا با اشاره به اینکه کلاهبرداری اینترنتی بیشترین سهم را از جرایم سایبری کشور به خود اختصاص داده، گفت: ۳۹ درصد جرایم سایبری مربوط به کلاهبرداری اینترنتی است و وقوع جرایم سایبری در نیمه نخست سال جاری در مقایسه با مدت مشابه سال گذشته، ۱۳ درصد کاهش داشته‌است. سردار مجید اظهار کرد: کلاهبرداری اینترنتی در رتبه نخست جرایم سایبری قرار دارد و پس از آن، برداشتهای اینترنتی و دسترسی غیرمجاز به داده‌ها و مزاحمت‌های اینترنتی از جمله جرم پرترکار هستند. رییس پلیس فتا فراجا همچنین بر ضرورت رعایت نکات امنیت سایبری و خریدهای اینترنتی تأکید کرد و گفت: شهروندان باید پیش از انجام خریدهای آنلاین، از معتبر بودن سایت‌ها اطمینان حاصل کنند و با شناخت کافی از پسترهای امن، از گرفتار شدن در دام کلاه‌بردان ران اینترنتی پیشگیری کنند.



مشکل از جایی آغاز می‌شود که خصوصی سازی به نسنخ‌های عمومی برای تمام حوزه‌های اقتصادی و اجتماعی تبدیل شود. در حوزه‌هایی مانند درمان، آموزش، امنیت اجتماعی و خدمات ضروری، دولت حتی در صورت استفاده از ظرفیت بخش خصوصی، همچنان مسوول نهایی سیاستگذاری و تضمین دسترسی عادلانه مردم به خدمات است. این مسوولیت را نمی‌توان با انعقاد قرارداد با یک شرکت خصوصی یا بیمه تجاری به دیگری منتقل کرد.

◀ **خصوصی سازی یا اجتماعی سازی هزینه‌ها؟** شاید مهم‌ترین پرسش امروز این باشد که چرا سیاستی که قرار بود کارایی اقتصادی ایجاد کند، در برخی حوزه‌ها به افزایش هزینه خوار منتهی شده است؟ وقتی دولت از یک سود به خدمات اختصاصی عقب می‌نشیند اما از سوی دیگر سازو کار رقابتی و بخش خصوصی واقعی را به اندازه کافی تقویت نمی‌کند، نتیجه می‌تواند نوعی «خصوصی سازی هزینه‌ها» باشد؛ یعنی هزینه‌ها از بودجه عمومی یا ساختارهای دولتی به شرکت‌ها، صندوق‌ها و نهات جیب مردم منتقل شود. در این وضعیت، مردم با افزایش قیمت خدمات، کاهش قدرت خرید و کاهش پوشش رفاهی مواجه می‌شوند، در حالی که هدف اولیه خصوصی سازی افزایش بهره‌وری و رفاه بود.

◀ **رویداد**

پیشگیری از خودکشی در کادر درمان تنها یک مساله فردی و بالینی نیست



زود هنگام افراد در معرض خطر و حمایت از کارکنان پس از بحران و هنگام بازگشت به کار را از جمله اقداماتی می‌دانند که باید در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد.

◀ **کمک‌خواهی**
نیاید به یک خطر شغلی تبدیل شود
به اعتقاد مشاور وزیر بهداشت، یکی از پرسش‌های اساسی در پیشگیری از خودکشی این نیست که «چرا فرد در خواست کمک نکرد؟» بلکه باید پرسید «یاد در خواست کمک برای او امن، محرمانه و امکان پذیر بوده است؟» این تغییر نگاه اهمیت زیادی دارد. اگر فرد احساس کند مراجعه برای دریافت خدمات روان‌شناختی ممکن است باعث قضاوت، پرسجپ خوردن یا ایجاد مشکل در مسیر شغلی او شود، حتی وجود خدمات تخصصی نمی‌تواند به معنای دسترسی واقعی باشد.

◀ **مسوولیت بر دوش کارکنان نیست**
در سال‌های اخیر، آموزش تاب‌آوری، خودمراقبتی و مهارت‌های مقابله‌ای یکی از محورهای مهم برنامه‌های سلامت روان بوده‌است. این آموزش‌ها می‌تواند برای کارکنان نظام سلامت مفید باشند، اما عیاسی‌نژاد نسبت به یک خطر مهم هشدار می‌دهد: اینکه تمام مسوولیت مقابله با فشارهای شغلی بر دوش خود فرد گذاشته شود. کارکنان می‌توانند مهارت‌های مقابله‌ای بیشتری بیاموزند و نشانه‌های خطر را زودتر شناسایی کنند، اما اگر

فشار کاری، کمبود نیروی انسانی، شیفت‌های سنگین یا خشونت در محیط کار همچنان وجود داشته باشد، نمی‌توان انتظار داشت آموزش فردی در مان این است که این افراد در مقایسه با بسیاری از گروه‌های شغلی، به محیط پزشکی و متخصصان سلامت دسترسی بیشتری دارند. با این حال، دسترسی فیزیکی به روان‌پزشک یا روان‌شناس الزاما به معنای استفاده از خدمات سلامت روان نیست. عباسی‌نژاد، منابع کمک‌خواهی را یکی از مسائل مهم در این زمینه می‌داند. نگرانی درباره محرمانه ماندن اطلاعات، ترس از قضاوت همکاران و حتی نگرانی درباره پیامدهای احتمالی مراجعه برای موقعیت حرفه‌ای، می‌تواند کارکنان را از دریافت کمک تخصصی بازدارد. در واقع ممکن است یک پزشک، پرستار یا سایر کارکنان درمانی بداند که برای دریافت کمک باید به متخصص سلامت روان مراجعه کند، اما

◀ **شناسایی زود هنگام: از بحران تا مداخله**
یکی دیگر از محورهای مهم در پیشگیری، شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر است. هرچه مداخله زودتر انجام شود، امکان حمایت و درمان نیز افزایش پیدا می‌کند. عباسی‌نژاد، ایجاد دسترسی سریع به ارز یابی و درمان در شرایط بحرانی، شناسایی

میزان تعهد دارد. پوربخش تأکید می‌کند: مساله اصلی نباید انتخاب یک شرکت بیمه بهتر یا بدتر باشد؛ مشکل عمیق‌تر از این است. وقتی دران بازنشته به قراردادهای تجاری و تغییر بیمانکاران وابسته می‌شود، اصل مساله فراموش می‌شود. دولت و صندوق‌های بازنشستگی باید تضمین کننده دسترسی بازنشسته به درمان مناسب باشند، نه اینکه فرد مانند رآمیان شرکت‌های بیمه و مفاد قراردادها سرگردان کنند. این کارشناس اقتصاد درمان می‌گوید: بیمه تکمیلی زمانی معنا دارد که برای پوشش نیازه‌های مازاد در بیمه پایه طراحی شود، نه اینکه به تدریج جای خالی تعهدات اصلی نظام درمان را پر کند. اگر پوشش پایه ضعیف شود و هزینه‌های جدید به بیمه‌های تکمیلی منتقل شود، در نهایت هزینه آن را خود بازنشسته پرداخت خواهد کرد.

◀ **بازنشستگان: قربانی دیگر انتقال هزینه**
این کارشناس اقتصاد درمان ادامه می‌دهد: یکی از حوزه‌هایی که آثار این روند بر مردم ملموس‌تر شده، درمان بازنشستگان است. بازنشسته‌ای که سال‌ها حق بیمه پرداخت کرده و دوران اشتغال خود را پشت سر گذاشته، انتظار دارد در دوران سالمندی از یک نظام درمانی قابل اتکا برخوردار باشد. اما آنچه در سال‌های گذشته مشاهده شده، تغییر مداوم شرک‌ت‌های بیمه، قراردادها، مناقصه‌ها، سقف تعهدات، فرانشیزها و افزایش هزینه‌های درمان بوده‌ است. او می‌افزاید: در چنین شرایطی، بازنشسته نه تنها با هزینه‌های مدیریت ترافیک محسوب می‌شوند و می‌توان از آنها در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مدیریت شبکه معیار استفاده کرد.

◀ **انتقاد از بیمه‌زین**
راه حل یا پاک کردن صورت مساله؟
خسرو پوربخش در رابطه با طرح جدید برای بیمه تکمیلی بازنشستگان که با نام «زین» شناخته می‌شود، اظهار می‌دارد: در چنین قضایی، طرح‌هایی مانند «بیمه‌زین» نیز با این پرسش مواجه هستند که آیا قرار است مشکل ساختاری درمان بازنشستگان راحل کنند یا صرفاً شاکاف ایجاد شده در پوشش‌های

خودکشی در کادر درمان را نمی‌توان تنها در چارچوب مشکلات فردی یا اختلالات روان‌پزشکی تحلیل کرد. کارکنان نظام سلامت در محیطی فعالیت می‌کنند که به‌طور مستمر با بیماری، درد، مرگ، بحران و مسوولیت‌های سنگین حرفه‌ای همراه است. در چنین شرایطی، فشارهای شغلی و سازمانی می‌توانند در کنار عوامل فردی، سلامت روان کارکنان را تحت تأثیر قرار بدهند. مریم عباسی‌نژاد، مشاور وزیر بهداشت در امور زنان و خانواده، با تأکید بر ضرورت تغییر نگاه به موضوع خودکشی در میان زنان کادر درمان، معتقد است پیشگیری از این مساله باید از سطح فرد فراتر برود و شرایط محیط کار و عوامل سازمانی نیز در آن مورد توجه قرار بگیرد. او می‌گوید: پس از وقوع خودکشی یا اقدام به خودکشی، معمولاً مرکز پر وضعیت روانی فرد، علت مراجعه نکردن او برای دریافت کمک یا میزان توانایی‌اش در تحمل فشارهای موجود، قرار می‌گیرد؛ در حالی که این پرسش‌ها به تنهایی نمی‌توانند تمام ابعاد مساله را توضیح دهند.

◀ **وقتی فشار محیط کار نادیده گرفته می‌شود**
به گفته عباسی‌نژاد، در بررسی خودکشی در میان کارکنان نظام سلامت، عوامل فردی همچنان اهمیت دارد، اما شرایط محیط کار نیز باید در کنار آنها بررسی شود. فشار کاری، ساعات طولانی کار، شیفت‌های متدد، کمبود نیروی انسانی، مواجهه مداوم با بیماری و مرگ و همچنین خشونت و آزار در محیط کار، از جمله عواملی هستند که می‌توانند سلامت روان کارکنان را تحت تأثیر قرار بدهند. این فشارها برای زنان کادر درمان می‌تواند ابعاد دیگری نیز پیدا کند. تعارض میان مسوولیت‌های حرفه‌ای و خانوادگی، یکی از موضوعاتی است که می‌تواند بار روانی و جسمی ناشی از کار افزایش بدهد. بنابر این، نمی‌توان شرایط روانی کارکنان را بدون توجه به محیطی که ساعت‌های طولانی از زندگی خود را در آن سپری می‌کنند، بررسی کرد. مساله اینجاست که پیشگیری نباید تنها به یک خطر محدود شود؛ در درد شناسایی و درمان شود؛ بلکه باید پرسید چه عواملی در محیط کار قابل اصلاح است و سازمان چگونه می‌تواند از شدت فشارهایی که بر کارکنان وارد می‌شود، کم کند.

◀ **دسترسی به روان‌شناس کافی نیست**
یکی از تناقض‌های مهم درباره سلامت روان کادر درمان این است که این افراد در مقایسه با بسیاری از گروه‌های شغلی، به محیط پزشکی و متخصصان سلامت دسترسی بیشتری دارند. با این حال، دسترسی فیزیکی به روان‌پزشک یا روان‌شناس الزاما به معنای استفاده از خدمات سلامت روان نیست. عباسی‌نژاد، منابع کمک‌خواهی را یکی از مسائل مهم در این زمینه می‌داند. نگرانی درباره محرمانه ماندن اطلاعات، ترس از قضاوت همکاران و حتی نگرانی درباره پیامدهای احتمالی مراجعه برای موقعیت حرفه‌ای، می‌تواند کارکنان را از دریافت کمک تخصصی بازدارد. در واقع ممکن است یک پزشک، پرستار یا سایر کارکنان درمانی بداند که برای دریافت کمک باید به متخصص سلامت روان مراجعه کند، اما

◀ **خبر کوتاه**

تخصیص ۲۹ آمبولانس جدید وزارت بهداشت به اورژانس کشور

معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان اورژانس کشور، ۲۹ دستگاه آمبولانس جدید تأمین شده از سوی وزارت بهداشت به اورژانس کشور خبر داد و گفت: از مجموع ۸۴ دستگاه آمبولانس تأمین شده از سوی وزارت بهداشت، ۲۹ دستگاه به اورژانس کشور اختصاص یافته است. رضا خراسان‌پور، معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان اورژانس کشور، در حاشیه این مراسم با اشاره به سهم اورژانس کشور از آمبولانس‌های تحویل گرفت: از مجموع ۸۴ دستگاه آمبولانس تأمین شده از سوی وزارت بهداشت، ۲۹ دستگاه به اورژانس کشور اختصاص یافته است. وی با تشریح دو مسیر اصلی تأمین و نوسازی ناوگان آمبولانس‌های اورژانس کشور اظهار کرد: نوسازی ناوگان آمبولانس‌های اورژانس کشور از دو طریق در حال انجام است. بخشی از آمبولانس‌های مورد نیاز از طریق خرید و تأمین مستقیم وزارت بهداشت در اختیار ورژانس پیش بیمارستانی قرار می‌گیرد. بخشی دیگر از خرید آمبولانس‌های جدید نیز توسط سازمان اورژانس کشور و از طریق مشارکت با استانداری‌ها در تأمین است. معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان اورژانس کشور افزود: در طرح خرید مشارکتی، هزینه تأمین آمبولانس بصورت مشترک پرداخت می‌شود؛ به‌طوری که ۵۰ درصد هزینه‌ها را سازمان اورژانس کشور و ۵۰ درصد دیگر را منابع استانی تأمین می‌کنند.