

بیانیه تبیینی بسیج دانشجویی مراکز علوم پزشکی کشور در خصوص اولویت‌های نظام سلامت دولت چهاردهم

با سلام و درود بر روان پاک شهید جمهور، آیت‌الله دکتر سید ابراهیم رئیسی و شهدای خدمت؛

سلامت حق هر انسان و نظام سلامت از جمله مهمترین موضوعات هر حکومت و دولتی است. تا جایی که یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی هر کشوری نظام سلامت آن است. نظام سلامت ایران بهترین نظام سلامت در منطقه و یکی از دستاوردهای مشهود انقلاب اسلامی ایران و از نقاط قوت کشور است. اما تا نقطه‌ی مطلوب فاصله وجود دارد. برای نیل به نظام سلامت تراز انقلاب اسلامی باید اولویت‌های نظام سلامت را شناخت و برای آن‌ها برنامه‌ی عملی داشت. خصوصاً با عنایت به بودجه‌ی قابل توجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر بهداشت و درمان کشور و وجود ظرفیت‌ها بررسی کارشناسی این موارد حایز اهمیت است.

بسیج دانشجویی مراکز علوم پزشکی کشور همچون انتخابات سال 1400، بر مبنای رسالت نقش‌آفرینی تخصصی و تبیین مقوله‌ی نظام سلامت در آستانه‌ی انتخابات چهاردهمین دوره ریاست جمهوری اقدام نمود. لذا در بیانیه‌ی حاضر با نگاهی نخبگانی به مسائل نظام سلامت در دولت آینده، به اختصار و جهت استحضار ملت شریف ایران و به نمایندگی از ایشان به بررسی چند مورد از اولویت‌های نظام سلامت پرداخته شده است. لازم است نامزهای ریاست جمهوری نظرات و برنامه‌های خود را در خصوص مسائل نظام سلامت و اولویت‌های ذیل به صورت شفاف بیان نمایند.

1. اولویت بهداشت بر درمان: پیشگیری از بیماری از جهات مختلف به نفع فرد، نظام سلامت و کشور است. از طرفی حفظ سلامتی فرآیندی به مراتب ساده‌تر و ارزان‌تر از درمان است. از دهه‌ی 70 به مرور درمان‌محوری جای بهداشت‌محوری را گرفت. این روند در شئون مختلف نظام سلامت اعم از بودجه، زیرساخت، اولویت‌بخشی و ... وجود داشت. در این سال‌ها تمرکز ساخت و توسعه زیرساخت‌ها، روندها، بودجه‌ها و ... صرفاً در زمینه‌های درمانی بوده است نه بهداشتی. برای نمونه حتی در آموزش پزشکان به عنوان مسئول تیم بهداشت و درمان، محتوای آموزش بهداشت و پیشگیری از 40% مطالب در اوایل دهه‌ی شصت به کمتر از 5% در حال حاضر رسیده است.

در این خصوص بازبینی اساسی در رویکردها و روندهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نفع بهداشت‌محوری اجتناب‌ناپذیر است.

در این موضوع به صورت خاص به سلامت دهان و دندان اشاره می‌نماییم. یکی از خدمات لازم برای مردم خدمات دندانپزشکی است. با هزینه‌های سرسام‌آور دندانپزشکی، خدمات دندانپزشکی به خدماتی لوکس در سبد هزینه‌های خانوار تبدیل شده است. سلامت دهان را می‌توان عرصه‌ای ره‌اشده در نظام سلامت دانست.

مطالعات جهانی نشان داده است مسأله در این زمینه، کمبود دندانپزشک نیست بلکه باید برنامه‌ریزی‌ها پیشگیرانه گردد. استفاده از نیروهای حد واسط بهداشت دهان و دندان، پوشش بیمه‌ی دندان کودکان و پایش بهداشت دهان و دندان آن‌ها از اقدامات مؤثر در این زمینه است.

2. عدالت در سلامت مناطق کشور: در نظام سلامت با توزیع نامتناسب زیرساخت‌ها، امکانات، دسترسی‌ها، نیروی انسانی و ... در جغرافیای کشور روبرو هستیم. اگرچه اساساً مشکل اصلی در این بحث عدم توازن توسعه‌یافتگی مناطق مختلف است اما ارائه خدمت عادلانه از نظام سلامت انتظار می‌رود.

جهت نمونه در بحث نیروی انسانی در برخی از شهرستان‌های کشور دسترسی به پزشک به عنوان محور ارائه خدمات درمانی و شاید سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی کم است. این در حالی که اکثر پزشکان کشور در شهرهای بزرگ و به خصوص پایتخت (45٪ پزشکان کشور) تجمع یافته‌اند. بدتر از این تجمع اقدامات برخی از این پزشکان است که به جای ارائه خدمات سلامتی و درمانی به امور کاذبی همچون پیکر تراشی و سایر عمل‌های زیبایی غیر لازم اما درآمدزا می‌پردازند. در این زمینه می‌توان با اتخاذ تدابیری جهت تعرفه‌گذاری ترجیحی و اعطای تسهیلات مختلف به ارائه‌دهندگان خدمت در مناطق کمتر برخوردار و استفاده از ابزارهای تنظیم‌گری همچون مالیات بر اعمال زیبایی غیر لازم در مسیر عدالت گام برداشت.

3. پرداخت از جیب مردم: در یک دهه‌ی اخیر عملاً افزایش پرداخت از جیب مردم اتفاق افتاده است. این مسأله باعث عدم بهره‌مندی مردم از خدمات مورد نیاز حتی با وجود زیرساخت‌های درمانی و ارائه‌دهنده‌ی خدمات شده است. در کنار این موضوع بحث هزینه‌ی کمرشکن نیز مطرح است که خود یکی از عوامل مهم ایجاد مشکلات اقتصادی خانوار است.

به عنوان مثال یکی از مهمترین موضوعات مؤثر بر پرداخت از جیب مردم بیمه‌هاست. بیمه در عمل باید با کاهش سهم مردم از پرداخت هزینه‌ها به آن‌ها یاری رساند اما اکنون مردم با مشکلات گسترده‌ای در این عرصه روبرو هستند. گذشته از ترجیح درآمدزایی به ارائه خدمت که در برخی بیمه‌ها وجود دارد، یکی از دلایل ضعف پوشش بیمه‌ها، تضعیف بیمه‌های پایه طی یک دهه‌ی اخیر است. یکی از معضلات کاهش سرانه پرداختی دولت به بیمه‌هاست که موجب کاهش کمی و کیفی پوشش خدمات شده است. البته در این زمینه پوشش 85٪ی دولت سیزدهم برای مردم قابل تقدیر است اما این به معنای حل مشکلات استفاده از بیمه‌ها نیست.

4. معیشت نیروی انسانی در نظام سلامت: سرمایه‌ی اصلی نظام سلامت نیروهای ارائه‌دهنده‌ی خدمت در آن هستند. مشکلات معیشتی نیروهای نظام سلامت بالتبع باعث کاهش کمیت و کیفیت ارائه خدمات یا تمایل ایشان به فعالیت درمانی درآمدزا می‌گردد. فعالیت‌هایی که شاید نیاز بهداشتی و درمانی مردم یا حداقل عموم مردم را برطرف نماید یا حتی باعث خروج ایشان از کشور گردد. این مسأله در اقشار مختلف نظام سلامت به خصوص پزشکان و پرستاران وجود دارد.

یکی دیگر از اقشار نظام سلامت دانشجویان دکترای بالینی (رزیدنت‌ها) هستند. بیشتر وقت ایشان به‌جای آموزش و پژوهش صرف انجام اقداماتی می‌گردد که تا حدی بار آموزشی دارد ولی عمده هدف آن ارائه‌ی خدمت است. در حقیقت ایشان نیروی کار ارزان‌قیمت به جای نیروی استخدامی ثابت در بیمارستان هستند. این مسأله باعث مشقت و آسیب‌های جدی برای رزیدنت‌ها، دوری آن‌ها از محیط پژوهش و آموزش و در مقابل فراغت و درآمدی نسبی برای برخی از اساتید ایشان شده است. با اینکه اقدامات قابل توجهی در دولت سیزدهم برای افزایش دریافتی رزیدنت‌ها صورت گرفت و درآمد ایشان چند برابر شد اما باید گفت رزیدنت‌ها پزشکی هستند که درآمد ایشان کفاف زندگی معمول را هم نمی‌دهد.

5. عدالت در نظام سلامت: درون نظام سلامت نیز بی‌عدالتی در توزیع نامتناسب نیروی انسانی بین رشته‌های مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. باید گفت که در حال حاضر کمبود پرستاران و پیراپزشکان در کشور بیش از کمبود پزشکان است و این وضعیت در خصوص دندانپزشکان و به خصوص کارشناسان بهداشت به مراتب بدتر است. حتی در بین تخصص‌های پزشکی نیز شاهد بی‌عدالتی هستیم. برخی رشته‌های تخصصی که اتفاقاً برای درمان اساسی‌تر هستند کم‌درآمد،

سخت و با مسئولیت سنگین بوده اما برخی رشته‌ها بالعکس هستند. این خود موجب میل پزشکان به سمت تخصص‌های درآمدزا، ساده‌تر و با مسئولیت کمتر شده‌است تا جایی که برخی تخصص‌های پزشکی بدون متقاضی شده‌است.

جهت اصلاح این مسائل باید علاوه بر برنامه‌ریزی عملیاتی جهت توزیع مناسب نیروی انسانی نظام سلامت در جغرافیای کشور و در رشته‌های مختلف و مورد نیاز، بایستی با ایجاد زیرساخت‌های لازم ظرفیت تأمین و تربیت نیروی انسانی نظام سلامت را افزایش اصولی و هدفمند داد.

6. اصلاح نظام ارجاع و پزشکی خانواده: همواره گفته می‌شود که پیشگیری مقدم بر درمان است. در نظام سلامت نیز برای اجرای این مهم بایستی سازوکار مناسبی پیش‌بینی شود. کشورهای پیشرفته در حال حاضر بخش قابل توجهی از بار خدمات بهداشتی درمانی خود را از طریق پزشکی خانواده دنبال می‌کنند. به طوری که انگیزه‌ی پزشکان در این سیستم ارتقای پیشگیری و کاهش درمان خواهد بود چراکه درآمد پزشک، فارغ از حجم بیماری‌های یک بیمار خواهد بود. اما جهت تکمیل آن بایستی از طریق نظام ارجاع، ارتباط بین این سطح با سطوح تخصصی ایجاد شود تا امور درمانی نیز در یک مسیر مناسب پیگیری شوند.

7. نظام دارویی: یکی از پایه‌های بهداشت و درمان نظام سلامت، نظام دارویی است. در سال‌های اخیر مشکلات زنجیره‌ی تأمین دارو مشهود است. از دلایل ایجاد این مشکلات می‌توان به ضعف تولید سازمان غذا و دارو، تعارض منافع ساختاری، تعارضات سازمانی بین سازمان غذا و دارو و دیگر سازمان‌ها، ثبات قوانین و مقررات و خصوصاً تأمین مالی اشاره کرد. شاید بتوان عدم تأمین مالی زنجیره‌ی تأمین دارو را علت اصلی کمبودهای دارویی و افزایش واردات فوری دانست. داروهای واردات فوری عموماً کم کیفیت، پرهزینه و روند آن فاسزاست.

لازم است با داشتن برنامه‌ی اجرایی مشخص برای مدیریت و تأمین مالی زنجیره‌ی تأمین دارو اقدامات فوری و اساسی در این زمینه صورت گیرد.

8. تکمیل نظام سلامت الکترونیک: از آن‌رو که نظام سلامت الکترونیک زیرساختی برای ارائه خدمات نظام سلامت است، در همه‌ی حیطه‌های نظام سلامت از جمله ارتقای شفافیت، تصمیم‌گیری بالینی، افزایش بهره‌وری، مدیریت اقتصادی سلامت و ... تأثیر مثبت دارد. از جمله زیربرنامه‌های اصلی آن می‌توان به نسخه الکترونیک، سامانه رهگیری و کنترل اصالت دارو (تیتک)، دارویار و ... اشاره نمود. اما مهمترین جزء این مجموعه پرونده الکترونیک سلامت است. تکمیل پرونده الکترونیک سلامت با رعایت الزامات آن می‌تواند نقش بسزایی در پایش، سیاست‌گذاری، نظارت، افزایش بهره‌وری، شفافیت و ... نظام سلامت ایفا نماید.

9. جوانی جمعیت: یکی از حیاتی‌ترین، بحرانی‌ترین و کلان‌ترین معضلات حال حاضر کشور مسأله‌ی جمعیت است. طبق محاسبات پنجره‌ی جمعیتی کشور تا حدود 20 سال آینده بسته می‌شود. در این وضعیت ایران تبدیل به کشوری پیر با نیروی کار محدود خواهد شد که دیگر توان افزایش جمعیت خود را هم ندارد.

اولین محل رجوع زنان باردار یا مایل به فرزندآوری، نظام سلامت است. در دهه‌ی 70 فعالین نظام سلامت پرچمداران کاهش جمعیت کشور به خصوص در خانه‌های بهداشت بودند و امروز نیز باید پرچمدار افزایش و جوانی جمعیت همین نظام سلامت باشد. اما تقریباً در رویه‌ها تغییر جدی وجود نداشته‌است. نظام سلامت در مسائل گسترده‌ای از بحث جمعیت همچون پایش و ارزیابی، فرهنگسازی، ناباروری، سقط جنین، فرزندآوری سالم و ... نقش محوری دارد که باید به صورت مبسوط به آن پرداخت.

نظام سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات آن به خصوص به‌روزان و مراقبین سلامت باید در خط نخست فرهنگسازی فرزندآوری قرار گیرند. علاوه بر آن برخورد صحیح با فرآیند بارداری و زایمان به عنوان سیری طبیعی و نه بیماری لازم است. در این زمینه بهره‌گیری گسترده از ماماها به جای متخصصین زنان و پیگیری فعالانه زنان باردار و زنان با قابلیت بارداری می‌تواند نقش جدی

ایفا نماید. همچنین پرداخت تشویقی و کارانه به مراکز، دانشگاه‌ها و اشخاصی که در افزایش و جئانی جمعیت نقش جدی‌تری دارند بسیار مؤثر است.

10. طب سنتی ایرانی: یکی از گنجینه‌های تمدنی کشورمان، طب سنتی ایرانی است که با فرهنگ مردم درآمیخته است. با شکل‌گیری رشته‌ی تحصیلی طب سنتی ایرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی از حدود 17 سال قبل ثمرات علمی و عملی فراوانی حاصل شده‌است اما کم‌توجهی‌ها به این مکتب طبی و وجود مدعیان کاذب و سودجویان فراوان در این عرصه مانع بالفعل شدن بخش‌های قابل توجهی از ظرفیت‌های این عرصه شده‌است. گسترش اصول سبک زندگی ایرانی-اسلامی، ترویج روش‌های حفظ سلامتی، درمان‌های شخصی‌سازی‌شده، تلفیق طب سنتی ایرانی و طب رایج، ارزآوری و درآمدزایی ملی، جذب گردشگر سلامت، راه‌اندازی مراکز طب سنتی ایرانی برون مرزی، تجاری سازی و فرآوری گیاهان دارویی بومی ایران، ایجاد قدرت فرهنگی بین‌المللی و ... از جمله‌ی این ظرفیت‌هاست. جهت استفاده از این ظرفیت‌ها بازخوانی، به‌روزرسانی، گسترش تحقیقات و آموزش، تعریف سازوکار فعالیت و دسترسی به طب سنتی ایرانی، جایگاه سازمانی این رشته در نظام سلامت از اقدامات ضروری است که طبق سند ابلاغی سیاست‌های کلی سلامت باید به آن پرداخته‌شود.

پرواضح است که مسائل نظام سلامت بیش از این موارد و بسیار ژرف‌تر است. اما به جهت اختصار اهم موارد به محضر مردم شریف ایران و نخبگان ارائه گردید.

والسلام علیکم

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی آبادان	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تهران
بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کاشان	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی نیشابور	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بابل	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی قم
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی شوشتر	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی یزد
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی لارستان	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی آمل	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اراک
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی سرخه	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی بستان	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی گرمی	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی داراب	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی قائنات	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی مشکین‌شهر	بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی البرز
	مرکز تحقیقاتی شهید دکتر سعید کاظمی آشتیانی