



تحولات حوزه سلامت در کشور

سعید صادقی جقه*

اشاره:

امنیت سلامت به علت آنکه در احساس امنیت شهروندان نقشی اساسی دارد، صرفاً به حوزه بهداشت و درمان اختصاص نداشته، بلکه دارای جوانب اجتماعی، سیاسی و اقتصادی بوده و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در حوزه‌های راهبردی نیز اثر می‌گذارد. از همین رو پایش و تحلیل شاخص‌های سلامت نیز اهمیتی راهبردی می‌یابد. در این مطلب، ضمن بررسی برخی تحولات کلان حوزه سلامت در کشور، روندهای مربوطه و پیامدهای احتمالی راهبردی و اجتماعی آنها مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

مقدمه

امروزه بسیاری از صاحب‌نظران حوزه امنیت بر این امر صحه می‌گذارند که امنیت سلامت یکی از مؤلفه‌های مهم احساس امنیت در جامعه به شمار می‌رود. با اندکی تأمل می‌توان دریافت که بسیاری از شاخص‌های حوزه سلامت نظیر پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های بهداشت و درمان، نرخ ابتلاء به بیماری‌ها و یا رابطه کارگزاران حوزه درمان با خدمات‌گیرندگان که از آن تحت عنوان اخلاق پزشکی یاد می‌شود، صرفاً به حوزه بهداشت و درمان اختصاص نداشته و جنبه‌های اجتماعی، سیاسی، اقتصادی یافته و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در حوزه‌های امنیتی نیز اثر می‌گذارند. به همین دلیل است که پایش و تحلیل شاخص‌های امنیت سلامت برای ارتقاء امنیت ملی اهمیتی راهبردی یافته است. همچنین، به دلیل اهمیت محوری سلامت شهروندان در فرایند توسعه، تحقق اهداف توسعه‌ای در کشور بیش از هر چیز به ارتقاء شاخص‌های سلامت وابسته شده است. در این مطلب، ضمن بررسی برخی از مهمترین تحولات حوزه سلامت در کشور، روند تغییرات آنها و برخی پیامدهای احتمالی راهبردی و اجتماعی مترتب بر آنها مورد تحلیل قرار گرفته است.

وضعیت عمومی، هزینه‌های درمان و پوشش بیمه‌ای

هزینه‌های درمان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تأثیرگذار در تأمین سلامت شهروندان است. اگرچه در دهه‌های اخیر تقریباً بهای تمام کالاها و خدمات در کشور افزایش یافته است، اما شاید به جرأت بتوان گفت که در این میان، یکی از نامطلوب‌ترین روندها به افزایش هزینه‌های سلامت مربوط بوده است؛ به طوری که وزیر بهداشت، دو سال پیش (آذر ۱۳۹۲)، هنگام گزارش عملکرد ۱۰۰ روزه وزارت بهداشت تأکید کرد که اگر نظام سلامت بر همان ریل گذشته حرکت کند، قطعاً مردم و کشور با مشکلات جدی مواجه خواهند شد. در این چارچوب، بیمه‌ها در بسیاری از موارد قادر به حمایت نبودند و مردم سهم روزافزونی از هزینه‌های سلامت را متقبل می‌شدند. به عنوان مثال، طبق برنامه پنجم توسعه کشور، می‌بایست سهم مردم از هزینه‌های درمان طی دو سال آغاز برنامه به کمتر از ۳۰ درصد برسد، در حالی که برعکس، این عدد به ۵۴ درصد رسیده و در سال ۱۳۹۲ از ۶۵ درصد نیز گذر کرده بود. در هر حال، با اجرای طرح تحول در نظام سلامت کشور از اردیبهشت ۱۳۹۳، ساماندهی و به‌روزرسانی خدمات و تعرفه‌های نظام خدمات درمانی در کشور شروع شد. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، افزایش دسترسی مناطق دورافتاده و محروم از خدمات پزشکی، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی و حمایت مالی از بیماران صعب‌العلاج و اصلاح نظام دارویی برای دسترسی بهتر بیماران خاص به داروهای مورد نیاز از جمله اهداف اولیه این طرح بودند. در حال حاضر پرداختی مردم در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور از ده درصد کل هزینه خدمات تجاوز نمی‌کند.



در آنها رعایت شده باشد؛ ضمن اینکه با توجه به تغییرات فناورانه بسیار سریع، دوره فعالیت برخی از مشاغل حتی به ۳۰ سال هم نمی‌رسد و به این ترتیب، در صورت افزایش مدت اشتغال به ۳۵ سال، بسیاری از کارگران تازه بعد از سه دهه کار کردن، مجبور خواهند بود در فرسوده‌ترین موقعیت سنی و جسمانی، به دنبال شغل دیگری باشند تا مشمول مستمری بازنشستگی گردند.

نحوه فعالیت و نیز نوع همکاری سازمان‌های بیمه‌ای با وزارت بهداشت از یک سو و بخش‌های مختلف فراهم‌کننده خدمات درمانی نظیر داروخانه‌ها و آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی یکی از موضوعات دیرپای حوزه درمان بوده است که همزمان با تحولات اخیر در نظام سلامت کشور، زمینه‌های تازه‌ای از چالش‌ها را برای این بخش ایجاد کرده است. این امر تا جایی پیش رفته است که قائم مقام وزیر بهداشت در آبان ماه ۱۳۹۴ ضمن انتقاد از تأخیر بیمه‌ها در تخصیص مبالغ دریافتی از بیمه‌شدگان به بخش خدمات درمانی، این موضوع را قابل شکایت در مراجع قانونی دانست. وی همچنین خواستار تجمع بیمه‌ها شد تا به این وسیله بیمارستان‌ها از سرگردانی میان طرح‌های مختلف بیمه‌ای رهایی یابند. وزیر بهداشت در آذرماه ۱۳۹۴ با استناد به آمار مسئولان سازمان تأمین اجتماعی، اعلام کرد که این سازمان بخشی از منابع مربوط به درمان را در بخش‌های دیگر هزینه کرده است. به همین دلیل وی از این سازمان خواست که سهم بخش درمان (نه بیست و هفتم از حق بیمه‌های دریافتی) را در یک صندوق جداگانه واریز کنند تا در بخش‌های دیگر هزینه نشود. در این میان دبیر شورای عالی بیمه درمان کشور و معاون رفاه اجتماعی وزارت کار نیز در آبان ۱۳۹۴ انتقال امور درمانی بیمه‌ها را به وزارت بهداشت، شبیه انحلال سازمان مدیریت دانست. وی ضمن اشاره به اختلاف نظر دیرین در این خصوص که به دهه

اجرای طرح تحول سلامت، با افزایش قابل توجه در تعرفه‌های خدمات سلامت همراه بود که البته واکنش‌های مختلف و اغلب منفی، در پی داشت. مسئولان وزارت بهداشت بر این نکته تأکید کردند که نرخ خدمات پزشکی سال‌هاست افزایش قابل توجهی را تجربه نکرده است و برای افزایش کیفی و کمی خدمات حوزه سلامت و نیز مبارزه با مواردی نظیر آنچه که «پدیده زیرمیزی» نام گرفته است، باید پیش از هر کاری نرخ خدمات را واقعی‌تر کرد. بر همین اساس بود که در نیمه‌های آبان‌ماه ۱۳۹۳، با انتشار و ابلاغ نسخه به‌روزشده کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، افزایش بسیار قابل توجهی در تعرفه‌های خدمات سلامت روی داد. در نتیجه تحول ایجادشده در قیمت‌گذاری خدمات و مراقبت‌های سلامت، حدود ۱۷۰۰ خدمت پزشکی جدید که پیش از آن در فهرست خدمات نبودند، جزو خدمات ثبت شده قرار گرفتند که با تعیین تعرفه رسمی برای آنها، بیش از ۳۰۰ مورد آنها از پوشش بیمه‌ای نیز برخوردار شدند. بر اساس اعلام وزیر بهداشت (آذر ۱۳۹۴) در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت، تا کنون ۲ هزار خانه بهداشت ساخته شده و کمبود پزشک در شهرهای دارای بیش از ۲۰ هزار نفر سکنه از میان برداشته شده است. به طور خلاصه می‌توان گفت که پس از اجرای طرح تحول سلامت، پوشش خدمات درمانی در کشور افزایش چشم‌گیری یافته است که نشانه‌های آن در افزایش نرخ بستری شدن در بیمارستان‌های دولتی نمود یافته است. بر اساس آمار اعلامی از سوی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی (آبان ۱۳۹۴) در طول زمانی که از عمر دولت یازدهم می‌گذرد، حدود ۱۰ میلیون نفر به تعداد بیمه‌شدگان کشور افزوده شده است که ۹۰ درصد آنان را کارگران تشکیل می‌دهند. این امر بدان معناست که بخش قابل توجهی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه که از خدمات درمانی خصوصی استفاده می‌کردند و یا به خاطر هزینه‌های بستری شدن، از ادامه درمان خود محروم می‌شدند، در حال حاضر می‌توانند از خدمات درمانی دولتی استفاده کنند. همچنین میزان اخذ هزینه‌های خارج از چارچوب قانونی نیز به طور قابل توجهی کاهش یافته است، اگرچه بسیاری از موضوعات مرتبط با اخلاق پزشکی هنوز نیازمند بهبود و ارتقاء می‌باشند که در بخش مربوطه به آنها اشاره خواهد شد.

همچنین دولت و مجموعه سیاست‌گذاری بیمه‌ای برای ارتقای خدمات‌رسانی و جبران کاهش توان سازمان‌های بیمه‌گر به ویژه سازمان تأمین اجتماعی، تلاش کردند تا راه حلی برای برون‌رفت از این مسئله، بیابند که در این میان، یکی از راه‌کارها پیشنهاد افزایش سن بازنشستگی از ۶۰ سالگی به ۶۵ سالگی در پیش‌نویس لایحه برنامه توسعه ششم بوده است. این امر اعتراضاتی را در بدنه و تشکل‌های کارگری کشور به دنبال داشته است که مجموعه دولت و سیاست‌گذاران را به اتخاذ راه‌کارهایی فرامی‌خواند که حقوق کارگران نیز

شاهد یکی از روزهایی بود که هوای تهران در «وضعیت قرمز» قرار گرفت و شاخص کیفیت هوا با ایستادن بر روی عدد ۱۶۲، برای تمامی اقشار ناسالم اعلام گردید. همزمان، مدیرعامل شرکت کنترل کیفیت هوا ضمن اعلام این نکته که غلظت ذرات معلق ریزتر از ۲/۵ میکرون در هوای تهران ۷ برابر استاندارد سازمان بهداشت جهانی برای هوای سالم است، هوای تهران را در شرایط هشدار دانست و بر این امر نیز تأکید کرد که کیفیت هوای تهران در اغلب روزهای سرد سال تقریباً در همین شرایط قرار دارد. انباشت آلاینده‌ها در هوای تهران به حدی بود که چندین ساعت بارندگی به موقع هم نتوانست آن را از شرایط ناسالم برای گروه‌های حساس خارج سازد. بر اساس آمارهای اعلامی از سوی شرکت کنترل کیفیت هوای تهران، این شهر تا پایان فصل پاییز سال گذشته، ۶۸ روز ناسالم برای گروه‌های حساس و ۲ روز ناسالم (شرایط هشدار) برای عموم شهروندان را سپری کرد؛ در حالی که در سال ۱۳۹۴ نیز با ۶۳ روز ناسالم برای گروه‌های حساس و ۳ روز ناسالم برای همه شهروندان شرایط تقریباً مشابهی را تجربه کرده است. این امر بدان معناست که بسیاری از اقشار جامعه نظیر بیماران قلبی و تنفسی، سالمندان، زنان باردار، کودکان و همچنین جانبازان شیمیایی، برای اجتناب از آسیب‌های جدی به سلامت خود و یا نوزادان‌شان، در بیش از ۲۰ درصد از روزهای سال، حق حضور در فضاهای عمومی شهر را ندارند، ضمن اینکه سایر شهروندان نیز از پیامدهای منفی آلودگی در امان نبوده و مجبورند از فعالیت‌هایی نظیر ورزش یا پیاده‌روی نیز چشم‌پوشی کنند که خود در درازمدت آثار نامطلوبی بر سلامت جسمی و روانی آنها بر جای می‌گذارد. اگرچه آمار قابل اتکایی درباره سازوکار و میزان تأثیر آلودگی هوا بر بیماری‌ها و یا مرگ و میر افراد وجود ندارد، اما امروزه کمتر کسی است که در این امر تردید داشته باشد. تحقیقات دانشگاهی متعددی انجام شده است که ارتباط معناداری بین افزایش مرگ و میر به موازات تشدید آلودگی هوا یافته‌اند. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، روزانه بیش از ۸ هزار نفر در جهان بر اثر آلودگی هوا می‌میرند، به عنوان مثال، فقط در شهر لندن، سالانه نزدیک به ۹۵۰۰ نفر بر اثر آلودگی هوا جان خود را از دست می‌دهند. در سال‌های گذشته برخی از مسئولان (رئیس سازمان ثبت احوال کشور در بهمن ۱۳۹۲) و یا صاحب‌نظران حوزه سلامت (رئیس انجمن تصلب شرایین ایران در دی‌ماه ۱۳۹۲) از افزایش مرگ و میر شهروندان، به ویژه در کلان‌شهرها، به موازات تشدید آلودگی هوا خبر داده و اعلام کردند که آلودگی هوا باعث می‌شود سکنه قلبی تا چهار برابر افزایش پیدا کند که اثرات آن نیز تا دو هفته پس از پایان آلودگی هوا در بدن افراد باقی بماند. در آذرماه ۱۳۹۴ و همزمان با اعلام وضعیت قرمز آلودگی هوا در تهران، رئیس مرکز ارتباطات و امور بین‌الملل شهرداری تهران نیز از افزایش بیش از ۲۰

بازمی‌گردد، لابی و ایجاد فشار و رایزنی شخصی را در امری که مربوط به سرنوشت مردم می‌شود ناموجه و خیانت به مردم دانسته و بحث کارشناسی را بهترین راه برای برون‌رفت از این وضعیت دانست. در هر حال، آنچه که از آن تحت عنوان طرح تجمیع بیمه‌ها نام برده می‌شود، مجوزی است که برنامه پنجم توسعه به دولت داده است، اگرچه به علت بروز اختلاف نظرهای تخصصی و صنفی میان وزارت‌های بهداشت و رفاه، نمایندگان مجلس و تشکل‌های کارگری از یک سو و نیز تأکیدات مکرر قانونی مبنی بر استقلال صندوق‌ها از سوی دیگر، هنوز تحقق نیافته است. موافقان این طرح، تجمیع منابع بیمه‌ای را پیش‌نیاز عملکرد مطلوب نظام سلامت و ارائه خدمات درمانی مستمر، یکسان و برابر می‌دانند؛ در حالی که مخالفان نیز فقدان ساختار مناسب و یکسان، تفاوت در نرخ بیمه‌گذاری و خدمات سازمان‌های مختلف بیمه‌گر (به عنوان مثال، دریافت هفت درصد حقوق از سوی سازمان تأمین اجتماعی و دریافت شش درصد حقوق از سوی سازمان بیمه سلامت ایرانیان به عنوان حق بیمه) و احتمال فراموشی بدهی‌های سابق دولت به سازمان تأمین اجتماعی را از جمله دلایل مخالفت خود عنوان می‌کنند. برخی کارشناسان نیز، با توجه به اختلافات شدید میان طرفداران و مخالفان این ایده، ایجاد دو سازمان کلان بیمه‌گذار شامل سازمان تأمین اجتماعی و صندوقی متشکل از سایر کارگزاران بیمه را در کنار استفاده از تجارب سایر کشورها برای برون‌رفت از این وضعیت پیشنهاد کرده‌اند.

تشدید آلودگی هوا و تأثیر آن بر سلامت شهروندان

سال‌هاست که شهروندان، به ویژه در کلان‌شهرها، شاهد افزایش آلودگی هوا در فصول سرد سال هستند. در روزهای پایانی آذرماه ۱۳۹۴، تهران



درصدی در میزان متوفیات تهران در روزهای آلوده سال خبر داد. بر اساس برآوردهای مختلف، سالانه حدود ۵ هزار نفر از شهروندان تهرانی به خاطر آلودگی هوا جان خود را از دست می‌دهند؛ آماري که تقریباً ۵ درصد کل مرگ و میرهای تهران را شامل شده و به علت پنهان ماندن علت اصلی مرگ، اصطلاحاً «مرگ خاموش» خوانده می‌شود.

صنایعی که با فناوری‌های قدیمی و غیرزیست‌محیطی فعالیت می‌کنند، موتورسیکلت‌هایی که به طور متوسط چهار برابر یک خودرو در آلوده ساختن هوا نقش دارند، هزاران خودروی فرسوده و سوخت غیراستاندارد جزو عوامل اصلی آلودگی شهرهای بزرگ به شمار می‌روند. بر اساس اعلام مسئولان سازمان حفاظت از محیط زیست کشور، سیاست‌های کاهش آلودگی هوا از سال ۱۳۸۴ به این سو به طور جدی پیگیری و اجراء نشده است و به همین دلیل، پیش‌بینی می‌شود در صورت هماهنگی کامل سازمان‌های ذی‌ربط و اجرای کامل برنامه‌های مربوطه، کاهش آلودگی هوای تهران دست کم ۱۰ سال طول خواهد کشید. افزایش نقش مؤثر دولت در گسترش وسایل نقلیه عمومی نظیر مترو و اتوبوس در کلان‌شهرها، همکاری جدی‌تر خودروسازان برای دستیابی به تولیدات استاندارد، تطبیق هرچه بیشتر قوانین و مقررات سختگیرانه‌تر زیست‌محیطی برای صنایع آلاینده جزو مهمترین راهکارهای کاهش آلودگی هوا به شمار می‌روند.

البته لازم به ذکر است که این فقط ساکنان شهرهای بزرگ نیستند که در معرض پیامدهای منفی آلودگی هوا قرار دارند؛ بلکه در سال‌های اخیر ساکنان اغلب نقاط کشور دست کم آلودگی هوا به آنچه که ریزگردها نامیده می‌شوند را در ایام سال تجربه کرده‌اند. خشک شدن دریاچه‌ها و تالاب‌هایی نظیر دریاچه ارومیه منجر به تولید اشعه‌های فرابنفش و مادون قرمز شده و ساکنان آن مناطق را با خطر ابتلا به سرطان پوست، بیماری‌هایی نظیر آسم، آب مروارید و فشارخون روبه‌رو می‌سازد. این دسته از آلودگی‌ها در کنار مخاطرات مربوط به سلامت شهروندان، به علت تحریک مهاجرت و نیز وجود برخی زمینه‌های قومی و مذهبی در برخی از مناطق آلوده، می‌توانند پیامدهای سیاسی و امنیتی قابل توجهی نیز به دنبال داشته باشند.

مدیریت بیماری‌ها

شیوع برخی بیماری‌های فصلی و آگیر از جمله فرصت‌هایی به شمار می‌رود که در خلال آن می‌توان نحوه مدیریت بحران در خدمات درمانی کشور را مورد ارزیابی قرار داد. همزمان با شروع فصل سرما، در ماه‌های آبان و آذر، کشور شاهد شیوع نوع خاصی از آنفلوآنزا تحت عنوان آنفلوآنزای خوکی بود. این بیماری که نخست در استان کرمان بروز یافت، به فاصله چند هفته در سایر استان‌های کشور نیز شیوع یافته و حتی شهروندان تهرانی

رانیز درگیر ساخت. شیوع این بیماری در کرمان به اندازه‌ای جدی بود که استاندار کرمان ضمن اشاره به وضعیت زرد در رابطه با شیوع این بیماری مدارس تمامی مقاطع تحصیلی و مهدکودک‌ها را در کل استان به مدت دو روز تعطیل اعلام کرد. در زمان نگارش این مطلب (۲۶ آذر ۱۳۹۴)، شمار قربانیان این بیماری در کل کشور به ۵۷ مورد رسیده است که ۳۳ مورد از آنها به استان کرمان مربوط می‌شود. با آنکه مقامات بهداشتی کشور به سرعت نسبت به این بیماری واکنش نشان داده و اطلاع‌رسانی‌های مربوطه را انجام دادند و حتی وزیر بهداشت نیز به فاصله چند روز از شیوع بیماری به این استان سفر کرد، اما هراس مردم و انتشار اخبار مربوطه در شبکه‌های اجتماعی باعث ایجاد حساسیت شدید در میان مردم نسبت به این بیماری گردید؛ به طوری که به این دلیل بیش از ۶۰ درصد برنامه‌های مسافرتی به این استان لغو شد. همزمان شایعاتی نیز در فضای مجازی منتشر شد که بیماری کرمانی‌ها را به عواملی موهوم نسبت می‌داد که البته انتشار گسترده شایعات مزبور از یک سو نشانه‌ای از فقدان آگاهی‌های عمومی درباره بیماری‌ها بوده و از دیگر سو، بیانگر سطح پایین سرمایه اجتماعی در کشور است. ایجاد بازار سیاه برای واکسن آنفلوآنزا و ماسک بهداشتی و افزایش ۱۰ برابری قیمت آنها نیز از دیگر جوانب تلخ این بیماری واگیر بود و به ویژه اینکه طبق نظر پزشکان، استفاده از ماسک و واکسن در این مرحله از شیوع بیماری، تأثیری در پیشگیری از ابتلاء ندارد. نکته قابل توجه دیگر اینکه مسئولان بهداشتی برخی از استان‌ها با اجتناب از اطلاع‌رسانی دقیق در مورد آمار فوتی‌ها، صرفاً پس از اعلام آمار از سوی مسئولان وزارتی، به تأیید آن اقدام کرده و ضمن عادی خواندن این اتفاق در همه جای دنیا، رسانه‌هایی را که به انتشار این گونه اخبار مبادرت می‌کنند به تشویش اذهان عمومی و دامن زدن به



زیاد میان خود و این قشر از جامعه، تصویری مادی گرا از پزشکان به دست آورده و در اغلب رویدادها، درباره آنها به پیش داوری‌های منفی دست زده و یا هنگام مواجهه با تخلف تعداد معدودی از پزشکان، به سرعت به محکومیت کل جامعه پزشکی مبادرت می‌کنند. در این میان حمایت‌های غیر ضروری صنفی نیز به این امر دامن زده است. از نمونه‌های حمایت‌های صنفی با مقوله‌های مرتبط با پزشکان می‌توان به موضع مدیر درمان سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان در آذرماه ۱۳۹۴ اشاره کرد که در مورد مرگ یک نوزاد به خاطر اصرار کادر درمانی برای زایمان طبیعی، از عادی بودن این اتفاق و عدم ضرورت رسانه‌ای کردن آن سخن گفته بود. همچنین اعلام مخالفت معاون درمان وزارت بهداشت با ماده ۲۵ لایحه درآمدهای پایدار شهرداری‌ها که تأسیس مطب پزشکان و برخی دیگر از اصناف را در سطح شهر در قالب کاربری‌های تجاری تعریف می‌کند، نمونه دیگری است که بیانگر تعصب صنفی نسبت به پزشکان است. در مرداد ماه ۱۳۹۴ نیز موضع‌گیری سریع پزشکان نسبت به برخورد قانونی با یک پزشک در ممسنی و نیز حادثه قتل پزشک اردبیلی، رئیس قوه قضاییه را بر آن داشت که این گونه اقدامات را «دفاع‌های صنفی بی‌وجه» و عجولانه بنامد.

به عنوان تازه‌ترین مورد از تخلفات پزشکی، می‌توان به خبر شکافتن بخیه زخم چانه یک پسر ۵ ساله در خمینی شهر اشاره کرد که به سرعت در شبکه‌های اجتماعی منتشر شده و طیف گسترده‌ای از واکنش‌ها را به دنبال داشت. ظاهراً ماجرا از این قرار بود که متخصص مقیم اورژانس در بیمارستان مزبور، هنگامی که مطلع می‌شود مادر این کودک نمی‌تواند ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار تومان به صورت علی‌الحساب به بیمارستان پرداخت نماید، به شوخی یا جدی، صحبت از باز کردن بخیه می‌کند که یک پرستار نیز بخیه را باز کرده و کودک را با یک پانسمان ساده مرخص می‌کند. این اتفاق به حدی غیر عادی بود که معاون درمان وزارت بهداشت شخصاً برای بررسی ماجرا اقدام کرد و همزمان از بررسی روان‌شناختی عاملان آن خبر داد. مسئولان بیمارستان بلافاصله از کار خود برکنار شده و کادر درمانی متخلف نیز به مراجع قضایی معرفی شدند که نتیجه آن نیز بازداشت موقت تا زمان رسیدگی به پرونده بود. برخی علمای دینی و مراجع تقلید نیز ضمن محکومیت این اقدام، آن را نشانه فاصله گرفتن برخی از اعضای جامعه پزشکی از اخلاقیات دانستند، در عین حال که با اشاره به خدمات پزشکان در مناسبت‌های مختلف، خواستار تلاش جامعه برای حفظ احترام این شغل و جلوگیری از ایجاد تصویری مادی گرا از پزشکان شدند. در این میان وزیر بهداشت نیز طی پیامی در شبکه‌های اجتماعی نسبت به این رویداد واکنش نشان داده و آن را محکوم کرد که البته بخش اعظم پیام مزبور به دلجویی از پزشکان اختصاص یافته بود. اگرچه دل بستگی سازمانی و حمایت از

نگرانی‌ها متهم کرده‌اند. وزیر بهداشت نیز در اظهار نظری، آنفلوآنزا را همان سرماخوردگی قدیمی و ساده خواند و جنجال درباره آن را صرفاً ترفندی برای فروش واکسن‌های تاریخ گذشته عنوان کرد که البته با توجه به اینکه این بیماری در مدت کوتاهی ۵۷ نفر از شهروندان را به کام مرگ کشانده است، برخورد با آن به عنوان یک سرماخوردگی معمولی، اندکی خوش بینانه به نظر می‌رسد. در هر حال شیوع سراسری این بیماری علی‌رغم هشدارهای مکرر مسئولان، بیانگر جای خالی آگاهی‌ها و رعایت بهداشت عمومی در کشور است که به ویژه، در کلان‌شهرها به خاطر وجود جمعیت بالا و تماس انبوه مردم با یکدیگر، می‌تواند پیامدهای بسیار وخیمی در برداشته باشد.

اخلاق پزشکی؛ همچنان نیازمند ارتقاء

از آنجایی که پزشکان مستقیماً با جان انسان‌ها سر و کار دارند، رعایت اصول انسانی و حرفه‌ای یکی از اساسی‌ترین ارکان شغل پزشکی به شمار می‌رود. درآمد پزشکان که معمولاً از متوسط درآمد جامعه بالاتر ارزیابی می‌شود، همواره در معرض انتقادهای مختلف قرار داشته است. این امر زمانی حساسیت برانگیزتر می‌شود که مسئولان وزارت بهداشت هم سرسختانه به حمایت صنفی از پزشکان پرداخته و درآمد آنها را معمولی جلوه می‌دهند. به عنوان مثال، وزیر بهداشت در مرداد ماه ۱۳۹۴، ضمن معمولی خواندن درآمد پزشکان، دریافتی پزشکان تمام وقتی را که مطب ندارند، حدود ۱۳ میلیون تومان اعلام کرد. قائم مقام وزیر بهداشت نیز پیش از آن، در خرداد ماه ۱۳۹۴ ضمن اشاره به این نکته که اگر مبلغ کارانه پزشکان از ۴۰ میلیون تومان بالاتر رود، علاوه بر مالیات ۲۰ درصدی، کسری پلکانی را نیز شامل می‌شود، کار پزشکان دولتی را «فی سبیل الله» عنوان کرده بود. به همین علت تعداد قابل توجهی از شهروندان با مشاهده شکاف درآمدی



می خورد به طوری که اعتراض برخی از نمایندگان مجلس و کارشناسان این حوزه را در بر داشته است. این امر موقعی مهم تر جلوه می کند که به گزارش های مسئولان وزارت بهداشت دقت کنیم که در آنها اغلب از بخش درمان، کمبود تخت های بیمارستانی و تعداد پرستار سخن می رود و در آنها کمتر می توان از توجه مناسب به بهداشت عمومی، سیاست های پیش گیرانه و ... سراغ گرفت. در همین خصوص وزیر بهداشت نیز در آبان ۱۳۹۴ ضمن اشاره به برخی حرکت های موردی نظیر مقابله با مصرف بی رویه روغن پالم در صنایع غذایی، اقدامات مربوط به این حوزه را ناموفق نامید که البته «باید با همکاری تمام وزارتخانه های درگیر و با پرچم داری رئیس دولت» جبران شود. در همین زمینه وی به آغاز استفاده از سند ملی پیشگیری از بیماری های غیر واگیر قبل از پایان سال ۱۳۹۴ اشاره کرد که قرار است با مشارکت تعدادی از وزرا، معاون اول و روسای جمهور و مجلس انجام گیرد. از سوی دیگر، یکی از مهمترین چالش های پیش روی نظام سلامت که بی ارتباط با بند فوق نیست، به تأمین مالی طرح تحول سلامت مربوط می شود. اجرای طرح تحول نظام سلامت از یک طرف با افزایش چشم گیر در پرداخت دستمزد پزشکان و از سوی دیگر با کاهش سهم پرداختی بیماران همراه بوده است. با اینکه ممکن است ادامه این طرح به اندازه مرحله آغازین آن نیازمند منابع مالی نباشد، اما با توجه به هزینه های بسیار بالای این طرح که تا حدود زیادی از افزایش یکباره نرخ دستمزدهای پزشکان ناشی می شود، در صورتی که دولت به هر دلیلی در تأمین بودجه خود با مشکل مواجه شود، طرح تحول نظام سلامت می تواند به یکی از نقاط آسیب پذیر دولت تبدیل شود به ویژه آنکه این طرح از یک سو با اقشار کم درآمد جامعه سر و کار دارد و از سوی دیگر، خود دولت نیز تا کنون درباره این طرح تبلیغات گسترده ای انجام داده است.



همکاران و زیردستان کار بسیار زینده ای است، اما در این گونه موارد شاید بهتر باشد برای حفظ اثر پیام همدلی با افراد آسیب دیده، از اختصاص بخش اعظمی از پیام به حمایت از همکاران اجتناب گردد. در هر حال چند سالی است که گزارش های مختلفی از رفتار نامناسب برخی از پزشکان و کادر درمانی با بیماران منتشر می شود که همه آنها در منشور حقوق بیمار ذکر گردیده و در مورد اخیر نیز، شاید یکی از خطاها، افشای نام کودک مزبور بود که به ویژه با توجه به اعلام عدم تمکن مالی می تواند پیامدهایی منفی و آزاردهنده درازمدت برای وی در بر داشته باشد.

همچنین مسایل مرتبط با تجویز داروی نامناسب و یا دشواری خواندن نسخه، از عوامل بروز خطاهای پزشکی و ایجاد عدم امنیت در میان بیماران به شمار می رود. در تازه ترین مورد در این خصوص، دبیر کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی داروی سازمان غذا و دارو در آذرماه ۱۳۹۴ از ۱۵ نوع خطای شایع پزشکان در زمینه نسخه نویسی خبر داده و اعلام کرد که برخی از پزشکان املاهای صحیح داروها را نمی دانند و «ترجیح می دهند که ابتدای نام دارو را نوشته و مابقی آن را نوار قلب ترسیم کنند». این نوع خطاها در تمام دنیا در میان پزشکان رایج بوده و حدود چهار مورد از هر هزار نسخه را شامل می شود و به عنوان مثال، فقط در ایالات متحده سالانه ۱۵۰ میلیون تماس تلفنی از طرف داروخانه ها با پزشکان برقرار می شود تا درک بهتر و دقیق تری از نسخه تجویزی آنها به دست آید. اگرچه این مشکل، اگر نه بیشتر از میانگین جهانی، در ایران نیز وجود دارد، اما نکته قابل تأمل آن است که در حال حاضر هیچ راهکار مشخصی برای تماس نسخه پیچان داروخانه ها با پزشک تجویز کننده و رفع شبهه وجود ندارد. با توجه به اینکه دریافت داروی مناسب، در کنار تشخیص و تجویز دقیق، یکی از اصلی ترین مراحل درمان است، این امر را می توان یکی از مهمترین نقاط کور سیاست گذاری در نظام سلامت ایران دانست که البته انتظار می رود با الکترونیکی شدن دفترچه های بیمه و نسخه نویسی آنلاین، زمینه بروز این گونه خطاها خود به خود کاهش یابد.

نتیجه گیری

با تأمل در کارکرد نظام سلامت در کشور ضمن مشاهده بهبود وضعیت دسترسی اقشار محروم تر به خدمات درمانی؛ شاهد نقصان های آن نیز هستیم. در حال حاضر یکی از مبرم ترین نیازهای نظام سلامت، توجه به موضوع پیشی گرفتن امر درمان بر بهداشت است. بدیهی است که اولویت یافتن درمان بر پیشگیری که کاملاً در تضاد با قانون و روح سیاست های کلی نظام است، موجب ایجاد فضایی در حوزه سلامت کشور شده است که نتیجه آن تمرکز بر نامه ها و بودجه ها بر هزینه های درمان و دستمزد پزشکان بوده است. اولویت یافتن درمان بر پیشگیری حتی در اجرای طرح تحول سلامت نیز به چشم

