



چالش‌ها و پیشرفت‌های حوزه امنیت سلامت

سعید صادقی جقه*

اشاره:

امنیت سلامت یکی از مهمترین پیش‌نیازهای دستیابی به جامعه توسعه‌یافته محسوب می‌شود. شهروندان در صورت اطمینان یافتن از تأمین نیازمندی‌های خود در حوزه سلامت و درمان، به احساس امنیت عمیق‌تر و پایداری می‌رسند. از همین روست که تأمین و تضمین امنیت سلامت، جوانب اجتماعی، سیاسی و اقتصادی یافته و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در حوزه‌های راهبردی نیز اثر می‌گذارد. در نوشتار حاضر، ضمن تأمل در مهمترین موضوعات حوزه سلامت در کشور، تحولات شاخص‌های بخش سلامت و بیماری‌ها مورد اشاره قرار گرفته و تغییرات و پیامدهای مترتب بر آنها بررسی خواهد شد.

مقدمه

بهداشتی، وضعیت سلامت روانی جامعه، نرخ ابتلاء به بیماری‌ها و... جنبه‌های اجتماعی، سیاسی، و اقتصادی هم داشته و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در حوزه‌های امنیتی اثر می‌گذارند. نکته دیگر اینکه، سلامت شهروندان اهمیتی محوری در فرایند توسعه پایدار داشته و تحقق اهداف توسعه‌ای در کشور بیش از هر چیز به ارتقاء شاخص‌های سلامت وابسته است. در نوشتار پیش رو، ابتدا وضعیت و تحولات جدید برخی از شاخص‌های مرتبط با حوزه سلامت نظیر اخلاق پزشکی و سهل‌انگاری‌ها در مراکز خدمات درمانی، اختلافات موجود میان سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت و نیز وضعیت امنیت روانی جامعه بررسی شده و سپس روند تغییرات آنها و برخی پیامدهای راهبردی و اجتماعی مترتب بر آنها مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

امنیت سلامت یکی از مهمترین مؤلفه‌های امنیت انسانی بوده و نقشی تعیین‌کننده در احساس امنیت عمومی شهروندان داشته و از همین رو اهمیتی راهبردی می‌یابد. بررسی و پایش شاخص‌های مربوط به حوزه سلامت می‌تواند ضمن کاهش هزینه‌های جوامع و حکومت‌ها در حوزه‌های خاص سلامت، از ایجاد یا تشدید آسیب در سایر عرصه‌های زندگی اجتماعی نیز پیشگیری کند چرا که اغلب شاخص‌های مرتبط با سلامت نظیر هزینه‌های بهداشت و درمان، شرایط ارائه خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز



طرح تحول در نظام سلامت در آستانه دو سالگی اجراء؛ تداوم یا توقف

طرح تحول نظام سلامت مهمترین اتفاق حوزه سلامت در سال‌های اخیر بوده است که از اردیبهشت ۱۳۹۳ با فراز و نشیب‌هایی در حال اجرا بوده است. این طرح که ساماندهی و به‌روزرسانی خدمات و تعرفه‌های نظام خدمات درمانی در کشور را دنبال می‌کند، در گام نخست اهدافی نظیر کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، ترویج زایمان طبیعی، افزایش دسترسی مناطق دورافتاده و محروم به 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 را در دستور کار خود قرار داد. بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت، گام نخست طرح مزبور با موفقیت بالایی به پیش رفت به طوری که پرداختی مردم در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور به طور متوسط به زیر ده درصد کل هزینه خدمات کاهش یافت. همچنین در پی رایگان‌شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، از شیوع سزارین در کشور تا حدودی کاسته شد، هر چند که وضعیت ایران در این حوزه با معیارهای مطلوب فاصله زیادی دارد. از دیگر مراحل این طرح می‌توان به بهنگام‌سازی فهرست خدمات سلامت و هزینه‌های آن اشاره کرد که با افزایش قابل توجه در تعرفه‌های خدمات سلامت همراه بود. با اجرای این طرح، بسیاری از خدمات پزشکی که پیش از این در فهرست خدمات نبود، جزو خدمات ثبت‌شده قرار گرفته و برای آنها تعرفه رسمی تعیین شد. بهنگام‌سازی تعرفه خدمات که با افزایش یکپاره و شدید بهای خدمات تحقق یافت، واکنش‌هایی گسترده و اغلب منفی در پی داشت. مسئولان وزارت بهداشت علت افزایش شدید را عدم افزایش بهای خدمات در سال‌های اخیر دانسته و مبنای افزایش را نیز تورم ۴۰ درصدی اعلام کردند. در مقابل، منتقدان نیز بر این واقعیت انکارناپذیر تأکید کرده‌اند که به‌رغم وجود تورم ۴۰ درصدی در سال‌های گذشته، درآمد گروه بسیار کمی با این نسبت افزایش یافته است، ضمن اینکه به علت رکود اقتصادی در سال‌های اخیر، بسیاری از اقشار جامعه از درآمد اندک خود نیز محروم شده‌اند موضوع شکاف درآمدی بین پزشکان و سایر کادر درمانی بارها از سوی تشکل‌های صنفی بیمارستانی مطرح شده است که در تازه‌ترین مورد آن، در اواخر اردیبهشت ۱۳۹۵، دبیر کل خانه پرستار با ارسال نامه‌ای

سرگشاده به وزیر امور اقتصاد و دارایی، ضمن ادعای وجود دریافت‌های میلیونی و بی‌حساب و کتاب در وزارت بهداشت، خواستار ورود وزارت اقتصاد به «سیستم غیر قابل دسترسی پرداخت‌ها» در این وزارتخانه شد. تا زمان نگارش مطلب، از سوی وزارت بهداشت یا اقتصاد درباره نامه مزبور واکنشی نشان داده نشده است.

در حال حاضر، معضل تأمین مالی یکی از مهمترین چالش‌های پیش روی این طرح محسوب می‌شود؛ به طوری که وزیر رفاه در اواخر اردیبهشت ۱۳۹۵، ضمن اشاره به آثار مثبت طرح تحول نظام سلامت، از دشواری تداوم آن به دلیل کمبود منابع سخن گفت، در عین حال که از عزم این وزارتخانه برای تداوم طرح پزشک خانواده خبر داد. بر اساس اعلام وزیر رفاه، هنوز بسیاری از خانواده‌ها در مقابل هزینه‌های درمانی آسیب‌پذیر هستند، به گونه‌ای که حتی خانواده‌های واقع در میانه نمودار پراکنده ثروت در کشور، ممکن است به خاطر هزینه‌های یک بیماری به دهک پایین سقوط کنند. افزایش چشمگیر در پرداخت دستمزد پزشکان و کاهش سهم پرداختی بیماران از یک سو و تداوم کاهش درآمدهای دولت به خاطر کاهش شدید قیمت نفت از سوی دیگر، ادامه این طرح را با تردیدهایی مواجه ساخته است. بسیاری از کارشناسان حوزه سلامت از اقداماتی نظیر اخذ و یا افزایش اخذ مالیات و عوارض از کالاها و خدمات آسیب‌رسان نظیر سیگار و قلیان، شیرین‌کننده‌ها یا شورکننده‌ها و سمومی که آلودگی هوا را در پی دارند به عنوان راهکاری جهت رفع مشکلات مرتبط با منابع مالی حوزه سلامت یاد می‌کنند که

ضعف مدیریت در وزارت بهداشت و وزارت رفاه را دلیل اصلی ناکامی طرح دانست. البته این انتقادات بی‌پاسخ نمانده و مسئولان وزارت بهداشت و وزارت رفاه در مناسبت‌های مختلف نسبت به آن واکنش نشان داده‌اند. به عنوان مثال، وزیر بهداشت در اواخر اردیبهشت ۱۳۹۵، در یک برنامه تلویزیونی ضمن برشمردن نتایج مثبت طرح تحول سلامت، خطاب به منتقدان یادآوری نمود که پیش از اجرای این طرح، بسیاری از مردم حتی با فروختن اثاث منزل خود نیز نمی‌توانستند هزینه خدمات درمانی و دارو را تأمین نمایند. وی ضمن تأکید به زمان‌بر بودن اقدامات اصلاحی، از منتقدان و صاحب‌نظران خواست منصف بوده و از ارسال پیام‌های ناامیدکننده به مردم خودداری کنند؛ ضمن اینکه با اشاره به انجام نظرسنجی‌های مرتب سه‌ماهه از سوی صدا و سیما، وزارت اطلاعات، خبرگزاری جمهوری اسلامی و مرکز آمار ایران در خصوص عملکرد دولت، اعلام نمود که میزان رضایتمندی مردم از این طرح هیچ‌گاه کمتر از ۷۰ درصد نبوده است. بر اساس گزارش مسئولان وزارت رفاه و وزارت بهداشت، با اجرای طرح تحول سلامت تا کنون حدود ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور که عمدتاً از اقشار آسیب‌پذیر حاشیه‌نشین و کارگران فاقد قرارداد بوده‌اند، تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفته‌اند. میزان افرادی که در حال حاضر به دلیل تأمین هزینه‌های درمان به زیر خط فقر سقوط می‌کنند ۰/۴ درصد در مناطق شهری و ۱/۴ درصد در مناطق روستایی است؛ در حالی که همین ارقام در دوره پیش از اجرای طرح برای مناطق شهری ۴ درصد بود که بیانگر کاهش ۱۰ برابری است. آن دسته از هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی نیز نسبت به دهه گذشته در شهرها از ۴/۵ درصد به ۲/۲ درصد کاهش یافته است. در طول دو سال از اجرای طرح، مراجعه به بیمارستان‌های دولتی نیز حدود ۴ درصد افزایش یافته است که طبق اعلام مسئولان وزارت بهداشت، ۱/۳ درصد آن ناشی از افزایش جمعیت؛ ۱/۳ درصد به خاطر افزایش آموزش متخصصان و نوسازی تجهیزات؛ ۰/۹ درصد به دلیل پیرشدن جمعیت و ۱ درصد هم به علت افزایش بیمار بوده است. البته در این میان، معضل پوشش خدمات پزشکی در مناطق روستایی هنوز به طور کامل حل نشده است، چنانکه چندی پیش معاون بهداشت وزارت بهداشت ضمن اشاره به ۳ برابر شدن دستمزد پزشکان در روستاها، از تداوم مشکل پوشش لازم پزشکی در برخی مناطق خبر داد.

البته برخی از این راهکارها نظیر مالیات بر سیگار تا حدودی اجرایی شده‌اند و سایر موارد نیز با توجه به ساختار و شرایط خاص اقتصادی در کشور به دشواری قابل تحقق هستند. همچنین تعدادی از کارشناسان حوزه سلامت، اولویت یافتن امر درمان بر بهداشت و پیشگیری را یکی دیگر از مهمترین کاستی‌های طرح تحول در نظام سلامت عنوان کرده‌اند. البته در گام‌های بعدی طرح، برخی اقدامات در این خصوص نیز انجام شده است که از آن جمله می‌توان به اطلاع‌رسانی‌های مسئولان وزارت بهداشت درباره استانداردهای مواد غذایی اشاره کرد؛ هرچند این اقدامات در مقایسه با اجرای قدرتمند گام‌های پیشین نظیر افزایش نرخ تعرفه‌های خدمات یا نظارت کارآمدتر بر نحوه خدمات‌رسانی پزشکان، از نتیجه‌بخشی کافی برخوردار نبوده‌اند.

در اواخر اردیبهشت سال جاری، وزیر سابق بهداشت در اظهاراتی نتایج طرح تحول سلامت را بر خلاف شعارهای وزیر بهداشت دانسته و حتی ادعا کرد پرداختن مردم برای هزینه خدمات افزایش یافته است. وی با تأکید بر اهمیت اجرای پزشک خانواده، آن را تکلیفی قانونی و راهکاری برای برون‌رفت از مشکلات مرتبط با کمبود اعتبار دانست. در آخرین مورد از اعتراض‌های درون‌صنفي به نحوه اجرای طرح تحول سلامت، رئیس نظام پزشکی استان مازندران در اواخر اردیبهشت سال ۱۳۹۵ طی نامه‌ای سرگشاده، از توقف عملی طرح تحول خبر داده و خواستار قطع «همکاری منفعلانه» نظام پزشکی و وزارت بهداشت شد. وی

هم‌اکنون مواردی نظیر تأخیرهای چندماهه در پرداخت هزینه‌ها از سوی صندوق‌های بیمه‌ای و تأمین اجتماعی، تأخیر در تدوین و انتشار اطلاعات حساب‌های ملی سلامت برای محاسبه دقیق پرداختی مردم و دولت، شمول هرچه بیشتر طرح تحول به خدمات هزینه‌بر نظیر دندان پزشکی و نیز افزایش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، حل مسئله شکاف درآمدی بین پزشکان و سایر کادر درمانی و پروژه پرونده الکترونیک سلامت برای ایرانیان از مسائل اصلی طرح تحول سلامت به شمار می‌آیند.

که به طور معمول تا چند ماه به درازا می‌کشد، به اندازه‌ای جدی شده است که مسئولان وزارت بهداشت در ماه‌های اخیر به کرات ضمن انتقاد از تأخیر بیمه‌ها در تخصیص مبالغ دریافتی از بیمه‌شدگان به بخش خدمات درمانی، این موضوع را قابل شکایت در مراجع قانونی دانسته و به عنوان یک راه حل، خواستار تجمیع بیمه‌ها شده‌اند تا به این وسیله بیمارستان‌ها از سرگردانی میان طرح‌های مختلف بیمه‌ای نیز رهایی یابند.

چندی پیش وزیر بهداشت 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 کند تا در بخش‌های دیگر هزینه نشود. در مقابل دبیر شورای عالی بیمه درمان کشور و معاون رفاه اجتماعی وزارت کار نیز، 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 ۱۳۵۰ 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

با توجه به اینکه پزشکان مستقیماً با
جان انسان‌ها سر و کار دارند، رعایت
اصول اخلاقی در این حرفه اهمیت بسیار
زیادتری یافته است و پزشکان همواره از
دو جنبه حرفه‌ای و اخلاقی مورد توجه و
قضاوت افکار عمومی قرار دارند.

چالش سازمان‌های بیمه‌ای و وزارت بهداشت

نحوه مدیریت و نیز رابطه بیمه‌ها، به‌ویژه سازمان تأمین اجتماعی با وزارت بهداشت و بخش‌های مختلف فراهم‌کننده خدمات درمانی نظیر داروخانه‌ها و آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی از موضوعات دیرپای حوزه سلامت بوده است که همزمان با تحولات اخیر در نظام سلامت کشور، زمینه‌های تازه‌ای از چالش‌ها را برای این بخش ایجاد کرده است. تأخیر در پرداخت دیون سازمان‌های بیمه‌ای



در هر حال به نظر می‌رسد هر گونه تغییر و تحول ساختاری در نظام بیمه‌ای کشور نیازمند مطالعه کافی و توجه به سابقه تحولات دیگر است. از اقدامات دستوری که با موفقیت همراه نبوده است می‌توان به صندوق بازنشستگی کارکنان صنعت فولاد اشاره کرد که به‌رغم اختصاص بخشی از منابع صندوق‌های تأمین اجتماعی و صندوق بیمه روستاییان و عشایر به آن صندوق، مشکلات آن حل نشده و مستمری بازنشستگان فولاد گاه با تأخیر سه‌ماهه پرداخت می‌شود.

اخلاق پزشکی و سهل‌انگاری‌های بیمارستانی

اگرچه توجه به اخلاق در همه شئون زندگی و نیز کسب و کارها امری انکارناپذیر است، اما با توجه به اینکه پزشکان مستقیماً با جان انسان‌ها سر و کار دارند، رعایت اصول اخلاقی در این حرفه اهمیت بسیار زیادتری یافته است و پزشکان همواره از دو جنبه حرفه‌ای و اخلاقی مورد توجه و قضاوت افکار عمومی قرار دارند. موضوعاتی نظیر درآمد بالای پزشکان در مقایسه با سایر اقشار تحصیلکرده جامعه، کم‌توجهی به وضعیت درآمدی بیماران هنگام درخواست دستمزدهای جراحی، عدم رعایت اصول حرفه‌ای و اهمیت قائل‌نشدن به سلامت بیماران که ممکن است در اشکالی نظیر نبود دقت در نوشتن نسخه‌ها نمود یابد، از جمله تصوراتی است که دست کم در اذهان تعداد قابل‌توجهی از شهروندان نسبت به پزشکان و شاغلان حوزه خدمات درمانی وجود دارد. شرایط و ذهنیت‌های فوق سبب می‌شود که شهروندان با مشاهده شکاف درآمدی زیاد میان خود و این قشر از جامعه، تصویری مادی‌گرا از پزشکان به دست آورده و در اغلب رویدادها، پیش‌داوری‌های منفی نسبت به پزشکان داشته و یا هنگام مواجهه با تخلف تعداد معدودی از پزشکان، به سرعت کل جامعه پزشکی را محکوم نمایند. این امر به اندازه‌ای جدی است که گاه برخی مسئولان ارشد و یا علمای عظام نیز ضمن واکنش به وضعیت ارائه خدمات پزشکی، رعایت اخلاق حرفه‌ای، انسانی و اسلامی را در این حوزه خواستار می‌شوند که به عنوان تازه‌ترین نمونه می‌توان به اظهارات وزیر رفاه اشاره کرد که در اواخر اردیبهشت ۱۳۹۵ از اخلاق به عنوان گوهر گمشده در کشور یاد کرده و اخلاق عمومی را مکمل طب عمومی دانست. باید توجه داشت که گسترش فزاینده شبکه‌های اجتماعی باعث شده است که امر اطلاع‌رسانی در این گونه موارد بسیار

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 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 ایران) به عنوان حق بیمه، و احتمال فراموشی بدهی‌های سابق دولت به سازمان تأمین اجتماعی را از جمله دلایل مخالفت خود عنوان می‌کنند، به‌ویژه که در زمان دولت‌های نهم و دهم نیز به‌رغم افزایش چشم‌گیر درآمدهای نفتی، این امر محقق نشده است که یکی از پیامدهای آن کسری بودجه ۸ هزار میلیارد تومانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۴ بود.

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. در همین ارتباط، وزیر رفاه در سال پیش از پیگیری بیمه اجتماعی فراگیر خبر داده بود که به عنوان راهی برای ارتقاء عدالت اجتماعی و کاهش فقر می‌بایست از اوایل سال ۱۳۹۵ مورد اجرا قرار می‌گرفت که هنوز خبری در این مورد منتشر نشده است.

سریع و گسترده صورت گرفته و لاجرم واکنش‌ها و پیامدهای آن نیز گسترده باشد که نمونه‌هایی از آن را در سال گذشته در مواردی نظیر حادثه کشیدن بخیه یک کودک در خمینی‌شهر شاهد بودیم. از تازه‌ترین مواردی که در جامعه تحت عنوان قصور پزشکی مطرح شده است می‌توان به مرگ یک کودک ۲ ساله در بیمارستانی در یزد اشاره کرد که اواخر اردیبهشت ۱۳۹۵ و پس از گذشت چند ساعت از عمل ساده ختنه جان باخت. اگرچه در زمان نگارش مطلب، هنوز نظر پزشکی قانونی در این مورد اعلام نشده است، اما فوت این کودک به سرعت در فضای مجازی تحت عنوان قصور پزشکی بازتاب یافت. کما و مرگ مغزی دختری شش ساله پس از عمل جراحی لوزه در گرگان و عمل جراحی بر روی پای سالم یک پیرمرد اراکی به جای پای شکسته که به فوت وی انجامید و خودکشی یک بیمار در بیمارستان میلاد تهران به علت منقضی شدن دفترچه بیمه و ناتوانی از پرداخت هزینه بیمارستان از تازه‌ترین موارد قصور پزشکی در کشور به شمار می‌روند.

در این خصوص نکته قابل تأمل این است که بر اساس تعرفه‌های سال ۱۳۹۵، هزینه ثبت شکایت از پزشکان ۱۶۰ هزار تومان است که شاکیان باید برای رسیدگی به پرونده‌شان به پزشکی قانونی پردازند. مهم‌تر اینکه در صورتی که بیماران به حکم کمیسیون پزشکی اعتراض داشته باشند برای رسیدگی به اعتراض‌شان باید بار اول ۲۲۰ هزار تومان و بار دوم ۳۵۰ هزار تومان پرداخت نمایند. روشن است که بسیاری از بیماران کم‌بضاعت ممکن است امکان پرداخت این مبلغ را نداشته و از شکایت‌شان صرف نظر کنند. اگرچه استدلال مسئولان نظام پزشکی و دادگاه رسیدگی به تخلفات پزشکی نیز مسموع است که در صورت حذف مبلغ مزبور ممکن است آمار شکایت‌ها بسیار بالا برود و تعدادی از نزدیکان بیمار به امید دریافت دیه، پزشکان را مورد اتهام قرار دهند، اما اولاً همین تصور جامعه پزشکی از واکنش احتمالی مردم نشانه‌ای از عدم اعتماد متقابل و تعامل غیرسازنده بین بیماران و پزشکان بوده و از سوی دیگر، در هر حال محل اصل عدالت در مواردی است که احتمالاً حق با بیماران بی‌بضاعت بوده است. از طرف دیگر باید توجه داشت که غلبه سازوکارهای دیوانسالارانه و یا هزینه‌بر می‌تواند خانواده بیمارانی را که ظن قصور پزشکی داشته و از رسیدگی قانونی به شکایت‌شان ناتوان یا ناامید هستند،

به سمت برخورد‌های شخصی سوق دهد. در تازه‌ترین نمونه از این موارد، در اردیبهشت ۱۳۹۵، همراهان یک بیمار فوتی در استان ایلام پزشک جراح وی را مورد ضرب و شتم قرار دادند، در حالی که بنا به گفته مسئولان بیمارستانی، وی همه تلاش خود را برای بهبود بیمار انجام داده بود. بروز چنین برخوردهایی و یا قوانین سخت‌گیرانه همچنین ممکن است موجب هراس پزشکان از عوارض احتمالی برخی جراحی‌ها شده و امنیت سلامت بسیاری از بیماران را به خطر اندازد.

البته باید در این میان به رویدادهای مثبت حوزه سلامت نیز اشاره شود. در تازه‌ترین مورد، در فروردین ۱۳۹۵ تصویری مربوط به دست‌نویس یک پزشک متعهد تبریزی در فضای مجازی منتشر شد که با درج یک یادداشت و شماره خود در پشت نسخه بیمار بی‌سواد و کم‌بضاعت خود، از متصدی داروخانه خواسته بود بدون جلب توجه بیمار، هزینه داروها را از پزشک دریافت کند. بدیهی است که چنین رویدادهایی در شرایط حساس کنونی، نقشی انکارناپذیر در ترمیم اعتماد میان پزشک و بیمار ایفاء می‌کند.

سلامت روانی و روند نگران‌کننده خودکشی‌ها

حفظ و ارتقای شاخص‌های مربوط به سلامت روانی یکی از مهمترین کارویژه‌های نهادهای اجتماعی و نیز حوزه خدمات سلامت می‌باشد چرا که هرگونه اختلال در آن، به جز آسیب‌های فردی، تبعات اجتماعی جدی نیز به دنبال دارد. اختلال در سلامت روانی، منجر به کاهش آستانه

همین آمار در برخی استان‌های کشور نظیر ایلام، بسیار بالاتر از میانگین‌های جهانی است. صرف نظر از آمار خام خودکشی‌ها، ش‌یوه اقدام به خودکشی نیز می‌تواند در بردارنده پیام‌های زیادی برای سیاست‌گذاران باشد. به نظر می‌رسد در ماه‌های اخیر تعداد خودکشی‌هایی که از آنها تحت عنوان خودکشی اعتراضی یاد می‌شود، افزایش یافته است. خودکشی یک بیمار در بیمارستان میلاد تهران، خودکشی یک مرد در تهران به خاطر عدم توانایی در درمان چشم خود و هراس از کوری، اقدام به خودکشی ناموفق یک جوان در یکی از میادین اصلی تهران، خودکشی یکی از دانشجویان دانشگاه شیراز، خودکشی یک دانشجوی دیگر در دانشگاه سمنان جزو مواردی بوده‌اند که در اردیبهشت سال جاری رخ داده‌اند.

از نظر بسیاری از روان‌شناسان و جامعه‌شناسان، خودکشی در مکان‌های عمومی نظیر مترو، بیمارستان، دانشگاه و خیابان‌های اصلی و شلوغ در واقع در بردارنده پیامی برای عموم است.

از نظر بسیاری از روان‌شناسان و جامعه‌شناسان، خودکشی در مکان‌های عمومی نظیر مترو، بیمارستان، دانشگاه و خیابان‌های اصلی و شلوغ در واقع در بردارنده پیامی برای عموم است. اعتراض و یا درماندگی احتمالی این افراد به اندازه‌ای جدی است که ظاهراً در اغلب موارد، حتی یادداشتی نیز از

تحمل در جامعه شده و پدیده خشونت را افزایش می‌دهد که در اشکالی نظیر نزاع و قتل بروز یافته و در صورت عدم مواجهه اصولی با آن، می‌تواند به نوعی از فروپاشی پنهان اجتماعی منجر شود. در سال‌های اخیر بسیاری از مسئولان وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، نمایندگان مجلس و نیز صاحب‌نظران و کارشناسان نسبت به آمار تأمل‌برانگیز بیماری روانی در کشور هشدار داده‌اند. خودکشی یکی از آخرین اقداماتی است که یک انسان ممکن است در نتیجه عدم سلامت روانی و یا ناتوانی در تحمل بار مشکلات زندگی به آن دست بزند. به علت فقدان نظام آماری جامع و دقیق در کشور، ملاحظات مختلف اجتماعی و سیاسی مرتبط با پدیده خودکشی و نیز نگرش منفی اکثریت جامعه نسبت به آن، دستیابی به آمار خودکشی‌های موفق و ناموفق امری دشوار و یا غیرممکن است.

در اردیبهشت ۱۳۹۵، رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور از خودکشی ۴۰۲۰ نفر در سال ۱۳۹۴ خبر داد که در مقایسه با آمار ۴۰۹۵ نفری سال ۱۳۹۳، نزدیک به ۲ درصد کاهش نشان می‌دهد.

با توجه به رتبه‌های جهانی، ایران از نقطه نظر آمار خودکشی وضعیت نامطلوبی نداشته و وضعیت آن دست کم از ۱۲۰ کشور جهان و حتی کشورهای نظیر کره جنوبی بسیار بهتر است، اما به دلیل نهمی شدید دینی و سنتی، همین میزان از خودکشی نیز باید جدی گرفته شده و اقدامات فوری برای کاهش آن انجام گیرد. از سوی دیگر باید توجه داشت که اگرچه آمار خودکشی در ایران نسبت به میانگین‌های جهانی پایین است، اما



با تداوم اقدامات کم‌هزینه‌تر اما پربازده، نظیر کمپین شهروند سالم بر بیلبردهای تبلیغاتی سطح شهرها، ارتقای سطح آگاهی مردم نسبت به خدمات ضروری و مدیریت توقعات و انتظارات و پیشبرد پزشک خانواده که همه شئون زندگی افراد را در بر گرفته و امر بهداشت و پیشگیری را نیز در دستور کار قرار می‌دهد، ضمن صرفه‌جویی در هزینه‌ها، تا حدودی به اهداف خود در حوزه سلامت نیز جامه عمل بپوشاند. در خصوص سلامت روانی هم، دولت می‌تواند با تسریع در تعریف جامع خدمات مشاوره‌ای و خارج کردن تعرفه‌های مشاوران از انحصار به مشاوره‌های تحصیلی، شغلی و خانوادگی، ضمن فراهم کردن زمینه مراجعه شهروندان به مشاوران، استفاده از خدمات روان‌پزشکی و دارویی صرف را نیز کاهش دهد.

خود بر جای نمی‌گذارند. همچنین نسبت جنسی تلفات ناشی از خودکشی نیز می‌تواند نشانه‌ای دیگر از این امر باشد که بسیاری از این موارد حاصل فشارهای اجتماعی و اقتصادی بوده‌اند. بر اساس اعلام رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور، در سال ۱۳۹۴ از کل تلفات خودکشی در کشور ۲۸۸۷ نفر مرد و ۱۱۳۳ نفر زن بودند.

در سال‌های اخیر الگوی شهری-روستایی خودکشی کنندگان نیز دچار تغییر شده است به طوری که بنا به اعلام مدیر کل اداره سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت (اردیبهشت ۱۳۹۵)، در حالی که تا سال ۱۳۹۱، حدود ۲۰ درصد خودکشی‌ها در مناطق روستایی و ۸۰ درصد آنها در مناطق شهری روی می‌داد؛ این رقم در سال‌های ۱۳۹۳ و ۹۴ تغییر یافته، و هم‌اکنون ۳۰ درصد خودکشی‌ها در مناطق روستایی و ۷۰ درصد در مناطق شهری رخ می‌دهد. اگرچه بر اساس آمارها، شایع‌ترین سطح تحصیلی در میان خودکشی‌کنندگان مقطع دیپلم بوده و افراد دارای مدرک فوق‌لیسانس و یا بالاتر تمایل کمتری به خودکشی نشان داده‌اند، اما دور از ذهن نیست که در صورت تداوم مشکلات اقتصادی و بالا رفتن نرخ بیکاری در میان تحصیل‌کردگان دانشگاهی، آمار اقدام به خودکشی در میان این قشر نیز فزونی گیرد، همانطور که بر اساس آمارها، از سال ۱۳۹۲ میزان خودکشی در میان متأهلان افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری

وضعیت کلان حوزه سلامت در کشور، اگرچه در سال‌های اخیر با بهبودها و پیشرفت‌های انکارناپذیری مواجه بوده است، اما چالش تأمین مالی طرح تحول نظام سلامت، به‌ویژه به دلیل افزایش ناگهانی تعرفه خدمات پزشکی، به یک نگرانی جدی تبدیل شده است. با اینکه شاید ادامه طرح تحول در نظام سلامت به اندازه مراحل آغازین آن به منابع مالی نیاز نداشته باشد، اما با توجه به تداوم کاهش درآمدهای دولت، طرح مزبور می‌تواند کارکردی معکوس یافته و به یکی از نقاط آسیب‌پذیر دولت تبدیل شود؛ چرا که این طرح از یک سو با اقتضای کم‌درآمد جامعه سر و کار دارد و از سوی دیگر، خود دولت نیز تاکنون درباره این طرح تبلیغات گسترده‌ای انجام داده است. به نظر می‌رسد دولت خواهد توانست

