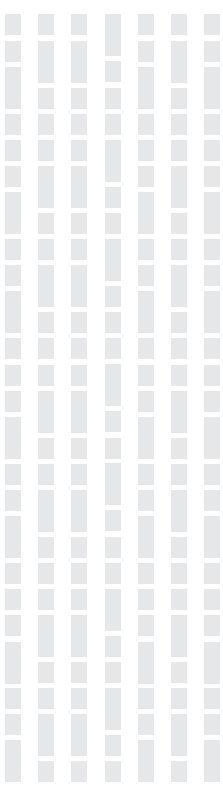


فرهنگیان

<div><div>‏</div><div><div>‏</div></div></div> چهارشنبه ۲۳ خرداد ۱۴۰۳
<div><div>‏</div><div><div>‏</div></div></div> شماره ۴۱۶۰
<div><div>‏</div><div><div>‏</div></div></div> www.fdn.ir
<div><div>‏</div><div><div>‏</div></div></div> FARHIKHTEGANDAILY



مدیرمسئول:

■ محمدامین ایمانجانی

قائم‌مقام مدیرمسئول:

■ مسعود فروغی

سردبیر:

■ محمد زعیم‌زاده

تلفن و فکس:

■ ۶۲۹۹۹۴۹۵ (۰۲۱)

کدپستی:

■ ۱۱۳۵۶۳۳۸۱۶

چاپ:

■ چاپخانه دانشگاه آزاد اسلامی

نشانی:

■ خیابان حافظ،بایین‌ترازجمهوری

■ روی‌روی ساختمان‌پرس

■ ساختمان فرهیختگان،طبقه‌سوم

۱۶

«**فرهیختگان**» ۷ ابرچالش حوزه بهداشت و درمان را بررسی می‌کند

طبیب رومی خوام

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به‌عنوان حق همه مردم جامعه معرفی کرده است. در جهت دستیابی به این هدف، نظام‌های سلامت در دنیا با مشکلات متعددی مواجه هستند و کشور ایران همانند سایر کشورها نیز از این موضوع مستثنی نیست. در ادامه به برخی از چالش‌های حوزه سلامت در کشورمان اشاره شده است که به‌نظر می‌رسد کاندیداهای چهاردهمین دوره انتخابات ریاست‌جمهوری ضروری است دیدگاه یا برنامه خود را در خصوص این چالش‌ها و نحوه برون‌رفت از آنها بیان کنند.

■ معضل مهاجرت کادر درمان

یکی از چالش‌های حوزه سلامت، مهاجرت شغلی و بدتر از آن، مهاجرت جغرافیایی کادر درمان است. آمارها در این زمینه متفاوت و متناقض است. عباس عبادی، معاون پرستاری وزارت بهداشت در این زمینه گفته بود: «در تمام بخش‌های درمانی، با کمبود ۷۰ هزار نفری نیروی پرستاری مواجه هستیم». آبان ۱۴۰۲ محمد شریفی‌مقدم، دبیرکل خانه پرستار گفت: «در حال حاضر ۱۰۰ هزار پرستار در کشور کمبود داریم، که جان هزاران نفر را به خطر انداخته است؛ چراکه کمبود پرستار به‌طور مستقیم با سلامتی بیماران در ارتباط است.» براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی در بدترین شرایط در ازای هر هزار بیمار باید سه پرستار فعال باشند اما در ایران در ازای این تعداد بیمار ۱٫۶ پرستار وجود دارد. شریفی‌مقدم می‌گوید سالانه بیش از ۳ هزار پرستار از کشور مهاجرت می‌کنند. خردادماه ۱۴۰۲ حسین علی شهوپری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «در دو سال اخیر نزدیک به ۱۰ هزار پزشک که عمده آنها افراد متخصص و فوق تخصص بوده‌اند گزاهی گود استندینگ دریافت کرده‌اند و این می‌تواند رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی ما را در بسیاری از رشته‌ها در سال‌های آینده از نیروی انسانی خالی کند.»

■ مشکل کمبود پزشک

یکی دیگر از چالش‌های حوزه سلامت، کمبود پزشک است. سرانه پزشک در ایران نزدیک به ۱۳ نفر به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت است. درصورتی‌که این آمار در کشورهای پیشرو در حوزه سلامت بین ۳۰ تا ۵۰ است. همچنین سرانه پزشک متخصص در ایران ۵۹ پزشک به ازای ۱۰۰ هزار نفر است که این آمار برای کشورهای اروپایی عمدتاً بیش از ۲۵۰ تا ۳۵۰ نفر است. مورد دیگر، توزیع نامتوازن پزشکان است که برشدت این مساله در برخی از مناطق دامن زده است؛ به‌طوری‌که حدود ۴۵ درصد از پزشکان متخصص در شهر تهران با ۱۱ درصد جمعیت کشور حضور دارند. درحالی که برای افزون بر ۵۰ درصد جمعیت کشور که ساکن مناطق کم‌برخوردار هستند به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲۸ پزشک تعریف شده است. علاوه بر تشکیل صف برای بیماران یا عدم اختصاص وقت کافی برای ویزیت بیماران، کمبود پزشک باعث شده فشار کاری زیادی برای پزشکان مراکز درمانی دولتی ایجاد شود که ماحصل آن، بعضاً اتفاقات تلخی همچون سکنه و فوت کادر درمان بوده است. رئیس کل سازمان نظام پزشکی درخصوص خودکشی چند نفر از کادر درمان در

سال ۱۴۰۲ می‌گوید: «قطعا فشار کاری زیاد و رسیدگی‌های ناکافی نقش مهمی در بروز این اتفاق تلخ دارد.»

■ سهم بالای هزینه‌های درمان در سبد خانوار

چالش سوم در حوزه درمان، سهم بالای هزینه‌های درمان در سبد هزینه‌های خانوار است، به‌طوری‌که هزینه بهداشت و درمان پس از هزینه مسکن و هزینه‌های خوراکی با سهم بیش از ۹ درصدی در سال ۱۴۰۱ و سهم ۱۰ درصدی در سال‌های کروپایی، ازجمله هزینه‌های بزرگ در سبد هزینه خانوار است. « نکته قابل تامل اینکه به‌رغم اجرای طرح تحول سلامت و طرح‌های کاهش هزینه‌های پرداختی خانوار، سهم بخش بهداشت و درمان از کل هزینه‌های سبد خانوار بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۴۰۱ از ۸٫۴ درصد به ۱۱ درصد تا سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و ۹٫۱ درصد در سال ۱۴۰۱ رسیده است. به عبارتی، درحالی که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم اجرای طرح تحول نظام سلامت برای بهبود سیستم‌های سلامت کشور و از بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد، اما این طرح که با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا می‌شود، نتوانسته اثر قابل توجهی بر کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایرانیان بگذارد. با توجه به هزینه‌های چشمگیر دولت در بخش درمان، به نظر می‌رسد دلیل بالا بودن هزینه‌های بهداشتی و درمانی به‌ویژه در سال‌های اخیر، جهش‌های ارزی باشد که باعث شده هزینه خانوار به‌ویژه در بخش دندان، تجهیزات پزشکی و اقلام وارداتی به شدت افزایش یابد. البته این صرفاً بخشی از مشکل است. طبق داده‌های مرکز آمار از حساب آقماری بخش سلامت، در سال ۹۸ بیش از ۲۷ درصد از هزینه‌های سلامت در کشور، به صورت پرداخت مستقیم از جیب خانوار بوده است. البته این مقدار در سال ۱۳۸۱ حدود ۵۱ درصد بوده و تا سال ۱۳۸۹ به ۵۷ درصد رسیده. در سال‌های پیش از اجرای طرح تحول سلامت سهم پرداختی از جیب خانوار برای سال‌های ۱۳۹۰، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ترتیب ۵۴، ۵۳ و ۴۶ درصد بوده است. پس از اجرای طرح تحول سلامت سهم پرداختی از جیب خانوار در سال اول اجرای طرح یعنی سال ۱۳۹۳ به ۳۹ درصد، در سال دوم به ۳۷، در سال سوم به ۳۴ و تا سال ۱۳۹۶ به ۳۱ درصد رسیده است. این میزان در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ و ۳۸ و ۳۷ درصد رسیده است. براساس داده‌های مرکز آمار ایران، کشورمان با درصد ۳٫۷۳ پرداخت مستقیم از جیب مردم از بین ۱۵۰ کشور مورد ارزیابی، رتبه ۵۰ را به‌لحاظ بالا بودن سهم خانوار از هزینه پرداختی کسب کرده است.

■ مشکل بیمه‌ها

گزارش رسمی مرکز آمار ایران از حساب آقماری بخش سلامت نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۸ از مجموع هزینه‌های حوزه سلامت، خانوارها با پرداخت ۳۷٫۳ درصدی، در رتبه اول قرار دارند. دولت مرکزی (دولت نهادهای انقلابی و نظامی) با پرداخت ۲۶ درصد، تأمین اجتماعی و بیمه سلامت ۲۲ درصد، بیمه‌های تکمیلی ۸ درصد، بانک‌ها با یک و شهرداری‌ها با کمتر از نیم درصد و دزنفیات سایر شرکت‌های بخش خصوصی ۶ درصد از کل، بالاترین سهم‌ها را در پرداخت هزینه‌های سلامت در کشور بر دوش دارند.

خطر مهاجرت شغلی پزشکان جدی‌تر از مهاجرت جغرافیایی

مدیریت کسب‌وکار پزشکان با قوانین دوره قاجار

شریف برای دکترای اقتصاد دانشگاه علامه طباطبایی وجود ندارد؟ یا سوال دیگر اینکه آیا مناطق محروم به‌مدنس، معلم و حتی مدیریت صنعتی نیاز ندارند؟

■ چرا هنوز به عدالت درمانی نرسیده‌ایم؟

نوریه با بیان اینکه همیشه امنیت و سلامت در کشورهای مختلف با هر نظام حاکمیتی مهم است، عنوان می‌کند: «۳۰ سال قبل متولیان نظام سلامت به این نتیجه رسیدند که برای دسترسی مردم به خدمات درمانی در مناطق محروم، باید طرح اجباری گذاشته شود و بعد از نزدیک به ۴ دهه وضعیت هنوز همان است. یک علامت سوال بزرگ با این شرایط ایجاد شده، اینکه با همه ادعاها در حوزه پیشرفت سلامت و درمان، چرا هنوز نتوانسته‌ایم عدالت سلامت و درمان را در مناطق محروم ایجاد کنیم و باید طرح اجباری ادامه داشته باشد؟» او به تناقض در برخورد با دانشجویان مناطق محروم و دیگر شهرهای کشور هم اشاره می‌کند: «چند سال پیش برای مناطق محروم از متولدان همان مناطق، سهمیه‌ای در نظر گرفتند و از آنها تعهد گرفتند که بعد از پایان دوره عمومی و تخصصی در بهترین دانشکده‌های علوم پزشکی ایران، دوباره به همان مناطق برگردند. در این شرایط دانشجوی مناطق محروم اگر رتبه ۴ هزار هم می‌داشت، می‌توانست روی کرسی بنشیند که رتبه زیر هزار نیاز داشت. قرار هم بود سه برابر مدت تحصیل در منطقه محروم خدمت کند. اما مجلس یازدهم تعداد سال‌های این تعهد را کم کرد و از ۱۲ سال به هفت سال رساند. دلایلش را هم کسی نمی‌داند و حالا این سوال مطرح است که چرا تمهید رفتن به مناطق محروم برای پزشکی که با رتبه زیر هزار مجوز ورود به دوره پزشکی یک دانشگاه با رتک بالا را دریافت کرده الزامی است، اما برای کسی که با مجوز منطقه محروم هم‌کرسی آن دانشجویان شده با این امتیاز کاهش سال‌های خدمت را دارد؟»

■ حقوق پزشکان را نادیده می‌گیرند

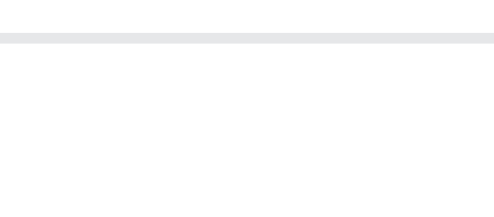
مشکل اما با پایان دوره طرح در مناطق محروم به نقطه پایان نمی‌رسد و اگر پزشک بخواهد به محل زندگی خودش برگردد و فعالیتش را ادامه دهد، باز هم ضوابط خاصی برای او در نظر می‌گیرند. این نکته دیگری است که نوریه به آن اشاره می‌کند و در توضیح بیشتر می‌گوید: «اگر پزشکی متولد تهران باشد و بخواهد بعد از پایان طرح به تهران برگردد و مجوز کار بگیرد، تازه یک مسیر جدید برای جمع کردن امتیاز دارد. تصمیم‌گیرندگان چنین ضوابطی به زعم خودشان تصور می‌کنند پزشکان با حضور در مناطق محروم چنین امتیازاتی را جمع خواهند

اینکه چرا سهم خانوار از هزینه درمانی بالاست، سوالی است که مرکز پژوهش‌های مجلس در گزارشی با عنوان «بررسی ارتقای نظام سلامت، تأمین مالی و بیمه سلامت در برنامه هفتم توسعه» به واکاوی این موضوع پرداخته است. در این گزارش آمده است که نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران طی چند دهه اخیر در راستای استقرار پوشش همگانی سلامت در کشور گام‌های مؤثری برداشته و در دو بعد پوشش جمعیتی و پوشش خدمات مدنظر سیاست پوشش همگانی سلامت به توفیقاتی رسیده اما در بعد پوشش هزینه‌ای کماکان شکاف‌ها و نواقصی مشاهده می‌شود. برخی از مهم‌ترین این رویه‌ها عبارتند از:

- تعداد زیاد صندوق‌های بیمه‌ای که به‌صورت جزیره‌ای عمل کرده و بعضاً از فرآیندهای متفاوتی تبعیت می‌کنند
- تعرفه‌گذاری خدمات سلامت غالباً بر مبنای چانه‌زنی به‌جای روش‌شناسی علمی و مبتنی بر شواهد
- جانمایی نامناسب بیمه‌های تکمیلی و حرکت آنها در عرض بیمه‌های پایه سلامت به‌عنوان بیمه مازاد هزینه بیمه پایه سلامت و نه در طول آنها به‌عنوان پوشش خدمات مازاد بر بسته پایه
- عدم پیش‌بینی جایگاهی برای نظام بیمه‌ای در تعیین قیمت داروها و تجهیزات پزشکی بسته بیمه پایه سلامت
- عدم استفاده کافی از معیارهای شفاف و علمی برای ورود/خروج خدمات به/از بسته بیمه پایه سلامت
- عدم استقرار کامل سطح‌بندی خدمات نظام ارجاع و پزشکی خانواده در کشور
- عدم رعایت مفاد ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در تعیین فرانشیز خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اقتصادی اجتماعی کشور برای دهک‌های درآمدی. صرفاً سه دهک اول درآمدی مشمول حذف فرانشیز شده‌اند (حکمرانی نامناسب بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت).
- بازار کنترل‌نشده بخش خصوصی و فقدان یک الگوی علمی برای مشارکت بخش عمومی و خصوصی سلامت
- تداوم اشتغال هم‌زمان ارائه‌دهندگان در بخش دولتی و خصوصی به‌رغم وجود قوانین مربوطه

■ معضل فرسودگی برخی زیرساخت‌ها

مرکز پژوهش‌های مجلس در گزارشی با عنوان «بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور، اعتبارات حوزه درمان» به چالش دیگری در حوزه درمان اشاره می‌کند. براساس این گزارش یکی از این چالش‌ها، فرسودگی بیمارستان‌هاست. طبق این گزارش تعداد ۳۷۰ بیمارستان وزارت بهداشت بالای ۲۵ سال قدمت دارند که از لحاظ ایمنی بیمار و ساختمان از جمله سربیس بهداشتی، تاسیسات، آسانسورها، تابلوهای برق، برق اضطراری، استریلیزاسیون مرکزی و… فرسوده هستند و نیاز به به‌ایمن‌سازی دارند. براساس اعلام وزارت بهداشت برای بازسازی بر بیمارستان به‌طور متوسط ۵۰ میلیارد تومان مورد نیاز است. بنابراین توجه به آمار تعداد بیمارستان‌های فرسوده کشور، در مجموع ۱۸ هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان بودجه برای ایمنی



کرد اما نکته اینجاست که تعدادی از این افراد قادر به رفتن به شهرهای امتیازآور نیستند. پرداخت‌های مالی هم در این مناطق به‌شدت نامناسب است و آمار معاش پزشکان را با مشکل مواجه می‌کند.»

او به نکته جالب تفاوت عجیب در شهرها هم اشاره می‌کند و ادامه می‌دهد: «به‌عنوان مثال، امتیاز سالانه در کرمانشاه ۳۰ است و در کیش ۱۴۰. سوال اینجاست که آیا کیش محروم‌تر از کرمانشاه است؟ و نکته عجیب اینکه، کسانی به کیش می‌روند که جزء خواص باشند و دانشجویان معمولی را در کیش قبول نمی‌کنند. کسی هم پاسخگو نیست.» این پزشک معتقد است با این شرایط پزشکان قید پروانه مطب را زده‌اند و اگر مایل به ادامه کار در امر طبابت هم باشند، فقط گزینه خصوصی را دارند که آن هم آسیب‌هایی دارد. او در توضیح بیشتر بیان می‌کند: «پزشکی که پروانه مطب در یک شهر را ندارد اگر بخواهد در کلینیک، درمانگاه یا بیمارستان خصوصی کار کند به جای پرداختی ۵۰-۵۰ یا ۷۰-۳۰ به نفع بخش خصوصی کار کند. قرارداد هم ندارند و به همین دلیل مزایای بیمه‌ای و شرایط کاری تأمین اجتماعی را نخواهد داشت. خود من در درمانگاهی کار می‌کردم که دزنفیات ۳۰ میلیون تومان مستخدم من را پرداخت نکردند، چون پروانه مطب تهران نداشتم.»

■ استناد وزارت بهداشت و مجلس به قوانین دوره قاجار

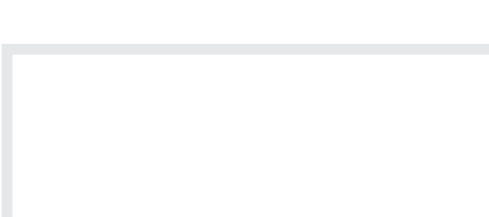
نوریه با بیان اینکه به تسهیل شرایط کسب‌وکار پزشکان در مجلس یازدهم و دولت سیزدهم دلخوش بودیم، اما سنگ اندازی‌های زیادی در این باره انجام شد، عنوان می‌کند: «این شرایط حتی مرکز پایش تسهیل کسب‌وکارها را هم تأمید کرده است. عجیب است که در این باره وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت مجلس هم به قوانین دوره قاجار استناد می‌کنند و دلیل‌شان از تداوم چنین شرایط خالی ماندن مناطق محروم از پزشکان است. اگر واقعاً چنین است چرا خود مسئولان و فرزندان‌شان

در این مناطق محروم حاضر نمی‌شوند و خدمت‌رسانی نمی‌کنند؟» او به افزایش مهاجرت‌های شغلی پزشکان هم اشاره می‌کند و می‌گوید: «تنها چیزی که اکنون می‌شنوم، داستان مهاجرت پزشکان است اما این بدیده اکنون رنگ باخته است. در حال حاضر آسیب‌های جدی‌تر از مهاجرت پزشکان وجود دارد و آن هم مهاجرت‌های شغلی برای جامعه پزشکی است. به‌عنوان مثال خرید سال‌های خدمت را برای دانشجویان علوم پزشکی آتقدر گران کرده‌اند که از توان این افراد خارج است، بنابراین آنها قید مهاجرت جغرافیایی را می‌زنند و مهاجرت شغلی را ترجیح می‌دهند. پزشکانی می‌شناسم که بعد از ۸ سال کار

بیمارستان‌های فرسوده به قیمت سال ۱۴۰۲ مورد نیاز است.

■ وضعیت نامطلوب خدمات دندانپزشکی

یکی دیگر از چالش‌های بخش سلامت، وضعیت نامطلوب خدمات دندانپزشکی است. براساس گزارش‌های رسمی، درحال حاضر بسیاری از افراد در کشور با مشکلات دهان و دندان رو به‌هستند، به‌طوری‌که برآورد شده شاخص DMFT که بیانگر مجموع دندان‌های فاسد، از دست داده شده و ترمیم‌شده از مجموع دندان‌هاست، در افراد بالغ ایرانی حدود ۱۳ است. خدمات دندانپزشکی گران‌قیمت بوده و این مساله در کنار فقدان پوشش بیمه‌ای کافی عاملی جهت عدم استفاده از خدمات دندانپزشکی است. براساس پیمایش هزینه به درآمد خانوار در سال ۱۳۹۹ خدمات دندانپزشکی ۱۶٫۷۳ درصد از پرداخت جیب را شامل می‌شود و در کنار دارو و خدمات بستری جزء تعیین‌کنندگان اصلی پرداخت از جیب خانوارها محسوب می‌شوند.



در این حوزه بی‌خیال ادامه فعالیت حتی در حوزه زیبایی شده‌اند و به دنبال تأسیس یک کافه و قلیان‌سرا در تهران هستند. عجیب است که برای یک پزشک، خریدن دو خودروی پراید و اجاره دادن آن برای کار به صرفه‌تر از فعالیت در حوزه طبابت است.»

■ مافیای راضی، پزشکان ناراضی

نوریه معتقد است که در ایجاد شرایط بغرنج و عدم شفافیت فعلی تسهیل کسب‌وکار پزشکان، مافیایی وجود دارد که از چنین وضعیتی احساس رضایت دارد، چون برای تمام کسب‌وکارها تسهیل رخ می‌دهد اما برای پزشکان همچنان همان سختگیری‌های عجیب‌وغریب باقی مانده و منجر به تضییع حقوق جوانان این کشور است. او ادامه می‌دهد: «در این باره حتی سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت هم شفاف‌سازی نمی‌کنند و زیر بار آمار دادن نمی‌روند و حتی سهمیه مناطق محروم را پنهان می‌کنند. دلایلش هم این است که یک آقازاده سهمیه مناطق محروم، به‌عنوان مثال مدرک گوش و حلق و بینی دارد و باید به منطقه خودش برای خدمت برگردد اما اکنون در تهران جراحی زیبایی انجام می‌دهد و کسی هم پیگیری این موارد نیست.»

■ حقوق پزشکان در کاجا آباد

فدراسیون فوتبال به تاگی اعلام کرده اگر باشگاه‌ها امکانات حداقلی نداشته باشند، لیگ آینده شروع نخواهد شد. این نکته دیگری است که نوریه به آن اشاره می‌کند و در مقایسه با وضعیت پزشکان می‌گوید: «ما در حوزه نظام سلامت و آموزش پزشکی اندازه فوتبال نیستیم که حداقل‌ها را داشته باشیم. آقایان کاری کرده‌اند که کلاس‌های آموزش پزشکی در برخی مناطق در پارکینگ‌ها برگزار می‌شود. عجیب اینکه خروجی این کلاس‌ها باعث شده برخی پزشکان حتی قادر به خواندن نوار قلب هم نباشند. در پاسخ به چرایی این وضعیت هم عنوان می‌کنند به آنها هیچ آموزشی در این باره داده نشده است.» او تأکید می‌کند: «یک نکته را هیچ زمانی نباید فراموش کرد یا نادیده گرفت. این پزشکان زاده همین سرزمین هستند و مردم را دوست دارند. استناد، این روزها کورناست که در نبود ماسک و تجهیزات حفاظتی، در سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو می‌کردند. پزشکان جوان در آن دوران پای کار بودند و از جان‌شان گذشتند. هیچ بیماری نیست که در نظر پزشکان به‌عنوان پدر و مادر فرزند خودشان یا انسانی که نیازمند کمک باشد، در نظر گرفته نشود. اما عده‌ای هستند که می‌خواهند مردم را در حوزه‌های مختلف به‌جان هم ببندازند و در حوزه درمان هم این اتفاق رخ داده و این ضوابط عجیب پزشکان را دلسرد کرده است.»