

حال ظهور این عرصه هم شناخته و برای رفع آن‌ها چاره‌اندیشی شود.

از چالش‌هایی که در سال‌های اخیر توجه خبرگان و سیاست‌گذاران سلامت و حتی خارج از بخش سلامت را به خود جلب کرده، نابرابری‌ها و تفاوت‌های ناشی از گذار به توسعه نامتوازن در نقاط مختلف جغرافیایی، دهک‌های مختلف درآمدی و طبقات اجتماعی، حتی در کشورهای پیشرفته جهان است که به‌هیچ‌وجه قابل‌اغماض نیست.

بر همین اساس، مهمترین سیاست دولت مردمی آیت‌الله رئیسی در حوزه بهداشت و درمان، محرومیت‌زدایی و دسترسی آسان و عادلانه همگانی به خدمات سلامت و در نتیجه آن، رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان این خدمات تعریف شده است. البته دستیابی به این سیاست کلان لوازم و مقدماتی دارد. از جمله این لوازم، تحقق عدالت آموزشی، درمانی و پژوهشی در عرصه علوم پزشکی، بازسازی و گسترش نظام شبکه بهداشت و درمان، تغییر رویکرد نظام سلامت از درمان‌محوری به پیشگیری‌محوری، حرکت به سوی خوداتکایی در تأمین دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی به‌واسطه حمایت هدمند از شرکت‌های دانش‌بنیان و سرانجام توزیع متوازن و عادلانه نیروی انسانی در بخش سلامت است.

در کنار این پیش‌نیازها، پیشگیری و مبارزه با فساد و تعارض منافع در نظام سلامت و همین‌طور کاهش خدمات کاذب و القایی، گسترش پوشش و توسعه حداکثری بیمه پایه سلامت، ارتقای کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی با اهتمام به نیازسنجی و پاسخگویی مستمر به اولویت‌های جامعه، تأمین منابع پایدار در حوزه سلامت و تجدید ساختار وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، از جمله پیش‌شرط‌های تحقق گفتمان و سیاست‌های دولت در بخش بهداشت و درمان یعنی دسترسی آسان، همگانی و عادلانه به خدمات سلامت شمرده می‌شود.

از اقدامات آتی وزارت بهداشت که می‌تواند بخش مهمی از این سیاست کلان را تحقق ببخشد، علاوه بر گسترش زیرساخت‌های سلامت، افزایش ظرفیت جذب دانشجوی پزشکی است که امسال به میزان ۲۰ درصد محقق شد. این ۲۰ درصد عمدتاً به مناطق محروم اختصاص پیدا می‌کند و می‌تواند بخشی از نارسایی‌ها را حل کند.

برای افزایش سهمیه جذب دستیاران رشته‌های تخصصی بومی هم امسال برای اولین بار به دانشگاه‌ها اختیار داده شد تا از مناطق محروم دستیاران بومی بگیرند. بومی بودن این دستیاران موجب ماندگاری آن‌ها در مناطق محروم خواهد شد تا به این‌ترتیب، یکی از مهمترین مشکلات این مناطق حل شود. یکی از مسائل ما در مناطق محروم بحث ماندگاری پزشکان متخصص است؛ بر همین اساس در خردادماه در شورای حقوق و دستمزد برای اولین بار تصویب کردیم که سقف کارانه دریافتی نیروی انسانی در مناطق محروم برداشته شود. این موضوع

موجب جذب و ماندگاری متخصصان در مناطق محروم خواهد شد. واقعیت این است که صرف اعزام نیروهای طرحی به مناطق محروم، مشکل این مناطق را حل نمی‌کند؛ چون نیروهای طرحی، یکی دو سال در مناطق محروم می‌مانند و سپس این مناطق را ترک می‌کنند، اما بومی‌ها، ماندگار می‌شوند.

اقدام مهم دیگری که برای افزایش دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت در دست اجراست، اجرای نظام سطح‌بندی خدمات و منابع درمانی است. براساس قانون برنامه ششم، نقشه راه درمان کشور تا سال ۱۴۰۴ ترسیم شده و منابع مالی به تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی به نحوی توزیع می‌شود که مناطق محروم در اولویت قرار گیرند.

یکی دیگر از شاخص‌های ارتقای عدالت در حوزه سلامت، حفظ کرامت بیماران خاص با تسهیل فرایندهای درمان و ارسال داروی مورد نیاز آن‌ها به درب منزل این بیماران است. خوشبختانه امسال مجلس برای ارائه خدمات مطلوب به بیماران خاص حدود ۵ هزار میلیارد تومان در نظر گرفته که به زودی تخصیص این اعتبارات انجام می‌شود و از سوی دیگر، اساسنامه صندوق بیماری‌های خاص در شورای عالی بیمه سلامت تصویب شده که در دستور کار هیئت‌دولت است و پس از تصویب، بیماران خاص شناسایی و خدمات مورد نیاز آن‌ها به شکلی رضایت‌بخش و توأم با آرامش و آسایش این بیماران به آنان ارائه خواهد شد.

■ **همواره یکی از اصول سیاست‌گذاری کلان در حوزه سلامت در کشور و برنامه توسعه، سیاست تقدم بهداشت بر درمان بوده است. آیا اجرای این سیاست به تحقق عدالت در حوزه سلامت در کشور کمک خواهد کرد؟**

یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های عدالت، امکان فعلیت یافتن استعدادهای بالقوه

از اقدامات آتی وزارت بهداشت که می‌تواند بخش مهمی از این سیاست کلان را تحقق ببخشد، علاوه بر گسترش زیرساخت‌های سلامت، افزایش ظرفیت جذب دانشجوی پزشکی است که امسال به میزان ۲۰ درصد محقق شد. این ۲۰ درصد عمدتاً به مناطق محروم اختصاص پیدا می‌کند و می‌تواند بخشی از نارسایی‌ها را حل کند

افراد در دهک‌های گوناگون و در اقصی نقاط کشور است. می‌دانیم که انسان سالم، محور پیشرفت کشور، و سلامت، لازمه شکوفایی استعدادها و حضور اشخاص در زمینه‌های مختلف رشد و رقابت است.

پس زمانی می‌توان وضعیت عدالت را بهبود بخشید که مردم به ویژه در مناطق کم‌برخوردار و دهک‌های پایین جامعه از حداکثر سلامت برخوردار باشند. دولت سیزدهم با همین هدف بر گسترش حداکثری شبکه سلامت تأکید دارد؛ چرا که این شبکه در سراسر کشور مراقبت‌های اولیه را انجام می‌دهد تا رویکرد «پیشگیری‌محوری» را جایگزین «درمان‌محوری» کند و در گام بعد حرکت از درمان‌بستری به سمت‌وسوی درمان سرپایی و حتی درمان در منازل تحقق یابد.

متأسفانه بسیاری از مردم و حتی نخبگان به درمان بیشتر از پیشگیری اهمیت می‌دهند؛ درحالی‌که درمان، مرحله شکست سلامتی است. ما اگر نتوانیم سلامت مردم را حفظ کنیم، به درمان نیاز خواهد شد. وقتی یک بیمار قلبی و عروقی نیاز به درمان پیدا می‌کند، در واقع بخش مهمی از سلامت خود را از دست داده است و با درمان نمی‌توان او را کاملاً به وضعیت پیش از بیماریش بازگرداند. بنابراین اگر از طریق شبکه‌های بهداشت و بهورزان، سلامت مردم را به طور دائم رصد کنیم، به مردم آموزش‌های دقیق و عملیاتی بدهیم و بر صنایع و محصولات غذایی نظارت هوشمند اعمال کنیم، می‌توان پیشگیری را در جامعه نهادینه و به تحقق عدالت در حوزه سلامت و دیگر عرصه‌ها کمک کرد.

■ **چگونه می‌توان عاملیت و مشارکت مردم را در حوزه سلامت در کشور ارتقا داد؟ به‌تعبیر دیگر، مردمی‌سازی حوزه بهداشت و درمان و مشارکت آنان برای تحقق سلامت در کشور چگونه میسر است؟**

سرمایه‌گذاری مردمی در موضوعات سلامت‌محور، سرعت دستیابی به اهداف و کیفیت امور را بیشتر می‌کند و دستاوردهای ماندگاری دارد. به همین دلیل باید دامنه مشارکت‌های مردمی را در مأموریت‌های وزارت بهداشت و درمان بسط داد. از طرفی سلامت دارای تعریف گسترده و پیچیده‌ای است که تضمین و بهبود آن جز با مشارکت هدمند مردم ممکن نیست.

برای مثال یکی از چالش‌های جدی در عرصه سلامت کشور سبک زیست ناسالم است که طیفی از بیماری‌ها را ایجاد کرده و سلامت خانواده‌ها و افراد را به خطر انداخته و نیاز است که شبکه سلامت در مسیر گسترش خودمراقبتی و اشاعه سبک زندگی صحیح بکوشند و دیدگاه‌های اشتباه مردم را اصلاح کنند. رویکرد دولت سیزدهم نیز سلامت «مردم‌محور» است؛ چرا که مسائل بهداشتی و اشاعه خودمراقبتی فعال بدون همراهی مردم نتیجه کاملی ندارد.

ویژه‌نامه



ایران

چهارشنبه
۲ شهریور ۱۴۰۱