

ریشه‌های بی عدالتی در سلامت The Roots of Injustice in Health

مراقبت‌های سرپایی بر بستری و مراقبت‌های بستری عمومی بر تخصصی؛ غفلت از اتخاذ رویکردهای مناسب، افراط در اختصاص منابع سلامت به بخش درمان بستری بیمارستانی، افزایش غیرضروری و بی‌رویه تخت‌های بیمارستانی و نظایر آن که مانع از توسعه کامل شبکه بهداشتی درمانی کشور خواهد بود.

۳. کم‌توجهی به رویکرد سلامت همه‌جانبه (سلامت جسمانی، اجتماعی، روانی و به‌ویژه سلامت معنوی اسلامی).

۴. عدم محاسبه شاخص‌ها بر حسب عوامل اجتماعی سلامت و بسنده کردن به رقم میانگین، که منجر به اشتباه در تفسیر و تحلیل می‌شود.

۵. تکیه نظام سلامت عمدتاً بر عوامل بیولوژیکی است، در حالی که عمده مشکلات سلامت مردم و جامعه مربوط به مسائل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و زیست محیطی است.

۶. ضعیف بودن فرهنگ و سواد سلامت افراد و جامعه و کمبود یا نبود برنامه‌های رسمی و مسئولانه برای ارتقای آن. تأثیر این عامل در اقشار محروم و آسیب‌پذیر بیشتر است و نقش آفرینی ضعیف آموزش و پرورش، صدا و سیما و سایر رسانه‌های عمومی و وسایل ارتباط جمعی در ارتقاء آن.

۷. بی‌اطلاعی یا کم‌اطلاعی اقشار محروم و ضعیف جامعه و بعضاً سایر دهک‌های درآمدی از حقوق سلامت خود و پذیرش مسئولیت‌های متقابل اجتماعی.

۸. ناکافی بودن آموزش‌های مستمر و توانمندسازی برای افزایش آگاهی، مهارت و انگیزه کارکنان سلامت در عرصه‌های ارتقاء سلامت، پیشگیری، غربالگری و سایر حیطه‌های ضروری (رویکرد برنامه‌های جاری سلامت محور و ارتقاء دهنده نیست).

۹. تبعیض در همه اشکال خود، از ریشه‌های بی عدالتی در سلامت است. که بعضی از مصادیق آن به شرح زیر است:

○ غفلت‌ها در حوزه تحکیم بنیان خانواده و ضرورت استفاده بیشتر از ظرفیت‌های بزرگ زنان با داشتن نقش‌های ارزشمندی هم‌چون مادری و همسری در تأمین، حفظ و ارتقاء و پاسخگویی به نیازهای سلامت کشور.

○ در حوزه عوامل اجتماعی، پائین‌تر بودن سطح تحصیلات، میزان اشتغال و دستمزدی که به خانم‌ها در قیاس با آقایان پرداخت می‌شود.

یکی از وظایف حاکمیتی کشورها تأمین، حفظ و ارتقای سلامت عادلانه و همه جانبه جامعه و افراد است. تأمین سلامت جامعه و ایجاد عدالت اجتماعی در این زمینه، یکی از دغدغه‌های رهبر معظم انقلاب، مجلس شورای اسلامی و دولت است که باید در نقشه راه سلامت کشور مورد توجه مدیران اجرایی قرار گیرد. اگرچه تلاش‌ها و دستاوردهای چهل ساله در نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران پیشرفت‌های عادلانه و مهمی را برای جامعه ایران اسلامی به ارمغان آورده است، هنوز موانع و مشکلات فراوانی برای تحقق آرمانی عدالت در سلامت وجود دارد. غفلت از نقش عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت (تحصیلات، اشتغال و درآمد کافی، محل زندگی، محل کار، شیوه تکامل دوران کودکی، توجه خاص به مسائل روانی و عاطفی کودکان، مسائل پرورشی فرزندان در خانواده و مهد کودک و مدرسه، آموزش، مسکن، محیط زیست، امنیت، ایمنی و کیفیت غذا و تغذیه، تفریحات، حمل و نقل عمومی، و حمایت اجتماعی ...) (منظور از عوامل اجتماعی سلامت شریاتی است که انسان در آن متولد شده، رشد کرده، زندگی می‌کند، کار و فعالیت دارد و پا به سن می‌گذارد. عوامل اجتماعی سلامت اعم از عوامل اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی، اجتماعی و سیاسی است. شامل: محیط و شرایط زندگی سال‌های اول زندگی، تحصیلات، شغل، محیط و شرایط کار، جنسیت، فقر، امنیت غذا و تغذیه، مسکن، محل زندگی، محیط‌زیست، آب سالم، دفع بهداشتی فضولات، حمل و نقل و تردد، تفریح، موقعیت اجتماعی، حمایت اجتماعی، جنگ و درگیری و غیره است. ولی اهمیت همه یکسان نیست. در این بین مهم‌ترین عوامل مورد نظر، آنهایی هستند که موجب طبقاتی شدن جامعه می‌شوند (عوامل ساختاری). مفهوم عدالت در سلامت هم برخورداری آحاد مردم از حد مطلوب سلامت است.)، از ریشه‌های تداوم بی عدالتی در سلامت، و توجه به آنها از امهات راهبردها و راهکارهای تحقق عدالت در سلامت است. در نوشته حاضر، ریشه‌های تداوم بی‌عدالتی و مهم‌ترین موانع عدالت در سلامت در گزاره‌های زیر به‌صورت اجمال مرور شده است:

۱. محدودیت آگاهی و در نتیجه نداشتن التزام عملی به اجرای عدالت در سلامت که در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر آن تأکید شده و در برنامه‌های پنج ساله توسعه و سایر قوانین لازم‌الاجرای کشور تصریح شده است.

۲. اولویت ندادن عملی به پیشگیری و ارتقاء سلامت؛ اولویت

- شهرنشینی و بیکاری به‌عنوان متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت به‌عنوان متغیر وابسته رابطه معنادار و منفی وجود دارد.
۱۲. استفاده ناکافی از دستاوردهای فاخر ملی، به‌ویژه عملکرد نظام سلامت در دفاع مقدس، ایستادگی در برابر تحریم‌های ظالمانه نظام استکبار جهانی و عملکرد درخشان در مقابله با اپیدمی کووید-۱۹ و ...
۱۳. کاستی‌های نظام آموزش عالی سلامت و لزوم تحولات اساسی در رهبری، ساختار و محتوای آموزش علوم پزشکی و تحقق کامل ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات و پاسخگویی به نیازهای واقعی جامعه و عدالت محوری.
۱۴. ضعف همکاری‌های بین بخشی و لزوم تقویت آن برای ارتقاء سلامت و تحقق عدالت در سلامت.
۱۵. مکتوم ماندن سند برنامه تکامل سال‌های اول زندگی بین وزارت بهداشت با آموزش و پرورش و بهزیستی که فوق‌العاده برای آینده ارزشمند است و متأسفانه تاکنون اجرایی نشده است.
۱۶. مشخص نبودن الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت در نظام سلامت (به‌صورت بین بخشی و با رویکرد تحقق نظامی عادلانه و عاری از نابرابری).
۱۷. فراوانی تقاضاهای القایی و اهتمام ناکافی برای کنترل آن که موجب گرانی مراقبت‌ها و خدمات و هدر رفتن اعتبارات سلامت و گسترش فقر و بی‌عدالتی می‌شود.
۱۸. مکفی نبودن پرداخت‌ها و بی‌عدالتی بین پرسنل نظام سلامت. (اختلاف فاحش بین درآمدهای کف (بهورزان خانه-های بهداشت، کاردان‌ها، پزشکان عمومی، پرستاران مناطق محروم و ...) و سقف (متخصصان بخش‌های خصوصی، تاجران کالاها و سایر سوداگران عرصه‌های سلامت و ...) از مصادیق نازیبای بی‌عدالتی در نظام سلامت است)
۱۹. غیرعادلانه بودن تعرفه‌های پزشکی برای رشته‌های مختلف بخش دولتی و خصوصی.
۲۰. وجود تعارض منافع، رانت‌خواری و هر نوع سوء استفاده از موقعیت و هر نوع فساد و تباهی که نتیجه‌ای جز بی‌عدالتی در بر نخواهد داشت و لزوم مبارزه قاطع با آنها.
۲۱. نداشتن طرح جامع و تفصیلی (Master plan) و عملکردهای سلیقه‌ای مدیران، که امکان نفوذ و سوء استفاده صاحبان موقعیت منفعت‌طلب را فراهم می‌سازد و نیز سایر مصادیق سوء مدیریت که موجبات بی‌عدالتی و جور و جفا به محرومان جامعه را فراهم می‌سازد.
۲۲. تجمل‌گرایی، اشرافی‌گری و اسراف به‌جای ساده زیستی و صرفه‌جویی که موجب توسعه بی‌عدالتی است.
۲۳. توجه ناکافی به اصول مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary

- نازل بودن موقعیت اجتماعی زنان در خانواده و جامعه.
- افسردگی شاخصی است که فراوانی آن در زنان نسبت به مردان، مبین بی‌عدالتی است و در عوامل اجتماعی و فرهنگی و به‌ویژه عوامل درونی خانواده، ریشه دارد.
۱۰. التزام نداشتن به اصول اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری برای تحقق آن در نظام سلامت. این امر موجب سلطه کمپانی‌های چند ملیتی تجهیزات پزشکی و دارو و تخریب بنیان‌های اقتصادی سلامت می‌شود. (الگوی مقاومت در نظام سلامت منحصر به اقتصاد مقاومتی نیست، عدالت محوری، رفع تبعیض، خودکفایی، خود اتکایی، تولیدگری، مصرف‌گرا نبودن، کارآفرینی، مدیریت جهادی در همه شئون و به‌ویژه مدیریت‌ها و مقاومت در برابر ظلم و بی‌عدالتی از دیگر ارکان آن است) توضیح: در فرهنگستان علوم پزشکی تعریف اقتصاد مقاومتی سلامت چنین پیشنهاد شده است:

«اقتصاد مقاومتی، اقتصادی است بر پایه سیاست‌های کلی سلامت، مبتنی بر "اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی، برای تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم" و استوار بر پایه-ها و اصول مشروحه زیر:

- "پیشگیری و ارتقای سلامت"، "عدالت در سلامت"، "سبک زندگی اسلامی-ایرانی"، "ترویج آموزش‌ها و ارتقاء مبانی و اصول اخلاقی و معنوی مرتبط با سلامت جامعه"، "ایجاد و تقویت زیرساخت‌ها برای تولیدات لازم، کیفی و استاندارد"، "ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی"، "مبارزه مستمر با تعارض منافع"، "امنیت و ایمنی غذا و تغذیه"، "شفافیت و پاسخگویی"، "مدیریت منابع مالی سلامت از طریق نظام بیمه و همکاری سایر مراکز و نهادها"، "ارائه مراقبت‌ها و خدمات عادلانه، شفاف، پاسخگو، کیفی، ایمن، کارا، اثربخش و بهره‌ور، در قالب شبکه ادغام یافته بهداشتی درمانی در آموزش و پژوهش سلامت، بر اساس نظام سطح‌بندی و ارجاع و متضمن پوشش کامل نیازهای پایه سلامت به‌صورت استاندارد و مبتنی بر شواهد"، "نظام پرداخت عادلانه مبتنی بر کیفیت عملکرد و کارایی و ترغیب انگیزه‌های مثبت"، "تأمین منابع مالی پایدار و مدیریت فعالیت‌ها، درآمدها و هزینه‌ها، به‌صورت شفاف و قانونمند"، "ارتقای سلامت و توانمندی‌های جانبازان و جامعه معلولان کشور"، "حمایت اختصاصی از اقشار نیازمند"، "آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی و مشارکت فعال و ساختارمند فرد و خانواده و جامعه"، "بازشناسی، تبیین و ترویج، روزآمد نمودن و استانداردسازی روش‌های تشخیص و درمان طب سنتی ایران و فراورده‌های مرتبط با آن"، "نظام پویای آموزشی" و "تحول راهبردی در پژوهش با هدف نظام نوآوری و مرجعیت علمی"».
۱۱. بین فقر مطلق، هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن سلامت، تورم، ضریب جینی،

(PHC Health Care) (مشارکت مردم، همکاری‌های بین‌بخشی، استفاده از تکنولوژی مناسب، ...) و تلاش برای توسعه و تعمیم آن و نیز استفاده از ظرفیت‌های بی‌بدیل شبکه بهداشتی درمانی برای آموزش دانشجویان.

۲۴. بی‌توجهی یا کم‌توجهی به تحقیقات کاربردی و سیستمی (Health System Research (HSR)) و نیز بی‌توجهی به عدالت در سلامت در حیطه انجام خدمات پژوهشی.

۲۵. اهتمام ناکافی به اولویت تضمین شده گروه‌های محروم و اقشار آسیب‌پذیر که نیازهای سلامتی بیشتری هم دارند و اختصاص ندادن منابع لازم برای دریافت مراقبت‌های مناسب مورد نیاز آنها.

۲۶. حفظ کرامت انسانی و نظارت بر رفتار ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات نسبت به گروه‌های محروم‌تر اجتماع که غفلت از آن عین بی‌عدالتی است.

۲۷. استفاده ناکافی از تجارب معتبر و مفید بین‌المللی (در زمینه عدالت در سلامت و تجارب مطلوب از رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سایر دستاوردهای علمی و سلامتی خوب و مفید بشری).

انتخاب وزیر از بین مسئولان و مدیران متدین و واجد شاخص‌های سلبی و اثباتی که توسط فرهنگستان علوم پزشکی تهیه شده است، راهگشای بحران عدالت در سلامت خواهد بود. بعضی از این شاخص‌ها عبارتند از:

ولایت‌مداری؛ متخلق بودن به اخلاق حسنه حرفه‌ای اسلامی؛ باتجربگی؛ ساده‌زیستی؛ صرفه‌جویی؛ عدالت‌محوری؛ قانون‌مداری؛ برنامه‌محور بودن؛ شفافیت داشتن؛ پاسخگو بودن؛ تمام وقت بودن؛ نظارت‌پذیری؛ اهل مشورت بودن؛ نداشتن قطعی هر نوع تضاد منافع؛ متعهد به اجراء و ادامه سیاست‌های کلی سلامت، قوانین، برنامه‌های توسعه؛ متعهد به اولویت بهداشت و ارتقاء سلامت و ارتقاء شبکه بهداشتی-درمانی، سطح‌بندی خدمات و سیستم ارجاع؛ معتقد و متعهد به اقتصاد مقاومتی؛ عامل به همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت ساختارمند مردمی؛ تکمیل‌کننده و ارتقاءدهنده ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛ تحول‌آفرینی در برنامه آموزش پزشکی مطابق نیازهای جامعه؛ استقرار محل آموزش در جوامع محروم؛ معتقد و مجری برنامه‌های درازمدت و نه صرفاً اقدامات زود بازده و نمایشی؛ مبارزه با پارتی‌بازی و رانت‌خواری و سوء استفاده؛ محدود کردن نفوذ و دخالت کمپانی‌های دارو و تجهیزات پزشکی؛ ...

سیدعلیرضا مرندی

حسین ملک‌افضلی