نامه سرگشاده ۳۶ بسیج علوم پزشکی کشور به نمایندگان مجلس یازدهم:

کمیسیون بهداشت را از چنگ پزشکان صنف‌گرا خارج کنید

بسم الله الرحمن الرحیم

«مجلس شورای اسلامی، یک مرکز اساسی و تعیین کننده است. همه سر رشته های امور، به مجلس شورای اسلامی بر می گردد.»

مقام معظم رهبری (دام ظله العالی)

منتخبان محترم دوره یازدهم مجلس شورای اسلامی

با سلام و احترام

بنا به تعبیر معمار کبیر انقلاب اسلامی، بسیج شجره طیبه ای است که در تمام ادوار انقلاب، حفظ انقلاب و کشور را از وظایف الهی خود می‌دانسته است. از جبهه های نبرد حق علیه باطل گرفته تا جبهه های علمی و هم اکنون عرصه های مدیریتی، سیاستگذاری و کارآمدی کشور. یکی از این عرصه ها که همواره مورد توجه بسیج دانشجویی قرار داشته، بخش **بهداشت و درمان** کشور و مسائل و مشکلات ریشه‌ای آن بوده است. مشکلاتی از قبیل حضور سهامداران بخش خصوصی (به ویژه سهامداران بیمارستانی) در رده های اصلی مدیریتی، پزشک زدگی مفرط نظام سلامت، سپردن اختیارات قطعی حاکمیت به صنف نظام پزشکی و طبابت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی. بسیج دانشجویی در سال های اخیر همواره بر پیگیری و حل این مسائل تأکید کرده و خواهد کرد.

اکنون که در آستانه‌ی بازگشایی یازدهمین دوره‌ی مجلس شورای اسلامی با حضور شما وکلای ملت هستیم، لازم دانستیم جهت عمل به رسالت خود، مطالبی ناظر به بخش بهداشت و درمان کشور و کمیسیون بهداشت مجلس و اولویت های این حوزه را متذکر شویم:

الف) جایگاه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس:

تشکیل کمیسیون بهداشت و درمان با هدف انجام وظایف محوله در محدوده بهداشت، درمان، امداد، بهزیستی، تامین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی و هلال احمر بوده است. حوزه اختیارات وسیع این کمیسیون و به الطبع وظایف آن ایجاب می کند تا نخبگان و افکار عمومی جامعه نسبت به عملکرد آن حساس بوده و مطالبه گر باشند و وظایف نمایندگان بخصوص اعضای این کمیسیون بسیار سنگین تر خواهد بود. این جایگاه و اختیارات نشان می دهد که نمایندگان بایستی نسبت به انتخاب اعضای آن نیز بسیار حساس بوده و از ورود افراد دارای تعارض منافع جلوگیری شود. مسائل نظام سلامت و کمیسیون بهداشت و درمان، اصولا از جنس مسائل اجتماعی-اقتصادی هستند و حل آنها هم مستلزم حضور متخصصین اقتصادی و اجتماعی است. متاسفانه در حال حاضر این کمیسیون عرصه و جولانگاه عده ای پزشک متخصص که عمدتا نماینده بخش خصوصی و منافع صنفی هستند شده است. یکی از عوامل اصلی این اتفاق هم تلاش برای انحصاری کردن اصلاح و حتی نقد نظام سلامت توسط لایه ای از پزشکان متخصص ذی نفع است که در اصلاحات اخیر آئین نامه داخلی مجلس جهت ورود به کمیسیون دیده می شود.

اگرچه داشتن منافع برای هر فردی امری طبیعی است اما در مورد افرادی که قرار است تصمیمات حاکمیتی و قانون گذاری در بخش بهداشت و درمان بگیرند بایستی تعارض منافع آنان در این بخش کنترل شود چراکه حتی انقلابی ترین پزشکان نیز در معرض این امر خطیر قرار دارند و باید از تصمیم گیری کلان در این حیطه خودداری کنند. نمونه تاریخی این موضوع در فرهنگ اسلامی ما، فقیه بزرگ علامه حلی است که با وجود تقوای کم نظیر، برای فتوا دادن درباره چاه، ابتدا چاه خانه اش را پر می‌کند. انتظار ما از نمایندگان منتخب مردم نیز این است که به حکم عقل و تکلیف از بروز هرگونه تعارض منافع و صنف گرایی در کمیسیون بهداشت مجلس پیشگیری نمایند.

ب) عملکرد کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم:

در اینجا به نکات اصلی درباره عملکرد کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم اشاره می کنیم:

1) پزشک بودن قریب به اتفاق اعضای کمیسیون بهداشت و درمان

یکی از نکات جالب توجه اعضای این کمیسیون، پزشک بودن اکثریت آنهاست. درحالیکه باتوجه به وظایف محوله به این کمیسیون لازم است تا از سایر تخصص ها در زمینه‌های مالی، حقوقی، جامعه شناسی، مدیریتی و فرهنگی نیز حضور داشته باشند. حضور پزشکان در مناصب مختلف حاکمیتی در بخش سلامت محدود به این کمیسیون نبوده و نظام سلامت کشور را دچار نوعی صنف گرایی افراطی نموده است. اصلی ترین اشکال وارده به این افراد بحث تعارض منافع است بخصوص وقتیکه بخش قابل توجهی از این افراد، فعال بخش خصوصی نیز هستند، از وزیر سابق بهداشت گرفته تا تعدادی از اعضای کمیسیون بهداشت مجلس دهم.

این موضوع باعث شده است که چنین افرادی به جای پیگیری مسائل ملی نظام سلامت، عمدتا پیگیر مسائل صنفی و حتی شخصی باشند و به صورت خودآگاه و ناخودآگاه در اولویت بندی مسائل دچار اشتباه شوند. شواهد متعددی وجود دارد که این مسئله را در بین نمایندگان دوره‌های قبل تأیید می‌کند. برای مثال علی رغم آمارهای واضح از کمبود پزشک در کشور و شواهد غیرقابل انکار از عدم دسترسی مردم مناطق محروم به خدمات درمانی، شاهد مخالفت قریب به اتفاق نمایندگان کمیسیون بهداشت مجلس دهم با افزایش ظرفیت رشته های پزشکی بودیم که با اعتراض تنها نماینده غیرپزشک این کمیسیون مواجه شد. لذا توقع این است که از تکرار این رویه‌ی غلط در مجلس یازدهم پیشگیری شود.

بنابراین نمایندگانی که سهامدار بیمارستانها و بخشهای خصوصی هستند (بصورت آشکار و یا پنهان) و یا در صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی فعال هستند، نبایستی در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس حضور داشته باشند و سایر نمایندگان نیز باید با حضور این افراد در این کمیسیون مخالفت کنند.

2) عدم توجه کمیسیون به اولویت های اصلی کشور در ارائه طرح ها

در این دوره 20 طرح، لایحه و استفساریه به این کمیسیون بعنوان کمیسیون اصلی ارجاع داده شده است که 3 مورد از آنها تبدیل به قانون شده و باقی موارد عموماً از سد این کمیسیون عبور نکرده اند! با نگاهی به این موارد جای سوال است که علل اصلی مخالفت اعضا با آنها چه بوده است و درصورتی که آنها دارای اشکالات نگارشی یا ساختاری یا قانونی و شرعی بوده اند، چرا پس از اصلاح دوباره در دستور کار خود قرار نداده و آنها را تبدیل به قانون نکرده اند؟ طرح هایی که در حوزه هایی همچون جمعیت، تامین اجتماعی و تعهدات دانش آموختگان پزشکی و پیراپزشکی بوده است.

در طرف دیگر مسئله عدم پیگیری مسائل اساسی نظام سلامت در کمیسیون مانند پرونده الکترونیک سلامت، پزشک خانواده، راهنماهای بالینی درمان، اصلاح نظام پرداخت به پزشکان، عدم دسترسی کافی به پزشک در مناطق محروم، ساماندهی و توسعه طب سنتی و موارد دیگری که به تعدادی از آنها در این نامه نیز اشاره شده است، جای سوال است. چرا پیگیری این موارد توسط کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در دستور کار قرار نگرفته است؟ متاسفانه عملکرد کمیسیون بهداشت مجلس دهم در این زمینه اصلا قابل دفاع نیست و انتظار این است که مجلس یازدهم به تقنین و نظارت حول این موارد ورود کند.

3) عدم تصویب اکثر طرح های تحقیق و تفحص

در دوره دهم مجلس 7 طرح تحقیق و تفحص در هیات رئیسه اعلام وصول شده است که مربوط به این کمیسیون بوده اند که 4 مورد از آنها در این کمیسیون رد شده و الباقی با وجود گذشت موعد قانونی همچنان در دستورکار کمیسیون قرار دارند! سوال این است که علت این همه تعلل چه بوده است؟ چرا طرح های تحقیق و تفحصی همچون بررسی عملکرد سازمان غذا و دارو، بررسی نحوه اجرای طرح نظام سلامت و طرح تحقیق و تفحص از نحوه اختصاص و توزیع منابع در طرح تحول سلامت توسط این کمیسیون رد شده است؟

همچنین طرحی مهم در مورد تحقیق و تفحص از عملکرد هلال احمر در کمیسیون بهداشت رد شد و اخیرا شاهد دستگیری رئیس آن به جرم تخلف و فساد بوده ایم که نشان دهنده اهمیت انجام این تحقیق و تفحص بوده است حال آنکه این طرح پس از این دستگیری در صحن مجلس تصویب شد! علت این موضوع چه بوده است؟ آیا بصورت شفاف علت اصلی این تعلل به نخبگان و افکار عمومی گفته خواهد شد؟ توقع ما از نمایندگان مجلس یازدهم این است که این رویه‌ی محرمانگی و عدم شفافیت را ادامه ندهند.

4) نظارت ناکافی بر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در طول این چهار سال بیش از 110 سوال از وزیر بهداشت و درمان مطرح شده است که نزدیک 50 درصد آنها هنوز در کمیسیون در حال بررسی هستند! سوال این است که علت این همه معطلی در این زمینه چه بوده است؟ چرا نمایندگان کمیسیون درمورد طرح شکست خورده‌ی تحول نظام سلامت، مخالفت جدی و عملی با وزارت بهداشت نکردند؟ آیا بخاطر ذی نفع بودن آنان بوده است؟ چرا مرکز پژوهش های مجلس در این سالها هیچ گزارشی درباره نقد طرح تحول سلامت خصوصا گام سوم که نقطه اصلی شکست این طرح بود منتشر نکرده است؟ جالب اینکه تنها گزارش قرائت شده در صحن مجلس در تاریخ 30 خرداد 95 توسط معاون وقت این مرکز (آقای ایروان مسعودی) به طرز عجیبی ناپدید شد و هیچ پیگیری پس از آن صورت نگرفت. در حالی که هنوز مشخص نیست طرح تحول نظام سلامت براساس کدام قانون اجرا شده و بار مالی وحشتناکی را به چاه ویل درمان ریخته است که ظرف مدت کوتاهی بیمه ها را ورشکست کرد.

5) عدم نظارت کافی بر قوانین حوزه بهداشت و درمان

عدم نظارت کافی این کمیسیون بر قوانین بر زمین مانده‌ی نظام سلامت که درصورت ورود فعالانه‌ی این کمیسیون، گره گشای بسیاری از مشکلات فعلی نظام سلامت بودند. اهم این قوانین عبارتند از:

1) بند «الف» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که بر ایجاد سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان تاکید می‌کند.

2) بند «ب» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که براساس آن، پزشکانی که در بخش دولتی کار می‌کنند دیگر اجازه‌ی فعالیت در بخش خصوصی را ندارند.

3) بند «ت» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که بر تعیین نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تاکید می کند.

4) بند «ث» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که تکلیف می کند تا پایان سال دوم برنامه، تمام مردم ایران تحت پوشش نظام ارجاع قرار بگیرند.

5) بند «ج» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که ناظر به خرید راهبردی است که اجرای آن نیز خود منوط به استقرار راهنماهای بالینی و نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان است.

6) بند «چ» ماده 74 قانون برنامه‌ی ششم توسعه که تکلیف می کند خدمات تایید شده طب سنتی ایرانی- اسلامی در نظام سلامت ادغام شود و خدمات این بخش ساماندهی و توسعه یابد.

7) ماده 9 قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مبنی بر یکسان کردن حق فنی بخش دولتی و غیردولتی که مورد تاکید بند 9-6 سیاست‌های کلی سلامت نیز قرار گرفته است.

با وجود گذشت دو سال از تصویب قانون برنامه ششم توسعه، هیچ تلاش جدی از طرف کمیسیون بهداشت مجلس دهم در جهت مطالبه اجرای قانون شاهد نبودیم. همین اتفاق با توجه به کمیسیون یکسره پزشک مجلس پیشین، کم و بیش در خصوص قانون برنامه پنجم توسعه نیز رخ داد و بیش از هر چیز، ضرورت اصلاح بنیادین نگاه به مقوله سیاستگذاری سلامت و عدم حضور ذی نفعان در این عرصه را یادآوری می کند.

ج) اولویت های نظام سلامت کشور:

1) توجه به امر پیشگیری بیش از درمان

در شرایط فعلی که با همه گیری ویروس کرونا مواجه هستیم، همگان بر اهمیت پیشگیری و ارتقای سلامت و توجه به شبکه های بهداشتی شهری و روستایی پی بردیم و اگر این سیستم نبود، اجرای موفق طرح غربالگری ملی و بیماریابی فعال امکان پذیر نبود. همچنین افزایش بار بیماری های غیرواگیر (NCD) همچون بیماری های قلبی و تنفسی و ... ضرورت توجه ویژه به امر پیشگیری را بیش از پیش گوشزد می کند. اما اتفاقی که در چند سال اخیر بخصوص در طرح تحول نظام سلامت رخ داد، توجه بسیار بیشتر به بخش درمان نسبت به بخش بهداشت و درمان محوری برنامه ها بود. اتفاقی که می توانست با ورود مجلس به گونه ای دیگر رقم بخورد. حال انتظار از مجلس یازدهم این است که قطار نظام سلامت کشور را به ریل اصلی خود بازگرداند که همانا توجه ویژه به بحث پیشگیری و حفظ سلامت مردم است و نه پول پاشیدن در چاه ویل درمان. متاسفانه رویکرد فعلی وزارت بهداشت به طور واضحی با اقتصاد مقاومتی در تضاد است و به صورت چشمگیری تاب‌آوری نظام سلامت خصوصا تاب‌آوری اقتصادی آن را کاهش داده است.

2) اصلاح قانون نظام پزشکی

از دیگر موارد مهم در نظام سلامت می توان به لزوم اصلاح قانون نظام پزشکی و اخذ اختیارات حاکمیتی از آن اشاره کرد. اتفاق غلطی که در پایان مجلس ششم و ابتدای مجلس هفتم رقم خورد و اختیارات بی سابقه‌ی تعرفه گذاری، نظارت و قضاوت به این صنف پزشکی داده شد که موجب فاصله گرفتن فراوان تعرفه بخشهای دولتی و خصوصی شده و بواسطه عدم رسیدگی به تخلفات متعدد برخی پزشکان شاهد کاهش اعتماد عمومی به این قشر خدمتگزار بودیم. توقع ما از مجلس یازدهم این است که اختیارات حاکمیتی، دوباره به بخشهای حاکمیتی داده شود و با سیاستگذاری صحیح و معماری جدید حکمرانی نظام سلامت در راستای عمل به بند 9-6 سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و ماده 9 قانون احکام دائمی برنامه های توسعه به سمت یکسان سازی تعرفه بخش دولتی و خصوصی برویم تا بخشی از مشکلات حاصل از این شکاف درآمدی حل شود. درحالیکه اکنون تعرفه ویزیت بخش خصوصی بیش از 2.6 برابر بخش دولتی بوده و تعرفه K بخش خصوصی نیز 4.3 برابر بخش دولتی است و این فاصله نه تنها برخلاف عدالت و اصول اقتصاد سلامت است بلکه منشا فسادهای بسیاری از جمله فعالیت پزشکان بخش دولتی در بخش خصوصی و بیمار ربایی شده است.

3) توجه ویژه به سیاستهای کلی سلامت

مسئله دیگر موضوع تقنین حول سیاست های کلی سلامت است. اگرچه در قانون برنامه ششم توسعه حول بخشی از بندهای این سند قوانینی وضع شده است اما اولا این قوانین جامع نبودند و ثانیا در عمل مجلس نظارت کافی بر اجرای آنها نداشت که در بخش قبلی به مواردی از آن اشاره شد. در اینجا به اهم این بندها اشاره می کنیم که لازم است در قوانین مجلس یازدهم بخصوص برنامه هفتم توسعه کشور شاهد پیگیری این دستورات ابلاغی رهبر معظم انقلاب باشیم:

الف) بند 5 ناظر به کاهش تقاضای القایی بر اساس راهنماهای بالینی

ب) بند 8 ناظر به ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت در قالب شبکه بهداشتی درمانی مبتنی بر نظام ارجاع

ج) بند 9 ناظر به توسعه کمی و کیفی بیمه ها و یکسان سازی حق فنی بخش دولتی و غیردولتی و اصلاح نظام پرداخت

د) بند 10 ناظر به تامین پایدار منابع مالی و شفاف سازی درآمدها و هزینه ها

ه) بند 12 ناظر به تبیین و ترویج و توسعه و نهادینه سازی طب سنتی و بند 3 ناظر به ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی

4) اصلاح نظام پرداخت

مسئله دیگر بحث اصلاح نظام پرداخت است. با اجرای طرح تحول نظام سلامت، شکاف درآمدی بین اعضای کادر درمان بیش از پیش افزایش یافت. همچنان سیستم پرداخت کارانه ای پزشکان در کشور اجرا می شود درحالیکه تقریبا در هیچ کدام از نظام های سلامت مطرح دنیا چنین سیستمی دنبال نمی شود که لازم است نمایندگان در جهت اصلاح آن گام بردارند.

اعتراضات متعدد سایر اعضای کادر درمان به پرداختی شان در سال های اخیر نیز ریشه در مشکلات متعدد نظام پرداخت کارانه ای به پزشکان دارد و لازم است وکلای ملت با حل ریشه های این اعتراضات، از تعمیق تبعیض در کادر درمان جلوگیری کنند. اگرچه رفع تبعیض به معنای اجرای مدل پرداختی پزشکان (کارانه) برای بقیه **نیست** چراکه انجام این کار از چاله به چاه افتادن است و نه تنها مشکل کمبود منابع مالی نظام سلامت را حل نمی کند، بلکه بار مالی بیمه ها و خانوارها و دولت را در نظام سلامت به شدت افزایش می دهد و باتوجه به ضعف نظارت بیمه ها خطر خدمات القایی و به خطر افتادن جان بیماران را به دنبال دارد.

5) اصلاح طرح تحول نظام سلامت

در پایان سال 1392 (قبل از شروع طرح تحول نظام سلامت) کل هزینه‌ی سلامت (THE) رقمی نزدیک به **62** هزارمیلیارد تومان بود. اما با اجرای این طرح در اردیبهشت 93، هزینه نظام سلامت در پایان سال 96 با 112 درصد افزایش به رقم باورنکردنی **131** هزار میلیارد تومان رسیده است (درحالیکه در این برهه‌ی 4 ساله، مجموعا تورم 47 درصد بود) که ناشی از افزایش شدید تعرفه های پزشکی است.

البته استدلال موافقان طرح این است که درصد پرداخت از جیب مردم کاهش یافته اما این افراد به این اشاره نمی‌کنند که بار مالی این **112 درصد** افزایش THE بر دوش چه کسانی افتاده است؟ غیر از بیمه ها که باز هم مرتبط با جیب مردم و بیت المال است؟ آیا ورشکستگی بیمه ها گواهی بر شکست این مدل ندارد؟ و در نهایت با ورشکستگی بیمه ها در حال حاضر شاهد کاهش بسته خدمات بیمه و قواعد عجیب و غیرقانونی به طور مثال در سازمان بیمه سلامت هستیم که نه تنها در بخش خصوصی هیچ پوششی برای بیمه شدگان ارائه نمی دهد، بلکه با تعیین سقف هزینه ماهانه برای بیمارستان های دولتی و عدم پذیرش بیماران بعد از آن، عملا بار مالی بخش دولتی را نیز به دوش مردم می اندازد که اقدامی غیرقانونی است ولی نمایندگان فعلی هیچ سوالی در این رابطه از وزیر بهداشت نکرده اند. اکنون توقع ما این است که نمایندگان در جهت اصلاح نظام پرداخت و همچنین اصلاح مدیریت برای استفاده بهینه از منابع موجود نظام سلامت گام بردارند.

نمودار 1 – بررسی روند افزایش هزینه های نظام سلامت از منظر عاملین تامین مالی و **THE**

آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت

آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت

آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت

آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت

6) اصلاح وضعیت کارورزان پزشکی عمومی و تخصصی

در برخی از بیمارستان های دولتی، درمان و جراحی بدون حضور استاد پزشکی انجام می‌شود ولی تعرفه بیمار به حساب همان استاد غایب ریخته می‌شود در حالی که پزشک مذکور به جای نظارت بر دانشجویان و آموزش به آنها در بخش دولتی، در بخش خصوصی فعالیت می‌کند و بارِ بخش دولتی درمان بر دستیاران (رزیدنت ها) و کارآموزان (اینترن ها) سنگینی می کند که اصلاح آن نیازمند ورود جدی نمایندگان و تصویب قوانین در این زمینه است و لازم است یا کار آنها ذیل مقرارت پرداختی حداقل مزد کارگران به همراه مزایا و بیمه محسوب شود و یا سیستم آموزش آنها مانند دانشگاه های برتر دنیا اصلاح شود و علاوه بر اینها عدم حضور اساتید بالینی باید مورد پیگیری جدی این کمیسیون قرار گیرد.

7) دارو و تجهیزات پزشکی

در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، علی رغم توانمندی بالای فناوران ایرانی در این عرصه که نمونه آن را در تامین نیاز کشور در بحران اخیر شاهد بودیم، مشکلات ساختاری و تعارض منافع در تصمیم گیران باعث شده است تا به این توانمندی به عنوان یک ظرفیت صادرات و تولید ثروت برای کشور نگاه نشود. برای مثال صنعت تولید داروهای بیولوژیک یکی از صنایع پیشروی کشور است و تولیدات آن به برخی کشورهای اروپایی نیز صادر می شود ولی برخی اعضای هیات مدیره و وابستگان شرکت های واردات چی با حضور در وزارت بهداشت و قرارگاه سازمان غذا و دارو به دنبال نهادینه کردن واردات داروهای بیولوژیک و جلوگیری از جهش تولید در این صنایع راهبردی کشور هستند. جریان مذکور با بستن فهرست دارویی و عدم بروز رسانی آن برخلاف قانون، از ورود داروهای بیولوژیک تولید داخل به فهرست جلوگیری کرده و بازار آنها را به داروهای وارداتی اختصاص می دهند.

تعارض وظایف تامین و نظارت در سازمان غذا و دارو، عدم شفافیت روندهای مجوز دهی و قیمت گذاری، عدم وجود نگاه صادرات محور به توسعه صنایع دارویی، رانت و انحصار در تولید برخی مواد اولیه دارویی و عدم نظارت کافی بر کیفیت این مواد از دیگر مشکلات این حوزه است که می تواند به دستاوردهای صنعت داروسازی در سالهای اخیر صدمه جدی وارد سازد.

از طرفی مسئله توزیع دارو و تجهیزات در شرایط فعلی کشور از اهمیت مضاعفی برخوردار است. مثلا در مدیریت کرونا شاهد بودیم که علی رغم تامین مواد و تجهیزات و داروها، کشور با پدیده احتکار و بازار سیاه مواجه شد که ناشی از عدم مدیریت زنجیره توزیع است و باید با تکمیل سامانه تیتک تحت پایش و رهگیری قرار گیرد، در حالیکه به دلیل عدم حمایت مسئولین وزرات بهداشت تکمیل این سامانه به تعویق افتاده است که باید مورد سوال کمیسیون بهداشت قرار گیرد.

8) کمبود سرانه پزشک در کشور

و آخرین موضوع نیز بحث کمبود پزشک در کشور است. متاسفانه سرانه پزشک در ایران و توزیع آن در کشور بخصوص مناطق محروم فاصله زیادی با استانداردهای جهانی دارد. اما به علت تعارض منافع پزشکان، جلوی افزایش ظرفیت پزشکی در سال های طولانی متناسب با نیاز کشور گرفته شده است درحالیکه بند 13 سیاستهای کلی سلامت، به وضوح بر تربیت نیروی انسانی کارآمد و متعهد به اخلاق اسلامی و حرفه‌ای متناسب با نیازهای مناطق مختلف تاکید نموده است. در این زمینه لازم است نمایندگان محترم بار دیگر این طرح را با اصلاحات لازم و توجه به افزایش زیرساخت های لازم در دستور کار قرار دهند تا بتوان با تامین پزشک در کشور، کمبود پزشک (بویژه پزشک متخصص) در سایر شهرها بخصوص شهرهای مرزی و محروم را حل نمود تا شاهد صف های طولانی بیماران با پرداخت قیمت های بالا در کشور نباشیم.

در پایان مجموعه بسیج دانشجویی دانشگاه های علوم پزشکی کشور بواسطه داشتن تیم تخصصی مسلط بر مسائل نظام سلامت آمادگی دارد تا اطلاعات مشورتی و راهکارهای سیاستی خود را در اختیار شما نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی قرار دهد تا گامی در جهت حل مسائل نظام سلامت کشور برداریم. از خداوند متعال توفیقات روز افزون شما در خدمتگزاری به ملت شریف ایران و نظام مقدس جمهوری اسلامی را مسئلت داریم.

والسلام علیکم و رحمت الله و برکاته

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی قم

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی البرز

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی خاش

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی ساوه

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی بهبهان

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی نیشابور

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی سراب

بسیج دانشجویی دانشکده علوم پزشکی آباده