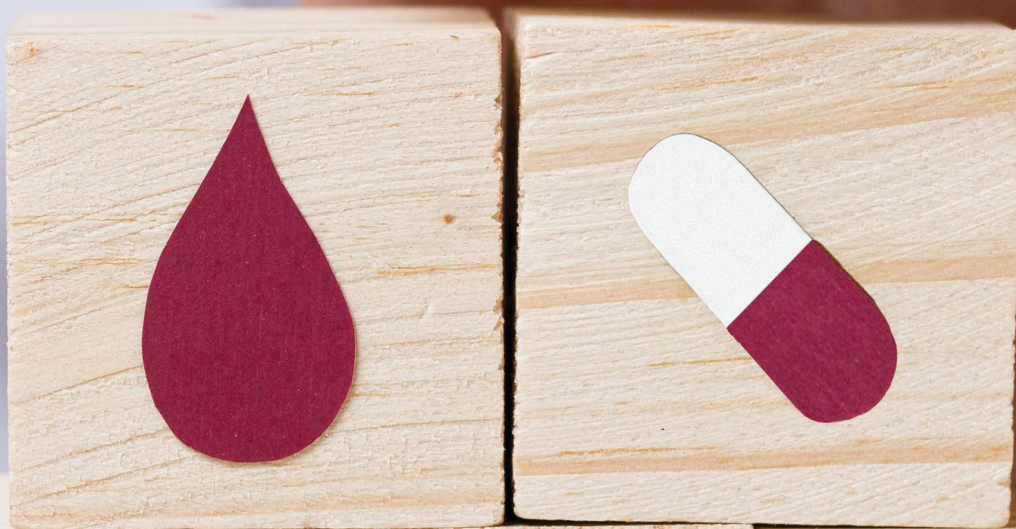


يا مَنْ اِسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شِفَاءٌ
گاهنامه تخصصی نظام سلامت
اتحادیه دفتر تحکیم وحدت
شماره اول - زمستان ۱۴۰۰



تحکیم سلامت در نظام سلامت

(کنکاشی در حکمرانی نظام سلامت)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



يَا مَنْ اسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شِفَاءٌ

نشریه علمی تخصصی حوزه سلامت شفا

صاحب امتیاز:

اتحادیه دفتر تحکیم و حدت

مدیرمسئول و سردبیر:

فاطمه صحرانشین

ویراستار فنی و محتوایی:

طه نظری پور

طراح جلد:

رضا رحیمی

صفحه آرا:

محدثه شریفی

هیئت تحریریه:

علی بزرگ خو

فاطمه صحرانشین

طه نظری پور

مجتبی شاهی زاده

مهدیه دهقان

سیده فاطمه امیرسادات

علی امین

زینب درگاهی

فاطمه ابراهیمی

سلامت همه مردم به نوعی مستقیم یا غیرمستقیم تحت تاثیر نظام مراقبت های سلامتی در سطوح مختلف قرار دارد. سیستم بهداشت و درمان در ایران علیرغم دستاوردهای بسیار ارزشمند، با مشکلات متعددی در حوزه های مختلف دست و پنجه نرم می کند. ما در اتحادیه دفتر تحکیم وحدت بنا به ضرورتی که احساس می شد اقدام به آماده سازی و انتشار اولین نسخه از نشریه تخصصی شفا نموده ایم. از آن جایی که جای این قبیل فعالیت ها در جنبش دانشجویی خالی به نظر می رسد، امیدواریم این نشریه فتح بابی باشد برای حرکت به سمت فعالیت های تخصصی علمی مخصوص پرداختن به کلان معضلات نظام سلامت.

شاید بتوان گفت مهم ترین عوامل تاثیر گذار در حوزه مدیریتی و حاکمیتی نظام سلامت عبارتند از عدم استقرار نظام مدیریت منابع انسانی کارآمد در نظام سلامت، وجود بیمارستان های کوچک و فرسوده و عدم سطح بندی خدمات، ضعف در مدیریت نظام سلامت و نیز بیمارستان های کشور، بیماری محور و درمان محور بودن بیمه های سلامت کشور به جای تمرکز بر بخش پیشگیری و بهداشت و در نهایت فقدان سیستم اطلاعاتی کارا در نظام سلامت کشور.

از این رو در اولین نسخه از نشریه تخصصی شفا به مواردی از قبیل نقش شبکه های بهداشت، پرونده الکترونیک سلامت، سیستم پرداخت کارانه، سازمان غذا و دارو، آینده پاندمی کووید ۱۹، بحران سالمندی، بیماری های زنان، بیماری ای بی و مهاجرت کادر درمان پرداختیم.

در پایان لازم است از هیئت تحریریه، طراحان و همه دست اندرکاران محترم این نشریه ارزشمند تشکر و قدرانی نماییم. ان شاءالله این تلاش خالصانه در پیشگاه خداوند متعال مورد قبول واقع گردد.

علی بزرگ خو

دبیر اتحادیه دفتر تحکیم وحدت

فهرست

- ۱.....سیاست علیه سلامت
- ۳.....پرونده الکترونیک سلامت
- ۵.....تقارن اقتصاد مقاومتی با مصرف و توزیع صحیح دارو
- ۷.....سالمندی در کین ایران
- ۹.....به وقت پرواز
- ۱۱.....مروری بر اجرای طرح کارانه
- ۱۴.....آینده کووید ۱۹ در ایران و جهان چه خواهد شد؟
- ۱۶.....رنج پروانه ای ها
- ۱۷.....پیشگیری از سرطان بهتر از درمان است

سیاست علیه سلامت



فاطمه صحرانشین

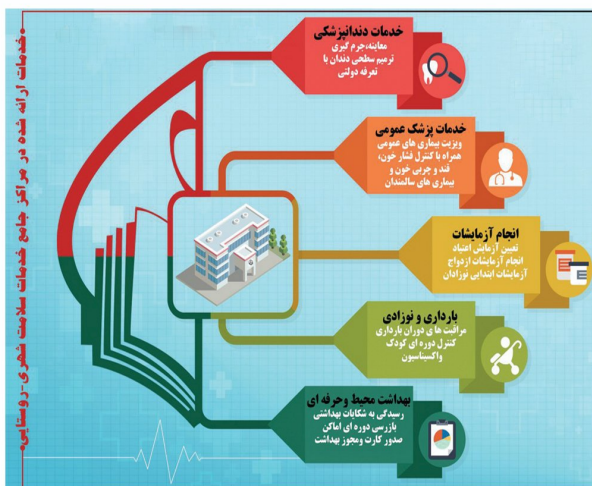
دانشجوی پرستاری

نظام سلامت ایران پس از پیروزی انقلاب اسلامی برنامه های سلامتی را در دو محور مداخلات بین بخشی و مشارکت مردمی تقسیم بندی کرد تا اینگونه بتواند در مدت زمان کوتاهی به نتیجه ای مطلوب برسد. از آنجایی که مشارکت مردمی یکی از ارکان اصلی مردم سالاری دینی ست، مورد توجه ویژه قرار گرفت و در یک برنامه ریزی دقیق و منسجم در اواخر دهه ۵۰ با اجرای طرح ابتدایی رضاییه (تشکیل شبکه مراقبت های سلامتی اولیه) و تشکیل شبکه بهداشت و درمان در سراسر کشور پایه ریزی شد. با موفقیت روزافزون جمهوری اسلامی در این طرح و افزایش سطح سواد سلامت جامعه گسترش نظام شبکه بهداشت و الگو برداری بین الملل در دهه ۶۰ وزارت بهداشت و درمان تشکیل شد. در روزگاری که سلامتی گنج از دست رفته جوامع روستایی محسوب میشد، خانه بهداشت روستایی نبض سلامت در این جوامع شد و در بهبود شاخص های سلامتی جامعه مخصوصا مادران و کودکان، واکسیناسیون عمومی و افزایش سواد سلامت جامعه نقش اثرگذار داشته است امامتاسفانه با گذر زمان شاهد کاهش روزافزون مراجعین به این مراکز هستیم که نیرو و امکانات آن بازدهی لازم را ندارند.

۷۰ درصد منابع نظام سلامت صرف بهداشت عمومی و پیشگیری نشده است. رویکرد درمان محور مدیریتی نظام سلامت ایران به گونه ای بوده است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صرفا به وزارت درمان و آموزش پزشکی تبدیل شده است.

در گزارش سال ۲۰۰۸ میلادی سازمان جهانی بهداشت قرار بر این بود که نظام های سلامت به سمت تحقق عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت های مردم محور و جامعه سالم حرکت کنند. اما آن چه در عمل اتفاق افتاد این بود که این نظام ها به سمت بیمارستان محوری، تجاری شدن نظام های سلامت، پروسه های گران قیمت و صرف هزینه برای داروها رفتند و در واقع بیمارستان را به یک صنعت و پزشک را به یک تاجر تبدیل کردند و ما شاهد چند پارگی خدمت در اغلب کشورها بودیم. به همین دلیل کشورها برای تحقق اهداف سه گانه (عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت های مردم محور و جامعه سالم) تصمیم گرفتند که اصلاحات مراقبت های اولیه سلامت و تحول در نظام های سلامت را پیش بگیرند.

طبق بند ۲ سیاست های کلی سلامت که از سوی رهبر معظم انقلاب به عنوان عالی ترین مرجع رسمی تصمیم گیری برای نظام سلامت ابلاغ شده است، پیشگیری بر درمان الویت دارد ولیکن سیاست های اجرایی از سوی مدیریت نظام سلامت در سه دهه اخیر به گونه ای بوده که طبق اطلاعات حساب های ملی سلامت از سال ۱۳۸۱ هیچگاه بیش از





متأسفانه اثرات سوء این دیدگاه همچون کاهش روزافزون مراجعین به مراکز بهداشتی سبب بازدهی ناکافی نیرو و امکانات گردیده است. از دیگر معایب این دیدگاه تقلیل جایگاه پزشک و از بین رفتن مرکزیت مرکز بهداشت بوده است. پزشکی که باید به درمان بیماری های سخت و رسیدگی به بیماران حاد مشغول باشد، این روزها درگیر سنجش فشارخون و آموزش به بیمار شده است. کاری که در گذشته توسط بهورزان شبکه بهداشت صورت می گرفت. سهل الوصول شدن دسترسی به پزشک از سال ۱۳۸۴ با تصویب بند ب ماده ۹۲ قانون ۴ توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی صورت گرفت. طبق این قانون یک پزشک تحت عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشت و درمان روستایی و مناطق شهری با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر مستقر شد. این طرح هرچند باعث بهبود وضعیت درمانی جامعه هدف گردید ولی کم کم باور پیشگیری بهتر از درمان است را از اذهان عمومی پاک کرد و درمان سریع حتی مقطعی برای هر دردی را جایگزین کرد. هرچند که براساس آمار ارائه خدمات سلامت همگانی در ایران، از نظر نظام مراقبت بیماری و پیشگیری در وضعیت مطلوبی هستیم ولیکن پاندمی کووید ۱۹ نشان داد که باور کنترل و مهار بیماری های واگیر یک باور واهی ست و اهمیت و لزوم مراکز بهداشتی بر همگان ثابت گردید. در نظام مردم سالار ما بر این باوریم که هر کجا مردم نباشند شکست می خوریم. لذا در سیستم سلامت و با درگیری در بحران پاندمی طرح هرخانه یک پایگاه سلامت با قوت پیگیری شد تادراین طرح با آموزش سفیران سلامت در جهت جبران مغفول ماندن مرکز بهداشت، مردم را مشارکت دهند و سبب افزایش سواد سلامتی شوند. براساس آمار اختلاف نمره سطح سواد سلامت بین بالاترین و پایین ترین سطح در میان استان های کشور ۳۶ است و این رقم گویای این امر است که هر چند طرح هایی از این قبیل سبب رشد سطح سواد سلامت جوامع کم برخوردار گردیده ولیکن نیاز به کارشناسان بهداشت به عنوان رهبران این امر، مسئله ای مهم و غیر قابل گریز است.



در مسئله پاندمی کووید ۱۹ زمانی که دولت به جای خرید واکسن رو به سوی خرید دارو با هزینه بالاتر برآمد گمانه زنی ها حاکی از آن بود که با توجه به رایگان بودن خدمات ارتقا و پیشگیری که جزو برنامه مراقبت های اولیه سلامتی و سلامت همگانی ست، دولت موظف است واکسن را رایگان در اختیار مردم قرار دهد. در صورتی که دارو دارای هزینه و درآمد است. این گمانه زنی ایران را به متعهد نبودن به بیانیه نشست سازمان ملل در سپتامبر ۲۰۱۹ که بالاترین تعهد سیاسی کشورها برای پوشش سلامت همگانی ست متهم می کند.

واکسیناسیون نوعی سرمایه گذاری ملی ست که لازمه آن بسیج همگانی مراکز بهداشتی ست، در مسئله پاندمی کووید ۱۹ شاهد آن بودیم که اگر کمک های مردمی و داوطلبانه مردم و دانشجویان نبود، دولت در واکسیناسیون عمومی دچار مشکل جدی میشد. اقلان افکار عمومی و اعتماد ملی به واکسن نتیجه زحمات کادر بهداشت است. سیاستمداران باید به این باور برسند که سلامتی یک انتخاب سیاسی ست و برای ارتقا این مهم باید برنامه های منسجم و قوی در جهت انتقال درمان به فاز بهداشت، بازگشت دوباره اعتماد عمومی به مراکز بهداشت و درمان، افزایش اثربخشی جایگاه پزشک خانواده به عنوان متولی سلامتی پس از پیشگیری، توانمند سازی مدیران و کارکنان حوزه معاونت بهداشت در جهت اعمال اتر صحیح، تکمیل تجهیز و توسعه شبکه های بهداشتی و درمانی، مشارکت عمومی مردم و تهیه و تدوین بسته های خدمات مراقبت های اولیه سلامت سطح اول با توجه به مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی صورت گیرد.



پایبندی به اصل ۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی با توجه به بند ۲ سیاستهای ابلاغی سلامت از سوی رهبر معظم انقلاب وظیفه اصلی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ست که باید با جلوگیری از جولان عده ای برای کسب قدرت در سیستم درمان، از سلامت جامعه صیانت گردد. در این صورت ایران می تواند مثل اوایل انقلاب به عنوان یک الگوی جهانی حداقل در سطح منطقه معرفی گردد.

پرونده الکترونیک سلامت

طه نظری پور

دانشجوی پزشکی



که امکان دریافت گزارش های تجمیع به دلیل وجود تعاریف مختلف از داده های ذخیره شده در آن وجود نخواهد داشت.

برای شکل گیری کامل پرونده الکترونیک سلامت اجزای زیر مورد نیاز هستند:

۱. سیستم نرم افزاری
۲. مراکز داده
۳. زیرساخت های مخابراتی (WAN و LAN)
۴. آموزش و فرهنگ سازی
۵. بسترهای حقوقی و قانونی
۶. بسترهای امنیتی
۷. پشتیبانی فنی و تخصصی
۸. استانداردهای کدگذاری و تبادل اطلاعات

یکی از منابع اصلی ورودی اطلاعات به یک نظام اطلاعات سلامت از سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی، صورت می گیرد که معمولاً یک نظام جامع و یکپارچه است که برای مدیریت اطلاعات اداری و جاری بیمارستان به کارگیری شده است. در ایران سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی کم و بیش شامل این اجزای اصلی است: پذیرش، مدارک پزشکی، داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری، مدیریت تخت، اتاق عمل، پرستاری، تغذیه، مدیریت منابع، واژه شناسی، پرسنلی و حسابداری بیماراران و پرسنل. اغلب سیستم های اطلاعات بیمارستانی (HIS) موجود در کشور و همچنین سایر سیستم های اطلاعاتی حوزه سلامت که اطلاعات سلامت شهروندان را نگهداری می کنند، از نوع بدون قابلیت اشتراک گذاری اطلاعات می باشند. اما منظور از پرونده الکترونیک سلامت تعریف شده در وزارت بهداشت، سیستم اطلاعاتی توزیع شده ای است که با قابلیت اشتراک اطلاعات و از نوع یکپارچه می باشد. لازمه طراحی چنین سیستم اطلاعاتی، رعایت استانداردهای تبادل اطلاعات می باشد اما قابلیت و نیاز به اشتراک گذاشتن اطلاعات این سیستم ها کمتر مورد توجه قرار می گیرد و این سیستم ها همگی به صورت None-Shareable ارایه می گردند. در نتیجه اطلاعات بالینی موجود در این سیستم ها که می تواند پایه تولید علم، کمک کننده در تصمیم گیری های مبتنی بر اطلاعات صحیح در بهداشت و درمان کشور و پایه مهم برای کارکردهای Evidence Base Medicine در کشور باشند، در نظر گرفته نمی شود. از این رو نیاز به ارائه طرحی برای داشتن پرونده الکترونیک سلامت با قابلیت به اشتراک گذاری و یکپارچگی اطلاعات گوناگون در شاخه بهداشت و درمان، الزامی و سودمند است. این مسئله از یک طرف باعث بهره برداری بیشتر از اطلاعات جمع آوری شده می شود و از طرف دیگر به عنوان زیر ساختی برای طراحی و اجرای سایر فعالیت های سلامت الکترونیک در سطح ملی قرار می گیرد.

نظام اطلاعات یکی از عناصر اصلی ساختار نظام سلامت است. داده های سلامت نیز پایه و اساس ارتقای نظام سلامت تلقی می شوند. نظام اطلاعات سلامت "فعالیتی یکپارچه برای جمع آوری، پردازش، گزارش و استفاده از اطلاعات و دانش سلامت در تدوین سیاست ها و برنامه های اقدام و پژوهش" تعریف شده است.

دسترسی به اطلاعات همواره موجب بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت از خدمات، سرعت بخشی و بهبود کیفیت تصمیم گیری سیاست گذاران می شود.

نظام داده های سلامت بر مبنای جمع آوری داده ها از ثبت رخدادهای حیاتی (مانند تولد و مرگ)، ثبت جاری ارایه خدمات سلامت، نظام مراقبت، پیمایش های نمونه ای و نظام های پایش و ارزشیابی پایه گذاری شده است.

در قسمت زیر ساخت، رویدادهای مهمی به خصوص در سال های اخیر انجام شده که از جمله آن ها، دسترسی بیمارستان های دولتی به شبکه اطلاعات ملی و شکل گیری سامانه های یکپارچه بهداشتی در حوزه بهداشت است.

برخلاف اطلاعات بیماری و مرگ که برای جمع آوری و گزارش آن سال های سال تجربه در بخش سلامت وجود دارد، هنوز تحلیل منظم و پایش روند شاخصهای مالی سلامت در ایران نهادینه نشده و در عین حال توان فنی انجام و تفسیر این داده ها نیاز به خبرگی بیشتری دارد.

پاسخگویی به سوالات سیاست گذاران در حوزه سلامت نیاز به این دارد که یا بخش سلامت این مطالعات براساس نیازهای اطلاعاتی موجود بازبینی شود یا پیمایش هایی مشابه اختصاصاً برای بخش سلامت طراحی و اجرا گردد. با توجه به اهمیت رصد شاخص های مالی بخش سلامت چنین به نظر می رسد که استقرار یک "سامانه مراقبت اطلاعات مالی نظام سلامت" همانند آن چه که برای مراقبت بیماریها به کار می رود، ضروری است. این سامانه باید بتواند به طور همزمان داده ها و اطلاعات مالی نظام های ثبتی و پیمایشهای موجود را جمع آوری کرده و اطلاعات را در قالب یک داشبورد مالی در اختیار سیاست گذاران بخش سلامت قرار دهد.

راه اندازی نظام اطلاعات سلامت مستلزم دانستن ساختار پرونده الکترونیک سلامت است تا همگون سازی بین اجزای نظام اطلاعات سلامت امکانپذیر گردد. دو نوع پرونده الکترونیک سلامت وجود دارد، الف - نوعی که قابلیت اشتراک اطلاعات و ارسال آن برای سیستم های اطلاعاتی و مراکز بهداشتی درمانی دیگری را ندارد، ب- نوعی که قابلیت اشتراک و تبادل اطلاعات با سایر سیستم های اطلاعاتی حوزه سلامت را دارا می باشد. نوع ب نیز خود به دو دسته تقسیم می شود:

۱- یکپارچه: بدین معنا که اطلاعات آن دارای تعبیر و تفسیر یکسانی بوده و امکان استخراج گزارش های تجمیعی از اطلاعات گردآوری شده در آن از طریق سیستم های اطلاعاتی متعدد وجود دارد. ۲- غیر یکپارچه که امکان دریافت گزارش های تجمیع به دلیل وجود تعاریف مختلف از داده های



در بیمارستان ها عمده مشکلات موجود ناشی از موارد می باشد:

۱. عدم وجود توان کارفرمایی: بدین معنی که مدیران و مسئولین بیمارستانهای کشور به صورت کامل و شفاف نیازهای فناوری اطلاعات بیمارستان را نمی شناسند و موقع تهیه سیستم اطلاعات بیمارستانی، نمی دانند آن محصول چه ویژگی ها و قابلیت هایی بایستی داشته باشد. چرا که هیچگاه این موارد به ایشان آموزش داده نشده و در دستورالعمل های صادره از ستاد وزارت خانه نیز در این خصوص مواردی اعلام نگردیده است. در نتیجه قراردادهای منعقد شده با پیمانکاران نیز، از نظر فنی و اجرایی استحکام لازم را ندارد.
۲. پیمانکاران موقع ارائه محصول، بر روی نقاط قوت محصول خود تکیه کرده و نقاط ضعف آن را پنهان می نمایند.
۳. هیچ نظامی برای ارزیابی سیستم های اطلاعات بیمارستانی در کشور وجود نداشته و نظارت کلان بر تولید و استقرار این گونه محصولات در کشور وجود ندارد.

بنابراین اهداف پایه پرونده الکترونیک سلامت عبارتند از:

۱. جمعیت اطلاعات سلامت شهروندان
 ۲. کاهش هزینه های دسترسی به اطلاعات
 ۳. جلوگیری از سوءاستفاده از خدمات حمایتی
 ۴. کاهش خطا و افزایش سرعت
 ۵. بهبود نظام مراقبت بیماری های واگیر و غیرواگیر
 ۶. ارتقا سطح دانش سلامت شهروندان
 ۷. کاهش هزینه های مدیریت خدمات
 ۸. کاهش هزینه سرانه سلامت
 ۹. ارتباطات یکپارچه مراکز خدمات سلامت مختلف
 ۱۰. افزایش نظارت و کنترل بر کیفیت خدمات
 ۱۱. نظارت بر اجرای قوانین مربوط به امور پزشکی
 ۱۲. سهولت در تحقیقات و پژوهش های علمی
 ۱۳. حمایت بیشتر از بیماران خاص
 ۱۴. امکان یکپارچگی اطلاعات با سیستم های اطلاعاتی متفاوت
- همچنین سیستم الکترونیک سلامت ذینفعان و نقش آفرینان متعددی دارد که باید منافع آنها لحاظ شود از جمله

الف- ذینفعان و نقش آفرینان اولیه (تولیدکنندگان و روزرسانان اطلاعات):

۱. مراکز خدمات اولیه سلامت (خانه بهداشت، پایگاه بهداشت و مرکز بهداشتی و درمانی)
 ۲. مراکز خدمات ثانویه سلامت (داروخانه، آزمایشگاه، اورژانس، مرکز تصویربرداری، درمانگاه، مطب و...)
 ۳. مراکز خدمات ثالثیه سلامت (مرکز توانبخشی، حمایتی، مددکاری و فیزیوتراپی)
 ۴. مراکز بیمه
 ۵. مراکز حقوقی و قضایی درمان
- ب- ذینفعان و نقش آفرینان ثانویه (مصرف کنندگان اطلاعات سلامت):

۱. مراکز سیاستگذاری سلامت
۲. مراکز مدیریت و برنامه ریزی سلامت
۳. مراکز تحقیقاتی و آموزشی
۴. مراکز نظارت و کنترل
۵. مراکز قضایی پشتیبان

بطور کلی مشکلاتی که منجر به تعریف سیستم پرونده الکترونیک سلامت شده و با اجرای درست آن برطرف خواهد شد شامل موارد زیر است:

۱. افراد جامعه دارای پرونده الکترونیک کامل نیستند
۲. اطلاعات سلامت افراد بصورت یکپارچه وجود ندارد
۳. نبود اطلاعات کافی از عملکرد کادر درمان
۴. لزوم پشتیبانی اطلاعاتی از تصمیم گیری ها در حوزه سلامت
۵. عدم اجرای کامل قوانین مربوط به امور پزشکی
۶. تبادل اطلاعات بیماران بین مراکز درمانی بصورت کاغذی
۷. در دسترس نبودن سوابق پزشکی اقوام درجه یک
۸. عدم دسترسی پزشکان مشاور به پرونده بیمار
۹. عدم امکان تبادل اطلاعات بین سیستم های نرم افزاری سلامت

در آخر باید توجه داشت که حکمرانی هوشمند نظام اجزا و ابعاد مختلفی دارد که پرونده الکترونیک و نسخه الکترونیک جزئی از آن هستند. در بخش بهداشت و درمان، نسخ الکترونیک الآن در مطب ها، بیمارستان ها و داروخانه ها پیاده شده اما نیازمند توسعه در سایر مراکز مثل مراکز تصویربرداری و آزمایشگاه ها و اتصال کامل بیمه ها است.

بخش دیگر حکمرانی هوشمند در بخش زنجیره تامین کالاهای سلامت محور برای تکمیل رصد واردات و توزیع دارو و تجهیزات پزشکی و در قالب طرح کنترل اصالت بیمه ای در بخش های بستری بیمارستان ها معنی پیدا می کند. بعنوان مثال سامانه تیتک که فرآیند واردات دارو از اخذ پروانه و اخذ مجوز ورود تا ترخیص، پخش و فروش در قالب سه پرتال ارزی، دارویی و اصالت بیمه قابل رصد و ارزیابی است و موجب جلوگیری از قاچاق و قاچاق معکوس و واردات کالاهای تقلبی می شود.

بطور کلی ذینفع اصلی توسعه نظام سلامت الکترونیک، بیمه ها هستند چرا که موجب کاهش هزینه ها و افزایش توان نظارت مستمر آنها می شود. جهت اجرای هر چه دقیق تر هم باید محوریت با بیمه ها باشد و وزارت بهداشت نقش رگولاتوری ایفا کند.



تقارن اقتصاد مقاومتی با مصرف و توزیع صحیح دارو

فاطمه ابراهیمی

دانشجوی مدیریت خدمات بهداشت و درمان



دارو همواره به عنوان یک کالای استراتژیک مورد توجه همه کشورها بوده است و بخش عظیمی از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. برای تامین دسترسی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی مناسب و دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامتی، مصرف منطقی دارو یکی از اهداف اساسی در بخش بهداشت و درمان می‌باشد.

دارو ۲۰ تا ۴۰ درصد بودجه سلامت را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و ۱۰ تا ۲۰ درصد را در کشورهای توسعه یافته به خود اختصاص می‌دهد.

اقدام ننماید. سازمان غذا و دارو نیز به صورت ماهانه تعداد کمبودهای دارویی را اعلام کرده و همواره این عدد کاملاً متغیر است. در سال گذشته تعداد کمبود اقلام دارویی در کشور به ۲۰۰ قلم و در سال ۹۶ به ۵۰۰ قلم می‌رسید، اما میانگین کمبودها از ابتدای سال تاکنون به ۴۰ قلم می‌رسد.

معضل کمبودهای دارویی ارتباط مستقیمی با موضوع ارز دارد، کمبود و گرانی دارو به خصوص پس از التهابات ارزی گذشته در ایران برجسته‌تر شد تا جایی که بیماران و بستگان آنها برای دسترسی به داروهای کمیاب یا نایاب در شبکه‌های اجتماعی از دیگران کمک می‌خواستند. بخش زیادی از داروهای کشور دارای یک جزء وارداتی هستند و موضوع ارز از دلایل اصلی کمبودهاست.

در سال جاری در ۶ ماهه نخست سال تخصیص ارز به خوبی صورت گرفت، چنانچه بر فرض داشتن چالش‌های ارزی سال گذشته در سال جاری، قطعاً کمبودها بیشتر از این تعداد بود.

به گفته سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، ۹۶ درصد داروهای مصرفی کشور تولید داخل است، اما نیمی از مواد اولیه برای ساخت این داروها باید از خارج وارد شوند. داروهای تولید داخل ارزان‌ترند، اما به باور عمومی، به اندازه داروهای خارجی تاثیرگذار نیستند. کمبود شدید دارو در ایران، دلالتی و قاچاق در این عرصه را نیز دامن زده است. اظهارنظرهای نسنجیده با هر هدفی باعث ترس مردم و دیپوی دارو شده و در برخی موارد

میانگین تجویز دارو در ایران دو برابر میزان رایج استاندارد بین‌المللی است. تجویز صحیح و منطقی دارو یکی از عوامل مهم تامین کننده امنیت سلامت جامعه به شمار می‌رود. مسلماً بی‌توجهی به مصرف منطقی دارو می‌تواند پیامدهای نامناسبی مثل نارضایتی بیمار، طولانی شدن و تشدید بیماری و در نهایت افزایش هزینه‌های درمانی برای افراد در دستگاه‌های دولتی و مهم‌تر از همه مشکل همیشگی کمبود دارو در کل کشور را در برداشته باشد. عوامل تاثیرگذار بر تجویز و مصرف دارو را می‌توان در حیطه‌های آموزشی، مدیریتی، نظارتی و مالی بررسی نمود.

از موضوعات مهم در مصرف و تجویز بی‌رویه دارو انگیزه‌های مالی پزشکان برای کسب درآمد بیشتر، انگیزه‌های مالی داروخانه‌ها و اصرار بیماران برای مصرف بیش از حد دارو و خودسرانه می‌باشد. با ارائه راهکارهای مناسب مالی توسط سیاست‌گذاران کشور و بهبود وضعیت اقتصادی جامعه می‌توان در ارتقای کیفیت خدمات پزشکی و بهبود وضعیت تجویز و مصرف دارو‌ها موثر بود.

مصرف بی‌رویه دارو از یک طرف و کمبود و گرانی دارو از طرفی دیگر باعث بوجود آمدن مشکلاتی در کشور می‌شود. در سایت سازمان غذا و داروی کشورهای مختلف همواره بنا بر این اساس بوده است که کمبودهای دارویی اعلام شود چرا که به هر طریقی ممکن است الگوی مصرف یک دارو تغییر کرده و کمبود ایجاد شود که کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. اما همواره تلاش سازمان غذا و داروی ایران بر این بوده که در مدت زمانی کوتاه نسبت به تامین داروهای مورد نظر



تقارن اقتصاد مقاومتی با مصرف و توزیع صحیح دارو

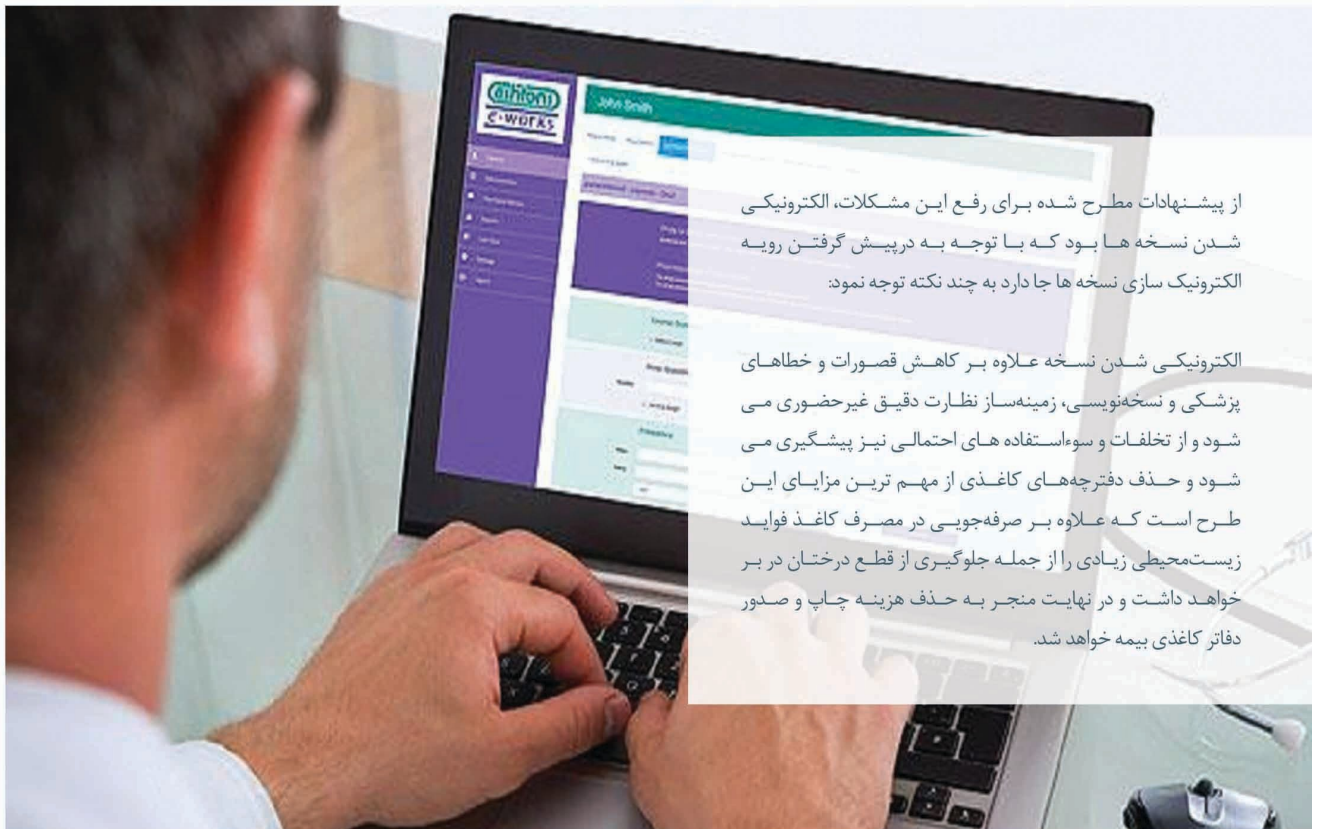
فاطمه ابراهیمی | دانشجوی مدیریت خدمات بهداشت و درمان

نرم‌افزار را برای بیمه‌شدگان خود راه‌اندازی کردند. این دو نرم‌افزار ضمن اینکه با هم یکسان نیستند با سایر نرم‌افزارهای دیگر مانند نرم‌افزار سیب و پزشک خانواده نیز همخوانی ندارند؛ این دو نرم‌افزار ضمن اینکه با هم یکسان نیستند با سایر نرم‌افزارهای دیگر مانند نرم‌افزار سیب و پزشک خانواده نیز همخوانی ندارند؛ ضمن اینکه مسأله حائز اهمیت این است که باید ضوابط مربوط به پذیرش و ارائه خدمات درمانی به بیماران و نحوه پذیرش در مؤسسات پزشکی نیز با یک روند هماهنگ و مدیریت وزارت بهداشت انجام می‌شد. کما اینکه این کار تکالیفی برای مؤسسات و مراکز درمانی ایجاد کرده است؛ به این صورت که سازمان‌های بیمه‌گر دفترچه‌های خود را حذف کرده‌اند و در مرحله اول از پزشکان درخواست شد از سربرگ خود نسخه تولید کنند که یک بار مالی زیاد را به پزشکان تحمیل کردند. از آن طرف وقتی به مراکز درمانی مراجعه می‌شد اگر نسخه نیز الکترونیکی بود باز مراکز مجبور بودند از آن نسخه چاپ شده گرفته؛ به خصوص درباره بیمه‌های تکمیلی؛ چرا که سامانه نسخه‌نویسی الکترونیکی به بیمه‌های تکمیلی وصل نیستند و برای امور بیمار مجبور بودند چاپ شده خدمات و نسخه برای بیمه تکمیلی را در اختیار فرد قرار دهند. باتوجه به اینکه هنوز این سامانه به طور کامل در کشورمان جا نیفتاده است، مشکلات ذکر شده ادامه دارند که انشاءالله با همت مسئولین و اعتماد به توان و قوه ی نیروی نخبه و جوان ایرانی و برداشتن موانع بتوان گوشه ای از مشکلات ذکر شده را برطرف نمود.

دارویی که موجودی آن به یک ماه می‌رسد و حتی ممکن است آن دارو تا یک سال مورد مصرف قرار گیرد، به محض بروز هشدار کمبود یک دارو، بسیاری از مردم اقدام به دیو کرده و کمبودها تشدید می‌شود. همچنین در مرداد ماه نیز کشور با کمبود سرم مواجه بود و همزمان واردات و تولید افزایش یافته اما در شهریور ماه مشاهده شد که برخی مجموعه‌ها اقدام به ارائه سرم‌هایی داشتند که تنها یک ماه تاریخ مصرف داشت چرا که این سرم‌ها توسط برخی از افراد دیو شده بودند. در مورد انسولین قلمی نیز در برخی از موارد رد پای از احتکار این دارو توسط برخی از شرکت‌ها به چشم می‌خورد. بنابراین باید به شفاف‌سازی در رسانه‌ها و برخورد قاطعانه با برهم‌زنان نظم توجه بیشتری گردد.

علاوه بر همه ی این مسائل نسخه نویسی نامطلوب و مصرف نادرست داروها علاوه بر حیطه های پزشکی و بهداشتی در زمینه‌های اقتصادی اجتماعی و قانونی نیز پیامدهای مختلفی را در بر خواهد داشت که از جمله می‌توان به ایجاد اضطراب و نارضایتی در بیمار، تضعیف ارتباط بین پزشک و بیمار و از دست رفتن حس اعتماد، تحمیل هزینه‌های درمانی بیشتر بر بیماران و نیز بر نظام بهداشت و درمان و نهایتاً اتلاف منابع مالی و جانی اشاره نمود.

اما متأسفانه به جای اینکه متولی این امر وزارت بهداشت یا سازمان نظام پزشکی باشد، دو سازمان بیمه‌گر یعنی سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت خود بر راس کار آمدند و این



از پیشنهادات مطرح شده برای رفع این مشکلات، الکترونیکی شدن نسخه‌ها بود که با توجه به درپیش گرفتن رویه الکترونیک سازی نسخه‌ها جا دارد به چند نکته توجه نمود:

الکترونیکی شدن نسخه علاوه بر کاهش قصورات و خطاهای پزشکی و نسخه‌نویسی، زمینه‌ساز نظارت دقیق غیرحضور می‌شود و از تخلفات و سوءاستفاده‌های احتمالی نیز پیشگیری می‌شود و حذف دفترچه‌های کاغذی از مهم‌ترین مزایای این طرح است که علاوه بر صرفه‌جویی در مصرف کاغذ فواید زیست‌محیطی زیادی را از جمله جلوگیری از قطع درختان در بر خواهد داشت و در نهایت منجر به حذف هزینه چاپ و صدور دفاتر کاغذی بیمه خواهد شد.

سالمندی در کمین ایران



فاطمه محمدی

دانشجوی هوشبری

یکی از خطراتی که وقتی انسان درست به عمق آن فکر می کند تن او می لرزد این مسئله جمعیت است مسئله جمعیت را جدی بگیرد؛ جمعیت جوان کشور دارد کاهش پیدا می کند.
”مقام معظم رهبری“

رشد قابل توجه جمعیت سالمند و پیامدهای ناشی از آن باعث شده است که در اکثر جوامع، سالمندی جمعیت به عنوان مسئله ای حیاتی و قابل تامل مورد توجه قرار بگیرد. هر چند مواجهه کشورهای مختلف با پدیده سالمندی جمعیت به نسبت توسعه یافتگی، با تقدم و تأخر زمانی همراه است ولی افق های آتی بیانگر تقابل جوامع مختلف با این پدیده است.

سازمان بهداشت جهانی، شصت سال و بالاتر را سالمند تعریف و سه گروه سالمند جوان، سالمند میانسال و سالمند پیر را به عنوان زیر گروه های آن معرفی کرده است. اما به نظر می رسد سالمندی بیش از آن که با سن تعریف شود، با چگونگی وضعیت توانمندی، استقلال، فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شناخته می شود. سالمند در فرهنگ عامه کسی است که از جنبه های مختلف ناتوان شده است و نیاز به مراقبت و همراهی بیشتر دارد. عموماً با افزایش سن افراد، توان فیزیکی، ظرفیت ذهنی و ارتباطات اجتماعی کاهش می یابد و فرد، دیگر مولد نیست. اهمیت تغییرات جمعیتی اخیر، تا حدی است که از سالمندان به عنوان یک فوریت جهانی نام برده می شود. افزایش جمعیت سالمند به خودی خود مهم نبوده، بلکه تبعات مختلف آن بر ابعاد مختلف اقتصادی، بهداشتی و درمانی و... اهمیت آن را دوچندان می کند. دلیل اهمیت پدیده سالمندی پیامدهایی است که در پی دارد پیامدهایی چون کاهش نیروی کار و افزایش بار تکفلی. که این موضوع موجب کاهش شمار پرداخت کنندگان حق بیمه، افزایش بار مالی صندوق ها، کاهش صادرات محصولات صنعتی و کاهش تولیدات داخلی می شود. ما برای تأخیر سالمندی جمعیت باید مواردی چون ایجاد هرم مثلث سنی جمعیت با افزایش باروری تا سطح جانشینی و حفظ نرخ رشد مثبت و جمعیت در سن کار را در نظر بگیریم.

در حال حاضر در بسیاری از کشورهای ثروتمند و فقیر جهان، پیرشدن جمعیت مسئله غالب جمعیتی می باشد. اگر چه سالمند شدن جمعیت تا حدی نشان دهنده موفقیت در مداخلات بهداشتی-درمانی اولیه می باشد، اما برنامه های سلامت عمومی باید نسبت به این پدیده پاسخگو باشند. تغییر در ترکیب جمعیت، همراه با افزایش نسبت افراد سالمند تأثیرات مهمی بر جامعه خواهد داشت که مراقبت های بهداشتی مورد نیاز و هزینه های مرتبط از آن جمله اند.

بر اساس نتایج بررسی هایی که صورت گرفته است، نرخ رشد جمعیت در ایران از ۳٫۹٪ در سال ۱۳۶۵ به ۱٫۲٪ در سال ۱۳۹۵ و در سال ۱۳۹۹ تقریباً به صفر رسیده است و در گذر از این سال ها نرخ باروری هم کاهش یافته است به گونه ای که تخمین زده می شود که سالمندی در ایران تا سال ۱۴۱۰ به ۲۰ درصد خواهد رسید؛ این در حالی است که رشد جمعیت در نیم قرن اخیر ۴٫۲ درصد گزارش شده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال های ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است و جمعیت سالمند کشور پس از کاهش در طی سال های ۱۳۴۵ تا ۱۳۶۵ از سال ۱۳۷۵ به بعد افزایش یافت. این وضعیت به دلیل اعمال سیاست های مختلف جمعیتی و فراز و نشیب ها در افزایش و یا کاهش مولید در اثر اعمال سیاست های مختلف جمعیتی بود. سالمند شدن جمعیت در سراسر جهان نیز نگران کننده است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۲٫۸ درصد جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. در هفتاد سال گذشته، ایران در مقایسه با سطح جهانی از نظر سالمندی جمعیت در سطح بسیار پایین تری قرار گرفته است. زیرا در طی این سال ها ایران دارای جمعیت جوانی بوده است اما با این حال کشور مادر حال تغییر در ساختار جمعیتی و گرفتار شدن در پدیده اجتناب ناپذیر سالمندی می باشد و تمام این موارد نشان دهنده اهمیت توجه به پدیده سالمندی جمعیت و چالش های فراروی نظام سلامت ایران است.





سالمندی در کمین ایران

فاطمه محمدی | دانشجوی هوشبری

هرچند که سالمندی بیماری نیست اما بار بیماری را افزایش می دهد. بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، پرفشاری خون، بی اختیاری ادراری، کاهش قدرت شنوایی، ضعف استخوان عضلاتی و اختلالات روانی، شیوع بالایی در بین سالمندان دارند. بیماری های قلبی عروقی، از مهمترین بیماری های دوران سالمندی می باشد با افزایش سن سالمندان، بار بیماری ها و میزان مرگ و میر افزایش قابل ملاحظه ای می یابد. پیش بینی می شود در سال ۲۰۳۰ جمعیت بالای ۷۰ سال با دارا بودن حدود ۷/۶ درصد کل جمعیت جهان، ۶۲ درصد مرگ و میرهای ناشی از بیماری های غیرواگیر، ۶۱ درصد مرگ و میرهای ناشی از جراحات و ۳۰ درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای واگیر را به خود اختصاص دهد.

سالمندان به دلیل بیماری های زمینه ای و مزمن پرهزینه ترین افراد برای نظام سلامت و سازمان های بیمه گر هستند. با ورود به مرحله سالمندی، هزینه های درمانی روند تصاعدی دارد. طبق پیش بینی ها، ایران ظرف سی سال آینده با افزایش ناگهانی جمعیت سالمند مواجه خواهد شد که این موضوع باعث افزایش ناگهانی هزینه های خدمات سلامت می گردد. با افزایش امید به زندگی، دوره سپری شده همراه با ناتوانی بیماری نیز طولانی تر شده و هزینه های سلامت سالمندان و نیاز آن ها به خدمات بیمارستانی به طبع بیشتر خواهد شد. طبق بررسی های انجام شده ۴۰ درصد کل هزینه های بهداشتی درمانی در جوامع صنعتی صرف افراد ۶۵ ساله و بیشتر می شود و به طور متوسط برای دولت ها هزینه های بهداشتی یک فرد ۷۵ سال به بالا، ۶ برابر هزینه های بهداشتی یک فرد در سن کار و تولید است. علل اصلی افزایش هزینه های سلامت در دوره سالمندی مربوط به افزایش دفعات استفاده از خدمات سلامت، طولانی تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش مدت اقامت در بیمارستان ها) و هزینه بالای دارو، درمان و توانبخشی در مقایسه با سایر گروه های سنی به جهت نوع بیماری و میزان پاسخگویی به درمان می باشد. معلولیت در سالمندان بیشتر بوده و منجر به افزایش هزینه های سلامت می شود.

بر اساس یک برآورد و باتوجه به تغییرات جمعیتی پیش رو، بودجه سرانه سلامت در ایران تا سال ۲۰۵۰ میلادی باید حدود ۲/۵ برابر افزایش یابد. سالمندی جمعیت با افزایش تعداد بازنشستگان مستمری بگیر، نظام تأمین اجتماعی را به چالش کشیده و به دو صورت بر افزایش هزینه ها و کاهش درآمد سازمانهای بیمه گر تأثیر می گذارد. از طرفی با سالمند شدن جمعیت، تعداد افراد شاغل و درآمد حاصل از وصول حق بیمه شاغلین کاهش یافته و از طرف دیگر پرداخت مستمری بازنشستگی توسط سازمان های بازنشستگی افزایش می یابد.



- با وجود اهمیت بیمه های بازنشستگی، به عنوان مطمئن ترین ساز و کار حمایت از سالمندان، هنوز در کشور ما نزدیک به ۹ میلیون شاغل از پوشش این نوع بیمه ها برخوردار نیستند. بنابراین خود آنها و خانواده شان در دوره سالمندی نیازمند کمک دولت خواهند بود. این در حالی است که بیمه های بازنشستگی نیز صرفاً حداقل های ضروری زندگی را تأمین می کند. تعداد قابل توجهی از سالمندان نیازمند خدمات و مراقبت های بلند مدت می باشند. این امر منجر به افزایش هزینه سلامت سالمندان می گردد. با وجود افزایش تصاعدی هزینه های سلامت در دوره سالمندی، از طرفی پوشش بیمه درمانی پایه و تکمیلی سالمندان فراگیر نبوده و از طرف دیگر در حالی که بر اساس بررسی ها علت اصلی افزایش هزینه های سلامت سالمندان، نه مراقبت حاد، بلکه مراقبت های بلند مدت و پرستاری در منزل است. این خدمات پر هزینه و بسیاری از خدمات مورد نیاز سالمندان، به دلیل مقررات خاص سازمان های بیمه گر، گاهاً در چارچوب بیماری های رایج جهت پرداخت بیمه قرار نمی گیرد و بخش قابل توجهی از هزینه ها باید توسط شخص سالمند یا خانواده او پرداخت شود.
- از این رو افزایش هزینه سلامت در دوره سالمندی، فراگیر نبودن بیمه سالمندان و عدم پوشش بیمه ای خدمات مورد نیاز سالمندان، زمانی که با یک واقعیت دیگر، به نام کاهش درآمد و عدم تمکن مالی سالمندان توأم می شود، موضوع بسیار پیچیده تر می شود؛ بنابراین لازم است نظام تأمین اجتماعی، بیش از پیش توسعه یافته و شرایطی فراهم شود تا همه سالمندان بتوانند از پوشش بیمه ای مناسب بهره مند شوند.
۱. تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آتی جمعیت سالمند کشور، حاکی از وجود چالش ها و مشکلات در حال حاضر و پیچیده تر شدن و گسترش یافتن معضلات در آینده بوده و پیش بینی می شود که سالمندی جمعیت، از بزرگترین چالش های فراروی نظام سلامت ایران خواهد بود. برای مقابله با این چالش ها، لازم است تحولات جمعیتی به صورت جدی مورد توجه قانون گذاران، سیاست گذاران، برنامه ریزان و مسئولان قرار گیرد. در این راستا موارد زیر به عنوان اقدامات حداقلی از سوی مسئولین ذیربط، پیشنهاد می شود:

۱. وضع و اصلاح قوانین برای حمایت، ساماندهی، مراقبت و توانبخشی سالمندان و افزودن بند الحاقیه برنامه پنجم توسعه
۲. اصلاح نظام سلامت با توجه به نیازهای جمعیت سالمند در سطوح اول، دوم و سوم.



علی امین
دانشجوی پزشکی

به وقت پرواز

شتاب گرفتن روند مهاجرت پزشکان عمومی و متخصص به کشورهای غربی، به خصوص آمریکا، کانادا و استرالیا است. در سنوات اخیر، مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکای شمالی بیشتر در قالب شرکت در برنامه‌های دستیاری تخصصی و آموزشی - پژوهشی و عزیمت آنان به استرالیا اغلب به انگیزه اشتغال به حرفه طبابت در رده پزشک عمومی و در مناطق نیازمند پزشک صورت گرفته است.

در نگاه کلی، کشور آمریکا از نظر جذب افراد تحصیل کرده ایرانی (به خصوص پزشکان) در رده نخست قرار می‌گیرد. بر اساس تحقیقات انجام شده از سوی دفتر نمایندگی جمهوری اسلامی ایران در سازمان ملل متحد حدود ۲۵۰ هزار ایرانی دارای تحصیلات عالی در آمریکا زندگی می‌کنند و در مجموع حدود ۴۶ درصد ایرانیان مقیم آمریکا دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. در مقابل به نظر می‌رسد در سه چهارم سال اخیر، استرالیا از نظر شتاب جذب پزشکان ایرانی بر سایر کشورهای توسعه یافته پیشی گرفته به گونه‌ای که هم اکنون تعداد زیادی پزشک عمومی در چارچوب برنامه‌های جذب افراد متخصص در صف مهاجرت به استرالیا قرار گرفته‌اند. در ضمن طی همین برهه افزون بر دو هزار فرد متخصص زیر ۳۰ سال از جمله حدود ۴۰۰ پزشک جوان در قالب توافقات انجام شده میان وزارت کار ایران و اداره مهاجرت استرالیا و با استفاده از تسهیلات ویزاهای توریستی - کاری رهسپار این کشور شده‌اند. آن‌طور که از مطالعات جدید روی پدیده مهاجرت پزشکان بر می‌آید، مهم‌ترین انگیزه‌های اقدام به مهاجرت در قشر پزشک به قرار زیرند:

چشم انداز نامطلوب اقتصادی پس از اتمام تحصیل

ساختار مالی نامناسب بخش بهداشت و درمان، وضعیتی را رقم زده که در آن از یک سو حقوق و مزایای دریافتی پزشکان بخش دولتی به زحمت پاسخگوی احتیاجات اولیه آنهاست و از سویی محدودیت فرصت های شغلی در بخش خصوصی و نیاز به صرف سرمایه هنگفت در ابتدای کار امکان استقلال و کسب درآمد را از بیشتر پزشکان جوان سلب کرده است. اجرای طرح پزشک خانواده و سعی در ایجاد انگیزه‌های مالی نیز در کل، کارایی زیادی برای جذب پزشکان در مناطق محروم نداشته و علت این امر تمایل نداشتن پزشکان به دور شدن از شهرهای محل اقامت یا تحصیل خود و نیز افزایش شدید هزینه زندگی و متناسب نبودن آن با متوسط درآمد افراد در بخش دولتی بوده است.

برای مثال به طور میانگین، درآمد رشته های پزشکی در آمریکا حدود \$۲۳۰۰۰۰ (دلار آمریکا) می باشد که بسیار بالاتر از سطح استاندارد بین المللی می باشد و به همین دلیل آمریکا از نظر درآمد پزشکان در دنیا دارای رتبه اول جهانی است. بنابراین، بهترین مقصد مهاجرتی برای پزشکان محسوب می شود.

نیروی کار پزشکی و بهداشتی، همواره از دغدغه‌های بزرگ دست اندرکاران بخش بهداشت و درمان در تمامی کشورها - به خصوص ممالک در حال توسعه- به شمار می‌آمده است. کمبود نیروی انسانی پزشکی در دو دهه اخیر شدت بیشتری یافته و علت عمده این امر در سطح ملی، تمایل نداشتن پزشکان به اشتغال در مناطق دورافتاده و روستایی و در سطح بین‌المللی، مهاجرت پزشکان از کشورهای فقیر و در حال توسعه به کشورهای ثروتمند و توسعه‌یافته بوده است. وابستگی برخی کشورهای توسعه‌یافته به نیروی کار پزشکی خارجی به حدی رسیده که برای مثال، در ایالات متحده با تغییر قوانین کاری و مهاجرتی از نیمه دوم دهه ۹۰ به تعداد قابل توجهی از پزشکان دارنده ویزاهای تحصیلی از اجازه اقامت دایم در این کشور داده شده است و امروزه، مجموع کمک‌های مالی که در قالب برنامه‌های مدیکر برای دستیاران تخصصی خارجی پرداخت می‌شود، از مبالغی که صرف فارغ‌التحصیلان داخل آمریکا می‌شود، بیشتر است. در کانادا نیز به تازگی برای جذب پزشکان خارجی و تسهیل ورود آنان به بازار کار، ظرفیت پذیرش دستیاران تخصصی افزایش قابل ملاحظه‌ای یافته است. **امروزه بیش از ۲۵ درصد حجم کل نیروهای کادر پزشکی و پرستاری را در آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا خارجیان تشکیل می‌دهند و قریب دو سوم این افراد از کشورهای دارای سطوح متوسط و پایین در آمد مهاجرت کرده‌اند.**

پدیده مهاجرت پزشکان در مقابل منافعی که برای خود پزشکان مهاجر و کشورهای پذیرنده پزشک دارد، سیستم بهداشت و درمان کشورهای در حال توسعه را به دلیل از دست رفتن نیروی کار پزشکی دچار مشکلات جدی می‌کند. مطابق جدیدترین آمار منتشره، کشورهای هندوستان، فیلیپین و پاکستان در سال‌های اخیر، بیشترین تعداد پزشک را روانه کشورهای توسعه یافته کرده‌اند. از لحاظ تعداد مطلق پزشکان مهاجر، رتبه اول در سطح جهان متعلق به هندوستان است، به‌طوریکه حدود ۶۰ هزار پزشک هندی در کشورهای آمریکا، انگلیس، کانادا و استرالیا مشغول کار هستند. تأثیر ناگوار این مهاجرت بر وضعیت بهداشت و درمان در کشور مبدأ، هنگامی واضح‌تر می‌شود که بدانیم در خود هندوستان برای هر ۱۰ هزار نفر تنها یک پزشک وجود دارد، حال آنکه این رقم در استرالیا، ۲۴۹ پزشک برای هر ۱۰ هزار نفر، در کانادا ۲۰۹ پزشک، در انگلستان ۱۶۶ پزشک و در آمریکا ۵۴۶ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر است. علاوه بر این، باید توجه داشت که بیشتر پزشکان مهاجر، هم به لحاظ تحصیلی (نمرات دانشگاهی) و هم از جهت مهارت حرفه‌ای، افرادی ممتاز به شمار می‌آیند و این موضوع، اثر مخرب پدیده مهاجرت پزشکان را بر ممالک در حال توسعه دوچندان می‌کند. ایران نیز از قاعده کلی مهاجرت پزشکان مستثنی نبوده و نیست. آمار موجود، حاکی از



به وقت پرواز

علی امین | دانشجوی پزشکی

حرفه بینجامد و از این رهگذر خسارات بیشتری به تشکیلات بهداشت و درمان کشورهای در حال توسعه وارد کند.

بر اساس یک آمار موثق، فقط در دی ماه سال ۱۳۹۹، ۱۷۲ نفر مدارک خود را برای مقاصد مختلف در خارج از ایران، از دانشگاه خود دریافت کرده‌اند.

تعداد ۱۱۷ نفر یعنی حدود ۷۰ درصد از این دانش آموزان، دارای مدرک پزشکی بوده‌اند.

سازمان نظام پزشکی اعلام کرد که طی ۱۰ ماه گذشته و در دوران شیوع بیماری همه گیر کرونا در کشور، ۳ هزار پزشک از ایران به سایر کشورهای مهاجر پذیر نظیر استرالیا، کانادا، دانمارک و ... مهاجرت کرده‌اند. مهاجرت پزشکان به خارج از کشور، یکی از معضلات رو به رشد دهه اخیر است و روسای وقت بزرگ‌ترین سازمان صنفی جامعه پزشکی همواره درباره این معضل که مهاجرت ارتباط مستقیمی با کاهش کیفیت زندگی و جایگاه اجتماعی این جامعه متخصص و نخبه دارد، هشدار داده‌اند.

سالانه ۳۰۰ الی ۳۵۰ فارغ‌التحصیل رشته پزشکی عمومی و ۳۰۰ فارغ‌التحصیل تخصص‌های پزشکی (در مجموع حدود ۶۵۰ پزشک) به خارج از کشور مهاجرت می‌کنند. سال ۹۷، خبرگزاری فارس در گزارشی اعلام کرد که مهاجرت پزشکان به خارج از کشور، بعد از اجرای طرح تحول سلامت (اردیبهشت ۱۳۹۳) ۳۸ برابر افزایش یافته‌است.

منطقه	کشور	جمع کل
کارتشناسی	انگلیس	۱
	ایالات متحده آمریکا	۹
	دانمارک	۷
	کانادا	۲
مجموع کارتشناسی		
کارتشناسی ارشد	ایالات متحده آمریکا	۱۹
	دانمارک	۲
	کانادا	۲
مجموع کارتشناسی ارشد		
دکتری عمومی	انگلیس	۵
	ایالات متحده آمریکا	۲
	کانادا	۱۰۲
مجموع دکتری عمومی		
دکتری تخصصی	ایالات متحده آمریکا	۱۱۷
	دانمارک	۲۴
	کانادا	۱
مجموع دکتری تخصصی		
فوتربیس	ایالات متحده آمریکا	۲۸
	ایالات متحده آمریکا	۱
	کانادا	۱
مجموع فوتربیس		
مجموع کل		
		۱۷۲

میل به اقامت در خارج

بعضی از پزشکان به انگیزه زندگی و تشکیل خانواده در کشورهای ثروتمندتر، فراهم کردن چشم‌انداز تحصیلی و شغلی بهتر برای فرزندان و سایر اعضای خانواده خود و برخورداری از آزادی‌های اجتماعی و سیاسی موجود در کشورهای توسعه یافته تصمیم به مهاجرت می‌گیرند.

ترغیب یا فشار اطرافیان

تعدادی از پزشکان - به خصوص آنان که دوستان و بستگانی در خارج از کشور دارند - به انگیزه رقابت با این افراد یا در نتیجه تشویق و ترغیب آنها تمایل به مهاجرت پیدا می‌کنند. به نظر می‌رسد سایر دلایل مهاجرت پزشکان که در مطالعات خارجی ذکر شده - از قبیل انگیزه‌های صرفاً سیاسی یا قومی و مذهبی - درباره پزشکان ایرانی کمتر مطرح باشد.

راهکارهای مقابله با پدیده مهاجرت پزشکان

مقابله با پدیده مهاجرت پزشکان امری دشوار و پیچیده است. از یک سو می‌توان گفت که روند مهاجرت، کشورهای در حال توسعه را به لحاظ نیروی انسانی پزشکی فقیر می‌سازد و سرمایه عظیم صرف شده برای تربیت پزشک را به هدر می‌دهد و از این رو خلاف اصل اخلاقی «عدالت اجتماعی» شمرده می‌شود. از سوی دیگر، ایجاد محدودیت و جلوگیری از مهاجرت پزشکان ناقض یکی از اصول اساسی حقوق بشر یعنی آزادی در جابه‌جایی و انتخاب محل زندگی است. تجربه نشان داده که ایجاد مانع و محدودیت در امر مهاجرت پزشکان می‌تواند به کاهش گرایش به رشته پزشکی و سرخوردگی بیشتر شاغلان این

محدودیت فرصت‌های شغلی مناسب

در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، تعداد افرادی که هر سال از دانشکده‌های پزشکی فارغ‌التحصیل می‌شوند به مراتب بیشتر از تعداد موقعیت‌های شغلی مناسب و راضی کننده است. نتیجه چنین وضعی بیکار ماندن بخش عمده‌ای از یک نیروی کاری دارای تخصص بالاست و این امر عامل مهمی در ایجاد تمایل به مهاجرت محسوب می‌شود. ساختار بیمار اجرایی و حاکمیت روابط بجای ضوابط موجب می‌شود که توزیع موقعیت‌های شغلی موجود نه بر مبنای شایستگی‌های علمی و مهارت‌های حرفه‌ای بلکه بر اساس تبارگرایی، روابط شخصی و ملاحظات سیاسی صورت گیرد و این خود عاملی است که سرخوردگی و دلسردی پزشکان جوان را نسبت به تشکیلات بهداشت و درمان کشور بیشتر کرده و میل به مهاجرت را در آنان تقویت می‌کند.

کیفیت بالاتر آموزش‌های تخصصی در خارج

بسیاری از پزشکان جوان، به خصوص آن دسته‌ای که از نظر تحصیلی و توانایی علمی در سطح بالاتری قرار دارند، بر این باورند که تحصیلات تخصصی در کشورهای توسعه یافته امکان موفقیت و پیشرفت بیشتری برای آنان فراهم می‌کند و در نهایت، رضایت شغلی بالاتری به آنان می‌دهد. به نظر می‌رسد که این نوع انگیزه در میان فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های بزرگ و به اصطلاح «مادر» و نیز افرادی که در مراکز آموزشی - پژوهشی مرتبط با دانشگاه‌های خارج

درآمد برخی از شاخه‌های پزشکی در کشور اتریش در سال ۲۰۲۱ میلادی

عنوان شغلی	میانگین درآمد ماهانه به یورو
دستار فلجی پشرفه	€ ۱۹,۴۰۰
متخصص ارنج	€ ۹۲,۰۰۰
متخصص کاردیولوژی	€ ۶۱,۰۰۰
روانشناس بالینی	€ ۱۵۷,۰۰۰
متخصص پوست	€ ۱۱۵,۰۰۰
پزشک بخش اورژانس	€ ۱۱۵,۰۰۰
پزشک عمومی	€ ۱۰۲,۰۰۰
مشاور تریک	€ ۸۲,۰۰۰
متخصص داخلی	€ ۱۱۶,۰۰۰
متخصص قلب و عروق	€ ۲۲,۰۰۰

درآمد برخی از شاخه‌های پزشکی در کشور هلند در سال ۲۰۲۱ میلادی

عنوان شغلی	میانگین درآمد ماهانه به یورو
متخصص ارنج	SCA ۳۳۳,۰۰۰
متخصص کاردیولوژی	SCA ۱۹۸,۰۰۰
روانشناس بالینی	SCA ۲۸۸,۰۰۰
متخصص پوست	SCA ۳۶۵,۰۰۰
متخصص فلجی	SCA ۳۳۲,۰۰۰
پزشک بخش اورژانس	SCA ۲۷۰,۰۰۰
مشاور تریک	SCA ۲۰۰,۰۰۰
متخصص داخلی	SCA ۳۲۲,۰۰۰
متخصص قلب و عروق	SCA ۲۶۵,۰۰۰
متخصص قلب و عروق	SCA ۲۸۵,۰۰۰

درآمد برخی از شاخه‌های پزشکی در کشور استرالیا در سال ۲۰۲۱ میلادی

عنوان شغلی	میانگین درآمد ماهانه به دلار استرالیا
دستار فلجی پشرفه	AUD ۱۳۸,۰۰۰
متخصص بهداشت روانی	AUD ۱۰۶,۰۰۰
متخصص ارنج	AUD ۱۱۳,۰۰۰
متخصص کاردیولوژی	AUD ۱۱۳,۰۰۰
روانشناس بالینی	AUD ۲۸۷,۰۰۰
متخصص پوست	AUD ۲۷۸,۰۰۰
متخصص فلجی	AUD ۱۵۰,۰۰۰
پزشک بخش اورژانس	AUD ۲۶۰,۰۰۰
پزشک عمومی	AUD ۲۶۰,۰۰۰
مشاور تریک	AUD ۱۵۲,۰۰۰

درآمد برخی از شاخه‌های پزشکی در کشور دانمارک در سال ۲۰۲۱ میلادی

عنوان شغلی	میانگین درآمد ماهانه به یورو
متخصص ارنج	€ ۱۰۷,۰۰۰
متخصص بهداشت روانی	€ ۵۵,۷۰۰
متخصص کاردیولوژی	€ ۶۶,۷۰۰
روانشناس بالینی	€ ۱۷۳,۰۰۰
متخصص پوست	€ ۱۱۲,۰۰۰
متخصص فلجی	€ ۱۱۰,۰۰۰
پزشک بخش اورژانس	€ ۱۲۲,۰۰۰
مشاور تریک	€ ۸۹,۷۰۰
متخصص داخلی	€ ۱۸۱,۰۰۰
متخصص قلب و عروق	€ ۲۳۲,۰۰۰

مروری بر اجرای طرح کارانه

زینب درگاهی

دانشجوی مدیریت خدمات بهداشت و درمان



سلامتی یکی از ارزش‌ها و نیازهای پایه‌ای رشد انسان است که در اسناد بین‌المللی و ادیان الهی نیز به آن تأکید شده است. دولت‌ها و حاکمیت‌ها موظف‌اند که همه امکانات خود را در راه پاسخگویی به این نیاز بسیج کرده و خدمات مراقبت سلامت با کیفیت و قابل پرداختی را در تمام سطوح خدمات بهداشتی، درمانی و بازتوانی برای تک‌تک افراد جامعه فراهم کنند.

باتوجه به محدود بودن ذاتی منابع خصوصاً منابع مالی درهرسازمانی و نامحدود بودن نیازهای انسانی و غیر انسانی تخصیص درست منابع و مدیریت کردن آن امری بسیار مهم است که در قالب سیاستگذاری‌ها اعمال می‌شود. علاوه بر آن سیاستگذاری امری پیچیده‌ای است که عوامل بسیار متعددی بر آن اثر می‌گذارد. از سویی رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است. نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است.

روشن است که همه‌ی بخش‌های نظام سلامت کشور به نحوی تحت تأثیر مشکلات اقتصادی قرار دارند. برخی از این مشکلات، از مشکلات ساختاری درون هر بخش ریشه گرفته است، برخی مشکلات از دیگربخش‌های نظام سلامت به آنها تحمیل شده است و برخی از مدیریت و سیاست‌های کلان سلامت منشأ گرفته‌اند. عدم سطح بندی خدمات سلامت و نظام کامل ارجاع، به مصرف بیش از نیاز خدمات منجر شده است و با صرف ناصحیح منابع مالی و انسانی باعث ناکارآمدی اقتصادی گشته است.

فقدان راهنماهای بالینی به ویژه با عنایت به ساختار نظام ارائه خدمات درمانی، این ناکارآمدی را تشدید نموده است. پایین نگه داشتن تعرفه‌های بیمارستانی، به طوری که برای حفظ توان سازمان‌های بیمه‌گر و در پاسخ به همین مشکل انجام شده است. اما این سیاست، در بیمارستان‌های دولتی منجر به کاهش درآمد و فشار اقتصادی به بیمارستان‌ها شده است و در بخش خصوصی، دریافت‌های خارج از تعرفه و در نهایت فشار به بیماران را ایجاد کرده است.



طرح خودگردانی بیمارستان‌ها برای کنترل و کاهش فشار اقتصادی بیمارستان‌های دولتی نیز نتوانست مشکلات بیمارستانهای آموزشی (دولتی) را کم کند و از فشار اقتصادی وارد بر آنها بکاهد. سال ۱۳۷۲ طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی اجرا شد. به دنبال این خودگردانی، طرح پرداخت کارانه‌ها کلید خورد و پرداخت کارانه‌ها از سال ۱۳۷۴ برای پزشکان و کارکنان غیرپزشک تحت عنوان دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها شروع شد و قرار بود بر اساس میزان تحصيلات پرداخت شود.

با توجه به رسالت نظام سلامت کشورمبنی بر ایجاد دسترسی مناسب برای همه مردم در بهرمندی از خدمات مراقبت سلامت با کیفیت، انتخاب مدل پرداخت کارانه به علت ایجاد انگیزه در کارکنان جهت عرضه خدمات بیشتر، باعث رشد و افزایش خدمات می‌شود از طرفی انتظار بر آن است که باعث توسعه‌ی تجهیزات و تکنولوژی‌های جدید هم شود که این خود امری مطلوب است اما این رشد و توسعه باید با نظارت و سیاست‌های مناسب کنترل شود تا باعث ایجاد مشکلاتی همچون رشد بی‌رویه تجهیزات جهت رقابت و تقاضای القایی و کاهش کیفیت خدمات به علت افزایش کمیت آن نشود. در حالی که رفته رفته در نظام سلامت کشور با معیار غلط پرداخت کارانه‌ها شاهد پیشی گرفتن کمیت خدمات از کیفیت آن بودیم.



مروری بر اجرای طرح کارانه

زینب درگاهی | دانشجوی مدیریت خدمات بهداشت و درمان



جوان تر با مشکلات و بیماری های کمتری را برای ارائه ی خدمات انتخاب کند در حالی که در مدل پرداخت کارانه این مورد کاهش یافته و برای افزایش خدمات بیشتر در نتیجه دریافت کارانه ی بیشتر بیماران سالخورده تر با مشکلات درمانی بیشتر مورد توجه ارائه دهندگان قرار خواهند گرفت. از طرفی مدل پرداخت کارانه می تواند در بخش خدمات بهداشتی و پیشگیرانه نسبت به بخش درمان مناسب تر و بهتر عمل کند زیرا در این بخش پوشش حداکثری مورد توجه است و با ایجاد تقاضای القایی و عرضه بیشتر خدمات می تواند پوشش خدمات بهداشتی و پیشگیرانه را بهبود بخشد.

با عنایت به موارد گفته شده و به علت اهمیت بالای کالای استراتژیک سلامت، سیاستگذاری های مربوط به این حوزه باید با دقت و تخصص زیادی همراه باشد و سیاستگذاران باید درک عمیقی از نیازها و مشکلات واقعی مردم و کارکنان حوزه ی سلامت داشته باشند، نظام سلامت را از انفعال خارج کرده و ارتباط موثری با سایر سازمان ها برقرار کنند، دارای تخصص و تحصیلات مرتبط با این حوزه باشند، به دور از هرگونه تعصب و جبهه گیری بوده و با تجارب و شواهد علمی بتوانند در بحران ها و شرایط اضطراری سیاست و تصمیم درستی را اتخاذ کنند، از نظرات و ایده های نخبگان جوان استقبال کرده و توان پذیرش اشتباهات خود را داشته باشند و در نهایت برنامه ی استراتژیک و راهبرد جامعی را برای اجرای سیاست ها ترسیم کنند.

باید توجه به نظام های تامین مالی کشور در بخش سلامت بیشتر مورد بررسی و اصلاح قرار گرفته و روش های پرداخت به ارائه کنندگان سلامت نیز براساس نوع زیرساخت ها و اهداف و نیازهای بخش آن انتخاب شوند.

افت کیفیت خدمات درمانی یکی از اشکالات سیستم کارانه است سیستم کارانه با افزایش تمایل پزشکان به ارائه خدمت موجب طولانی شدن زمان درمان و سنگین شدن پرونده های پزشکی از بی نهایت آزمایشات و پروسیجرهای غیرضروری شد و این امر قطعاً ضربات فراوانی به سلامتی بیماران و بیمه های درمانی کشور زد و اخلاق پزشکی را نیز تحت تاثیر قرار داد؛ پزشکان به شدت درگیر درج حق الزحمه ها در پرونده ها شدند که درد دیگری بر سیستم درمانی ما افزود. از طرفی بیمارستان ها با اجرائی شدن سیستم کارانه به جای توجه به نیازهای واقعی درمانی مردم، به سوی ارائه خدماتی رفتند که برای آنها درآمد و اصطلاحاً هزینه منفعتمندتری داشته باشد و همین امر موجب رقابت شدید بیمارستان های دولتی برای راه اندازی بی رویه مراکز آنژیوگرافی و سی تی اسکن و اسکن هسته ای و... شد و در نهایت به دلیل نبود سیستم مدیریت تکنولوژی سلامت و سطح بندی های لازم خدمات القایی و غیرضروری اوج گرفت و هزینه های درمانی را به شدت افزایش داد.

متأسفانه سیستم کارانه و خودگردانی بیمارستان ها باعث ایجاد مقاومت در برابر اصلاحات اساسی در شاخص های معیوب ما مثل بالا بودن تعداد دارو در نسخ و تخت روز و ... شده است.

نحوه پرداخت کارانه به این دلیل که موجب شد اختلاف درآمد زیادی بین پرستاران و پزشکان متخصص به وجود آید هم انتقادات زیادی را متحمل است.

در روش پرداخت کارانه انتخاب خطر کاهش میابد. انتخاب خطر زمانی اتفاق می افتد که پزشک یا شخص ارائه دهنده خدمات سلامت افراد





مهديه دهقان

مهندسی بهداشت عمومی

آینده کووید ۱۹ در ایران و جهان چه خواهد شد؟

ایجاد می‌کردیم که تخت‌های بیمارستانی ما مملو از بیمار نمی‌شد. از طرفی در بحث تحریم، ما تحت فشار بودیم و نمی‌شد مراکز اقتصادی را بست. به هر حال تصور من بر این است که این مداخلات به درستی انجام نشد.

۲- آیا شاهد پیک ششم و افزایش جدی ابتلا و مرگ و میر در اثر سویه امیکرون در ایران خواهیم بود؟

ما باید بر اساس مدل‌های پیش بینی اپیدمیولوژیک صحبت کنیم. براساس آخرین پیش بینی وبسایت IHME که یک موسسه‌ی پیش بینی قوی در کشور آمریکا است و پیش بینی‌هایی که انجام داده، تقریباً در ایران اتفاق افتاده، ما به دلیل واکسیناسیون نسبی که در ایران داشتیم و ایجاد ایمنی جمعی در سطح جمعیت که به دلیل ابتلای بالای ما در پیک پنجم اتفاق افتاد، احتمالاً بالاترین میزان مرگ و میر ما حدود ۱۵۰ مرگ رسمی باشد اما تعداد مبتلایان ما به طور انفجاری افزایش پیدا خواهد کرد. پس در نتیجه ما در سویه امیکرون احتمالاً میزان مرگ کمتری خواهیم داشت. نکته بسیار مهمی که وجود دارد این است که یکی از دلایل اصلی مرگ و میر، عدم رسیدن مراقبت‌های بهداشتی درمانی به بیماران است. این یک خطر جدی برای سویه امیکرون است. یعنی اگر تعداد بیماران به صورت انفجاری زیاد شود، حجم بالای بیمار مراجعه کننده به مراکز درمانی زیاد خواهد شد. این افزایش مراجعه باعث می‌شود ما نتوانیم به تمام این بیماران مراقبت‌های لازم همچون اکسیژن را برسانیم و این خود می‌تواند موجب مرگ و میر شود. از طرفی از آنجایی که گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال، افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای و افرادی که دارای مشکلات حاد هستند، دز سوم واکسن خود را با تاخیر بزنند و بدنشان ایمنی کافی و لازم را نداشته باشد، همین موارد ممکن است موجب مرگ و میر بیشتر در سویه امیکرون شود.

با دکتر احمد مهری، کارشناس بهداشت عمومی و اپیدمیولوژیست، پیرامون اپیدمی کووید ۱۹ به گفتگو نشستیم و از وی در مورد اقدامات انجام شده در مقابله با این بیماری، واکسیناسیون و آینده کووید ۱۹ سوالاتی را پرسیده‌ایم. متن این گفتگو، در ادامه، از نظر شما می‌گذرد.

۱- سیاست‌گذاری و اقدامات انجام شده در مقابله با پاندمی کووید ۱۹ در ایران را چطور ارزیابی می‌کنید؟

بر روی حدود ۱۶ مداخله اصلی در کرونا، یک مطالعه ملی از نگاه مردم انجام شده که متأسفانه در اکثر این مداخلات، اعتقاد مردم بر این بود که سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات انجام شده‌ی غیر درمانی، اثربخشی چندانی نداشته است. اعتقاد بنده این است در برخی سیاست‌ها و نگاه‌ها، وزارت بهداشت ایران و دو دولت ایران تصمیماتی را منطبق بر اتفاقاتی که در کشورهای دیگر انجام شد، دنبال کردند اما این بیماری یک بیماری نوپدید و یک اپیدمی بود و مجبور بودند برای کاهش خطر برخی مداخلات را انجام دهند ولی اعتقاد من بر این است که سیاست‌ها و اقداماتی که انجام شده بود، اکثراً بدون بررسی شواهد و بدون تکیه بر اسناد ملی بود. به طور مثال زمانی که پیک‌های کرونا اوج می‌گرفت، اولین اقدام اشتباهی که مسئولین انجام می‌دادند، بستن پارک‌ها بود و یا سفرهای شخصی را محدود می‌کردند در حالیکه بر طبق شواهد موجود، کمترین خطر انتقال بیماری‌ها، در پارک‌ها به دلیل فضای باز و ایجاد تهویه وجود دارد و یا در بحث سفرها، افراد وقتی در یک خانواده هستند، طبیعتاً میزان آلودگی آن‌ها کمتر است نسبت به افرادی که با اتوبوس‌ها سفر می‌کردند که جمعیت به اشتراک گذاشته می‌شد. در نتیجه تصور بر این است که اکثر ما باید اقداماتی را چند گام قبل‌تر از آن انجام می‌دادیم و محدودیت‌ها را



۴- در خصوص واکسیناسیون کرونا، از نظر شما چرا بخشی از جامعه واکسن گریز شده‌اند و راه حل این مسئله چیست؟

در بحث واکسن گریزی مطالعات متعددی در ایران انجام شده است. یکی از مطالعات ملی که انجام شده، نشان داده است که ۸۰ درصد افرادی که واکسن نزده‌اند و تمایلی به استفاده از واکسن ندارند، بیشتر نیاز به اقناع دارند و دچار تردید هستند تا این که واکسن گریز باشند. در نتیجه یکی از دلایلی که افراد واکسن نمی‌گیرند، همین عدم اقناع است. نکته دوم این است که پیامد یک مداخله بهداشتی، چون از ابتلا جلوگیری می‌کند، فرد پیامد را احساس نمی‌کند؛ بنابراین، سطح درک نتیجه واکسیناسیون با درمان متفاوت است. فرد وقتی درمان می‌گیرد، در حین درمان احساس می‌کند خوب شده است و تاثیر دارو را می‌بیند اما چون فرد بعد از دو دز واکسن، اکثراً مبتلا یا بستری نمی‌شوند و یا خدایی ناکرده فوت نمی‌کنند، این‌ها اثر واکسن را درک نمی‌کنند. در نتیجه این‌ها دلایلی است که باعث می‌شود افراد از واکسن استقبال نکنند. نکته سوم این است که برخی از گروه‌های ضد واکسن نسبت به واکسن ایجاد ترس کرده‌اند که مثلاً ۴ یا ۵ سال بعد از دریافت واکسن، اتفاقات ناگواری برای افراد می‌افتد که ما باید به این سوالات پاسخ دهیم. از طرفی میزان شواهد و مقالات واکسن‌های داخلی و سایر واکسن‌های موجود در کشور، هنوز به میزان کافی نرسیده است. این هم می‌تواند یکی از علل واکسن گریزی برخی از افراد جامعه باشد. متأسفانه عده‌ای هم در سایه عدم توجه دستگاه‌های نظارتی و عدم برخورد، دائماً در حال تولید محتوایی علیه واکسیناسیون، علیه زنجیره بیماری‌ها و علیه اقدامات پیشگیری هستند و برخی از این‌ها در سایه این اقدام، یک سری داروها را می‌فروشند و یک سری مداخلات درمانی را انجام می‌دهند که این‌ها هم بخشی از این مسئله هستند.

۵- بازگشایی‌ها اعم از مدارس و دانشگاه‌ها چه الزاماتی دارد؟ آیا در ایران این الزامات در نظر گرفته می‌شود؟

من از نگاه یک اپیدمیولوژیست صحبت می‌کنم. نگاه من این است که هر چند با بسته بودن مدارس و دانشگاه‌ها آسیب‌هایی را دیدیم؛ خیلی از دانش آموزان و دانشجویان از تحصیل جا ماندند اما نکته‌ای که هست این است که از آنجایی که تصمیم‌گیری‌های ما معمولاً براساس مقالات و شواهدی است که سایر کشورها در مطالعات خود نشان دادند و خیلی از اقدامات و برنامه‌ها، مدارس و دانشگاه‌ها، تهویه‌ی آن‌ها و شرایط مدارس ما مشابه آن کشورها نیست، در نتیجه تکیه بر تصمیماتی که در کشورهای دیگر انجام شده و الگو قرار دادن آن‌ها، برای کشور ما متفاوت خواهد بود. در نتیجه اعتقاد بنده بر این است که همانطور که کشور آلمان، کره جنوبی، آمریکا و انگلستان به دلیل باز شدن محدودیت‌ها دچار یک آسیب جدی شدند، ما هم به دلیل بازگشایی‌های سریع هنگام به دلیل نبود استانداردهای کافی از نظر فاصله در خوابگاه‌ها، تهویه و موارد اینچنینی، از امیکرون آسیب خواهیم دید. هر چند که الان در بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدارس، میزان ابتلای دانشجویان و دانش آموزان افزایش یافته است. آخرین مطالعه‌ای که از کشور آمریکا گزارش شده، در طی پیک جدید امیکرون که در این کشور و حتی در انگلستان اتفاق افتاد، تعداد مبتلایان دانش آموز و زیر ۱۸ سال افزایش پیدا کرد. این افراد هنوز واکسینه نشدند و به دلیل بازگشایی‌ها شاهد افزایش ابتلا در این گروه‌ها شدند. در این مورد، تفاوت ایران با آمریکا و انگلستان در چیست؟ چون سیستم خدمات بهداشتی درمانی و بیمارستانی این کشورها قوی‌تر از ماست، به راحتی توانستند سلامت بیماران را تا حدود زیادی مدیریت کنند اما چون در ایران میزان خدمت‌رسانی ما سقف محدودیت بیمارستانی و خدمات درمانی داریم، ممکن است از این مسئله آسیب ببینیم. شواهد هم نشان داده که این موارد می‌تواند یک عاملی برای مرگ و میر و بستری باشد. در نتیجه تصور بنده این است که ما بازگشایی دانشگاه‌ها و مدارس را یک مقدار زود شروع کردیم. در روزهایی بازگشایی‌ها را شروع کردیم که هنوز به دو دز واکسن کامل نرسیده بودیم. تصور کردیم اگر ۴۰ الی ۵۰ درصد جمعیت واکسینه شوند، این یعنی تمام و به ایمنی کامل رسیدیم. در نتیجه چون به این ۸۵ درصد واکسیناسیون با سرعت بالا و با واکسن‌های خوب نرسیدیم، این‌ها مواردی است که می‌تواند نشان دهد بازگشایی‌ها می‌تواند یک خطر جدی باشد. اگر نظر من را بخواهید می‌گویم الزامات این بازگشایی‌ها مد نظر قرار نگرفت و به توصیه‌ها توجه نشد.

۳- در جایگاه یک اپیدمیولوژیست، پیش بینی شما از آینده کووید ۱۹ در ایران و جهان چیست؟ آیا باید خود را برای اپیدمی بعدی آماده کنیم؟

اعتقاد من بر این است که اگر پیک کرونای سویه امیکرون در برخی کشورهای اروپایی، آسیایی و آفریقایی آرام بگیرد، فرم جهش یافته دیگری نداشته باشیم و از سویه امیکرون مرگ و میر به اندازه سویه دلتا نداشته باشیم، احتمالاً بعد از پایان پذیرفتن پیک ششم، ما در اکثر کشورها بتوانیم بیماری را کم کم کنترل کنیم اما این مشروط بر این است که ما سویه جدیدی نداشته باشیم و توزیع واکسن در سایر کشورهای دنیا مناسب و عادلانه باشد. متأسفانه سهم ناچیزی از واکسن‌ها در مناطق کم درآمد توزیع شده است به خصوص در کشورهای آفریقایی. ما دیدیم که سویه امیکرون در ایران از منطقه‌ای آمد که در آن زمان، پوشش واکسیناسیون بین ۱۰ تا ۱۵ درصد بود؛ از آفریقا آمد.

پس به سه شرط ممکن است این بیماری و اپیدمی بعد از سویه امیکرون به کنترل دربیاید: ۱- پوشش و توزیع واکسیناسیون در تمام دنیا مناسب و برابر باشد. ۲- ما شاهد سویه خطرناک دیگری نباشیم. ۳- بحث پوشش واکسیناسیون دزهای سوم و چهارم مورد استقبال قرار بگیرد که متأسفانه این مورد در برخی کشورها وجود ندارد و همین خودش باعث درگیری کشورها شده است. پس با این سه شرط می‌شود گفت آینده کووید در ایران و جهان قابل پیش بینی است. اپیدمی بعدی اگر منظورتان پیک بعدی است، ممکن است ما پیک هفتم را هم داشته باشیم ولی فعلاً نمی‌شود در مورد آن نظر داد اما نکته‌ای که هست این است که ما به دلیل درگیری در اپیدمی کووید ۱۹، شاهد اتفاقات نامطلوبی در بحث مقاومت آنتی بیوتیکی، عدم شناسایی بیماران مبتلا به سرطان، بیماران قلبی عروقی، بیماران دیابتی و بیماری‌های اختلالات روان هستیم. ما شاهد افزایش شیوع بیماری‌های روانی به دلیل آسیب‌های دوران کرونا از جمله مرگ و میر، بستری، فوت و استرس‌های موجود هستیم. شاید این بیماری‌ها بعد از کرونا به عنوان اپیدمی‌های جدیدی مطرح شوند و این‌ها باعث شود که جمعیت ما در معرض خطر قرار بگیرد. از طرف دیگر بیماری‌های عفونی دیگر به دلیل این که نظام بهداشتی کشور درگیر بیماری کووید ۱۹ بود و مراقبت‌های مربوط به سرخک، مالاریا، سالک و سایر بیماری‌ها، خصوصاً بیماری‌های قلبی عروقی مورد توجه نبود، ممکن است این‌ها بعد از اپیدمی کووید ۱۹ به چالش و نگرانی برای نظام سلامت و سلامت مردم تبدیل شود.



مجتبی شاهدی زاده

دانشجوی پزشکی

رنج پروانه ای ها

بیماری **EB** یا **اپیدرمولیز بولوزا** که به اصطلاح به آن پروانه ای می گویند، بیماری ای پوستی و غیر واگیر است؛ که تظاهرات بالینی آن به صورت تاول های خون ریزی دهنده و دردناک در پوست و غشای مخاطی می باشد. این بیماری که ناشی از بیان ژن هایی جهش یافته است، زمینه ای ارثی دارد. شیوع آن یک نفر در پنجاه هزار نفر می باشد. بروز آن در پسران و دختران برابر بوده و شدت بیماری در بیماران پیشرونده می باشد و حتی ممکن است به مرگ ختم شود. از هر ده بیمار، متأسفانه چهار مورد تا نوجوانی فوت می کنند؛ با این حال علائم آنان با رسیدن به بزرگسالی کاهش پیدا می کند.

تاکنون ۹۵۰ مورد مبتلا به این بیماری ایران یافته شده است که ۹۵ درصد این موارد نتیجه ازدواج فامیلی هستند؛ بیشتر مبتلایان از استان های سیستان و بلوچستان، کرمان و سایر استان های جنوبی هستند که از دواج فامیلی و عشیره ای رواج دارد.

در کشور ما بیماران پروانه ای دچار چالش های متعدد مالی، اجتماعی و درمانی ... می باشند و این ها باعث می شوند که این بیماران علاوه بر دردهای جسمانی، دچار آسیب های روانی شوند. از این رو به بررسی این چالش ها پرداخته ایم تا شاید بتوان گره ای از گره های این قشر باز کرد.

چالش اول: اجتماعی

یکی از مسائل آزار دهنده بیماران پروانه ای، عدم پذیرش و ترس از آن ها توسط جامعه است. باید اقدامی از سوی نهادها و ساختارهای دولتی شکل بگیرد که در مورد بیماران پروانه ای (و سایر موارد مشابه) به جامعه، در سنین مختلف آموزش داده شود.

چالش دوم: مالی

علی رغم اینکه هزینه سالانه هر کدام از بیماران پروانه ای، صد میلیون تومان است، اما هیچ ردیف بودجه ای به آن ها تعلق نمی گیرد و هزینه های مالی آن ها توسط خیریه ها و کمک ها مردمی تامین می شود.

چالش سوم: حمایتی و درمانی

مهم ترین راه درمان آنان، استفاده از پانسمان به خصوصی است. متأسفانه از سال ۱۳۹۷، بدلیل تحریم دارویی این پانسمان خیلی کم وارد و این باعث تشدید ضربه جسمانی این بیماری می شود. متأسفانه تا کنون ده بیمار به دلیل این کمبود فوت کرده اند.

مسئله دیگر این است که نگره داری از این بیماران توسط خانواده به تنهایی مشکل است؛ حتی غذا خوردن آن ها به راحتی انجام نمی شود و نیاز به مکمل دارند، از این سو آن ها نیاز به یک آسایشگاه با تجهیزات و وجود پزشک و پرستار، در موقعیت مکانی مناسب هستند تا از حمایت کافی برخوردار باشند

مسئله دیگر درباره توزیع پانسمان این بیماران است. توزیع پانسمان باید از طریق بیمارستان ها و مراکز درمانی باشد تا از بروز مشکلاتی جلوگیری شود؛ تا شاهد مشکلاتی از قبیل گم شدن نیمی از محموله اهدایی آلمان به ایران که رخ داده است، نباشیم. همچنین این توزیع نامناسب باعث شده که این پانسمان ها به بازار سیاه راه پیدا کنند و با قیمت های بالای سه میلیون تومان به فروش برسند.

در انتها نیاز است که بیان شود طبق آمار های جهانی، ۱۲۰۰ بیمار پروانه ای در ایران وجود دارد که فقط ۹۵۰ مورد آن ها کشف شده اند؛ این بیانگر این مهم است که نیاز به غربالگری و آمارگیری دقیق داریم تا بتوانیم اکثر بیماران پروانه ای را تحت پوشش حمایت ها قرار بدهیم.

در این یادداشت سعی شد صرفاً به بیان گوشه ای از مشکلات بیماران پروانه ای در کشورمان پرداخته شود؛ باشد که با حل این چالش ها، امید به زندگی در این بیماران بیشتر شود.



پیشگیری از سرطان بهتر از درمان است

سیده فاطمه امیرسادات

دانشجوی مامایی



ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (hpv یا human papilloma virus) شایع ترین عفونت جنسی منتقل شده به ویژه در افراد زیر ۲۵ سال است که اغلب به دلیل عدم آگاهی و باور غلط انتقال می یابد. با توجه به نقش پیش سرطانی این ویروس و اهمیت پیشگیری از آن، تزریق واکسن hpv در تمام کشورها مورد توجه قرار گرفته است.

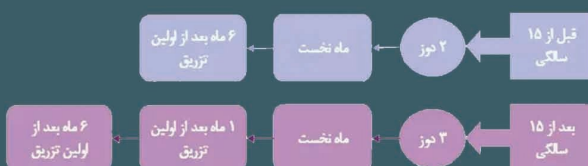
اگرچه که بیشتر انواع این عفونت زودگذر است و خودبه خود برطرف میشود اما تعدادی از آن‌ها ممکن است پابرجا بمانند و منجر به بروز پیامدهای جدی همچون سرطان دهانه رحم، زگیل آنوزیتال شوند. اما در اکثریت موارد hpv هیچ علامتی ندارد و خود محدودشونده می باشد.

عوامل خطر عفونت hpv شامل عوامل میزبان، محیطی، رفتاری و فاکتورهای مربوط به ویروس است که از مهم ترین این عوامل می توان به سن فرد، استعمال دخانیات، استفاده طولانی مدت از عوامل هورمونی، ارتباطات جنسی با افراد متفاوت، عفونت کلامیدیا تراکوماتیس، عدم استفاده از کاندوم و عوامل تغذیه ای اشاره کرد.

در یک مطالعه ی متآنالیز شیوع کلی عفونت پاپیلوما ویروس را در زنان ایرانی فعال از نظر جنسی ۳۸٫۶ درصد گزارش نمودند که بیشترین گروه مبتلایان افراد زیر ۲۵ سال بودند. در بررسی جهانی شیوع hpv، بیشترین شیوع آن در دختران زیر ۲۵ سال فعال از نظر جنسی بود. در واقع نوجوانی دوره حساس زندگی فرد می باشد که براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی به افراد ۱۰-۲۴ ساله، نوجوان اطلاق می شود.

این نوجوانان هستند که بیشتر در معرض مشکلات باروری و جنسی، ایدز، بارداری ناخواسته، عفونت های قابل انتقال از راه جنسی و سایر مشکلات تهدید کننده ی باروری قرار می گیرند.

با توجه به مواردی که بیان شد به این نتیجه رسیدیم که نوجوانان نقش جدی و ثابت شده ای در ایجاد hpv، ایجاد سرطان دهانه رحم و سایر سرطان های مرتبط دارند. از طرفی آگاهی افراد جامعه به ویژه نسل جوان درمورد برنامه ی غربالگری ویژه ی واکسیناسیون بسیار ناچیز می باشد. در مطالعه ای نشان داده شده که استفاده از واکسن hpv در پیشگیری از عفونت در برنامه ریزی های بهداشتی جهت کاهش بار عفونت hpv در جامعه تا ۱۰۰ درصد مفید و مؤثر بوده است. تعیین آگاهی، نگرش و رفتار افراد، مسئله ای اساسی جهت تدوین راهبرد مناسب برای برنامه ریزی های مؤثر مداخله ای است. واکسن هایی برای پیشگیری به نام گارداسیل (درمقابل hpv نوع: ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۸) و سرواریکس (در مقابل hpv نوع: ۱۶ و ۱۸) وجود دارد که در سه نوبت در طول یک دوره ۶ ماهه استفاده می شود. از آنجایی که واکسن گارداسیل و سرواریکس یکی از واکسن های پر هزینه و گران قیمت است تولید واکسن ایرانی پاپیلوگارد باعث شد که هزینه های واکسیناسیون hpv کاهش پیدا کند. واکسن دوظرفیتی پاپیلوگارد یک واکسن نو ترکیب است که از ابتلا به گونه های ۱۶ و ۱۸ پیشگیری می کند این واکسن توسط شرکت نویان پژوه زیست دارو تولید شده است که علاوه بر محافظت در برابر سرطان دهانه رحم می تواند از انواع دیگر سرطان ناشی از hpv از جمله سرطان مقعد، سرطان واژن و سرطان های دهان و حلق پیشگیری کند.




شهادت راز در جنگ، در مبارزه می دهند

ما هنوز شهادتی بی دردی طلبیم

غافل که شهادت را جز به اهل درد نمی دهند

شهید علامر ضاسامانی





مسئله‌ی سلامت، جزو مسائل درجه‌ی یک هر کشوری است، یعنی اگر ما دو سه مسئله‌ی درجه‌ی یک را بخواهیم کنار هم بگذاریم، بلاشک یکی از آنها مسئله‌ی سلامت و بهداشت و درمان است. اگر در کار نگاه تخصصی و عالمانه نباشد، دچار مشکل خواهد شد؛ یعنی یا موازی‌کاری میشود یا کار غلط انجام میگیرد؛ بنابراین باید نگاه عالمانه در آن وجود داشته باشد؛ و این هم جز با حضور پزشکان و اساتید و مانند اینها امکانپذیر نیست.

گزیده‌ای از بیانات در دیدار اعضای مجمع خیرین سلامت کشور

۱۳۹۱/۱۰/۱۱