



يَا أَيُّهَا الْمُسْلِمُونَ دَوَاءُ وَذِكْرُهُ شِفَاءُ

گاهنامه تخصصی حوزه سلامت شفا  
اتحادیه دفتر تحکیم وحدت  
شماره سوم - تابستان ۱۴۰۲



دستان شفا بخش





حاشا لله  
الرحمن الرحيم



# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نشریه تخصصی حوزه سلامت اتحادیه  
دفتر تحکیم وحدت

شماره سوم تابستان ۱۴۰۲

صاحب امتیاز

اتحادیه دفتر تحکیم وحدت

مدیر مسئول و سردبیر

فاطمه صحرا نشین

ویراستار فنی و محتوایی

طه نظری پور

طراح جلد

مهدی یوسفی

صفحه آرا

امیر علی شعبان پور

هیئت تحریریه بر اساس حروف الفبا

حمید ابراهیمی - امیر حسین بلالی - فاطمه  
جاوید پور - امیر مهدی خاکی نهاد - حسین  
خسروی فر - سکینه دهقان نژاد - حیدر  
رئیسیان - محمدرضا سلطانی - فاطمه  
صحرا نشین - بهناز کریمی افشار -  
طه نظری پور - مهدی یوسفی



## فهرست

۷	نوش دارو بعد مرگ سهراب
۱۱	بیست سال ناکامی
۱۵	داروسازی زیر ذره بین
۱۷	این وزارت خانه رهبر ارکستر ندارد
۲۰	نظام بهداشت و سلامت عمومی در چین
۲۵	ماجرای یک ادغام
۲۸	پزشک زدگویی
۳۰	شاغلین صنایع از دریچه سلامت
۳۳	طب اسلامی؛ بررسی چند دیدگاه
۳۷	نفس؛ نجات فرزندان سقط شده
۳۹	کارگر دانشجو
۴۱	مصاحبه

# سخن نخست |

## طه نظری پور

پزشک و مسئول کارگروه سلامت اتحادیه دفتر تحکیم وحدت



از دیرباز طبیبان همواره امین جامعه ایرانی و محل رجوع اقشار مردم بوده‌اند و دستان شفا بخش پزشکان به این قشر مرجعیتی فراتر از حوزه درمان می‌داد. بعد از انقلاب شکوهمند اسلامی دانش پزشکی به مانند اکثر حوزه‌های بهداشت و درمان رشد خیره‌کننده‌ای داشته است. به گونه‌ای که امروز پزشکان ایرانی در اکثر حوزه‌های تخصصی در دنیا سرآمد هستند.

چند صباحی است که اثر سینرژیسیم مسائل مختلفی مانند ضعف‌های مدیریتی، مشکلات اقتصادی، انبوه اخبار ناامیدکننده، حملات بی‌سابقه برخی صاحبان رسانه و ناجوانمردی‌ها در مقابل جامعه علوم پزشکی در کنار سیل مهاجرت اساتید، نخبگان، کادر درمان و پزشکان، موجب شده است ایران به سرعت به سمت لبه پرتگاهی حرکت کند که بهداشت و درمان را بعنوان یکی از دستاوردهای اساسی انقلاب اسلامی با تهدیدات جدی مواجه خواهد کرد. این نسخه از نشریه تخصصی شفا تقدیم می‌شود به پزشکان و داروسازان جوان کشورمان ایران؛ همان‌ها که مانده‌اند تا حرکت قطار پیشرفت‌های بهداشت و درمان متوقف نشود. امید که جامعه علوم پزشکی تسلیم این صحنه گردانی خطرناک نشود.

در نسخه سوم از نشریه تخصصی نظام سلامت شفا به مشکلات داروسازان، طرح پزشک خانواده، دیدگاه‌های مربوط به طب اسلامی، سلامت شاغلین در صنایع، طرح نفس، مشکلات رزیدنت‌ها و پزشکی‌زدگی پرداخته شده است. همچنین در ادامه نسخه قبل در مقاله‌ای بخش‌هایی از سیستم سلامت کشور چین مورد بررسی قرار گرفته است و همین‌طور ابعاد مالی طرح دارویار به شکل دقیق‌تری تشریح شده است. در مصاحبه‌ای ابهامات مربوط به حوزه سلامت در برنامه هفتم توسعه بررسی شد. یادداشت تاریخیچه ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت هم فتح بابی هست برای بررسی مسیر آموزش پزشکی که در نسخه‌های بعدی ادامه خواهد یافت.

در پایان صمیمانه تقدیر و تشکر میکنم از اعضا محترم هیئت تحریریه، طراحان بزرگوار و همه عزیزانی که برای آماده‌شدن این نسخه خالصانه تلاش کردند. ان شاء الله این تلاش‌ها مورد قبول حضرت حق واقع شود.

طیب شهرم و درمانده از علاج خودم      رواست بر دل من ناروای بعضی‌ها



## فاطمه صحرا نشین

دانشجوی ارشد اقتصاد سلامت



## نوش دارو بعد مرگ سهراب

بررسی فراز و فرودهای سیاست های ارزی دارو

مجدد دارو (قاچاق معکوس) میشد. ارز دارویی کل فضای دارویی کشور را درون حبابی خارج از فضای حقیقی اقتصاد کشور قرارداد داده بود که سود واقعی حاصل از فعالیت مجموعه های دارویی پاسخگوی هزینه های آنان که متاثر از اقتصاد واقعی و خارج از فضای حباب یارانه ای ست بود.

جهت جلوگیری از آثار سو ارز ترجیحی چهار سیاست پیشنهادی مطرح گردید:

۱. در راستای حفظ مزایای

دلار ۴۲۰۰ تومانی، ادامه تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به صنعت دارو

۲. افزایش نرخ ارز دولتی به عنوان بهترین راهکار برای بهبود اوضاع به این علت که ریشه اصلی مشکلات را اختلاف شدید نرخ ارز دولتی و نرخ ارز بازار آزاد دانسته است.

۳. ارز نیامی را به عنوان ارز مناسب نظام دارویی برای یکسان سازی بیشتر نرخ های مورد استفاده در صنعت دارو معرفی می کند.

۴. ارز مبادلاتی صنعت دارو به طور کامل بر

مبنای نرخ ارز بازار آزاد اختصاص یابد.

این ۴ سیاست آثار ایجاد می یابد. ولی در شدت اثر و معایب دارای تفاوت هایی بودند. هر چه نرخ ارز افزایش یابد اثر قیمت ها و بحران نقدینگی برای صنعت بازار و باریمه ای برای بیمه و بیماران افزایش می یابد. البته عمده ترین نقصان صنعت بیمه ای کشور به دوره اجرای طرح تحول نظام سلامت و نبود دقت و توجه کافی به بودجه بندی صحیح طرح و تامین مالی قبل از اجرای طرح بر میگردد که سبب عصابه دستی سیستم های بیمه ای گردیده است.

دولت سیزدهم در تیرماه ۱۴۰۱ تصمیم به حذف ارز ترجیحی و جایگزینی آن با ارز

در سالهای پس از انقلاب اسلامی با افزایش فشار تحریم ها و کاهش فروش نفت، که در دهه های اخیر بیشتر خود را بروز داده و سبب افزایش تورم و کاهش ارزش پول کشور شده است تاثیر زیادی بر قیمت دارو و قدرت خرید خدمت توسط بیماران داشته که دولتها در ادوار مختلف در پی کاهش این تحمیل هزینه ها و جلوگیری از افزایش بار مالی بیماری بوده اند.

یکی از آن سیاست ها؛ تخصیص

ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو (ارز ترجیحی) که

با هدف حفظ میانگین تورم ۱۲ درصدی حوزه

دارو در محدوده استطاعت پذیر برای بیماران بوده

است. چنین سیاستی موازی با تزریق ریالی کمتر

در چرخه صنعت دارو و کمک به بهبود نقدینگی

شرکت ها به نوعی حمایت از صنعت در ارائه ارز

دولتی به صنایع منتخب و اعمال کنترل های مربوط

به مبادلات و تقاضای موجود در این بازار به حفظ

ارزش حقیقی ارز کمک می کرد. ارز ترجیحی

سبب ثبات و پیش بینی پذیری برای قیمت

محصولات دارویی میشد هر چند که در چنین

شرایطی مدیریت منابع برای پرداخت داروهایی که

مدام در حال نوسان قیمت بودند میتوانست دشوار

باشد.

ولیکن این سیاست دارای ایراداتی است

از قبیل اشتباهی فزاینده صنعت برای دریافت

ارز دولتی و ایجاد صف های طولانی برای

تخصیص ارز ترجیحی به شرکت های دارویی

و محدودیت های بانک مرکزی در منابع قابل

تخصیص که سبب مواجهه کل زنجیره دارویی

با فقدان قطعیت و در نتیجه کمبود داروهای

متعدد اصلی و معمول تولید داخل نظیر سرم

میشد، همچنین با بروز زمینه فساد ناشی از

اختلاف نرخ ارز دولتی و آزاد سبب صادرات

قانون حدود یکسال میگذرد و افراد زیادی که استطاعت مالی ندارند برای پرداخت حق بیمه، با ابطال بیمه مواجهه شدند. این قشر که عمدتاً موسوم به قشر سربار جامعه هستند و عموماً شیوع بیماری های متنوع در آنان زیاد است با اتمام مدت بیمه آنان با هزینه های گزاف دارویی و خدمات سلامتی مواجهه شدند که عملاً با کوچکترین بیماری دچار هزینه های کمر شکن می شوند. یکی از نگرانی های این سیاست که این روزها شدت گرفته است کافی یا پایداری نبودن میزان بودجه ریالی اختصاص یافته به سازمانهای بیمه گر و در بلندمدت روند تخصیص بودجه با توقف مواجهه شوند و سازمانهای بیمه گر برای تامین بودجه خود و پوشش داروها دچار مشکل شوند، در نتیجه بیمه ای که پس از طرح تحول نظام سلامت عصاره دست در حال حرکت بود کاملاً فلج و زمین گیر شود و بار مالی بیماران چندین برابر گردد.

اختلاف ۵ تا ۶ برابری نرخ ارز ترجیحی و نیمایی سبب افزایش بهای تمام شده داروهای وارداتی و تولید داخل شد که نتیجه آن افزایش پرداخت از جیب مردم بود که این افزایش قیمت در مورد داروهای وارداتی به علت نوسانات ارزی در چند ماه اخیر بسیار قابل توجه بوده است؛ هر چند در مورد داروهای تولیدی نیز سهم ماده اولیه در اشکال دارویی مختلف و داروهای مختلف متفاوت است و اختلاف قیمتهای مربوط به ارز دولتی قابل توجه است. بسیاری از داروها خارج از سبد سازمان های بیمه گر قرار دارند و با وجود بالا بودن مصرف هزینه ها به طور کامل توسط بیمار پرداخت میگردد داروهایی از قبیل:

DPP4 inhibitors - GLP1 agonist -  
SGLT inhibitors

پس از گذشت بیش از یکسال از اجرایی شدن طرح دارویار آسیب شناسی این طرح به شرح ذیل میباشد:

نیمایی تحت عنوان طرح دارویار گرفت، که با پیش شرط ثبات قیمتها برای مصرف کننده در سطح قیمت شهریور ۱۴۰۰ توسط مجلس مواجهه شد. دولت برای پایبندی به این پیش شرط مقرر کرد تا مراجعه بیماران به داروخانه با داشتن نسخه الکترونیک، دارو به قیمت قبل از حذف ارز ترجیحی در اختیارشان قرار گیرد و سازمانهای بیمه گر این اختلاف قیمت را با داروخانه ها تسویه کنند.

تخصیص ارز ترجیحی به تولید کنندگان و وارد کنندگان دارو و شرکت های دارویی وارد کننده مواد واسطه ی دارویی و سایر وارد کنندان ملزومات پزشکی را قطع و در محاسبات نرخ ارز نیمایی را جایگزین نرخ ارز ترجیحی کرد. سازمان غذا و دارو به عنوان نهاد متولی قیمت گذاری محصولات دارویی کشور، جهت جبران آثار افزایش قیمت مواد اولیه و واسطه ای وارداتی شرکتهای دارویی، قیمت دارویی تولیدی شرکت ها را افزایش داد؛ این افزایش قیمت خود را به شکل افزایش قیمت خرده فروشی نشان داد که طرح دارویار جهت جلوگیری از تأثیرات سو این افزایش قیمت در باریماری بیماران از طریق بیمه در جهت جبران مابه التفاوت این دونوع ارز برآمد.

برای جلوگیری از تحمیل هزینه های کمر شکن استفاده از سازمانهای بیمه گر برای اجرای چنین سیاستی افزایش یافت. تخصیص مقدار ما به التفاوت ارز دولتی و نیمایی به سازمان های بیمه گر به منظور افزایش درصد پوشش و تعداد موارد تحت پوشش تعهدات سازمان های بیمه گر است. قرار شد بودجه لازم جهت انجام این کار نیز از طریق سازمان برنامه و بودجه از محل حذف ارز ترجیحی در اختیار شرکتهای بیمه قرار بگیرد (رقمی معادل سه میلیارد دلار).

دولت موظف شد برای تمام افراد جامعه که فاقد پوشش بیمه ای هستند به مدت ۳ ماه پوشش بیمه رایگان صورت گیرد که از این





۱. سازمان غذا و دارو بدون توجه به سهم مواد اولیه وارداتی از قیمت تمام شده برای هر قلم از داروهای تولیدشده کشور را افزایش بین ۲۰ تا ۳۰ درصدی اعمال کرد این افزایش قیمت در صورتی ست که سهم مواد اولیه وارداتی از قیمت تمام شده برخی از داروها از قبیل آنتی بیوتیک ها حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد است.

۲. در افزایش قیمت اعمال شده برای داروها و ملزومات دارویی تورم کلی کشور، افزایش دستمزدها، افزایش نقدینگی، افزایش هزینه های تولید از قبیل بسته بندی در نظر گرفته نشده است. که این امر خود باعث نارضایتی بسیاری از شرکتهای داروسازی گردید که نتیجه آن امتناع شرکت های داروسازی از تولید دارو یا عرضه آن در بازار و در نتیجه کمبود دارو در بازار میشود. مسئله ای مثل کمبود آنتی بیوتیک در بحران آنفولانزای پاییز ۱۴۰۱ که برخی از شرکتهای داروسازی با دپو کردن مواد اولیه امتناع از تولید و عرضه میکردند.

۳. بد قولی نظام بانکی به شرکتهای وارد کننده و تولید کننده مواد اولیه دارویی و شرکت های داروسازی جهت تامین نقدینگی خود به علت افزایش نیاز آنان به نقدینگی و سرمایه در گردش ناشی از افزایش نرخ ارز

۴. مالیات بر ارزش افزوده در زمان ارز ترجیحی چیزی حدود ۹ درصد بود که با توجه به نرخ پایین ارز رقم چندانی نبود؛ ولی با حذف ارز ترجیحی و تبدیل به ارز نیمایی این رقم به عدد بزرگی تبدیل شده است که این مالیات برای تولید کنندگان بسیار سنگین است.

۵. در حالی که تورم کشور در آستانه ۵۰ درصد است، چگونه قیمت داروها میتواند برای مصرف کننده ثابت بماند؟ ادامه این روند پس از مدتی میتواند تهدیداتی مثل آنچه برای بنزین به وجود آمد به وجود آورد و سبب ایجاد یک پرتگاه اجتماعی عمیق در سطح جامعه گردد.

۶. در طرح دارویار تمهیدی برای افزایش



پرداختی های افزایش یافته جدید را میدهد یا خیر؟ باین وجود احتمالا طرح دارویار سبب بارمالي جدیدی برای دولت که از قبل هم باکسری بودجه و منابع روبه رو بود میشود که انجام این طرح خود نقض غرض خواهد بود. ۸. نظارت بر اجرای صحیح و تخصیص دقیق منابع طرح دارویار و نهاد ناظر بر حسن اجرای این طرح چندان شفاف نیست.

در نهایت باید گفت با اجرای طرح دارویار و تثبیت قیمت دارو برای مصرف کننده نهایی در سطح شهریور ۱۴۰۰ همچنان هیچ علامت قیمتی برای اصلاح الگوی مصرف دارو به نظام بهداشتی کشور گزارش نشده است این مسئله خود یکی از مهمترین ایرادات مطرح در زمینه ارز ۴۲۰۰ تومانی به دارو بود.

نقدینگی مورد نیاز فعالیت داروخانه ها که به علت تحویل داروها به مصرف کننده به قیمت شهریور سال ۱۴۰۰ و دریافت مابه التفاوت آن از سازمانهای بیمه گر صورت نگرفته است این در حالی ست که سازمانهای بیمه گری مثل تامین اجتماعی متعهد به پرداخت بارمالي با تاخیرهای چندین ماهه صورت میگیرد که این نیز خود باعث زیان داروخانه ها و کاهش انگیزه آنان برای فروش دارو به قیمت ثابت و در نتیجه دامن زدن به کمبود دارویی کشور میشود. اگر اوضاع به همین روند پیش رود باید شاهد آسیب های جدی به داروخانه ها و تعطیلی داروخانه های نوپا باشیم.

۷. نکته اصلی مشخص نبودن اینکه مابه التفاوتی ارز نیمایی و ارز ترجیحی که توسط سازمان برنامه و بودجه پرداخت میشود کفاف





## فاطمہ جاوید پور

دانشجوی پزشکی



# بیست سال ناکامی

با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر خبر داد؛ همین خبرها کافی بود که این طرح، چستی، مشکلات و موانع آن دوباره سر زبانها بیفتد. اگر فکر می کنید که این طرح، طرح جدیدالاجرایی است که همین دولت یا دولت قبل، آن را ارائه کرده است سخت در اشتباهید؛ چه بسا قدمت آن از سن بعضی خوانندگان این متن هم بیشتر باشد!

پزشکی خانواده و نظام ارجاع، اولین بار در اوایل دهه ۸۰ در ایران مطرح شد و حالا امروز در آستانه تولد بیست سالگی در دستور کار دولتی قرار گرفته که از ابتدای کار، ادعای برداشتن گامهای بزرگ در زمینه طرح تحول نظام سلامت داشته است. حال آنکه الزامات قانونی متعددی چون بند ۸ سیاستهای کلی مقام معظم رهبری، بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی و بند الف ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه اقتصادی وجود

« با توجه به عدم مطلوبیت در اجرای طرح پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران، همچنین با توجه به مشکلات ایجاد شده برای بیماران در خصوص هزینه های درمان و در دسترس نبودن پزشک در مواقع ضروری که عدم رضایت مردم این دو استان را همراه داشته است، ما پزشکان خانواده استان فارس حذف فوری این طرح را از وزارت متبوع خواستاریم. »  
مرداد ماه سال ۱۴۰۱ بود که وزیر بهداشت در جمع خبرنگاران در دستور کار قرار گرفتن طرح پزشک خانواده در وزارت بهداشت به شکلی جدید و با اعمال اصلاحات را وعده داد. اسفند همان سال، مشاور وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی وزارت بهداشت، در همایش کشوری پزشک خانواده اعلام کرد از ابتدای سال جدید طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کل کشور، به صورت سازمان یافته اجرا خواهد شد و در اردیبهشت ماه سال جاری نیز معاون بهداشت وزارت بهداشت از شروع به کار اجرای طرح پزشک خانواده در شهرهایی



امضا راه می انداختند! همان متنی که در ابتدای متن آورده شده بود. بگذارید مقداری بیشتر شما را با ماهیت این طرح آشنا کنیم تا بعد از آن به موانع و چالش‌هایی که بر سر راه موفقیت آن قرار دارد برسیم.

پزشک خانواده به عنوان پزشکی شناخته می‌شود که مستقیماً با یک خانواده و افراد آن در ارتباط است. اقدامات پزشکان خانواده سلامت محور هستند، یعنی علاوه بر اقدامات درمانی مربوط به یک خانواده، اقدامات مربوط به بهداشت جسمی، جنسی و روانی افراد را نیز تحت نظر قرار می‌دهند و مشاوره‌هایی در این خصوص به افراد می‌دهند. پزشکان خانواده با صلاحدید خود می‌توانند افراد را به پزشکان متخصص ارجاع دهند تا در صورتی که نیاز به معاینات بیشتر دارند توسط آنها انجام شود. این نظام ارجاع خود سه سطح دارد: سطح اول، پایگاه پزشک خانواده است که در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (شامل پرستار یا ماما) اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری روند درمان بیمار و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سلامت عمومی عمده‌ی خدمات سطح یک را تشکیل می‌دهد. در صورت صلاحدید پزشک خانواده، بیمار به سطوح دو (واحد تخصصی در نظام سلامت مانند درمانگاه یا بیمارستان تخصصی یا پزشک متخصص) و سه (واحد فوق تخصصی در نظام سلامت مانند درمانگاه یا بیمارستان فوق تخصصی یا پزشک فوق تخصص) ارجاع داده می‌شود.

به صورت تیتروار، اهداف پزشکی خانواده را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد:

- ۱- بهره‌مندی یکسان کلیه افراد جامعه از سرانه سلامت و اجرای اصل عدالت در سلامت
- ۲- حذف پرداخت هزینه‌های اضافی توسط مردم به نظام سلامت
- ۳- انجام معاینات دوره‌ای و پیگیری وضعیت

دارند که دولت را ملزم به اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌کنند. تاریخچه پزشک خانواده در دنیا به سال‌های پس از جنگ جهانی دوم برمی‌گردد، هنگامی که با افزایش تخصص‌های پزشکی، پزشکان عمومی به انزوا رفتند. برای حل این معضل در کشور آمریکا در اواخر دهه ۱۹۶۰ میلادی، بوردا پزشکی خانواده به رسمیت شناخته شد و در مدت زمان کوتاهی، آکادمی پزشک عمومی آمریکا به آکادمی پزشک خانواده تغییر نام داد. در پی این تحولات کشورهای دیگری چون کانادا، انگلستان، چین، ویتنام، تایلند و ژاپن و چندین کشور دیگر به این برنامه پیوستند. در ایران، پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد. در سال ۱۳۸۳، مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد تا مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. از سال ۱۳۸۴ این برنامه به صورت محدود در مناطق روستایی و شهرهای کوچک زیر بیست هزار خانوار توسط دولت به اجرا درآمد. در سال ۱۳۸۹، دولت سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان را به عنوان پایلوت برای اجرای طرح پزشک خانواده شهری در نظر گرفت.

در این استان‌ها چند شهر بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر انتخاب شدند و پس از اجرای طرح موسوم به ۰۱، مشکلات اولیه شناسایی شد. پس از پایش طرح، نسخه ۰۲ پزشک خانواده شهری در سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران اجرا شد، اما در طول اجرای چندساله، این طرح با چالش‌ها و مشکلات عدیده قانونی، ساختاری و اجرایی روبرو بوده است به گونه‌ای که پزشکان استان فارس تا همین اواخر هم برای لغو طرح پزشک خانواده، کارزار جمع‌آوری



پزشک از تجویز آن دارو خودداری کند، بیمار هم به همین دلیل پزشک خانواده‌اش را عوض می‌کند، تعداد افراد تحت پوشش پزشک خانواده کم می‌شود و درآمد دریافتی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به همین راحتی! از طرفی همین پزشک در فضایی آموزش دیده که هیچ تناسبی با شایستگی‌های مورد نیاز یک پزشک خانواده ندارد! خروجی آموزش درمان محور و تخصص محور، پزشکی نیست که با مهارت‌های مراقبتی جامعه محور، بتواند نقش یک پزشک خانواده خوب را ایفا کند. همین می‌شود که پزشک نه تنها با فرآیندهای اداری آشنایی ندارد، بلکه در مهارت‌های لازم در خصوص مراقبت‌های اولیه و تصمیم‌گیری برای نظام ارجاع هم دچار ضعف است. از طرفی فقدان یک نظام ارزشیابی و بازخورد به وضوح در مورد این طرح دیده می‌شود. عدم پاسخگویی در زمینه نتایج اجرای پزشکی خانواده، ارزیابی غیریکپارچه و ناکارآمد توسط ذی‌نفعان مختلف، عدم تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، بازخوردهای حرفه‌ای ناکافی و نبود ارتقای پزشکان خانواده و بی‌توجهی به ارزشیابی دریافت کنندگان خدمات از مشکلات ناشی از نبود این نظام ارزشیابی هستند. مسئله بعد ضعف هماهنگی و همکاری بیرونی و درونی است؛ ضعف همکاری میان سطوح مختلف نظام ارجاع، همراهی ناکافی سایر واحدهای دانشگاه‌های علوم پزشکی با مجریان طرح، همکاری ضعیف وزارت بهداشت با بخش غیردولتی، ارتباطات بین‌بخشی ضعیف، شکاف‌های ارتباطی و اشتراک‌گذاری محدود اطلاعات در این دسته قرار می‌گیرند. مشکل بعد، عدم تطبیق‌پذیری این طرح است به گونه‌ای که به نیازهای سلامت هر منطقه یا ناسازگاری‌ها و هنجارهای فرهنگی، اجتماعی هیچ توجهی نمی‌شود و پزشکان نیز برای این موارد آموزش کافی ندیده‌اند. عدم جلب اعتماد و مشارکت عمومی از موارد دیگر است؛

سلامت افراد جامعه توسط پزشکان خانواده و ثبت سوابق بیماری

۴- دسترسی سریع و آسان و شبانه‌روزی مردم به خدمات سطح اول نظام سلامت  
۵- بهبود و ارتقای نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگویی به نیازهای جدید مردم

اما سوال اینجاست که طرحی که چنین چشم‌انداز خوبی دارد، چه مشکلاتی را بر سر راه خودش دارد که باعث شده اجرای گسترده آن ۲۰ سال به تعویق بیفتد؟!

اولین چالشی که بر سر راه قرار دارد، در ارتباط با خود پزشکان است. ناکارآمدی قراردادهای کاری پزشکان که کوتاه‌مدت هستند و امنیت شغلی پزشک را تأمین نمی‌کنند،



در کنار نظام پرداخت نامشخص و ناکارآمد و فقدان مشوق‌های غیرمادی و محدودیت استقلال پزشک در تصمیم‌گیری‌های بالینی باعث شده پزشکان عمومی رغبتی برای همکاری با این طرح نداشته باشند. با یک مثال عینی این مسئله را توضیح می‌دهیم. احتمالاً هنوز هم افراد زیادی هستند که پزشک خانواده را صرفاً مسئول مهر و امضای دفترچه‌های بیمه می‌دانند؛ ممکن است این افراد بعد از مراجعه به پزشک خانواده، خودتجویزی کرده و از پزشک دارویی را بخواهند که نیازی به مصرف آن ندارند، اگر

و تیم ارائه کننده خدمت شکل گیرد. لزوم پاسخگویی به دغدغه‌ها و ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین ارائه کنندگان خدمت نیز دیده می‌شود. برای تطبیق پذیر کردن مدل پزشکی خانواده، علاوه بر تقویت نیازسنجی در ارائه بسته‌های خدمات سلامت، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در راستای لزوم جامع‌نگری طرح پزشکی خانواده نیز باید در راه‌اندازی خدمات ارتقای سلامت مداخله داده شوند.

برای جلب اعتماد و مشارکت عمومی نیز طراحی سازوکارهای مشارکت مداوم جامعه نظیر برگزاری منظم جلسات، سازوکارهای دریافت بازخورد از دریافت کنندگان خدمات، رسیدگی به شکایات و پیمایش‌های رضایت بیماران، همچنین تقویت رویکرد بیمارمحوری در ارائه خدمات با در نظر گرفتن ترجیحات و ارزش‌های دریافت کنندگان خدمات سلامت باید در نظر گرفته شوند. با این تفاسیر چاره کار، راه انداختن کارزار جمع‌آوری امضا برای حذف و لغو این طرح نیست. چراکه چنین طرحی که ۲۰ سال برای آن برنامه‌ریزی و بودجه صرف شده را نمی‌توان به این راحتی کنار گذاشت حتی اگر مدت طولانی بدون آورده و نتیجه مثبتی باشد؛ آن هم طرحی که در کشورهای دیگر نیز در حال اجراست و نتیجه‌بخش بوده است. تنها باید موانع بر سر راهش را شناخت و با توجه به راهکارها در صدد رفع آن‌ها برآمد. فراموش نکنیم که تفکر پزشک خانواده در کشور ما به قرن‌ها قبل بر می‌گردد. سخن دانشمند بزرگ کشورمان، حکیم زکریای رازی اثبات کننده این موضوع است: «مريض باید از میان اطباء موثق به یک تن اکتفا ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آن‌ها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک است»

انگاره‌های ذهنی متعارض ذی‌نفعان مختلف در زمینه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بی‌توجهی به اقناع افکار عمومی، تجربیات مراقبتی منفی یا انگاره‌های نادرست دریافت کنندگان خدمات پزشکی خانواده، بی‌توجهی به مشارکت فعال بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، عدم برنامه‌ریزی در زمینه ارتقای سواد سلامت و ... همگی از چالش‌های این مورد هستند. و اما در مقام ارائه راهکار؛

ابتدا باید نظام پرداخت تیم پزشکی خانواده را اصلاح کرد. در این راستا شایسته است نظام پرداختی ترکیبی تیم پزشکی خانواده و متخصصان بر مبنای حقوق ثابت، کارانه، کیفیت کار و ... اصلاح شود. همچنین پزشکان باید به شرکای مالی سازمان‌های بیمه‌گر تبدیل شوند.

در گام بعد، نگرش اساتید باید در راستای آموزش و نگرش دانشجویان در راستای یادگیری مهارت‌های لازم جهت ایفای نقش پزشک خانواده و جریانسازی سلامت‌محوری تغییر کند. همچنین بعضی سرفصل‌های مبتنی بر پزشکی خانواده باید به کوریکولوم آموزشی اضافه و در حین گذراندن طرح، مهارت‌های لازم به پزشک آموزش داده شود. در زمینه طراحی نظام ارزشیابی و بازخورد، باید شاخص‌های کیفی مناسب با توجه به ابعاد مسئله مورد ارزیابی قرار گرفته و با دریافت کنندگان و ارائه کنندگان خدمات در زمینه ارزیابی رضایت، مصاحبه عمیق انجام شود. ارتقای مستمر سامانه یکپارچه ثبت اطلاعات با کمک مرکز آمار و فناوری اطلاعات و همکاری بین‌بخشی وزارت بهداشت با سایر رشته‌های مرتبط با فناوری در سایر دانشگاه‌ها نیز کمک کننده خواهد بود. در ارتباط با ضعف همکاری و هماهنگی درونی و بیرونی نیز باید ائتلافی قوی برای رهبری فرایند با هدف تبدیل طرح پزشکی خانواده به طرح ضروری و مورد پذیرش مدیران اجرایی





## داروسازی زیردربین

### بهناز کریمی افشار

دکترای داروسازی



پنجم شهریور ماه روزی آشنا و مهم برای فعالان حوزه داروسازی است. در سال های اخیر تعداد افرادی که به این رشته ورود پیدا کرده اند افزایش چشمگیری داشته است. افرادی که رشته داروسازی را انتخاب کرده اند موقعیت شغلی آینده خود را در حضور در داروخانه ها، بیمارستان ها، دانشگاه ها، صنعت و ... می بینند.

با وجود افزایش تعداد و تراکم داروخانه ها و کاهش تدریجی شانس موفقیت موسسین، آمار نشان می دهد که شیب صعودی تعداد افرادی که وارد بخش های تحقیقاتی، صنعت، بیمارستان ها و سایر شاخه های مرتبط با این رشته می شود از تاسیس داروخانه کمتر است و کاهش دستیابی به این حوزه های کارآمد را شاهد هستیم.

در حالی که سابقا برای درمان های پیش پا افتاده نیاز به سفر های خارج از کشور احساس می شد و یا به دلیل کمبود نیرو مجبور به دعوت از نیروهای کادر درمان سایر کشورها بودیم، اما امروزه شاهد آن هستیم که به یکی از مراکز توریسم درمانی تبدیل شده ایم.

تا دهه ۵۰ کمتر از ۳۰٪ داروها توسط شرکت های چند ملیتی در داخل ایران تولید می شد و از آنجا که باد آورده را باد می برد، در سال ۵۷ با پیروزی انقلاب اسلامی شرایط بدتر شد و ایران از طرف کشور های دارای صنایع دارویی، تحریم و با بحران تامین دارو مواجه شد.

با تبدیل تهدید به فرصت پس از دو دهه؛ تولید داروهای نو ترکیب آغاز و داروهای ماندگار فاکتور خونی که در انحصار کشور های خاصی بود تولید و در سال ها بعد با بهره گیری از دستاورد های دانش هسته ای، تولید رادیو

داروها کلید خورد. مرکز ملی اطلاعات زیست فناوری آمریکا (NCBI) می گوید که انقلاب اسلامی به طور چشمگیری منابع دارویی را تغییر داد و خود کفایی هدف اصلی دولت های ایران شد.

به عنوان مثال تولید ۲۲ محصول استراتژیک در حوزه نازایی، سرطان و ... و صرفه جویی ارزی صد میلیون دلاری حاصل از تولید تنها ۴۰ کیلو گرم از یکی از داروهای ضد سرطان برابر با فروش نفت به حجم یک آدریان دریایی (ابرنفتکش پانامایی که در اجاره ایران است) می باشد و اینگونه است که با درک درستی از مفهوم اقتصاد مقاومتی توانستیم از علم خلق ثروت کنیم و وابستگی به خارج و اثرات تحریم ها را کم رنگ کنیم.

ایران جز ۲۰ کشور دنیا در مصرف دارو است که این نکته اهمیت تولید دارو را نشان می دهد. مستحضری هر گونه پیشرفت در گرو تربیت نیروهای متخصص و به کارگیری شایسته آنها به دور از رانت است این در حالی است که درآمد به نسبت کم و دیربازده بودن و کاهش احتمال اشتغال برخی شاخه ها و درصد پایان نامه ها و سرمایه گذاری های بی سرانجام، افزایش ظرفیت دانشگاه ها بدون پیش بینی شرایط کاری، نادیده گرفتن جایگاه داروسازی و بحث های هر ساله راجع به حق فنی، به حاشیه کشیدن محوریت اصلی این رشته است که نه تنها انگیزه ای برای نیروهای جوان و نخبه نیست، بلکه از جمله موانع پرورش استعداد ها در محیط های آکادمیک به شمار می رود.

همچنین لازم است به این نکته توجه شود که یکی از چالش هایی که با آن مواجه هستیم مسئله فرار نخبگان است. بررسی ها نشان می دهد که درصد مهاجرت داروسازان در مقایسه با نرخ رشد کل داروسازان معنادار است



باید همه گروه ها را در نظر بگیرد و به آینده کاری آنها توجه داشته باشد.

راهبرد اساسی، مصون سازی اقتصاد از آسیب تحریم ها از طریق تقویت و رونق تولید داخلی است و ما پشت این قضیه ایستاده ایم و از مسیر پیشرفت حقیقی کشور دفاع میکنیم.

به طوری که از ۱/۷ درصد پس از گذشت یک دهه به ۸/۱۳ درصد رسیده است و میزان مهاجرت این قشر نخبگانی (حدود ۱۴٪) بسیار بیشتر از میانگین مهاجرت ایرانیان (حدود ۲٪) است.

گام مهم در داروسازی عرضه داروی با کیفیت و پیشگام در نوآوری محصولات در راستای سلامت عمومی جامعه است.

در راستای نیل به این اهداف از یک سو مستلزم احیای جایگاه داروساز، تربیت نیروهای متخصص، ارتقاء سطح دانشگاه ها و تجهیزات صنایع دارویی هستیم و از سوی دیگر تسهیل ساختارهای دست و پا گیر تولید برای جلوگیری از فرصت سوزی و تک نرخی شدن ارز، مدیریت منابع حاصل از آن با شفاف سازی هزینه ها به سود تولید کننده ها خواهد بود و سبب رونق این صنعت و واردات و صادرات دارو خواهد شد.

همچنین اقدامات امیدوار کننده ای نظیر اصلاح قیمت گذاری و سامانه های رصد دارویی مانند سامانه تیتک برای جلوگیری از قاچاق مانند تزریق خون جدید است که لازم است بیش از پیش مدیریت شود.

رشته داروسازی یک مجموعه شامل داروسازان آینده، دانشجویان فعلی، فارغ التحصیلان گذشته اساتید این رشته، فعالان صنعت و ... است و هر مجموعه ای که برای این شاخه گسترده علمی برنامه ریزی می کند





# این وزارت خانه رهبر ارکستر ندارد

محمد رضا سلطانی

دانشجو ————— وی پزشک



## منصرفان از استیضاح

از قصه پر غصه طرح دارویار و وضعیت اسفناک دارو در کشور همه اطلاع داریم و بررسی‌ها و نقدهای کارشناسی انجام شده و در این یادداشت به آن نمی‌پردازیم. می‌خواهیم بدانیم چه شد که نمایندگان مجلس از استیضاح وزیر بهداشت صرف نظر کردند؟ آیا اگر مثلاً بجای ایشان دولت تدبیر و امید بود و آقای نمکی وزیر بودند هم همین گونه برخورد میشد؟

در سال‌های اخیر و پس از زمزمه افزایش ظرفیت پزشکی بهانه‌ای برای نمایندگان مجلس فراهم شد تا دانشگاه‌های علوم پزشکی جزیره‌ای و دانشکده‌های اقماری را گسترش دهند آن‌هم براساس سبد رأی خود و نه بررسی‌های کارشناسانه. آقای وزیر از کمبود بودجه وزارت بهداشت و هم سطحی آن با بودجه کشورهای جهان سوم می‌گویند اما در تعجبیم که در بخش عظیمی از مخارج اولویت‌دار وزارت، چرا تاسیس بدون کارشناسی دانشکده و دانشگاه در دستور کار است؟ چرا وزارت بهداشت در امر افزایش ظرفیت مشکلات عدیده دانشگاه‌های خود را در نظر نمی‌گیرد و صرفاً بازی ریاضی عده‌ای علوم انسانی خوانده را حجت بازی با امنیت علمی رشته‌های علوم پزشکی می‌داند؟ چرا هنوز آمار دقیقی از وضعیت نیروها و متخصصان وزارت بهداشت وجود ندارد تا مبنای تصمیم‌گیری شود؟

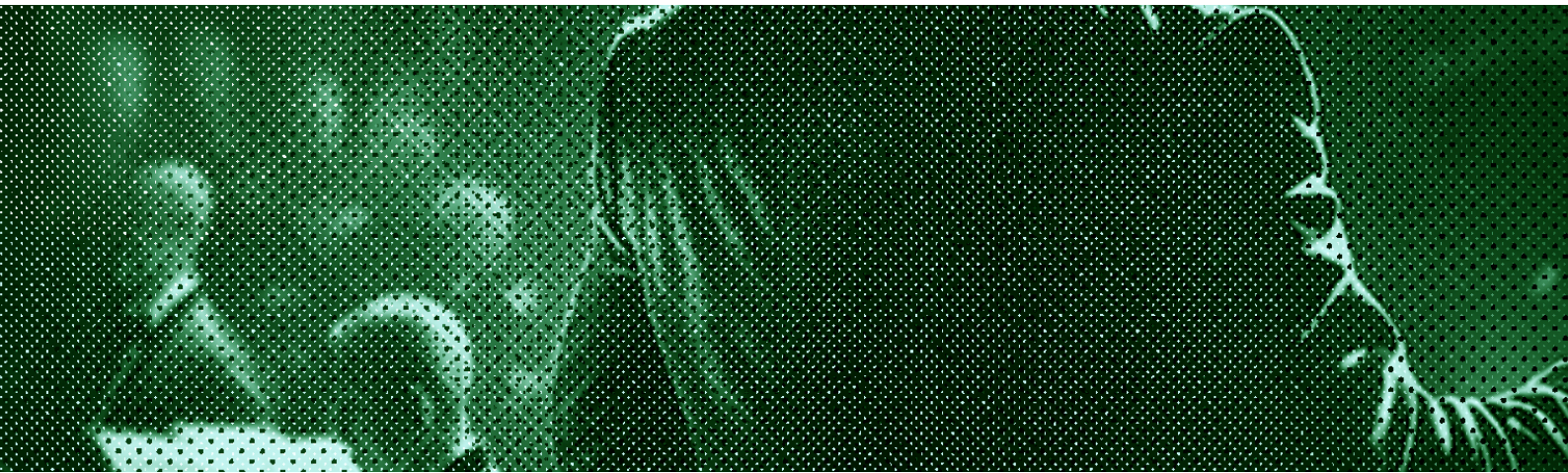
نظام اسلامی از ابتدای فعالیت خود اهمیت به سلامت مردم و بهبود بهداشت فردی و جمعی را در دستور کار قرار داد. در سال‌های پس از انقلاب همواره نظام سلامت جزو عرصه‌هایی بوده که جمهوری اسلامی سربلند از آن بیرون آمده است؛ حتی در مسائلی مانند کنترل جمعیت در دهه هفتاد، که بعدها فهمید اشتباه عمل کرده است، درحالی که آن زمان که فکر می‌کرد این اقدام صحیح است، نمونه جهانی شد.

یا برای مثال در امر واکسیناسیون از فلج اطفال گرفته تا کرونا، جهان را انگشت به دهان گذاشت.

اما باید دید دلیل این موفقیت‌ها چه بوده و چه نقاط قوتی وجود دارد تا در عرصه‌هایی که نظام سلامت دچار ضعف شده از آن نقاط قوت بهره برد.

در شماره قبل نشریه شفا اشاره شد به نقش مهم مردمی‌سازی بعنوان نقطه قوت پیشرفت در نظام سلامت؛ اما نقش بعدی اثرگذاری مدیریت نظام سلامت است که در ساختار فعلی نوک پیکان به سمت وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

دو سال از رای اعتماد مجلس به دکتر عین‌اللهی می‌گذرد. مدیریت هوشمندانه دولت در امر کرونا و واکسیناسیون نوید وزارت بهداشتی مردمی و انقلابی و رو به جلو را می‌داد اما باید بررسی کنیم که آیا این نوید درست از آب درآمد یا خیر؟



## مهاجران مجهول‌الهدف

از آسیب‌های بزرگ بدنه سلامت کشور در سال‌های اخیر بحث افزایش مهاجرت متخصصان بوده است. بحثی که بدنه جامعه با عبارت دردناک «فرار مغزها» می‌شناسد. اما نکته جالبی در این بین وجود دارد؛ جناب آقای دکتر عین‌اللهی بشدت بر این نکته تاکید دارند که مسائل مالی علت مهاجرت نیست و دلایل دیگری وجود دارد. این مسئله باعث شده وزارت بهداشت قدمی در راستای بهبودی وضعیت معیشتی گروه‌های مختلف انجام ندهد. افزایش حقوق دانشجویان تخصص و کارورزان صرفاً پس از طرح در مقابل رهبر انقلاب در دستور کار قرار می‌گیرد و پس از آن با گذشت یکسال جهت افزایش حقوق مجدداً امروز و فردا می‌شود.

پزشک متخصصی که در بیمارستان دولتی به قیمت بیسکویت سوپرمارکت کار می‌کند و آن را هم بعد چندین ماه دریافت می‌کند، آیا با افزایش حقوق و مزایا و دریافت به موقع آن برای ماندن در کشور رغبت پیدا نمی‌کند؟ اینکه پزشک عمومی در درمانگاه سه کودک با تب بالای ۴۰ دارد و فقط یک داروی تب‌بر آیا علت مهاجرت نمی‌شود؟ آقای دکتر عین‌اللهی علت رغبت متخصصان انقلابی و متدین ما به مهاجرت هم دلایل دیگر غیر از مسائل مالی هست؟ آیا اینکه یکسال کار کردن عادی در کشورهای حاشیه خلیج فارس

به اندازه چندین سال کار کردن در ایران درآمد دارد را علت مهاجرت نمی‌دانید؟

## تعرفه‌گذاری سیخ و کباب سوز

وضعیت تعرفه‌های نظام سلامت باید به گونه‌ای باشد که مردم پرداخت پایینی داشته باشند اما درآمد و حقوق کادر درمان صدمه نیند. یعنی باید کاری کرد نه سیخ بسوزد نه کباب.

در حال حاضر وضعیت به گونه‌ای است که کادر درمان ناراضی هستند چون افزایش تعرفه‌ها بسیار کمتر از تورم است، قرار بود افزایش تعرفه ۴۰ درصد باشد اما نهایتاً ۲۵ درصد تصویب شد؛ این بر کیفیت ارائه خدمات اثر می‌گذارد و از همان عوامل زمینه‌ساز مهاجرت است. مردم هم ناراضی هستند چون تورم بر هزینه خدمات درمانی اثر می‌گذارد و بیمه هم منابع مالی مضاعف دریافت نمی‌کند؛ لذا سهم پرداختی از جیب مردم افزایش پیدا می‌کند. فرد برای یک سرماخوردگی ساده به درمانگاه می‌رود و از بار هزینه‌ها کمرش هم می‌شکند.

چرا این گونه است؟ چون وضعیت و نسبت وزارت با بیمه‌ها مشخص نیست، وزارت در امر دارویار هم صدمه سنگینی از بیمه‌ها خورد و از آنجا فهمید حساب زیادی نمی‌تواند در تصمیماتش روی بیمه باز کند. بیمه بجای آنکه کمک حال وزارت باشد بیشتر دست‌وپای او را برای جسارت در تصمیم‌گیری بسته است.



## نشریه تخصصی شفا \* یان اسمہ دواء و ذکرہ شفاء

می شود. هنگامی که در دانشگاه ها افرادی در راس امور فرهنگی قرار می گیرند که بدیهیات کار دانشجویی و فرهنگی را نمی دانند قاعدتا توقع کار نو و خلاق و اثرگذار نباید داشت. وضعیت بودجه ای حوزه فرهنگ در دانشگاه هم که همچون ملخی است که چند ده قلابه شیر بر سر شکار آن و صاحب شدنش جنگ دارند.

### خط سیر نامشهود

اما معضل آخر و معضلی که بنظر پاشنه آشیل وزارت بهداشت دولت آقای رئیسی هست، خط سیر نامشهود این وزارت است. دکتر عین اللهی و مشاوران ایشان بدون رویکرد کلان هستند، شما نمی توانید تشخیص دهید قطار وزارت خانه ایشان قرار است کدام سمت برود، اصلا هدف غایی و نهایی و چینش کلان وجود ندارد. حتی جالب اینجاست به نگاه کلان اسناد بالادستی هم توجهی نمی شود. جناب دکتر عین اللهی باید بنشینند از ابتدا اولویت و رویکرد کلان را برای مجموعه وزارت خانه و معاونت ها تبیین کنند. هر دستگاه و تشکیلاتی چنین چیزی را نیاز دارد اما وزارت بهداشت فعلی آن را ندارد، چند صد است، هر کس کار خودش را می کند و گوشه ای سازی می زند، سازها ناکوک است و حتی اگر کوک هم باشد این وزارت خانه رهبر ارکستر ندارد.

مسئله بعدی این است که رابطه پولی بین پزشک و بیمار، حوزه نظام سلامت را به بقالی تبدیل می کند و پزشک را کاسب و بیمار را مشتری. این رابطه دست و پای وزارت را هم در تعرفه گذاری می بندد.

### مدیران سفارشی

نماینده مجلس نباید در انتصابات دخالت کند، استاندار و معاونان آن هم همین طور. اما یک طرف دیگر آن این است که آقای دکتر عین اللهی و روسای دانشگاه های علوم پزشکی نگذارند کسی دخالت کند. متأسفانه در بدنه وزارت و دانشجویان این باور و زمزمه وجود دارد که صندلی های مدیران را نه تقوا و انقلابی گری مشخص می کند نه تخصص. بلکه این سفارشات از چپ و راست است که صندلی های مسئولیت را پر میکند. روند شفاف در امر انتصابات دامن وزارت خانه را از این شایعات پاک خواهد کرد.

### فرهنگ مفقود

در دانشگاه های علوم پزشکی فرهنگ مفقود است. پیدا کردنش دشوار است. اگر پیدا شود مدیون تلاش انقلابی مسئولان فرهنگی وزارت و تک مسئول های همراه همان دانشگاه و دانشجویان است. فرهنگ دانشگاه با اردوهای تابستانه حل نمی شود، فرهنگ دانشگاه با تشکل، با استاد، با سال تحصیلی ساخته





## حسین خسروی فر

کارشناس رادیولوژی



# نظام بهداشت و سلامت عمومی در چین

## پیشگفتار

در ادامه ی بحث سلامت عمومی ایران که در شماره گذشته بدان پرداخته شد، بنابر آن بود که بحث خود را با تجربه ی سایر کشورها در این مورد استوار سازیم. بعد از بررسی اجمالی کشور کانادا، اکنون به تجربه ی مهم تری خواهیم پرداخت که هم از نظام های سلامت بسیار گسترده و پیچیده دنیا است و هم نقاط تشابه بیشتری نسبت به سایر سیستم های سلامت با کشور ما دارد. در این مقاله بصورت کلی نظام سلامت چین را که از جزئیات و تفاوت های بسیار خاصی در بین نظام های سلامت دنیا برخوردار است، در پنج قسمت مورد مطالعه قرار میدهیم. در قسمت اول مقاله که در این نسخه انتشار یافته است، به مرور مختصر نظام اقتصادی چین و ساختار سازمانی نظام سلامت در چین پرداخته شده است و سایر موارد در نسخه بعدی تشریح خواهند شد.

## سرفصل مباحث:

مرور مختصر نظام اقتصادی چین  
ساختار سازمانی نظام سلامت در چین  
نظام پرداخت و تامین مالی در بخش سلامت و بهداشت عمومی  
مطالعه اجمالی نیروی انسانی در چین  
سطح بهداشت و درمان چین و مقایسه با سایر کشورها

## ۱- مرور مختصر نظام اقتصادی چین

بدیهیست که اقتصاد چین دومین اقتصاد بزرگ دنیا در شاخص GDP (تولید ناخالص داخلی) است. در سایر شاخص ها نیز روند و رتبه ی اقتصاد چین به شرح زیر است

## ۱/۱ ضریب جینی (XEDNI INIG) در

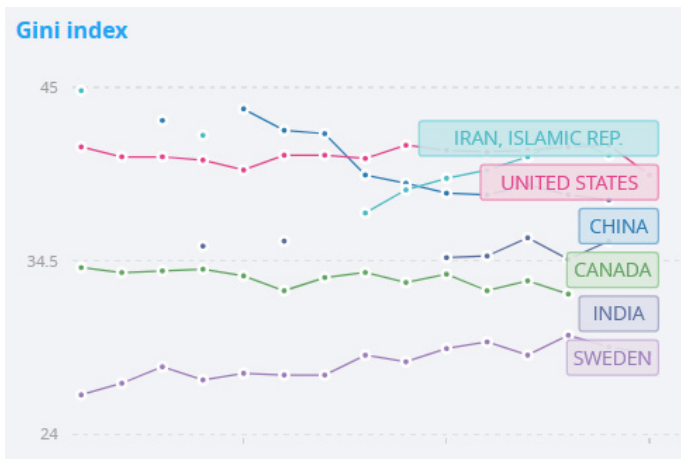
### مقایسه با سایر کشورها

این ضریب متداول ترین شاخص مطالعه ی توزیع ثروت است، بدیهیست که بهترین شاخص نمی باشد.

چین با ضریب ۳۸,۲ رتبه ۶۸ در بین ضریب های جینی را دارد (رتبه یک کشورها با ضریب ۶۳ متعلق به آفریقای جنوبی است).

ایران با شاخص ۴۰,۹ رتبه ۵۱ را تا سال ۲۰۱۹ در اختیار داشته است.

روند تغییر شاخص نیز در نمودار زیر و مقایسه با چند کشور دیگر، مشخص است (۲۰۲۰-۲۰۰۰)



## ۲/۱ بررسی فقر

نکته: فقر در اقتصاد پارامتری بسیار چند بعدی است که شاخص آماری دقیقی ندارد. اما به جهت سهولت در بررسی نظام های اقتصادی برخی از شاخص ها میتواند کمک کننده باشد.

میزان فقر در چین نیز از سال ۱۹۸۰ به بعد روند کاهشی را آغاز کرد. در دوران رهبری نسل دوم جمهوری خلق چین (شیائوپینگ) اقتصاد این کشور جهش چشمگیری را تجربه



اداره کل	پرسنل	برنامه ریزی و اطلاعات	مالی	قانون و قانونگذاری	اصلاحات مراقبت های بهداشتی	آمادگی اضطراری بهداشتی
پیشگیری و کنترل بیماری	مدیریت پزشکی	بهداشت اولیه	سلامت مادر و کودک	استانداردهای ایمنی غذایی	نظارت و ارزیابی ریسک	بازرسی و نظارت
خط مشی دارویی و داروهای ضروری	برنامه ریزی خانواده در جامعه	رشد خانواده	خدمات و مدیریت برای جمعیت مهاجر	ارتباط علوم، فناوری و آموزش بهداشت	همکاری بین المللی	مقامات بازنشسته

جدول ۱،۲ | مدیریت بهداشت

شایع و همچنین ارائه دستورالعمل های فنی و مدیریتی برای کلینیک های سطح کشور را بر عهده دارند. کلینیک های سطح شهرستان مسئول تشخیص و درمان بیماری های شایع هستند.

سیستم ارائه خدمات پزشکی شهری با خدمات سطح جامعه به عنوان سطح پایه و با همکاری مؤسسات بهداشتی جامعه و بیمارستان های شهر راه اندازی شده است. مؤسسات بهداشتی جامعه مسئول ارائه خدمات اولیه بهداشت عمومی برای جمعیت شهری و خدمات درمانی و توانبخشی برای بیماری های رایج هستند. از طریق مکانیسم های هماهنگی، بیمارستان های شهر با ارائه پشتیبانی فنی و آموزش کارکنان از توسعه پایدار نهادهای بهداشتی در سطح جامعه حمایت می کنند. در سطوح بالاتر، بیمارستان های عمومی بزرگ در سطح شهر، استان و کشور مراقبت های حاد و اورژانسی ارائه می کنند و بر بیماری های شدید و پیچیده تمرکز می کنند. آنها همچنین آموزش پزشکی و تحقیقات علمی را ترویج می کنند.

با این حال، تخصیص منابع بهداشتی فعلی بیشتر در بیمارستان ها متمرکز است. در سال ۲۰۱۲، تعداد تخت ها در مراکز بهداشتی درمانی نزدیک به ۵،۷۳ میلیون تخت بود که ۴،۱۶ میلیون تخت در بیمارستان ها بود. در سال ۲۰۱۳، تعداد مراجعات سرپایی به بیمارستان های

و بیمارستان های غیر دولتی نیز وجود دارند که متعلق به بخش های دیگر مانند وزارت کشور و آموزش و پرورش هستند. بیمارستان های بخش بهداشت، بیمارستان های ملی، بیمارستان های استانی، بیمارستان های شهری و بیمارستان های منطقه ای یا شهرستانی هستند، در حالی که مؤسسات پزشکی (اجتماعی) شهرستانی (عموماً تحت نظارت اداره بهداشت شهرستان هستند. در هر سطح اداری، یک سیستم ارائه خدمات پزشکی) از جمله طب سنتی چینی) و یک سیستم ارائه سلامت عمومی وجود دارد.

### ۳،۲ سیستم ارائه خدمات پزشکی

از نظر جغرافیایی، سیستم ارائه خدمات پزشکی در چین به دو بخش روستایی و شهری تقسیم می شود. بیمارستان های دولتی غالب هستند، در حالی که بیمارستان های غیردولتی نیز نقش مهمی در ارائه خدمات بهداشتی ایفا می کنند. سیستم بهداشت روستایی با بیمارستان های سطح شهرستان به عنوان ستون اصلی، با درمانگاه های شهرستان و سطح شهرستان به عنوان سطح مردمی راه اندازی شده است. بیمارستان های سطح شهرستان مسئول مراقبت های حاد، خدمات بهداشتی اولیه و ارائه پشتیبانی فنی برای کلینیک های سطح شهرستان و کشور هستند. این در حالی است که کلینیک های سطح شهرستان مسئولیت تشخیص و مراقبت های درمانی بیماری های شایع و بیماری های





مروری بر بیمارستان ها انجام می دهیم . تعداد کل بیمارستان ها در چین طی دهه گذشته به طور قابل توجهی افزایش یافته است و از حدود ۲۱ هزار بیمارستان در سال ۲۰۱۰ به حدود ۳۶,۶ هزار بیمارستان در سال ۲۰۲۱ رسیده است.

تا سال ۲۰۲۰، منطقه با بیشترین تعداد بیمارستان در چین، استان شاندونگ با ۲۴۵۱ بیمارستان و پس از آن استان سیچوان با ۲۲۱۹ بیمارستان بوده است. در همان سال، بیمارستان های چین در مجموع حدود ۶,۱۲ میلیون تخت بیمارستانی ارائه کردند و تقریباً ۱۱,۷۵ میلیون نفر در بخش پزشکی چین مشغول به کار بودند.

مؤسسات مراقبت های بهداشتی در چین از نابرابری های منطقه ای در منابع پزشکی، به ویژه بین مناطق توسعه یافته اقتصادی و کمتر توسعه یافته، رنج برده اند. در سال ۲۰۱۷، بیمارستان ها و سایر مؤسسات بهداشتی در گوانگدونگ (۱۰۸ میلیون)، بزرگترین استان جنوب مرکزی چین، بیشترین تعداد بازدید از بیمارستان ها را در میان مناطق چین به ثبت رسانده اند، به میزان حدود ۸۱۲ میلیون بازدید، در حالی که منطقه خودمختار تبت (۳ میلیون جمعیت) تنها ۱۴ میلیون بازدید را ثبت کرده است.

دولتی ۱,۷ برابر مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) بود. در حالی که اشغال واقعی تخت اولی چهار برابر دومی بود. در آینده، چین به افزایش ظرفیت بهداشت اولیه و تقویت سیستم خدمات بهداشتی توجه بیشتری خواهد کرد.

### ۴,۲ سیستم ارائه خدمات بهداشت عمومی

سیستم ارائه خدمات بهداشت عمومی متشکل از:

۱. مؤسسات پیشگیری و کنترل بیماری،
  ۲. مؤسسات نظارت بهداشتی
  ۳. و مؤسسات حرفه ای سلامت روان
- است که در چهار سطح فعالیت می کنند: کشوری، استانی، شهرستانی و شهرستانی. چنین مؤسساتی در سطح شهر یا روستا وجود ندارد، اما برخی از وظایف آنها توسط مؤسسات پزشکی مانند بیمارستان های شهرستان و درمانگاه روستاها پوشش داده می شود. مؤسسات کنترل و پیشگیری از بیماری ها مسئول مدیریت فناوری ها و خدمات بهداشت عمومی مرتبط با بهداشت حرفه ای، بهداشت پرتو، بهداشت محیط و بهداشت مدارس هستند. مراکز پیشگیری و کنترل بیماری ها در سطوح مختلف و سایر مؤسسات پیشگیری و کنترل بیماری های خاص مانند بیماری های دهان و دندان و بیماری های روانی وجود دارد.
- مؤسسات بهداشتی مادر و کودک عمدتاً مراقبت های بهداشتی را برای زنان و کودکان ارائه می دهند.

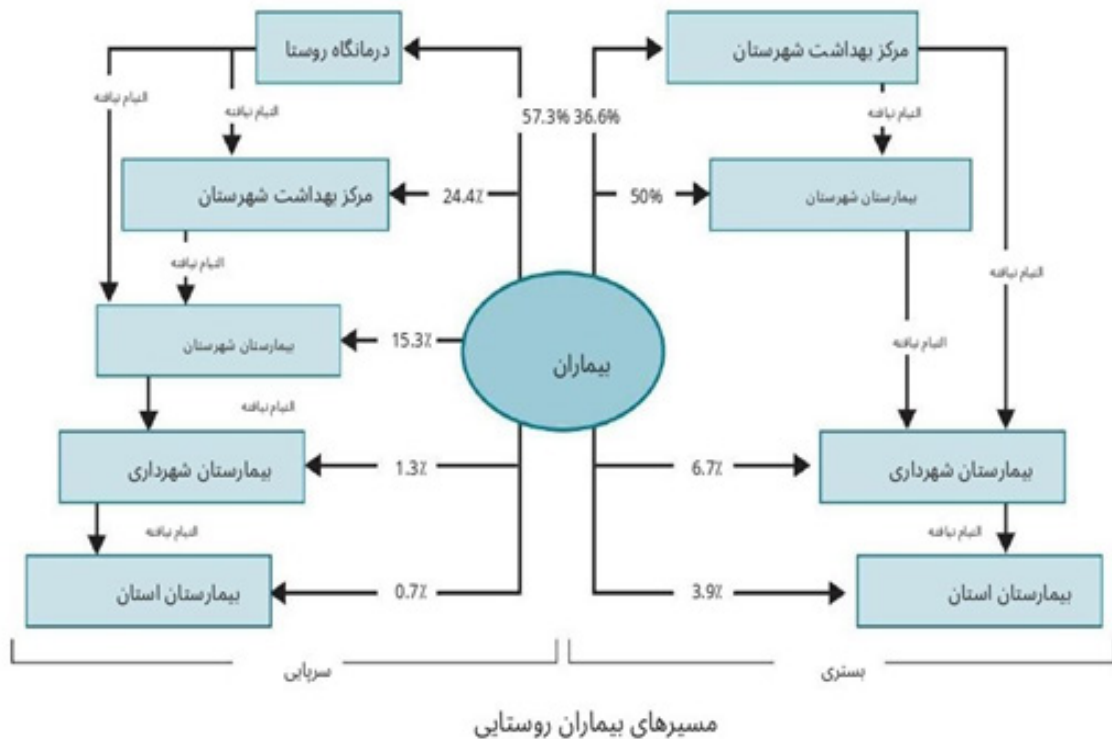
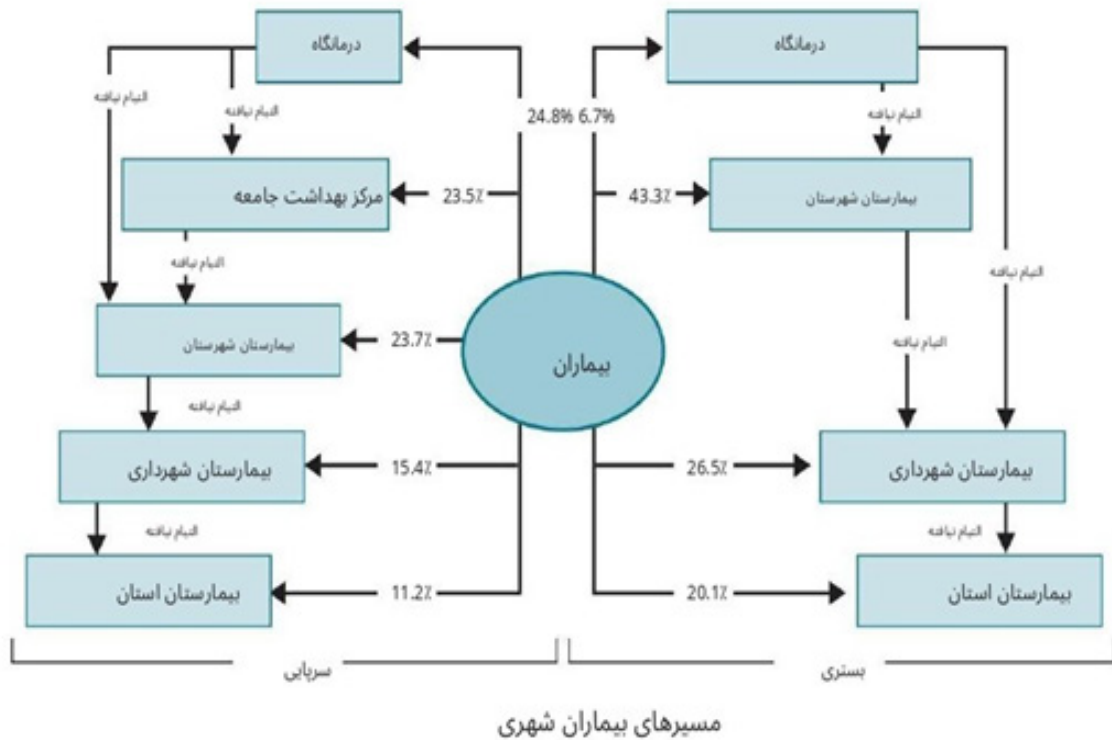
- مؤسسات نظارت بهداشتی مسئول نظارت بر بهداشت مواد غذایی، فعالیت های پزشکی غیرقانونی و بیماری های عفونی هستند.

- مؤسسات حرفه ای بهداشت روان مسئول پیشگیری، درمان، مدیریت، پشتیبانی فناوری و راهنمایی برای اختلالات روانی هستند

### ۵,۲ بیمارستان ها (ضمیمه)

از آن رو که بیمارستان ها خود جز ارائه خدمات پزشکی هستند و در کشور چین انواع مختلفی را شامل میشوند از آن رو به طور خلاصه

چارت کلی ارائه خدمات بیمارستان ها در چین :  
شکل 5.1 مسیرهای بیمار و احتمال آنها، ساکنان شهری و روستایی



نکات: خط پررنگ نشان دهنده بیشترین حجم بیماران ویزیت شده است. درصدها بر اساس اولین تماس یا اولین ملاقات برای یک بیماری خاص



## مهدی یوسفی

دانشجوی پزشکی



# ماجرای یک ادغام

ایران با تحولاتی شگرف رو به رو شد. ستاد بازنگری برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی در اولین سال‌های تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی شکل گرفت و وضعیت آموزش علوم پزشکی را از نظر کمی و کیفی مورد بررسی قرار داد و در گزارش نهایی خود به مشکلات موجود اشاره نمود:

- ناهم‌گونی بسیار برنامه‌های آموزشی در دانشکده‌های مختلف تا این حد که تفاوت به بیش از ۵۰ درصد می‌رسید و در برخی از دانشکده‌های تأسیس شده بعد از سال ۵۳، برنامه آموزشی مطلوبی وجود نداشت

- اشتغال عمده متخصصان علوم پزشکی در مؤسسات مربوط به وزارت بهداشت یا در بخش خصوصی و عدم مشارکت در آموزش علوم پزشکی کشور

- کمبود چشم‌گیر نیروی انسانی سلامت در اکثر نقاط کشور به نحوی که در بعضی مناطق به ازای هر ۱۸۰۰۰ نفر، یک پزشک وجود داشت و نتیجه این اتفاق، جذب هزاران پزشک خارجی بود که بیشتر آن‌ها علم و تبحر بالینی کافی نداشتند و علاوه بر محدودیت‌های زبان، در جامعه تحت پوشش خود، مشکلات فرهنگی فراوانی نیز ایجاد می‌کردند

- کمبود نیروی انسانی رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، بهداشت و تغذیه حتی بیشتر از کمبود پزشک

- تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستان‌های تخصصی وابسته به دانشگاه‌ها انجام می‌شد که با وزارت بهداشت و کل جامعه ارتباطی نداشتند. این امر سبب شده بود که آموزش پزشکی فاقد جنبه‌های جامعه‌نگری باشد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان که برای شروع خدمات پزشکی در سپاه بهداشت و یا

یکی از موضوعاتی که هر از گاهی به دغدغه برخی از افراد تبدیل می‌شود، انتزاع آموزش پزشکی از وزارت بهداشت و بردن آن زیر سیطره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری است؛ برخی خوف تعارض منافع دارند، برخی از سر لجبازی و برخی دلسوزانه این پیشنهاد را مطرح می‌کنند. برای بررسی بهتر این مسئله، باید ابتدا به تحلیل زمینه‌های شکل‌گیری ادغام آموزش پزشکی با این وزارتخانه پرداخت.

ماجرای ادغام آموزش پزشکی و وزارت بهداشت به گونه‌ای نبوده که از دهه‌ها قبل وجود داشته و اکنون به عنوان یک پیشنهاد نو برای ایجاد تغییرات بنیادین و یا بهبود روند، بخواهیم آن را با وزارت علوم ادغام کنیم. هم‌چنین ادغام نظام آموزشی با نظام ارائه خدمات موضوعی نیست که یک شبه در ذهن رهبران نظام‌های آموزشی به وجود آمده باشد. ضرورت ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات، بدون توجه به مقیاس آن، از شرایطی ناشی شده است که در طول زمان شکل گرفته است. به واقع ریشه‌ها و زمینه‌های ادغام را باید در این شرایط جستجو کرد. بررسی متون علمی نشان می‌دهد که تقریباً همه کشورهای دنیا از نظام آموزش پزشکی خود ناراضی هستند. شکاف فزاینده‌ای بین آموزش پزشکی و عملکرد افراد آموزش دیده وجود دارد که از تفاوت بین ارزش‌های علمی مؤسسات آموزشی از یک طرف و الزامات خدمتی و توقعات جامعه از طرف دیگر ایجاد شده است. اکنون به بیان تاریخیچه این انقلابی‌ترین حرکت سازمانی بعد از انقلاب اسلامی می‌پردازیم.

در طی سال‌های پس از انقلاب اسلامی آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی

و آموزش پزشکی» را پیشنهاد کرد که به تصویب گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی، هیأت دولت و نهایتاً مجلس شورای اسلامی رسید. شورای نگهبان با ذکر اشکالاتی مصوبه را برای اصلاح به مجلس بازگردانید. متعاقب آن لایحه تشکیل وزارت جدید از طریق وزیر وقت بهداری از مجلس پس گرفته شد. با توجه به اهداف عالی که در توجیه لایحه وجود داشت، کوشش شد تا بین وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداری در امور مربوط به پزشکی هماهنگی بیشتری به وجود آید. به همین منظور جلسات مشترکی با شرکت دو وزیر، نمایندگان مجلس و برخی از صاحب نظران به طور مرتب تشکیل شد، مع هذا پس از دو سال کوشش بی ثمر وزرای وقت بهداری و فرهنگ و آموزش عالی به این نتیجه رسیدند که سر و سامان دادن به وضعیت

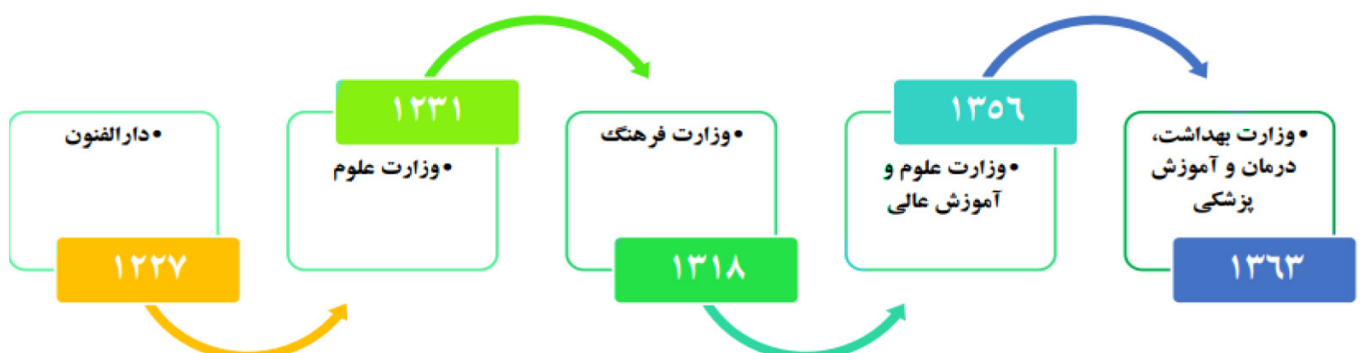
ارتش خدمت می کردند، در ارائه خدمات صحیح بهداشتی-درمانی اولیه در مواردی مانند: اسهال، گلودرد، ضایعات پوستی و ... ناتوان بودند.

- اکثر مؤسسات وزارت بهداری، به خصوص بیمارستانها و درمانگاهها، از نظر علمی در سطح قابل قبول نبودند و در روند تشخیص و درمان و برخی امور پیشگیری، رکود کامل به چشم می خورد.

- ظرفیت بسیار پایین آموزش علوم پایه پزشکی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا (تنها ۳ دانشگاه و با ظرفیت محدود)

اینها همه بخشی از مسائلی بودند که در این گزارش مطرح شدند. پس از قریب به یک سال بحث و تبادل نظر با گروههای دانشگاهی و مسئولان وزارت بهداری، در نهایت، شاخه پزشکی ستاد، تشکیل «وزارت بهداشت، درمان

موسسه / وزارت	سال تأسیس (ه.ش)	سال تأسیس میلاد
۱. دارالفنون	۱۲۲۸	۱۸۴۹
۲. وزارت علوم	۱۲۳۲	۱۸۵۳
۳. وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه	۱۲۸۸	۱۹۰۹
۴. وزارت فرهنگ	۱۳۱۹	۱۹۴۰
۵. وزارت آموزش و پرورش	۱۳۴۳	۱۹۶۴
۶. وزارت علوم و آموزش عالی	۱۳۴۶	۱۹۶۷
۷. وزارت فرهنگ و آموزش عالی	۱۳۵۷	۱۹۷۸
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴	۱۹۸۵





این مرحله، مدیریت سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در تهران و نیز استان‌های کشور در مدیریت دانشگاه‌ها ادغام نشد و عملاً جدا فعالیت می‌کرد. اگرچه مدیر عامل سازمان منطقه‌ای زیر نظر رئیس دانشگاه بود، استفاده دو سیستم از نیروی انسانی و امکانات یک‌دیگر و نیز مشارکت هر سیستم در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی سیستم دیگر محدود بود.

۲- ادغام کامل دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در تهران و استان‌ها در سال ۱۳۷۲ به این ترتیب که معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی عهده‌دار کلیه امور بهداشتی استان گردید و معاونت‌های پشتیبانی، آموزشی، دانشجویی و پژوهشی دانشگاه‌ها توانستند در امور مربوط به خود در کل استان فعالیت چشم‌گیری داشته و از کلیه نیروی انسانی، امکانات فنی و رفاهی برای پیش‌برد اهداف تعیین شده استفاده نمایند. به این ترتیب آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت و ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه در همه ابعاد خدماتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی مستحکم‌تر شد.

در شماره‌های بعد به موفقیت‌ها و آسیب‌های ادغام و توصیف وضعیت کنونی و آینده ادغام می‌پردازیم.

پزشکی کشور، به ویژه تربیت نیروی انسانی پزشکی جز از طریق تشکیل وزارت واحد در امور پزشکی امکان‌پذیر نخواهد بود.

سرانجام در سال تحصیلی ۶۳ و ۶۴ لایحه تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» بار دیگر از طریق هیأت دولت به مجلس شورای اسلامی ارائه شد و پس از ماه‌ها بحث و تبادل نظر با اکثریت قاطع به تصویب رسید. در به تصویب رساندن این لایحه، قسمت اعظم نیروی پزشکی برنامه‌ریز و مسئول کشور و نمایندگان پزشک مجلس، کوشش فراوانی به کار بردند. تاریخچه آموزش عالی پزشکی در ایران از دارالفنون تا تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶ سال به طول انجامید که طی این مدت، آموزش پزشکی دچار تحولات عظیم کمی و کیفی شده است.

این امر طی مراحل مختلفی انجام پذیرفت:

۱- دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۶۵ تشکیل شد و تصمیم بر آن شد که در نهایت، در هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی تأسیس گردد که رئیس آن عهده‌دار کلیه امور مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی باشد و به تدریج خدمات نیز در آن ادغام گردد. دانشگاه‌ها در امور بهداشت و درمان فعال‌تر شوند و از امکانات بیمارستانی و سرپایی وزارت بهداشت سابق برای آموزش گروه پزشکی استفاده شود. در





# پزشک زندگی

حمید ابراهیمی

دانشجوی ارشد اقتصاد بهداشت علوم پزشکی شیراز



## عوامل ایجاد کننده پزشکی زندگی:

زمینه های فرهنگی، اجتماعی و سیاسی متعددی می تواند باعث بروز پزشکی سازی شود. هم در بعد عرضه و هم در بعد تقاضا. مطالعات تجربی نشان داده اند که پزشکی سازی تا حد زیادی نه تنها از طریق کار متخصصان یا دانشمندان پزشکی و یا صنعت داروسازی، بلکه به طور فزاینده ای از طریق تلاش بیماران یا شهروندانی که به دنبال مشروعیت بخشیدن به ناراحتی خود از طریق تعریف آن به عنوان یک مشکل "پزشکی" هستند به دست آمده است. بخشی از پزشکان با فرض نمودن بیماران به عنوان مشتری و برآورده ساختن رویاهای بیماران و نه واقعیت مشکل آن ها، صنعت داروسازی با تمایل به توسعه و ساخت داروها برای انواع مشکلات، بیماران با خواسته های سیری ناپذیر خود و عدم تحمل برای علایم خفیف و مشکلات خوش خیم و تغییر ارزش ها همگی از عوامل ایجاد کننده پزشکی زندگی محسوب می شوند. از جمله نمونه های پزشکی زندگی می توان به افسردگی، چاقی، بی اشتهایی، طاسی، الکلیسم، اختلالات جنسی و یکی از شایع ترین موارد این روزها یعنی پروسیجرهای زیبایی و اقدامات تهاجمی و غیرتهاجمی مرتبط به آن اشاره کرد.

اثرات مثبت و منفی: درمان بیماری - درمان بیمار؟

جای تعجب نیست که امروزه بشر با بهره گیری از علم پزشکی به دنبال خواسته ها و نیازهای نامحدود خود جهت احساس راحتی، سرخوشی و بیشتر دیده شدن باشد. "پوردی" خوشبینی خود را اینگونه بیان می کند که: استفاده از روش های درمانی برای جلوگیری از درد و رنج و افزایش رفاه می تواند مناسب

اگر نگاهی به اطراف خود کنیم متوجه می شویم که امروزه بسیاری از مسائل، دغدغه ها، مشکلات و حتی روزمرگی های ما تحت نفوذ پزشکی در آمده است. شخصی را تصور کنید که با وضعیت مالی متوسط به پایین حاضر است مبلغ بسیار هنگفتی را برای جراحی زیبایی بینی خود اختصاص دهد. دیگری معتقد است اگر زاویه سازی صورت انجام ندهد، نمی تواند اعتماد به نفس خوبی داشته باشد. به انواع پروسیجرهای جراحی تهاجمی و غیرتهاجمی مثل انواع تزریق ها، جوانسازی پوست، لیپوساکشن، بلفاروپلاستی و غیره می توان اشاره کرد. این موضوع صرفا به اقدامات زیبایی محدود نمی شود. عادت به مصرف برخی داروها و مکمل ها (حتی تجویز نشده از سوی پزشک)، انواع تراپی ها و غیره نیز در این موضوع گنجانده می شوند. پزشکی زندگی (پزشکی سازی) مفهومی است که در اینجا مطرح می شود.

پشت پرده این اتفاق ها چیست؟ چه عواملی باعث بروز و اوج گرفتن آن شده است؟ سهم هر کدام در این ماجرا چقدر است؟

## تعریف:

پزشکی زندگی زمانی رخ می دهد که مشکلات غیرپزشکی را به عنوان مشکلات پزشکی از نظر بیماری یا اختلال، تعریف و درمان می کنند. اصطلاح پزشکی زندگی یا پزشکی سازی اشاره به مشکلاتی دارد که پیش تر به صورت عادی و یا انحراف از وضعیت نرمال در نظر گرفته می شدند، در حالی که امروزه به صورت بیماری معرفی می شوند. به زعم "زولا"، پزشکی زندگی فرآیندی است که به موجب آن، بخش های زیادی از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می آیند.

در نهایت باید توجه داشت که بسیاری از مشکلات ما طبیعی هستند و نیازی به اقدامات پزشکی ندارند. راه حل آن ها، ممکن است صرفاً رعایت سبک زندگی سالم، اعم از تغذیه مناسب، خواب کافی، ورزش، افزایش اعتماد به نفس، مشاوره های روانشناسی لازم، گفت و گو با خانواده و اطرافیان، بهبود مهارت های خود، یادگیری کنترل استرس، کنترل خشم و... باشد. داشتن انتظارات غیرواقعی و اغراق شده از خود و اشتباه در تفسیر مشکل و راه حل آن، ما را در دامی می اندازد که رهایی از آن چندان آسان نیست. تعیین حدود مناسب پزشکی را نمی توان با یک مدل بهینه سلامت حل کرد. پزشکی سازی برخی موضوعات بسیار بحث برانگیزتر از پزشکی سازی برخی دیگر است. فرآیند پزشکی سازی منجر به بیمار شدن افراد می شود. این ممکن است موقعیت اجتماعی و سلامت آنها را بهبود بخشد، اما ممکن است تأثیر عمیقی (احتمالاً مضر) بر زندگی آنها نیز داشته باشد. پزشکی سازی در مواردی دارای اثرات مثبت قابل توجه و در مواردی دیگر ممکن است دارای اثرات جبران ناپذیری بر فرد و یا جامعه داشته باشد. آنچه مهم است داشتن وجدان بیدار پزشکان، متخصصان و صنعت داروسازی و از سوی دیگر داشتن آگاهی و اطلاعات مناسب مردم و استفاده صحیح از آن می باشد. به عبارتی عرضه و تقاضای معقول و نه افراطی. در واقع جلوگیری از رخ دادن پزشکی زدگی بیش از حد و بیماری سازی افراد و جامعه حائز اهمیت است.

باشد، حتی اگر منبع مشکل یک بیماری نباشد. از سوی دیگر پزشکی نامناسب خطرات برچسب زدن غیرضروری، تصمیمات درمانی ضعیف، بیماری های ناخوشایند و هدررفت منابع اقتصادی و همچنین هزینه - فرصتی را به دنبال دارد که زمانی که منابع از درمان یا پیشگیری از بیماری های جدی تر منحرف می شوند، به وجود می آیند. اشتباه در طبقه بندی مشکلات، استنباط تغییرات طبیعی انسان به عنوان آسیب و نگرستن انسان به عنوان اشیا از جمله پیامدهای بد حاصل از پزشکی زدگی محسوب میشوند. نکته ی بسیار مهم پزشکی سازی بیش از حد است که احتمالاً اثرات بسیار مخربی را در پی دارد. نگرانی های درستی در مورد پزشکی سازی بیش از حد وجود دارد که باید به آن توجه نمود. واژه ای که در این موارد می توان به آن نسبت داد، بیماری سازی است.

## مرز پزشکی زدگی:

به گفته "اریک پارنز" زمانی که نهاد پزشکی از محدودیت های خود فراتر رود، پزشکی شدن اشتباه است.

هرگاه که موردی به عنوان مشکلی پزشکی در نظر گرفته شود باید سوالات زیر را مطرح کرد.

- آیا این مورد به درستی به عنوان یک مشکل شناخته شده است؟

- آیا تشخیص آن به عنوان یک مشکل ناشی از انتظارات اجتماعی بی اساس و اغراق آمیز نیست؟

- آیا پزشکی کافی ترین روش ها را برای درک و علل آن ارائه می دهد؟

- آیا طبی کردن این مشکل، موثرترین و ایمن ترین روش های حل آن را تضمین می کند؟



## شاغلین صنایع از دریچه سلامت

امیرحسین بلالی

پرستار



بوده و با مجموعه ای از فعالیت های فردی، محیطی و سازمانی می توانند از بروز خطرات پیشگیری کنند. سواد سلامت شغلی در این امر، عاملی کلیدی است.

امروزه این واقعیت که جمعیت جهان، بخصوص در کشورهای توسعه یافته، به سرعت به سمت پیری می رود، بر کسی پوشیده نیست افزایش امید به زندگی به دلیل بهبود شرایط زندگی می باشد. انتظار می رود در سال ۲۰۵۰، افراد بالای ۶۰ سال و بالاتر ۲۱٪ از جمعیت کل جهان را تشکیل دهند. در کشورهای صنعتی، جمعیت بالای ۵۰ سال در سال های آتی به صورت قابل توجه رشد خواهد کرد. افزایش نیروی کار پیر در کشورهای توسعه یافته، به این صورت است که از یک سو نیروی کار به سرعت در حال کاهش است و کارگران جوان تر که جایگزین افراد بازنشسته شوند کمتر در دسترس هستند؛ و از سوی دیگر افراد مسن در این گروه ها در حال رسیدن به سن بازنشستگی هستند که با توجه به تعداد آن ها و افزایش امید به زندگی، این عوامل مشکلاتی را برای بودجه بازنشستگی به وجود می آورد و موجب شده است هدف سیاست های عمومی بسیاری از کشورها برای رفع این مشکل، طولانی تر کردن زندگی حرفه ای و افزایش میزان اشتغال افراد سالمند باشد. بنابراین به موازات افزایش جمعیت پیر در جهان، نیروی کار هم در بسیاری از کشورهای صنعتی به سرعت در حال پیر شدن است. پیر شدن جمعیت کاری در بسیاری از جوامع به مسئله ای مهم تبدیل شده است. با افزایش سن، منابع انسانی به طور قابل توجهی تغییر می کند، پیری با کاهش تدریجی در اجزای مختلف ظرفیت کار فیزیکی از جمله ظرفیت

از آن جایی که کارکنان هر سازمان، مهم ترین سرمایه و عامل تحقق اهداف و برنامه های آن سازمان می باشند، تحقق اهداف سازمان بدون نیروی انسانی ماهر، توان مند، متعهد و خشنود غیرممکن می باشد. بنابراین با در نظر گرفتن این مطلب که انسان سالم رکن اساسی توسعه پایدار هر جامعه و هر سازمان پویا می باشد و ۶۵٪ از عمر مفید هر نیروی شاغل در محیط کار سپری می شود، لذا انسانی کردن محیط کار برای حفظ شان و کرامت انسانی یک وظیفه عمومی محسوب می گردد. انجام این امر نه تنها منجر به افزایش سطح سلامت شاغلین در سازمان شده بلکه کیفیت محصولات تولیدی، بهره وری و کارایی سازمان را نیز بهبود می بخشد لذا حفظ و ارتقاء سطح سلامت شاغلین در محیط های کاری و هم چنین تبدیل محیط کار به محیطی انسانی و مناسب یکی از چالش های مهم مدیریت مدرن می باشد.

حوادث شغلی علاوه بر آسیب های جسمی، روانی و زیان های اقتصادی، می تواند تاثیرات فاجعه آمیزی بر کیفیت کاری و زندگی کارگران بگذارد براساس نتایج به دست آمده از بررسی تاثیر حوادث شغلی بر کیفیت زندگی کاری شاغلین یک شرکت فولاد سازی، حوادث ناشی از کار، می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار داده و باعث کاهش سطح سلامت شاغلین گردد. حوادث شغلی که برخی اوقات به دلیل مدیریت ایمنی نامناسب به وقوع می پیوندد، می تواند تاثیر بسزایی بر بهره وری کارگران داشته باشد. با اصلاح عادت ها و افزایش سطح آگاهی کارگران می توان به ایمنی رفتار دست یافت، زیرا افراد دارای نقشی محوری در مدیریت سلامت خود





و وجود حرکت های مکانیکی متفاوت وجود دارد، صدا می باشد. صدا در طولانی مدت باعث ایجاد اختلال در عملکرد افراد می شود. تماس با صدای بالاتر از استاندارد، باعث ایجاد مزاحمت در ارتباطات کلامی و درک علائم هشدار دهنده می شود که این امر می تواند روی ایمنی و عملکرد کاری افراد اثر بگذارد. مواجهه و تماس با صدای بالاتر از استاندارد، باعث از بین رفتن تمرکز، خطرات مرتبط با سلامتی، ایجاد خستگی زودرس در افراد، افزایش خطاپذیری فرد، کاهش راندمان و پایین آمدن کیفیت تولید و مشکلات دیگر می گردد. مواجهه افراد با اصوات شدید، می تواند منجر به آسیب های شدید سلول های موئی گوش داخلی و در نتیجه بروز آسیب شنوایی ناشی از صدا شود. آسیب های شنوایی ناشی از صدا شایع ترین آسیب شنوایی حسی عصبی بعد از پیرگوشی است. این آسیب دائمی و غیر قابل برگشت، ولی قابل پیشگیری است. از اثرات صدا همچنین می توان ایجاد اختلال در فعالیتهای شناختی من جمله یادگیری، حافظه و سایر رفتارهای فردی و به دنبال آن کاهش کارایی فرد به خصوص در کارهای فکری را عنوان نمود. نمره سلامت روان در افرادی که در معرض صداهای محیطی بالا هستند (صداهای بالاتر از ۹۵ دسی بل)، پایین تر است. ممکن است، صدا به علت تنش و استرسی که ایجاد می نماید موجب حادثه گردد. استرس ناشی از صدا (چه محیطی و روانی) می تواند اثر قطعی بر کارایی عملکرد داشته باشد. این اثرات هم به صورت شاخص های عملکردی، (زمان واکنش و دقت) و هم شاخص های فیزیولوژیک (فشارخون، تغییرات ضربان قلب) گزارش شده است. صدای مداوم و بالا باعث تغییراتی در عملکرد شغلی و رفتارهای اجتماعی، هم چون افزایش تعداد خطا، تصادفات و سوانح، کاهش تمرکز، حافظه و توانایی حل مسئله، سوء مصرف دارو،

توان هوایی، قدرت عضلانی و استقامت مرتبط است. عموماً، شرایط کار باید در تعادل با منابع کارگران در طول زندگی کاری باشد ولی به طور معمول نیازمندی های کار در بسیاری از صنایع با افزایش سن شاغلین تغییر نمی کند. بنابراین افراد مسن مجبور هستند نزدیک به حداکثر ظرفیت و توانایی خود کار کنند و این موجب می شود فرد خود را بیشتر در معرض خستگی مزمن و آسیب های اسکلتی عضلانی قرار دهد که اگر این مواجهه طولانی مدت باشد، منجر به غیبت، بیماری، کاهش توانایی کار و در نهایت به ناتوانی در کار می شود. برخلاف خواسته های شغلی که می توانند باعث مشکلات سلامت شوند، منابع شغلی از جمله تنوع کاری، امکان ارتقاء در شغل، استقلال، امکانات و همکاری، موجب انگیزه در شغل می شوند؛ بنابراین شناسایی و ارزیابی مشکلات سلامت و محیط کار و در نهایت تعدیل شرایط محیط کار در راستای توانایی های افراد در سنین بالا و حفظ سلامت آن ها می تواند در جهت کاهش هزینه های درمانی و افزایش بهره وری مفید باشد.

نفت و گاز یکی از صنایع اصلی در منطقه خلیج فارس است. این

مواجهه با صدا یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در صنایع مختلف بویژه صنایع داروسازی می باشد که می تواند در نهایت منجر به اثرات منفی گسترده ای بر نیروی کار و عملکرد شغلی آنان گردد کارگران در انجام وظایف مختلفی که در محیط های کاری انجام می دهند به صورت مداوم با عوامل محیطی در تعامل هستند. این عوامل روی سلامت، آسایش و عملکرد آنان تأثیر گذاشته و در صورتی که منجر به افت بهره وری و عملکرد پایین افراد شود می تواند باعث زیان و از دست دادن سود برای هر شرکت یا صنعت گردد. یکی از مهم ترین عوامل محیطی که در صنایع به دلیل وجود ماشین آلات با دوره های مختلف





کارگران بخش های صنعتی، بهتر است ضمن ارتقاء سطح آگاهی آن ها در زمینه سواد سلامت شغلی، به تشریح و بیان نقش آن در حفظ سلامت کارکنان و به کارگیری ایمنی رفتاری جهت جلوگیری از خطر نیز پرداخته شود. به این طریق، زمینه کاهش حوادث و بیماری های شغلی ایجاد می شود تا هم سازمان با کاهش هزینه های ناشی از حوادث و هم کارکنان با مشکلات و چالش های کمتری روبرو شده و به نوعی از فواید ناشی از آن، نهایت بهره مندی را داشته باشند.



یاس و ناامیدی می شود. سلامتی و تندرستی نیاز ضروری بشر است که بنا به نظر سازمان سلامت جهانی به معنای آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بر این اساس، فرد به عنوان عامل مرکزی، نقشی محوری در مدیریت سلامت خود بر عهده دارد. درواقع، فرد می تواند نسبت به ارائه دهندگان خدمات سلامت، نقش حیاتی تری را در کنترل سلامت خود ایفا نماید به طوری که در تصمیم گیری های مرتبط با سلامت خود، مشارکت مؤثری داشته باشد این امر نیازمند داشتن مهارت های شناختی و اجتماعی است که تعیین کننده انگیزه و توانایی شخص در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به روشی بوده که سبب حفظ و ارتقاء سلامت آن ها شود. از این مورد به عنوان سواد سلامت یاد می شود.

سواد سلامت شغلی با میانجی گری سلامت، تأثیر بهتری روی ایمنی رفتار کارکنان می گذارد زیرا کارکنان صنایع و معادن، شغل پرخطری را پیشه خود کرده و نیازمند توجه بیشتر در زمینه سلامت هستند؛ لذا به نظر می رسد جهت حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و



## امیر مهدی خاکی نهاد

دانشجوی پزشکی



# طب اسلامی؛ بررسی چند دیدگاه

دسته دوم، صاحب نظرانی هستند که به وجود آموزه های طبی در آیین اسلام قائل هستند که در عصر حاضر نیز به صورت مستقیم یا غیرمستقیم قابل استفاده است؛ این دیدگاه را می توان به طور کلی دیدگاه موافق طب اسلامی نامید.

دلایل و مستندات زیادی برای اثبات وجود طب اسلامی از سوی صاحب نظران ارائه شده است که این دلایل، پایه های شکل گیری تعاریف طب اسلامی را تشکیل میدهند. که به اجمال به برخی از آنها اشاره میشود: سید سعید اسماعیلی، متخصص حوزه طب سنتی، برای اثبات مکتب طبی اسلام، دلایلی عقلی و نقلی را مطرح میکند. نقص نسبی دانش بشر مبتنی بر تجربه و وجود مجهولات زیاد و وجود رحمت و فیض الهی و اینکه خداوند بشر را بدون راهنماییها و هدایت های طبی رها نمی کند، در پژوهش وی که منتشره سال ۱۳۸۷ می باشد؛ مثالهایی از دلایل عقلی وجود طب در آیین اسلام هستند.

در واقع وی بر این باور است از آن جایی که سلامتی فرد و جامعه با انجام مسئولیت های دینی و سعادت دنیوی و اخروی او مرتبط است، بدون وجود نظام بهداشت و درمان نمی توان جامعه دین داران را اداره کرد و دنیایی برای ایشان ساخت که مزرعه آخرت باشد. ایشان ضمن اشاره به بیانات و راهنمایی های معصومین در پاسخ به سوالات و نیازهای طبی جامعه، این ادعا را که کار شارع، مطلقا هدایت است و نه طبابت و اینکه شان معصومین فراتر از طبابت است، رد می کند.

در تحقیقی دیگر، مهدی ابراهیمی، محقق، رابطه اسلام با پزشکی را با توجه به مبانی فلسفی در زمینه قلمرو علم و دین در چهار

طب اسلامی در معنای کلی به روشی گفته می شود که در پیش گیری و درمان بیماری ها بکار گرفته شده و برگرفته از منابع نقلی اسلامی است و برخی کارشناسان آن را به مجموعه تفکرات حکمای اسلامی پیرامون طب و بهداشت، تعریف نموده اند. روشی که صدا البته موافقان و مخالفانی دارد.

احادیث متعددی از معصومان در زمینه بهداشت و سلامت انسان نقل شده است و پیشینه آن به قرن سوم هجری برمی گردد. برخی کتاب ها که احادیث طبی را گردآوری نمودند، عبارتند از: طب النبی، طب الرضا، طب الائمة و دانشنامه احادیث پزشکی که توسط موسسه دارالحدیث تدوین شده است.

با این همه، رویکرد به طب اسلامی با مسئله ای اساسی مواجه است؛ نبود تعریفی دقیق و مورد توافق اکثریت صاحب نظران و همچنین وجود اختلاف نظر بر سر تعریف و ماهیت این مکتب، از جمله عواملی است که توسعه و نهادینه سازی طب اسلامی را دشوار کرده است.

در نخستین نگاه، دیدگاه های گوناگون درباره طب اسلامی را می توان به دو دسته کلی طبقه بندی کرد. نخست، دیدگاهی است که اسلام را فاقد طب میدانند و

اصطلاح طب اسلامی را غیرعلمی و فاقد کاربرد معرفی میکند و مخالف ورود اسلام به حیطه پزشکی و طبابت است. این دیدگاه را میتوان دیدگاه مخالف

نامید. گرچه اثر قابل استنادی از صاحبان دیدگاه فوق، که از پایه و اساس توصیه های اسلامی را از حوزه پزشکی و بهداشتی سوا می دانند، در دسترس نیست.



می گذاشتند؟ یا منظور این است که امروز عقل ما تشخیص داده که بانک داشته باشیم، اما مراقبیم که بر اساس قوانین اقتصادی اسلام اداره شود؟ بانک در صدر اسلام نبوده است، اما ما امروز خود را مجاز به استفاده از پسوند اسلامی برای آن میدانیم.

پس چرا برای رفتارهای درمانی که با صراحت در احادیث به آنها سفارش شده چنین اجازه‌ای نداشته باشیم؟

## ۲. مطلق انگاری دین:

این دیدگاه بر آن است که هر پدیده‌ای را در زندگی عادی و معنوی از درون دین بیرون بکشد و بر این باور است که در دین همه چیز موجود است. بنابراین، باید راهی را برگزید تا در پرتو آن بتوانیم گزاره‌های علمی را از دین استخراج کنیم. بر اساس این تفسیر، ارائه گزاره‌های علمی به طور مطلق و از آن میان، گزاره‌های پزشکی جزء وظایف دین است و نیازی به توجیه و تفسیر درباره ضرورت وجود گزاره‌های علمی در دین وجود ندارد. گزاره دینی در هر موضوعی که باشد، نه تنها مقدم بر گزاره علمی است، بلکه اساس و مبنای شناخت آن موضوع، همان گزاره دینی است. که این دیدگاه نیز در حال حاضر توسط برخی، در جهان اسلام رو به ترویج و گسترش بوده و اما توسط بسیاری از مراجع مردود و اشتباه برشمرده شده است.

این نوع از طب اسلامی علاوه بر داشتن

دیدگاه طبقه بندی کرده است.

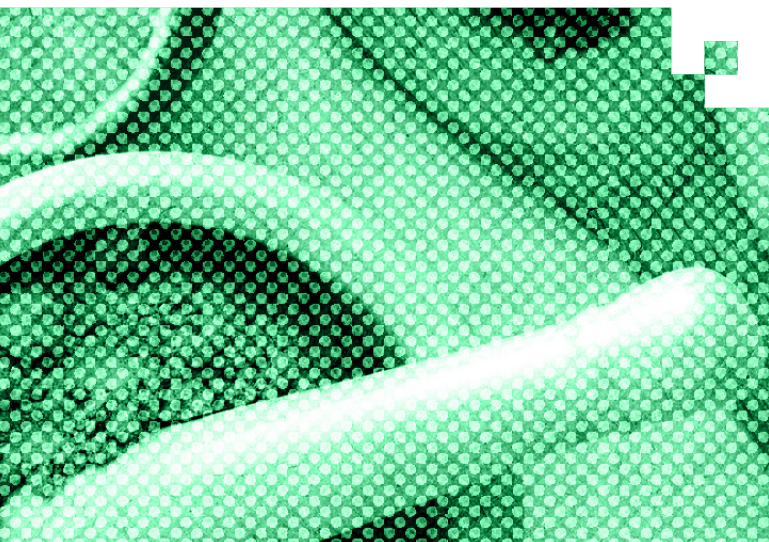
در این میان، دیدگاه اول که بیشتر در مغرب زمین وجود دارد، بحث رابطه اسلام و پزشکی را به طور کلی بی اساس و بی پایه می‌پندارد، اما در سه دیدگاه دیگر، رابطه اسلام با پزشکی صاحب جایگاه عقلی و علمی بوده و مقبول می‌باشد که در ادامه به اختصار به تمامی این دیدگاه‌ها اشاره میشود:

## ۱. جدا انگاری دین و علم:

از این منظر، موضوع علم و دین هیچ شباهتی به هم ندارند و حوزه هر کدام از دیگری متفاوت است و کارکرد آنها نیز با هم فرق دارد. موضوع دین، خداوند متعال و افعال اوست که به طور رمزی در طبیعت متجلی است. موضوع علم نیز تبیین حوادث طبیعی است و هدف آن شناخت طبیعت به کمک عقل بشری است. در این دیدگاه، سخن گفتن از وجود گزاره‌های علمی در دین، سخنی متناقض خواهد بود و هیچ گزاره قابل اعتماد علمی در دین وجود نخواهد داشت. بنابراین، کوشش انسان متدین برای دسترسی به این گزاره‌ها از طریق دین بیهوده است و پذیرش این دیدگاه، بحث رابطه اسلام و پزشکی به طور کلی بی اساس و بی پایه می‌نماید.

این دیدگاه به ویژه از نظر متون اسلامی قابل نقد است، زیرا بسیاری از گزاره‌های علمی متقن و مسلم دینی در قرآن و روایات وجود دارد که از نظر سند و استحکام متن مانند گزاره‌های الهیاتی آن است.

مرحوم محمد مهدی اصفهانی، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، در پاسخ به این ادعا که چون در زمان پیامبر اکرم و ائمه واژه طب اسلامی وجود نداشته، پس به کار بردن آن بدعت است این چنین پاسخ می‌دهد: امروز از واژه بانکداری اسلامی استفاده می‌کنیم. آیا منظور این است که در صدر اسلام بانکداری وجود داشته و مسلمانان پول خود را در آن



نظر دارند، ما از آنجا کشف می کنیم که شرع مقدس هم تایید می کند و در کتاب های خودم یکی از مثال هایی که زدم موضوع واکسن است.]

آیت الله العظمی نوری همدانی:

[خیلی بحث است که آیا ما طب اسلامی داریم یا نداریم؛ باید توجه کنیم که اسلام به تمام ابعاد زندگی مردم توجه دارد اما طب اسلامی به چه معنا؟ به این معنا که اهل بیت علیهم السلام مردم را راهنمایی کرده اند که چه کنند. این که کسی توصیه های طبی اسلامی را اساس رد کند درست نیست؛ اما برخی افراد از این مسئله سوء استفاده می کنند و دکانی ساخته اند برای سوء استفاده که قطعاً نیازمند نظارت است.]

## ۳. وحدت انگاری موضوع علم و دین:

در این دیدگاه، علم و دین موضوع واحدی دارند و هر دو درباره یک چیز سخن میگویند، اما غایت و هدف آن دو متفاوت است. هدف علم در تبیین حوادث طبیعی، شناخت علل آنها و پیشبینی حوادث بعدی است، اما هدف دین از تبیین و تفسیر حوادث طبیعی، کشف معانی و بهره وری در جهت هدایت انسان است. رابطه اسلام و پزشکی در این دیدگاه، بسیار گسترده و پررنگ است. متفکران صاحب این دیدگاه برای بسیاری از گزاره های پزشکی اسلام توجیهات علمی یافته اند.

## ۴. گزاره های اصلی و فرعی دین:

این دیدگاه بر این باور است که گزاره های دینی از نظر اصالت، همگی در یک ردیف نیستند. بعضی از اهداف برای دین به صورت اصلی و برخی دیگر فرعی و حاشیه ای هستند. بررسی این دو نوع گزاره باید با هم متفاوت باشد. این دیدگاه به مرحوم عالمه طباطبایی نیز نسبت داده شده است که موضوع نیاز انسان به دین فقط در پرتو حیات اخروی

مخالفان بسیار، از سوی جامعه پزشکی و درمانی کشور، با مخالفت های بسیاری از فقهای صاحب نام حوزوی نیز مواجه بوده است.

به عنوان مثال مرحوم محمدی ری شهری در کتاب دانشنامه احادیث پزشکی این گونه آورده اند که [این ادعا که وحی، تنها راه رسیدن به علم طب است، علاوه بر این که متکی بر برهان عقلی و یا شرعی نیست، بطلان آن به وسیله تجربه ثابت شده است،

مگر اینکه مقصود قائل این باشد که وحی، یکی از راه های رسیدن به این دانش است.]

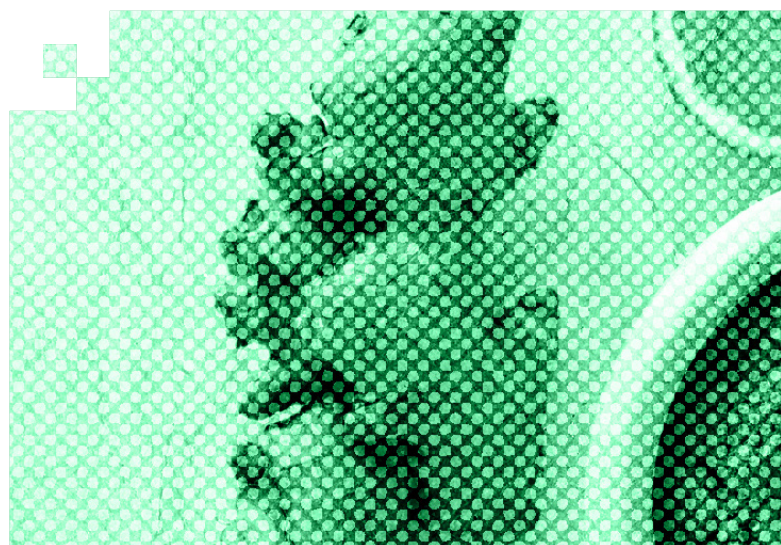
آیت الله العظمی مکارم شیرازی:

[حقیقت این است که ما مجموعه ای درباره تمام دردها و درمان ها و داروها به نام طب اسلامی نداریم. البته اشاراتی در قرآن مجید و اشارات بیشتری در روایات اسلامی به مسائل مربوط به پیشگیری از بیماری ها و درمان ها شده که بسیار قابل استفاده است ولی آن را نمی توان به صورت یک علم با تمام جزئیاتش مطرح کرد.]

آیت الله العظمی سبحانی:

[نمی شود علم طب نوین را تکذیب کنیم، علمی که جنبه تجربی دارد، البته این نیست که خودمان صرفاً اعتماد به دیگران کنیم و باید خودمان نیز روی علم کار کرده و اکتشاف انجام دهیم.

واکسن هم واجب شرعی است و حیات ما به آن بستگی دارد، بنده در کتاب های خودم نوشته ام که چیزهایی که عقلای عالم بر آن





گرفتند.

بررسی ها نشان می دهند صاحبان دیدگاه مکتب طب اسلامی نیز با وجود تفاهم بر سر تعریف کلی طب اسلامی، تفاوت های زیادی در نگرش خود درباره ماهیت طب اسلامی دارند. برخی طب اسلامی را مکتبی فکری و نظام ارزشی تعریف میکنند که کلیه تعالیم طبی پس از سازگاری با بایدها و نبایدهای اسلام، طب اسلامی نامیده میشود.

برخی دیگر با رد دیدگاه قبلی، طب اسلامی را رفتارهای درمانی تأییدشده به وسیله معصومین علیهم السلام توصیف می کنند.

شماری دیگر طب اسلامی را مجموعه ای از اصول استخراج شده از اسلام می دانند و برخی دیگر سخن از اشتراک طب اسلامی با طب سنتی و طب مدرن به میان می آورند.

پرداختن موشکافانه به دیدگاه های فوق به علت کثرت مطالب، مجال دیگری می طلبد.

وجود تعاریف و برداشت های فراوان و متفاوت از طب اسلامی و نیز تعارضات و اختلاف نظر های بسیار میان صاحب نظران و پژوهشگران، مانعی بزرگ جهت توسعه و نهادینه سازی طب اسلامی است و پذیرش تعریفی واحد میان صاحب نظران، پیش نیاز دستیابی به نظریه جامع طب اسلامی است.

معنا دارد. البته منظور این نیست که دین فقط به مسائل اخروی محدود است، بلکه آنچه در دین آمده است، در طریق اصلاح زندگی معنوی است؛ گرچه برای اصلاح زندگی معنوی باید برخی جوانب زندگی مادی نیز اصلاح شود. بنابراین، حیطه ها و قلمرو دین با یکدیگر فرق دارند. دین وقتی درباره معنویات و هدایت انسان در آن مسیر سخن میگوید، بر تعبّد قلبی انسان تکیه میکند، اما آنگاه که در اصلاح زندگی مادی برای هدایت معنوی وارد میشود، بحث تعبّدی محض ندارد؛ بلکه دین وارد یک حیطه عقلی میشود و بخشی از هدایت انسان را در این زمینه برعهده عقل میگذارد. از این رو، گزاره های دینی در این زمینه تفسیر پذیر و در بعضی موارد تاویل پذیر خواهند بود. براساس این دیدگاه، رابطه اسلام و پزشکی هم معنادار است و هم به نظر معقول میرسد؛ زیرا اولاً، رسالت دین فراتر از گزاره های علمی است و ثانیاً، دین نسبت به مسائل علمی و زندگی مادی بی توجه قلمداد نشده است. در حقیقت این نظریه، واسطه ای بین افراط و تفریط موجود در دیدگاه های قبلی است.

در نهایت، در این نوشته، دیدگاه های گوناگون درباره طب اسلامی در یک تقسیم بندی کلی، به دو دسته موافق و مخالف تقسیم شدند و دلایل طرفین، مورد بررسی و نقد قرار





## نفس؛

## نجات فرزندان سقط شده

### سکینه دهقان نژاد

دانشجوی بیولوژی کنترل ناقلین



دلایل غیر پزشکی است؛ بنابراین افرادی که قصد سقط جنین خود را دارند برای انجام این کار به مراکز درمانی و... مراجعه نمی کنند و عمدتاً به وسیله داروهای قاچاق و در منزل این عمل صورت می پذیرد.

راه دیگر برای شناسایی افرادی که قصد سقط دارند، آزمایش Beta HCG است؛ با انجام این تست و مثبت بودن آزمایش، مشخصات فرد در سامانه ملی باروری ثبت می شود. HCG هورمونی است که در همه افراد اعم از مردان و زنان وجود دارد و از تست بتا برای اندازه گیری این هورمون استفاده می شود. هورمون HCG نقش اساسی در بارداری داشته و در طی بارداری سطح آن به مقدار قابل توجهی افزایش می یابد. همچنین به عنوان یک تومور مارکر نیز شناخته شده و در بعضی موارد توسط برخی از تومورها ترشح می شود و به همین دلیل آزمایش خون HCG برای ارزیابی و مدیریت بعضی از سرطانها مانند سرطان رحم (کوریوکارسینوما)، سرطان ریه، سرطان پستان، سرطان تخمدان و بیماری های غیر سرطانی مانند سیروز، زخم ها و بیماری های التهابی روده (IBD) در بانوان و همچنین سرطان بیضه در آقایان مورد استفاده قرار می گیرد.

حال سوال اینجاست اگر تست بتا آقایان هم مثبت شود، مشخصاتشان در سامانه ثبت می شود؟ این مورد، ابهامی است که در این طرح به آن پاسخ داده نشده است!

اگر بنا باشد نتیجه آزمایش های بارداری زنان تحت نظارت قرار گیرد و آن ها را از طریق آزمایشگاه ها شناسایی کنند، به طور شفاف کرامت انسانی زیر سوال رفته و حریم شخصی افراد نقض می شود و این می تواند

سالیانه زندگی و سلامت میلیون ها انسان به علت پایان بخشیدن به بارداری های ناخواسته در معرض خطر جدی قرار می گیرد. وقوع میزان چشمگیر سقط های غیر بهداشتی در سراسر جهان به ویژه در جوامعی که با محدودیت و منع قانونی بیش تری برخورد دارند، منجر به مرگ و میر مادران در سنین باروری، صدها هزار ناتوانی جسمی و جنسی شده است.

به دلیل غیرقانونی بودن و انجام پنهانی سقط جنین جنایی در ایران آمار دقیقی از این امر در دسترس نیست؛ طرح نجات فرزندان سقط که به عنوان طرح «نفس» نامگذاری شده است، هدف کاهش آمار سقط جنین در کشور را دنبال می کند. در حال حاضر تمام مراکز بهداشتی کشور قسمت مشاوره ازدواج و باروری دارند. مراکز بهداشتی وضعیت بارداری مراجعین را بررسی می کنند؛ اطلاعات افرادی که باردار هستند در سامانه ملی باروری سالم ثبت و وضعیت مادر پیگیری می شود. اگر طی روند این پیگیری ها مراقبین سلامت پی ببرند که احتمال دارد یک زوج اقدام به سقط جنین کنند، به آن ها مشاوره ارائه می شود. در این مشاوره مبانی حقوقی، احکام، مسائل علمی و عوارض سقط جنین برای مادر و پدر تبیین می شود.

با اجرای این طرح در سال گذشته شاهد تولد ۲۰۰۰ نوزاد بوده ایم و هم اکنون نیز در سراسر کشور در حال اجراست. با این وجود ادامه این روند مشکلاتی را در پی خواهد داشت که پرداختن به آن، از موارد مهم محسوب می شود.

موارد سقط درمانی دارای مجوز و قانونی هستند و آمار آن هر ساله مشخص است اما طرح نفس مربوط به سقط انتخابی و سقط به

بیماری‌های اضطرابی همراه آن‌ها خواهد بود به همین دلیل مشاوره باید در اولویت این مسئله قرار گیرد.

در کشورمان سقط جنین غیرقانونی بوده اما متأسفانه به روش‌های مختلف این کار صورت گرفته که از پس آن افرادی که به روش نا ایمن اقدام به این عمل نموده‌اند، دچار عوارض جبران ناپذیری همچون از دست دادن قابلیت بارداری شان برای همیشه شده‌اند. حتی بعد از سقط نیز حمایت‌های روانی و اجتماعی مناسب از این زنان صورت نمی‌گیرد.

همه تصور می‌کنند سقط فقط یک نوع حق انتخاب است و هیچ عارضه‌ای برای مادر ندارد؛ در صورتی که اگر این عوارض برایشان بازگو شود، شاید با تأمل بیش تری به این موضوع بیندیشند و عمل کنند.

این یک واقعیت است که ما در آستانه پیری جمعیت هستیم؛ این مسئله می‌تواند حاکی از بحران‌های مختلفی اعم از مسائل روحی، فرهنگی، اقتصادی و امید به آینده باشد؛ اینکه بخواهیم این موضوع را از بالا تماشا کنیم و برخورد پلیسی و تعقیب و گریز را وارد حوزه پزشکی و نظام سلامت کنیم، شاهد پیامدهای عکس و منفی آن خواهیم بود.

در صورتی که در ۱۵ درصد بارداری‌ها، سقط خود به خودی محتمل است، با این حال چگونه اثبات می‌شود که چه اتفاقی افتاده که یک فرد جنینش را سقط کرده است؟ بعضی از کشورها در مقاطعی این روش را در پیش گرفتند و با شکست مواجه شدند؛ بهتر است از این تجربه‌ها استفاده کنیم تا این مسیر غلط را دوباره طی نکنیم.

یکی از دلایل عدم انجام آزمایش بتا از سوی افراد مختلف باشد؛ و همانطور که اشاره شد، این تست فقط برای سنجش بارداری نیست و با انجام نشدن آن، خطرات و بیماری‌های دیگری، سلامت افراد و جامعه را تحت الشعاع قرار می‌دهد. در چنین وضعیتی زنانی که تمایل نداشته باشند تحت کنترل دستگاه‌های دولتی قرار گیرند، مجبور می‌شوند این آزمایش را به صورت ناشناس و با پرداخت هزینه‌های گزاف و بدون بیمه انجام دهند تا بتوانند حریم شخصی‌شان را حفظ کنند.

با مثبت شدن این تست افرادی که با بارداری ناخواسته مواجه می‌شوند، تمام تلاششان را خواهند کرد تا خارج از این دایره نظارتی قرار گیرند؛ و در پی آن احتمالاً شاهد دریافت هزینه‌های بیش تر از سمت آزمایشگاه‌ها خواهیم بود تا آزمایش افراد را بدون اسم و به صورت ناشناس انجام دهند و با نوع جدیدی از کسب و کارها در حوزه نظام سلامت مواجه خواهیم شد!

برای مقابله با سقط، مشاوره‌های اصولی و همچنین برطرف کردن عوامل اقتصادی و اجتماعی دخیل در این امر می‌تواند موثر باشد. اگر این عوامل رفع نشود، خانواده‌هایی که قصد سقط جنین خود را دارند ممکن است به راه‌های خطرناکی روی بیاورند که می‌تواند سلامت مادر را پیش از پیش تهدید کند.

سقط جنین، بار سنگین روانی بر والدین به ویژه مادر ایجاد می‌کند و اگر این سقط به صورت نا ایمن انجام شود، مادر را در معرض خطراتی همچون انواع عفونت‌ها، ویروس‌ها و ضعف‌های جسمانی و روانی قرار می‌دهد.

این مادران حتی اگر سال‌ها بعد صاحب فرزندی سالم شوند، احساس گناه و



# کارگردانشجو

## حیدر رئیس‌یان

رزیدنت جراحی عمومی



حالا کسی بیاید بگوید که نه! این گونه رزیدنت ها انگشت شمارند؛

یا از روی غرض ورزی برای حفظ جایگاه خودش به سان کبکی باشد که سر در برف کرده است.

البته ساده‌انگاری است اگر فکر کنیم متولیان بهداشت و درمان جامعه از چنین مسائلی خبر ندارند.

مگر می‌شود وزرای بهداشت و معاونین آن، کمیسیون بهداشت و سایر متولیان که اکثریت خود جزو پزشکان متخصص با سابقه هستند، خبر نداشته باشند که دستیاران آن ها بیشتر ۴۰۰ ساعت در ماه کار می‌کنند و آخر هم معلوم نیست این ها دانشجویان یا نیروی کار! که نه قوانین دانشجو در حق آن ها اجرا می‌شود و نه قوانین کار.

به هر حال آن کسانی که این آیین‌نامه‌های آموزشی را تدوین و ابلاغ کردند، از همین عزیزان متخصص با سابقه ای هستند که از قضا عمدتاً از رفاه اجتماعی و اقتصادی بسیار بالایی برخوردارند.

یا کلینیک تخصصی و فوق تخصصی خصوصی، درمانگاه متعدد یا سهام دار فلان بیمارستان هستند و یا بعضاً هم بیمارستانی مثلاً در کشور عمان دارند!

حالا چطور انتظار داشته باشیم شرایطی که خود مسبب یا ذی‌نفع آن هستند را تغییر دهند. اگر بخواهیم جزئی تر وارد دوران دستیاری شویم؛ معنی لغوی رزیدنت یعنی ساکن در بیمارستان

یعنی تمرکز حداکثری روی بیماران برای کسب علم تجربی و عملی در کنار فراگیری علوم تئوری.

رزیدنت می‌بایست تمام تمرکزش را

این روزها خبری که تبدیل به خبرهای عادی دوره‌ی به اصطلاح دستیاری تخصصی بالینی شده است، خبر خودکشی و یا فوت فلان رزیدنت در بهمان رشته است. جالب تر اینکه علی‌الظاهر مسئولین مربوطه از وزارت خانه بهداشت و درمان گرفته تا کمیسیون بهداشت مجلس کسی عین خیالش هم نیست که چه فاجعه‌ای در حال وقوع است.

طبق اخبار رسمی ۱۳ نفر از رزیدنت ها فقط در سال گذشته خودکشی کردند!

آخرین آن یک خانم رزیدنت ارشد اطفال در دوره بارداری بود که اکنون به جای آنکه فرزند خود را در آغوش بکشد به آغوش سرد خاک سپرده شده است. آخر چرا شرایط باید جوری رقم بخورد که

سرنوشت پزشکی که الگوی سالانه صدها هزار نفری هست که در کنکور سراسری برای نشستن در جایگاه آن تلاش می‌کنند این چنین تلخ و ناگوار باشد؟!

افسوس که اکثریت قریب به اتفاق خانواده‌ها از آینده‌ای که در انتظار بچه‌های آن هاست خبر ندارند

و دل شاد از آن هستند که فرزندی در لباس پزشک متخصص تحویل جامعه خواهند داد غافل از اینکه

ممکن است این گونه آینده‌ای در انتظار بچه‌های عزیز آن‌ها باشد و عملاً آن‌ها را به کام مرگ، چه مرگ روحی و روانی و چه جسمی، بفرستند.

بی‌تعارف عرض کنم، درصد قابل توجهی از دستیاران درگیر مشکلات عدیده‌ای از جمله افسردگی، اعتیاد و سایر مسائل و مشکلات روحی و روانی هستند.

اما از نظر نگارنده همه ی این قبیل اقدامات برای سوق دادن پزشکان عمومی به سمت رشته تخصصی، موقتی و مثل مُسکن است و اصل درمان در این زمینه انجام نمی شود. در مورد رشته های پر متقاضی مثل پوست، چشم، قلب و... تکلیف مشخص است و نیاز به توصیه و تشویق وزارتخانه نیست! اصل موضوع مربوط به رشته های مادر و مازور مثل کودکان، داخلی، جراحی، زنان و بیهوشی و... است که عمدتاً ظرفیت آنها نه تنها کامل نمی شود بلکه انصرافی رزیدنت ها هم مربوط به آنهاست.

وقتی خوب علت آن را جویا شویم متوجه خواهیم شد که مهم ترین مسئله رزیدنت ها این است که در این رشته ها به اندازه ی زحمتی که کشیده می شود، چه در دوران تحصیل و چه در دوران بعد از آن، درآمد پایین تر خواهی داشت در واقع یعنی تلاش بیشتر و درآمد کمتر!

به عنوان مثال اگر متخصص بیهوشی در بیمارستانی نباشد، از یک سمت تقریباً تمامی رشته های مرتبط با اتاق عمل مثل جراحی، ارتوپدی، زنان و ... بدون بیهوشی باید بروند غاز بچرانند و از سمت دیگر در نبود متخصصان بیهوشی از کیفیت بخش های ویژه بیمارستان ها به شدت کاسته خواهد شد.

مهمترین بُعدی که وزارت بهداشت و درمان و سازمان های ذیربط در کنار تسهیل شرایط دوران رزیدنتی، باید ریشه ای آن را اصلاح کنند، بحث آینده ی تحصیل در رشته های تخصصی و زنده کردن امید متخصصان رشته های مادر است.

معطوف به بیماران خود کند تا یک فرد متخصص متبحر برای جامعه باشد حال آن که امروز بیشتر فکر رزیدنت ها در گیر این است که چگونه با این به اصطلاح کمک هزینه حداقلی، امورات زندگی شخصی خود را سامان دهند.

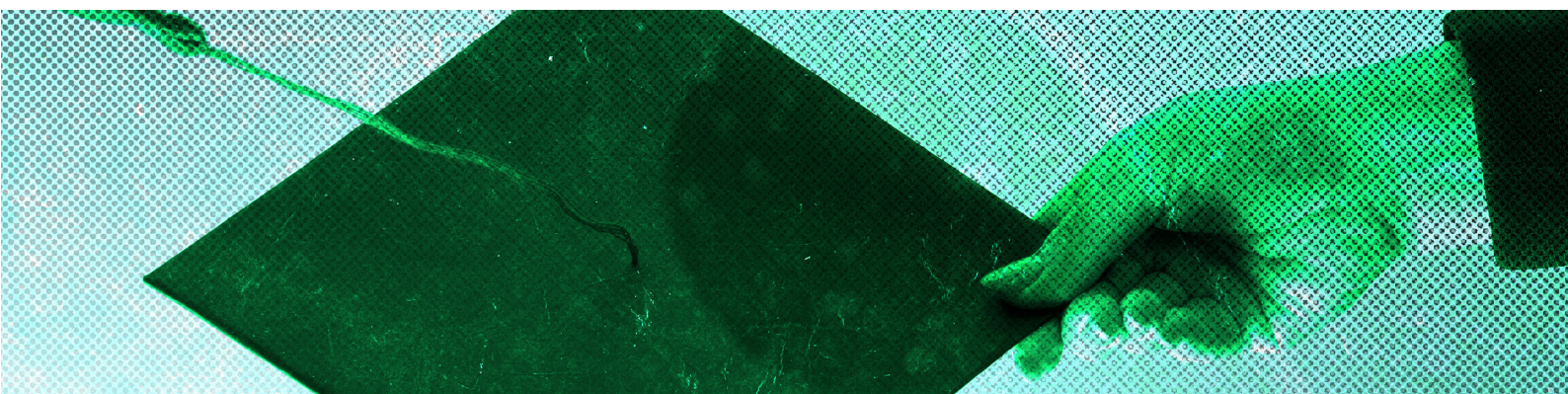
به عنوان مثال اکثریت قریب به اتفاق دانشگاه ها با نگارش این مطلب در دفترچه های انتخاب رشته که «دانشگاه در مقابل اسکان شما مسئولیتی ندارد»، خیال خود را راحت می کنند و در روز اول ثبت نام می گویند

ما که گفته بودیم که ما مسئولیتی نداریم! حال رزیدنت سال یک با ۱۵ کشیک نزدیک ۴۰ ساعته در ماه باید برود با این قیمت های نجومی با جیب خالی دنبال مسکن بگردد. اگر متأهل هم باشد که دیگر مشکلات در همه ی زمینه ها دوچندان خواهد شد.

از سمت دیگر در کنار این حقوق ناچیز باید اول کار تعهد کتبی بدهد که با مدرک پزشکی عمومی هم هیچ کجا و به هیچ عنوان حق یک ساعت کار ندارد.

اگر احیاناً گوش شنوایی و مسئول دلسوزی پیدا شد خدمت آن عزیز از زبان یک دستیار عرض می کنم که

اگرچه کمک های حداقلی صورت گرفته جهت رفاه حال رزیدنت ها مثل افزایش حقوق جزو جنبه های مثبت رویکرد وزارت بهداشت و درمان است اما باید آن را در کنار یکسری حرکات انتحاری مثل افزایش ظرفیت بی حساب و کتاب یکسری رشته ها مثل بیهوشی، طب اورژانس و ... قرار داد که در حالت معمول حتی یک سوم آن هم پر نمی شود.





## مصاحبه | سلامت فدای اقتصاد

در آن نسخه از نشریه شفا به گفتگو با آقای دکتر مهدی مختاری پیام نشستیم و میزبان صحبت های دقیق، ارزشمند و دلسوزانه ایشان پیرامون حوزه سلامت در برنامه هفتم توسعه بودیم. دکتر مختاری پیام فارغ التحصیل دکترای سیاست گذاری سلامت و در حال حاضر مدیر کل دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی هستند.



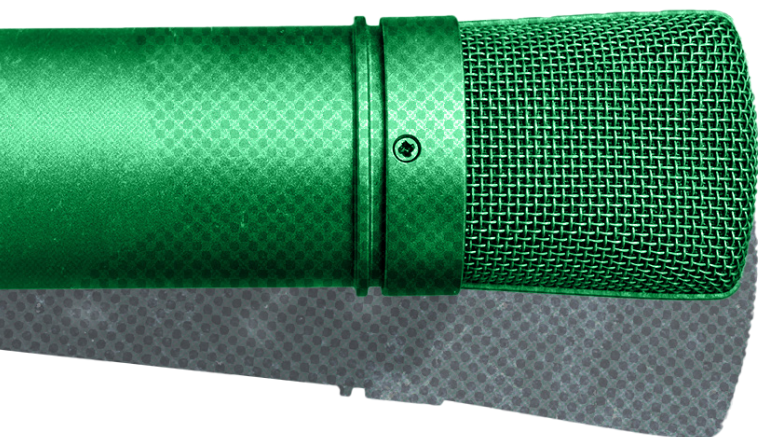
برنامه را نسبت به برنامه قبلی بیشتر کردند. وقتی شما متوجه هستی که این بیشتر از ۳۰ درصد محقق نمیشود چه دلیلی دارد دوباره

برنامه های بیشتری تعیین کنید  
یک نکته جالب دیگر اینکه نسخه اول به شدت مورد اعتراض وزارت بهداشت، فرهنگستان علوم پزشکی، مجلس و اکثریت قریب به اتفاق خبرگان و کارشناسان ذی نفع حوزه نظام سلامت بود و جالب این بود که این برنامه مورد اعتراض همه است را چطور و چه کسی تدوین کرده که حتی فرهنگستان، مجلس، دولت، کمیسیون و همه مخالفت بودند. به طور خلاصه اگر بخواهم بگویم برنامه سلامت و برنامه هفتم برنامه ای بدون انسجام به صورت کشکولی از همه موادی که فکر میکردند آمده بود و یک خط فکری مثل نخ تسیح نبود که همه مواد را دور خودش جمع کند به عنوان یک پیکره و آن ها را به صورت یک بسته منسجم ارائه بدهد.

### ... لطفا در ابتدا نحوه رسیدن برنامه هفتم توسعه به مجلس و دیدگاه خود پیرامون آن را بطور کلی بفرمایید.

بطور کلی برنامه هفتم توسعه بعد از یک کش و قوس رفت و برگشتی به مجلس رسید. این کش و قوس هم بعد از آن اعتراض های زیادی نسبت به شد که تفاوتی که با هم داشتند فقط کاهش حجم بود. چیزی که مشخص و واضح خودش را نشان میداد افزایش خیلی زیاد حجم موادی بود که در حوزه نظام سلامت آمده بود. در نسخه دوم یک مقدار حجم را کاهش دادند انسجام کاملی نداشت، خیلی پراکنده بود، بیشتر از اینکه شبیه برنامه باشه شبیه کشکولی بود که میخواست همه را درون خودش جا دهد

به نظر من کیفیتش نسبت به برنامه پنجم و ششم کاهش پیدا کرده بود. خیلی از جاها از برنامه چهارم هم کیفیتش کمتر بود. انسجام کاملی نداشت، موادی که کنار هم بود یک پیکره را تشکیل نمیداد. هر کدام برای خودشان هدفی داشتند و نکته قابل توجه اینکه مطالعاتی که انجام شد از برنامه چهارم تا الان نشان داده که برنامه های توسعه حداقل در حوزه نظام سلامت ۲۵ تا ۳۰ درصد تحقق پیدا کرده است. در عین حالی که این را میدانستند، حجم این



## آیا مشوق‌هایی برای شرکت‌های دارویی در جهت صادرات دارو و تجهیزات پزشکی (با رعایت اولویت تامین نیاز داخل) در برنامه تعبیه شده است؟

در خصوص شرکت‌های دارویی که مشوق‌هایی ارائه شود؛ مشوق ارائه نشده، تسهیلاتی هم ارائه نشده فقط گفته این مقدار از بازار را می‌خواهیم بگیریم. این بدون برنامه چشم انداز هست. نکته دیگر اینکه زمینه تولید بین المللی تولید با کیفیت پایدار در داخل هست که می‌طلبد قوانین و مقررات و دستور عمل‌ها یک ثباتی داشته باشد و شرکت تولید کننده بفهمد در آینده با چه مسائلی روبه‌رو خواهد بود. ما متأسفانه این موضوع را در سازمان غذا دارو نداریم. خیلی سازمان دچار اجرا و روزمرگی شده و اصلاً توان برنامه ریزی برای صادرات که هیچ، توان برنامه ریزی برای تامین‌های حداقلی آینده دارویی رو هم ندارد. خب می‌بینیم در چند سال اخیر با اینکه گفته میشد اگر دارویار بیاید میتواند مشکلات نظام سلامت را حل کند اما به شدت حوزه دارویی ما درگیر کمبودهای مداوم هست که اینها به کمبودهای مزمن تبدیل شده است. ما فکر میکنیم اگر تولید و برنامه ریزی برای تامین نیاز داخل از طریق تولید داخل صورت نگیرد مطمئناً برای صادرات هم نمیشود برنامه ریزی کرد.

نکته بعدی اینکه کشور در حوزه دارویی در یک پیچ تاریخی است و در نقطه عطفی هست که خودش را به عنوان تولید کننده‌های برتر دنیا تبدیل کند. برای اینکه به این شکل تبدیل شود هم نیاز سرمایه‌گذاری و هم نیاز تحول جدی هست. اگر این اتفاقات بیفتند می‌توانیم به تولید و صادرات هم فکر کنیم و گرنه این در حد همین شعار باقی خواهد ماند.

## مواردی مانند سطح بندی در اخذ مجوزها یا انتقال وظیفه آموزش پزشکی که مغایرت با اسناد بالادستی دارد را می‌توان چکار کرد؟ آیا راهکاری برای حل این مغایرتها وجود دارد؟

در مورد سطح بندی اخذ مجوزها خیر؛ سطح بندی مخالف با اسناد بالادستی نیست از این جهتی که یعنی مصوباتی که بعداً شده مخالفت با اسناد بالادستی است. ببینید ما متولی اصلی را وزارت بهداشت گذاشتیم. سیاست‌های کلی سلامت را وزارت بهداشت تعیین کرده و به جای آمایش زمین در حوزه سلامت و به جای نکات شبیه توزیع و اینها موضوعی به نام سطح بندی اجرا میشود. من نمی‌گویم سطح بندی در سال‌های گذشته کاملاً در حوزه سلامت ایجاد شده اما اگر بخواهیم کیفیت دسترسی مردم و خدمات سلامت و عدالت ارتقا پیدا کند باید برگردیم به اجرای سطح بندی نظام سلامت. کشور های دیگر همین کار را کردند. ما باید متناسب با مشکلات و توانمندی‌های کشور خودمان بومی سازی کنیم و اجرا کنیم نکته ای که وجود دارد شما دو سه مورد را گفتید. آموزش پزشکی را گفتید، بحث مجوز ها را گفتید، برخی از موادی که امسال بیشتر بازدیدگاه اقتصادی نه با دیدگاه حل مشکلات سلامت یعنی با دیدگاه حل مشکلات اقتصاد از طریق سلامت مطرح شده و مخالف با اسناد بالادستی است و مطمئناً به حوزه نظام سلامت ضربه می‌زند از جمله این لغو مجوزها که بیشتر با دیدگاه کسب و کاری جلومی‌رود در بلند مدت ضربه خواهد زد. این نشان میدهد اقتصاد در این دولت نسبت به سلامت در اولویت است که اثرش را در سال آینده خواهیم دید.



## با توجه به ابهامات فراوان در خصوص کارایی و اثربخشی سیاست افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی در دستیابی به اهدافی نظیر «افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت» و بار مالی بسیار زیاد در برنامه هفتم چه راهکار و برنامه‌ای در نظر گرفته شده؟ و آیا منبع پایداری تامین شده است؟

در خصوص این ابهاماتی که در مورد افزایش ظرفیت پزشکی وجود دارد هنوز اجازه داده نشده مخالفان در مورد افزایش ظرفیت پزشکی به اندازه کافی صحبت کنند و اظهار نظر کنند. افزایش ظرفیت پزشکی به صورت نادرستی جلو رفت. اسناد بالادستی را به خصوص تولیت نظام سلامت را زیر پا گذاشت و از همین جا عرض میکنم افزایش ظرفیت پزشکی مطمئناً به نظام سلامت و به کشور در بلند مدت ضربه خواهد زد. در جذب و افزایش کمی ظرفیت پزشکی بدون توجه به نحوه آموزش نحوه جذبشان و اینکه در کجای نظام سلامت به کار گرفته خواهند شد کمکی به نظام سلامت نخواهد کرد. به عنوان مثال اگر ظرفیت پزشکی را سه برابر کنیم و تعداد دانشجویان پزشکی را از ۱۰۰۰۰ نفر به ۳۰۰۰۰ برسانیم، اما وقتی همه بروند در حوزه زیبایی و یا همه بروند در حوزه درمان کار کنند نه فقط سودی نخواهند داشت بلکه به یک افت بزرگ و یک چالش بزرگ در آینده تبدیل خواهد شد. این را با اطمینان می‌گویم، به عنوان کارشناس حوزه نظام سلامت، افزایش ظرفیت به این شکل ضربات جدی به حوزه نظام سلامت خواهد زد و برای اقتصاد هم چیزی نخواهد داشت. اینجا هم باز نشان میدهد این دولت اقتصادش در اولویت نسبت

به سلامتش هست. پیشنهاد این هست که ما اول بدانیم برای این پزشکان باید برنامه ریزی کنیم بعد ظرفیت پزشکی را افزایش بدهیم. نکته این هست ما افزایش ظرفیت پزشکی را متناسب با افزایش ظرفیت دیگر نیروهای انسانی در حوزه سلامت قرار بدهیم. پزشکان با رویکرد درمانی تربیت میشوند و نمیتوانند در آینده در حوزه بهداشت کار بکنند. ما اگر ظرفیت پزشکی را بالا ببریم و ظرفیت‌های پیشگیری و بهداشتی را افزایش ندهیم به درمان محوری و غلبه درمان کمک کردیم که این هم اشتباه راهبردی بزرگی است.

در خصوص اینکه تامین مالی شده یا نه، نخیر حوزه آموزش تامین مالی نشده است و انتظار می‌رود با همین ظرفیت و زیرساخت فعلی این هم ظرفیت افزایش پزشکی، آموزش ببینند که این هم به آموزش ضربه جدی خواهد زد اثرش را هم خواهیم دید، کیفیت آموزش افت خواهد کرد و کسانی که این را ایجاد کردند باید پاسخگوی مردم باشند.

## محوریت برنامه‌ها در چه حوزه‌ای است؟ در حوزه مدل پرداخت است، منابع انسانی است، زیرساخت است، رویه‌ها و فرایندها است، جریان پولی مالی است، در مورد ساختارها است؟ جهت‌گیری کلی برنامه‌ها در راستای بهداشت است یا درمان؟

در مورد جهت‌گیری کلی برنامه، پیش نویس اولیه که دولت داده کاملاً در جهت درمان بوده و حتی یک بند در خصوص بهداشت نیامده بود و دومین اشتباه راهبردی دولت در حوزه سلامت در برنامه هفتم که در تاریخ ثبت خواهد شد و در آینده خواهیم شنید دولت در برنامه هفتم هیچ بندی از این این همه بند که در حوزه سلامت بود حتی

## آیا ساختار جدیدی در برنامه هفتم طراحی شده یا ساختاری قرار است حذف شود و اگر خیر با ساختارهای موجود چه عملکردی قرار است تغییر کند؟

در خصوص اینکه ساختار جدیدی در برنامه هفتم طراحی شده در حوزه سلامت به نظر نمی آید ساختار جدیدی در حوزه سلامت در برنامه هفتم طراحی شده باشد یا جا به جا شود.

## برنامه چقدر با اسناد بالادستی مثل قانون احکام دائمی توسعه، سیاستهای کلی سلامت و... همسو و هم راستاست؟ یا بهتر هست گفته شود چه عملکردی خواهد داشت؟

در خصوص اینکه آیا مواد و احکامی که در حوزه سلامت در برنامه هفتم آمده مبتنی بر اساس اسناد بالادستی هست، اگر بخواهم به عنوان یک نمره بگویم از بیست به آن دوازده میدهم به چند دلیل:

اول این که یکسری احکام در برنامه هفتم هست که در اسناد بالادستی در آن اشاره نشده مثل ظرفیت پزشکی که به آن اشاره کردیم، مصوب تصمیمی هست که شورای انقلاب فرهنگی گرفته، از بین این همه وظایف بر زمین مانده خودش از عجایب هست که در این موضوع ورود کرده و اصلا بر اساس اسناد بالادستی نیست و اصلا بر اساس آمایش نیست و یک دفعه یک تصمیم سریع گرفته شده و این جز مواردی هست که بر اساس اسناد بالادستی نیست و اسناد بالادستی بر اساس یک مسئله شناسی نوشته شده اند. این ها نیامدند بینند از بین موضوعاتی که در برنامه های اسناد

یک بند هم برای بهداشت نیاورده است. و کامل مشخص است در آینده چه آسیب هایی به نظام سلامت وارد خواهد کرد. به نظر من این یکی از موضوعاتی است که باید نشست ریشه شناسی کرد، باید درموردش بحث کنیم که چرا بعد از این همه سال و چهل سال از انقلاب و با تجربه موفقی که در حوزه بهداشت داشتیم می رسیم به جایی که یک دولت مردمی با شعار دولت مردمی میاید و بهداشت را کامل از برنامه هفتم حذف میکند.

## چقدر ناظر به مسائل فعلی نظام سلامت نگارش شده است؟ مسائلی از جمله کمبود دارو و تجهیزات پزشکی، تعرفه ها، افزایش سرسام آور هزینه ها، دسترسی راحت به خدمت و...

اینکه چقدر این برنامه تدوین شده ناظر به مسائل امروز حوزه نظام سلامت است بستگی دارد به یکی سری موضوعاتی مثل پرونده الکترونیک مثل بیمه های پایه و مواردی شبیه اینها و مواردی مثلا در خصوص دو شغلگی و پوشش بیمه که اینها آمده است. مواردی هم از گذشته جزو مسائل دائم نظام سلامت بوده و بر اساس مسئله شناسی بوده و برخی موارد هم از بیرون نظام سلامت تزریق شده و خیلی بر اساس نظام سلامت و بر اساس شبکه مسائل و یک مسئله شناسی دقیق نبوده به خصوص مسئله شناسی که در حوزه سلامت باشد، نبوده و همین باعث شده کیفیت برنامه کاهش پیدا کند و این موادی که بدون مسئله شناسی وارد برنامه هفتم شدن به نظام سلامت ضربه خواهند زد.



## نشریه تخصصی شفا \* یان اسمه دواء و ذکره شفاء

هایی که در آینده به وجود خواهد آمد و مطمئناً نیاز به پزشک را کاهش خواهد داد، مطمئناً به چالش‌های عمیقی برخورد و به نظر من افرادی که الان این سیاست را در دستور کار دولت قرار دادند در آینده باید پاسخگوی این موضوع باشند و برنامه هفتم مانند برنامه‌های دیگر ۲۵ تا ۳۵ درصد اجرا خواهد شد. بهتر بود با حجم مختصرتری و با محوریت یک موضوع و با اولویت و محوریت یک موضوع شکل می‌گرفت و موضوعات دیگر در کنار آن می‌آمدند و در اجرایی شدن آن کمک می‌کردند و اینطور میتوانستیم بگوییم که نظام سلامت در یک مسیر پیشرفت حرکت خواهد کرد.

بالادستی به آنها اشاره شده چه موضوعاتی بر زمین مانده و کمتر اجرا شده و از بین آن چه که در اسناد بالادستی آمده بصورت گزینشی هرچه که دوست داشتند انتخاب کردند. به عبارتی دیگر در نسخه اولیه برنامه هفتم در حوزه سلامت چیزی که دوست داشتند آوردند و به برنامه وصلش کردند و این خود آفتی است در حوزه نظام سلامت.

در پایان اگر بخواهم به صورت کلی درباره برنامه هفتم صحبت کنم یکی از ضعف‌های عمده برنامه هفتم در حوزه سلامت این است که اصلاً آینده‌نگری و مسئله‌شناسی ندارد و ناظر به مسائل گذشته است. این همه پزشکی که ما داریم الان تربیت می‌کنیم با فناوری





کرد و غمگسار، سبک کوه در دوشم

شمعی به از طبیب به بالین خسته نیست

صائب تبریزی









صفحه اینستاگرام اتحادیه  
دفتر تحکیم وحدت

من افتخار میکنم که ایران عزیز ما از لحاظ سطح پزشکی و توانایی‌های پزشکی در سطحی قرار دارد که جای آن دارد که ملت ما به وجود این تعداد پزشک، چه جراح، چه پزشک‌های داخلی، چه انواع و اقسام کسانی که خدمات پزشکی انجام میدهند، چه پرستاران، واقعاً افتخار کند که ما الحمدلله این ثروت عظیم را در اختیار داریم؛ ثروت عظیم نیروی انسانی در یکی از اساسی‌ترین و حیاتی‌ترین بخشهایی که برای زندگی انسان و یک جامعه مهم است یعنی بخش سلامت و بهداشت. من میبینم که چقدر اینها احساس تکلیف دارند و احساس وظیفه دارند؛ و چقدر دانشمندان و چقدر درکار خودشان ماهرند؛ که خب این را من میدانستم یعنی من همیشه نگاهم به این جامعه‌ی پزشکی و جامعه‌ی درمان‌کننده همین جور نگاهی بوده؛ اما وقتی انسان خودش زیر دست اینها قرار میگیرد و نحوه‌ی کار اینها را میبیند، آن «علم‌الیقین» تبدیل میشود به «عین‌الیقین»؛ انسان به‌طور محسوس حس میکند که ما واقعاً چه ثروت عظیمی از وجود این پزشکان عزیزمان داریم.

رهبر انقلاب  
۱۳۹۳/۰۶/۲۴