

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**مجموعه مستندات خلاصه سیاستی،
حمایت طلبی و
بیانیه های فرهنگستان علوم پزشکی
جمهوری اسلامی ایران
۱۴۰۱-۱۴۰۰ نیمه دوم**

گردآورنده:

نرگس تبریزی

مرکز مطالعات و توسعه معاونت علمی
فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سرشناسه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

عنوان و نام پدید آورنده مجموعه مستندات خلاصه سیاستی، حمایت طلبی و بیانیه های فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۱-۱۴۰۰ / گردآورنده: (برای) مرکز مطالعات و توسعه معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مشخصات نشر تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، انتشارات، ۱۴۰۲

مشخصات ظاهری ۳۹۴ص

شابک

وضعیت فهرست نویسی فیبا

موضوع

از همکاران گرانقدر بخصوص سرکارخانم سپیده صالحی که مکاتبات را در اختیار این واحد قرار دادند و بقیه بزرگواران که در تمامی مراحل ما را یاری رساندند؛ بسیار سپاسگزاریم.

فهرست

فصل اول- فرهنگ و فرهنگ سازی	۱۶
مقدمه	۱۷
بخش اول: تبیین و ترویج ارزش های انسانی اسلامی	۱۹
راهنمای رازداری	۱۹
بیانیه ۱- اولویت های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در چارچوب سیاست های کلی سلامت	۲۷
بند های مورد نظر فرهنگستان برای برنامه هفتم توسعه	۳۴
تأکید بر توجه به سیاست های کلی سلامت در مصوبات کمیسیون های علمی فرهنگی و اجتماعی و کمیسیون مشترک	۳۶
اعطای نشان دولتی به دانشمندان برگزیده فرهنگستان	۳۷
اختصاص روز "شهادت مدافع سلامت" در هفته بزرگداشت شهدا	۳۸
حادثه جانگداز حرم شاهچراغ و لزوم حفظ انسجام و وحدت جامعه پزشکی، فرهیخته و دانشگاهیان	۳۹
تأکید بر وظیفه مصون سازی فرهنگی شورای عالی انقلاب فرهنگی	۴۰
بخش دوم: آموزش فرهنگ سلامت	۴۱
پیشنهاد در مورد برنامه هفتم توسعه در راستای بند ۱۱ سیاست های کلی سلامت	۴۱
سواد سلامت	۴۲
تأکید بر اعتلای سواد و فرهنگ سلامت جامعه	۴۹

خلاصه سیاستی ۱	۵۰
ارتقاء سواد سلامت جنسی جامعه و پیشگیری از ابتلای به	۵۰
ویروس پاپیلوما	۵۰
امکان روزه داری در شرایط مختلف سلامت و بیماری	۵۴
بخش سوم: رهیافت و ترویج فرهنگ پژوهش سلامت	۶۰
تصریح اجرای همه جانبه سیاست های کلی سلامت، در مفاد سیاست های کلی برنامه هفتم	
توسعه کشور	۶۰
پیشنهاد در مورد سیاست های برنامه هفتم توسعه	۶۲
بخش چهارم: صیانت از میراث فرهنگی در خدمات و مراقبت های سلامت ...	۶۳
طرح "تشکیل سازمان طب اسلامی-ایرانی" و طرح "تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری	
اسلامی ایران"	۶۴
نظریات گروه علوم دارویی در مورد وضعیت عطاری ها	۷۲
لزوم مقابله با فروش اینترنتی دارو و فراورده های سلامت محور	۷۳
مجازات دخالت در درمان توسط افراد فاقد صلاحیت	۷۶
تبلیغات سوء بنام طب سنتی	۷۶
سوء استفاده از نام طب سنتی	۷۷
تبلیغات ابهام آمیز مدرسه فقهی هدایت	۷۷
ادعای تخصص گیاهان دارویی و صدور دستور انجام آزمایش خون	۷۷
تبلیغات غیر علمی و مخاطره آمیز سلامت جامعه	۷۸
دوره آموزش تخصصی داروسازی طب اسلامی	۷۸
دوره آموزش اعمال یدآوری در موسسه ملی طب الاثمه	۷۹

دستور سونوگرافی توسط فردی با مدرک طب سنتی از دانشگاه پیام نور	۷۹
لزوم مقابله با صدور مجوز برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با علوم پزشکی	۸۰
جمع بندی فصل اول	۸۱
فصل دوم - پیشرفت علم و فناوری در حوزه سلامت.....	۸۴
مقدمه	۸۵
بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت، آینده نگری و آینده نگاری	۸۹
اتخاذ سیاست های آینده نگارانه برای مقابله و مدیریت کرونا	۸۹
بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاست های کلی سلامت.....	۹۱
نگرانی از گسترش مخالفت با واکسیناسیون	۹۱
اضافه شدن واکسن های ضروری به برنامه ایمن سازی	۹۲
خلاصه سیاستی ۱- پیشگیری از افزایش مصرف دخانیات در کشور	۹۳
خلاصه سیاستی ۲- پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی کشور	۱۰۰
لزوم رعایت استاندارد های ایمنی و پیشگیری از خسارات جانی توسط شرکت های خودروسازی	۱۰۵
بخش سوم: تقویت شتاب علمی.....	۱۰۶
نظر فرهنگستان در مورد شاخص های جهانی دانش	۱۰۶
پیشنهاد راه حل هایی برای ارتقای جایگاه مطلوب علوم پایه پزشکی	۱۰۷
بخش چهارم: همکاری های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی	۱۱۰
ادغام رویکرد ارتقا سلامت در برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....	۱۱۰
ارتقا عملکرد و احیا کارگردهای قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	۱۱۱

ارسال سند سلامت زنان جهت قرارگیری در دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	۱۱۳
بیانیه ۲- جمعیت و فرزندآوری	۱۱۴
سند حمایت طلبی آلودگی صوتی	۱۱۷
سند حمایت طلبی سلامت و مدرسه	۱۲۲
اصلاح سند تحول دولت مردمی	۱۳۸
اصلاحات پیشنهادی برای سند تحول دولت مردمی	۱۴۵
پیگیری نتیجه مکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی	۱۴۶
پیگیری مجدد نتیجه مکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی	۱۴۶
پیرو مکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی	۱۴۷
درخواست دریافت اقدامات در جهت اصلاح سند تحول دولت مردمی	۱۴۷
انتقاد از عدم توجه به سیاست های کلی سلامت	۱۴۸
تضاد سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت	۱۴۹
آمادگی فرهنگستان برای تشکیل کمیته های بررسی و تحلیل بخش سلامت سند تحول دولت مردمی	۱۵۰
اصلاحات بخش سلامت سند تحول دولت مردمی	۱۵۱
مغایرت سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت	۱۵۲
بخش پنجم: ارتقا اخلاق و معنویت در جامعه سلامت	۱۵۵
بیانیه ۳- دستاوردهای مهم نظام سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی	۱۵۵
جمع بندی فصل دوم	۱۶۴
فصل سوم - رصد کلان نظام سلامت	۱۶۷

مقدمه ۱۶۸

بخش اول- مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت ۱۷۰

لزوم تقویت بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی در بازنگری وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی ۱۷۰

خلاصه سیاستی ۳- سلامت روان در جهان و ایران پساکرونا و راهکارهای ارتقا ۱۷۱

مدیریت فضای روانی اجتماعی جامعه در دوره همه گیری کرونا ۱۷۵

صیانت و ارتقای سلامت روان جامعه، به‌ویژه در شرایط بحرانی ۱۷۶

نامه رئیس محترم سازمان روانشناسی درمورد سلامت روان جامعه ۱۸۳

آسیب شناسی کلان نظام سلامت ۱۸۷

خلاصه سیاستی ۴- آموزش حضوری در همه گیری کووید-۱۹ ۱۸۹

افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی ۱۹۳

اعتراض به افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی ۱۹۸

عواقب حاصل از افزایش ظرفیت دانشجویان دندان پزشکی ۲۰۰

بخش دوم- کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت ۲۰۷

آمادگی فرهنگستان برای همفکری در بازنگری در نقشه جامع علمی کشور ۲۰۷

نقد بر نقشه جامع علمی سلامت از منظر راهبردی، محتوایی و اجرایی ۲۰۸

پیشنهاد در مورد تجدید نظر و ارتقای نقشه جامع علمی کشور ۲۱۲

بخش سوم- تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و خدماتی

برای ارتقای نظام سلامت کشور ۲۱۵

خلاصه سیاستی ۵- تاثیر بحرانهای اجتماعی اخیر بر حوزه سلامت دیجیتال ۲۱۶

بیانیه ۴- صیانت از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه در بحران‌های اجتماعی	۲۲۰
الزامات و اقتضائات سیاست‌های اجتماعی دوران کرونا	۲۲۶
راهکارهای ارتقای سلامت سالمندان در کشور	۲۲۹
توسعه الگوی بسته امنیت غذایی (باغ) در جهت ارتقا امنیت غذا و تغذیه کشور	۲۳۳
لزوم نظارت بر برجسب گذاری محصولات تراریخته	۲۳۷
پیشنهاد برای تدوین برنامه ملی مقابله با اثرات تغییر اقلیم بر سلامت	۲۳۹
نامه به سردبیر مجله لنست در مورد گزارش منتشره با	۲۵۰
روند اجرای طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور	۲۵۱
عدم ورود داروها به فهرست دارویی قبل از انجام کارآزمایی بالینی	۲۵۲
چکیده نتایج "ارزیابی وضعیت صنعت تولید مواد اولیه دارویی در ایران"	۲۵۳
منطقی نمودن قیمت دارو	۲۵۶
بررسی جامع و عارضه‌یابی برنامه آموزش دکترای عمومی داروسازی	۲۵۸
گذراندن واحدهای کارآموزی دانشجویان داروسازی با اترن‌های پزشکی	۲۶۰
جمع بندی فصل سوم	۲۶۲
فصل چهارم- حمایت و حمایت‌طلبی در راستای	۲۶۷
تأمین، حفظ و ارتقای سلامت	۲۶۷
مقدمه	۲۶۸
بخش اول: حمایت‌طلبی از سازمان‌ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت	۲۶۹
لزوم رعایت حفاظت فردی علاوه بر ایمنی جمعی برای مقابله با کووید ۱۹	۲۶۹

ارتقای برنامه ملی کنترل کووید ۱۹ در شروع فعالیت دولت سیزدهم	۲۷۰
واکسیناسیون مجدد کرونا	۲۸۲
گزارش از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درمورد بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی	۲۸۳
نوسازی گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی	۲۸۳
تأکید رؤسا و معاونین بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی استان تهران بر گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی	۲۸۵
تامین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم از طریق استقرار کامل شبکه بهداشتی درمانی	۲۸۷
بیانیه ۵- پزشکی خانواده، راهبرد اصلی برای تحقق بهره‌مندی همگان از مراقبت‌ها و خدمات عادلانه سلامت	۲۸۹
بیانیه انجمن پزشکان عمومی در خصوص چالشهای توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری	۲۹۸
برنامه های سلامت الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳۰۱
سلامت الکترونیک	۳۰۵
پیشنادهای اصلاحی در مورد سند اخلاقی کسب و کارهای سلامت الکترونیک در حوزه مشاوره و درمان	۳۰۷
لزوم حفظ و ارتقاء منزلت جامعه پزشکی	۳۱۰
پیشگیری از تضعیف و تخریب ارکان سلامت جامعه	۳۱۲
مقابله با تبلیغات منفی علیه جامعه پزشکی	۳۱۴
توجه به سلامت عمومی جامعه در رسانه ملی	۳۱۵
مهاجرت نخبگان بخش سلامت	۳۱۶

درخواست آمار تفکیکی مهاجرت و خروج اعضای هیئت علمی	۳۱۹
بیانیه ۶- اهمیت تامین توانمندسازی و نگهداشت نیروی انسانی نظام سلامت	۳۲۰
درخواست اعضای هیئت علمی در مورد سقف حقوق	۳۲۵
درخواست حمایت طلبی از شورای عالی محترم انقلاب فرهنگی	۳۲۷
نظرات فرهنگستان در مورد بندهای حوزه سلامت در اعتبارات ۱۴۰۲	۳۳۲
وضع مالیات ویژه بر مصرف دخانیات در قانون بودجه ۱۴۰۱	۳۳۳
تولیت و مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تامین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم	۳۳۴
مخالفت با درج افیلیشن یکسان برای دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۳۳۷
ضرورت تداوم ادغام مراقبت‌ها و خدمات سلامت در نظام آموزش علوم پزشکی	۳۳۸
تاکید بر تعمیق ادغام آموزش پزشکی در خدمات و مراقبت‌های سلامت	۳۳۹
بیانیه ۷- تداوم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در عرصه مراقبت‌ها و خدمات بهداشت و درمان	۳۳۹
طرح اصلاح نظام آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی	۳۵۰
چارچوب تدوین سند ملی سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران	۳۵۸
اصلاح عنوان کارگروه اخلاق، سلامت معنوی و تعهد حرفه‌ای و ایجاد کارگروه مستقل سلامت معنوی	۳۶۲
تاکید بر اهمیت سلامت معنوی	۳۶۲
برنامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اصلاح و ارتقای شبکه بهداشتی درمانی	۳۶۳

تقویت شبکه بهداشتی درمانی پزشکی خانواده و نظام ارجاع	۳۶۴
بازسازی، تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی	۳۶۷
لزوم توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی	۳۶۹
بخش دوم: همکاری بین بخشی	۳۷۲
لزوم همکاری در توسعه شبکه بهداشتی درمانی	۳۷۲
تأکید بر همکاری بین سازمانی در جهت تکمیل و تقویت شبکه بهداشتی درمانی	۳۷۲
مشارکت بخش های غیر دولتی در تقویت شبکه بهداشتی درمانی	۳۷۳
گزارش مجموعه ارتباطات فرهنگستان و حوزه های علمیه	۳۷۳
رعایت سیاست های کلی سلامت در تفاهم نامه مرکز مدیریت حوزه علمیه و وزارت بهداشت	۳۷۶
آمادگی برای همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳۷۷
همکاری بین فرهنگستان و سازمان نظام پزشکی	۳۷۸
پیشنادهایی برای غربالگری بالغین در ایران	۳۸۰
پیشنهاد همکاری گروه قرآن، عترت و سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳۸۳
ارائه مدلی آینده نگر برای توسعه همکاری های علمی ملی و بین المللی در گستره علوم دارویی کشور	۳۸۵
جمع بندی فصل چهارم	۳۹۰

پیشگفتار

ارزش حیات و سلامت انسان از نظر شرع مقدس، در حدی است که احیاء نفس را معادل احیاء همه نفوس و آسیب به دیگران را مستوجب دیه و قصاص می‌داند. قداست حرفه پزشکی به دلیل وظایف سنگینی است که در راستای حفظ و حراست از این نعمت بی بدلیل الهی و پیشگیری از آسیب به سلامت مردم به عهده دارد، تا با استعانت از خداوند شافی، برای درمان بیمار تلاش نماید.

با تصویب اساسنامه جدید، ۱۸ گروه علمی از جمله گروه‌های علمی سلامت معنوی، قرآن، عترت و سلامت، سلامت اجتماعی و سلامت روان، ۲۲ کارگروه علمی و نیز تعدادی زیر گروه‌های علمی، و همچنین شورای آینده نگری و نظریه پردازی که همه ماهه جلسات آن با مشارکت ده‌ها نفر از صاحب نظران و مسئولین عالی رتبه از نهادهای مختلف کشور تشکیل و به مسائل مهم و عمدتاً بین بخشی سلامت همه جانبه جامعه می‌پردازد.

هیئت رئیسه فرهنگستان در شرایط عادی، حداقل دو روز در هفته و در پاره ای ایام همه روزه و حتی ایام تعطیل، در جلسات خود، به مسائل مهم سلامت، و پاسخ به مشورت‌های احتمالی نهادها و مراجع ذیربط و اظهار نظر در مورد مسائل مهم سلامت و گاهی اظهار نظر در مورد پاره‌ای از مسائل سیاسی که به حوزه سلامت مرتبط باشد نظیر کشتارهای زنان و کودکان و مردم مظلوم فلسطین توسط رژیم غاصب صهیونیستی، به قصد نسل کشی و مشابه آن می‌پردازد.

با عنایت به اینکه سیاست‌های کلی سلامت، نزدیک به ده سال قبل از طرف مقام معظم رهبری ابلاغ شده ولی متأسفانه در عمل به آن پرداخته نشده و اولویت‌های آن (نظیر ارتقاء سلامت همه جانبه جامعه و نیز اولویت بهداشت و پیشگیری بر

درمان، روزآمد کردن و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش سلامت (پزشکی) در عرصه گسترده و بی بدلیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و نیز احیای طرح داروئی ژنریک) و مفاد بند ۱ سیاست‌ها که به ارائه خدمات آموزشی و ... مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه می پردازد؛ مورد غفلت واقع شده است.

وظیفه فرهنگستان علوم پزشکی پرداختن به مسائل بسیار زیربنایی در ارتباط با "سلامت همه جانبه جامعه و افراد"، و تلاش برای اجرائی شدن هر چه بیشتر سیاست های کلی سلامت به ویژه اولویت‌ها، آموزش پزشکی (سلامت) جامعه‌نگر و پاسخگو، پرداختن به عوامل اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، و نیز توجه ویژه به بیماریهای غیرواگیر و پیشگیری از بیماریها است.

ضمن تشکر از معاونت محترم علمی جناب آقای دکتر محمدعلی محققى به دلیل تلاش‌ها و اقدامات اثربخش و خستگی ناپذیرشان و با تشکر ویژه از خواهر ارجمند سرکار خانم دکتر نرگس تبریزی و همکاران محترمشان که برای جمع آوری و تنظیم اسناد و مدارک که مربوط به نیمه دوم ۱۴۰۰ و نیز سال ۱۴۰۱ (تحت عنوان جلد دوم) می‌باشد، بسیار زحمت کشیده و صرف وقت نموده‌اند. علاوه بر سپاسگزاری و قدرشناسی از همه زحمات و خدماتشان، برایشان آرزوی سلامت و توفیق روزافزون دارم.

ضمناً از مراجعین به این مجموعه ارزشمند، درخواست می‌شود تا با ارائه پیشنهادهای اصلاحی در ارتقاء کمیت به ویژه کیفیت این مجموعه ما را بی نصیب نگذارند.

دکتر سید علیرضا مرندي

فصل اول- فرهنگ و فرهنگ سازی

بخش اول: تبیین و ترویج ارزش های انسانی اسلامی

بخش دوم: آموزش فرهنگ سلامت

بخش سوم: رهیافت و ترویج فرهنگ پژوهش سلامت

بخش چهارم: صیانت از میراث فرهنگی در خدمات و مراقبت های

سلامت

مقدمه

فصل اول با عنوان فرهنگ و فرهنگ سازی در چهار بخش ارائه شده است و ناظر بر بندهای مختلف سیاست های کلی سلامت بخصوص بندهای ۱۱، ۱۲، و ۱۴ است. بخش اول در راستای ترویج ارزش های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای انسانی اسلامی و لزوم تحول محیط های علمی و دانشگاهی متناسب با آن، و در جهت معرفی الگو های شایسته از اساتید و دانشمندان پیشکسوت و شخصیت های فعال در حوزه سلامت به آحاد مردم و بخصوص دانشجویان به مکاتبه های مرتبط پرداخته است. شخصیت های برجسته علوم سلامت الگوهای عملی اصول اخلاقی و پببندی به ارزش های انسانی و اسلامی هستند و استادان تربیت حرفه ای و پرورش دانشجویان را در عمل آموزش می دهند. ارج نهادن به مقام شامخ اساتید در واقع حرکت در مسیر ترویج اخلاق و ملاحظات اخلاقی در جامعه است (۱).

از آنجا که آموزش فرهنگ سلامت از جمله مهم ترین بخش های ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم است؛ افزایش دانش، آگاهی، توانمندی و مسئولیت پذیری افراد جامعه نیازمند تلاشی جهادی در این عرصه بوده و اتخاذ این رویکرد نیازمند عزمی راسخ و مشارکت تمامی سازمان ها در همه سطوح و آحاد مردم است. بخش دوم به تشریح اهمیت سواد سلامت و پیشنهادهای اجرایی در راستای نیازسنجی و شناسایی اولویت های مورد نیاز در حوزه فرهنگ و سواد سلامت و متناسب نمودن ارکان و ساختارهای مرتبط براساس آن، تولید محتوای مبتنی بر شواهد علمی روز و مناسب با طیف مخاطبان و با پایبندی به ارزش های انسانی و اسلامی می پردازد و تأکید می نماید که آموزش ها با استفاده از فناوری های نوین و به صورت های مختلف و در محیط های آموزشی، درمانی و در فضاهای حقیقی و مجازی می تواند انجام گیرد.

بخش سوم در جهت ترویج و گسترش فرهنگ پژوهش، استفاده از ظرفیت مشارکت های مردمی و سازمان های مردم نهاد و انجام پژوهش های مبتنی بر جامعه تنظیم شده است. اطلاع آحاد مردم از حقوق سلامت و دانش های ضروری در حوزه سلامت می تواند در گسترش سبک زندگی سلامت محور موثر باشد (۲).

استفاده از آموزه های صحیح طب سنتی در ارائه خدمات و مراقبت های سلامت بخصوص در امر پیشگیری از بیماری ها و حفظ سلامت و اتخاذ تدابیر علمی و صحیح در انتخاب مواد غذایی و نحوه تغذیه، باعث ارتقا سلامت جامعه می شود. طب سنتی در نظام سلامت یکپارچه توسط تولید واحد و با استفاده از مجموعه شواهد معتبر علمی هماهنگ با طب متداول و ظرفیت های هم افزای آن به منظور تحقق سیاست های کلی سلامت و سایر اسناد راهبردی مرتبط تدبیر می شود. مفاهیم طب سنتی با استفاده از شیوه ها و تعابر معتبر و روز آمد علمی باید تبیین شود. سوءاستفاده از طب سنتی و تشخیص و درمان غلط بیماری ها به طور جدی تهدیدکننده سلامت جامعه است. این موضوع دربخش چهارم این فصل و بواسطه مکاتبات متعدد فرهنگستان علوم پزشکی به اطلاع سیاست گذاران ارشد رسیده است و تأکید شده که جلوگیری از اشاعه این خطر نیازمند عزم جدی است. (۵-۳)

منابع:

۱. عباسی محمود، اکرمی فروزان. تحلیل وضعیت موجود و ترسیم وضعیت مطلوب نظام ارائه خدمات سلامت کشور براساس اصول و ارزش های اسلامی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۳۹۷؛ ۲ (۱): ۷۶-۹۰
۲. غفلت های فرهنگ سلامت و راهبردهای جبران آن، با تأمل بر نقش استادان. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۴۰۱؛ ۶ (۴): ۵۸۰-۵۸۰
۳. بیانیه: طرح های تشکیل «سازمان طب اسلامی - ایرانی» و «سازمان نظام طب مکمل اسلامی - ایران». نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۴۰۰؛ ۵ (۳): ۳۹۴-۳۹۱
۴. خلاصه سیاستی: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایرانی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۳۹۹؛ ۴ (۴): ۴۵۴-۴۵۳
۵. ناصری محسن. طب سنتی ایران و توسعه آن با استفاده از رهنمودهای سازمان جهانی بهداشت. دانشور پزشکی. ۱۳۸۳؛ ۱۱ (۵۲): ۵۳-۶۶

بخش اول: تبیین و ترویج ارزش های انسانی اسلامی

بند اول سیاست های کلی سلامت به شرایط حاکم بر خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت و تأکید بر رعایت اصول و ارزش های انسانی - اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه می پردازد. این بند دو زیر شاخه ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط های علمی و دانشگاهی و آگاه سازی مردم از حقوق و مسؤولیت های اجتماعی نیز دارد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین الهی (۱۴۰۱/۸/۸)

ارسال مستند راهنمای راز داری تهیه شده در گروه علمی فلسفه و اخلاق پزشکی جهت استحضار و صدور دستور لازم انجام گرفت.

راهنمای رازداری

مقدمه

رازداری یکی از برجسته ترین اصول اخلاقی است که با کرامت و شخصیت انسانی عجین گشته است و ریشه در احترام به انسان ها و احترام به استقلال آنها دارد و یکی از مهم ترین عوامل ایجاد اعتماد در ارتباطات انسانی و تداوم رابطه است. در روایات اسلامی حفظ اسرار سنتی است که انسان ها از پروردگار متعال آموخته اند؛ از آنجا که خداوند متعال ستار العیوب و پوشاننده اسرار است و اسرار بندگان را بر دیگران فاش نمی کند و آبروی آنان

^۱ امام رضا علیه السلام در حدیثی فرموده است: «مومن مومن نخواهد بود مگر این که سه خصلت داشته باشد:

سستی از پروردگار و سستی از پیامبر ص و سستی از امام. اما سنت پروردگار کتمان اسرار است، اما سنت پیامبر ص مدارا با مردم است و اما سنت امام شکیبایی در برابر ناراحتی ها و مشکلات می باشد. «لَا يَكُونُ الْمُؤْمِنُ مُؤْمِنًا حَتَّى تَكُونَ فِيهِ ثَلَاثُ خِصَالٍ، سُسَّةٌ مِنْ رَبِّهِ وَ سُسَّةٌ مِنْ نَبِيِّهِ وَ سُسَّةٌ مِنْ وَلِيِّهِ فَأَمَّا السُّسَّةُ مِنْ رَبِّهِ فَكَيْفَ تَمَانُ سِرِّهِ وَ أَمَّا السُّسَّةُ مِنْ نَبِيِّهِ فَمُدَارَةُ النَّاسِ وَ أَمَّا السُّسَّةُ مِنْ وَلِيِّهِ فَالصَّبْرُ فِي الْبِأْسَاءِ وَ الضَّرَاءِ».

را حفظ می‌کند، بایسته می‌نماید انسان مومن نیز نیز این صفت پسندیده و ممدوح باری تعالی را سرلوحه خود قرار داده و اسرار بندگان خدا را حفظ کند و عیب‌های آنان را بر دیگران بپوشاند. در عرصه سلامت که رابطه بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، یک ارتباط درمانی مبتنی بر اعتماد است، حفظ اسرار نمود بیشتری داشته و مستلزم حساسیتی دو چندان است لذا این مهم سابقه ای بسیار طولانی و قدیمی در طب داشته و از وظایف اخلاقی گروه پزشکی بشمار می‌آید. چرا که اگر بیمار به گروه پزشکی اعتماد نداشته باشد، برخی از اطلاعات را از آنان مخفی می‌کند و این مسئله به تصمیم‌گیری‌های نادرست گروه پزشکی می‌انجامد. در واقع اسرار بیمار به منزله امانت نزد گروه پزشکی است و همانگونه که خداوند متعال، مومنان را به حفظ امانت‌ها و رعایت عهد توصیف کرده است^۱، گروه پزشکی نیز باید به این عهد احترام بگذارند. مقنن نیز همسو با این مهم در قوانین موضوعه، افشاء اسرار حرفه‌ای را بجز در موارد قانونی جرم دانسته است^۲. بنابراین رازداری یک سنت حسنه، یک تعهد اخلاقی و یک اصل لازم‌الاجرای قانونی در گروه پزشکی است. با وجود اهمیت فراوان رازداری در پزشکی، مواردی هست که وظیفه حفظ اسرار گروه پزشکی با وظیفه حفظ سلامت فرد یا جامعه آنان قابل جمع نبوده و در تعارض یا تزامم با هم قرار می‌گیرند و ضرورت ایجاب می‌کند که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ناگزیر به افشای سر شوند. برخی از این موارد نیز که از دید مقنن دور نمانده است نیاز به مهارت گروه پزشکی در حل تزامم دارد. از سوی دیگر در منشور حقوق بیمار، رازداری به عنوان حق مسلم بیمار در نظر گرفته شده است. اگر چه در راهنمای اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی موارد محدودی مورد تاکید قرار گرفته است اما چارچوب مشخصی برای تعیین محدوده رازداری و نحوه رعایت آن وجود ندارد. در این راستا در این راهنما سعی شده است ضمن تبیین اهمیت رازداری و عواقب نقض آن به موارد حل تزامم و افشاء اسرار پرداخته شود. این راهنما دربردارنده‌ی مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی است که در این زمینه باید رعایت شوند.

^۱ وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ؛ و کسانی که به امانت‌ها و عهد خود پای‌بندند. مؤمنون (۲۳)، ۸.

^۲ اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند. ماده ۱۵۱ از «کتاب پنجم: تعزیرات»

این راهنما فقط به معرفی چارچوب های رعایت رازداری در حوزه ارائه خدمات پرداخته و شامل رازداری در پژوهش نمی شود. با توجه به استفاده از پرونده الکترونیک و ویزیت بیماران به صورت مجازی و ملاحظات اخلاقی جدی پیرامون این حوزه ها، راهنمای جداگانه ای باید برای این موارد تبیین شود.

۱- تعاریف

۱-۱ تعریف راز در حرف پزشکی: در حرف پزشکی راز به کلیه اطلاعاتی اطلاق می شود که ارائه کنندگان خدمات سلامت در جریان ارزیابی بیمار و اقدامات پاراکلینیک به آن ها دست می یابند یا بیمار خود برای آن ها ابراز می دارد. به عبارتی به کلیه اطلاعاتی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در مورد بیمار به دست می آید، راز اطلاق می شود.

۱-۲ منظور از اطلاعات بیمار نام و نام خانوادگی، کد ملی، تلفن، آدرس، عکس، ویدیو، اطلاعات مرتبط با بیمار و پرونده پزشکی است.

۱-۳ تعریف الزام به رازداری در حرف پزشکی: الزام به رازداری، به معنای قدغن بودن افشای اطلاعات بیمار به دیگران بدون اجازه و رضایت بیمار است.

۱-۴ ارائه کنندگان خدمات سلامت: به کلیه افرادی اطلاق می شود که در ارتباط با بیمار بوده و به نوعی در نظام سلامت، خدمات ارائه می دهند اعم از پزشک، دندانپزشک، داروساز و متخصصین مربوطه، پرستار، بهیار، کمک بهیار، پرسنل بیمارستان، نگهبان، دانشجویان در کلیه مقاطع و کسانی که به صورت داوطلبانه یا به صورت وابسته به مؤسسات خیریه در حوزه سلامت همکاری می کنند. (رجوع به ماده یک قانون سازمان نظام پزشکی در مورد شرح وظایف و تخلفات حرفه ای و صنفی)

۱-۵ گیرندگان خدمات سلامت: به طور کلی به کلیه افرادی که به هر نوع خدمات سلامت را دریافت می کنند گیرندگان خدمات سلامت اطلاق می شود.

۱-۶ منظور از منفعت در این راهنما به طور کلی منفعت در حوزه سلامت است و سایر منافع گیرنده خدمات سلامت، خانواده او و جامعه در این تعریف نمی گنجد.

۲- رازداری

۲-۱ به طور کلی رازداری یک وظیفه مطلق است به جز در شرایط خاص که این شرایط در محور ۳ مشخص شده اند.

۲-۲ در صورت لزوم افشای اطلاعات بیمار، باید دلایل نقض رازداری مشخص و مستند

شود.

۳-۲ وظیفه رازداری با پایان یافتن ارتباط پزشک و بیمار از بین نمی رود و ارائه کننده خدمات سلامت موظف است تا پایان عمر اسرار بیمار را فاش نکند.

۴-۲ صحبت در مورد بیمار و اطلاعات مربوط به او در مکانهای عمومی نظیر داخل آسانسور، در کافه تریا و در راهروها نقض رازداری محسوب شده و باید به شدت از آن پرهیز کرد.

۳- نقض رازداری

رازداری فقط در شرایطی خاص می تواند نقض شود که این شرایط عبارتند از:

۱-۱-۳ با رضایت بیمار یا در صورت لزوم قیم قانونی یا تصمیم گیرنده جایگزین بیمار

۲-۱-۳ الزام قانونی و به موجب حکم دادگاه

۳-۱-۳ زمانی که منفعت بیمار ایجاب کند که حصول این منفعت به هیچ طریقی به جز افشای راز بیمار امکان پذیر نباشد. منظور از منفعت بیمار در بند توضیح داده شده است.

۴-۱-۳ زمانی که منفعت خانواده بیمار یا جامعه ایجاب کند که این منفعت به هیچ طریقی به جز افشای راز بیمار امکان پذیر نباشد.

۴- عواقب نقض رازداری

۱-۴ نقض رازداری می تواند موجب اعمال هر نوع جریمه یا تنبیه از طرف مقام مافوق بر حسب روال تعریف شده در محل ارائه خدمات سلامت باشد.

۲-۴ در صورتی که نقض رازداری منجر به آسیب بیمار شود، باید خسارت او جبران شود.

۵- افشای اطلاعات با رضایت بیمار

۱-۵ رضایت آزادانه و آگاهانه بیمار برای قراردادن اطلاعات او در اختیار شخص ثالث به

معنی نقض رازداری نیست اگر: (به شرط مکتوب بودن رضایت و قید موارد زیر در آن)

۱-۵-۱ اطلاعات فقط به فردی که بیمار مجاز دانسته است و حامل اجازه نامه از بیمار

است، ارائه شود. بررسی صحت و سقم اجازه نامه بیمار بر عهده پزشک است که با توجه

به شناخت پزشک از بیمار و احتمالا تماس تلفنی با بیمار محقق می شود.

۲-۵-۱ اطلاعات فقط در حد لازم و در محدوده رضایت اخذ شده از بیمار افشا شود.

تبصره- اگر ارائه کننده خدمت به منظور ارائه خدمات بهتر و ارتقا کیفیت خدمات به مشاوره

با همکار خود نیاز داشته باشد در صورت عدم افشای مشخصات هویتی بیمار نیاز به اخذ

رضایت بیمار نیست.

۲-۵ اگر به قصد سودرسانی به بیمار و تکمیل درمان وی ارائه کننده خدمت مجبور باشد که علاوه بر اطلاعات سلامتی، اطلاعات هویتی بیمار را نیز فاش کند لازم است قبلاً از بیمار رضایت آگاهانه اخذ شده باشد.

۱-۲-۵ در شرایط اورژانس (زمانی که جان بیمار در خطر است) و عدم امکان اخذ رضایت آگاهانه باید کلیه اطلاعات لازم از قبیل میزان اطلاعات ارائه شده، شخص دریافت کننده اطلاعات و دلیل نقض رازداری و اورژانس بودن موقعیت در پرونده بیمار ثبت شود.

۳-۵ تصمیم به نقض رازداری باید توسط یک تیم تخصصی گرفته شود و هر گونه نقض رازداری با رضایت بیمار یا در صورت امکان بدون رضایت بیمار باید مستند سازی شده و در پرونده بیمار درج شود.

۴-۵ مستند سازی نقض رازداری باید به گونه‌ای باشد که خوانا و شفاف بوده، برای بیمار قابل فهم باشد، قابل پاک شدن نباشد، کلمات و لغات اختصاری و تخصصی غیرضروری در آن به کار نرفته باشد.

تبصره- زمان و نام شخص افشا کننده، نام شخص دریافت کننده اطلاعات، دلیل افشا و شواهد مرتبط با آن حتماً در پرونده قید شود.

۵-۵ در صورتی که سن بیمار کمتر از ۱۸ سال است یا دارای اختلال ذهنی است یا به تشخیص پزشک هنوز به سنی نرسیده است که بتواند مشکلات خود را به صورتی مستقل حل کند، کسب رضایت در این موارد باید از والدین یا قیم قانونی یا تصمیم گیرنده جایگزین آنها صورت گیرد.

۱-۵-۵ در صورت امکان و به منظور پیشگیری از مشکلات بعدی، رضایت پدر و مادر هر دو باید اخذ شود. در صورت عدم وجود هر دوی آنها به دلایلی مانند فوت یا بیماری یکی از آنها یا طلاق یا در سفر بودن از والدین که حضانت وی را بر عهده دارد رضایت اخذ گردد.

۶-۵ فقط پزشک درمانگر می تواند به قصد سودرسانی به بیمار یا در صورت احراز هر یک از شرایط مطرح شده بالا اقدام به افشای اسرار بیمار نماید.

۵- افشای اطلاعات در جهت منفعت جامعه

۱-۶ افشای اطلاعات بیمار به نفع جامعه فقط در شرایطی امکان پذیر است که با نقض

رازداری منفعتی عاید جامعه می‌شود که به هیچ طریق دیگر ممکن نیست یا به عبارتی با افشای راز، خطر و آسیبی از جامعه دور می‌شود که به هیچ راه دیگری قابل رفع نیست و در چنین حالتی خطر باید به اندازه کافی جدی باشد.

۲-۶ گاهی به قصد منفعت جامعه لازم می‌شود که اطلاعاتی از بیمار فاش شود؛ اما این افشا فقط باید در حد اطلاعات لازم و کافی برای نفع عموم باشد و نه بیش‌تر از آن.

۳-۶ هر چند که به قصد منفعت جامعه افشای قسمتی از اطلاعات و تحت شرایطی خاص امکان‌پذیر است اما یک قاعده کلی که مشخص کند در چه شرایطی مجاز به افشای راز هستیم و در چه شرایطی مجاز نیستیم وجود ندارد. بنابراین باید در هر موقعیت به صورت جداگانه و بر مبنای شرایط زمینه‌ای در مورد افشا یا عدم افشا تصمیم‌گیری کرد.

۴-۶ تصمیم‌گیری در مورد افشا یا عدم افشا باید فقط توسط پزشک درمانگر صورت گیرد اما در صورت لزوم می‌توان با استفاده از مشاوره و خرد جمعی تصمیم‌گیری کرد.

۶- نقض رازداری به موجب قانون

۱-۷ در صورت درخواست مراجع قانونی (کمیسیونهای پزشکی قانونی، دادرهای انتظامی، شوراهای حل اختلاف ویژه پزشکی) می‌توان اطلاعات را در حد لازم و فقط به فردی که در این خصوص مجاز دانسته شده است ارائه شود.

۲-۷ بیماری‌هایی که به موجب قانون، پزشک موظف به گزارش اجباری است باید توسط سیاستگذاران سیستم سلامت تعیین و به صورت یک قانون در مجلس شورای اسلامی به تصویب برسند.

۳-۷ ارائه اطلاعات با درخواست پلیس برای مستند سازی و استفاده حقوقی از اطلاعات مجاز نیست مگر با مجوز دادگاه یا مراجع قانونی.

۷- رازداری در کودکان و بالغین با عقب ماندگی ذهنی

۱-۸ اگر بیمار کودک است (سن کمتر از ۱۸ سال) یا از نظر ذهنی ناتوان است، قبل از افشای اطلاعات وی به شخص ثالث باید از والدین یا تصمیم‌گیرنده جایگزین یا قیم قانونی رضایت نقض رازداری اخذ شود.

۲-۸ والدین در قبال کودکان زیر ۱۸ سال خود مسئولیت کامل دارند و مسئولیت آن‌ها تحت تاثیر تغییر روابط بین آنها نظیر جدایی والدین یا ازدواج مجدد قرار نمی‌گیرد. حتی در صورتی که کودک ظرفیت و صلاحیت تصمیم‌گیری داشته باشد اما به سن ۱۸ سال

نرسیده باشد مسئولیت والدین سلب نمی‌شود.

۳-۸ در موارد نیاز به افشای اسرار بیمار زیر ۱۸ سال رضایت یکی از والدین کافی است اما در صورت امکان رضایت هر دو والد ارجح است و از بروز تعارض جلوگیری می‌کند. علاوه بر اخذ رضایت از والدین، در صورتی که کودک ظرفیت و صلاحیت لازم را بنا بر تشخیص پزشک داشته باشد باید موافقت کودک برای افشای اطلاعات جلب شود.

۸- رازداری، فضای مجازی و پرونده الکترونیک

۱-۹ کلیه اطلاعات بیمار که در پرونده الکترونیک ثبت شده یا به صورت پرونده کاغذی در بایگانی موجود است باید به خوبی محافظت شده و هر گونه سرقت اطلاعات، گم شدن آن‌ها و دسترسی افراد غیر مسئول، کپی کردن، تغییر یا حذف اطلاعات بدون اجازه از صاحب اطلاعات و توسط افرادی به جز ارائه کنندگان خدمات سلامت به منزله نقض رازداری تلقی شده و به موجب قانون مشمول مجازات خواهد بود.

تبصره: دسترسی ارائه کنندگان خدمات سلامت به پرونده بیماران باید محدود به میزان استفاده آن‌ها باشد و به این لحاظ اطلاعات باید طبقه‌بندی شده و بر حسب نیاز هر گروه از ارائه کنندگان خدمت در دسترس آن‌ها قرار گیرد.

۲-۹ ارائه کنندگان خدمات سلامت که به موجب حرفه خود به پرونده الکترونیک بیماران دسترسی دارند نباید به هیچ وجه نام کاربری و رمز عبور خود را در اختیار سایرین بگذارند. ۳-۹ به دلیل عدم امنیت کافی در فضای وب، ارائه کنندگان خدمات سلامت نباید به هیچ وجه اطلاعات بیماران را از طریق پست الکترونیک یا فاکس منتقل نمایند مگر این که از امنیت فضای وب و پست الکترونیک خود اطمینان حاصل کنند.

۴-۹ علاوه بر اطمینان از امنیت پست الکترونیک در صورت انتقال اطلاعات از طریق پست الکترونیک و فاکس باید از دریافت کننده تقاضا کنند که اگر این پست الکترونیک یا فاکس را به اشتباه دریافت کرده قبل از مطالعه آن را معدوم سازد.

۵-۹ اگر به هر دلیل لازم باشد اطلاعات پرونده بیماران به صورت کاغذی یا الکترونیک حذف شود، اینکار باید به گونه ای انجام شود که اطلاعات معدوم شده به هیچ وجه قابل بازیافت نباشد.

۶-۹ در صورت فاش شدن اطلاعات پرونده بیمار به هر دلیل (گم شدن، دزدیده شدن، ...) لازم است بیمار مربوطه مطلع شود.

۷-۹ عکس گرفتن از پرونده بیمار، خود بیمار، یا قسمتی از بدن بیمار بدون رضایت بیمار به هیچ وجه مجاز نیست علاوه بر اینکه به اشتراک گذاشتن این اطلاعات در فضای مجازی پیگرد قانونی دارد.

۸-۹ در مواردی که ویزیت مجازی که بروز چالش اخلاقی محتمل است و ممکنست در خصوص رازداری و حریم خصوصی بیمار شک و شائبه ایجاد کند، باید ویزیت حضوری مد نظر قرار گیرد.

۹- رازداری در گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی

۱-۱۰ ارائه گزارش صبحگاهی در بیمارستان‌ها باید تا حد امکان به گونه‌ای باشد که هویت بیمار مشخص نشود.

۲-۱۰ اطلاعاتی که در گزارش صبحگاهی از بیمار ارائه می‌شود باید تا حد امکان محدود باشد و فقط موارد مورد نیاز جهت استفاده آموزشی مطرح شود.

۳-۱۰ ارائه اطلاعات بیمار در گزارش صبحگاهی تا حد امکان نباید منجر به حضور بیمار در این جلسه شود چراکه منجر به عدم رعایت حریم خصوصی بیمار می‌شود.

۴-۱۰ در صورتی که اطلاعات به گونه‌ای در گزارش صبحگاهی مطرح می‌شود که امکان شناسایی بیمار وجود دارد باید در صورت امکان این امر به اطلاع بیمار برسد.

۵-۱۰ در راندهای بالینی نباید کلیه اطلاعات بیمار مبادله شود چرا که این امر منجر به افشای اطلاعات در حضور سایر بیماران می‌شود و راند باید فقط به ارزیابی بالینی محدود شود و بحث بر سر علائم و مشکلات بیمار در فضایی جداگانه که به این منظور تهیه شده است انجام شود.

۶-۱۰ پیشنهاد می‌شود که به منظور رعایت اصل رازداری راندهای بالینی تا حد امکان کوچک شده و در فضاهای بسته اداره شوند.

در جلسات مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که به صورت فصلی و با حضور اعضای پیوسته برگزار می شود؛ علاوه بر پیگیری وظایف مندرج در اساسنامه، موضوعات مهم حوزه سلامت مورد تحلیل، بحث و تبادل نظر قرار می گیرد و حاصل مذاکرات به صورت بیانیه به مراجع ذی صلاح ارسال می شود. اولویت های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز در جلسه خرداد ۱۴۰۱ مجمع عمومی مورد واکاوی قرار گرفت و بیانیه آن طی مکاتبه ای به ریاست محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام؛ آیت ... جناب آقای صادق آملی لاریجانی در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۳۰ ارسال شد.

بیانیه ۱- اولویت های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی،

اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در چارچوب

سیاست های کلی سلامت^۱

مقدمه

ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی- اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه و سایر مفاد سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، معطوف به همه ابعاد سلامت (معنوی، اجتماعی، روانی و جسمی) بوده، لازمه قطعی پیشرفت و تعالی جامعه اسلامی ایرانی است. این بیانیه با توجه به اهمیت و حساسیت فرایند تدوین و تصویب سیاست های کلی و احکام برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (در این بیانیه برنامه هفتم نامیده می شود) و منبعت از سیاست های کلی سلامت و بر شالوده آن، تنظیم شده است.

تحلیل چالش ها در پیوست ۱ ضمیمه است.

^۱ این بیانیه در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت بهار ۱۴۰۱ منتشر شده است.

راهبردهای اولویت‌دار و برگزیده

۱. نهادهای سازنده اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی، در سلامت و سایر مفاد ارزشی مصرح در اسناد راهبردی؛
۲. ارتقای شاخص‌های عدالت در سلامت با محوریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت؛
۳. اجرا، تحکیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛
۴. بازسازی، گسترش، تعمیق، تعمیق و روزآمدی شبکه بهداشتی درمانی کشور؛
۵. مدیریت منابع انسانی سلامت با رویکرد پوشش عموم نیازهای جامعه در همه شرایط؛
۶. تأمین و تضمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت و توزیع عادلانه آن؛
۷. خودکفایی و تولید دانش بنیان در زمینه دارو، مواد زیستی، تجهیزات پزشکی؛
۸. تسهیل امر ازدواج و فرزندآوری به هنگام و ارتقای سلامت خانواده و تقویت بنیان‌های جوانی جمعیت و اجرای کامل قانون.

راهکارهای اولویت‌دار و برگزیده

۱. التزام به تهیه و اجرا و پایش پیوست فرهنگی و ارزشی برای همه برنامه‌های کلان؛
۲. پایش و رصد کلان تحقق سیاست‌های کلی سلامت از طریق شاخص‌های معتبر؛
۳. فعال‌سازی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و دبیرخانه آن؛
۴. تربیت هدفمند و نگهداشت نیروی انسانی سلامت بر مبنای شواهد علمی، متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور، رفع مشکلات تهدیدکننده جاری و آتی و ایجاد انگیزه‌های کافی برای ماندگاری؛

۵. تکمیل پوشش بیمه پایه سلامت با اولویت مراقبت‌های پیشگیری و ارتقای سلامت، محافظت مالی اقشار کم درآمد، و کاهش هزینه‌های فقر زای سلامت به حداقل؛

۶. اجرای همه‌جانبه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛

۷. تقویت زیرساخت‌های تولید فرآورده‌ها، مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی، دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی با تأکید بر حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان؛

۸. اجرایی‌سازی همه‌جانبه قانون سلامت خانواده و جوانی جمعیت؛

سایر راهبردها و راهکارهای مهم در پیوست ۲ ضمیمه است.

پیوست ۱: چالش‌های مهم اجرایی جاری در سلامت جامعه

۱. گسست و کمبود هماهنگی بین بخش‌های آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان و بی‌توجهی به اصل قانونی و حیاتی ادغام؛

۲. غیرفعال بودن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی؛

۳. بحران نیروی انسانی (کاهش انگیزه، کاهش ماندگاری بویژه در مناطق محروم و خروج فزاینده نیروهای آموزش‌دیده از حوزه سلامت، تخصص‌گرایی و فوق تخصص‌گرایی، افزایش مهاجرت)؛

۴. کمبود یا نبود نیروی انسانی حد واسطه بخش سلامت، به‌ویژه در پرستاری، داروسازی، و دندانپزشکی؛

۵. افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر و روانی در جامعه و رشد نگران‌کننده آنها؛

۶. ضعف نظام پایش و ارزیابی سلامت بر اساس شاخص‌ها و نظارت ناکافی بر بخش‌های مختلف؛

۷. تهدید عواملی نظیر تعارض منافع؛ تقاضاهای القایی؛ سهم خواهی در ارائه خدمات درمانی، آزمایشگاهی، تصویربرداری و دارویی؛ و تبعیض و نابرابری در بهره‌مندی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛

۸. اجرا نشدن اصل قانونی پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای؛

۹. نظام پرداخت ناکارآمد که باعث نارضایتی اختلاف سطح درآمدی بین گروه‌های مختلف می‌شود؛

۱۰. نظام بیمه‌ای ضعیف و غیرمتناسب با نیاز سلامت جامعه (عدم پوشش مراقبت‌های اولیه سلامت و فعالیت‌های ارتقای سلامت، پوشش نامناسب بیمه‌های پایه درمانی، تبعیض در توزیع منابع حمایتی با ایجاد بیمه‌های تکمیلی، تعرفه‌های متفاوت، و افزایش هزینه‌های فقرزا و مصیبت بار سلامت)؛

۱۱. توسعه نامتوازن زیرساخت‌های بخش سلامت و عدم بهره‌برداری صحیح از مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها به دلیل نظام ناکارآمد ارائه مراقبت‌ها و خدمات و عدم رعایت سطح‌بندی و نظام ارجاع؛

۱۲. ناپایداری و واحد نبودن سیاست تنظیم بازار محصولات غذایی، داروها، تجهیزات پزشکی وارداتی؛

۱۳. حمایت ناکافی از تولیدات داخل با سیاست‌های ناکارآمد قیمت‌گذاری، ارزیابی، پایش کیفیت و اقدامات حمایتی برای صادرات؛

۱۴. ضعف زیرساخت‌های ضروری نظیر ارتباطات، اطلاعات، و خدمات الکترونیک؛

۱۵. انگیزه نداشتن نیروی انسانی سلامت برای ماندگاری و تداوم خدمت در مناطق محروم.

پیوست ۲: سایر راهبردها و راهکارهای مهم

الف) راهبردها

۱. تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات کشور؛
۲. اولویت‌پیشگیری بر درمان؛
۳. افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت؛
۴. تمرکز تولیت نظام سلامت در یک دستگاه (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)؛
۵. ارتقا و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری، با استفاده از راهنماهای بالینی و ارزیابی هزینه اثر بخشی فناوری‌های نوین سلامت در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق برنظام سطح‌بندی و با استقرار کامل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛
۶. پیشبرد یک برنامه جامع با رویکرد ارتقای سلامت در مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر با تمرکز بر ارتقای سلامت جمعیت، رفاه و عدالت اجتماعی؛
۷. پیشبرد ارتقای سلامت روان جامعه از طریق سیاست‌ها، روش‌ها و مداخلات کلان مبتنی بر اصول سلامت روان جامعه؛
۸. توسعه متوازن آموزش پزشکی با رویکرد همگرایی و حمایت از تحقیقات علوم پزشکی برای دستیابی به مرجعیت در علوم، فنون و خدمات پزشکی و توسعه آموزش و پژوهش پزشکی مبتنی بر نیازهای بخش سلامت، با تولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛

۹. افزایش تاب‌آوری و قدرت بازدارندگی نظام سلامت در مقابل بحران‌ها، تهدیدات و عوامل زیان‌آور سلامت جامعه از طریق اصلاح ساختار و تقویت جایگاه تولید بخش سلامت.

ب) راهکارها

۱. باز تعریف نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، اعم از بهداشت، درمان و توانبخشی و تعیین حد و مرزهای بخش دولتی و خصوصی و تأمین خدمات ضروری در بخش دولتی با توسعه متوازن این بخش، افزایش کیفیت، افزایش رضایتمندی مردم؛
۲. باز تعریف و بازمهندسی ساختارهای موجود و ادغام نهادهای موازی، اصلاح ساختارهای ستادی و دانشگاهی و چابک‌سازی آنها؛
۳. توسعه خدمات دیجیتال نظیر پرونده الکترونیک سلامت، پزشکی از راه دور و نسخه‌نویسی الکترونیک و ایجاد انگیزه و تسهیلات اجرایی؛
۴. استقرار نظام نظارتی پویا، کارآمد و مبتنی بر گزارش‌های مردمی با شفافیت کامل و پیشگیری از تخلف با توقف توصیه‌ها و برخورد قاطع با خاطیان؛
۵. تأکید بر تاثیر نقش خانواده (مراقبت‌های جسمانی و فیزیکی، روانی، معنوی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی)؛
۶. استقرار نظام‌های ارزشیابی و اعتبار بخشی بیرونی؛
۷. ایجاد شفافیت و معرفی واحدهای ممتاز و ضعیف؛
۸. افزایش مشارکت بین بخشی، ایجاد اتحادیه‌هایی که موقعیت ارتقای سلامت در سطح ملی را تقویت کند؛

۹. تدارک رهبری یکپارچه در ارتقای سلامت، از طریق ایجاد یک شبکه ملی مروج سلامت در سطح ملی براساس تبادل دانش، شیوه‌ها و ایده‌هایی که ارتقای سلامت را به پیش ببرد؛

۱۰. کاربرد شیوه ترجمان دانش، برای ارتقای دانش، سیاست و عملکرد مبتنی بر شواهد ارتقای سلامت برای اجرای موثر استراتژی‌ها و مداخلاتی که سلامت و رفاه جمعیت را ارتقا دهد؛

۱۱. اصلاح نظام تعیین تعرفه خدمات پزشکی در هر دو بخش دولتی و خصوصی و ایجاد توازن بین خواست‌های ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات (گروه پزشکی) و خریداران خدمت (بیمه‌ها)؛

۱۲. اصلاح نظام پرداخت بخش سلامت و جایگزینی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد؛
تأمین مالی پایدار بخش سلامت و سپردن همه مراحل تأمین مالی از ابتدا تا تخصیص عادلانه، مشتمل بر همه منابع مالی این بخش (مالیات، حق بیمه و منابع سلامت همه سازمان‌ها) و تمرکز تولید بخش سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مدیریت تمامی منابع از طریق بیمه

۱۳. به ویژه با هدف پیشگیری، با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛

۱۴. ایجاد الزاماتی برای تبعیت همه نهادها و افراد از نظام سطح‌بندی مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر آمایش سرزمین. استقرار کامل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور و تبعیت همه دستگاه‌ها و مسئولان از نظام ارجاع، برای زمینه‌سازی اجرا و پذیرش آن توسط مردم و کارایی و اثربخشی در استفاده از منابع زیرساختی و تجهیزاتی بخش بهداشت و درمان در کشور؛

۱۵. تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای بخش سلامت و توان به‌کارگیری آنان و توزیع متناسب نیروها در همه رده‌ها و تقویت توانمندی‌های عملی دانش‌آموختگان.

توزیع متوازن نیروی انسانی در همه مناطق کشور، بخصوص مناطق کم برخوردار با استفاده از نظام‌های حمایتی کاراً؛

۱۶. نظارت دقیق بر تأمین، تولید و توزیع دارو، محصولات ایمن غذایی و تجهیزات پزشکی و حمایت و تخصیص تسهیلات لازم. ایجاد فرماندهی واحد با اختیارات کامل در سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور پاسخگویی به تمامی مشکلات حوزه دارویی در کشور و نظارت دقیق بر تأمین، توزیع و مصرف دارو؛

۱۷. استقرار نظام شایسته‌سالاری و پرهیز از اعمال نگاه‌های سیاسی به این بخش تخصصی؛

۱۸. بازتعریف و پیاده‌سازی بسته پایه بیمه سلامت و حمایت از این بسته پایه برای اقشار آسیب‌پذیر؛

۱۹. استقرار نظام شایسته‌سالاری و پرهیز از اعمال نگاه‌های سیاسی به این بخش تخصصی.

مکاتبه با رئیس محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام آیت ا... جناب آقای صادق آملی لاریجانی
(۱۴۰۱/۵/۱۰)

بندهای مورد نظر فرهنگستان برای برنامه هفتم توسعه

نظر به اینکه سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه، در مجمع تشخیص مصلحت نظام، در مرحله تصویب و نهائی سازی است، موارد ضروری زیر در مورد بندهای مرتبط با حوزه سلامت، تاکید می‌گردد:

در پیش نویس مصوبات کمیسیون مشترک به ارکان اصلی سیاست‌های کلی سلامت توجه نشده که مهمترین موارد به شرح زیر است:

-در بند ۲۴ بجای تاکید بر بازسازی، توسعه و تعمیق شبکه بهداشتی درمانی، که لازمه قطعی تامین، حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه و تضمین کننده عدالت در سلامت است، به ترویج و توسعه بیمارستان‌ها و موسسات درمانی غیردولتی تاکید شده، که در صورت عملیاتی شدن، نتیجه معکوس داشته و طبیعتاً پرداخت از جیب مردم و هزینه‌های دولت را نیز افزایش خواهد داد.

لذا پیشنهاد می‌گردد بند ۲۴ به صورت ذیل اصلاح گردد:

ارتقای نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت به منظور تامین عدالت در سلامت، پاسخگوئی، نظارت پذیری، اقتصاد مقاومتی، اعتدالی فرهنگ و سواد سلامت جامعه که همه منحصرأ از طریق بازسازی، تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و تحکیم و تعمیق ادغام آموزش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت امکان‌پذیر است

-در بند ۲۱ لازمه افزایش نرخ باروری و مولید، تشویق و تسهیل ازدواج‌های آسان و در سنین مناسب است که باید در مفاد بند تصریح شود. لذا پیشنهاد می‌گردد بند ۲۱ به صورت ذیل اصلاح گردد:

تشویق و تسهیل ازدواج‌های آسان و بهنگام و افزایش نرخ باروری و مولید به حداقل ۲/۵ فرزند طی پنج سال و حمایت همه جانبه از فرزند آوری با رفع موانع و ایجاد مشوق‌های موثر و اصلاح فرهنگی

-در بند ۱۱، دسترسی و بهره‌مندی مستمر آحاد مردم، بخصوص دهک‌های پائین اقتصادی و اجتماعی، از غذای مکفی و مواد مغذی سالم، بسیار ضروری است و لازم است در مفاد بند تصریح شود. لذا پیشنهاد می‌گردد بند ۱۱ به صورت ذیل اصلاح گردد:

تامین امنیت غذایی با رویکرد خود اتکایی در تولید کالاهای اساسی و اقلام غذایی، همراه با حفظ و ارتقاء ذخائر ژنتیکی و منابع آبی و افزایش سطح سلامت و ایمنی و بهداشت مواد غذایی و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و کشاورزی دانش بنیان و اصلاح الگوی کشت با

رعایت سیاست‌های کلی سلامت آمایش سرزمین و اطمینان از دسترسی و بهره‌مندی مستمر همه آحاد مردم بخصوص دهک‌های پایین اقتصادی از مواد مغذی مکفی و سالم

مکاتبه با رئیس محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام حضرت آیت ... جناب آقای صادق آملی
لاریجانی (۱۴۰۱/۵/۲۹)

تاکید بر توجه به سیاست‌های کلی سلامت در مصوبات کمیسیون‌های

علمی فرهنگی و اجتماعی و کمیسیون مشترک

عطف به نامه شماره ۷۵۴۱/ف ع پ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۰ به ریاست محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام، بنظر می‌رسد کمیسیون محترم علمی، فرهنگی و اجتماعی مجمع تشخیص مصلحت نظام و کمیسیون مشترک به مندرجات نامه فرهنگستان علوم پزشکی عنایت لازم نکرده‌اند، با این فرض که مکتوب مصوبات کمیسیون کافی است.

اما با توجه به تأکیدات مقام معظم رهبری مبنی بر اولویت پیشگیری بر درمان و نیز اهمیت تقویت و بازسازی شبکه بهداشتی درمانی، به استحضار می‌رساند که در مصوبات کمیسیون مشترک به ارکان اصلی سیاست‌های کلی سلامت توجه نشده که مهمترین موارد در مورد بندهای ۱۱ و ۲۴، ۲۱ و ۱۱ مانند نامه فوق مجدداً ذکر شده است.

اعطای نشان دولتی به دانشمندان برگزیده فرهنگستان

همه ساله فرهنگستان‌های چهارگانه جمهوری اسلامی ایران بر اساس وظایف مندرج در اساسنامه و با تصویب شورای علمی، سپس مجمع عمومی هر فرهنگستان که مرکب از دانشمندان و فرهیختگانی است که به عنوان عضو پیوسته انتخاب شده‌اند، یک نفر از دانشمندان حائز شرایط برای دریافت نشان دانش درجه ۱ را به رئیس محترم جمهور و ریاست عالی فرهنگستان‌ها معرفی می‌نمایند که این فرایند از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۹۰ توسط فرهنگستان‌ها انجام و دانشمندان منتخب معرفی و نشان دانش را طی مراسمی با حضور روسای محترم جمهوری وقت دریافت نمودند. بعد از مدتی در عین ناباوری مطلع شدیم که درجه نشان‌های اعلام شده برای بعضی از دانشمندان مزبور از نشان دانش درجه ۱ به ۲ تنزل پیدا کرده است. این امر که اولین بار است از زمان تشکیل فرهنگستان‌ها اتفاق افتاد از طرفی موجب دلسردی و آزردهی خاطر رؤسا و اعضای محترم پیوسته فرهنگستان‌ها گردید و از طرف دیگر موجب شد که در دولت یازدهم و دوازدهم هیچگونه نشان دولتی به دانشمندان معرفی شده از سوی فرهنگستان‌ها اعطا نشود.

حال خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور فرمائید طبق روال گذشته نظرات تخصصی فرهنگستان‌ها در اعطای نشان‌های دولتی اعمال گردد و توفیق حاصل شود که در اولین فرصت ممکن، دانشمندان منتخب سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰ فرهنگستان علوم پزشکی به شرح پیوست، افتخار دریافت نشان را از دست حضرت‌عالی داشته باشند.

پیوست

دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۱ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر حسن عارفی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۲ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر منوچهر دوائی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۳ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر سید ضیاء الدین تابعی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۴ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر فرشته معتمدی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۵ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر بهادر اعلمی هرنندی

دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۶ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر سید محمدرضا کلانتر معتدی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۷ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر رضا فریدحسینی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۸ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر سیدعلی ملک‌حسینی
دانشمند برگزیده سال ۱۳۹۹ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر کامران باقری لنکرانی
دانشمند برگزیده سال ۱۴۰۰ فرهنگستان علوم پزشکی	استاد دکتر سیدمحمود طباطبایی فر

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران جناب آقای دکتر سید امیرحسین قاضی زاده
هاشمی (۱۴۰۰/۸/۹)

اختصاصی روز "شهدای مدافع سلامت" در هفته بزرگداشت شهدا

مجموعه‌ای از انسان‌های خدوم، ایثارگر و مخلص در مقاطع زمانی مختلف و در بحران‌ها، حوادث و بلایای مختلف از جمله دفاع مقدس، زلزله، سیل، و همه‌گیری اخیر ناشی از ویروس کرونا جان خود را برای حفظ سلامت مردم عزیز، رزمندگان اسلام و مدافعین حرم از دست دادند. لذا بیاس ارج نهادن به این قهرمانان که شامل بهروزان، امدادگران، پزشکیاران، ناجیان هلال احمر، پرستاران، پزشکان، و دیگر اعضای حرف حوزه سلامت می‌باشند پیشنهاد می‌گردد روز ۲۲ اسفند که روز بزرگداشت شهداء نامیده شده است و همچنین در هفته مرتبط با این روز به بزرگداشت "شهدای مدافع سلامت" نیز اختصاص یابد.

مکاتبه با

رئیس دفتر محترم مقام معظم رهبری جناب حجت الاسلام و المسلمین آقای محمدی گلپایگانی

رئیس محترم جمهور آیت ... جناب آقای رئیسی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر قالیباف

رئیس محترم قوه قضاییه حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای اژه ای

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی جناب آقای دکتر عاملی

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر عین الهی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت، درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر شهریاری
(۱۴۰۱/۸/۸)

حادثه جانگداز حرم شاهچراغ و لزوم حفظ انسجام و وحدت جامعه

پزشکی، فرهیخته و دانشگاهیان

حادثه جانگداز حرم مطهر حضرت احمد ابن موسی (ع) در شیراز که منجر به شهادت تعدادی از هموطنان بیگناه عزیزمان از زن و مرد و کودک و پیرو جوان گردید بار دیگر نشان داد که دشمنان قسم خورده این مرزو بوم در غبار فتنه ننگینی که به بهانه‌های مختلف ایجاد می‌کنند، به هر جنایتی دست می‌زنند. جامعه علمی، فرهیخته و دانشگاهی کشور که همیشه در بحران‌ها در کنار ملت مظلوم ایران بوده‌اند در این مقطع نیز با حفظ وحدت و یکپارچگی خود در مقابل مکر و حيله دشمنان خواهد کوشید که به امید صادق و متکی به واقعیت‌های عینی رهبر معظم انقلاب در ایجاد امید و نگاه خوشبینانه به آینده در جوانان این کشور از هیچ کوششی دریغ نکنند. چرا که به فرموده ایشان "اکنون مانند همیشه، سیاست تبلیغی و رسانه‌ای دشمن و فعال‌ترین برنامه‌های آن، مایوس‌سازی مردم و حتی مسئولان و مدیران ما از آینده است. خبرهای دروغ، تحلیل‌های مغرضانه، وارونه نشان دادن واقعیت‌ها، پنهان کردن جلوه‌های امیدبخش، بزرگ کردن عیوب کوچک و کوچک نشان دادن یا انکار محسنات بزرگ، برنامه‌ی همیشگی هزاران رسانه‌ی صوتی و تصویری و اینترنتی دشمنان ملت ایران است؛ و البته دنباله‌های آنان در داخل کشور نیز قابل مشاهده‌اند که با استفاده از آزادی‌ها در خدمت دشمن حرکت میکنند". آنچه که امروز، دشمنان ما را جری نموده تا با ایجاد فتنه دست به هر جنایتی می‌زنند محصولی است که در طول نزدیک به نیم قرن در قالب آزادی، اخلاق، معنویت، عدالت، استقلال، عزت، عقلانیت، برادری توسط این ملت صبور و علیرغم جنگ تحمیلی و تحریم‌ها و جنایت‌های بی نظیر حاصل شده است. جامعه

پزشکی کشور در کنار دیگر اقشار فرهیخته علمی و دانشگاهی همپای رهبر معظم انقلاب، تاکید بر دانشگاهی اصولی، اعتلاطلب، در خدمت مردم، فعال و از لحاظ علمی و فکری پرنشاط دارد و معتقد است دانشگاه، پایگاه اصلی انقلاب اسلامی بوده و باز هم خواهد بود و نسل جوان دانشجو اجازه نخواهد داد که دانشگاه، خانه امن دشمنان این ملت و فریب خوردگان بیگانه شود. با یاری خداوند همچون همیشه در این مقاطع حساس دست به دست هم می‌دهیم و با حفظ وحدت کلمه، دشمنان این ملت را که درصدد نابودی درخت تناوری هستند که با خون هزاران شهید مظلوم آبیاری شده، مانند همیشه مایوس و ناامید خواهیم کرد.

مکاتبه با رئیس محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی و رئیس محترم جمهور حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۱/۸/۲۳)

تأکید بر وظیفه مصون سازی فرهنگی شورای عالی انقلاب فرهنگی

همانطور که مقام معظم رهبری تاکید فرمودند، "وظیفه اساسی شورای عالی انقلاب فرهنگی هدایت کردن مسائل فرهنگی است" (۱۳۸۰/۹/۱۹) و ایشان "یکی از سه مسئله اولویت دار کشور که از لحاظ ریشه‌ای بودن و حل مشکلات دیگر مهم‌تر است را (در کنار اقتصاد مقاومتی و جهش علمی) مصون سازی فرهنگی دانسته‌اند و تاکید فرمودند که باید کشور، ملت و جوانان را مصون سازی کنیم و برای تحقق آن نیاز به کار و برنامه می‌باشد" (۱۳۹۴/۱۲/۲۰). لذا به نظر می‌رسد که موضوعات دیگر مانند سند ملی و دانش بنیان امنیت غذایی یا افزایش ظرفیت رشته‌های تحصیلی و موارد دیگر، به جای شورای عالی انقلاب فرهنگی می‌تواند توسط متولیان آن مانند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم مورد بررسی قرار گیرد.

بخش دوم: آموزش فرهنگ سلامت

عوامل فرهنگی به عنوان یک مؤلفه از نظام پیچیده علی بر رفتار سلامت و سبک زندگی سالم افراد موثر است. جهان بینی رایج در جوامع بازتاب تجربیات همان جامعه است. که آنها را می توان در ارزش ها ، نگرشها و عادات مردم جستجو نمود. آموزش فرهنگ و القاء فرهنگهای سالم که در واقع رهیافتی به سوی ارتقا سلامت است، به عنوان راهبردی اولویت دار در سیاست های سلامت مورد توجه قرار گرفته است. نوآوری فرهنگی در بخش سلامت از مهم ترین اقدامات در حوزه فرهنگ سازی است که می تواند مقدمه ای بر سایر آموزش ها در ارتقای سلامت جامعه باشد.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

رئیس محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام حضرت آیت ا... جناب آقای صادق آملی لاریجانی (۱۴۰۱/۳/۱۷)

پیشنهاد در مورد برنامه هفتم توسعه در راستای بند ۱۱ سیاست های کلی

سلامت

بند ۱۱ سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با "افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی، آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" می باشد. لذا با توجه به اینکه در سال جاری برنامه پنجساله هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در حال تدوین می باشد، متن زیر جهت درج در برنامه هفتم توسعه پیشنهاد می گردد:

"در راستای اجرای بند یازدهم سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، سازمان صدا و سیما موظف است در جهت ارتقای فرهنگ و سواد سلامت جامعه به ویژه

در امر پیشگیری و ارتقای سلامت، علاوه بر تقویت شبکه های رادیویی و تلویزیونی سلامت، از طریق شورای سیاستگذاری سلامت، زیر ساخت های مناسب جهت ارتقای علمی و محتوای برنامه های سلامت محور سایر شبکه های سراسری و استانی را فراهم نماید"

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

سرپرست محترم وزارت آموزش و پرورش جناب آقای دکتر علیرضا کاظمی

وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمد علی زلفی گل

وزیر محترم فرهنگ و ارشاد اسلامی جناب آقای دکتر محمد مهدی اسماعیلی

رئیس محترم سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر پیمان جبلی

رئیس محترم حوزه های علمیه حضرت آیت اله جناب آقای علیرضا اعرافی (۱۴۰۰/۷/۲۵)

سواد سلامت

نامه جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی رئیس محترم گروه ارتقاء سلامت فرهنگستان علوم پزشکی با عنوان " خلاصه مذاکرات گروه ارتقا سلامت با موضوع سواد سلامت " جهت استحضار و دستور هر گونه اقدام ارسال شد.

خلاصه مذاکرات گروه ارتقا سلامت با موضوع سواد سلامت :

سواد سلامت امروزه به عنوان یکی از محورهای مهم سیاست های سلامت، در بسیاری از کشورها پیگیری می شود. منظور از سواد سلامت مهارت های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم را برای دسترسی، درک و کاربرد اطلاعات در حوزه سلامت ایجاد

می‌نماید، به گونه‌ای که سلامت مطلوب را حفظ کند و ارتقاء دهد. سواد سلامت در واقع رکن ارتباطی مردم با نظام سلامت و محور خود مراقبتی است.

سواد سلامت یک امر تشریفاتی نیست. چون در نتیجه درمان اثر تام دارد و نوعی ترجیح در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت به نفع اقشار مرفه و به ضرر طبقات فقیر و مستضعف ایجاد می‌کند، باید حتماً توسط حاکمیت مورد توجه قرار گیرد.

همه‌آحاد جامعه به ارتقای سواد سلامت نیاز دارند اما سطوح این نیاز متفاوت است. بنابراین برنامه‌ها و اقدامات در این خصوص باید برای مخاطبین گسترده در نظر گرفته شوند.

در جریان همه‌گیری کرونا مشاهده شد که دشمنان سیاسی نظام از محدودیت سواد سلامت جامعه، سوءاستفاده کرده و اطلاعات غلط و خبررسانی‌های دروغ را تبدیل به ابزاری برای تخریب اعتماد عمومی به حاکمیت نمودند.

در مهمترین سند بالادستی سلامت در کشورمان، سواد سلامت در بندهای دوم و یازدهم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در فروردین ماه ۱۳۹۳ مورد تأکید قرار گرفته است.

بند ۱-۲ (آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیتهای اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبتهای سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه) را مورد تأکید قرار داده است و بند یازدهم (افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را به عنوان یک راهبرد مهم مطرح کرده است.

دفتر آموزش بهداشت از ابتدای تشکیل معاونت بهداشت به انحای مختلف در ساختار وزارت بهداشت وجود داشته است. در دهه هشتاد نام این دفتر، به دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت تغییر یافت که نشانگر تأکید بر اهمیت ارتقای سلامت بود.

پس از طرح تحول سلامت، بسته ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم به عنوان پنجمین برنامه طرح تحول در حوزه

بهداشت طراحی و در سال ۱۳۹۴ ابلاغ گردیده است. در هدف گذاری این بسته آمده است در پایان سال ۱۳۹۹، ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش برنامه ملی خودمراقبتی قرار گیرند و سواد سلامت مردم به میزان ۲۵ درصد سال پایه افزایش یابد و نظام جامع آموزش سلامت در تمام مدارس کشور استقرار یابد.

پس از تشکیل معاونت اجتماعی در سال ۱۳۹۵ در وزارت بهداشت بسیاری از فعالیتهایی که به نوعی مرتبط با آموزش عمومی بود در این معاونت و شرکت آوای سلامت تمرکز یافت که جشنواره‌های متعدد فیلم و تئاتر از جمله این فعالیتها بودند. در نهایت دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت علیرغم مخالفتها در سال ۱۳۹۶، با تاکید بر اهمیت اجتماعی شدن سلامت به معاونت اجتماعی، منتقل گردید، اما یک سال بعد پس از انحلال معاونت اجتماعی در سال ۱۳۹۷ مجدداً به معاونت بهداشت برگشت. از سال ۱۳۹۷ تاکنون نیز به دلیل فقدان نگرش تخصصی به آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جامعه، چالش‌های دفتر آموزش و ارتقاء سلامت در وزارت بهداشت ادامه یافت. در دوران همه گیری کووید ۱۹ نیز نقش آفرینی این دفتر در فرهنگ سازی و ارتقاء سواد سلامت بسیار اندک بوده است. در صورتی که دفتر آموزش و ارتقاء سلامت می‌توانست خاستگاه کلیه برنامه‌های سازمانی و ابتکاری توسعه و ارتقای سلامت، خود مراقبتی، مقابله با شایعات و خرافات و بهبود سبک زندگی مردم با ارتقاء سواد سلامت باشد.

در سال ۱۳۹۷ نیز سند ملی ارتقای فرهنگ سلامت در شورای عالی فرهنگ عمومی تصویب گردید که شامل ۲۶ اقدام بود.

علیرغم این مصوبات و برخی از هزینه‌ها، تغییر چندانی در وضعیت سواد سلامت جامعه ایرانی گزارش نشده است. در آخرین برآوردها نرخ سواد سلامت محدود، در زنان ۴۲ درصد و در مردان حدود ۴۶ درصد باقی مانده است. سن بالاتر از ۵۵ و سواد عمومی کم، بیشترین عوامل خطر ساز برای محدودیت در سواد سلامت بوده اند.

گزارش سال ۹۹ مرکز پژوهش‌های مجلس در مورد (وضعیت سواد سلامت در جامعه ایران) حاکی از این بود که

- در اسناد بالادستی در بعد سیاستگذاری تأکید کافی بر ارتقای سطح سواد سلامت جامعه شده است.
- ضعف در تولید داده‌های مورد نیاز در این حوزه، رصد میزان موفقیت و کارآمدی اقدامات حوزه اجرایی را غیرممکن یا بسیار سخت کرده است.
- برنامه‌های دولتها در اجرای سیاست‌های فوق کافی و مؤثر نبوده است.
- سواد سلامت جامعه اعم از جامعه عمومی، گروه‌های آسیب پذیر و بیماران در سطح مطلوبی قرار ندارد.

با توجه به این تجارب از یک سو و اهمیت موضوع سواد سلامت از سوی دیگر به نظر میرسد لازم است به مقوله سواد سلامت به عنوان یک دستور کار جدی توجه کرد. هر چند تعیین اولویت‌های تمرکز در برنامه‌های سواد سلامت با اتکا با داده‌ها و تحلیل‌های وزارت بهداشت باید انجام پذیرد اما مجرای آموزش در بسیاری از موارد باید در بستر نظام آموزشی و با استفاده از روش‌های آموزشی تعاملی و فعال و اثرگذار و با در نظر گرفتن مطالعات اجتماعی انجام شود. همچنین فرهنگ‌سازان جامعه و رسانه‌ها برای ارتقای سواد سلامت، نقش مهم دارند که بدون همکاری آنها امور به نتیجه مطلوب نخواهند رسی .

در جمع بندی موارد زیر مورد تاکید قرار گرفتند:

۱. سواد سلامت یک موضوع حاکمیتی است و دولت باید برای آن سیاست گذاری منسجم، برنامه ریزی و هزینه و اقدام کند. برای ارتقاء سواد سلامت جامعه ، کلیه ارگان‌ها و نهادهای حاکمیتی اعم از اجرائی، قانونگذاری و همچنین قوه قضائیه باید ایفای نقش نمایند .

۲. اولویت بندی در خصوص موضوعات و بالتبع آن محتوا، باید توسط وزارت بهداشت انجام شود. مبنای اولویت بندی باید هم نیاز امروز و هم نیاز فردای جامعه باشد .

۳. برای ارتقای سواد سلامت اطلاع رسانی‌ها و آگاهی بخشی‌های عمومی از طریق رسانه‌ها به ویژه صدا و سیما و سایر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی بسیار حائز اهمیت هستند. محتوای این مطالب باید بر اساس دستورالعمل‌های دوره‌ای که وزارت بهداشت بر اساس مستندات علمی و نیاز کشور ابلاغ می‌کند تهیه و اجرا شوند. حداقل در رسانه‌های حاکمیتی تطبیق با محتوای مورد تاکید وزارت بهداشت، رصد و پیگیری شود و با موارد زاویه دار برخورد مناسب صورت پذیرد.

۴. وزارت بهداشت باید پایگاه اطلاع رسانی آوای سلامت و سایر محصولات عمومی خود را بر اساس روش علمی روزآمد و بر اساس نیاز و اولویت و با بهره‌گیری از متخصصین مرتبط، با روشهای موثر اطلاع رسانی هنرمندانه اصلاح نماید. برخی از محتویات موجود غلط، برخی حاوی بدآموزی، برخی نیز حتی اگر صحیح هم هستند در شکل ارائه فعلی جذابیت ندارند.

۵. موسسات ارایه کننده خدمات سلامت باید به سواد سلامت اهمیت دهند و در حین ارایه خدمات، به آموزش و ارتقای سواد سلامت مراجعه کنندگان بپردازند. این امر باید در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و همچنین اعتبار بخشی مورد توجه بیشتری قرار گیرد. بسته‌های حمایت مالی و تشویقی و حتی تعرفه‌ای برای موسساتی که این خدمات را ارایه می‌کنند پیش بینی شود.

۶. ارائه کنندگان خدمات سلامت اعم از پزشکان، داروسازان و دندانپزشکان و کارشناسان بهداشتی و همه کسانی که در نظام سلامت با مراجعه کننده عمومی سرو کار دارند، هم به عنوان یک قشر مرجع و هم به عنوان وظیفه در تکمیل چرخه خدمت باید با موضوع سواد سلامت و محتواهای دارای اولویت آن آشنا بوده و به آن متعهد باشند. با سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری و سایر تشکل‌های علمی و صنفی باید به عنوان شریک در این موضوع همکاری کرد.

۷. برای گروههای آسیب پذیر چه به علت بیماری‌های مزمن، چه به علت آسیب‌های اجتماعی و چه به علت شرایط خاص، نظیر سالمندی یا معلولیت باید برنامه ریزی ویژه داشت.

۸. نظام آموزشی کشور از مهد کودک تا دانشگاه باید در این زمینه فعالانه ایفای نقش کنند. هرچند تلاش های فراوانی به ویژه در آموزش و پرورش برای ارتقای سواد سلامت صورت پذیرفته است اما اینکه آنچه که انجام شده تا چه حد اثر بخش بوده و یا تا چه حد تمرکز بر نیازهای اصلی داشته است احتیاج به بررسی دارد.

۹. ارتباط با حوزه های علمیه و مشارکت در ارتقای سواد سلامت روحانیون به عنوان یک قشر مهم مرجع، می تواند در ارتقای سلامت جامعه بسیار اثرگذار باشد. این همکاری غیر از مشارکت در آموزش می تواند در قالب کمپین هایی که مقارن ایام تبلیغات دینی طراحی می شود شکل عملیاتی تری به خود بگیرد.

۱۰. برنامه ریزی برای ارتقای سواد سلامت سایر اقشار مرجع نظیر هنرمندان، شخصیت های سیاسی، خبرنگاران، برنامه سازان در رسانه ها، شخصیت های اثرگذار در شبکه های اجتماعی باید در دستور کار وزارت بهداشت باشد.

۱۱. استفاده از ظرفیت تشکلهای مردمی و انجمن های علمی به عنوان بستر ارتقای سواد سلامت باید مد نظر باشد.

۱۲. با توجه به انباشتگی اطلاعات و وجود اطلاعات نادرست که در جریان همه گیری کرونا به شدت خود را نشان داد، یکی از مهمترین محورها در ارتقای سواد سلامت جامعه باید توانمند سازی برای ارزیابی و نقد اطلاعات باشد.

۱۳. برچسب های دارو، لوازم بهداشتی و آرایشی، مواد خوراکی و مواد بالقوه آسیب رسان به ویژه آنچه که با کودکان سروکار دارد باید با همکاری سازمان استاندارد بازرنگری شوند تا قابلیت دیده شدن بهتر و محتوای قابل فهم تری برای عامه مردم با حداقل سواد داشته باشند.

۱۴. پایش سواد سلامت جامعه با پیمایش های ملی با روش با ثبات در دستور کار باشد تا تغییرات سواد سلامت قابل رصد باشد.

۱۵. به منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدام، پیگیری و رصد این موارد پیشنهاد می‌شود دفتر ارتقای سواد سلامت جامعه زیر نظر وزیر تشکیل و این موارد را پیگیری نماید.

۱۶. فرهنگستان علوم پزشکی باید در زمینه پایش موارد فوق و حمایت طلبی فعال باشد. فرهنگستان در خصوص روشمندی ارتقای سواد سلامت و یافتن راههای اثرگذار تر و شکافهای اطلاعاتی و شکافهای دسترسی میتواند اثر گذاری کند. همچنین پیشنهاد میشود در اولویت بندی نیازهای سواد سلامت فرهنگستان نقش‌آفرینی کند. نقش‌آفرینی مستقل برای ارائه محتوا برای مخاطب عام یا خاص حسب ضرورت و تنها در موارد خاص باشد.

همانگونه که در این گزارش آمده است به نظر این گروه، فرهنگستان علوم پزشکی در موضوع سواد سلامت باید در پایش و حمایت طلبی فعال باشد. فرهنگستان در خصوص روشمندی ارتقای سواد سلامت و یافتن راه های اثرگذار تر و شکافهای اطلاعاتی و شکافهای دسترسی میتواند اثر گذاری کند. همچنین پیشنهاد می شود در اولویت بندی نیازهای سواد سلامت فرهنگستان نقش‌آفرینی کند. نقش‌آفرینی مستقل برای ارائه محتوا برای مخاطب عام یا خاص حسب ضرورت و تنها در موارد خاص باشد. در این گزارش پانزده بند دیگر در مورد پیشنهادها برای سایر ارگانها تهیه شده است.

تاکید بر اعتلای سواد و فرهنگ سلامت جامعه

پیرو نامه جناب آقای دکتر محمدحسین تقدیسی ریاست محترم انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، مبنی بر لزوم توجه کافی به آموزش و ارتقا سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و استفاده از متخصصین این رشته برای تحقق ارتقا فرهنگ و سواد سلامت مکاتبه زیر انجام گرفت:

با احترام، به پیوست نامه شماره ۱۴۹ الف - ۴۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۷/۲۵ جناب آقای دکتر محمدحسین تقدیسی ریاست محترم انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، خدمتتان تقدیم میگردد. اینجانب نیز با نظر ایشان موافقم که پاره ای از مسئولان محترم قبل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متأسفانه از آگاهی و اعتقاد لازم نسبت به نقش مهم و اثرگذار آموزش بهداشت در انتخاب شیوه زندگی سالم اسلامی ایرانی، ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری از بیماریها برخوردار نبودند. این غفلت موجب شد که به جای تلاش برای ارتقاء دانش و معتقد نمودن هرچه بیشتر مدیران و سیاستگذاران کشور و به ویژه مجموعه مدیریتی ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی و نهایتاً "کل جامعه، متأسفانه جایگاه اداری آموزش بهداشت و مدیریت آن هم دچار آسیب جدی شود. در صورتی که حضرتعالی صلاح بدانید دستور فرمائید، ضمن تلاش برای ارتقای جایگاه اداری آموزش بهداشت، با انتخاب و حمایت از مدیران و کارشناسانی که از توانمندیهای علمی و عملی و تعهد حرفه ای لازم برخوردار باشند و با تأکید بر رسالت و نقش مهمی که در اعتلای سواد و فرهنگ سلامت جامعه و مسئولین برعهده آنان است، ترتیبی اتخاذ فرمائید که بر عملکرد آنان نیز نظارت دقیق و مستمری حاکم شود.

ارتقا سواد سلامت در تمامی حوزه های سلامت مورد توجه است یکی از این حوزه ها سلامت جنسی است. مداخله در این حوزه باید با توجه به شرایط و مقتضیات گروه های هدف انجام شود. در این راستا خلاصه سیاسی زیر تهیه و ارسال شده است:

خلاصه سیاستی ۱

ارتقاء سواد سلامت جنسی جامعه و پیشگیری از ابتلای به

ویروس پاپیلوما

مقدمه:

افزایش آسیب‌های اجتماعی در بین جوانان مهمترین خطری است که جامعه شناسان و روانشناسان نسبت به آن هشدار می‌دهند. از مهمترین آسیب‌های اجتماعی رفتارهای پرخطر جنسی است. معمولاً آسیب‌های اجتماعی از جامعه به خانواده وارد می‌شود، برای امن ماندن محیط خانواده و مراقبت از جوانان و نوجوانان در برابر آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر جنسی نیاز به برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت، دراز مدت و اجرای برنامه‌های آموزشی ویژه جوانان، نوجوانان و خانواده‌های آنان است و در این رابطه جهت ارتقاء سواد سلامت جنسی جامعه، خانواده و نظام آموزش و پرورش نقش کلیدی دارد. هرچند نمی‌توان ضرورت همکاری سایر نهادها با دستگاه تعلیم و تربیت برای ایمن نمودن جوانان و نوجوانان در برابر رفتارهای پرخطر جنسی را منکر شد، اما ارائه اطلاعات مناسب به خانواده‌ها در خصوص رفتارهای پرخطر جنسی و چگونگی مراقبت از نوجوانان و جوانان ضروری است.

پاپیلوما ویروس تعداد قابل توجهی از انسان‌ها را آلوده می‌کند. پاپیلوما ویروس می‌تواند در ناحیه ژنیتال ایجاد عارضه کند گاهی باعث ایجاد زگیل در ناحیه ژنیتال می‌شود و گروه پاپیلوما ویروس‌های پرخطر باعث ایجاد سرطان در ناحیه دهانه رحم می‌شوند. دوره نهفتگی یعنی فاصله زمانی بین تماس با ویروس و ظهور زگیل در ناحیه تناسلی فرد بین ۳ هفته تا دوسال است؛ یعنی اگر فردی با شخصی که زگیل تناسلی دارد، تماس جنسی داشته باشد ممکن است تا دوسال بعد علائمی از زگیل پیدا نکند

عوامل زمینه ساز ارتقاء سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما و ویروس

الف. خط مشی و سیاست گذاری

۱. ارتقای سلامت رفتار جنسی بوسیله آموزش مناسب افراد در معرض خطر با توجه به شرائط فرهنگی، اجتماعی جامعه

۲. برنامه حمایت از تولید، تهیه و ترویج واکسن و سهولت و امکان دسترسی و تهیه، جهت پیشگیری و مقابله با ویروس پاپیلوما. این واکسن ها می توانند سبب ایجاد ایمنی علیه HPV و پیشگیری از بیماریهای ایجاد شده توسط آن (مانند سرطان) در زنان و مردان شوند. دریافت سه نوبت واکسن هر فرد برای ایجاد ایمنی ضروری است. طبق پروتکل های موجود بهترین سن در دختران ۹ تا ۱۱ و پسران ۱۱ الی ۱۲ سالگی است.

۳. در راستای ایجاد خط مشی و سیاست گذاری "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" سند حمایت طلبی و ارتقاء سواد سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما و ویروس با همکاری کلیه موسسات و وزارتخانه های ذیربط تدوین و جهت اجرایی شدن به تصویب شورای عالی برسد.

۴. ایجاد خط مشی و سیاست گذاری ترویج سلامت جنسی در مقابله با پاپیلوما و ویروس به شکل نظام مند در برنامه های صدا و سیما در زمینه ترویج غیر مستقیم سلامت جنسی در کلیه برنامه ها، سریال ها و فیلم های خانگی

۵. ایجاد خط مشی و سیاست گذاری ترویج سلامت جنسی و مقابله با پاپیلوما و ویروس به شکل نظام مند در برنامه های آموزش ضمن خدمت کلیه پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی توسط سازمان نظام پزشکی، سازمان نظام پرستاری، سازمان نظام روانشناسی و ایجاد سیستم ارجاع جهت توانمند نمودن جوانان در امر پیشگیری و تسهیل ازدواج

۶. تدوین مستندات مبتنی بر شواهد مورد نیاز و تهیه و انتشار گزارش های تخصصی در مورد سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس برای سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان توسط سازمانهای ذیربط با همکاری حوزه و دانشگاه .

۷. تدوین خط مشی آموزش و پرورش در ارتقاء سواد سلامت جنسی و ایمن سازی جوانان و نوجوانان در برابر رفتارهای پرخطر جنسی

ب. هماهنگی درون بخشی نظام سلامت و ادغام سلامت جنسی در خدمات شبکه بهداشتی درمانی

۱. تقویت همکاری های بین بخشی اداره کل سلامت خانواده، بیماری های واگیر برای تاثیرگذاری بر ارتقاء سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس و مدیریت ابتلا و درمان

۲. طراحی برنامه های آموزشی خانواده ها و نوجوانان پیرامون سلامت جنسی با رعایت فرهنگ اسلامی، ایرانی و پیشگیری و فرایند ارجاع مبتلایان در بسته های خدمت شبکه بهداشتی درمانی

ج. تهیه محتوای پیام های حمایت طلبی در ارتقاء سلامت جنسی و پیشگیری و مواجهه با ابتلای به پاپیلوما ویروس

۱. تقویت تحقیقات و پژوهش در زمینه گسترش و پایش سلامت جنسی و راهکارهای توسعه و ارتقاء آن و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس
۲. تسهیل انجام تحقیقات منظم به منظور بررسی پیامدهای روانی، اجتماعی و جسمی، در صورت عدم ارتقاء سلامت جنسی و ابتلای به ویروس پاپیلوما
۳. آموزش و تبیین مسئولیت خانواده ها در تحکیم نهاد خانواده و ترویج سلامت جنسی و نیز روش های پیشگیری از پاپیلوما و ارتقای سطح سواد سلامت جنسی عمومی و پاپیلوما ویروس در نوجوانان و جوانان

۴. آشنایی برنامه سازان و تولید کنندگان فیلم های خانگی و تبیین ضرورت سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس
۵. تبیین و انتشار نقش سلامت جنسی و کیفیت زندگی در مواجهه با پاپیلوما ویروس و جلب حمایت کلیه دستگاه ها از قوه مقننه، مجریه و قضائیه و تعیین گروه های هدف حمایت طلبی (در سه قوه)
۶. آشنایی قضات دادگاه های خانواده نسبت به ابعاد و دلایل ابتلای به پاپیلوما و ارجاع پزشکی موارد طلاق با موضوع زگیل و تست ابتلای به پاپیلوما ویروس به مراکز مرجع و استاندارد
۷. آشنایی مشاورین دادگاه های خانواده و مراکز مشاوره در مجتمع قضائی خانواده با ابعاد موضوع
۸. آشنائی وکلای خانواده نسبت به ابعاد و دلایل ابتلای به پاپیلوما و موارد طلاق
۹. ارتقاء سواد سلامت جنسی جامعه از طریق آموزش های غیر مستقیم، غیر رسمی و حتی در مواردی غیر کلامی توسط آموزش و پرورش
۱۰. آموزش ضمن خدمت دبیران مرد و زن دوره متوسطه اول و دوم پیرامون مسائل سلامت جنسی و پاپیلوما ویروس
۱۱. ترویج فرهنگ سلامت جنسی و اخلاق خانواده و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس در رسانه ملی
۱۲. ترویج سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس در شبکه های مجازی
۱۳. بهره وری از ظرفیت رهبران جامعه، رهبران محلی، افراد شاخص، هنرمندان، ورزشکاران و چهره ها و شخصیت های برجسته علمی شناخته شده در انتقال پیام و ارتقاء سواد سلامت جنسی
۱۴. بهره وری از ظرفیت حوزه علمیه و اطلاع رسانی مبلغین دینی به خانواده ها و جامعه
۱۵. ادغام مباحث آموزشی ارتقاء سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس بصورت غیر مستقیم در دروس مدارس و در دروس دانشگاهی، آموزش ضمن خدمت دستگاه های اجرایی و سایر نهادهای اجتماعی

د. تقویت نقش آفرینی و تسهیل همکاری بین بخشی گروههای مردم نهاد و خیریه ها در ارتقاء سواد سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس

– حمایت از تشکیل گروه های مردم نهاد به منظور تسهیل اجرای خط مشی ها و برنامه های سلامت جنسی و پیشگیری از ابتلای به پاپیلوما ویروس با حضور ذینفعان از گروه های مردمی و تشکیلات مردم نهاد فعال در این حوزه

افزایش سواد سلامت در شرایط روزه داری نه تنها به ارتقا سلامت جسمی بلکه در ارتقا سلامت معنوی افراد هم موثر است. در همین راستا مستند امکان روزه داری در شرایط مختلف سلامت و بیماری تنظیم شده است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر عین الهی (۱۴۰۱/۱۲/۱۰)

امکان روزه داری در شرایط مختلف سلامت و بیماری

روزه ماه مبارک رمضان از ضروریات دین اسلام و ارکان اساسی آن و جزو اصول عملی (فروع) دین است و همانگونه که در قرآن کریم آمده است، عامل بسیار مهم نیل به تقوا و پاداش اخروی است و علاوه بر آن، آثار بسیار زیادی برای سلامتی معنوی و معنوی انسان دارد. این فریضه الهی، وظیفه عمومی مکلفان است؛ ولی طبق آیات ۱۸۴ و ۱۸۵ سوره بقره بیماران، مسافران، اقربا ناتوان از روزه داری معاف هستند. اما مطابق روایاتی که مفسر این آیات است و فتاوی فقهای بزرگوار که مبین احکام الهی است، بیمارانی که روزه برای آنان ضرری ندارد و توانایی بجا آوردن آن را دارند. مانند سایر مکلفان باید این وظیفه واجب را بجای آورند. سؤال اینجاست، کدام دسته از بیماران باید و کدامیک نباید روزه بگیرند؟ حکم شرعی پاسخ این سؤال این است که اگر بیمار خودش تشخیص می دهد که روزه بواپس مضر است، نباید روزه بگیرد و چنانچه ضرر ندارد، باید روزه بگیرد. در صورتیکه خودش نتواند تشخیص دهد، می تواند به پزشک متخصص و مورد

اطمینان مراجع ه کن د.

اما از آنجاکه وضعیت بسیاری از بیماری ها نسبت به روزه داری برای اکثر بیماران و حتی عده زیادی از پزشکان ناشناخته است، به اهتمام فوهنگستان علوم پزشکی و مؤسسه موضوع شناسی احکام فقهی، با حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص در رشته های مختلف و عالمان حوزه علمیه، با برگزاری جلسات متعدد و بررسی انواع بیماری های مختلف جهت راهنمایی بیماران محترم، نتیجه بحث های موشکافانه و دقت های متخصصانه و احتیاط های متعهدانه، نتیجه آن به شرح پیوست در سه ستون مجزا تقدیم می شود.

امید است بیماران محترم با مراجعه به جدول فوق و شناخت وضعیت و وظیفه شان بتوانند به تکلیف خود عمل کنند.

یادآوری می شود: این جدول برای بیماران در وضعیت آب و هوای متعادل فعلی است و ممکن است در فصل های گرم سال و در مناطق غیرمتعارف که روز بسیار طولانی و شب های کوتاه دارند، وضعیت بیماری و روزه داری متفاوت باشد.

وضعیت و سلامت و بیماری	روزه داری با عدم ضرر همراه است	روزه داری با نظر پزشک معالج	روزه داری مجاز نیست
سالم	افراد فاقد بیماری (بجز آنها که خود احساس می کنند روزه داری برای آنها ضرر دارد)	- در سال هایی که مدت روزه داری کمتر از ۱۴ ساعت در روز باشد با در نظر گرفتن موارد زیر: - فقدان بیماری مزمن زمینه ای، ترجیحا در سه ماهه دوم بارداری، فقدان حاملگی پرخطر، داشتن وزن مناسب پیش از بارداری، وزن گیری مناسب در طی بارداری و به شرط مصرف غذای سحر * زنان باردار روزه دار می بایست مشابه بارداری پرخطر مراقبت های ویژه دریافت نمایند	- در روز هایی که مدت روزه داری مساوی یا بیشتر از ۱۴ ساعت در روز باشد. - زنان باردار با سابقه بیماری مزمن زمینه ای، حاملگی های پرخطر، وزن کم در زمان بارداری، وزن گیری نامناسب دوران بارداری - مادران شیرده در ۶ ماهه اول بعد از زایمان که فرزندشان فقط از شیر مادر تغذیه می کند

		● مادران شیرده پس از ۶ ماه بعد از زایمان با توجه به سلامت مادر و رشد طبیعی کودک ● مادران شیرده در ۶ ماهه اول بعد از زایمان در صورتیکه فرزندشان علاوه بر شیر مادر، از شیر کمکی تغذیه می‌کند.	
دیابت	● بیمار دیابتی که با رژیم غذائی درمان می‌شود و بیماری کنترل شده است.	● بیمار دیابتی که با قرص‌های خوراکی کنترل شده و عوارض بیماری را ندارند. ● بیماران دیابتی که عوارض دیابتی آنها کنترل شده است.	● بیماران دیابتی که سابقه اغمای دیابتی و یا کاهش شدید و افزایش شدید قند خون را به کرات داشته‌اند. ● بیماران دیابتی که عوارض شدید دیابت را دارند. ● بیماران باردار دیابتی ● بیماران دیابتی که کنترل قند ایشان دشوار و دارای نوسانات فراوان است. ● بیماران دیابتی که علائم هشدار دهنده افت قندخون در آنها از بین رفته است.
بیماری‌های تیروئید	● بیماران مبتلا به کم‌کاری و پرکاری تیروئید که تحت درمان هستند و نتایج آزمایش‌های آنها طبیعی است. ● بیماران دارای گواتر (بزرگی تیروئید) که آزمایش‌های آنها طبیعی است. ● بیماران مبتلا به گره منفرد یا گره‌های متعدد تیروئید که آزمایش‌های آنها طبیعی است.	● بیماران کم‌کاری و پرکاری که جدیداً مبتلا شده‌اند و هنوز آزمایش‌های آنها طبیعی نشده است. ● بیماری مبتلا به پرکاری تیروئید با عوارض چشمی متوسط یا شدید ● کلیه بیماران تیروئید که تحت درمان هستند ولی بیماری‌های دیگر زمینه‌ای دارند و یا هنوز آزمایش‌های تیروئید طبیعی نشده است.	● بیماران مبتلا به کم‌کاری و پرکاری تیروئید که هنوز درمان نشده‌اند. ● بیماران مبتلا به التهاب تیروئید حاد و تحت حاد قبل از درمان
بیماری‌های	● بیماران با سوءهاضمه که آزمایش میکروب معده آنها	● بیمارانی که تحت درمان با داروهای گوارشی، به ویژه مهار کننده‌های پمپ (PPI) هستند.	● بیماران مبتلا به میکروب معده که هنوز درمان نشده‌اند.

گوارشی	● مثبت بوده و با درمان مناسب بدون علامت هستند. ● بیماران با التهاب روده که بیماری غیرفعال است. ● مبتلایان به کبد چرب درجه ۱ و ۲ ● مبتلایان به سنگ‌های صفاوی مزمن و بدون علامت	● بیماران با رفاکس مری (برگشت اسید معده به مری) ● بیماران مبتلا به التهاب روده با علایم خفیف یا متوسط ● مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر (کولیت عصبی) ● هپاتیت مزمن غیر سیروتیک ● مبتلایان به یبوست مزمن	● بیماران مبتلا به التهاب روده شدید و کنترل نشده ● مبتلایان به سیروز و نارسائی کبد ● مبتلایان به سنگ‌های صفاوی علامت‌دار
بیماری‌های کلیه		● کم‌کاری عملکرد کلیه ● آنها که پیوند کلیه شده‌اند ● مبتلایان به سنگ کلیه	● اکثر بیماران دیالیزی ● مبتلایان به سنگ‌های کلیه متعدد
وضعیت سلامت و بیماری	روزه‌داری با عدم ضرر همراه است	روزه‌داری با نظر پزشک معالج	روزه‌داری مجاز نیست
بیماری‌های چشم	● افرادی که عیب انکساری چشم (نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگماتیسم) دارند. ● مبتلایان به آب مروارید چشم ● مبتلایان به خشکی چشم	● مبتلایان به گلوکوم (آب سیاه چشم) ● مبتلایان به رتینوپاتی (بیماری شبکیه)	
بیماری‌های روماتیسمی	● بیماران آرتریت روماتوئید و لوپوس خفیف و سایر بیماران روماتیسم که تحت کنترل هستند. ● مبتلایان به نقرس مزمن کنترل شده	● سایر مبتلایان به آرتریت روماتوئید ● مبتلایان به لوپوس با شدت متوسط ● مبتلایان به بیماری شوگرن یا نقرس شدید	● مبتلایان به لوپوس شدید ● مبتلایان به واسکولیت (التهاب در دیواره عروق خونی)
بیماری‌های قلبی	● بیماران با مشکلات دریچه‌ای قلبی خفیف	● افراد با سابقه بیماری عروق کرونر، یا سکتة قلبی و یا سابقه عمل جراحی قلب که تحت کنترل داروئی هستند.	● بیماران مبتلا به بیماری عروقی کرونر که کنترل نشده و یا سکتة قلبی حاد دارند و یا اخیراً

	● که بیماری پایدار دارند و تحت درمان می‌باشند. ● بیماران دارای فشارخون کنترل شده	● بیماران دارای فشارخون کنترل نشده ● بیماران مبتلا به نارسائی مزمن قلب کنترل شده	تحت عمل جراحی قلب یا بالون درمانی بوده‌اند. ● بیماران مبتلا به نارسائی قلبی یا سایر امراض قلبی کنترل نشده
بیماری‌های تنفسی	● افراد سیگاری ● افراد با مشکلات تنفسی کنترل شده	● بیماران مبتلا به آسم ریوی کنترل نشده ● بیماران با مشکلات تنفسی کنترل نشده ● بیمارانی که اخیراً جراحی قفسه صدری داشته‌اند	● بیماران با مشکلات تنفسی حاد و بیماران وابسته به اکسیژن ● بیماران مبتلا به سرطان ریه کنترل نشده
بیماری‌های سلسله اعصاب	● سابقه سکته مغزی در گذشته که هیچ علامتی به جا نگذاشته است. ● مبتلایان به سردرد مزمن که بررسی شده و کنترل هستند.	● مبتلایان به سکته مغزی مزمن ● بیماران مبتلا به تشنج (صرع) که تحت درمان هستند. ● سایر مبتلایان به سردرد ● مبتلایان به بیماری ام. اس، پارکینسون و بیماری‌های مزمن عصبی	● مبتلایان به سکته مغزی حاد ● مبتلایان به تشنج (صرع) کنترل نشده ● مبتلایان به ام. اس حاد کنترل نشده
بیماری‌های روانی	● افراد با اختلال شخصیت	● بیماران مزمن روانی که تحت کنترل دارویی هستند. ● بیماران با اختلالات عصبی روانی خفیف و متوسط	● اختلال روان پزشکی حاد با درجه متوسط یا شدید ● اختلال شناختی شدید (دمانس) و آلزایمر ● افراد کم‌توان ذهنی متوسط یا شدید ● اختلالات جدی و شدید روانی (سایکوتیک)
سرطان	● بیماران سرطانی که از نظر پزشک معالج درمان شده‌اند و خودشان احساس می‌کنند که توانائی روزه را دارند.	● مبتلایان به سرطان دستگاه‌های مختلف بعد از درمان با نظر پزشک متخصص ● بیمارانی که جراحی، اشعه درمانی یا شیمی‌درمانی داشته‌اند با نظر پزشک متخصص	● بیماران سرطانی وخیم، آنها که نیاز به مصرف دائم مایعات و یا وعده‌های غذایی متعدد دارند. ● بیماران تحت شیمی درمانی که دچار تهوع و استفراغ مکرر هستند.
مصرف دارو	● افرادی که از داروهای مختلف ۱ تا ۲ بار در روز مصرف می‌کند و بیماریشان کنترل شده است.	● بیمارانی که داروهای متعددی برای کنترل بیماری‌ها مصرف می‌کنند.	● بیمارانی که لازم است داروها را در فواصل منظم کمتر از ۸ ساعت مصرف کنند.

سایر موارد		● سایر بیماری‌ها و موارد حاد ● روزه‌داری در تعدادی از روزهای رمضان در افرادی که روزه‌داری همه روزها مجاز نیست. ● داشتن اعمال جراحی اخیر	● حرج، عدم طاق‌ت و احساس ضرر، به ویژه برای افراد سالمند
------------	--	---	---

منابع: - کتاب جامع روزه‌داری و سلامت. چاپ نقش جوهر، تهران، پژوهشکده علوم غددرون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۹۸.

- مسائل پزشکی روزه‌داری، ۲۰۰ پرسش و پاسخ. چاپ نقش جوهر، تهران، پژوهشکده علوم غددرون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۹۸.

بخش سوم: رهیافت و ترویج فرهنگ پژوهش سلامت

در این بخش براساس مفاد سیاست های کلی سلامت بخصوص بند ۱۴ لزوم تحول در پژوهش و توجه به انجام پژوهش در راستای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه، ویژگی های پژوهش در حوزه سلامت و الزام ادغام پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت مورد تاکید قرار گرفته است.

مکاتبه با مقام معظم رهبری حضرت آیت الله خامنه ای ادام الله ظلّه الشریف (۱۴۰۱/۳/۱۰)

تصریح اجرای همه جانبه سیاست های کلی سلامت، در مفاد سیاست های

کلی برنامه هفتم توسعه کشور

سیاست های کلی سلامت، ابلاغی حضرت عالی در فروردین ماه سال ۱۳۹۳، سندی جامع و دربرگیرنده همه مصالح نظام سلامت و همه ابعاد سلامت مورد نیاز جامعه است. بعد از ابلاغ، انتظار این بود که همه شئون سلامت با اجرای همه جانبه آن توسط مسئولین محترم و نهادهای ذیربط، متحول شده و ارتقاء یابد. با گذشت بیش از ۸ سال، در عمل هیچگاه این سند واجب الاجراء و حیاتی سلامت، محور و ملاک سیاستگذاری های اجرائی، برنامه ریزی های راهبردی و اجرایی و اقدامات میدانی وزراء بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دولت های محترم مختلف نبوده است. در نقطه مقابل، در دولت های یازدهم و دوازدهم شاهد اتخاذ سیاست ها و راهبردها و اجرای برنامه هایی نظیر طرح تحول سلامت بوده ایم، که علیرغم اختصاص بودجه های کلان و حمایت های وسیع، در عمل مخالف مفاد صریح سیاست های کلی سلامت بوده و نه تنها مشکلات سلامت ملی را حل ننمود، بلکه مشکلات عدیده جدیدی را تحمیل نموده است. همچنین متأسفانه ابعادی از بخش سلامت در "سند تحول دولت مردمی" که توسط دولت سیزدهم ابلاغ شده است در تضاد کامل با سیاست های کلی سلامت می باشد، که فرهنگستان علوم پزشکی بر اساس وظیفه خود مکرراً مراتب فوق را باطلاع مسئولین ذیربط از جمله ریاست محترم جمهوری، شورای عالی انقلاب فرهنگی، مجلس شورای اسلامی و مجمع تشخیص مصلحت نظام رسانده است. از بارزترین

مصادیق اجرایی نشدن این سند فرادستی سیاستی سلامت، عدم اهتمام به "بازسازی، توسعه، تعمیم و تعمیق شبکه بهداشتی درمانی کشور" و "تحقق ادغام همه جانبه آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت" است.

بنظر می‌رسد در روند اجرائی و نظارت بر سیاست‌های کلی سلامت و پیوست برنامه‌ای و بودجه‌ای آن، اشکالاتی جدی و اصولی وجود دارد. در شرایط جاری، رفع فوری این نواقص، مرهون تصریح اجرای همه جانبه سیاست‌های کلی سلامت، بصورت شفاف در مفاد سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه کشور است که با رصد کلان اجرای سیاست‌ها، توسط مجمع محترم تشخیص مصلحت نظام و التزام آن مجمع محترم به ارائه گزارشات منظم به حضرت عالی میسر خواهد شد.

مکاتبه با رئیس محترم کمیسیون علمی، فرهنگی و اجتماعی مجمع تشخیص مصلحت نظام جناب آقای دکتر حسین مظفر (۱۴۰۱/۳/۱۷)

پیشنهاد در مورد سیاست های برنامه هفتم توسعه

بند پیشنهادی فرهنگستان علوم پزشکی جهت سیاست های برنامه پنج ساله هفتم توسعه در حوزه سلامت به استحضار می رسد:

"ارتقای نظام سلامت بر اساس سیاست های کلی سلامت با تاکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت مردم و بازسازی، تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و تحکیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت"

بخش چهارم: صیانت از میراث فرهنگی در خدمات و مراقبت

های سلامت

امروزه توجه به طب سنتی و اتخاذ رویکرد علمی به آن و استفاده از طب سنتی در کنار طب مدرن مورد توجه قرار گرفته است. بند دوازده سیاست های کلی سلامت به موضوع بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران می پردازد. تمامی موضوعات مرتبط از جمله ترویج و فرهنگ سازی، آموزش، پژوهش، فناوری و تولید در طب سنتی ایرانی نیازمند تبیین است. تاضمن همسویی با سیاست های بالادستی در پیشبرد سیاست اقتصاد مقاومتی نیز همراه باشد. تبیین این موضوعات ضمن هم افزایی طب مدرن و سنتی ایرانی می تواند سبب جلوگیری از انحرافات و رونق شیادی شده و درجهت ارتقا سلامت جامعه موثر باشد.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمدباقر قالیباف

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سید سعیدرضا عاملی

دبیر محترم شورای نگهبان آیت الله جناب آقای احمد جنتی (۱۴۰۰/۶/۲۹)

نامه جناب آقای دکتر علی اکبر ولایتی ریاست محترم گروه حکمت، طب سنتی و طب دوران تمدن اسلام و ایران فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص دو طرح "تشکیل سازمان طب سنتی-اسلامی" و "تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری اسلامی ایران" که قرار است در صحن علنی مجلس شورای اسلامی مطرح گردد، به پیوست ارسال می شود. لازم بذکر است از نظر فرهنگستان علوم پزشکی همانطوری که در نامه جناب آقای دکتر ولایتی ریاست محترم گروه علمی آمده است، دو طرح مذکور با سیاست های کلی سلامت

ابلاغی مقام معظم رهبری مغایرت کامل داشته و تصویب آن تهدید کننده سلامت جامعه خواهد بود.

پیوست

طرح "تشکیل سازمان طب اسلامی-ایرانی" و طرح "تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری اسلامی ایران"

کلیات

بر اساس سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، طب مجموعه ای "منسجم، یکپارچه و جامع" است. در این مجموعه، متولی سلامت جامعه، نظامی است "ادغام یافته (آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت)، با ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه؛ جامع؛ یکپارچه؛ عدالت محور؛ پاسخگو؛ اثربخش؛ کارا و بهره ور؛ با اطلاع رسانی شفاف؛ بدون تقاضای القایی؛ با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"، در قالب شبکه بهداشتی درمانی، منطبق بر سطح بندی و نظام ارجاع. لذا اقتضائات مرتبط با همه اجزای طب و سلامت، از جمله طب سنتی، طب مکمل، و عناوین مشابه، نیز باید در همین نظام یکپارچه و تولیت واحد، تدبیر و تسری یابد.

موضوع سوء استفاده از طب سنتی در تشخیص و درمان غلط بیماری ها که بطور جدی تهدید کننده سلامت جامعه می باشد طی نامه شماره ۱۶۱۸/ف/ع/پ مورخ ۹۴/۷/۱۸ از طرف فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به اطلاع سران محترم سه قوه رسید و طی آن بررسی موضوع در اسرع وقت و جلوگیری قاطع از انجام این گونه فعالیت ها درخواست گردید. متأسفانه بعد از گذشت چندین سال از ارسال نامه فوق الذکر، هنوز شاهد حضور جریانی هستیم که با سوء استفاده از طب سنتی و نیز باورهای دینی مردم، در لباس

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۰ منتشر شده است.^۱

مقدس پزشک و روحانی سلامت جامعه را تهدید می نماید. حل این معضل، به عزم جدی قوای محترم مجریه، مقننه و قضائیه در جلوگیری از اشاعه این جریان خطرناک برای سلامت جامعه، که بطور گسترده‌ای در سطح جامعه و رسانه ها رواج پیدا کرده است، بستگی دارد.

عطف به مراتب فوق، تشکیل سازمان صنفی-تخصصی جدید و یا نظام سلامت موازی، نه تنها مطلقاً توجیه ندارد، بلکه برای سلامت جامعه خطرناک است. در این گزارش کارشناسی ابتدا به منتخبی از مستندات مرتبط قانونی و اسناد فرادست اشاره و سپس در مورد طرح های فوق، به تفکیک مطالبی ارائه خواهد شد.

۱- سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی، مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی

در این سند، « مجموعه تمامی علوم و تجربیات نظری و عملی شامل کلیه اقدامات بهداشتی، رویکردها، اطلاعات و باورهایی که به اشکال مختلف دارویی، برای حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری ها به کار می روند و به صورت گفتاری یا نوشتاری از نسلی به نسل دیگر در یک منطقه جغرافیایی انتقال می یابند و همچنین قابلیت روزآمد شدن با حفظ چارچوب های اساسی را دارا می باشند»، به عنوان طب سنتی تعریف شده است. خصوصیات ذاتی طب سنتی کل نگرى به موضوع انسان، توجه به معنویات و اخلاقیات، نتیجه گرایی در درمان، تکیه بر روش های طبیعی و کم عارضه، بیمارمداری و تناسب با فرهنگ عمومی، و اصلاح تغذیه در سبک زندگی، به دلیل پیشینه طولانی می باشد.

در ماده ۲ این سند به ارزش های بنیادین زیر اشاره شده است:

- آمیختگی طب سنتی ایرانی با آموزه های اخلاقی و تعهد دینی؛
- ضرورت مراعات دقیق موازین اخلاقی در تمام مراحل آموزش، پژوهش و ارائه خدمات پزشکی در عالی ترین سطح
- اعتقاد راسخ به حفظ سلامت و بهداشت جسم و جان در آموزه های دین؛

- اخلاق محوری، تقدم مصالح عمومی بر منافع فردی و گروهی، تقویت روحیه تعاون و مشارکت و مسئولیت پذیری آحاد علمی و نهادهای مرتبط با آن؛
- در بند ۵ چشم انداز چنین تصریح شده است:
- شکوفا، نوآور و دارای نقش مؤثر و برجسته در نظام سلامت کشور از طریق شیوه های عالمانه و مبتنی بر شواهد (متقن علمی)، ایمن، با کیفیت، مؤثر و قابل دسترس برای آحاد جامعه؛
- سایر موارد مرتبط از سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی:
- سیاست کلان ۴: رعایت اصول ایمنی زیستی در چارچوب پروتکل های جهانی پذیرفته شده در کشور؛
- راهبرد ۲ (حوزه طب سنتی و داروسازی سنتی): ساماندهی و تعیین قلمرو فعالیت های طب سنتی در نظام سلامت و نظام آموزش و پژوهش پزشکی کشور؛
- راهبرد ۱۱: تعمیق و گسترش بنیان های معرفتی و فلسفی طب سنتی و ایجاد فرصت های عملی برای تعامل فعال و هم افزایی طب سنتی و طب مدرن؛
- اقدام ۵: حمایت از به کارگیری خدمات طب سنتی در تمام سطوح نظام ارجاع و پزشک خانواده؛
- اقدام ۲۴: تبیین، ترویج و نهادینه سازی آموزه های مبتنی بر طب سنتی ایرانی- اسلامی در نظام آموزش پزشکی کشور؛
- اقدام ۴۴: تدوین، تصویب و اجرای شیوه نامه ادغام طب سنتی و داروسازی سنتی در نظام ارائه خدمات سلامتی؛

تحلیل کوتاه موارد بالا

موارد منتخب و سایر قسمت های سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی، بر هماهنگی، ادغام و یکپارچگی طب سنتی با مجموعه فعالیت ها و ساختار و سازمان نظام ادغام یافته آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت دلالت دارد. از مهمترین مؤلفه ها، هم افزایی طب مدرن و سنتی، ادغام طب سنتی و داروسازی سنتی در نظام ارائه خدمات سلامتی، مبتنی بودن آموزه ها و خدمات سلامت طب سنتی و داروسازی سنتی، بر شواهد

متقن علمی، ایمن بودن و استاندارد بودن این خدمات، طراحی خدمات و مراقبت ها در نظام ارجاع و پزشکی خانواده و سایر موارد اصولی و ضروری است.

۲- سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

بند ۱۲ این سند به شرح زیر است:

بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.
۱-۱۲ - ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲-۱۲ - استاندارد سازی و روزآمد کردن روش های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده های مرتبط با آن.

۳-۱۲ - تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.

۴-۱۲ - نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.

۵-۱۲ - برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم افزایی تجربیات و روش های درمانی.

۶-۱۲ - اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه (اصلاح تغذیه در عرصه سبک زندگی).

تحلیل کوتاه موارد بالا

طبق خلاصه سیاستی تنظیم شده در فرهنگستان علوم پزشکی^۱، راهبردهای مصرح در این بند در فرهنگستان علوم پزشکی به شرح زیر تعریف شده است:

بازشناسی. منطبق با ادله و شواهد معتبر علمی و ارائه شیوه ها و مستندات علمی و پژوهشی روزآمد در موارد زیر:

- ارزش های انسانی - اسلامی؛ سلامت معنوی، اخلاق حرفه ای و پزشکی اسلامی؛

^۱ خلاصه سیاستی: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایرانی منتشر شده در نشریه فرهنگ

و ارتقا سلامت زمستان ۱۳۹۹

- تأکید بر ارتقای سلامت، پیشگیری و سبک زندگی سالم ایرانی - اسلامی؛
- جامع‌نگری، جامعه‌نگری و عدالت در سلامت؛

تبیین

آموزه‌ها و مفاهیم مذکور در بند یک، به صورت مستقل یا تلفیقی، به صورت شفاف، با استفاده از شیوه‌ها و واژه‌های معتبر و روزآمد علمی، و استفاده منطقی از آموزه‌های معتبر علوم انسانی و سایر رشته‌های مرتبط، و تبیین شفاف مفهوم "کل‌نگری" و سایر اصول، معیارها و ارزش‌های معتبر مبتنی بر شواهد طب سنتی ایرانی.

ترویج

- تدوین، ابلاغ و رعایت شیوه‌نامه استفاده از ظرفیت‌ها، تجویز داروها، درمان‌ها و تدابیر مبتنی بر شواهد علمی روزآمد طب سنتی ایرانی و ارائه آن منحصراً در قالب نظام ادغام‌یافته آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت،
- ترویج علمی و گسترش کشت گیاهان دارویی مؤثر تحت نظر وزارت کشاورزی

توسعه و نهادینه‌سازی

- مشارکت و کمک به پیشرفت با رویکرد خودکفایی، استقلال علمی و نیل به مرجعیت علمی در حوزه سلامت.
- تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب متداول و تجربیات سایر کشورها برای هم‌افزایی.
- اصلاح تغذیه در سبک زندگی،
- توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی با رعایت اصول و علمی روزآمد و ارائه آن فقط در مراکز مجاز،
- استانداردسازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن،
- جلوگیری از دخالت‌های غیرعلمی در امور دارویی و پزشکی

موارد فوق و سایر موارد مرتبط با طب سنتی ایرانی، برعهده و تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

۳- نقشه جامع علمی سلامت

در مبانی ارزشی این سند چنین آمده است: « تفکیک ناپذیری خدمات پزشکی از خویشتن پایی، خیرخواهی، آموزش و پژوهش مستمر، احساس تشنگی برای یادگیری مداوم به عنوان یک تاکید دینی و حفظ حرمت اساتید و نوآوران عرصه پزشکی به عنوان یک تکلیف، زمینه ساز شکل گیری فضای علمی مراودات و ارتباطات چند جانبه دانش محور و تجربه نگر و در عین حال ناظر بر عالی ترین و محترمانه ترین شکل روابط علمی و ارایه خدمات پزشکی است که همه صاحبان حرف پزشکی به ویژه در جایگاه تعلیم و تعلم به عنوان التزام شرعی، به آن باید پای بند باشند.»

در سند "طب سنتی و داروی گیاهی"، در ردیف حوزه های اولویت دار، بر مواردی از این قبیل تأکید شده است:

- یکپارچه سازی نظام طبقه بندی، حفظ و نگهداری موجودی دانش ملی در حوزه سلامت؛
- تقویت ارتباط بین علوم در زمینه های ارتباط علوم پایه و بالینی (از جمله ادغام واحدهای علوم پایه به خصوص علوم زیستی در کوریکولوم پزشکی با تاکید بر کاربردهای بالینی آنها) و طب و داروهای سنتی، علوم سلامت با فناوری اطلاعات و ارتباطات و نیز پیوند مابین علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت؛
- ایجاد محیط آموزشی چند ظرفیتی (علمی، فرهنگی، پژوهشی)؛
- اتصال تمامی مراکز ارایه خدمات سلامت از طریق فناوری اطلاعات و ارتباطات به شبکه ملی؛
- حمایت از تولید و صدور محصولات متکی بر فناوری های بومی و سنتی؛
- ترویج مطالعات علوم انسانی مورد نیاز برای آماده سازی زیر ساخت های فکری آموزش، پژوهش و ارایه خدمات سلامت منطبق با فرهنگ بومی و دینی؛

- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری ها و عوامل خطر....؛
 - انجام پژوهش در خصوص تحول شبکه سلامت کشور با رویکردهای سلامت نگر، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، عدالت، تقویت همکاری های بین بخشی و مبتنی بر نظام علم، فناوری و نوآوری؛
 - تشکیل انجمن های میان رشته ای موضوع محور؛
- این نقشه جامع و سند فرادست سلامت نیز بر یکپارچگی، هم افزایی، و تقویت ارتباطات و تعاملات علمی و جنبه های بین بخشی تأکید و از جدایی عرصه های گوناگون و ظرفیت های مختلف نهی نموده است.

۴- اظهار نظر کارشناسی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در مورد طرح تشکیل سازمان طب ایرانی اسلامی، ارائه شده توسط تعدادی از نمایندگان محترم به هیئت رئیسه محترم مجلس شورای اسلامی:

بر اساس بندهای ۷ و ۱۲ سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، تولید نظام سلامت کشور و همچنین ارائه خدمات طب سنتی، با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است لذا از نظر فرهنگستان علوم پزشکی، طرح مذکور با سیاست های کلی سلامت ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری مغایرت کامل دارد. بر اساس سایر اسناد راهبردی سلامت، منجمله موارد یاد شده در متن، پیشنهادات مطروحه در طرح فوق اشاره، نه تنها به مصلحت نبوده، بلکه مهمتر از همه موجب خدشه دار کردن و به خطر افتادن مسلم سلامت جامعه، چندانگی، موازی کاری، سرگردانی مردم، تزلزل نظام مقتدر ادغام یافته و یکپارچه موجود، و افزایش هزینه ها خواهد شد. پیشنهاد می شود، طرح مذکور از دستور خارج و در مورد عملیاتی نمودن سیاست های کلی سلامت و سایر اسناد فرادست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اهتمام لازم مبذول و سازمان های نظارتی و مسئولان رصد کلان نظام سلامت، به وظایف خود در قبال تحقق این اسناد مهم و مفید، عمل نمایند.

۵- اظهار نظر کارشناسی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در مورد طرح تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری اسلامی ایران، ارائه شده توسط تعدادی از نمایندگان محترم به هیئت رئیسه محترم مجلس شورای اسلامی:

این فرهنگستان با رسالت دیده بانی سلامت کشور، ضمن تاکید بر الزام به اجرایی نمودن سیاست های کلی سلامت ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری که در بند ۱۲ این سیاست ها به برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم افزایی تجربیات و روش های درمانی، تاکید نموده و همچنین نظارت بر ارائه خدمات طب سنتی را به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سپرده است، تأکید می نماید. تشکیل سازمانی هم عرض با سازمان نظام پزشکی، مسلماً بر خلاف مصالح سلامت جامعه خواهد بود.

۶- نتیجه گیری:

استفاده از مجموعه شواهد معتبر علمی در حوزه طب سنتی، هماهنگ با طب متداول و با استفاده هم افزا از ظرفیت آن، از طریق نظام ادغام یافته آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت و ارائه آن در شبکه بهداشتی درمانی کشور، موجب تحقق سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری و سایر اسناد راهبردی مرتبط می شود. طرح های پیشنهادی مذکور، با سیاست های کلی سلامت، مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی، و سایر اسناد راهبردی سلامت، مغایرت کامل داشته، در صورت تصویب، سلامت جامعه را مسلماً تهدید خواهد نمود.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی

رئیس محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر سید حیدر محمدی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی کشور جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۱/۱۲/۱۴)

نامه جناب آقای دکتر علی خلیج رئیس محترم گروه علوم داروئی فرهنگستان علوم پزشکی با موضوع "وضعیت عطاری‌ها" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام ارسال شد.

نظریات گروه علوم دارویی در مورد وضعیت عطاری‌ها

امور مرتبط به تأمین و عرضه دارو در قانون مربوط به مقررات امور دارویی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحیه‌های بعدی آن مورخه ۱۳۶۷/۰۱/۱۷ و نیز قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورخه ۱۳۶۷/۰۳/۰۳ به وضوح تبیین و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بعنوان مجری و ناظر قوانین مزبور در کلیه شئون دارو اعم از تولید و واردات توزیع، پژوهش و مصرف معرفی گردیده است. مع هذا متأسفانه در سال‌های اخیر فروشگاه‌هایی تحت عنوان "عطاری" بدون دریافت هیچگونه مجوز رسمی از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و بعضاً با حمایت سازمان‌های غیر مرتبط نسبت به عرضه و فروش انواع مختلف فرآورده‌های گیاهی و طبیعی اقدام نموده‌اند و با داعیه ترویج طب سنتی بعضاً به اشکال مختلف سلامت مردم را به مخاطره انداخته‌اند. با کمال تأسف بعضی از عطاری‌ها در مواردی با استفاده از مواد غیر استاندارد و غیرمجاز نظیر مواد مخدر نسبت به ساخت برخی اقلام دارویی غیر رسمی به عنوان داروهای لاغرکننده و غیره در قالب قرص یا کپسول و غیره اقدام نموده‌اند.

از آنجا که تولید و عرضه تمام اشکال دارویی از جمله داروها و فرآورده‌های گیاهی و طبیعی و به تبع دریافت پروانه یا مجوز فعالیت اماکن عرضه‌کننده این اقلام می‌بایست با اجاره و تحت نظارت و کنترل کامل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد پیشنهاد می‌گردد نسبت به "تدوین برنامه جامع برای تأسیس و اداره عطاریها" و تبیین چارچوب علمی و اجرایی برای فعالیت آنها اهتمام جدی معمول گردد.

بدیهی است که با تدوین فهرست اقلام و فرآورده‌های گیاهی استاندارد و مجاز مانند مفردات پزشکی، داروهای گیاهی، عصاره‌های گیاه، عرقیات و غیره ضمن ایجاد امکان فعالیت منطقی این واحدها پاسخگویی مناسب به نیازها و درخواست متقاضیان علاقمند به این محصولات ایجاد می‌شود.

در خاتمه گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی آمادگی دارد در جهت "تدوین مقررات به منظور ساماندهی عطاریها" در کنار سایر مراجع ذیربط مشارکت و همکاری‌های لازم را معمول دارد.

مکاتبه با

رئیس محترم قوه قضائیه حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس محترم سازمان بازرسی کل کشور جناب آقای دکتر ذبیح‌الله خدائیان (۱۴۰۰/۱۰/۲۰)

لزوم مقابله با فروش اینترنتی دارو و فرآورده های سلامت محور

نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی با موضوع "فروش اینترنتی دارو و فرآورده‌های سلامت محور" جهت استحضار و صدور دستور لازم ارسال شد.

صدور پروانه تأسیس کلیه مؤسسات پزشکی و دارویی بر اساس ماده یک قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی، توسط وزارت بهداشت و با تشخیص صلاحیت کمیسیونهای قانونی موضوع ماده ۲۰ قانون مزبور صورت میگیرد و امور فنی کلیه مؤسسات پزشکی از جمله داروخانه ها در قالب آئیننامه ها و ضوابط مربوطه زیر نظر مسئولین فنی هرمؤسسه اداره می گردد.

همچنین در نامه شماره ۸۶۵۵/۹۱۲۰ مورخ ۹۹/۹/۳۰ سازمان غذا و دارو با استناد به قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و موادخوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ با اصلاحات و الحاقات بعدی (تبصره ۳ الحاقی مورخ ۱۳۷۴/۱/۲۹) تصریح شده است که کلیه فرآورده های تقویتی، تحریک کننده، ویتامین ها و غیره که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و منتشر می گردد جزء اقلام دارویی است و فروش آنها در غیر از داروخانه ممنوع می باشد. متأسفانه در ماههای اخیر برخی شرکتهای فعال در حوزه فناوری اطلاعات و فروش اینترنتی اقدام به فروش دارو و فرآورده های سلامت محور

در فضای مجازی نموده اند. از آنجایی که این شرکتها بدون کسب هرگونه مجوز از وزارت بهداشت و کمیسیونهای قانونی ذیصلاح در سازمان غذا و دارو فعالیت می نمایند امکان رصد و ارزیابی عملکرد داروخانه های طرف قرارداد این شرکتها از نظر مسئولین فنی، مراکز تأمین داروها و مکمل ها و اجرای ضوابط اعلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص چگونگی تأمین داروهای بیماریهای خاص، فوق تخصصی و تحت کنترل نظیر داروهای مخدر، روانگردانها، سقطکننده جنین و یا داروهایی که بایستی از شرایط خاص از نظر ما، نور و رطوبت نگهداری شوند وجود ندارد. همچنین فعالیتهای بدون نظارت این مراکز میتواند سبب عوارض و تداخلات دارویی کشنده و عرضه و تحویل داروهای قاچاق و خارج از شبکه شود. از میان این شرکتها اسنپ اعلام نموده است که داروهای OTC و مکمل ها ویدیجی کالا اعلام نموده است که مکمل ها و فرآورده های آرایشی و بهداشتی را توزیع مینمایند ولیکن مشاهده شده است که اسنپ داروهایی مانند ترامادول و دگزامتازون را که توزیع آنها مستلزم تجویز پزشک است بدون نسخه توزیع نموده است. برخی از شرکتها مانند ویرا تندرستی ایرانیان (ارائه دهنده سرویس اسنپ دکتر) بر خلاف نص صریح ماده ۸ قانون تجارت الکترونیکی که بر اساس آن باید اطلاعات مبدأ ارسال کالا روشن باشد، هیچ اطلاعاتی در مورد داروخانه ارسالکننده دارو به مشتری ارائه نمی نمایند. لازم به توضیح است که با استناد به بند ب قانون تجارت الکترونیکی، فروش اینترنتی دارو حتی توسط داروخانه ها مجاز نمی باشد و توزیع دارو در سطح گسترده که توسط ناوگان حمل و نقل آن شرکت انجام می شود، نیازمند اخذ مجوز پخش از سازمان غذا و دارو است و تاکنون چنین مجوزی برای آن شرکت صادر نشده است. از قرار اطلاع بعضی از این شرکتها به دلیل فعالیتهای غیرقانونی چندین بار در مراجع قضایی محکوم به پرداخت جریمه شده اند.

ولیکن متأسفانه میزان جرایم در نظر گرفته شده کم و آن قدر نبوده است که بازدارنده باشد. بدیهی است در صورت ادامه اجرای این رویه غیرقانونی تولید وزارت بهداشت بر سلامت آحاد جامعه که در قوانین مختلف بویژه "سیاستهای کلی سلامت" ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری به وضوح بر آن تأکید شده، زیر سوال رفته و مورد خدشه قرار می گیرد.

شرکت کنندگان در جلسات مشترک گروه علوم دارویی با روسای انجمن ها و سندیکاها دارویی و قاطبه داروسازان عقیده دارند خدمات دارورسانی به شهروندان در بستر الکترونیک

در صورتی که تحت نظارت مستقیم داروساز مسئول فنی داروخانه‌های طرف قرارداد و همراه با زیرساخت‌های لازم برای برقراری ارتباط بلافاصله بین داروساز با پزشک و بیمار یا همراه بیمار باشد، داروهای نسخ واقعی را توزیع و داروهای خارج از شبکه رسمی توزیع و قاچاق را عرضه نمایند، تحت نظارت نهادهای سازمان‌های نظارتی دانشگاه‌ها بر عرضه کالاهای سلامت فعالیت نموده، امکان پایش هزینه‌های پرداختی توسط بیمار وجود داشته باشد و نقش شرکت تجارت الکترونیک تنها تهیه پلتفرم لازم برای ارتباط بین داروساز با پزشک و بیمار تحت درمان یا نزدیکان بیمار و ارسال اقلام دارویی یا سایر کالاهای سلامت محور باشد این روش به ویژه در مورد افرادی که در مناطق روستایی یا دور افتاده زندگی میکنند، یا افرادی که ممکن است در دسترسی به داروخانه محلی مشکل داشته باشند (برای مثال افراد سالمند، معلولین جسمی یا افراد کم توان) میتواند مفید واقع شود. بدیهی است عرضه اینترنتی هرگونه کالای سلامت از داروخانه‌ها مستلزم تدوین ضوابط قانونی و تصویب مراجع ذیربط بویژه سازمان غذا و دارو و "کمیسیون قانونی امور داروخانه‌ها و توزیع دارو" میباشد. در این ارتباط گروه علوم دارویی آمادگی دارد تا نظرات دقیق فنی و کارشناسی خود را در چارچوب مجموعه قوانین و مقررات موجود در اختیار مسئولین محترم سازمان غذا و دارو قرار دهد. علیهذا خواهشمند است در صورت موافقت مقرر فرمایید که به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد شود که در صورت امکان رسماً فعالیت‌های شرکت‌های اینترنتی در عرضه داروها و مکمل‌ها را غیر قانونی اعلام نمایند و از رؤسای محترم قوه قضاییه و سازمان بازرسی کل کشور درخواست گردد که در صورت امکان دستور فرمایند از توزیع دارو از طریق شرکتهای اینترنتی که سلامت آحاد جامعه را به طور جدی مورد تهدید قرار داده است جلوگیری گردد.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمدباقر قالیباف (۱۴۰۱/۱۲/۱)

مجازات دخالت در درمان توسط افراد فاقد صلاحیت

در سال‌های اخیر دخالت روزافزون غیرذیصلاح در امر درمان با سوءاستفاده از طب سنتی و تشویش اذهان عمومی با ترویج گسترده مطالب غیر علمی، علاوه بر تهدید جدی سلامت جامعه منجر به کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت گردیده است. در ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داوریی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۰۳/۲۹ مجازات دخالت در امر درمان توسط فرد فاقد صلاحیت، حبس تعزیری ۶ ماه تا ۳ سال و در صورت تکرار، ۲ تا ۱۰ سال و پرداخت جریمه نقدی از ۵ تا ۵۰ میلیون ریال تعیین شده بود. در تاریخ ۱۳۷۹/۱۲/۱۷ اصلاحیه‌ای منتشر و مجازات حبس، حذف گردید که متأسفانه موجب کاهش شدید سطح پیشگیرانه این قانون و افزایش گسترده مداخله افراد غیرذیصلاح در امور پزشکی به نام طب سنتی یا طب ایرانی و حتی سوءاستفاده از باورهای دینی مردم را فراهم نموده است. به نظر می‌رسد حل معضل روبه تزاید، تصحیح قانون و اقدام جدی قوای سه‌گانه محترم را می‌طلبد. خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور فرمایید پیگیری ویژه در این خصوص مبذول گردد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۱/۲/۲۱)

تبلیغات سوء بنام طب سنتی

تصویری از تبلیغات سوء بنام طب اسلامی، جهت استحضار و هر گونه دستور اقدام مقتضی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

سوء استفاده از نام طب سنتی

تصاویری از دستورهای انجام سونوگرافی و MRI توسط فرد مدعی شکسته بندی استخوان به روش سنتی اسلامی، جهت استحضار و هر گونه دستور اقدام مقتضی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۰/۱۲/۷)

تبلیغات ابهام آمیز مدرسه فقهی هدایت

و برگزاری نشست های تخصصی طب اسلامی

تصویری از تبلیغات ابهام آمیز و تعجب آور که توسط مدیر مدرسه فقهی هدایت در خصوص برگزاری نشست های تخصصی طب اسلامی انجام شده است، جهت استحضار و هر گونه دستور اقدام مقتضی ارسال شد.

ضمناً در مذاکره تلفنی با روحانیون محترمی که در مدیریت حوزه های علمیه نقش دارند، آن بزرگواران وجود هر گونه ارتباط حوزه های محترم علمیه را با چنین "مدرسه ای" نفی می کنند.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

ادعای تخصصی گیاهان دارویی و صدور دستور انجام آزمایش خون

تصویری از دستور انجام آزمایش خون توسط فردی که ادعای تخصص گیاهان دارویی را دارد، جهت استحضار و دستور رسیدگی و برخورد قانونی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

تبلیغات غیر علمی و مخاطره آمیز سلامت جامعه

تصویری از تبلیغات غیر علمی و مخاطره آمیز برای سلامت جامعه با عنوان اعمال یدای که در شبکه‌های مجازی اطلاع رسانی شده است، جهت استحضار و هر گونه دستور اقدام مقتضی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۱/۹/۳۰)

دوره آموزش تخصصی داروسازی طب اسلامی

توسط فردی با ادعای درمان با طب سنتی

تصویری از صفحه مجازی فردی که ادعای درمان با طب سنتی را دارد و همچنین برنامه دوره آموزش تخصصی داروسازی طب اسلامی، جهت استحضار و دستور رسیدگی و برخورد قانونی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۰/۹/۲۳)

دوره آموزش اعمال یدآوری در موسسه ملی طب الائمه

نمونه‌ای از گواهی‌نامه پایان دوره آموزش اعمال یدآوری موسسه ملی طب الائمه (ع)، جهت استحضار و هر گونه دستور اقدام مقتضی ارسال شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۰/۷/۲۵)

دستور سونوگرافی توسط فردی با مدرک طب سنتی از دانشگاه پیام نور

تصویری از دستور انجام آزمایش خون توسط فردی با مدرک گواهینامه طب سنتی از دانشگاه پیام نور، جهت استحضار و دستور رسیدگی و برخورد قانونی ارسال شد.

مکاتبه با وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمدعلی زلفی گل (۱۴۰۰/۷/۱۴)

با احترام، همانطوری که مطلع می‌باشید، کلیه امور مربوط به اعتباربخشی، صدور مجوز و نظارت بر رشته‌های مرتبط با سلامت بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. به پیوست نمونه‌ای از دستور انجام سونوگرافی ضمیمه است و در سربرگ، اخذ گواهینامه آموزشی طب سنتی پیشرفته از دانشگاه پیام نور قید شده است. مستدعی است دستور فرمائید موضوع رسیدگی شود که آیا دانشگاه پیام نور، دوره‌های مرتبط با علوم پزشکی برگزار می‌نماید و مجوز این دوره‌ها را از کجا اخذ نموده است؟ و چنانچه از عنوان دانشگاه پیام نور سوء استفاده شده است نیز از مراجع قانونی پیگیری لازم صورت پذیرد.

مکاتبه با وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمدعلی زلفی گل

لزوم مقابله با صدور مجوز برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با علوم

پزشکی

پیرو پاسخ معاون محترم آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به شماره ۱۶۷۵۵۱ مورخ ۱۴۰۰/۷/۲۰ مبنی بر عدم صدور مجوز برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با علوم پزشکی در دانشگاه پیام نور، معرفی نمونه هایی از موسسات به شرح زیر انجام شد:

- آکادمی آموزش های آزاد بین المللی فارابی: دوره های آموزشی به صورت مجازی در رشته های مختلف برگزار نموده و گواهی مورد تایید دانشگاه پیام نور، برای فراگیران صادر می نماید. یکی از رشته های آموزشی در این آکادمی با عنوان کلی "دوره های پزشکی" است که دوره های آموزشی به عناوین مختلف از قبیل آناتومی سرو گردن، عینک سازی، پزشکیاری، پلاسماجت، رادیولوژی دندان، دوره تشخیص بیماری از طریق زبان و ... ذیل عنوان کلی وجود دارد. در ضمن آموزشی با عنوان "صدور گواهینامه های دوره های کوتاه مدت ساعتی توسط دانشگاه پیام نور" وجود دارد که در توضیحات آن نوشته زیر آمده است:

"بدینوسیله به اطلاع می رساند که گواهینامه های دوره های کوتاه مدت در رشته های طب سنتی پیشرفته، طب سوزنی پیشرفته، عنبیه شناسی، اعمال یدآوری، حجامت و بادکش، زالو درمانی، آموزش خانواده، زبان شناسی، کف شناسی و مربی مهارت های زندگی در حال حاضر توسط دانشگاه پیام نور هم قابلیت صدور را دارند). علاوه بر موارد فوق دانشگاه پیام نور در واحدهای مختلف خود اقدام به برگزاری دوره های آموزش مجازی طب سنتی می نماید".

جمع بندی فصل اول

فصل اول با عنوان فرهنگ و فرهنگ سازی، به تشریح مکاتبات فرهنگستان با سازمان های مختلف در راستای ترویج و گسترش فرهنگ و سواد سلامت می پردازد. فرهنگ سازی و تلاش در جهت اعتلای فرهنگ سلامت از اهداف مهم فرهنگستان است و در برنامه راهبردی مورد توجه قرار گرفته است. پالایش، تقویت و ترویج فرهنگ سلامت و صیانت از آن نیازمند همکاریهای بین بخشی است. یکی از روش های ترویجی در این حوزه شناسایی و معرفی چهره های اثرگذار در حوزه سلامت است که علاوه بر تشویق و ترغیب ایشان به گسترش فرهنگ عمومی سلامت هم کمک می کند. در ابتدای این فصل مکاتبه با رئیس محترم جمهوری و معرفی دانشمندان برگزیده فرهنگستان و درخواست تداوم اعطای نشان دولتی توسط ایشان آمده است. شناسایی و انتخاب دانشمندان برگزیده در راستای وظایف مندرج در اساسنامه مبنی بر تشویق و تکریم دانشمندان و خدمات آنان و اعطای پاداش، جایزه و نشان علمی به دانشمندان، پژوهشگران و مؤسساتی که خدمات علمی برجسته ای انجام داده اند و حمایت مادی و معنوی از ایشان صورت می گیرد. علاوه بر مکاتبه مذکور کتابی مشتمل بر معرفی اجمالی از زندگی فردی و فعالیت های علمی دانشمندان برگزیده به صورت سالیانه منتشر می گردد.

یکی دیگر از رویکرد های موثر در حوزه فرهنگسازی سلامت معرفی فعالان حوزه سلامت است. افرادی که ایفای مسئولیت حرفه ای را بالاترین اولویت خود دانسته و با از خود گذشتگی و ایثار در تمامی شرایط بخصوص در دوره همه گیری کرونا به تداوم خدمت رسانی اهتمام ورزیدند. در همین راستا فرهنگستان

علوم پزشکی پیشنهاد اختصاص روزی در هفته بزرگداشت شهدا به عنوان شهدای مدافع سلامت را مطرح نموده است.

برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، با تأثیری که بر تمامی شئون زندگی مردم دارند؛ مسلماً در سلامت ایشان هم موثرند. به همین دلیل فرهنگستان علوم پزشکی با استفاده از متخصصان و صاحب‌نظران اقدام به تشکیل جلسات خبرگانی نمود و نتایج مذاکرات و پیشنهادهای را طی مکاتبات متعدد و با تأکید بر رعایت سیاست‌های کلی سلامت، اولویت‌های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه را با تشریح چالش‌ها و راهکارها عنوان نمود. همچنین بندهای مورد نظر از جمله "اولویت پیشگیری بر درمان"، "تقویت، تکمیل و بازسازی شبکه بهداشتی درمانی"، "افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادهای سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" و "تحکیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت" و لزوم همکاری و هم‌افزایی سازمانهای مختلف را مورد تأکید قرار دادند.

در سیاست‌های کلی سلامت به آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیتهای اجتماعی خود (بند ۲-۱) و تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه (بند ۲) و بطور اختصاصی بر افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت (بند ۱۱) تأکید شده است. بنابراین برای افزایش بهره‌مندی از مشارکت افراد جامعه لازمست فرهنگ و سواد سلامت افراد افزایش یابد. سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را مهارت‌های اجتماعی و شناختی می‌داند که تعیین‌کننده انگیزه و توانایی افراد

برای دستیابی به اطلاعات و درک و استفاده از آن به منظور حفظ و ارتقا سلامتی، است. فرهنگستان در خصوص روشمندی ارتقای سواد سلامت و یافتن راهکار های اثرگذار تر پیشنهادهای عملیاتی را مطرح نموده و مکاتبه انجمن آموزش و ارتقا سلامت را مبنی بر لزوم توجه کافی به آموزش و ارتقا سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و استفاده از متخصصین این رشته برای تحقق ارتقا فرهنگ و سواد سلامت به مراجع ذی صلاح ارسال نموده است.

نظرات کارشناسی در مورد طرح "تشکیل سازمان طب اسلامی-ایرانی" و طرح "تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری اسلامی ایران"، لزوم نظارت بر وضعیت عطاری‌ها، مقابله با فروش اینترنتی دارو و فراورده های سلامت محور، مقابله با صدور دستورات تشخیصی و درمانی توسط افراد فاقد صلاحیت و مجازات این اشخاص و منع تبلیغات سوء بنام طب سنتی، توسط افراد فاقد صلاحیت و برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با پزشکی توسط مراجعی غیر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان شد که تمامی این مداخلات و اقدامات غیرعلمی باعث به خطر افتادن سلامت جامعه و صلب اعتماد به جامعه سلامت کشور می گردد.

فصل دوم - پیشرفت علم و فناوری در حوزه سلامت

بخش اول: نظریه پردازی، آینده نگری و آینده نگاری در حوزه سلامت

بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاستهای کلی سلامت

بخش سوم: تقویت شتاب علمی

بخش چهارم: ارتقای همکاری های درون بخشی، میان بخشی و

فرا بخشی

بخش پنجم: ارتقا اخلاق و معنویت در جامعه سلامت

مقدمه

فصل دوم با موضوع پیشرفت علم و فناوری در پنج بخش تنظیم شده است. بخش اول به نظریه پردازی، آینده نگری و آینده نگاری در حوزه سلامت می پردازد. این موضوع یکی از اهداف مندرج در اساسنامه فرهنگستان و لازمه نظام سلامت است. زیرا تغییرات شتابان در حوزه های مختلف اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فناورانه و زیست محیطی، آینده نظام سلامت را با پیچیدگی و خطرپذیری مواجه می سازند و نظام های سلامت باید با پیش بینی سناریوهای گوناگون آمادگی لازم را کسب نموده باشد(۱). آینده نگری به تصویرسازی آینده براساس مبانی علمی دلالت می کند این تصویرسازی آینده مطلوب، آینده محتمل و آینده ممکن را با روش ها و رویکرد های خاص ترسیم می نماید و در حوزه های مختلف سلامت از جمله سلامت عمومی، فناوری سلامت، بحران های نظام سلامت و اثرات آن (پاندمی کووید۱۹) کاربرد دارد(۲). شناخت آینده می تواند به اتخاذ تدابیر آگاهانه درسیاست گذاری سلامت کمک نماید.

بخش دوم با عنوان تحقق بند ۲ سیاست های کلی سلامت به موضوعات این بند از جمله اولویت پیشگیری بر درمان، تغییرات محیطی و اجتماعی، بازنگری و به روز نمودن برنامه های جاری سلامت در کشور، تقویت نظام های پایش و نظارت در برنامه ها و ارزشیابی استانداردها، راههای مؤثر برای حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری ها و خطرات تهدیدکننده در جامعه و لحاظ نمودن تاثیر طرح های کلان توسعه بر سلامت می پردازد(۳). مراقبت پیشگیرانه پزشکی به معنی آموزش نکات بهداشتی، درمانی و اطلاع رسانی در مورد بیماری ها به مردم به منظور جلوگیری از بروز بیماری ها (سطح اول)، کاهش پیامدهای شدیدتر بیماری (سطح دوم) و جلوگیری از بروز نقص عضو حاصله یا عوارض بیماری است. واکسیناسیون به عنوان مقرون به صرفه ترین مداخله بهداشتی شناخته شده است و سالانه از مرگ میلیون ها نفر جلوگیری می کند. افزایش آگاهی مردم در خصوص اهمیت حیاتی

ایمن سازی کامل در تمام طول عمر و نقش آن در دستیابی به اهداف توسعه است. واکسنها عامل مهم پیشگیری از بروز عفونتهای ویروسی نوپدید نیز محسوب می شوند، زیرا، در بسیاری موارد، گزینه های دیگر پزشکی، محدود یا غیر قابل استفاده هستند (۴). اهمیت واکسن و نقش آن در جلوگیری از عوارض شدید بیماری و مرگ در پاندمی کووید-۱۹ به روشنی مشخص بود (۵).

بحران کرونا بخش های مهم و نیازمند برنامه ریزی مجدد برای رفع نقایص حوزه سلامت و پیشگیری را به خوبی متذکر شد. تاثیر کووید-۱۹ بر افزایش شیوع بیماری هایی که پیش از این به خوبی با واکسن کنترل شده بودند زنگ خطر بازگشت آنها را به صدار آورده است و لازمست با تقویت برنامه ریزی مناسب بیماری هایی که براساس شواهد علمی واکسیناسیون آنها ضروری است به برنامه کشوری اضافه شوند. روتاویروس شایع ترین علت بیماری اسهالی در کودکان سراسر جهان است که واکسیناسیون کودکان تاثیر بسیار مهمی در کاهش عفونت اسهالی دارد و یافته های حاصل از مرور سیستماتیک ، اثربخشی بالای این واکسن در کاهش اسهال روتاویروس را تایید کرده است (۶).

سرطان دهانه رحم، یکی از علل عمده مرگ و میر زنان سنین باروری در کشورهای در حال توسعه و چهارمین بیماری بدخیم زنان در دنیا است. HPV شایع ترین عفونت منتقله جنسی است و خود محدود شونده است. HPV در مردان و زنان ضایعات پیش بدخیمی دهنی- مقعدی ایجاد می کند که ممکن است به سمت بدخیمی پیشرفت کنند. واکسیناسیون HPV از عفونت HPV که همراه پیشرفت سرطان دهانی- مقعدی از جمله سرطان دهانه رحم و زگیل تناسلی است، جلوگیری می کند. افزایش آگهی روز افزون درباره شیوع HPV و راه های انتقال و بیماری زایی و درمان واکسیناسیون این ویروس منجر به بهبود در کنترل بیماری و

در نهایت کنترل پیامدهای ناشی از این ویروس و نیز امکان ریشه‌کن کردن سرطان سرویکس در دهه‌های آینده خواهد شد.(۷)

بخش سوم با عنوان تقویت شتاب علمی به بررسی و تحلیل وضع موجود نظام علم و فناوری در حوزه سلامت و لزوم توجه به علوم پایه سلامت برای نیل به استقلال علمی و فرهنگی و دستیابی به علوم و فنون جدید در سلامت می‌پردازد.

بخش چهارم به همکاری‌های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی و ارتقای آن می‌پردازد. همکاری درون بخشی باعث هم افزایی تلاش‌ها و ارتقا بهره‌وری و تسریع در دستیابی به اهداف می‌شود. عوامل متعدد در خارج از نظام سلامت بر سلامت تاثیرگذارند؛ بنابراین همکاری‌های میان بخشی و فرابخشی می‌تواند رویکرد مناسبی برای همسویی اقدامات و مداخلات ارتقادهنده سلامت باشد(۸).

بخش پنجم به موضوع اخلاق و معنویت در جامعه سلامت و ارتقا آن می‌پردازد. اخلاق پزشکی در زمره اخلاق حرفه‌ای است و مانند انواع دیگر اخلاق حرفه‌ای برای درک آن ابتدا باید اخلاق را شناخت و سپس با توجه به اهداف و شرایط خاص هر حرفه، اخلاق حرفه‌ای مخصوص آن را مشخص نمود پایه‌های اخلاق پزشکی براساس مبانی فکری و نظری هر فرد یا جامعه در بحث فلسفه اخلاق پایه‌گذاری می‌شود مکتب اخلاق اسلام: بهترین و کامل‌ترین و عملی‌ترین مکتب اخلاقی است که به حسن و قبح ذاتی فضائل و ردائیل اخلاقی معتقد است. اخلاق در اسلام متکی به توحید و ایمان به خداوند متعال است(۹).

فهرست:

1. Esmaeili A, Izadi M, Azad E, Sanaeinasab H. Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle and by identifying the goals and actions of key actors. Iran J Health Educ Health Promot 2021; 8 (4) :378-389
2. Maleki R, Sadeghipour Roudsari M, Shariatpanahi P, Mousavi M, Ziadlou A. Future Studies as an Essential Guideline in Health & The Necessity of its Usage in Oral Health: A Scoping Review. J Res Dent Sci 2022; 19 (2) :174-184

۳. Ramezankhani S, Mohammadloo A, Tabrizchi N, VosooghMoghaddam A, Rakhshani F, Vazirian MH, et al. A Review of the Concepts of part 2 of the General Health Policy, announced by the Supreme Leader. Iran J Cult Health Promot ۲۰۱۸؛ ۲ (۲): ۱۴۹-۱۵۹
۴. Darvishalipour, S. The importance of vaccination in the control of the emerging viral diseases outbreaks. Iranian Journal of Biology, 2020; 3(autumn & winter): ۷۳-۸۸.
۵. Ahmadi, H., Miraghapor, A. H. COVID-19 vaccination: The road ahead. Iranian Journal of Biology, 2022; 6(11): 179-186.
۶. آقایی هاشجین عسگر، صحرایی مهدی. ایمنی و اثربخشی واکسن روتاویروس در کودکان زیر پنج سال: مرور نظام مند و متآنالیز. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۲): ۲۴۴-۲۳۱
۷. Hasanzadeh Mofrad, M., Jedi, L., Ahmadi, S. The role of Human Papilloma Virus (HPV) vaccines in prevention of Cervical Cancer, review article. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2016; 19(21): 22-29.

λ. 000000 0, 00000000000000 0, 00000000000000 0 0, 000000000000 0. 00000000 00

Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward (This Research was Conducted Before the Covid-19 Pandemic). *sjsph* 2020; 18 (1) :1-16

9. 00000 0 000000 000 0000000000000 00 0000000 00000000. 0000000 0000000 00
Endocrinology and Metabolism 2019; 20 (5) :209-211

بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت، آینده نگری و

آینده نگاری

با توجه به آنچه در مقدمه این فصل بیان شد آینده پژوهی و تأکید بر آینده نگاری و کاربرد آن در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری های سلامت رویکردی علمی است که نیازمند توجه بیش تری است. این نکته در مدیریت بحران ها اهمیت دوچندان می یابد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

اتخاذ سیاست های آینده نگارانه برای مقابله و مدیریت کرونا

پیرو اعلام تشکیل کارگروه ویژه کووید فرهنگستان، یکی از مواردی که در جلسات اخیر این کارگروه مورد بحث قرار گرفته است، نحوه پایش آخرین اطلاعات وضعیت بروز و توسعه بیماری در کشور و اتخاذ سیاست های آینده نگارانه برای مقابله و مدیریت کرونا در ابعاد مختلف بوده است. در این راستا، پیشنهاد همکاران فرهنگستان در این کارگروه، توجه به سه موضوع مهم راهبردی در مدیریت روند آتی این بیماری در کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است:

۱. فعال شدن مجدد مرکز رصد اطلاعات نظام سلامت با ظرفیت کامل اتصال به کلیه سامانه های داده های مرتبط با سلامت کشور (در حیطه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در خارج از آن) و با بکارگیری متخصصین حوزه اطلاعات سلامت در سطح عالی وزارت و زیر نظر مستقیم جناب عالی، به نحوی که با جمع آوری هدفمند و تلفیق داده ها عمدتاً از سامانه های بسیار متنوع وزارت، بتواند آینه تمام نمایی از وضعیت بروز بیماری (از آلودگی به ویروس تا موارد خفیف تا شدید بیماری) و نیز شاخص های مرتبط را گزارش نماید. لازم به ذکر است که در گذشته برای ایجاد این مرکز رصد، اقدامات قابل قبولی صورت گرفته اما متأسفانه بعد از

یک حرکت منسجم، چند سال است که از ماموریت اصلی خود دور شده و نقش کلیدی خود را در تلفیق داده‌ها و تولید شواهد قابل قبول از دست داده‌است.

۲. موضوع مهمتر، ایجاد بستری منسجم برای شبکه یکپارچه ثبت داده‌های کیفی و استاندارد در مراکز سلامت کشور و در اختیارگذاری داده‌های تولید شده با رعایت چارچوب‌های محرمانگی و حریم خصوصی توسط مرکز رصد اطلاعات نظام سلامت و مراکز تحقیقاتی مرتبط است. به عبارتی ساز و کار مناسب برای به اشتراک گذاشتن داده‌ها و استفاده از توان فنی مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران کشور برای استفاده از این اطلاعات وجود ندارد و این موضوع نیز از دردهای مزمن حوزه سلامت می‌باشد.

۳. مامور نمودن مراکز تحقیقاتی مشخص برای تحلیل داده‌ها و ارائه پیشنهادی آینده نگارانه در قالب مراکز معین مرکز رصد و یا مراکز مستقل، به منظور پایش روند گسترش بیماری و ارائه هشدارهای لازم برای پیشگیری از تکرار پیک‌های بعدی و افزایش موارد ابتلا است. به عبارتی، با درس گرفتن از گذشته و تحلیل علمی روندها، بعد از نزدیک به دو سال از اپیدمی باید بهتر از قبل بتوان روندها را پیش‌بینی نمود و برای داشتن یک مدل قابل قبول علمی باید از ظرفیت پژوهشی کشور حداکثر استفاده به عمل آیند. اگرچه اقدامات واحدهای مختلف آن وزارت در ارائه گزارشات روزانه و نقشه‌های خطر و انتشار مستمر آنها جای تقدیر دارد اما با مرور این آمار لازم است مدل‌های پیش‌بینی قوی‌تری تولید گردد؛ تلفیق تجربه غنی کارشناسی وزارت با دانش فنی دانشگاه‌ها امکان دستیابی به این توانمندی را قطعاً میسر می‌نماید.

بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت

در راستای بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات، اولویت‌پیشگیری بر درمان (توجه به واکسیناسیون و اقدامات لازم در جهت کاهش مخالفت با آن، پیشگیری از سوانح ترافیکی و صدمات ناشی از آن)، روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی (اضافه نمودن واکسن‌های ضروری به برنامه ملی واکسیناسیون)، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی (پیشگیری از افزایش مصرف دخانیات) مستندات مختلفی در فرهنگستان علوم پزشکی تهیه و طی مکاتبات بر لزوم توجه به اصول پیشگیری تأکید شده است.

مکاتبه با رهبر معظم و فرهیخته انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای - مد ظله العالی

نگرانی از گسترش مخالفت با واکسیناسیون

با احترام، به استحضار می‌رساند که در سال‌های اخیر زمره‌هائی در مخالفت با امر مهم واکسیناسیون کودکان و منع استفاده از قطره‌های ویتامین و آهن و غیره برای شیرخواران شروع شده و به تدریج در حال گسترش است. اکنون این موج مخالفت‌ها به منع استفاده از واکسن کرونا هم سرایت کرده است. شروع این بحث‌ها توسط افرادی صورت گرفت که خود را طرفدار طب سنتی می‌دانند. در حال حاضر تعداد قابل توجهی از طلاب محترم حوزه‌های علمیه هم به این خیل مخالفت با واکسن پیوسته‌اند و به قول حضرت آیت‌الله رشاد به جای بحث‌های ملوکوتی، به آموزش و طبابت آنچه آنان آن‌را طب سنتی و طب اسلامی می‌نامند می‌پردازند. با عنایت به اینکه حتی در کشورهائی که آمار واکسیناسیون کرونا قابل توجه است و مشکل کرونا هم کاهش یافته ولی هنوز کنترل نشده است، این نگرانی وجود دارد که تبلیغ و گسترش مخالفت با امر واکسیناسیون در کشور عزیزمان، هم

کنترل سریعتر انتقال این ویروس را عملاً غیرممکن سازد و هم با گسترش این گونه تبلیغات، اجرای برنامه‌های واکسیناسیون سایر بیماری‌های کودکان کشور را خدشه‌دار کند که این امر می‌تواند منجر به بازپزدیدی و حتی همه‌گیری بسیاری از

بیماری‌های حذف و یا کنترل شده فعلی نظیر سرخک، سرخجه، سیاه سرفه، دیفتی، کزاز، فلج اطفال، سل، هپاتیت و غیره گردد. لذا در این راستا تصویر ۲ نامه را به عنوان نمونه تقدیم نموده و تقاضا دارم در صورت صلاحدید جهت ارشاد مسئولین محترم و مردم عزیزمان دستورات مقتضی صادر فرمائید.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت، درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر شهریاری

اضافه شدن واکسن‌های ضروری به برنامه ایمن سازی

در حال حاضر ضروری است هرچه سریع‌تر واکسن‌های روتاویروس، پنوموکوک و HPV به برنامه ایمن سازی کشور اضافه شود.

دو واکسن روتاویروس و پنوموکوک ضرورت تزریقشان چند سال است که در کمیته ایمن سازی کشور با حضور کلیه اعضاء مورد تأیید قرار گرفته است و بیش از دو سال است که قرار بوده در انسیتو پاستور ایران تولید و به مجموعه برنامه EPI کشور اضافه شود. متأسفانه هنوز این برنامه محقق نشده است و قرار است که انسیتو پاستور ایران شروع کار را اعلام نماید.

در مورد واکسن HPV موضوع مورد بحث قرار گرفته، در حال حاضر یک واکسن دو ظرفیتی HPV در بخش خصوصی تولید شده که این واکسن از لحاظ کیفی نیازهای پیشگیری از زگیل تناسلی را فراهم نمی‌کند و تنها برای پیشگیری

از سرطان دهانه رحم می‌تواند موثر واقع شود. این واکسن هم لازم است در برنامه ایمن سازی کشور گنجانده شود.

این سه واکسن هر سه از ضروری ترین واکسن های برنامه EPI در دنیا بوده و اکنون در اکثریت کشورهای دنیا مورد استفاده قرار می گیرند.

علاوه بر این ها واکسن های جدید دیگری هستند مثل واکسن آبله مرغان، واکسن منگوکوک، واکسن پرتوسیس آسلولار که در بعضی از کشورها در برنامه ایمن سازی منظور شده است ولی هنوز در اولویت برنامه ایمن سازی کشور ما قرار نگرفته است.

جهت جبران عقب افتادگی کشور ما حتی از کشورهای فقیر منطقه لازمست دستور عاجل صادر گردد. ظاهراً یونیسف با استفاده از GAVI قادر است واکسن ها را باقیمت بسیار نازل در اختیار کشور ما قرار دهد.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سید سعید عاملی

رئیس محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدی گلپایگانی

رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق

خلاصه سیاستی ۱-پیشگیری از افزایش مصرف دخانیات در کشور^۱

این خلاصه سیاستی در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۱ منتشر شده است.^۱

خلاصه اجرایی

معضل دخانیات در کشور به سرعت در حال رشد است و در صورت عدم اتخاذ اقدامات مناسب پیش بینی می‌شود تا چهل سال آینده ایران (در کنار مصر و پاکستان) بیشترین میزان مصرف دخانیات در دنیا را داشته باشد و به هدف ملی کاهش ۳۰ درصدی استعمال دخانیات تا سال ۱۴۰۴ نائل نخواهد شد.

دلایل اصلی افزایش مصرف دخانیات عبارت است از بهره‌مندی صنعت دخانیات از حمایت‌های دولتی، مالیات پایین و قیمت کم سیگار و محصولات دخانی، عدم اجرای قانون منع تبلیغ و ترویج محصولات دخانی، سهولت دسترسی به محصولات دخانی، نبود برنامه موثر تشویق به ترک استعمال دخانیات است.

با انجام چند اقدام موثر می‌توان این وضعیت را تغییر داد. این اقدامات عبارتند از افزایش مالیات بر دخانیات، اجرای کامل مصوبه ممنوعیت تنباکوی معطر و معسل، اجرای کامل قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی، اجرای قانون معوقه بسته بندی ساده محصولات دخانی، اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات ترک و تشویق به ترک دخانیات، ارائه دارو و خدمات رایگان ترک، و حمایت بیمه از این خدمات.

فرهنگستان علوم پزشکی با استفاده از نظرات کارشناسان امر این خلاصه سیاستی را تهیه و درخواست می‌نماید پس از بررسی‌های لازم، پیشنهادات ارائه شده در دستور کار هیات محترم وزیران قرار گیرد.

مقدمه و اهمیت موضوع:

دخانیات علاوه بر اثرات قابل توجه بر سلامت، تاثیرات غیرقابل جبران بر محیط زیست وارد می‌کند، اقتصاد را ویران می‌کند، مانع توسعه کشور است و با سیاست‌های کلی نظام در زمینه اقتصاد مقاومتی، کشاورزی و سلامت و نیز سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه در تضاد است. صنعت دخانیات زنان و دختران (و البته جوانان) را هدف گرفته است که این

مساله بر سلامت و رفاه و بنیان خانواده تاثیرگذار است. کاهش سن شروع مصرف سیگار به ۱۱ سال و افزایش استعمال دخانیات از جمله استعمال قلیان در بین جوانان و بانوان، شایسته نظام اسلامی و ام‌القرای اسلام نمی باشد، ضمن اینکه مصرف این محصولات با استناد به آیه ۱۹۵ سوره مبارکه بقره " لَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ " و حدیث نبوی " لا ضَرَّ وَ لا ضِرَّارَ "، در احکام شرعی بسیاری از آیات عظام، مکروه و حرام اعلام شده است. مطالعات در کشور نشان داده است که استعمال دخانیات دروازه ورود به مواد مخدر و استعمال قلیان دروازه ورود به دخانیات است.

توصیف وضعیت موجود:

(۱) افزایش مصرف دخانیات در نوجوانان، جوانان و بانوان

طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰، شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال افزایش شدید داشته که این افزایش خصوصاً در زنان بیشتر بوده است. ۳,۴ درصد از نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله در سال ۱۳۹۶ مصرف‌کننده سیگار بودند که در مقایسه با سال ۱۳۸۶، بیش از ۱۳ درصد افزایش و در دختران ۱۳۳ درصد افزایش داشته است. مصرف روزانه قلیان در افراد بالای ۱۸ سال در سال ۱۴۰۰ در کشور ۴,۵ درصد بوده است که نسبت به سال ۱۳۹۰ در مردان ۱۷ درصد و در زنان ۵۷ درصد افزایش داشته است. همچنین بیش از ۲۴ درصد از نوجوانان در معرض مواجهه با دود دخانیات در منازل خود و بیش از ۳۸ درصد در معرض مواجهه با دود دخانیات در اماکن عمومی مسقف هستند.

(۲) مرگ و میر و بار اقتصادی قابل توجه

در سال ۱۳۹۸ در ایران بیش از ۴۸ هزار نفر جان خود را بر اثر مصرف دخانیات و حدود ۶ هزار نفر در اثر مواجهه با دود دست‌دوم از دست می‌دهند.

^۱ دود دست دوم منظور قرار گرفتن در برابر دود استعمال دخانیات دیگران هست علی‌رغم اینکه خود فرد دخانیات استعمال نکند.

سالیانه بیش از ۶۰ هزار میلیارد تومان در ایران صرف درمان بیماری‌های مرتبط با دخانیات می‌شود. همچنین به دلیل مرگ زودهنگام افراد مصرف‌کننده و در مواجهه با دود دست‌دوم، غیبت از کار، ناتوانی، آتش‌سوزی و غیره، سالانه بیش از ۱۱۰ هزار میلیارد تومان ضرر اقتصادی به بخش‌های تولیدی و توسعه‌ای کشور تحمیل می‌شود. باید توجه داشت که مبالغ هنگفتی که مبالغ فوق از چرخه بهره‌وری و اقتصاد مولد کشور خارج می‌شود.

۳) بهره‌مندی صنعت دخانیات از حمایت‌های دولتی و امتیازات در تمام طول زنجیره تولید از کشت تا صادرات

صنعت دخانیات در مرحله کشت توتون، تولید و فروش از سیاست‌های تشویقی دولت در بخش کشاورزی، صنعت و بازرگانی از جمله از یارانه‌های پنهان انرژی، کود و سموم کشاورزی، ارز ترجیحی برای واردات مواد اولیه و تجهیزات مورد نیاز، دریافت وام بانکی با سود پایین، جواز و مشوق‌های صادراتی و مشوق‌های مالیاتی در مناطق آزاد و ویژه اقتصادی بهره‌مند می‌شود. در حالی که بودجه توزیع شیر در مدارس حذف شده است خرید تضمینی توتون و تنباکو در قانون بودجه ۱۴۰۰ مصوب شده است متأسفانه کشت توتون در ده سال اخیر در ایران روند افزایشی داشته است و جایگزین محصولات استراتژیک شده است. سالانه حدود ۵۰ هزار تن گندم از زمین‌هایی که به زیر کشت توتون رفته اند می‌توان برداشت است.

لازم به ذکر است که محصولات دخانی جزء محصولات معدودی است که از سیاست‌های داخلی در مورد محدودیت همکاری با کشورهای غربی و نیز تحریم‌های شدید بین‌المللی حتی درمورد فعالیت شرکت‌های آمریکایی و انگلیسی در امان مانده است و این شرکت‌ها در کشور فعال هستند.

۴) مالیات پایین و قیمت کم سیگار و محصولات دخانی در کشور

در حال حاضر ایران یکی از کمترین مالیات‌های دخانیات را در بین کشورهای منطقه داراست. مالیات در ترکیه ۶ برابر، پاکستان ۲ برابر، و عربستان ۴ برابر ایران است. قیمت سیگار در ایران نسبت به بسیاری از کشورهای دیگر کمتر است که سودآوری قاچاق به داخل را منتفی

می‌کند. صنعت دخانیات ایران با منابع نامتناهی خود، از طرق مختلف از جمله ادعاهای واهی در مورد افزایش قاچاق، ایجاد بی‌کاری، ورشکستگی صنعت داخلی، و کاهش درآمدهای مالیاتی، بر سر سیاست‌های حیات‌بخش کنترل دخانیات بخصوص افزایش مالیات بر دخانیات مانع‌تراشی می‌کند.

(۵) بهره‌مندی صنعت دخانیات از تبلیغ و ترویج

حدود ۶۱ درصد از سوپرمارکت‌ها استند فروش سیگار که جنبه تبلیغ دارد را نصب کرده‌اند. صنعت دخانیات از تنوع بسته‌بندی و شگردهای تبلیغاتی روی بسته‌بندی محصولات دخانی برای تبلیغ بهره می‌برد و از تنباکوی معطر و معسل برای جذب جوانان استفاده می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که تنباکوی معطر و معسل احتمال مصرف دائمی دخانیات را در کسانی که برای اولین بار دخانیات مصرف می‌کنند بطور معنی‌دار افزایش می‌دهد. در بسیاری از فیلم‌ها و سریال‌ها مصرف دخانیات نمایش داده می‌شود و همچنین صنعت دخانیات از فضای مجازی برای تبلیغات استفاده می‌کند.

(۶) سهولت دسترسی به محصولات دخانی و اجرای ناکامل قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی

قریب به اتفاق مغازه‌ها، سوپرمارکت‌ها، مراکز فروش و دکه‌های مطبوعاتی سیگار عرضه می‌کنند. بیش از ۳۵ درصد رستوران‌های سنتی قلیان عرضه می‌کنند و حدود ۸ هزار مرکز عرضه قلیان در کشور فعال می‌باشد. علی‌رغم منع قانونی صنعت دخانیات به راحتی از فضای مجازی برای تسهیل فروش و عرضه محصولات دخانی استفاده می‌کند.

قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی اجرا نمی‌شود. این مساله علاوه بر آسیب به سلامت افراد غیرسیگاری، احتمال مصرف دخانیات خصوصا توسط نوجوانان و جوانان را افزایش می‌دهد.

(۷) عدم انجام موثر تشویق به ترک و عدم ارائه خدمات رایگان ترک

برنامه فعالی برای تشویق استعمال کنندگان دخانیات به ترک وجود ندارد. در حال حاضر بیمه‌ها در ایران از ارائه خدمات ترک دخانیات حمایت نمی‌کنند.

توصیه‌ها :

۱. افزایش مالیات بر دخانیات

- افزایش مالیات، موثرترین استراتژی کاهش مصرف محصولات دخانی است. این استراتژی باعث افزایش قیمت محصولات دخانی می‌شود. افزایش قیمت دخانیات باعث کاهش مصرف آن خصوصاً در جوانان و قشر کم‌درآمد می‌شود. ۱۰ درصد افزایش قیمت روی هر پاکت سیگار میزان مصرف سیگار در جامعه را ۵ درصد کاهش می‌دهد. اگر به تدریج در طی ۵ سال آینده مالیات بر محصولات دخانی نشان داخلی به ۶۲ درصد و محصولات دخانی نشان بین‌المللی به ۵۳ درصد خرده‌فروشی برسد، میزان شیوع مصرف این محصولات ۳۰ درصد کاهش خواهد یافت. همچنین درآمد سالانه بیش از ۵۰ هزار میلیارد تومان از محل این مالیات نصیب دولت خواهد شد. این مبلغ معادل ساخت مدرسه برای حدود ۱ میلیون دانش آموز، ۳۰ هزار تخت بیمارستانی، ۱۷۰۰ کیلومتر جاده، و ایجاد شغل برای ۱۷۰ هزار نفر است. همچنین با حدود یک‌چهارم این مبلغ می‌توان تمام نقاط پرخطر جاده‌های کشور را ایمن کرد.

۲. ممنوعیت تنباکوی معطر و معسل

- ممنوعیت تنباکوی معطر و معسل، میزان مصرف دخانیات در نوجوانان و جوانان را کاهش می‌دهد. بر اساس مطالعات معتبر علمی، حذف عطر و طعم از توتون احتمال تبدیل نوجوانی که تفننی سیگار یا قلیان مصرف کرده است را به فردی که روزانه دخانیات استعمال می‌کند تا ۱۷ درصد و میزان مصرف روزانه سیگاری‌ها را تا ۵۸ درصد کاهش می‌دهد.

۳. اجرای قانون معوقه بسته بندی ساده

- لازم است قانون معوقه در زمینه ممنوعیت هرگونه تبلیغ و ترویج دخانیات و درج پیام‌های هشدار درباره خطرات دخانیات روی پاکت محصولات دخانی اجرا شود. محصولات دخانی باید بسته‌بندی ساده داشته باشند. این استراتژی مصرف دخانیات را ۲-۴ درصد کاهش می‌دهد.

۴. اجرای کامل قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و مقابله با رشد بی‌رویه عرضه کنندگان قلیان

- این استراتژی افراد را در برابر دود دست‌دوم محافظت می‌کند و مصرف دخانیات توسط جوانان را کاهش می‌دهد.

۵. اطلاع‌رسانی درخصوص خدمات ترک و تشویق به ترک دخانیات، ارائه دارو و خدمات رایگان ترک و حمایت بیمه از این خدمات

- مطالعات نشان می‌دهد بیشتر افرادی که از خطرات مصرف دخانیات آگاه هستند تمایل به ترک آن دارند. مشاوره و دارودرمانی احتمال موفقیت ترک را به دو برابر افزایش می‌دهد. لازم است اطلاع‌رسانی درخصوص خدمات ترک و تشویق به ترک انجام شود و خدمات رایگان ترک دخانیات و داروی رایگان فراهم شود و نیز بیمه از این خدمات حمایت کند.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۱/۹/۵)

نظر تاکید شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بر بررسی راه‌کارهای کاهش نرخ مرگ و میر جاده‌ای، فرهنگستان علوم پزشکی "خلاصه سیاستی حوادث جاده‌ای" را که قبلاً ارسال کرده است (۱۴۰۱/۴/۶) مجدداً جهت یادآوری و بهره‌برداری تقدیم می‌دارد.

خلاصه سیاستی ۲- پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی

کشور^۱

خلاصه اجرایی

در دهه گذشته حوادث ترافیکی عامل بیش از ۱۷۰ هزار مرگ و حدود ۵ میلیون مورد مجروح بوده و قریب ۷ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) را به خود اختصاص داده است. علاوه بر هزینه‌های درمانی و سال‌های مفید ازدست‌رفته عمر ایرانیان، مطلب مهم فوت یا معلولیت افراد فعال جامعه می‌باشد. علل زیادی در عدم توفیق جمهوری اسلامی ایران در مدیریت صحیح و کامل این موضوع نقش داشته است. ناکارایی نهاد راهبر (کمیسیون ایمنی راه)، همکاری‌ها و هماهنگی‌های ضعیف بین بخشی، ضعف در خط‌مشی‌گذاری، برنامه‌ریزی و عملکرد مبتنی بر شواهد، توجه ناکافی به جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی در پیشگیری از حوادث ترافیکی از اهم این علل است.

مقدمه و اهمیت موضوع:

ایران با بیش از ۱۷۰ هزار مرگ (بیش از ۱۲۰ هزار نفر از قربانیان کمتر از ۵۰ سال سن داشته‌اند که نقش بسزایی در جوان‌گرایی جمعیت و توسعه کشور به عهده دارند) در نتیجه تصادفات رانندگی مقام نخست در دنیا را در گروه سنی جوانان و میان‌سالان دارد. حدود ۵ میلیون مورد مجروح و بیش از ۷ میلیون مراجعه به نظام سلامت، حدود ۳۵۰ هزار معلول و خسارت اقتصادی قریب به ۷ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) و ۶٫۶۴ درصد درآمد ناخالص ملی (GNI) و از دست رفتن سرپرست خانوار از جمله مهم‌ترین پیامدهای حوادث ترافیکی می‌باشد.

توصیف وضعیت موجود:

۱- این خلاصه سیاستی در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت تابستان ۱۴۰۱ منتشر شده است.

(۱) ضعف در حکمرانی ایمنی راه در کشور

متأسفانه بحث ارتقاء ایمنی در اولویت مسئولین اجرایی و سیاست‌گذاران نمی‌باشد. وجود سازمان‌ها و ارگان‌های متعدد در بحث حوادث ترافیکی با برنامه‌های کوتاه‌مدت، ناکارآمد و ناهماهنگ که به کمیسیون ایمنی راه پاسخگو نیستند، یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف سیستم ایمنی راه کشور می‌باشد. علاوه بر آن نبود نظام ارزیابی و ارزشیابی مؤثر، نبود مکانیسم کارآمد جمع‌آوری و تحلیل و استفاده درست از داده‌ها و شواهد علمی داخلی و بین‌المللی منجر به اجرای برنامه‌های غیر مؤثر و اجرای ضعیف برنامه‌ها شده است.

(۲) ضعف در اعمال قانون

متأسفانه اعمال قانون در بخش عظیمی از تخلفات رانندگی انجام نمی‌شود، جرائم رانندگی متناسب با تورم افزایش پیدا نکرده است و حتی مشمول بخشودگی و یا تخفیف هم می‌شود لذا تخلف از مقررات در کشور ارزان و در فرهنگ ترافیکی نهادینه شده است.

(۳) توجه ناکافی به سرعت ایمن

اگر مدیریت سرعت بر اساس رویکرد سیستم ایمن در کشور اجرایی شود مرگ‌ومیر و جراحات شدید ناشی از تصادفات می‌تواند ۳۰ تا ۴۰ درصد کاهش یابد. حداکثر سرعت مجاز در حدود ۳۰ درصد جاده‌های ایران بالاتر از توصیه‌های سیستم ایمن یا سرعت جاده‌های اروپا است که با توجه به کیفیت پایین خودروها و ایمنی پایین جاده‌ها در کشور قابل‌پذیرش نیست. به ازای هر ۱۰ کیلومتر جاده ۲ نقطه ناایمن مهم وجود دارد و حدود ۶۰ درصد مرگ‌ومیرهای تصادفات در ۳۰ کیلومتری شهرها رخ می‌دهد که تقاطع‌ها و ورودی‌های ناایمن و سرعت بالای وسایط نقلیه از دلایل آن به شمار می‌رود. علاوه بر آن مشکلات متعددی توسط پلیس راهور در زمینه عدم استحکام بدنه، باز نشدن ایربگ و آتش‌سوزی خودروها پس از تصادف گزارش شده است.

(۴) تأخیر در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پس از حادثه

بخش مهمی از افرادی که در سر صحنه تصادف فوت نمی کنند جراحات شدید دارند که ارائه فوری و با کیفیت خدمات فوریت های پزشکی برای حفظ جان آنها ضروری است. این در حالی است که پایگاه های اورژانس کشور از فرسودگی ناوگان رنج می برد. همچنین از آنجا که نهادهای امدادی (آتش نشانی، سازمان اورژانس کشور و هلال احمر) شماره اختصاصی دارند، سردرگمی مردم و ناهماهنگی بین سازمان های خدمت رسان را موجب شده است.

۵) سهم بالای تردد جاده ای در حمل و نقل کشور

اکنون ۹۲ درصد حمل و نقل کشور در جاده ها صورت می گیرد که این به هیچ وجه مطلوب نیست. حمل و نقل ریلی ارزان تر و ایمن تر بوده و سازگاری بیشتری با محیط زیست دارد. در کشورهایی که وضعیت خطوط ریلی توسعه بیشتری یافته است آمار تلفات جاده ای به همان نسبت کم تر است.

توصیه ها :

۱. تقویت حکمرانی سیستم ایمنی راه

- اختیارات قانونی کمیسیون ایمنی راه کشور به عنوان نهاد راهبر تقویت شود و مکانیسمی پیش بینی شود تا کمیسیون های استانی هماهنگ با نهاد راهبر عمل نمایند و نهاد راهبر نیز به مقام بالاتر مانند شورای عالی ایمنی راه پاسخگو باشد. همچنین از ظرفیت شرکت های دانش بنیان ، مراکز تحقیقاتی کشور و سازمان های مردم نهاد در مقوله ایمنی راه بهره گرفته شود.

- به بحث ایمنی راه در برنامه هفتم توسعه کشور توجه ویژه گردد و پیشگیری از مرگ و جراحات شدید در محوریت برنامه ها و فعالیت های سازمان های ذی ربط قرار گیرد. همچنین برنامه راهبردی ملی دهه دوم اقدام، بر اساس رویکردهای نتیجه گرا و سیستم ایمن با تأکید بر کاهش حداقل ۵۰٪ مرگ و میر و جراحات شدید با بهره گیری از تجربیات ملی و بین المللی تدوین و اجرایی گردد.

- نظام مدیریت داده ، پایش و ارزشیابی به تشخیص کمیسیون ایمنی تقویت گردد و رویکرد مدیریت نتیجه گرا در برنامه‌های نهاد راهبر و سازمان‌های متولی نهاده شده شود.

- منابع مالی پایدار برای دبیرخانه کمیسیون و سازمان‌های مرتبط با بحث ایمنی راه تأمین گردد، از جمله با تخصیص اعتبارات لازم در ردیف‌های قانون بودجه سالانه و نیز منابع درآمدی ماده ۲۳ قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی.

۲. کاربرد ایمن

- رفتار قانونمند در استفاده‌کنندگان از راه، بر اساس سه رکن آموزش، کمپین‌های بازاریابی اجتماعی و اعمال قانون تقویت گردد. توصیه می‌شود به تشخیص پلیس بر رفتارهای مرگ‌آفرین در مواردی همچون تخلف سرعت، سبقت غیرمجاز، استفاده از تلفن همراه حین رانندگی، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی تمرکز گردد.

- در بحث اعمال قانون:

- جرائم رانندگی به نحوی که قدرت بازدارندگی داشته باشند متناسب با نرخ تورم و نیز جایگاه اجتماعی متخلفین اصلاح و متنوع شود.

- امکان اخذ تخفیف و یا بخشودگی در تخلف‌های حادثه‌ساز سلب شود.

- با استفاده از تکنولوژی‌های روز، اعمال قانون برای متخلفین در سطح استانداردهای بین‌المللی اجرایی شود.

۳. تقویت برنامه‌های مدیریت سرعت بر اساس رویکرد سیستم ایمن

- محدودیت سرعت در جاده‌ها و معابر شهری بر اساس سیستم ایمن اصلاح شود.

- از تکنیک‌های آرام‌سازی ترافیک جهت مدیریت سرعت در مکان‌های مناسب استفاده گردد.

- اعمال قانون برای متخلفین از سرعت متوسط و سرعت مجاز در جاده‌های کشور اجرایی شود.

- ۳۰ کیلومتری شهرها در زمره موارد با اولویت بالای مدیریت سرعت قرار گیرد.

۴. جاده ایمن

- ضعف‌های ایمنی جاده‌ها با اولویت مواردی که می‌تواند منجر به مرگ و جراحات شدید شود با توجه ویژه به ۳۰ کیلومتری شهرها اصلاح شود.

۵. خودرو ایمن

- استانداردهای ضروری خودرو و موتورسیکلت مرتبط با ایمنی، متناسب با استانداردهای روز دنیا برای خودروهای تولید داخل و خودروهای وارداتی اجباری شود. مکانیسم سنجش مطابقت خودرو با استانداردهای ملی توسط نهادهای مستقل پایش شود.

- آزمایشات ایمنی خودرو در فواصل منظم انجام و نظارت بر مراکز ایمنی خودرو افزایش یابد.

- دستگاه‌های نظارتی در بحث ایمنی خودرو به شکلی فعال ورود نمایند و با نهادهای متخلف اعم از تولیدکننده یا واردکننده و نیز سازمان ناظر بر کیفیت خودرو برخورد قانونی نمایند.

۶. تقویت خدمات فوریت‌های پزشکی پس از حادثه

- ناوگان سازمان اورژانس کشور تقویت و نوسازی شود.

- خط تلفن امدادی یکتا اجرایی گردد.

۷. کاهش بار ترافیکی جاده‌ها-در درازمدت

- با توسعه شبکه ریلی کشور و توسعه حمل‌ونقل عمومی از بار ترافیکی جاده‌ها کاسته شود.

مکاتبه با

رئیس محترم قوه قضائیه حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

وزیر محترم صنعت، معدن و تجارت جناب آقای دکتر سیدرضا فاطمی امین

لزوم رعایت استاندارد های ایمنی و پیشگیری از خسارات جانی توسط شرکت های خودروسازی

پیرو اظهارات رئیس پلیس راهور فرماندهی انتظامی کشور در خصوص اینکه در حادثه دلخراش تصادف زنجیره‌ای خودروها در جاده بهبهان، ایربگ هیچ خودرویی باز نشده است و باعث خسارات جانی، جسمی و مالی برای تعدادی از هموطنان عزیزمان شده است، لازمست موضوع به صورت جدی پیگیری شده و با خاطیان خودروساز برخورد قانونی و قضائی شود تا دیگر شاهد اینگونه سهل انگاری‌های تهدیدکننده سلامت جامعه نباشیم.

در ضمن لازم است برای پیشگیری از خسارات جانی در آینده، کلیه شرکت‌های خودروساز مکلف شوند نسبت به استانداردسازی ایربگ در کلیه خودروهای تحویل شده به مشتریان در اسرع وقت اقدام نمایند و منبعد نیز کلیه جوانب استاندارد را از نظر ایمنی و حفاظت در خودروهای جدید رعایت کنند.

بخش سوم: تقویت شتاب علمی

بخش سوم به لزوم تقویت شتاب علمی و توسعه آموزش و پژوهش‌های جامعه محور و جامعه نگر، تقویت پژوهش‌های ضروری سلامت و تاکید بر استفاده صحیح از نتایج پژوهش‌ها و ارائه دستاوردهای پژوهشی متناسب با مخاطبان (ترجمان دانش)، نیل به استقلال علمی و فرهنگی، دستیابی به علوم و فنون جدید در حیطه سلامت می‌پردازد.

مکاتبه با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی جناب آقای دکتر سید سعید رضا عاملی

نظر فرهنگستان در مورد شاخص‌های جهانی دانش

درخصوص گزارش پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران با عنوان جایگاه ایران در شاخص‌های جهانی دانش سال ۲۰۲۱ میلادی، موارد زیر را به استحضار می‌رساند:

۱- این گزارش دارای نکات مثبت زیادی است که می‌توان با توجه بیشتر به آنها رشد و توسعه علمی در کشور را رونق داد.

۲- در این گزارش مانند آنچه که در گزارش *Innovation Index* آمده، از شاخص‌های زیادی استفاده می‌کند که اقتصادی، اجتماعی و مدیریتی هستند. لذا در این نوع گزارش‌ها همیشه کشورهای با تولید ناخالص ملی زیاد در رتبه‌های بالاتر قرار می‌گیرند و کشورهای دچار تحریم و مشکلات اقتصادی رتبه‌های پایین‌تر را احراز می‌کنند.

۳- نکته بسیار مهم روش اندازه‌گیری شاخص هاست که به عنوان مثال رتبه ایران در تنوع و آزادی علمی رتبه ۱۵۰ و در آزادی علمی رتبه ۱۳۸ نشان داده شده است. این سوال مطرح است که قضاوت در مورد این شاخص‌ها چگونه انجام شده است و لازمست مآخذ مطالعه مشخص شود و اگر مطالعه‌ای انجام شده نمونه‌گیری‌ها چگونه انجام شده است؟

۴- چگونه است که شاخص فضای برانگیزاننده مدیران در مورد حکمرانی به طور کلی سنجه‌های فضای سیاسی صلح و پایداری و غیره کمترین نمره‌ها و پایین‌ترین رتبه‌ها را داشته‌اند؟

۵- توجه به این امر ضروری است که رتبه‌های آموزشی پیش دانشگاهی به علت معیوب بودن روش‌های آموزشی حافظه محور، کمی تفکر، تعلق و خلاقیت و نیز ضعف ساختارها و مدیریت، پایین است. همچنین نتایج این گزارش ضعف در فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی، مشکلات اقتصادی، تأمین مالی و ضعف در سیستم مدیریتی و به کارگیری عالمان را آشکار می‌سازد.

۶- نکته بسیار مهم این است که در گزارش مذکور رتبه ایران در دانش آموختگان دانشگاهی ۵ است که حاکی از گسترش و توسعه خارق العاده علم در ۳۰ سال اخیر می‌باشد ولی به دلیل معیوب بودن ساختارها و مدیریت‌ها از این سرمایه علمی ملی در جهت بکارگیری دانش و تاثیر آن در رفع مشکلات کشور بهره برداری نمی‌شود.

به نظر می‌رسد شورای عالی انقلاب فرهنگی و مسئولین ذیربط توجه خاص به امتیازات در رتبه بندی جزئی سنج‌ها مبذول دارند و برنامه‌ریزی مطلوبی برای تقویت ساختارها و مدیریت مقوله‌های مرتبط با علم و دانش بنا نمایند و وزارت خانه‌های مرتبط به ویژه وزارت آموزش و پرورش نیز ساختار را تغییر داده و مدیریت‌ها را تقویت کند بنحوی که تولید دانش با هزینه‌های هنگفتی که برای آن صورت می‌پذیرد در حل مشکلات جامعه و توسعه کشور موثر واقع شود.

گروه علوم پایه فرهنگستان طی نشست های علمی با حضور صاحب نظران این حوزه به تبادل نظر در خصوص راهکارهای اعتلای جایگاه علوم پایه پرداختند حاصل این مذاکرات به صورت مستند ذیل تهیه و به مراجع ذی صلاح ارسال شده است.

پیشنهاد راه حل‌هایی برای ارتقای جایگاه مطلوب علوم پایه پزشکی

در نظام دانشگاهی و آموزش عالی ایران (در دانشگاه ها و بخش

خصوصی)، همگام با ابروند های جهانی و ملاحظات ملی

- ۱- جهت دادن به فعالیت‌های علمی و پژوهشی و ایجاد ساز و کار مطلوب جهت استفاده از نتایج به دست آمده در پاسخگویی نیازهای جاری و آینده کشور.
- ۲- ایجاد موازنه و هماهنگی بین عوامل کیفی و کمی تربیت نیروی انسانی در مقاطع مختلف، از طریق رصد علوم پایه در کشور، مطالعات آینده نگاری و استفاده از تجارب جهانی.
- ۳- ایجاد انگیزه و جاذبه در اعتلای ارزش‌های علمی و دانشگاهی و ترویج روحیه دانش پروری و پژوهشگری در کشور.
- ۴- افزایش کیفیت آموزشی از طریق اهتمام به استفاده از هیئت علمی توانمند و تمام وقت در رشته های گوناگون و تاکید بر رویکرد بین رشته ای و همگرایانه.
- ۵- اهتمام به افزایش واگذاری مدیریت های کلان و تاثیرگذار سیاستی به اعضای توانمند هیئت علمی علوم پایه.
- ۶- تجدید نظر در ضوابط تعیین مدیریت‌ها در سطوح مختلف دانشگاه‌ها، با تأکید بر پایه سوابق و تجارب علمی و مدیریتی و استفاده از توان و دانش مدیریتی متخصصین علوم پایه در راهبری علمی کشور
- ۷- تجدید نظر در ضوابط پذیرش، ارزشیابی و ارتقای اعضا هیئت علمی، با محوریت فعالیت های آموزشی، پژوهشی، میدانی و اخلاقی.
- ۸- تجدید نظر کلی در ضوابط پذیرش دانشجو و پژوهشگران علوم پایه با تأکید بر پایه شایستگی‌های علمی (نه سهمیه‌ای) و نیازهای کشور.
- ۹- ایجاد جاذبه‌ها و دورنمای روشن در دانشگاه‌ها برای جذب اعضای هیئت علمی علوم پایه با تأکید بر اخلاق فردی، اخلاق حرفه‌ای و اخلاق اجتماعی.
- ۱۰- ایجاد تسهیلات برای استفاده از فرصت‌های مطالعاتی داخلی و خارجی و بهبود فضای محور علمی بین المللی پژوهشگران علوم پایه.

- ۱۱- تأمین فضای آموزشی و پژوهشی در خور و امکانات کمک آموزشی به ویژه در دانشگاه‌ها و پژوهشکده‌ها و مراکز پژوهشی کشور.
- ۱۲- رفع مقررات سخت و دست و پاگیر اداری در تأمین بودجه پژوهشی و آموزشی دانشگاه‌ها (بازنگری در بودجه ریزی پژوهشی با تأکید بر بهره‌وری پژوهش و مسئله محوری).
۱۳. ایجاد شرایط مطلوب به منظور تعامل مناسب با بخش خصوصی، صنعت و فضای بین‌المللی جهت بهبود تأمین مالی و مساله محور پژوهش‌های علوم پایه در کشور.
۱۴. توجه به جایگاه ممتاز علوم پایه به عنوان محور توسعه و ثروت‌آفرینی در کشور.
۱۵. تشکیل شبکه‌ای از تجهیزات و بهینه استفاده کردن از تمام وسایل و تجهیزات و به عبارتی مشارکت در استفاده از وسایل و دستگاه‌های موجود برای همه پژوهشگران، از طریق تشکیل آزمایشگاه‌های جامع و فراگیر.

بخش چهارم: همکاری های درون بخشی، میان بخشی و

فرابخشی

از آنجا که عوامل متعدد (مانند عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی) بر سلامت افراد تأثیرگذارند و ریشه بسیاری از این عوامل خارج از حوزه سلامت است، همکاری های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی می تواند منجر به هم افزایی مداخلات گشته و در ارتقای سلامت آحاد مردم نقش چشم گیری داشته باشد.

در ادامه نظر کارشناسی گروه ارتقا سلامت فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص لزوم پیگیری و برنامه ریزی ادغام ارتقاء سلامت در نهادها و وزارتخانه های مختلف با تاکید بر اتخاذ رویکرد ارتقا دهنده در تمام برنامه های از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه شده است.

ادغام رویکرد ارتقا سلامت در برنامه های وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

اجرای سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در جهت ایجاد ایران سالم، توانمند و الگوی ارتقاء سلامت تا سال ۱۴۰۴ و همچنین حمایت و پیگیری آن وظیفه قانونی، شرعی و اخلاقی تک تک افراد و کلیه مسئولین در نظام سلامت می باشد.

مستندات مبتنی بر شواهد سازمان جهانی بهداشت و عملکرد کشورهای توسعه یافته و حتی در کشورهای در حال توسعه بیانگر این واقعیت است که ارتقاء سلامت باید در رویکرد همه معاونت ها و اجزای وزارت بهداشت برجسته و جاری شود. ارتقاء سلامت مربوط به یک جزء خاص از وزارت بهداشت نیست و همه در برابر آن موظف، مسئول و پاسخگو هستند.

از آنجائیکه ساختار دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت می‌تواند گذشته از پیگیری و برنامه ریزی ادغام ارتقاء سلامت در نهادها و وزارتخانه های مختلف، وظیفه هماهنگی و پیگیری ادغام رویکرد ارتقاء سلامت در کلیه برنامه‌های معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و همچنین پیگیری آن را به عهده بگیرد، پیرو جلسه اخیر شورای آینده نگاری فرهنگستان پیشنهاد می‌شود از وزارت بهداشت درخواست گردد وظیفه پیگیری ارتقاء سلامت در ساختار و عملکرد وزارت نیز به این دبیرخانه ابلاغ گردد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

ارتقا عملکرد و احیا کارکردهای قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

فرهنگستان علوم پزشکی در راستای اهداف و وظایف خود و به منظور «کمک به ارتقا عملکرد و احیا کارکردهای قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی»، نسبت به برگزاری یکصد و چهارمین جلسه «شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت» با حضور اینجانب، اعضای شورا و هیات رئیسه فرهنگستان و ۴۷ نفر از فرهیختگان و مسئولین مرتبط از سطوح ملی و استانی در روز سه‌شنبه ۱۴۰۰/۱۲/۱۷ اقدام نمود.

بخش مهمی از نظرات حاضرین ناظر بر لزوم بازنگری جدی در جایگاه نهادی و ساختار شورا و چابک و مناسب‌سازی بستر سیاست‌گذاری بین‌بخشی و مشارکتی برای تقویت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد با پرهیز از ساختارسازی و سندنویسی و تمرکز بر محتوای مداخلات؛ استفاده از تخصص‌های موردنیاز در دبیرخانه در راستای مأموریت و وظایف شورا؛ ایجاد و فعال‌سازی شبکه اتاق‌های فکر به منظور رصد آینده‌نگرانه روندها، رویدادها و شاخص‌های تاثیرگذار بر سلامت؛ تحکیم جایگاه نظارتی شورا مبتنی بر نظام یکپارچه ارزشیابی مصوبات و تفاهم‌نامه‌های بین بخشی؛ تحکیم جایگاه تامین مالی برای مصوبات شورا؛ آماده‌سازی و تقویت بستر شبکه بهداشتی درمانی برای ادغام و اجرای مصوبات شورا؛ و

در نهایت اهتمام ویژه برای برگزاری منظم جلسات کمیسیون دائمی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بود. نکات کلیدی اجرایی مورد نظر جهت پیگیری در موارد زیر خلاصه می شود:

۱) کمک دبیرخانه در بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی با تمرکز بر جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی؛ توزیع عادلانه منابع انسانی و تجهیزات

۲) اجتناب از موازی کاری با معاونت‌های تخصصی وزارت بهداشت و عدم دخالت در وظایف قانونی آن‌ها

۳) اجتناب از تعیین تکلیف یک جانبه برای دستگاه‌های اجرایی ذی‌نقش در سلامت؛ و جایگزینی آن با اشراف اطلاعاتی نسبت به ساختارها،

۴) تقویت جایگاه، ساختار و ظرفیت دبیرخانه‌های ساغ(سلامت و امنیت غذایی) استان سخنان معاونت محترم علمی در خصوص برنامه راهبردی مصوب فرهنگستان ها به لحاظ نیروی انسانی و سایر منابع موردنیاز

۵) ارتقا سطح دانش و سواد سلامت جامعه از طریق جهت‌دهی به افکار عمومی در موضوعات مرتبط با سلامت و ضرورت کاهش نابرابری‌های اجتماعی

لزوم توجه به این نکته ضروری است که دبیرخانه شورا زمانی می‌تواند در انجام تکالیف قانونی خود در زمینه رصد رویدادها و روندها، تسهیلگری در طراحی مداخلات بخشی و بین‌بخشی در بستر شبکه بهداشتی درمانی کشور و نیز هماهنگ کردن عملکرد سلامت محور دستگاه‌های مرتبط با سلامت، منشا اثرات ملموس به نفع سلامت مردم باشد، که شخص جنابعالی در مقام دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تثبیت و تحکیم جایگاه فرابخشی شورا و دبیرخانه آن همواره پیشقدم بوده و با حمایت‌طلبی‌های سیاسی از مراجع بالادستی در سطح هیات وزیران، مجلس شورای اسلامی این مجموعه را در چارچوب سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری به ویژه سیاست های کلی سلامت هدایت نمایید.

در دوره گذشته شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مورد غفلت واقع شده و بیش از دو جلسه در بازه ۸ ساله تشکیل نشد. از مقام محترم رئیس جمهور انتظار می رود بعنوان رئیس و هماهنگ کننده شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نسبت به تشکیل منظم و فعال این شورا و پیگیری اجرای مصوبات آن اهتمام داشته باشند.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق

ارسال سند سلامت زنان جهت قرارگیری در دستور کار شورای عالی

سلامت و امنیت غذایی

با احترام، همانطور که مستحضر هستید سند ملی سلامت زنان در طی پژوهشی با متدولوژی علمی در فرهنگستان علوم پزشکی تهیه و توسط داورهای متعدد از افراد خبره و کسب نظرات مراجع مختلف از جمله شورای فرهنگی اجتماعی زنان، فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده، وزیر و معاونین وقت و مجموعه وزارت بهداشت و همچنین رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور و مشاورین امور زنان و برخی انجمنهای علمی تخصصی قرار گرفته و اصلاح گردید. پس از بررسی و داوریهای متعدد نسخه نهایی جهت تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وزیر وقت بهداشت ارسال گردید و در دستور کار دبیرخانه آن شورا قرار گرفت.

با توجه به رویکرد دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تصویب و اجرای دیگر اسناد مصوب شورای عالی، در طی جلسات متعدد کمیته بررسی و هماهنگی در دبیرخانه مزبور و برگزاری کارگاههای متعدد با شرکت نمایندگان دستگاههای اجرایی ضمن اطلاع رسانی از مفاد سند و ارسال کاربرگها، راهکارهای اجرایی و وظایف دستگاهها در اجرای مفاد

سند نیز بررسی و تعیین گردید و مورد تایید مراجع اجرایی قرار گرفت. در نهایت سند ملی سلامت زنان و ساختار اجرایی سازی و نظارتی آن در قالب «کارگروه ملی برنامه استقرار پایش اجرای سند ملی سلامت زنان» و «طرح عملیاتی» مجموعه راهکارهای اجرایی مشتمل در سطح ملی و استانی تعیین شد و در کمیسیون دائمی شورای عالی به ریاست وزیر بهداشت وقت به تصویب رسید و مقرر شد هر ۶ ماه یکبار گزارش پیشرفت اجرا و معرفی مشکلات و راهکارها به کمیسیون ارائه شود.

لذا بازگشت به نامه آقای دکتر محمداسماعیل مطلق به شماره ۱۰۳/۵۵۰/د مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲ و نامه اینجانب به شماره ۶۸۹۰/ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۸ در ارسال نسخه نهایی سند مزبور که مجدد بازنگری شده بود و همچنین با توجه به تصویب سند در کمیسیون دائمی شورای عالی و از سوی دیگر دوره زمانی چهار ساله سند (۱۴۰۱-۱۴۰۴)، خواهشمند است دستور فرمایید سند سلامت زنان در دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی قرار گرفته و اقدامات لازم در اجرای آن انجام پذیرد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۰/۱۲/۲۳)

بیانیه ۲- جمعیت و فرزندآوری^۱

رشد و تعالی جمعیت و توصیه به سنت حسنه ازدواج و فرزندآوری در معارف اسلامی جایگاهی وثیق داشته و در قرآن مجید، کلام نبی مکرم اسلام (ص) و ائمه اطهار (ع) تشریع شده است. ابعاد مختلف این موضوع مهم در بیانات مقام معظم رهبری (مدظله العالی) مطرح و در سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغ شده است. تغییرات در هرم سنی جمعیت و پدیده سالمندی جمعیت، از تهدیدات مهم آینده است که مدیریت آن با تدابیر قاطع علمی، فرهنگی و قانونی، بسیار ضروری است. تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در آبان

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت در زمستان ۱۴۰۰ منتشر شده است^۱

۱۴۰۰ توسط مجلس شورای اسلامی نقطه عطف اجرایی برای تحقق راهبردهای قانونی در زمینه جمعیت و فرزندآوری است. مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی در راستای اجرای هر چه سریع‌تر و کامل‌تر این قانون بر موارد زیر تأکید دارد:

۱. عزم راسخ و تعهد دولت محترم، در عملیاتی نمودن هر چه کامل‌تر و سریع‌تر قانون، به صورتی که با استفاده از شاخص‌ها، ارزیابی و پایش شده، برای مردم عیان و مشهود شود؛
۲. اهتمام ویژه به جنبه‌های فرهنگی، مذهبی و فرهنگ سازی افزایش جمعیت و پرورش فرزندان، بویژه تبیین نخبگان، استفاده وسیع از ظرفیت‌های هنر و رسانه، حوزه‌های علمیه، دانشگاه‌ها، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سایر نهادهای فرهنگی؛
۳. اتخاذ تدابیر اساسی اقتصادی و معیشتی در جهت حمایت اصولی از ازدواج جوانان و فرزندآوری (اشتغال، مسکن، درآمد، برخورداری از تسهیلات حمایتی تشویق‌کننده و ارتقادهنده درآمد خانوار، حذف تشریفات و تجمل‌گرایی به طور اعم و در مورد مراسم ازدواج به‌طور اخص....)؛
۴. تهیه و تصویب پیوست اقتصادی برای اجرایی شدن قانون، تأمین منابع و اعتبارات لازم، ایجاد ردیف مستقل و غیرقابل انتقال به سایر ردیف‌ها، و اقدامات مدیریتی، برای اجرای همه جانبه قانون دارای اهمیت و اولویت است؛
۵. ستاد ملی جمعیت با مسئولیت بالاترین مقام اجرایی کشور، مشارکت فعال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مشارکت اجرایی سایر نهادها و وزارتخانه‌هایی که در اجرای قانون، وظیفه و مسئولیت دارند، سریعاً تشکیل و با تعیین اولویت‌ها، تقسیم کار ملی، و تشکیل جلسات منظم، موجبات اجرای قانون را فراهم و مسائل جمعیتی کشور را رصد نماید؛

۶. اصل مهم مشارکت مردم استفاده از ظرفیت سمن‌های ملی و محلی، مراعات و تحقق پذیرد؛

۷. تعمیم اجرای قانون به بخش‌های غیردولتی و اطمینان از اجرایی شدن فراگیر و همه‌جانبه آن؛

۸. استفاده از ظرفیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به صورت هماهنگ و هم‌افزا؛

۹. آموزش و توانمندسازی مجموعه نیروی انسانی سلامت در شبکه بهداشتی درمانی کشور، به منظور تشویق خانواده‌ها به ازدواج به موقع جوانان و فرزندآوری آنان، و تشویق کارکنانی که در این راستا فعالیت بیشتری از خود نشان می‌دهند؛

۱۰. تهیه بسته‌های آموزشی قبل از ازدواج و بسته‌های مشاوره‌ای ازدواج و تحکیم خانواده و ارائه خدمات مربوطه در شبکه بهداشتی درمانی و با همکاری نهادهای دینی، فرهنگی و تخصصی؛

۱۱. ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین، به شیوه‌های مناسب؛

۱۲. مدیریت صحیح موضوع سقط قانونی و پیشگیری از سقط‌های غیرقانونی به شیوه‌های مناسب؛

۱۳. تشویق و حمایت از پژوهش‌های مرتبط با افزایش جمعیت و فرزندآوری؛

۱۴. پیشگیری از ناباروری (با تأکید بر ازدواج بهنگام، فرزندآوری بهنگام، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و سایر بیماری‌های تأثیرگذار بر باروری، چاقی یا لاغری مفرط، انواع استرس‌ها ...) و حمایت از درمان‌های ناباروری؛

۱۵. استفاده از ظرفیت فرهنگستان علوم پزشکی برای امور فرهنگ‌سازی، مشاوره و رصد کلان مسائل مرتبط با جمعیت و فرزندآوری

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی
رئیس محترم مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر بابک نگاهداری
رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جناب آقای دکتر علی دل‌پیشه
رئیس محترم سازمان محیط زیست جناب آقای دکتر علی سلاجقه

سند حمایت طلبی آلودگی صوتی

ارسال نامه جناب آقای دکتر حسینعلی شهریاری ریاست محترم گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص "سند حمایت طلبی آلودگی صوتی" جهت استحضار و دستور هر گونه اقدام انجام گرفت.

پیوست

سند حمایت طلبی آلودگی صوتی کلان شهرها و راههای کنترل آن

مقدمه:

به دنبال قرار گرفتن موضوع آلودگی صوتی در کلان شهرها بعنوان دستور کار جلسات گروه علوم بهداشتی و تغذیه و به دنبال دعوت ریاست محترم گروه، مسئولین و نمایندگان دستگاههای مرتبط با آلودگی صوتی با حضور در دو جلسه متوالی گروه به تشریح وضعیت موجود آلودگی صوتی در کلانشهرها پرداخته و علاوه به طرح قوانین بالادستی و چالشها، راهکارهای اجرایی را پیشنهاد نمودند.

دستگاههای حاضر در جلسات عبارت بودند از: مدیرعامل مرکز ملی هوا و تغییرات اقلیمی از سازمان محیط زیست بعنوان متولی اصلی آلودگی صوتی، معاون مرکز سلامت محیط و کار از وزارت بهداشت، معاون مرکز تحقیقات مسکن و شهرسازی از وزارت راه و شهرسازی، مدیرعامل شرکت کنترل کیفیت هوا از شهرداری تهران، اساتید متخصص آلودگی صدا، سرکار خانم دکتر نصیریان و آقای دکتر محمدرضا منظم از دانشگاه علوم پزشکی تهران - آقای دکتر ایرج علی محمدی از دانشگاه علوم پزشکی ایران.

با توجه به گسترش شهر نشینی و کوچ از مناطق روستایی و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ و گسترش سیستم های حمل و نقل و بویژه افزایش تعداد خودروهای شخصی میزان مواجهه مردم با صدا به شدت افزایش یافته است. بطوریکه مهمترین عامل و منبع تولید آلودگی صوتی در کلان شهرها صدای ترافیک جاده ای می باشد.

امروزه آلودگی صوتی یکی از معضلات جدی و مهم سلامتی است که علاوه بر ایجاد انواع اثرات فیزیولوژیکی به ایجاد اختلالات روحی و روان شناختی منجر می شود. آثار فیزیولوژیکی و روانی مواجهه با صدا در انسان غالباً به تدریج ظاهر می شود و در درازمدت پیامدهای منفی روان شناختی آن از جمله رفتار پر خاشگرانه، خستگی جسمی - روانی، استرس، سرگیجه، سردرد، عصبانیت، حواس پرتی، اختلال خواب، کاهش بازده کاری بروز می کند. همچنین صدا دارای اثرات غیر مستقیمی بر روی عملکرد انسان از جمله کاهش رانندمان و بهره وری کاری و افزایش خطر بروز حوادث و خطا به علت کاهش تمرکز می باشد. اثرات شنیداری صدا را می توان شامل افت شنوایی موقت و افت شنوایی دائم دانست. متأسفانه افت شنوایی دائم از نوع پیشرونده و عصبی - انتقالی می باشد به نحوی که امکان درمان آن تقریباً غیر عملی می باشد.

- طبق آخرین آمارهای سازمان جهانی بهداشت ۴۶۶ میلیون نفر معادل ۱/۶٪ از جمعیت جهان دچار افت شنوایی می باشند. و هزینه های ناشی از درمان این افراد معادل ۷۵۰ میلیارد دلار است.

- احتمال اینکه افراد با صدا از نظر ذهنی عادت کنند وجود دارد اما سیستم قلبی عروقی به صدا عادت نخواهد کرد. تحریک سیستم سمپاتیک موجب تبدیل مرحله خواب عمیق به خواب سبک، افزایش فشار خون در حین خواب و بیداری و افزایش تعداد ضربان قلب می باشد. اختلال در ریتم سیرکادین از دیگر عوارض تحریک سیستم سمپاتیک می باشد.

- تحقیقات متعددی نشان داده اند که صدا منجر به افزایش هورمون های استرسی شده که بدنبال آن اختلال در خواب بوجود می آید. با افزایش سطح چربی و

کورتیزول خون برانگیختی جزئی در افراد ایجاد می شود که در نهایت باعث اختلالاتی از قبیل افسردگی و پرخاشگری می شود.

- صدا منجر به ایجاد استرس و آزدگی صوتی می شود. آزدگی باعث تحریک سیستم سمپاتیک و افزایش خطر ابتلا به بیماریهای قلبی می گردد.
- نشان داده شده است که دانش آموزان مدارس مستقر در محیطهای پر صدا ، کارایی آموزشی کمتر (کاهش یادگیری، درک مطلب کمتر، و کاهش تمرکز) و استرس بیشتری در مقایسه با دانش آموزان محیطهای ساکت دارند. بعلاوه این دانش آموزان رفتار اجتماعی نامناسبتری از خود نشان می دهند.
- تماس طولانی مدت با صدای بیشتر از ۷۵ دسی بل موجب تغییر متابولیسم سلولهای عصبی شنوایی در حلزون گوش شده که باعث افت شنوایی (NIHL) افراد می گردد. تماس با صدا می تواند از طرفی باعث وزوز گوش (tinnitus) شود.

مسئولیت‌های قانونی دستگاهها، در کنترل آلودگی صوتی:

- کنترل آلودگی صوتی در کلان شهرها مسئولیت چندین سازمان مرتبط می باشد:
- با توجه به آیین نامه اجرایی ماده ۲۹ قانون هوای پاک مصوب ۱۳۹۷/۶/۲۷، سازمان حفاظت محیط زیست وظیفه محوری در کنترل آلودگی صدا داشته و سایر دستگاه ها نیز طبق قانون وظایفی را به عهده دارند که در جدول زیر به آنها اشاره شده است:
- ۱- ماده ۶ آیین نامه: معاینه فنی وسایل نقلیه موتوری با مسئولیت سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور.
 - ۲- ماده ۷: اعمال قانون در مورد وسایل نقلیه موتوری با مسئولیت نیروی انتظامی.
 - ۳- ماده ۸: ارائه مستندات رعایت حدود مجاز آلودگی صوتی در انواع راهها با مسئولیت وزارت راه و شهرسازی.

- ۴- ماده ۹: تدوین دستورالعمل کاهش آلودگی صوتی در ساختمان سازی و راهسازی ها با مسئولیت وزارت راه و شهرسازی.
- ۵- ماده ۱۰: تدوین طرح جامع مدیریت کاهش آلودگی صوتی در کلانشهرها با مسئولیت سازمان شهرداری ها و دهرداری ها.
- ۶- ماده ۱۱: راه اندازی شبکه ملی پایش و اطلاع رسانی با مسئولیت سازمان محیط زیست و همکاری وزارت بهداشت.
- ۷- ماده ۱۲: پیش بینی اعتبار برای اجرای تکالیف قانونی با مسئولیت سازمان برنامه و بودجه.

مرور میزان پیشرفت آیین نامه اجرایی ماده ۲۹ قانون هوای پاک:

- ❖ ماده ۸ آیین نامه: رعایت حدود مجاز مربوط به حمل و نقل عمومی، هوایی، ریلی و دریایی از سوی وزارت راه و شهرسازی (تنها بخش گردآوری مستندات انجام شده است).
- ❖ ماده ۹ آیین نامه: تدوین دستورالعمل کنترل و کاهش آلودگی صدا ناشی از فعالیت های ساختمانی توسط وزارت راه و شهرسازی (انجام نشده است).
- ❖ ماده ۱۰ آیین نامه: تکمیل طرح جامع مدیریت کاهش آلودگی صوتی در کلانشهرها از سوی سازمان شهرداری ها و دهیاری کشور (انجام نشده است).
- ❖ ماده ۱۱ آیین نامه: تکمیل و راه اندازی شبکه ملی پایش و اطلاع رسانی آلودگی صوتی از سوی ادارات کل حفاظت محیط زیست با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهرداری ها و سایر دستگاه های مربوط (انجام نشده است).
- ❖ نظارت بر اجرای حدود مجاز معاینه فنی تراز صدای خودروهای سبک از سال ۱۳۹۸ به صورت آزمایشی بدون اعمال قانون (انجام نشده است).

پیشنهادهای اجرایی:

- معضل کنترل آلودگی صوتی در دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور قرار گیرد.
- وظایف دستگاههای مسئول از دبیرخانه شورای عالی سلامت پیگیری شود.
- شبکه پایش یکپارچه ملی در مورد آلودگی صدا ایجاد شود.
- میزان بار مالی حاصل از آلودگی صوتی در کلان شهرهای کشور برآورد شود.
- فرهنگ سازی و آموزش به مسئولین و مردم در باره اهمیت آلودگی صوتی و نقش آن در ایجاد بیماری و هزینه های مالی پیشگیری و درمان.
- حمایت از تشکیل سازمانهای مردم نهاد تخصصی در خصوص پایش و کنترل صدا.
- طراحی فضاهای شهری و بلند مرتبه سازی با رعایت اصول مهندسی آکوستیک .
- توجه به مناطق حائل (Buffer Zone).
- طراحی و ساخت اتوبان ها، بزرگراهها و خیابان های شریانی با رعایت ضوابط آکوستیک و کنترل صدا .
- حمایت از طراحی و ساخت برنامه های نرم افزاری داخلی برای حمایت از برنامه های کنترل صدا.
- حمایت از طراحی و ساخت داخلی تجهیزات و وسایل اندازه گیری صوت.
- تهیه بانک های اطلاعاتی.
- رعایت ضوابط و استانداردها در مراحل طراحی و ساخت خودروهای داخلی.

➤ حمایت از طرحهای مطالعاتی - کاربردی در زمینه روشهای کاهش صدای خودروها، تاثیر سطح خیابان ها و جاده ها بر الودگی صوتی، اتخاذ روش های کنترل فعال صدا در خودروها.

➤ مدیریت و انتقال و یا ساماندهی صنایع کوچک از قبیل صافکاری، مکانیکی، .. از مناطق مسکونی.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر قالیباف

حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای اژه ای رئیس محترم قوه قضاییه

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر عین الهی

وزیر محترم آموزش و پرورش جناب آقای دکتر یوسف نوری

رئیس محترم کمیسیون بهداشت، درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر شهریاری

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی جناب آقای دکتر عاملی

رئیس محترم کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر

منادی (۱۴۰۱/۸/۲۴)

سند حمایت طلبی سلامت و مدرسه

خلاصه اجرایی:

انسان سالم محور توسعه پایدار است. اهتمام به تامین، حفظ و ارتقاء سلامت در ابعاد چهارگانه (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) وظیفه همه ارکان حکمرانی کشورهاست. مدرسه بعنوان یکی از ارکان مهم جامعه نقشی بی بدیل در تربیت نسل ها دارد.

این سند حمایت طلبی ضمن تعریف نهاد های مهم تاثیر گذار و توضیح وظایف و اقدامات انجام شده، تحلیل چالش های موجود در نقش آفرینی نهاد مدرسه در تامین، حفظ و ارتقای سلامت دانش آموزان و به تبع آن سلامت جامعه را انجام داده، تلاش می نماید راهکارهایی برای رفع این چالش ها ارائه نماید.

چالش های مهم عبارتند از: تغییر خصوصیات نسل ها، ناهماهنگی بین و درون دستگاههای مسئول، کم توجهی در تامین نیروی انسانی لازم برای این حوزه در مدارس، کمبود اعتبارات مالی، ضعف در ارتباط اولیاء دانش آموزان و مدرسه و نداشتن سند جامع مشترک ارتقای سلامت مدرسه و دانش آموزان

راهکارهای مهمی که لازم است اتخاذ گردد: ایجاد دفتر مشترک اقدام در دو دستگاه مسئول (وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)، تهیه سند جامع سلامت مدرسه و دانش آموزان، تامین اعتبارات کافی برای برنامه های پیش رو و نظارت مستمر بر اجرای برنامه ها.

فرهنگستان علوم پزشکی انتظار دارد دستگاههای مسئول (از مجلس شورای اسلامی و دولت محترم) این موضوع را در اولویت خود قرار دهند. بخصوص اینکه مسئولیت تربیت دوران مهدکودک و پیش دبستانی هم به وزارت آموزش و پرورش واگذار شده و حمایت همه جانبه در این حوزه لازم است.

مقدمه

ارتباط سلامت و مدرسه نه فقط از منظر حفظ و ارتقای سلامت دانش آموزان بلکه از نظر پایه ریزی سلامت همه جانبه فردی و نیز پیام رسانی سلامت به جامعه باید مورد توجه قرار گیرد. تعداد دانش آموزان در سه سال اخیر قدری افزایش داشته و در سال جدید تحصیلی طبق برآورد ها حدود پانزده میلیون نفر خواهد بود. حدود یک میلیون نفر کارکنان آموزشی، هم خود احتیاج به مراقبت سلامت دارند و هم ظرفیت مهمی برای ارتقای سلامت در جامعه هستند. اولیای دانش آموزان نیز در ارتباط با مدرسه هم میتوانند در ارتباطی دو سویه نقش آفرینی کنند. البته باید توجه داشت که ارتقای سلامت و پیشگیری هرچند کم هزینه هستند اما به هر حال برای اجرایی شدن به حمایت و فراهمی امکانات نیاز دارند.

امروزه بیش از همیشه میدانیم که سلامت موضوعی پیچیده است که فقط به عوامل بیولوژیک مرتبط نیست و عوامل انسان شناختی و اجتماعی در حفظ و ارتقا و بازگشت سلامت نقش دارند. سلامت بیش از خدمات سلامت متأثر از سیاستها، عوامل اجتماعی و رفتارهای فردی است.

وقتی از پوشش همگانی سلامت به عنوان هدف کلی سخن میگوییم باید برای سلامت کودک و نوجوان به عنوان محور مهمی از این پوشش همگانی برنامه‌ریزی کرد.

حداقل ۴۰ درصد وقت فعال دانش آموزان در مدرسه سپری میشود. اعتماد نسبی به آموزش دهندگان و وجود فرصتهای مختلف تعاملی نظیر ساعات تربیت بدنی، صبحگاه، ساعات فوق برنامه، مسابقات و حتی دروس به ظاهر غیرمرتبط و متون آنها میتوانند فرصتهای توانمندسازی برای خود مراقبتی و ارتقای سلامت محسوب گردند.

از سوی دیگر بسیاری از رفتارهای مرتبط با سلامت در سنین کودکی و نوجوانی آغاز و پایدار میشوند. مداخلات در این زمان تاثیرگذاری بهتری دارند.

اکنون که آموزش مهدکودک و پیش دبستانی در مجموعه وزارت آموزش و پرورش مدیریت میشود، توجه به رشد و نمو سالهای آغازین کودکی که می‌تواند همه سرنوشت فرد از جمله سلامت به مفهوم وسیع آن را رقم بزند. نیز باید موضوع کار قرار گیرد.

سلامت مدرسه شامل هرنوع فعالیت درون یا برون مدرسه که باعث ارتقا و حفظ سلامت دانش آموزان و آموزش دهندگان می‌شود؛ است.

بیان مسئله :

اجزای برنامه سلامت مدرسه شامل این موارد هستند:

- تامین محیط سالم با ویژگی‌هایی شامل امنیت، ایمنی، دوری از آلودگی‌های محیطی از جمله آلودگی‌های هوا و ترافیک
- ارائه خدمت شامل تغذیه، شناسایی، مشاوره، ارجاع موارد نیازمند به مراقبت سلامت، خدمات اورژانس
- آموزش و مشاوره و توانمند سازی برای ارتقای سلامت فردی، خود مراقبتی و نقش آفرینی اجتماعی
- کنترل بیماری‌ها شامل بیماری‌های واگیر و هم غیر واگیر

- ارتقا و تصحیح روابط درون خانواده
- توانمند سازی برای ارتباطات اجتماعی سالم

سلامت از این منظر فقط مسئولیت مراقبین سلامت نیست بلکه با توسعه مفهومی سلامت در سیاستها، سلامت باید به عنوان یک رویکرد کلی در نظام آموزشی مد نظر قرار گیرد و همه آموزش دهندگان و مدیران در این خصوص باید احساس وظیفه و ایفای نقش کنند . در چنین رویکردی **تربیت نسل سالم** با این ویژگی ها و توانمندی ها هدف گزاری می گردد :

- سالم در همه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- با هویت
- با اعتماد به نفس
- ملترم به اخلاق و ارزشهای انسانی نظیر عدالت و تعاون
- معتقد و عامل به مبانی توحیدی و دین مبین اسلام(در خصوص اقلیت های دینی معتقد به دین خود)
- توانمند برای استقلال مالی و شخصیتی
- توانمند در روابط درون خانواده
- توانمند در روابط اجتماعی خرد و کلان
- مقاوم در برابر شکست، مخاطرات و آسیب های خانوادگی و اجتماعی
- توانمند در خودکنترلی و تغییر مطلوب در خود

فعالیت های وزارت آموزش و پرورش

در حال حاضر فعالیتهای مرتبط با سلامت در مدرسه در این وزارتخانه در سه دفتر پیگیری میشود :

۱. دفتر تربیت بدنی و فعالیت های ورزشی در معاونت تربیت بدنی و تندرستی
 ۲. دفتر امور سلامت و تندرستی در معاونت تربیت بدنی و تندرستی
 ۳. دفتر مشاوره و مراقبت در برابر آسیب های اجتماعی در معاونت پرورشی و فرهنگی
- این گزارش عمدتا بر فعالیتهای دفتر امور سلامت و تندرستی تمرکز دارد .

✓ سفیران سلامت دانش آموزی

سفیران سلامت دانش آموزی، دانش آموزشی هستند که به حوزه سلامت علاقه دارند و فعال میباشند. این دانش آموزان ۱۶ ساعت آموزش بهداشت می بینند تا گروه همسان خود را آموزش دهند. در حال حاضر تقریباً دو میلیون و دویست هزار نفر سفیر سلامت دانش آموزی در کل کشور ثبت شده که البته از نظر فعالیت و انگیزه در یک سطح نیستند. برآورد و گزارش دقیقی از تاثیر این فعالیت چه در ارتقای سلامت خود سفیران فردی و چه در نقش آفرینی اجتماعی به دست نیامد.

✓ پایگاههای تغذیه سالم

پایگاههای تغذیه سالم مدارس در سالهای اخیر و تا دولت دوازدهم زیر نظر سازمان دانش آموزی بود و عمدتاً با رویکرد کسب در آمد اداره می شدند. در دولت سیزدهم، وزیر محترم تولیت، مدیریت و نظارت بر پایگاههای تغذیه سالم را به معاونت تربیت بدنی و سلامت محول کردند که اتفاق مطلوبی است. اما در سطح خرد در مدارس این پایگاهها زیر نظر مدیر مدرسه اداره می شود و در بسیاری از موارد همان رویکرد کاسبکارانه ادامه دارد. مراقب سلامت در مدرسه توان نظارت و جلوگیری از محصولات مضر بر سلامت در برابر مدیر را ندارد. در بازدیدهای ستادی اغلب به مدیران مدرسه تذکر داده می شود که محصولات نا سالم مثل سوسیس، کالباس، پفک و ... نباید توزیع شود اما به دلیل اینکه این پایگاهها منبع درآمد مدرسه هستند، توزیع این محصولات ادامه می یابد. ضمانت اجرایی قوی در این خصوص وجود ندارد. ضمن اینکه قوانین و مقررات در این زمینه نیز شفاف و بازدارنده نیستند. اخیراً دستورالعمل کامل تری با همکاری دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت تهیه شده که در حال ابلاغ به ادارات کل آموزش و پرورش استانهای کشور می باشد. اما بعد نظارتی کماکان نیاز به تقویت دارد.

✓ بسته امنیت غذایی

ارائه بسته امنیت غذایی یا به اختصار **باغ** دانش آموزی که مدتها تعطیل شده بود، در سال تحصیلی جدید با همت وزیر محترم آموزش و پرورش و حمایت سازمان مدیریت و برنامه ریزی مجدداً فعال شده است. در دولت نهم، هجده میلیون دانش آموز تحت پوشش شیر مدرسه بودند ولی به دلیل نبود بودجه و مسائلی که کشور با آن مواجه بوده، این برنامه در سالهای اخیر تعطیل شده بود. در دولت جدید تاکید شد که مناطق محروم باید تغذیه رایگان داشته باشند. سازمان مدیریت اعتباری حدود ۱۱۵۰ میلیارد تومان برای این منظور اعتبار

تخصیص داده است که مقرر شده که کودکان مناطق روستایی و عشایر کل کشور و ۲۲۰۰ منطقه محروم در سطح کشور تحت پوشش قرار گیرند. این کار در ۵ استان محروم شروع شده و شیر غنی شده با ویتامین D و نان غنی شده با آهن توزیع میشود .

✓ توزیع قرص آهن و ویتامین D

با کمک وزارت بهداشت، قرص آهن و ویتامین D برای چهل درصد دانش آموزان متوسطه اول و صد درصد متوسطه دوم توزیع می‌شود. دانش آموزان شانزده هفته متوالی قرصهای آهن را دریافت می‌کنند. در دوران کرونا به دلیل اینکه مدارس تعطیل بود قرصها در مراکز جامع خدمات سلامت توزیع می‌شد و والدین به آنجا مراجعه کرده و قرصها را می‌گرفتند. با توجه به عدم مراجعه بسیاری از والدین، وزارت آموزش و پرورش در صدد است که مجدداً توزیع درون مدارس انجام شود. برای اجرای مناسب آموزش‌هایی به مراقبین سلامت و معلم‌ها داده شده که لیوان یکبار مصرف آب را در کلاسها برده و قرصهای آهن را تحت مشاهده مستقیم، به دانش آموزان بدهند تا از دور ریز آنها جلوگیری شود. همچنین ۹ قرص ویتامین دی ماهانه به دانش آموزان داده میشود.

✓ توسعه مراقبتهای دهان و دندان

در این زمینه ارتباط نسبتاً پایداری بین وزارت آموزش و پرورش و اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت از حدود ۱۵ سال پیش شکل گرفته است. وارنیش فلوراید برای کل دانش آموزان ابتدایی به عنوان خدمات پیشگیری سالیانه در دو نوبت انجام می‌شود. در حالیکه برخی از آمارها حکایت از اثرگذاری این خدمت در کاهش دندانهای پوسیده میکند، برخی دیگر از گزارشها بیانگر این است که چون در برخی از استانها این خدمت توسط افراد کم تجربه انجام شده باعث پنهان شدن آسیب های دندانی شده و در طولانی مدت با تاخیر در تشخیص اثر معکوس داشته است .

در مورد خدمات درمانی دندانپزشکی، کلیه دانش آموزان روستایی که دفترچه بیمه دارند میتوانند خدمات درمانی را رایگان دریافت کنند. برای دانش آموزان شهری در سالهای گذشته، ۱۵ درصد تخفیف فرانشیز برای خدمات دندانپزشکی سطح یک اجرا می‌شد که در حال حاضر انجام نمی‌شود. دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت در حال رایزنی است تا مجدداً این تخفیف برقرار گردد. در زمینه سایر فعالیتهای مرتبط با ارتقای سلامت دهان و دندان برنامه کلانی ملاحظه نمی‌شود .

✓ پیشگیری از بیماریهای واگیر و غیرواگیر

در اوج همه گیری کووید، ۴۲۷ پایگاه آموزش و پرورش برای واکسیناسیون معلمان و فرهنگیان و ۵۳۰ پایگاه دانش آموز، ارائه خدمت کردند. آمارها نشان میدهد که بالغ بر ۹۰ درصد فرهنگیان نوبت اول و دوم واکسن کرونا و حدود ۶۰ درصد نوبت سوم را دریافت کرده اند. دانش آموزان نیز حدود ۸۰ درصد نوبت اول و دوم واکسن کووید را دریافت کرده اند.

برای بیماریهای غیرواگیر، در دولت گذشته برنامه کوچ (کنترل وزن و چاقی) دانش آموزان آغاز شد. کارایی این برنامه احتیاج به پایش دارد. برای روزآمدی دانش مراقبین سلامت و سایر فرهنگیان برنامه های آموزش حین خدمت طراحی شده و می شود. شبکه آموزش دانش آموز یا **شاد** ظرفیت خوبی برای آموزشهای ارتقای سلامت است و استقبال از آن نیز در حد قابل قبولی است. گاهی در وبینارهای که در این شبکه با متخصصان بیماریهای غیرواگیر و واگیردار برگزار می شود، بیش از نیم میلیون نفر از فرهنگیان شرکت می کنند.

✓ بهداشت، ایمنی و محیط زیست

برای فرهنگسازی در این زمینه و مسئولیت بین نسلی درقبال حفظ آب، هوا و خاک، اخیراً تفاهم نامه ای با سازمان حفاظت از محیط زیست تنظیم گردیده و مقرر شده کارگروهی در آموزش و پرورش در خصوص محیط زیست از معاونتهای مختلف تشکیل شود تا دانش آموزان آموزش لازم را دریافت کنند.

✓ کاربرینی طرح دادرس

کاربرینی طرح دادرس با همکاری سازمان هلال احمر انجام می شود و یک آموزش مهارتی است. دادرس به معنی دانش آموز آماده در شرایط سخت است. سازمان هلال احمر مهارتهایی مانند احیاء، اطفاء حریق را به شکل عملیاتی به دانش آموزان منتقل می کند.

✓ ایجاد و بهسازی اتاق بهداشت

با اجرای نظام آموزشی ۶-۳-۳ فضای آموزشی در مدارس ابتدایی با بحران مواجه شد و در پایه ابتدایی، برخی از فضاهای مدرسه از جمله اتاق بهداشت به کلاس درس تبدیل شدند.

در طی یکسال گذشته پنج هزار اتاق بهداشت تجهیز شده و ۱۳۲۷ اتاق جدید در کل کشور ایجاد شده است که در مجموع بیش از هشت درصد رشد را نشان می‌دهد. ایجاد شناسنامه برای این اتاقها پایداری و استاندارد بودن آنها را می‌تواند تضمین کند. علیرغم این تلاشها فقط سی درصد مدارس اتاق بهداشت دارند. البته بسیاری از مدارس نه اتاق بهداشت و نه مراقب بهداشت دارند.

✓ تاسیس رشته کارشناسی بهداشت مدارس در دانشگاه فرهنگیان

با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، رشته کارشناسی بهداشت مدارس در دانشگاه فرهنگیان راه اندازی شده است. در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تعداد ۳۲۰ نفر از این طریق پذیرفته شده اند. این دانشجویان از بدو تحصیل استخدام هستند. در مصوبه هیات وزیران برای هر ۴۸۰ نفر دانش آموز یک مراقب سلامت پیش بینی شده است. با توجه به تعداد ۴۴۴۳ مراقب سلامت فعال، بیست هزار نفر نیرو کمبود وجود دارد. دانش آموختگان وزارت بهداشت نیز با طی دوره ای در دانشگاه فرهنگیان می‌توانند جذب شوند.

چالش های سلامت مدرسه در ایران

سلامت مدرسه علیرغم همه این تلاشها با چالشهایی روبروست که به اهم آنها اشاره میشود

چالش در ارتباط با دانش آموزان

ایام کودکی و نوجوانی به صورت ذاتی دارای خصوصیتی است که در همه نسلها تکرار میشود نظیر

- بی تجربگی
 - احساساتی بودن
 - تمرکز بر تصویر اجتماعی خود
 - متمایل به تجربه همه چیز از دعا تا گُل (ماری جوانا)
 - سهل اندیشی و سهل انگاری
- اما امروز ما با نسل جدیدی از دانش آموزان روبرو هستیم که خصوصیات ویژه ای دارند. برخی از این ویژگیها عبارتند از:
- مورد توجه زیاد بودن حداقل در خانواده های متوسط به بالا

- اعتماد به نفس بالا و سرسختی
- خوداتکایی در انتخاب ها
- زندگی در مجاز و مواجهه کمتر با شرایط واقعی
- مهارت ارتباط گیری مجازی
- کاهش دغدغه های معیشتی پایه
- گسترش خواسته های رفاهی، اجتماعی و فرهنگی
- بیحوصلگی و تمایل به دسترسی سریع به اهداف
- لذت جویی لحظه ای
- قایل به آزادی بی حد و حصر
- بی اعتمادی به بزرگسالان

این موارد باعث شده که با نسلی مواجه شویم که **کنشگر، نوآور، منتقد، متغیر، سرسخت** و در عین حال **آسیب پذیر** هستند. بخشی از این آسیب پذیری، با منفعت طلبی سایرین چه با انگیزه های شخصی و چه با نيات سیاسی و چه با سوء استفاده لذت جویانه از دانش آموزان تشدید می شود که همه اینها تهدید کننده سلامت دانش آموزان از نظر جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی هستند .

برنامه های سلامت مدرسه باید به موضوع سلامت در همه ابعاد توجه کنند و از همه ظرفیتهای ممکن در مدرسه برای این امر استفاده کند. سفیران سلامت با پوشش میلیونی می تواند بسیار اثرگذارتر باشد اما فقدان کاربرینی و تکیه بیش از حد بر جنبه آموزشی که برای سالهای مختلف چندان تغییر نمی کند، این ظرفیت را کم توفیق می نماید .

اردوهای جهادی علیرغم ظرفیت بالایی که در ایجاد خوداتکایی درست، ترویج کارگروهی و پاسخگویی اجتماعی دارد، از گستردگی مخاطب برخوردار نیست. الحاق برخی الزامات به این اردوها و بی توجهی به نکات محوری دیگر این ظرفیت را کم بهره مینماید .

برخی از چالشهای مرتبط با فراگیران را می توان به شرح زیر گزارش کرد.

- شنیده نشدن صدای فراگیر
- کم توجهی به ویژگی های نسلی

- نقص در برنامه های مشارکتی و کاربرینی
- تاکید بیش از حد بر کتاب و ساعت درسی
- عدم استفاده از ظرفیت خدمات اجتماعی و اردوهای جهادی برای ارتقای سلامت فردی فراگیران و نقش آفرینی اجتماعی

چالش های آموزش دهنده

کمبود مراقب سلامت در مدارس از چالشهای مهم است. طبق استاندارد که در این خصوص در هیات وزیران به تصویب رسیده به ازای هر ۴۸۰ دانش آموز یک مراقب سلامت باید پیش بینی بشود. با توجه به حضور فعال کمتر از ۴۵۰۰ نفر در این سمت، در حال حاضر به ازای هر ۲۲۰۰۰ نفر یک مراقب سلامت فعال است. این به معنای کمبود ۲۰۰۰۰ نفر مراقب سلامت در سطح کشور است. عدم استخدام نیرو در سال های گذشته؛ پایین بودن سهمیه تخصیصی برای استخدام مراقب سلامت از طریق آزمون استخدامی و دانشگاه فرهنگیان به این موضوع دامن زده است.

مراقبین فعلی نیز انگیزه کافی برای ادامه فعالیت ندارند. بالاتر بودن ساعت کار آنها در مقایسه با مابقی کارکنان آموزشی در حالیکه دریافتی کمتری دارند، از شکایتهای پرشمار این نیروهاست. همچنین این گروه از مزایای طرح طبقه بندی مشاغل بهره مند نیستند. شرح وظایف سنگین آنها نیز مزید علت شده است.

ایجاد رشته بهداشت مدارس در دانشگاه فرهنگیان گامی برای تامین نیرو بوده است. البته دانشگاه فرهنگیان در حال حاضر نه هیئت علمی و نه عرصه آموزشی مناسب برای این آموزش را ندارد و این تعداد اندک پذیرفته شده در سال جاری را هم اغلب با همکاری برخی از دانشگاههای علوم پزشکی آموزش می دهد. این در حالی است که با همین عنوان یا عناوین مشابه نظیر بهداشت عمومی تعداد درخور توجهی دانش آموخته بیکار از وزارت بهداشت وجود دارند. از آن تعداد زیاد، فقط گروه بسیار اندکی از طریق روش موسوم به ماده ۲۸، با گذراندن دروه های تکمیلی امکان استخدام در آموزش و پرورش پیدا می کنند.

موضوع مهم دیگر ایجاد انگیزه در سایر آموزش دهندگان برای سلامت محوری است. همه معلمان می توانند در این زمینه آموزش ببینند و توانمند شوند و غیر از برخی امور تخصصی

در بسیاری از موارد می‌توانند پیام رسان ارتقای سلامت برای خود و خانواده باشند . جمع بندی چالش های این عرصه را میتوان به شرح زیر بیان کرد .

- کمبود نیروی مراقب سلامت
- بی انگیزگی نیروهای موجود با ساعت کار بیشتر ، مسئولیتهای متراکم و دریافت کمتر
- روزآمد نبودن دانش
- عدم استفاده از سایر آموزش دهندگان به دلیل فقدان انگیزه، فقدان دانش لازم و نداشتن فرصت
- ضعف کارگروهی و هماهنگی و تقسیم وظیفه
- بی توجهی به سلامت همه جانبه

چالش ها در مدیریت اجرایی

کم بودن اعتبارات سرانه بهداشتی دانش آموزان از چالش های مهم است. رقم اختصاصی سرانه ای در حد ۱۰۰۰ تومان به ازای هر دانش آموز گزارش می‌شود. از سوی دیگر همان اعتبار تخصیصی نیز در برخی از موارد هزینه سلامت نمی‌شود و به خصوص در برخی از ستاد استانها برای هزینه های اداری یا ساختمانی هزینه شده است و اعتبارات نشاندار نیست. هر چند در زمینه فراهمی فضای مناسب برای اتاق بهداشت در مدارس در طی یکسال گذشته اقدامات خوبی شده و رشد هشت درصدی در این زمینه رخ داده است اما کمبود به خصوص در مدارس ابتدایی زیاد است. سند استاندارد اتاق بهداشت مدارس و شناسنامه برای این اتاقها وجود ندارد.

ارکان وزارت آموزش و پرورش به خصوص سازمان پژوهش و سازمان نوسازی مدارس باید سلامت محورتر باشند. شورای عالی آموزش و پرورش در زمینه سلامت باید نقش آفرینی بیشتری بنماید.

سفیران سلامت و طرح دادرس بسترهای خوبی برای ارتقای سلامت هستند اما به خصوص مورد اول در بسیاری از مواقع حضور، بهانه گریز از درس است تا فعالیت واقعی .

اگر سلامت کارکنان وزارت آموزش و پرورش تامین شود و به خصوص اگر کارکنان آموزشی برای فعالیتهای ارتقای سلامت و خود مراقبتی آموزش ببینند می‌توانند مبلغ سلامت در

جامعه و برای دانش آموزان باشند. برنامه ها در این زمینه به خصوص در عرصه پیشگیری و توانمند سازی ضعیف است و عمده به خدمات بیمه درمان توجه شده است. پراکندگی فعالیتهای مرتبط با سلامت در معاونت ها، جداسازی مباحث سلامت روان و آسیبهای اجتماعی از آسیب های جسمی و عدم بهره وری از همه فرصتها برای ارتقای سلامت از دیگر چالش هاست .

سرانه ورزشی در آموزش و پرورش در یک سال اخیر رشد چشمگیری داشته است به نحوی که ۲۱۰۰ فضای ورزشی به آموزش و پرورش اضافه شده اما کمبود در این زمینه زیاد است. برای جهش در تحرک بدنی دانش آموزان باید از امکانات سایر دستگاه ها از جمله شهرداری و وزارت ورزش استفاده کرد.

وضعیت آب خوری مدارس بهتر شده است. اما هنوز سیزده هزار مدرسه سرویس بهداشتی ندارند و برخی از مدارس چندمنظوره در مناطق کمتر برخوردار، از سرویس مشترک پسر و دختر استفاده می کنند.

به طور خلاصه جمع بندی چالش های اجرایی را به شرح زیر است

○ کمبود زیر ساختها و کمبود امکانات : فضای فیزیکی و زمان مناسب اختصاص یافته

○ سرانه ناکافی

○ ناهماهنگی درون وزارت آموزش و پرورش

○ بهادر دادن به فعالیتهای مرتبط با سلامت در ارتقاء شغلی

○ نقصان در حمایت علمی و دوره های توانمند سازی

○ دیوانسالاری و عدم حمایت از فعالیتهای خودجوش

○ ضعف هماهنگی بین بخشی با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

○ کم توجهی به سلامت کارکنان و توانمندسازی آنها در این زمینه

○ کم توجهی به ظرفیت خیرین و سمن ها برای رفع نیازهای سلامت مدارس

چالش تعامل با والدین و جامعه

والدین می توانند در تعامل مدرسه هم بیاموزند، هم مطالبه کنند و هم حامی باشند. از ظرفیت انجمن اولیا و مربیان در این زمینه می توان بیشتر استفاده کرد. در زمینه ارتباطات درون

خانواده بسیاری از خانواده ها چالش دارند. در این زمینه آموزش و پرورش می تواند فعال تر عمل کند و برنامه های توانمند سازی مشاوره و حمایت انجام دهد .
مدارس میتوانند پایگاه سلامت باشند و به خصوص در ارتقای سلامت روان و سلامت اجتماعی نقش آفرین باشند. مدارس جامعه نگر و یا مدارس مروج سلامت تلاشهایی برای این مهم بودند که امتداد و پایداری نیافتند .

چالش های این عرصه را میتوان به صورت زیر جمع بندی کرد

- ضعف سواد سلامت والدین
- ضعف در برنامه های توانمند سازی، تعاملی و مشارکتی با والدین برای ارتقای سلامت خود و خانواده
- ترویج رفتاری های غیر سالم توسط برخی از والدین و جامعه
- کم توجهی به نقش مدرسه برای سلامت جامعه و خانواده

چالش در راهبرد های آموزش و پرورش

برای آموزش مفاهیم سلامت، رویکرد عمده مد نظر بسیاری از دست اندرکاران اختصاص کتاب درسی و ساعت درسی در برنامه رسمی است. در حال حاضر تنها در پایه دوازدهم کتابی به این عنوان وجود دارد. البته موضوعات مربوط به سلامت به طور پراکنده و بین رشته ای در پایه های مختلف و در دروس دیگر مثل تربیت بدنی، تفکر و سبک زندگی، زیست شناسی و آمادگی دفاعی وجود دارد. اما مشکل اصلی فقدان هماهنگی بین این مطالب و فقدان رویکرد کلان در این متون است. عدم هماهنگی کافی با دفاتر مسئول در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت استفاده در تدوین کتب درسی ، نبود نماینده دفتر سلامت در کمیته تدوین و تألیف کتب درسی باعث شده مطالبی که در این دروس ارائه می شود بعضا یا با نیازهای اولویت دار آموزشی سلامت، با توجه به پویایی روند بیماری ها و عوامل خطر ساز در کشور، تطابق نداشته باشد یا مطالب به درستی بیان نشود. ایجاد درس سلامت برای کلیه ی پایه ها با اولویت دوره اول ابتدایی از آنجا که با تعارض در ساعت سایر گروههای آموزشی همراه بوده است، تا کنون به نتیجه نرسیده است.

مهمتر از ایجاد درس، رویکرد کلان سلامت محوری در همه برنامه هاست. فرهنگ غالب در آموزش و پرورش که بر مبنای موفقیت تحصیلی آنهم با ارزیابی نمره شکل گرفته، خود

میتواند مخل سلامت باشد. کما اینکه یکی از برهه های زمانی که با افزایش نرخ اقدام به خودکشی یا افزایش بیماری های روان تنی روبرو می شویم ایام امتحانات و اعلام نتایج آزمونهاست. در جمع بندی چالش هایی که در راهبرد آموزش و پرورش برای سلامت در مدرسه وجود دارند را می توان در موارد زیر خلاصه کرد :

- تمرکز بر موفقیت تحصیلی و بی توجهی به سایر نیازها
- تشویق رفتارهای مخل سلامت از جمله درس خواندن فشرده
- تدبیر امور عمدتاً از طریق ساعت درسی و کتب
- فقدان سلامت محوری در برنامه ها و کم توجهی به ادغام مباحث سلامت بصورت غیر مستقیم در برنامه و کتب درسی
- مواجهه نادرست با شکستها و ناکامی های دانش آموزان
- بی توجهی به ظرفیتهای و توانمندی های فردی دانش آموزان
- ضعف در برنامه های مشارکتی و بین بخشی
- نشنیدن صدای فراگیر
- تعامل اندک با وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- کم توجهی به هنجار سازی سلامت با استفاده از همه ظرفیت ها از جمله مسابقات و تشویق ها

چالش های وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی

طبق سیاستهای کلی سلامت، وزرات بهداشت متولی سلامت در همه عرصه ها از جمله مدارس است. وزرات بهداشت در این عرصه با توجه به مشکلات ذاتی خود از یک سو و بسته بودن نسبی فضای آموزش و پرورش چندان فعال نیست. دفاتر مرتبط با سلامت مدرسه در وبدا با هم هماهنگ نیستند و راهبرد کلان در این خصوص تدوین نشده است. تعامل بین دو وزارت خانه تعریف شده نیست و بسیار به رویکرد شخصی مدیران نه یک سند مشخص تقسیم وظایف و تعریف فرآیندها بستگی دارد. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می تواند چارچوبی برای امور بین بخشی باشد و دبیرخانه این شورا می تواند برای سلامت مدرسه و در واقع سلامت کودکان و نوجوانان و خانواده آنها زمینه ساز تصمیمات و سیاست گذاری های کلان بین بخشی باشد.

همسویی در اولویت گذاری ها بین ویدا و آموزش و پرورش می تواند بسیار کمک کننده باشد . به عنوان مثال موضوع چاقی یا سوء تغذیه تا حدودی مورد تفاهم هر دو وزارت خانه هست. اینجا اشکال در طراحی و اجرای مناسب برنامه هاست. در برخی موارد اولویت بندی مورد اختلاف است. مثلاً موضوع سوء مصرف مواد و یا ابتلاء به بیماری های آمیزشی که در گروه نوجوانان شتاب گرفته در برنامه های آموزش و پرورش چندان مورد توجه نیست. در ویدا نیز برنامه ها متناسب با شرایط آموزش و پرورش طراحی نشده و در ویدا تمرکز بر آموزش همگانی است در حالیکه با تمرکز بر شناسایی دانش آموزان پرخطر و خدمات موثرتر برای آنها شاید بتوان همکاری بهتری با آموزش و پرورش داشت. برخی از عوامل خطر ساز نیز به کلی مورد غفلتند از جمله عوارض داروهای بدنسازی که در حال حاضر یکی از علل مهم نارسایی حاد کبد در گروه نوجوانان و جوانان است .

تصمیمات در سلامت مدارس باید پشتوانه علمی قوی داشته باشد، اما بعضاً از پشتوانه لازم برخوردار نیست . مثلاً در طرح باغ، استفاده از شیر غنی سازی شده با ویتامین دی هزینه را می افزاید ولی تاثیر مشخصی در مطالعات علمی در رشد یا پوکی استخوان متفاوت از شیر غنی نشده، نداشته است. از سوی دیگر توصیه های تغذیه ای باید بر اساس وضعیت دانش آموز تعیین شوند. توصیه های عمومی و یک نسخه برای همه می تواند مشکلاتی را ایجاد نماید . وارنیش فلوراید در وضعیت فعلی و توسط نیروهای غیر مجرب می تواند به پنهان سازی آسیب های دندانی بیانجامد و بعداً عوارض بدتری را به وجود آورد.

اشتراک سامانه های اطلاعات سلامت به خصوص سیب در ویدا و سیدا در وزرات آموزش و پرورش می تواند به شناسایی و مراقبت به هنگام و هدفمندتر از دانش آموزان آسیب پذیر چه از نظر جسمی و چه از سایر ابعاد سلامت بیانجامد. موضوع امنیت هر دو شبکه و محرمانگی اطلاعات و سطوح دسترسی تا کنون این مهم را دچار اختلال کرده است.

در زمینه آموزش مراقبین سلامت چه به صورت ابتدایی و چه به صورت آموزش حین خدمت و توانمند سازی هر چند مشارکت هایی شکل گرفته است اما با توجه به ظرفیت های آموزشی ویدا، دانشگاه های علوم پزشکی می توانند بورسیه پذیر وزارت آموزش و پرورش گردند و از دوباره کاری در دانشگاه فرهنگیان جلوگیری کرد. آموزش ها بویژه برای تدریس می تواند در قالب واحدهای تکمیلی در دانشگاه فرهنگیان نظیر اقدامات فعلی ذیل عنوان ماده ۲۸ ارائه شوند .

امتداد خدمت و پاسخ به هنگام به مشکلات محیطی احتیاج به تعریف فرایندهای تعامل و مسیرهای ارجاع سریع و مطمئن دارد که بعضا موجود نیست یا اگر هست روان نیستند . طبق تقسیم کار، بهورز در مناطق روستایی نقش مراقب سلامت را ایفا می کند. هماهنگی بین آموزش و پرورش و بهورز در این مناطق کم است و در شهرها نیز مراقب سلامت مدارس ارتباط مشخصی با وزارت بهداشت یعنی دانشگاهها ندارد. در حالیکه این نیروها باید در این عرصه به صورت دوزیست عمل کنند تا بتوانند موثر باشند.

اشتباهات پرتکرار در این مسیر

- بی توجهی به اولویت های ارتقای سلامت و انتخاب سلیقه ای موضوعات
 - روزآمد نکردن برنامه ها
 - بی توجهی به خط مشی گذاری و هماهنگ سازی همه سیاستها و محتواها بر محور سلامت
 - فقدان برنامه اقدام
 - فقدان نظارت ، تشویق و حمایت
 - عدم توجه به تحقیقات کاربردی
 - ضعف در اقدامات بین بخشی
- داشتن هدف عالی برای به ثمر رسیدن یک برنامه کفایت نمی کند . باید به اصول اجرا در طراحی برنامه ها توجه داشت. در اصول اجراء باید پیش بینانه، فعال، بومی شده، مشارکتی و تخصصی عمل کرد و همواره قابلیت اجرا را در نظر داشت.

راهکار ها و توصیه های اجرایی

- موارد زیر راهکار ها و توصیه هایی برای برنامه های سلامت مدرسه می باشد :
- تعامل مناسب بین وزارتین بهداشت درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش
 - تدوین برنامه اقدام و راهبردهای کلان در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
 - خط مشی گذاری و هماهنگ سازی همه سیاستها و محتواها بر محور سلامت
 - اختصاص منابع : زمان ، امکانات ، حمایت از نیروی انسانی متناسب با برنامه ها
 - روزآمد نمودن مستمر برنامه ها و اقدامات
 - نظارت بر اجراء، بازخورد و اصلاح
 - توانمند سازی آموزش دهندگان در محتوا و روش

- سازماندهی همه فعالیتهای مدرسه بر محوریت سلامت
- شنیده شدن صدای فراگیر
- تعامل با فراگیر و خانواده
- توجه به سلامت آموزش دهندگان و سلامت خانواده برای شروع فعالیتهای ارتقای سلامت در این بخش ها

در ادامه سلسله مکاتبات فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با مراجع ذی صلاح جهت همکاری و ارائه نظرات کارشناسی در مفاد مرتبط با سلامت سند تحول دولت مردمی ارائه می شود:

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

اصلاح سند تحول دولت مردمی

خلاصه اجرایی:

ابلاغ سند تحول دولت مردمی بعنوان میثاق نامه دولت برای هماهنگی درون بخش دولت و مشخص بودن اهداف و برنامه های ۴ ساله هرچند اقدام مبارکی است. لیکن مشارکت صاحب نظران در تدوین آن بسیار مهم است. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به عنوان اطاق فکر بخش سلامت و براساس رسالتی که برعهده دارد انتظار داشت قبل از ابلاغ سند و در جریان تدوین مورد مشورت قرار می گرفت. با بررسی محتوای سند ابلاغ شده همانگونه که در متن اصلی نامه در موارد متعدد اشاره شده است. سیاست های کلی سلامت ابلاغی سال ۱۳۹۳ مقام معظم رهبری به عنوان یک سند بالا دستی محوری مورد غفلت واقع شده و برخی موارد مندرج در سند تحول دولت مردمی با متن سیاستهای کلی سلامت در تضاد است. لذا درخواست می شود دستور فرمایید نظرات پیوست مورد توجه واقع شده و جلسات کارشناسی فوری جهت اصلاح موارد پیشنهادی تشکیل گردد.

کلیات:

در بررسی کلیات سند، نکات زیر قابل توجه است:

موضوع اصلی مشخص نبودن اصول و ارزش های حاکم بر سند است. در مقدمه سند با دیباچه ای که به نام حضرت تعالی آمده است، عناوین عدالت محوری و فساد ستیزی، مردم پایه بودن، دانش بنیان بودن و خانواده محوری بعنوان اصول سند ذکر شده است. اما در تعاریف و اختصاراتی که بعداً ذکر شده این چهار اصل که قاعدتاً اصول و ارزش های حاکم بر سند هستند تعریف نشده اند. واضح است که ارزش های حاکم بر برنامه ها و اسناد اگر علمی و درست تفسیر نشوند مجریان در ادامه کار بر اساس نظر فردی عمل خواهند کرد. موضوع دیگر این که طبق اسناد بالادستی نظام مانند قانون اساسی، بیانیه گام دوم، سند چشم انداز و سیاست های کلی حاکم بر نظام در بخش های مختلف، اصول و ارزش های دیگری هم وجود دارند که خارج از این چهار اصل بوده و خود از اهمیت والایی برخوردارند. که برخی از این موارد به شرح زیرند.

حاکمیت اصول اعتقادی، احکام و اخلاق اسلامی، رشد و تعالی آحاد جامعه در جهت دستیابی به حیات طیبه، مسوولیت پذیری اجتماعی، تعاون و نוע دوستی، کرامت انسانی، سلامتی همه جانبه بعنوان حقی همگانی، خودباوری و استقلال طلبی در حوزه علم و فناوری،

نکته اصلی این است که اصولاً در برنامه ریزی ها و نوشتن اسناد صرف این که گفته شود به اسناد بالادستی استناد شده کافی نیست. و باید بطور علمی در متن برنامه نحوه تحقق اهداف مشخص شود. کما اینکه برخی موارد مندرج در متن اقدامات این سند با سیاست های کلی سلامت مغایر است. موضوع دیگر اینکه اصول حاکم بر برنامه مشخص نیست. طی سالیان گذشته عملکرد اینگونه بوده است که علی رغم تاکید بر اتکا به اسناد بالادستی بسیاری برنامه ها که ریشه تفکر لیبرالی را داشته بر اسناد سایه افکنده و نتایج تاسف باری را هم در عدالت اجتماعی و هم سلامت جامعه بیار آورده است.

موضوع مهم دیگر این است که، در گام دوم سند مورد بحث که محور های جهت ساز برنامه تعیین گردیده است. سه موضوع محوری تحت عنوان اقتصاد و معیشت مردم، فرهنگ و سیاست خارجی بعنوان محور های اصلی برنامه معرفی شده اند. در اینجا باید ذکر نمایم که موضوع مهم **سلامت همه جانبه** مورد غفلت کامل واقع شده است. همانگونه که

مستحضری در همه جوامع توجه به تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه جزو محور های اصلی برنامه هاست. اصولاً انسان سالم محور توسعه پایدار است. و این مهم بارها در فرمایشات مقام معظم رهبری مورد تاکید قرار گرفته است. ایشان می فرمایند: "**مسئله سلامت جزو اولین مسائل مهم زندگی جوامع است**" و "**سلامت، محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در عرصه معنویت بخواند رشد کند باید فرد سالمی باشد**".

لذا تاکید می گردد که جزو محور های **جهت ساز برنامه باید موضوع سلامت همه جانبه هم اضافه شود** و یاد آور می شود همان گونه که جناب عالی مطلع هستید سلامت چهار بعد دارد **سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی** که توجه به این ابعاد باید در جای جای سند باید مشهود باشد.

موضوع بعدی، عناوینی است که در ابتدای هر مبحث بعنوان چرخش های تحول آفرین آمده است و در ادامه هر مبحث چالش ها و سپس راهبرد ها و اقدامات لازم برای رفع این چالش ها ذکر شده است. نکته مهم نحوه تحقق عناوین چرخش های تحول آفرین است. توضیحات نویسندگان سند اینگونه است که اسناد بالادستی را بررسی کرده اند. وضعیت موجود را تحلیل نموده و چرخش های تحول آفرین را نوشته اند. به عبارتی سند از بالا به پایین نوشته شده است. در حالیکه در تدوین اینگونه اسناد می بایست تحلیل وضعیت موجود با مطالعه مروری و تحقیقات همه جانبه و احصای نقاط ضعف و قوت و تهدید ها و فرصت ها با نظر خواهی از ذینفعان صورت گرفته و سپس اهداف و راهبرد های مورد نظر تدوین شود و نهایتاً سیاست های اجرایی برای رسیدن به اهداف مورد نظر نوشته شوند. این موضوع اشکال اساسی این سند است که نظرات صاحب نظران و ذینفعان اصلی که مردم هستند گرفته نشده است. یعنی مشخص نیست که این چرخش های تحول آفرین قید شده بر چه اساسی و مستندات از روی چه مطالعات علمی احصاء و نهایی شده است.

نکات قابل اصلاح

در ادامه برخی بند های قابل اصلاح در بخش های مرتبط با وظایف فرهنگستان علوم پزشکی به استحضار می‌رسد.

در **چرخش های تحول آفرین کلان** به دلیل اهمیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (بر اساس مستندات علمی ۷۵ درصد عوامل تعیین کننده سلامت، خارج از بخش سلامت هستند) و لزوم مشهود بودن توجه به تامین سلامت در برنامه همه بخش ها، پیشنهاد می شود این بند اضافه شود.

از پراکندگی در اجرای سیاست های آسیب زای سلامت به تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین ، سیاست های اجرایی و مقررات (متن بند ۲ سیاست های کلی سلامت)

با توجه به اهمیت و ارتباط بیشتر مباحث سلامت، ابتدا به موارد مرتبط با این حوزه در **فصل پنجم مبحث ششم** که مرتبط با بخش سلامت است نکاتی ارائه می گردد.

در نشانگر های وضعیت مطلوب بند ششم به اینگونه اصلاح شود. "افزایش سهم بخش سلامت از درآمد ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت و مدیریت این منابع از طریق بیمه پایه با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی"

با توجه به اهمیت بخش پیشگیری و بهداشت این نشانگر بعنوان نشانگر هشتم اضافه شود. "افزایش سهم بخش بهداشت از کل بودجه بخش سلامت تا حد ۱۵ درصد و نشان دار کردن اعتبارات به نحوی که فقط در محل مراقبت ها و خدمات بهداشتی هزینه گردد"

بند سوم چرخش های تحول آفرین به این شکل اصلاح شود. "از ارائه خدمات بیماری محور مبتنی بر وضعیت مقطعی به ارائه خدمات هوشمند پیشگیری محور مبتنی بر سوابق فرد؛"

با توجه به تاکیدات مکرر مقام معظم رهبری بر موضوع بازسازی و تحکیم شبکه های بهداشتی درمانی یک بند به این عنوان به چرخش های تحول آفرین اضافه شود. "از نظام ارائه خدمات سلامت نامنظم به نظام ارائه خدمات مبتنی بر شبکه بهداشتی درمانی و

مراقبت های اولیه سلامت در سطوح سه گانه با تحقق سطح بندی خدمات ، پزشکی خانواده و نظام ارجاع"

با توجه به اهمیت امنیت و ایمنی غذا در اسناد بالا دستی و وجود شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که وجودش هم در این سند مورد غفلت قرار گرفته است. یک بند به این صورت به چرخش های تحول آفرین اضافه شود. و یا بند مربوطه در چرخش های تحول آفرین مبحث کشاورزی به این صورت اصلاح شود و اقدامات مربوط به ایمنی غذا هم در هر دو بخش آورده شود" از اکتفا به تأمین غذا به تأکید بر امنیت غذایی پایدار ، ایمنی تغذیه و تأمین غذای سالم و کافی برای آحاد جامعه؛

ذیل چالش ۱- عامل ۲ ، با توجه به اهمیت احیاء و تحکیم شبکه بهداشتی درمانی اولاً عنوان عامل ۲ به این صورت اصلاح شود "ضعف در به روز نبودن برنامه ها و ساختار شبکه های بهداشتی و درمانی و کمبود آگاهی ، مسئولیت پذیری و توانمندی مردم در تأمین حفظ و ارتقای سلامت خودشان" و سپس راهبرد ۴ ذیل این عامل به این صورت اصلاح گردد." به روز رسانی برنامه ها و بازسازی زیرساخت های شبکه بهداشتی درمانی و مراقبت های اولیه سلامت". اقدامات ذیل این راهبرد نیز نیاز به اصلاح به این صورت دارد. اقدام ۱"ارائه خدمات پیشگیری و سطوح اولیه خدمات توسط مراقبان سلامت و بهورزان با نظارت پزشکان خانواده، ازجمله بهداشت دهان و دندان"

ذیل چالش ۲ عامل ۱ اقدام ۱ در عداد دستگاههای مسئول تربیت نیروی انسانی بخش پزشکی نام وزارت علوم تحقیقات و فن آوری در کنار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی آمده است .

این عنوان باید حذف گردد. زیرا به موجب قوانین مختلف و سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری وظیفه آموزش نیروی انسانی گروه پزشکی فقط به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سپرده شده است.

ذیل چالش ۳- عامل ۱- راهبرد ۲- اقدام ۱ یک پیشنهاد برگشت به گذشته می باشد. اصولاً قانون هیئت امنایی شدن دانشگاهها یکی از قوانین متریقی مربوط به حوزه علم و فن

آوری است و بر اساس ماده ۱ آن دانشگاهها و از جمله دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس آیین نامه مالی معاملاتی خودشان اداره می شوند. این موضوع نافی نظارت دیوان محاسبات بر این دستگاهها نیست و در طی سالیان گذشته دیوان محاسبات بخوبی بر این دانشگاهها نظارت نموده است. لذا پیشنهاد حذف اقدام ۱ ذیل راهبرد ۲ را دارم.

ذیل چالش ۳- عامل ۲ راهبرد ۱ به این صورت اصلاح شود. "باز طراحی نظام ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت و نظام پرداخت با محوریت استفاده از نیروهای حدواسط" و اقدامات ذیل آن هم به این صورت اصلاح شوند. اقدام ۱. "افزایش کمی آموزش نیروهای حد واسط (مراقب سلامت) برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با محوریت پزشکی خانواده، و نظام پرداخت مبتنی بر پیشگیری محوری و کیفیت مراقبت. و اقدام ۲ به این صورت اصلاح شود. "اصلاح نظام پرداخت کارانه ای به نظامات پرداخت سرانه ای در بخش سرپایی در قالب پزشکی خانواده، DRG (پرداخت بر اساس گروههای تشخیصی) برای پرداخت به بیمارستان و پرداخت مبتنی بر عملکرد (PFP) برای ارائه کنندگان مراقبت ها و خدمات اعم از پزشک و پرستار در بخش بستری دولتی و یکسان سازی جزء حرفه ای بخش خصوصی و دولتی

ذیل چالش ۳- عامل ۳- بطور کلی نگاه به این موضوع اشتباه است و خود عامل و راهبرد و اقدامات ذیل آن برخلاف بند ۷ سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری است . در بند ۷ سیاستها صراحتاً تولید بخش سلامت به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سپرده شده است در بند ۷-۱ آمده است «تولیت نظام سلامت شامل سیاست گذاری اجرایی، برنامه ریزی

راهبردی، ارزشیابی و نظارت باید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شود»، و در بند ۷-۲ ذکر شده است که مدیریت منابع بخش سلامت از طریق بیمه ها و با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت پذیرد. لذا جدا نمودن سازمان بیمه سلامت و بخصوص شورای عالی بیمه سلامت که یک نهاد سیاستگزاری است از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی یک عقب گرد خلاف سیاست ها و به ضرر نظام

سلامت بوده و باعث تشتت در تصمیم سازی ها خواهد شد لذا پیشنهاد می گردد عامل ۳ و راهبرد ۱ و اقدامات ۱ و ۲ ذیل آن حذف گردند.

ذیل چالش ۴- عامل ۲- راهبرد ۲- اقدام دوم نیاز به اصلاح دارد زیرا برخی کالاها و محصولات ضروری و مورد نیاز مردم، بدلیل نقش تأثیرگذار آنها بر سلامت، به عنوان کالای عمومی شهرت یافته و دولت و متولی امر سلامت باید بطور مستمر با تنظیم مقررات حاکم بر فهرست اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی و تعیین مستمر نیاز به هر یک از آنها در شرایط عادی و بحرانی و همچنین تولید، واردات، نگهداری، تخصیص، توزیع، عرضه و مصرف آنها، و تعرفه گذاری متناسب با توان مالی مردم، و سیاستگذاری در تخصیص مناسب یارانه ها به این محصولات راهبردی و نظارت مستمر بر اجرای صحیح آنها، از دسترسی عادلانه مردم اطمینان حاصل نماید و سریعاً نسبت به اصلاح فهرستهای دارویی و تجهیزاتی و مقررات، استانداردها و یا سیاستهای مرتبط با آنها اقدام نماید. این موضوع آنچنان حائز اهمیت می باشد که در بندهای ۴ و ۵ و ۶ سیاستهای کلی سلامت، بر نقش متولی امر سلامت بر «ایجاد و تقویت زیرساختهای مورد نیاز برای تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی»، «ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور» و «سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی» و «بهره مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی و فرآورده های بهداشتی ایمن» تأکید ویژه ای نموده است. حال در شرایطی که یکی از ابزارهای مهم برای استقرار سیاستها، برنامه ها، استانداردها و مقررات مربوط به خدمات، محصولات و کالاهای سلامت محور، تقویت نقش تعرفه گذاری این خدمات و کالاها به متولی امر سلامت است تا بتواند دسترسی عادلانه مردم به خدمات و کالاها را در تمامی بازارها کنترل و تنظیم نماید، در اقدام مذکور ملاحظه می نمایم که یکی از بازوهای اصلی استقرار و نهادینه سازی سیاستهای سلامت در بخش دارو، غذا، مواد آرایشی، بهداشتی، بیولوژیک و تجهیزات و ملزومات پزشکی، که تعرفه گذاری و تنظیم بازار است از سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سلب شده است. لذا پیشنهاد می شود اقدام مذکور حذف گردد

فصل پنجم مبحث چهارم موضوع خانواده و فرزند آوری . ذیل چالش ۳- عامل
۳- راهبرد ۱ به این نحو اصلاح شود. "تاکید بر پیشگیری از ناباروری و اقدامات حمایتی از درمان ناباروری" و اقدام ۱ آن به این نحو اصلاح شود. "تمرکز بر پیشگیری از ناباروری با اقدامات اصلاحی در عوامل مهم آن مانند بیماری های مقاربتی ، تسهیل ازدواج در سنین پایین تر و تشویق به فرزند آوری زود هنگام و به تعداد مطلوب و اجرای طرح ملی غربالگری سلامت پیشرفته، تقویت مراکز مشاورهای و طراحی دستورالعمل تخصصی هماهنگ کشوری برای تشخیص و درمان ناباروری"

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

اصلاحات پیشنهادی برای سند تحول دولت مردمی

اهمیت موضوعات مطروحه و مغایرت سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، اقتضاء می نمود که با دستورات صریح و اکید حضرت عالی، پیگیری و موارد تضاد سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت، اصلاح و با صراحت اعلام شود. عملاً نه تنها این مهم تحقق نیافته، بلکه در زیر مجموعه مرتبط مسیر خلاف آن، طی شده است. شاهد آن، دعوت نامه پیوست دبیر محترم ستاد راهبردی تحول دولت مردمی مبنی بر دعوت به جلسه ای با عنوان دوگانه " تعمیق ادغام آموزش پزشکی در خدمات و مراقبت های سلامت " و " تجمیع یکپارچگی آموزش پزشکی با آموزش عالی " است، که بخش دوم موضوع دعوت نامه، بر خلاف صریح سیاست های کلی سلامت و موجب تضعیف عالی ترین دستاورد سلامت در دوره جمهوری اسلامی و به تبع آن تضعیف و دلسردی مجموعه یکپارچه نظام سلامت کشور، خواهد شد.

عطف به مراتب فوق موجب امتنان است تا در صورت صلاح دید نسبت به دستور لغو جلسه فوق و دستور صریح مبنی بر تصحیح مفاد مغایر با سیاست های کلی سلامت در سند تحول فوق اشاره، صادر فرمائید.

این فرهنگستان اعلام آمادگی می نماید تا نسبت به ارائه مشاوره‌های کارشناسی مسئولانه لازم به مجموعه محترم تدوین کننده سند فوق اشاره، ترجیحاً در محل این فرهنگستان اهتمام نماید.

مکاتبه با ریاست محترم دفتر ریاست جمهوری جناب آقای دکتر غلامحسین اسماعیلی

پیگیری نتیجه مکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی

پیرو نامه شماره ۷۰۰۴/ ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ در خصوص پیشنهادات فرهنگستان علوم پزشکی جهت اصلاح مغایرت های سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، خواهشمند است دستور فرمائید این فرهنگستان را از نتایج اقدامات انجام شده مطلع فرمایند.

مکاتبه با ریاست محترم دفتر ریاست جمهوری جناب آقای دکتر غلامحسین اسماعیلی

پیگیری مجدد نتیجه مکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی

پیرو مذاکرات با جناب آقای دکتر رئیسی، به پیوست مجدداً نسخه‌ای از نظرات فرهنگستان علوم پزشکی در مورد سند تحول دولت مردمی که طبق نامه شماره ۷۰۰۴/ ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ ارسال شده بود و نیز نسخه‌ای از نظرات جمعی از اساتید علوم پزشکی که با محوریت جناب آقای دکتر فریدون نوحی در نقد سند تحول دولت مردمی تهیه شده است، خدمتتان تقدیم می‌گردد. حقیقتاً جای بسی تعجب است که بخش سلامت به گونه‌ای نگاشته شده است که قطعاً با منابع بالادستی و به ویژه "سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری" در تضاد کامل است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در نتیجه سلامت جامعه را با چالش‌های جبران ناپذیر و نیز خسارت‌های اقتصادی روبرو خواهد کرد. خواهشمند است دستور فرمائید فرهنگستان علوم پزشکی را از نتایج اقداماتی که عنایت می‌فرمایند مستحضر فرمائید.

مکاتبه با رئیس محترم کارگروه سلامت کمیسیون علمی، فرهنگی و اجتماعی دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام جناب آقای دکتر امیدوار رضایی

پیرومکاتبه با موضوع اصلاح سند تحول دولت مردمی

با احترام به پیوست نظرات فرهنگستان علوم پزشکی در ارتباط با سند تحول دولت مردمی که طی نامه شماره ۷۰۰۴/ف/ع/پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ جهت جناب آقای رئیس جمهور که پس از مذاکره حضوری با جناب آقای دکتر رئیسی و نیز جناب آقای دکتر اسماعیلی در حاشیه مراسم مسئولان نظام و نامه شماره ۷۰۶۱/ف/ع/پ مورخ ۱۴۰۱/۱/۲۴ مجدداً جهت جناب آقای غلامحسین اسماعیلی رئیس محترم دفتر رئیس جمهور ارسال شده است ، به اضافه نظراتی که جناب آقای دکتر فریدون نوحی و جمعی از اعضای محترم هیئت علمی تهیه و به طور غیر رسمی خدمت مقام معظم رهبری و ریاست محترم جمهوری ارسال کرده‌اند را، تقدیم می‌دارم. همچنین توجه حضرت‌عالی را به بند ۱۶ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه که زیر نظر جناب آقای دکتر علی احمدی معاون محترم سازمان برنامه و بودجه تهیه شده است جلب می‌کنم. در بند ۱۶ حتی نپذیرفتند که از نام صحیح شبکه بهداشتی درمانی که از جامعه تا بیمارستانهای فوق تخصص را شامل می‌شود استفاده نمایند. این سوء انتخاب (با عنوان شبکه بهداشت) ممکن است این ذهنیت را تقویت کند که شبکه صرفاً مربوط به روستا و امر پیشگیری است و در نتیجه از اهمیت و نقش بی بدیل آن در همه ابعاد سلامت در کشور غفلت شود.

مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

درخواست دریافت اقدامات در جهت اصلاح سند تحول دولت مردمی

با احترام، نظر به اینکه حضرت‌عالی در سخنان اخیر خود درخصوص سند تحول دولت تاکید فرمودید که سند مذکور بدلیل تطابق حداکثری با قوانین و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، این قابلیت را دارد که مبنای تهیه و تنظیم برنامه پنج ساله توسعه هفتم قرار بگیرد، به استحضار می‌رساند در مکاتبه شماره ۷۰۰۴/ف/ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ (تصویر پیوست)،

ضمن ارائه پیشنهادات و نظرات فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص بخش سلامت، تاکید گردید که بخش سلامت سند تحول دولت در مواردی با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در تضاد است. لذا خواهشمند است دستور فرمائید فرهنگستان علوم پزشکی را از اقداماتی که در جهت اصلاح سند مذکور در حوزه سلامت صورت گرفته است مطلع فرمایند.

مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

انتقاد از عدم توجه به سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های راهبردی

ادغام آموزشی، پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت در ستاد

راهبردی سند تحول دولت مردمی

پیرو نامه‌های شماره ۱۰۰/۸۰۷۱ مورخ ۱۴۰۱/۹/۱۹ و ۱۰۰/۸۱۲۹ مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۴ و برگزاری جلسه مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۰ در ستاد راهبردی سند تحول دولت مردمی مراتب زیر را به استحضار عالی می‌رساند:

قبل از جلسه ضمن مذاکره تلفنی با جناب آقای سقاب اصفهانی، ایشان تصریح نمودند که جلسه را در جهت اجرای سیاست‌های کلی سلامت هدایت خواهند نمود، که متأسفانه بر خلاف آن عمل شد. بعضی شرکت کنندگان محترم مطالبی برخلاف سیاست‌های کلی سلامت مطرح و بر نقض مفاد صریح آن اصرار کردند و به استدلال‌ها و نظرات نمایندگان محترم این فرهنگستان نیز بی‌توجهی کامل شد. این فرهنگستان معتقد است هر نوع اقدام، در جهت تضعیف و یا نقض سیاست راهبردی ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت (بند ۱-۸) و سایر مفاد سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر خلاف مصالح نظام مقدس جمهوری اسلامی است و شایسته است با دخالت حضرت‌عالی متوقف شود. در غیر این صورت مقدمات و موجبات تضعیف سیاست‌های کلی نظام در همه زمینه‌ها فراهم خواهد شد. مزید اطلاع، بی‌توجهی به دیدگاه‌های نخبگان و صاحب‌نظران سلامت و اتخاذ تصمیمات راهبردی، توسط افراد و نهادهای غیر مطلع و غیر ذیصلاح در

حوزه حیاتی سلامت، نتایج خسارت‌بار و غیرقابل جبرانی برای نظام مقدس جمهوری اسلامی و مصالح سلامت ملت شریف ایران به دنبال خواهد داشت.

ضمناً متأسفانه یکی از اعضای محترم هیئت دولت که در جلسه مزبور حضور داشته‌اند مطلبی را فرموده‌اند که مفهوم آن القا نمودن سیاست‌های کلی سلامت و به ویژه موضوع ادغام به مقام معظم رهبری و سپس سوء استفاده از نظرات حضرت آقا توسط مخالفین انتزاع برای جلوگیری از آزاد اندیشی و اجرایی نمودن انتزاع است.

مکاتبه با رهبر عظیم الشان انقلاب اسلامی حضرت آیت الله العظمی خامنه ای

تضاد سند تحول دولتی با سیاست‌های کلی سلامت

با احترام، پیرو مکاتبه شماره ۷۰۰۴/ف ع پ مورخ ۲۵/۱۲/۱۴۰۰ با ریاست محترم جمهوری (تصویر پیوست) مبنی بر اینکه در سند تحول مردمی ابلاغی ایشان، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی معظم له به عنوان یک سند بالادستی محوری مورد غفلت واقع شده و حتی برخی موارد مندرج در سند تحول دولت با متن سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در تضاد است، متأسفانه علیرغم دستور پیگیری موضوع توسط ریاست محترم جمهوری، نه تنها هیچگونه اقدام موثری در بازنگری بخش سلامت در سند تحول دولت صورت نگرفته بلکه شنیده‌ها حاکی از آنست که در همین روزها و هفته‌های اخیر در بعضی از کمیسیون‌های مجلس موضوع انتزاع آموزش علوم پزشکی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت که در مخالفت صریح با بند ۸ سیاست‌های کلی ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری است، مورد بحث و تبادل نظر بعضی از نویسندگان اصلی سند تحول دولت مردمی با نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی قرار گرفته است. لذا مستدعی است نظر به اهمیت موضوع، دستور فرمایید در بخش سلامت سند تحول دولت مردمی، مفاد سیاست‌های کلی سلامت به طور کامل رعایت و متن اصلاح شود.

پیوست: مستند اصلاح سند تحول دولت مردمی

مکاتبه با دبیر محترم ستاد راهبردی تحول و مسئول رصد و پایش سند تحول دولت مردمی جناب آقای دکتر سقاب اصفهانی

آمادگی فرهنگستان برای تشکیل کمیته های بررسی و تحلیل بخش

سلامت سند تحول دولت مردمی

بازگشت به نامه شماره ۶۰۸۲۴ مورخ ۱۴۰۱/۴/۱۴ آن ستاد محترم در خصوص موضوع بخش سلامت سند تحول دولت مردمی، همانگونه که در نامه شماره ۷۳۲۵/ف/ع/پ مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۹ فرهنگستان علوم پزشکی ذکر شده است، جمع بندی جلسه شورای آینده نگاری فرهنگستان براین قرار گرفت که چنانچه آن ستاد محترم تمایل داشته باشد کمیته های کارشناسی مختلف برای بررسی و تحلیل بندهای مرتبط با حوزه سلامت سند تشکیل خواهد شد.

لذا ضمن استقبال از برنامه های تحولی دولت محترم، از آنجا که فرهنگستان علوم پزشکی بر اساس اساسنامه اش موظف است نسبت به دیده بانی در خصوص اجرایی شدن سیاست های کلی سلامت انجام وظیفه نماید، موضوع اصلاح موارد مخالف این سیاست ها در هر گونه سند دیگری را مد نظر داشته و پیگیری می نماید. خواهشمند است دستور فرمائید در بازنگری های آتی و اجرایی شدن بندهای اولویت دار سند تحول دولت مردمی در حوزه سلامت، نظر فرهنگستان هم اخذ شود و همچنین توصیه می شود در اسرع وقت مغایرت های موجود در سند تحول دولت مردمی در مقایسه با سیاست های کلی سلامت اصلاح و نتیجه ابلاغ شود.

پیوست:

مکاتبه با دبیر محترم ستاد راهبردی تحول و مسئول رصد و پایش سند تحول دولت مردمی جناب آقای دکتر سقاب اصفهانی

همانگونه که مستحضرید پس از ابلاغ سند تحول دولت مردمی در اسفند ماه ۱۴۰۰ فرهنگستان علوم پزشکی طی نامه شماره ۷۰۰۴/ف/ع پ مورخ ۲۵/۱۲/۱۴۰۰ (تصویر

پیوست) نظرات اصلاحی خود را در مورد موضوعات مرتبط با بخش سلامت این سند به رئیس جمهور محترم منعکس نمود. و نامه پیگیری به شماره ۷۱۱۶/ف ع پ به تاریخ ۷/۲/۱۴۰۱ را هم در این خصوص تهیه و ارسال نموده است. پیرو همین موضوع و با هماهنگی انجام شده، در یکصد و هفتمین جلسه شورای آینده نگاری و نظریه پردازی فرهنگستان بخش سلامت سند تحول مردمی مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

ضمن تشکر از جناب آقای دکتر زمانیان بلحاظ حضور و تعامل فعال در بحث های انجام شده، از آنجا که نتیجه گیری جلسه بر بحث های کارشناسی عمیق تر قرار گرفت و چنانچه این مورد قرار باشد توسط فرهنگستان علوم پزشکی پیگیری شود، لازم است کمیته های کارشناسی در زیر حوزه های مختلف تشکیل شود. لذا چنانچه آن ستاد محترم صلاح می داند بررسی و تحلیل بند های مرتبط با حوزه سلامت بصورت ماموریت مشخص به این فرهنگستان ارجاع گردد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت... جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

اصلاحات بخش سلامت سند تحول دولت مردمی

مطابق سیاست های کلی سلامت

پیرونامه شماره ۷۰۰۴/ ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ درخصوص لزوم رعایت سیاست های کلی سلامت در سند تحول دولت مردمی و تاکید مجدد بر مفاد آن، به استحضار عالی می رسد، متأسفانه در عمل به مفاد حیاتی نامه فوق توجهی نشده و آنچه در مکاتبات رسمی ابلاغ شده است، همان مفاد قبلی یعنی فاقد رعایت سیاست های کلی سلامت است. از آنجا که فرهنگستان علوم پزشکی ایرادات سند فوق الاشاره در مورد عدم رعایت مفاد سند سیاست های کلی سلامت را به دفعات به صورت حضوری و مکتوب به استحضار رسانده است، موجب امتنان خواهد بود اگر دستور صریح فرمائید که در اسرع وقت این اصل مهم در بازنگری بخش سلامت در سند تحول دولت مردمی رعایت و متن اصلاح شده ابلاغ گردد.

مغایرت سند تحول دولت مردمی با سیاست‌های کلی سلامت

بازگشت به نامه شماره ۶۳۱۷۷-۹۹۵۴ مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۹ جناب‌عالی، موضوع مصداق‌های عینی مغایرت سند تحول دولت مردمی با سیاست‌های کلی سلامت، موارد ذیل در فصل پنجم (امور اجتماعی و سلامت)، مبحث ششم (سلامت)، به استحضار می‌رسد:

۱. چرخش تحول آفرین، «از رویکرد افزایش بودجه و پرداخت مالی مستقیم به ارائه‌دهندگان خدمات به افزایش بهره‌وری هزینه کرد و خرید راهبردی خدمت با واسطه‌گری بیمه‌ها» با بند ۲-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت، یعنی «افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد»، همخوانی ندارد.

۲. چالش ۲، عامل ۱، راهبرد ۱، اقدام ۱، که به موضوع تقویت نیروی انسانی بومی جهت خدمت در مناطق محروم از طریق بومی‌گزینی و افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی تا رسیدن به سطح کشورهای هم‌تراز و توجه به نیازهای سالمندی جمعیت کشور در آینده نزدیک و همچنین در چالش ۲، عامل ۱، راهبرد ۲، اقدام ۱، «پذیرش دانشجوی پزشکی به‌صورت تخصص پیوسته در رشته‌های پایه نظیر داخلی و اطفال و رشته‌های دارای اولویت یا دچار کمبود نظیر طب سالمندی، طب سنتی، طب اورژانس و عفونی» پرداخته است، علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری را هم جزو دستگاه‌های مجری شمرده شده است. این دو اقدام با بند ۸-۱ سیاست‌های کلی که در آن وظیفه تربیت نیروی انسانی را براساس ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت، فقط بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته است، مغایرت جدی دارد.

۳. چالش ۲، عامل ۲، راهبرد ۱، اقدام ۱، «پیگیری شمول قوانین رقابتی در بخش بهداشت و درمان کشور و حذف مقررات زائد، نظیر حذف شرط تخصص حرفه‌ای برای انجام سرمایه گذاری، از جمله مجوز تأسیس و حذف محدودیتهای جمعیتی و جغرافیایی، به منظور اعطای مجوز واحدهای ارائه خدمات» پرداخته است، مغایرت جدی با بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر «ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی» دارد.

۴. چالش ۲، عامل ۳، راهبرد ۱، اقدام ۱، «پوشش هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، بویژه برای دهک‌های پایین درآمدی، با استفاده از منابع حاصل از کنترل تقاضای القائی و به روزرسانی بسته خدمات بیمه‌های پایه» را وظیفه اصلی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی تعیین کرده است که با وظیفه‌ای که در بند ۴-۹ سیاست‌های کلی سلامت بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت و دبیر شورای عالی بیمه سلامت در «تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان» مغایرت دارد.

۵. چالش ۳، عامل ۳، راهبرد ۱، اقدام‌های ۱ و ۲ که به انتزاع سازمان بیمه سلامت و شورای عالی بیمه سلامت از وزارت بهداشت حکم کرده است. با بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت که تولید نظام سلامت را در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز کرده و مدیریت منابع بیمه‌ای را هم با محوریت این وزارت خانه تعیین نموده است. مغایرت دارد.

۶. چالش ۴، عامل ۲، راهبرد ۲، اقدام ۲، نیاز به اصلاح دارد زیرا برخی کالاها و محصولات ضروری و مورد نیاز مردم، بدلیل نقش تأثیرگذار آنها بر سلامت، به عنوان کالای عمومی شهرت یافته و دولت و متولی امر سلامت باید بطور مستمر با تنظیم مقررات حاکم بر فهرست اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی و تعیین مستمر نیاز به هر یک از آنها در شرایط عادی و بحرانی و همچنین تولید، واردات، نگهداری، تخصیص، توزیع، عرضه و مصرف آنها،

و تعرفه گذاری متناسب با توان مالی مردم، و سیاستگذاری در تخصیص مناسب یارانه ها به این محصولات راهبردی و نظارت مستمر بر اجرای صحیح آنها، از دسترسی عادلانه مردم اطمینان حاصل نماید و سریعاً نسبت به اصلاح فهرستهای دارویی و تجهیزاتی و مقررات، استانداردها و یا سیاستهای مرتبط با آنها اقدام نماید. این موضوع آنچنان حائز اهمیت می باشد که در بندهای ۴ و ۵ و ۶ سیاستهای کلی سلامت، بر نقش متولی امر سلامت بر «ایجاد و تقویت زیرساختهای مورد نیاز برای تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی»، «ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور» و «سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی» و «بهره مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی و فرآورده های بهداشتی ایمن» تأکید ویژه ای نموده است. حال در شرایطی که یکی از ابزارهای مهم برای استقرار سیاستها، برنامه ها، استانداردها و مقررات مربوط به خدمات، محصولات و کالاهای سلامت محور، تقویت نقش تعرفه گذاری این خدمات و کالاهای به متولی امر سلامت است تا بتواند دسترسی عادلانه مردم به خدمات و کالاهای را در تمامی بازارها کنترل و تنظیم نماید، در اقدام مذکور ملاحظه می نماییم که یکی از بازوهای اصلی استقرار و نهادینه سازی سیاستهای سلامت در بخش دارو، غذا، مواد آرایشی، بهداشتی، بیولوژیک و تجهیزات و ملزومات پزشکی، که تعرفه گذاری و تنظیم بازار است از سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سلب شده است.

بخش پنجم: ارتقا اخلاق و معنویت در جامعه سلامت

در این بخش با بیان دستاوردهای مهم نظام سلامت پس از چهل و چهار سال از پیروزی انقلاب اسلامی بر ارتقا اخلاق و معنویت در جامعه سلامت به عنوان رمز توسعه و ارتقا سلامت تأکید شده است.

مکاتبه بارئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۱/۱۲/۲۰)

بیانیه ۳- دستاوردهای مهم نظام سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی^۱

مقدمه:

جمهوری اسلامی ایران در چهل و چهارمین سال پس از پیروزی انقلاب اسلامی گام‌های استواری را به سمت تشکیل تمدن اسلامی بر می دارد. این حرکت، علی رغم فشارهای حداکثری جبهه استکبار برای متوقف کردن قطار پرشتاب انقلاب اسلامی از طرق تحمیل جنگ هشت ساله، اعمال حصر اقتصادی و سایر محدودیت‌ها و اختلالات بوده است.

در بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی ابلاغی مقام معظم رهبری، مسیر حرکت بسوی تمدن اسلامی با تأکید بر توان و استفاده از ظرفیت جوانان ترسیم شده است. و در توصیه‌هایشان از طریق دستور به تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، لزوم رسیدن به تمدن نوین اسلامی را عبور از چند مرحله دانسته‌اند. این مراحل به ترتیب عبارتند از: ۱. انقلاب اسلامی ۲. تشکیل نظام اسلامی ۳. تشکیل دولت اسلامی ۴. تشکیل جامعه اسلامی ۵. تشکیل تمدن اسلامی و در همین رهنمودها متذکر شده‌اند که ما در این مقطع در مرحله تشکیل دولت اسلامی بوده و در مسیر تشکیل جامعه اسلامی با آرمان رسیدن به تمدن اسلامی و

این بیانیه در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت زمستان ۱۴۰۱ منتشر شده است^۱

الهام بخشی برای جهان معاصر و آمادگی برای طلوع خورشید ولایت عظمی (ارواح‌افاده) خواهیم بود.

در این مسیر طی شده، جمهوری اسلامی ایران در عرصه های مختلف، دستاوردهای مهمی را کسب نموده است که یکی از درخشان ترین این عرصه ها، حوزه سلامت است. این بیانیه ضمن ذکر چهل و چهار مورد از مهمترین دستاورد های کسب شده، تلاش می کند این مطلب اساسی را یادآوری نماید که این دستاوردها تا کنون در مرحله تشکیل دولت اسلامی بوده و با ظهور جامعه اسلامی و تمدن اسلامی همانگونه که حضرت ایشان در بیانیه گام دوم انقلاب فرموده اند انشاالله با گسترش و پذیرش همگانی شعار "ما می توانیم" به قله های رفیعی که در شان تمدن اسلامی است دست خواهیم یافت.

اهم دستاوردها:

۱. ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، تجمیع تولیت و یکپارچگی همه جانبه بخش سلامت و تمرکز مسؤولیت ها و پاسخگویی با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲. استقرار شبکه بهداشتی درمانی کشور با سیاستگذاری و اجرای مبتنی بر شواهد علمی، جهت بهره مندی عادلانه آحاد مردم از مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه. ارتقای چشمگیر کمیت و کیفیت مراقبت ها و خدمات سلامت مورد نیاز جامعه و آحاد مردم و بهره مندی مناسب از مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی، حرکت به سمت عدالت در سلامت و در نتیجه بهبود شاخص های بهداشتی کشور، به نحوی که در بین بالاترین کشور ها در منطقه چشم اندازی قرار گرفته ایم.

۳. برنامه ریزی لازم جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت عادلانه و پاسخگو با تاکید خاص بر بعد سلامت معنوی اسلامی که باعث افزایش امید به زندگی در بدو تولد و کاهش شاخص های مرگ و میر شده است. (امید به زندگی در بدو تولد که در سال های قبل از انقلاب اسلامی، در زنان ۵۳ و در مردان ۵۵ سال بوده است، به ۷۹٫۶ سال در زنان و ۷۶٫۱ سال در مردان رسیده است).

۴. کاهش میزان مرگ مادران باردار از ۲۵۴ در صد هزار در سال ۱۳۵۶ به ۲۵,۱ در صد هزار
۵. کاهش میزان مرگ نوزادان از ۱۵۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۳ به ۹,۳۴ در هزار تولد زنده
۶. کاهش میزان مرگ کودکان زیر یک سال از ۱۹۵ در هزار در سال ۱۳۵۳ به ۱۲,۵۸ در هزار
۷. کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۲۲۵ در هزار در سال ۱۳۵۳ به ۱۴ در هزار
۸. توفیقات در عرصه بهداشت عمومی و پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیر نظیر سیاه سرفه ، سل، ریشه‌کنی بیماریهای آبله، فلج اطفال و کرم پیوک، حذف بیماری‌های کزاز نوزادی، جذام، شیستوزومیازیس، سرخک، سرخجه و دیفتری، کاهش موارد هاری و کنترل بیماری‌های اسهالی و کاهش چشمگیر سایر بیماری‌های واگیر نظیر هیپاتیت و عفونت های حاد تنفسی و غیره) در کشور
۹. پوشش ایمن سازی کودکان به نزدیک صد در صد با تأمین واکسن های مورد نیاز و زنجیره سرد ثابت و سیار بمنظور نگهداری و انتقال سالم واکسن‌ها تا لحظه مصرف.
۱۰. توسعه برنامه های بهبود تغذیه جامعه و کاهش ۵۰ درصدی سوءتغذیه کودکان زیر ۵ سال. استقرار حدود ۱۶۰۰ کارشناس تغذیه در مراکز جامع خدمات سلامت شهری به منظور ارائه خدمات رایگان مشاوره تغذیه و رژیم درمانی، به منظور پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه. کاهش میزان اسید چرب ترانس در روغن های خوراکی، افزودن ویتامین ها و ریز مغذی ها به رژیم غذایی کودکان.
۱۱. کنترل بیماری های غیر واگیر نظیر تالاسمی و بیماری های روانی و اجرای موفق طرح یددار کردن نمک طعام در کل کشور.

۱۲. ترویج تغذیه با شیر مادر، استفاده بموقع و مناسب از تغذیه کمکی و پایش رشد شیرخواران و کودکان. هدفمندی یارانه های اقلام غذایی ضروری، حمایت های تغذیه ای مادران باردار و شیرده و کودکان زیر ۵ سال نیازمند و مبتلا به سوءتغذیه و نیز اجرای الگوی بسته امنیت غذایی در مناطق محروم کشور.

۱۳. انجام اقدامات درجهت ارتقاء سلامت عمومی، بخصوص در روستاها و مناطق محروم مانند تأمین آب آشامیدنی سالم، دفع بهداشتی فضولات، آموزش بهداشت همگانی، آموزش ماماهاى محلى(قابلله)

۱۴. ایجاد دفتر سلامت و تندرستی در وزارت آموزش و پرورش و ایجاد معاونت سلامت در سازمان زندان های کشور به منظور مبارزه با HIV تزریقی

۱۵. ایجاد سیستم های نرم افزاری و سیستم جمع آوری الکترونیک و اطلاعات مرتبط با بسیاری از بیماری ها، راه اندازی سیستم نسخه الکترونیک و نظام اطلاعات بیمارستانی.

۱۶. راه اندازی نظام غربالگری بیماری های ژنتیکی و مادرزادی مانند فینل کتینوری و کم کاری مادرزادی تیروئید، GPD و تالاسمی.

۱۷. راه اندازی نظام جامع، کارآ و پویای ثبت موارد سرطان بطوری که میزان موارد ثبت نشده سرطان در چند سال اخیر، به کمتر از ده درصد کاهش پیدا کرده است. این امر باعث اولویت گذاری در برنامه های کنترل سرطان شده و برنامه های مداخلاتی لازم در زمینه پیشگیری و کنترل سرطانهای شایع کشور حسب امکانات در حال انجام است.

۱۸. تصویب سند ملی بهبود کیفیت آب آشامیدنی سالم با همکاری دستگاه های ذیربط که مشتمل بر ۲۲ هدف و ۱۵ راهبرد در زمینه های مختلف جهت نیل به این هدف در کشور شده است و انجام اقدامات لازم در جهت اجرایی شدن سند.

۱۹. توجه جدی به سلامت دهان و دندان با تربیت نیروهای حد واسط بهداشت کار دهان و دندان و ادغام خدمات مربوطه در شبکه بهداشتی درمانی. تجهیز ۳۴۰۰ مرکز ارائه خدمات دندانپزشکی و اجرای برنامه ترمیم دندان پوسیده کودکان زیر ۱۲ سال

۲۰. ایجاد خانه‌های بهداشت کارگری در تمام کارگاه‌های دارای بیش از ۵۱ نفر کارگر و ایجاد مراکز بهداشت کار در کارگاه‌ها و کارخانه های دارای بیشتر از ۵۱۱ نفر شاغل

۲۱. نگارش سند ملی رشد و تکامل همه جانبه ابتدای دوران کودکی و تدوین سند آلودگی هوا و تصویب آن در شورای عالی سلامت و پیگیری اجرایی شدن این اسناد.

۲۲. اجرای برنامه ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و استقرار نظام ارجاع بیماران روانپزشکی، با پوشش وسیع و قابل قبول.

۲۳. استفاده از مدیران معتمد، متخصص، جوان و با انگیزه در مدیریت سلامت کشور و بکارگیری اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاهها در مدیریت ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت

۲۴. توانمند شدن نظام سلامت در سامان دادن و مدیریت منابع در بحران‌هایی مانند همه گیری کووید ۱۹ ، زلزله و سیل

۲۵. تخصیص بهینه منابع در نظام سلامت و شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور براساس سطح‌بندی خدمات و تخصیص بهینه منابع بخش سلامت به پیشگیری از طریق نشان‌دار کردن آنها

۲۶. تصویب قانون بیمه همگانی سلامت، تشکیل سازمان بیمه سلامت و افزایش تدریجی پوشش بیمه بهداشتی درمانی در سراسر کشور

۲۷. نگارش سند سلامت اجتماعی ایرانیان و تصویب آن در شورای اجتماعی کشور و پیگیری اجرایی شدن آن

۲۸. توجه دادن به اجرای طرح ژنریک- توسعه تولید دارو در داخل کشور. شروع و توسعه تولید تجهیزات پزشکی مصرفی از طریق فن آوری پیشرفته در داخل.

۲۹. ایجاد دفتر طب ایرانی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و توسعه آموزشی پژوهشی با ایجاد شانزده دانشکده طب سنتی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور و حدود ۷۰ فارغ التحصیل دوره PHD در رشته های طب ایرانی، داروسازی سنتی تاریخ پزشکی

۳۰. افزایش تعداد دانشکده های پزشکی از ۹ دانشکده در ابتدای انقلاب اسلامی به ۶۴ دانشکده (۵۰ دولتی و ۱۴ دانشگاه آزاد اسلامی) و از ۷ دانشکده دندانپزشکی به ۴۶ دانشکده.

۳۱. افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی از ۲۵۸۴۸ در ابتدای انقلاب اسلامی به ۲۳۴۳۲۵ در سال ۱۴۰۰ (حدود ده برابر)

۳۲. افزایش تعداد ارائه کنندگان مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی در کشور از کمتر از ۱۰۰ هزار به بیش از ۷۰۰ هزار

۳۳. افزایش تعداد اعضای هیئت علمی دانشکده های گروه پزشکی از ۲۹۰۸ در سالهای اول پس از انقلاب اسلامی به ۲۰۳۸۲ و بهبود نسبت دانشجو به استاد به ده به یک

۳۴. تامین کمبود شدید نیروی انسانی تخصصی و فوق تخصصی پزشکی و دندانپزشکی با افزایش تعداد دانشجویان و دستیاران دوره های تخصصی و فوق تخصص پزشکی و دندانپزشکی و دوره های تکمیلی تخصصی بالینی و دوره های تحصیلات تکمیلی و دکترای تخصصی که با گسترش متوازن مراکز آموزشی صورت پذیرفته است.

۳۵. ارتقای کیفی آموزش و پژوهش، مطابق با نیازهای سلامت جامعه و ارتقای کیفی مراقبت ها و خدمات سلامت.

۳۶. افزایش بسیار چشمگیر نسبت دانشجویان زن به مرد و هم چنین شاغلان به خدمت زن به مرد در بخش های مختلف آموزشی (هیئت علمی و دانشجو) و عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، مانند انحصاری شدن رشته تخصصی زنان و زایمان برای بانوان و افزایش قابل توجه متخصصین خانم در رشته های داخلی و بخصوص جراحی، جراحی اعصاب و اورولوژی بانوان

۳۷. اصلاح برنامه های آموزشی رشته های گروه پزشکی از درمانی محض به پیشگیری و درمانی و توجه به مسئله پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه در این برنامه ها و جامعه نگر شدن دانشجویان گروه پزشکی از طریق حضور آنها در صحنه های ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت در جامعه طی دوره های تحصیلی آموزشی.

۳۸. اضافه شدن رشته های آموزشی مرتبط با نیاز های سلامت جامعه در گروه پزشکی (تخصص پزشکی اجتماعی، فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، انفورماتیک پزشکی، اخلاق پزشکی، پرستاری اورژانس، پرستاری سالمندی، روان پرستاری، پرستاری مراقبت های ویژه، مراقبت های ویژه نوزادان، مراقبت های ویژه کودکان، تکنولوژی آموزشی در علوم پزشکی، مطالعات اجتماعی موثر بر سلامت، دوره مدیریت بهداشت عمومی (MPH)، سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی اجتماعی، آینده پژوهی سلامت، اقتصاد سلامت، سیاستگذاری سلامت و چندین رشته دیگر) که در سایه توسعه متوازن رشته های مورد نیاز حوزه سلامت شکل گرفته است.

۳۹. ایجاد مراکز توسعه آموزش پزشکی در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و ایجاد رشته تخصصی آموزش پزشکی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی، با هدف ارتقای فن معلمی در دانشگاه های علوم پزشکی. تصویب و اجرای قانون آموزش مداوم گروه پزشکی که با اجرای برنامه

ریزی شده آن تداوم دانش و مهارت دانش آموختگان گروه پزشکی عملیاتی خواهد شد.

۴۰. ارتقای سطح پژوهشی در حوزه گروه پزشکی به نحوی که با دارا بودن حدود ده درصد از اعضای هیئت علمی و پژوهشگران کشور حدود سی درصد تولیدات علمی کشور مربوط به این حوزه می‌باشد و انتخاب عناوین اولویت دار حوزه پژوهش به منظور برطرف کردن نیازهای جامعه و توسعه مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده ها که با رسالت پاسخگویی به نیاز های سلامت کشور تاسیس شده اند و ایجاد پایگاه های تحقیقات جمعیت به منظور شناسایی به هنگام مشکلات با ارائه راه حل ها. توجه به تحقیقات کاربردی با توجه به بهره بردن از علم توأم با تجربه از اعضای محترم هیئت علمی در نظام سلامت کشور.

۴۱. ارتقای سطح خدمات درمانی کشور به نحوی که برخلاف سال های اول پس از پیروزی انقلاب اسلامی که چند هزار نفر پزشک و کارشناس پزشکی (MBBS) خارجی در کشور طبابت می کردند و در نتیجه اعزام بیماران بسیار زیادی برای خدمات درمانی و گاهی حتی برای آزمایش های تشخیصی به خارج از کشور صورت می گرفت، در حال حاضر برای هیچ خدمت تخصصی و فوق تخصصی اعزام به خارج از کشور نیاز نیست. بسیاری از این گونه خدمات حتی در مناطق کم تر برخوردار و یا مراکز استانها هم ارائه می شود. لازم به ذکر است که در حال حاضر بیماران ایرانی مقیم خارج از کشور و نیز بیماران خارجی جهت دریافت خدمات درمانی به جمهوری اسلامی ایران مراجعه می کنند و گسترش مراکز پیوند اعضا در کشور از جمله پیوند کلیه، قلب، کبد، ریه، مغز استخوان، قرنیه چشم در منطقه جایگاه بالایی دارند.

۴۲. توسعه و گسترش پایگاه های اورژانس شهری و بین جاده ای که نقش فوق العاده ای در کاهش مرگ و میر ناشی از تصادفات و تسریع رساندن بیماران اورژانس به بیمارستان ها داشته و ایجاد مراکز مدیریت بحران در دانشگاه ها (Emergency Operation Center) و کمک در مدیریت حوادث و بلایای طبیعی.

۴۳. شروع به راه اندازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستایی و پایلوت شهری آن در جهت حرکت بطرف عدالت در ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی. شروع به تدوین راهنماهای بالینی با مشارکت اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها.

۴۴. مدیریت تحسین برانگیز بحران کرونا به مدد نیروهای زبده و ایثارگر بهداشت و درمان با مدیریت و تولیت مناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. در این راستا هر زمان که بر مراقبت‌ها و خدمات در محیط جامعه و در قالب شبکه بهداشتی درمانی تاکید بیشتری می‌شد، کاهش موارد ابتلا و مرگ و میر را به صورت بسیار چشمگیرتری به دنبال داشت

جمع بندی فصل دوم

فصل دوم با عنوان پیشرفت علم و فناوری در حوزه سلامت، به زیرساخت های لازم برای سرعت گرفتن پیشرفت علمی و ابعاد مختلف آن می پردازد. بخش اول با موضوع نظریه پردازی و آینده نگری در همه زمینه های سلامت، به منظور پایش اطلاعات بروز و توسعه بیماری ها از جمله کووید-۱۹ در کشور و اتخاذ سیاست های آینده نگارانه برای مقابله و مدیریت آن توجه به سه موضوع مهم راهبردی در مدیریت روند آتی بیماری در کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را متذکر شده است.

بخش دوم مرتبط با بند دوم سیاست های کلی سلامت است. در این بخش به اهمیت پیشگیری و لزوم اولویت پیشگیری بر درمان در تمامی فعالیت های نظام سلامت اشاره شده است. ایمن سازی و برنامه های واکسیناسیون یکی از اقدامات پیشگیرانه است. در این راستا فرهنگستان بر ترویج واکسیناسیون و مقابله با اقدامات تضعیف کننده اهمیت آن بخصوص در دوره همه گیری کووید-۱۹ و در مورد تزریق واکسن آن تأکید شده است. طبق بند دوم سیاست های کلی سلامت باید کلیه برنامه های سلامت به روز رسانی شوند پیرو همین سیاست مکاتبه ای مبنی بر وارد شدن واکسن های ضروری جدید از جمله واکسن های ضد HPV و روتاوایروس به برنامه های ایمن سازی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گرفته است. در این بخش با توجه به زیان های دخانیات و وضعیت موجود مصرف دخانیات خلاصه سیاستی تهیه شده و راهکارهایی در راستای پیشگیری از مصرف دخانیات در آن ذکر شده است.

حوادث و سوانح ترافیکی هم از جمله مشکلاتی است که هزینه های جانی، اجتماعی و اقتصادی سنگینی بر جامعه تحمیل می کند. به همین دلیل خلاصه سیاستی پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی کشور تهیه شده که ضمن بررسی وضع موجود، توصیه ها هفت گانه در راستای کاهش بار آن را بیان می نماید. علاوه بر مستند فوق مکاتبه

فرهنگستان مبنی بر لزوم رعایت استانداردهای ایمنی در خودروهای داخلی هم تهیه و به مراجع ذی صلاح ارسال شده است.

بخش سوم با عنوان تقویت شتاب علمی، به نظر فرهنگستان در مورد گزارش جایگاه ایران در شاخص های جهانی دانش و تحلیل آن اشاره می کند و توجه به انواع سنجش های استفاده شده ، روش اندازه گیری ها و مأخذ داده ها را لازم می داند. در ادامه مستند تهیه شده در گروه علوم پایه و راه حل های ارتقای جایگاه مطلوب علوم پایه پزشکی در این بخش آمده است.

بخش چهارم با عنوان همکاری های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی، بر لزوم ادغام رویکرد ارتقا سلامت در کلیه برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأکید می نماید و باتوجه به مذاکرات شورای آینده نگاری پیشنهاد می نماید شورایعالی سلامت و امنیت غذایی عهده دار پیگیری این امر باشد. در مکاتبه دیگر بر ارتقا عملکرد و احیا کارکردهای قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تأکید شده است چراکه این شورا متشکل از صاحب نظران حوزه های مختلف و جهت هماهنگی میان دستگاه های اجرایی و تصویب برنامه ها و تدابیر بین بخشی و فرابخشی سیاست های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی تشکیل شده است.

در ادامه سلسله مکاتبات فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با مراجع ذی صلاح جهت همکاری و ارائه نظرات کارشناسی در مفاد مرتبط با سلامت سند تحول دولت مردمی ارائه می شود. فرهنگستان علاوه بر ارائه پیشنهادهای اصلاحی در این سند، خواستار دریافت اقدامات انجام گرفته در راستای اصلاح سند نیز بوده است. علاوه بر آن طی مکاتبات متعدد به تضاد های موجود بین مفاد سند تحول مردمی و سیاست های کلی سلامت نیز اشاره نموده و آمادگی فرهنگستان برای تشکیل کمیته های بررسی و تحلیل بخش سلامت سند تحول دولت مردمی را اعلام نموده است.

بخش پنجم با موضوع ارتقا اخلاق و معنویت در جامعه سلامت، به بیانیه فرهنگستان با عنوان دستاوردهای مهم نظام سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی می پردازد در این بیانیه چهل و چهار دستاورد عمده نظام سلامت فهرست وار بیان شده است

فصل سوم - رصد کلان نظام سلامت

بخش اول - مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت

بخش دوم - کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت

بخش سوم - تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و

خدماتی برای ارتقای نظام سلامت کشور

مقدمه

فصل سوم با عنوان رصد کلان نظام سلامت، در سه بخش تنظیم شده است. بخش اول مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی)، این موضوع از اهداف اختصاصی مندرج در اساسنامه فرهنگستان علوم پزشکی است. هدف دیده بانی و رصد سلامت، مشاهده نظام مند و پیوسته مسائل مربوط به سلامت مردم و نظام های سلامت در حمایت از سیاست کارآمد و مبتنی بر شواهد سلامت، برنامه ریزی، تصمیم گیری و اقدام در نظام های سلامت و سلامت عمومی است (۱). فرهنگستان علوم پزشکی به دلیل حضور صاحب نظران و خبرگان حوزه های مختلف سلامت می تواند در این امر مشارکت نموده و داده های حاصل از رصد کلان سلامت را تحلیل و نظرات و پیشنهاد های مرتبط را اعلام نماید. بخش دوم به نقشه جامع علمی کشور بخصوص حوزه سلامت آن می پردازد. نقشه جامع علمی کشور مهم ترین سند تحول علمی کشور است که در سال ۱۳۸۹ تصویب شده است. این سند با هدف ترسیم مسیر حرکت نظام علم و فناوری و الزامات آن، چشم انداز علمی کشور در سال ۱۴۰۴ را تبیین کرد. با وجود تلاش ها و دستاوردهای علمی کشور، به نظر می رسد تحول راهبردی در علم و فناوری نیازمند بازنگری جدی در ساختار و محتوای نقشه جامع علمی کشور است (۲).

بخش سوم به تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و خدماتی برای ارتقای نظام سلامت کشور می پردازد با وجود پیشرفت های شگرف در حوزه سلامت، اتخاذ رویکرد نقادانه و کاوش برای ریشه یابی چالش ها و مشکلات حوزه سلامت کشورمان، و راهیابی برای اصلاح آسیب ها و طراحی مداخلات می تواند سرعت پیشرفت را افزایش دهد. این چالش ها در حوزه های مختلف دخیل در امر تأمین، حفظ و ارتقا سلامت مردم گسترده هستند و به همین دلیل نهادها و سازمان های متعددی در این امر تأثیر گذارند (۳).

منابع:

۱. دمازی بهزاد، حیدری علیرضا، رشیدیان آرش، وثوق مقدم عباس، خسروی اردشیر، عالی خانی سیامک. طراحی نظام دیده بانی سلامت جمهوری اسلامی ایران. پایش ۱۳۹۹؛ ۱۹(۵): ۴۹۹-۵۰۹.
۲. بازبینی نقشه جامع علمی کشور. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۴۰۱؛ ۶ (۲): ۲۲۴-۲۲۵.
۳. نشاط، رامش، درخشان، دکتر محمد حسن، حسینی نیاز، سیده یسنا، پورجمشیدی، زهره. چالش‌های پیش روی نظام سلامت در ایران. فصلنامه بهروز، ۱۳۹۷؛ ۲۹(۹۷): ۵۸-۶۱.

بخش اول - مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد

سلامت

یکی از اهداف مندرج در اساسنامه فرهنگستان مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بنابراین در جلسات و نشست های تخصصی صاحب نظران با توجه به شواهد علمی مسائل حوزه سلامت را ارزیابی می نمایند و نتایج را برای انعکاس به مراجع ذی صلاح در قالب مکاتبات یا مستندات تهیه می نمایند.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی (۱۴۰۰/۱۰/۱۲)

لزوم تقویت بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی در بازنگری وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ارسال نامه جناب آقای دکتر احمد علی نوربالا رئیس محترم گروه سلامت روان فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص لزوم تقویت بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی از نظر ساختار تشکیلاتی، اعتبار، بودجه و نیروی انسانی در بازنگری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به همراه خلاصه سیاستی "سلامت روان در جهان و ایران پسا کرونا و ارائه راهکارهای ارتقای آن" جهت استحضار و دستور هر گونه اقدام انجام گرفت.

بار قابل توجه اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی تحمیل شده بر نظام سلامت، در حال حاضر بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی تا حدی مغفول است و در دفتر سلامت روانی و اعتیاد وزارت بهداشت خلاصه شده است. در حالیکه به استناد مطالعات متعدد بین المللی و داخلی، انتظار پسامد کرونا در همه جوامع از جمله ایران افزایش مشکلات جدی روانی و اجتماعی قابل توجه خواهد بود. خلاصه سیاستی زیر بر لزوم تقویت بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی از نظر ساختار تشکیلاتی، اعتبار و بودجه و نیروی انسانی در بازنگری تشکیلات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تأکید می نماید.

خلاصه سیاستی ۳- سلامت روان در جهان و ایران پساکرونا و

راهکارهای ارتقا^۱

(این خلاصه سیاستی که خروجی جلسه ۷ آذر ماه ۱۴۰۰ کارگروه ویژه کووید ۱۹ فرهنگستان بوده به مراجع زیر هم ارسال شده است :

وزیر محترم کشور جناب آقای دکتر احمد وحیدی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی، رئیس محترم سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر پیمان جبلی، وزیر محترم فرهنگ و ارشاد اسلامی جناب آقای دکتر محمدمهدی اسماعیلی)

مقدمه

همه گیری کووید ۱۹ در دو سال گذشته فاجعه ای انسانی را در سراسر جهان ایجاد کرده است. نگاهی مختصر به ابعاد روانی اجتماعی این پدیده نشان می دهد که ما فقط با عوارض ناشی از مرگ روبرو نیستیم. بلکه عوارض و معلولیت جسمی مزمن، عوارض روانی حاد و عوارض و معلولیت روانی مزمن به عنوان عواقب این بیماری بر جامعه تحمیل شده اند. غفلت از این ابعاد باعث سقوط سرمایه اجتماعی و نشاط و نهایتا رفاه و سلامت روانی اجتماعی گردیده است. فرهنگستان علوم پزشکی در بهمن ماه سال ۱۳۹۹ یک خلاصه سیاستی با همین مضمون انتشار داد. اینک با توجه به اهمیت موضوع و با بررسی ابعاد مختلف آن، راهکارها و پیشنهاداتی را ارائه می نماید.

راهکارهای کلی ارتقای سلامت روانی اجتماعی جامعه با استناد به بند ۳

سیاستهای کلی سلامت (ارتقاء سلامت روان جامعه با ترویج سبک زندگی سالم اسلامی - ایرانی؛ تحکیم بنیان خانواده؛ رفع عوامل تنش آفرین در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ ترویج آموزش های اخلاقی و معنوی)

۱- پیشگیری: کاهش تنش های روانی فردی و اجتماعی، برخورداری از فضای اجتماعی همراه با نگاه خوش بینی، امیدواری، تاب آوری، خود کارآمدی، نشاط و شادمانی، برخورداری

این خلاصه سیاستی در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۰ منتشر شده است.^۱

از شفافیت، صداقت، اعتماد و سرمایه اجتماعی بالا، آموزش مهارت های زندگی به ویژه در زمینه مدیریت استرس و خشم و نیز مهارت ارتباطی با استفاده از ظرفیت شبکه های بهداشتی درمانی.

۲- مراقبت فعال مبتلایان: غربالگری، انگ زدایی، ارزیابی دوره ای سلامت روان در کنار سلامت جسمی، ارجاع زودرس بیماران به مراکز درمانی روانپزشکی، تقویت خدمات درمان اورژانس، سرپایی و بستری، پوشش بیمه ای خدمات روانشناختی و روانپزشکی، آموزش برخورد علمی اصحاب رسانه در مواجهه با اقدامات بیماران روانی از قبیل خودکشی و غیره.

۳- مراقبت موارد مزمن: خدمات توان بخشی، کاردرمانی و پیگیری بیماران مزمن روانی.

راهکارهای اجرایی و اقدامات:

۱. الگو قرار دادن روش و منش مقام معظم رهبری در رعایت مصوبات ستاد ملی کرونا و لزوم تبعیت دستگاهها و نهاد های مسئول از این مصوبات.
۲. تشکیل کمیته سلامت روانی اجتماعی زیر مجموعه مستقیم ستاد ملی کرونا.
۳. انتشار پیام واحد در مقابله با کرونا از مجموعه نظام.
۴. آگاهی بخشی عمومی مستمر از دستورالعمل های بهداشتی و پیشگیری و اولویت دادن به آنها، توسط همه رسانه ها و تریبون ها.
۵. تدوین و اجرای مقررات انضباطی برای متخلفین از دستورات و ضوابط و پروتکل های بهداشتی.
۶. نظارت بر حسن اجرای مقررات با همکاری دستگاه های ناظر.
۷. اختصاص درآمد ناشی از جریمه های دریافتی از متخلفین، برای اقدام های پیشگیری و نیز افراد آسیب دیده.

۸. پرهیز از بزرگنمایی مشکلات دیگر کشورها در مبارزه با کرونا در سطح رسانه ها.
۹. استفاده از تجارب موفق سایر کشورها که در پیشگیری از کرونا موفق بوده اند.
۱۰. توجه به نظرات کارشناسی گروه های مختلف پزشکی و سلامت.
۱۱. پیشگیری از فرسودگی شغلی و استفاده از راهکارهای پیشنهادی علمی در این راستا.
۱۲. توصیه به ترویج مراسم مجازی برای همه فوت شدگان، به منظور جلوگیری از بروز عوارض سوگ ابراز نشده و سوگ مرضی.
۱۳. تدارک تمامی اقلام دارویی، امکانات و تجهیزات مورد نیاز درمان های روانپزشکی.
۱۴. پوشش کامل بیمه خدمات روانپزشکی، روان شناختی و مشاوره سرپایی و بستری.
۱۵. ضرورت توجه بیشتر به پژوهش های حوزه سلامت روان، از قبیل پیمایش ملی، غربالگری سلامت روان افراد بهبود یافته، سوگوار و آسیب پذیر، وارزیابی فرسودگی شغلی.
۱۶. پرهیز از هرگونه اقدامی که منجر به ایجاد تنش های بیشتر روانی اجتماعی، و یا ایجاد فضای یاس و نومییدی در جامعه شود.
۱۷. تلاش برای ایجاد فضای اجتماعی مشحون از امید، نشاط، خوش بینی، مشارکت اجتماعی و اعتماد عمومی بالا، همراه با تاب آوری و خود کارآمدی، مورد انتظار و نیاز آحاد جامعه.
۱۸. تلاش در جهت تعادل برقراری و تداوم فضای بیم و امید واقع بینانه و پرهیز از شعار زدگی و غرور، سیاه نمایی و نومییدی.
۱۹. صداقت و شفافیت حداکثری در اطلاع رسانی عمومی.

۲۰. حمایت از سازمان های مردم نهاد و داوطلبان از همه اقشار و صنوف فعال در حوزه کرونا.

۲۱. تقویت اعتماد عمومی در جهت ارتقای سرمایه اجتماعی.

۲۲. ارتقای جایگاه سلامت روان و سلامت اجتماعی در ساختار نظام سلامت از نظر تشکیلات و اعتبارات.

۲۳. تمرکز زدایی و تفویض اختیار ستاد به استان ها.

۲۴. گرامی داشت و تقدیر عملی از کادر پزشکی و داوطلبان سلامت حاضر در صحنه و نیز فقیدان و شهیدان مدافع سلامت.

پیوست:

تحلیل وضعیت جهانی و ایران

مطالعات گسترده جهانی نشان می دهد که بیشترین آسیب همه گیری کرونا در قسمت سلامت روان مردم جهان بوده است. شیوع بالای عوارضی همچون اضطراب و خستگی مزمن، کاهش تمرکز و حافظه، شیوع بالاتر افسردگی، اختلالات خواب در صدر عوارض ناشی از کرونا است. مطالعات بسیاری در طی دو سال گذشته انجام شده که بروز بیشتر این عوارض را پس از کرونا تایید نموده است. متأسفانه شیوع اختلالات در خانمها بیش از آقایان و در سنین جوانی بیشتر از سایر رده های سنی است. شیوع افسردگی و اضطراب در کشورهایی که بروز بیشتر بیماری را تجربه کرده اند بیشتر از سایر کشورهاست و شیوع مطالعات داخلی هم بروز بالاتر این عوارض را در جمهوری اسلامی ایران نشان می دهد. نشانه های این آسیب ها بروز بیشتر رفتارهای فردی، خانوادگی و اجتماعی نامطلوب است. برخی عوامل هم این آسیب ها را افزون می کند. ازجمله آنها می توان به این موارد اشاره نمود.

(۱) پوشش مداوم رسانه ها و تاکید بر نرخ بالای مرگ و میر بیماری

(۲) مقصر دانستن بازماندگان یا اعضای خانواده در انتقال بیماری به دیگران

- (۳) ترس و اضطراب خود فرد مبتلا در آلوده کردن دیگران
- (۴) مرگ اعضای نزدیک خانواده و احساس گناه در بازماندگان
- (۵) عدم برگزاری مراسم تشییع و تدفین و ختم فوت شدگان
- (۶) خستگی و فرسودگی شغلی ناشی از شرایط کرونا
- (۷) سوء استفاده از طریق یاس آفرینی و سیاه نمایی دشمنان داخلی و خارجی از این پدیده

متأسفانه در ارائه آمارها فقط به آمار فوتی های روزانه توجه می شود. در حالیکه این فقط قله کوه یخ است و موارد مهمتر به ترتیب در ذیل آن قرار می گیرند.

(۱) افزایش نرخ سایر مرگ های جامعه، که بعلت کاهش ظرفیت پاسخگویی نظام های سلامت و مراجعه تاخیری بیماران بعلت ترس از بیمارستان های مملو از بیماران کرونایی اتفاق می افتد.

(۲) سوگ های ابراز نشده، که به علت همدلی نکردن آشنایان در اثر ترس از ابتلای به کرونا در مواجهه با اقوام فرد فوت شده اتفاق می افتد و اطرافیان فرد فوت شده را دچار عوارض حاد و مزمن سوگ ابراز نشده می نماید.

(۳) صدمات مربوط به عوارض ناشناخته بیماری کرونا که اغلب بمدت طولانی باقی می مانند. عوارضی مانند اختلالات عروقی، اختلال حس بویایی و چشایی و شنوایی، اختلالات مزمن تنفسی، درد مزمن قفسه سینه و سایر موارد، همگی خود زمینه ساز بروز اختلالات افسردگی و اضطراب هستند.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۰/۹/۸)

مدیریت فضای روانی اجتماعی جامعه در دوره همه گیری کرونا

با احترام و سپاس فراوان از حضرت عالی جهت تامین واکسن مورد نیاز کشور و تلاش‌هایی که برای مدیریت بحران می‌فرمائید و با قدر شناسی از فعالیت‌های موثر مجموعه دولت، به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و نیز همکاری‌های بسیار صمیمانه و تنگاتنگ مجموعه نیروهای مسلح اعم از ارتش و سپاه پاسداران و بسیجیان عزیز در مبارزه با همه‌گیری ویروس کرونا. هرچند با عنایت الهی، وضعیت مدیریت این بیماری در شرایط قابل قبولی قرار گرفته است، لیکن همان‌گونه که جناب عالی در جلسه روز شنبه ۶ آذرماه ۱۴۰۰ ستاد ملی فرمودید و شواهد جهانی آن را تأیید می‌کند، شرایط بسیار شکننده است. پس از گذشت نزدیک به دو سال از بروز این همه‌گیری و تحمل شرایط سخت اقتصادی و اجتماعی حاصل از آن، اعلام بهبود وضعیت توسط مسئولین امر و نحوه تبلیغات رسانه ملی بگونه‌ای است که رفتار مردم را بطرف عادی سازی شرایط زندگی و فراموش کردن رفتارهای مراقبتی سوق می‌دهد. با توجه به اینکه شرایط جهانی بگونه‌ای است که در اکثر کشورهای اروپایی و امریکایی وضعیت نامطلوب است و نگرانی از بروز و همه‌گیری نوع جدید ویروس بسیار جدی است، آنچه که اهمیت دارد مدیریت صحیح فضای روانی و اجتماعی جامعه است که می‌بایست با مدیریتی واحد و علمی صورت پذیرد. لذا دو پیشنهاد مشخص را در این برهه خدمتتان ارائه می‌نمایم.

۱. تذکر جدی به مسئولین و رسانه ملی در اطلاع رسانی و پرهیز از تبلیغ عادی انگاری همه‌گیری کرونا

۲. تشکیل کمیته سلامت روانی اجتماعی زیر مجموعه مستقیم ستاد ملی کرونا

امید است با تلاش‌های همه‌جانبه، مدیریت صحیح این بیماری، مردم عزیزمان را در مقابل خطرات مربوطه محافظت نماید.

سند حمایت‌طلبی

سیانت و ارتقای سلامت روان جامعه، به‌ویژه در شرایط بحرانی

مقدمه

طبق اصل بیستم قانون اساسی «همه افراد ملت اعم از زن و مرد، به‌طور یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند». از جمله مهمترین این حقوق، سلامت همه جانبه (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) است. این حق همگانی با ذکر مصادیق در اصل بیست و نهم قانون اساسی نیز تأکید شده است. در اسناد فرادست سلامت، «ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع عوامل تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی»، «وفق بند ۳ و سایر مفاد مرتبط از سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، تدبیر شده است. این بیانیه براساس تحلیل شرایط جاری، در گروه سلامت روان فرهنگستان علوم پزشکی و سایر صاحب‌نظران این حوزه، تنظیم شده است.

آسیب‌شناسی علاج جویانه اتفاقات اخیر جامعه، از نگاه سلامت روان

سلامت روان جامعه و آحاد مردم در وضعیت فعلی، تحت تأثیر عوامل مهمی نظیر بروز هیجانی، انباشت نارضایتی از شرایط ناخواسته، عواقب همه‌گیری کرونا و نظایر آن، مورد تهدید قرار گرفته است. بعضی از مهمترین مؤلفه‌های ناظر بر این شرایط به شرح زیر شناسایی شده است:

کم‌توجهی شدید دست‌اندرکاران نظام سلامت، به بعد مهم سلامت روان و رواج «افراط و تفریط هیجانی»، که به توجه عاجل و راهبردی نیازمند است؛

قرار دادن هویت ملی در مقابل هویت دینی، به‌جای تلاش برای تعامل و هم‌افزایی آنها؛

جابجا کردن اصول و فروع امور مهم اجتماعی و اقتصادی، به‌جای پرداختن به اولویت‌های کلان؛

کاستی‌های جدی رفاه عموم مردم و لزوم افزایش اساسی تلاش‌ها و تدابیر برای احقاق حقوق اساسی مردم؛

تناقضات و گاهی تفاوت‌های فاحش بین گفتار و رفتار بعضی از مسئولان، به‌جای عملکرد به‌کمال صادقانه؛

مشکلات اقتصادی و معیشتی مردم، گرانی و تورم که به حمایت‌های بنیادی دولت و اقدامات جامعی نظیر اشتغال جوانان و سایر اقشار بیکار و هدفمند کردن یارانه‌ها و سایر اقدامات عاجل نیازمند است؛

برخوردار نبودن طیفی از خانوارها در دهک‌های پایین درآمدی، از مواد غذایی مطلوب و کافی، که مستلزم برنامه‌های لازم‌الاجرای حمایتی، در سطح ملی است؛

آشنایی ناکافی مسئولان و مردم نسبت به اهمیت سلامت روان و زیان‌های ناشی از بی‌توجهی به آن، که مستلزم برنامه‌های جامع و معتبر فرهنگ‌سازی، توانمندسازی، و آموزش عمومی است؛

مشکلات روزافزون ترافیک، آلودگی هوا و سایر مشکلات زیست محیطی که نیازمند مدیریت مسئولانه است؛

هرنوع تبعیض در برخورداری از حقوق اساسی و یا احساس تبعیض، که باید هرچه سریعتر از طریق تلاش‌های عدالت محور جبران شود؛

فراهم نبودن امکان ازدواج به‌هنگام جوانان و مشکلات متعدد ناشی از آن، که جبران آن نیازمند اجرا و ارتقای اساسی و گسترده برنامه‌های حمایتی موجود و ایجاد برنامه‌های متناسب جدید، است؛

وجود مفساد اقتصادی از قبیل اختلاس و رشوه، که نیازمند دقت و نظارت دقیق مسئولان در همه دستگاه‌ها و نیز برخورد قاطع قضایی است؛

خودشیفتگی فرهنگی (تصور این که ما از همه در همه جهات بهتر هستیم)، بجای واقع‌گرایی فرهنگی؛

پررنگ بودن خشونت کلامی در کشور، بجای گفتمان مؤدبانه و مشحون از احترام و امید؛

مطلق گرایی و سیاه و سفید دیدن امور، بجای واقع گرایی و اعتدال؛

ناکافی بودن تعاملات بین المللی، که با تداوم دیپلماسی مستقل، مدبرانه و در عین حال مقتدرانه، باید توسعه یابد؛

رفتارها، عملکردها و گاهی ضوابط متناقض که با تدوین استانداردهای معتبر و رفع تناقضات قابل مدیریت و اصلاح است؛

کم توجهی نسبت به صیانت از بیت المال و حقوق عمومی، که با ممیزی دقیق و حسابرسی مستمر و برخورد قاطع با متخلفان و اطلاع رسانی عمومی، قابل اصلاح است؛

ضعف در مواردی نظیر «شفافیت امور»، «صداقت در گفتار و کردار»، «نقدکردن به شیوه مناسب و اشکال جدی در نقدپذیری»، که با تلاش های اخلاق محور فرهنگی و فرهنگ سازی و آموزشی قابل جبران است؛

کاهش احساس امنیت و نگرانی از آینده که به اقدامات اساسی در حوزه های ارتقای امنیت و سلامت نیازمند است؛

ناسپاسی نسبت به پیشکسوتان و خدمتگزاران صدیق که شایسته است با تجلیل از آنان جبران شود؛

کاستی ها، تعلل و ضعف های جوامع علمی و صنفی مرتبط با سلامت روان جامعه و نیز مجموعه نظام آموزش عالی، در مواردی نظیر:

اهتمام ناکافی به انطباق آموزه های سلامت روان با فرهنگ اسلامی و بومی؛

تبعیت افراطی از فرهنگ روانشناختی غرب؛

اهتمام نکردن به ارتقای سلامت معنوی جامعه، هماهنگ با سلامت روانی، با رویکرد اسلامی؛

کاستی‌ها، تعلل و ضعف‌های نهادهایی نظیر حوزه‌های علمیه، صدا و سیما و سایر رسانه‌های عمومی؛

تأثیرات منفی فضای مجازی رهاشده و بی‌بند و بار که بدون هر نوع نظارت، به تضعیف ارکان سلامت روان و سلامت معنوی می‌پردازد، واقعیت تلخی که به تدابیر عاجل و جامع نیازمند است؛

کاستی‌ها و غفلت‌های مهم در زمینه نقش‌ها و مسئولیت‌های تربیتی در سطوح خانواده، مهد کودک، پیش دبستانی و سایر مقاطع تحصیلی در امور آموزش و پرورش و لزوم تأکید و توجه عاجل نسبت به این راهبرد محوری به منظور ارتقای همه ابعاد سلامت به‌ویژه سلامت روان، معنوی و اجتماعی.

راهکارهای کوتاه‌مدت برای کنترل بحران جاری در حوزه سلامت روان جامعه

تحلیل واقع‌بینانه و علاج جویانه بحران، ریشه‌یابی علل و عوامل و پذیرش حقایق مرتبط با بحران و انکار نکردن و به فراموشی نسپردن آن؛

تلاش عملکردی محسوس، مؤثر و مستمر برای جلب اعتماد مردم، عذرخواهی و جبران کاستی‌ها توسط مسئولان و نهادهای مرتبط؛

اصلاح شیوه‌های اطلاع‌رسانی، بررسی‌های مدبرانه و دقیق مسائل اجتماعی توسط رسانه ملی، با التزام به ارزش‌های فرهنگی ملی نظیر عفاف و حجاب، و با تأکید بر جنبه‌های اثباتی نظیر پایبندی به حقوق عمومی، حفظ وحدت ملی و مصالح عمومی، آزادی‌های مدنی، و نظایر آن؛

ترویج شیوه‌های آزاداندیشی، نظیر کرسی‌های آزاداندیشی و نقد و نظر در همه سطوح، بویژه دانشگاه‌ها و صدا و سیما؛

طرح مدبرانه جنبه‌های سلبی، اجتناب از ایراد اتهام قبل از اثبات جرم، تفکیک اعتراض از اغتشاش، یا هر اقدامی که موجب آزردهی خاطر در اذهان عمومی شود؛

ضمن تجلیل از خویشتن‌داری و مدیریت هوشمندانه انتظامی حوادث اخیر، و توصیه به تعمیق و تداوم این شیوه، استفاده از روش‌های اطلاعاتی، روش‌های پیشگیرانه و روش‌گرانه برای کنترل خسونت‌ها، صیانت از افراد، اماکن، محل‌های کسب و کار، با جلب مشارکت مردم و مسئولان مراکز عمومی در معرض آسیب، اطلاع‌رسانی به‌هنگام به مردم و شیوه‌های مبتنی بر وفاق ملی که به‌مراتب مؤثرتر از شیوه‌های انتظامی، خواهند بود؛

در سایر سطوح و ارکانی که مسئول دفاع از امنیت عمومی و آحاد جامعه هستند نیز، گفتگو و مفاهمه مستمر، اطلاع‌رسانی مؤثر و صحیح و به‌هنگام، شفاف‌سازی موضوعات مورد توجه و مورد نیاز افکار عمومی، و اقدامات پیشگیرانه به‌مراتب مؤثرتر خواهند بود؛

در محیط‌های علمی، آموزشی و بویژه دانشگاه‌ها، برای صیانت از امنیت و تداوم فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی و خدمات، بهره‌گیری از ظرفیت‌های داخلی این مراکز، نظیر هدایت‌گری و نقش‌آفرینی استادان و مدیران، مشارکت دادن دانشجویان در مدیریت امور و مسئولیت‌پذیری مراجع فرهنگی وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مؤثر و راهگشا خواهد بود؛

در ارتباط با جامعه هنرمندان، جامعه ورزشکاران، و سایر اقشار و صنوف، بهره‌گیری از ظرفیت‌های درونی این اقشار، مجوز برگزاری اجتماعات به نیروهای شناسنامه دار با التزام به رعایت مقررات و مصالح عمومی، و سایر اقدامات مناسب حسب مورد، راهگشا خواهد بود.

راهکارهای بلندمدت برای کنترل بحران

التزام نهادهای حکومتی به اجرای دقیق وظایف قانونی و تلاش گسترده برای اصلاحات اساسی در نحوه حکمرانی در حوزه‌های مسئولیتی مرتبط، پایبندی به پاسخگویی اجتماعی مسئولان در همه رده‌های مدیریتی و اعمال نظارت قانون‌مند بر وظایف آنان و برخورد قاطع با تخلفات و اطلاع‌رسانی شفاف این امور به افکار عمومی؛

التزام سران قوا و مسئولان ارشد کشور نسبت به اجرای راهبردهای نظام برای ایفای کامل حقوق عمومی، به‌ویژه بهبود وضعیت معیشتی مردم، اشتغال، ازدواج جوانان و بر آورده کردن

قول‌های داده شده. در این ارتباط، توجه خاص به بیانیه مجمع عمومی فرهنگستان درسیان از حقوق سلامت جامعه و آحاد مردم مورد تأکید است؛

تلاش حداکثری و هوشمندانه و تدابیر سیاسی و انقلابی، نسبت به حل مشکلات بین‌المللی و رفع تحریم‌های ظالمانه استکبار جهانی و بی‌اثر کردن آنها، با سرعت بیشتر و با هدف‌گذاری بهبود اوضاع اقتصادی- اجتماعی کشور؛

نقش آفرینی بیشتر و بهره‌گیری از ظرفیت عظیم حوزه‌های علمیه، با رویکرد کاهش مشکلات کشور و ارتقای سلامت، روان، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی؛

مبارزه بی‌وقفه با فساد و تبعیض، تا ریشه‌کنی کامل آنها و تأمین رضایت مردم؛

تأمین عدالت اجتماعی و عدالت در سلامت، تلاش همه‌جانبه برای ارتقای سرمایه اجتماعی کشور؛

شناخت نیازهای نسل جوان و پاسخ مناسب به آنها و تلاش برای از بین بردن شکاف بین‌نسلی؛

تشویق حضور و افزایش مشارکت زنان در همه امور جامعه؛

التزام همگان، بویژه مسئولان به سنت حسنه گفتگوی با جدال احسن، از طریق ترویج کرسی‌های آزاد اندیشی و نقدهای منصفانه؛

توجه کامل به حق اعتراض مردم نسبت به کاستی‌ها، تبعیض‌ها، بی‌عدالتی‌ها و سوء مدیریت‌ها؛

پیشگیری از افراط و تفریط هیجانی از طریق آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، مدیریت خشم و مدیریت ارتباطی، در سطوح مختلف جامعه، در اعتراضات؛

تلاش متولیان امور برای پیشگیری و رفع نارضایتی عمومی، با بهره‌گیری از راهبردهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، مدیریتی، آموزشی و پژوهشی؛

ریشه‌یابی دلایل حضور و اعتراضات قشر نوجوان و جوان کشور و راهیابی اصلاح و مدیریت هوشمندانه آن.

نتیجه‌گیری

اصلاح، حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه در سه سطح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:

پیشگیری اولیه، یعنی انجام اقداماتی به منظور جلوگیری از بروز اختلالات روانی از قبیل: اتخاذ تدابیری برای کاهش تنش‌های فردی و اجتماعی در جامعه، بالابردن سرمایه اجتماعی (مشارکت، اعتماد، همدلی و وفاق ملی...)، بالابردن سرمایه روان‌شناختی (امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری)، آموزش مهارت‌های زندگی (مدیریت استرس، مدیریت خشم، مهارت ارتباطی...)، ارتقای جنبه‌های معنوی (توکل، توسل، دعا و نیایش...)، گسترش کمی و کیفی مراکز روان‌شناسی و مشاوره سلامت روان در شبکه بهداشتی درمانی کشور؛

پیشگیری ثانویه، یعنی انجام اقداماتی به منظور جلوگیری از شیوع اختلالات روانی از قبیل غربالگری اختلالات روانی، گسترش مراقبت‌ها و خدمات سلامت روان در جامعه، تدارک اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز سلامت روان، انگ‌زدایی از اختلالات روانی و تشویق و تسهیل افراد مشکل‌دار برای مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک، ساماندهی خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در قالب شبکه بهداشتی درمانی کشور، پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناسی، روان‌پزشکی و روان‌درمانی و مشاوره....

پیشگیری ثالثیه، یعنی انجام اقداماتی به منظور جلوگیری از ازمان بیماری روانی از قبیل: اتخاذ برنامه‌های توان‌بخشی و کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن، راه‌اندازی مراکز روزانه و غیره...

مکاتبه با رئیس محترم دفتر رییس جمهور جناب آقای دکتر غلامحسین اسماعیلی

نامه رییس محترم سازمان روانشناسی درمورد سلامت روان جامعه

با احترام، بازگشت به نامه شماره ۱۵۵۴۳۷ مورخ ۱۴۰۱/۸/۲۶، مراتب زیر به استحضار می‌رسد. قبل از پرداختن به مفاد نامه فوق، لازم است بر اهمیت و وجوب توجه مسئولانه و علاج جویانه به حوزه سلامت روان، یادآوری و تأکید مؤکد نماید. مطالعات سالیان گذشته، شیوع اختلالات روانی را در جمعیت کشور، حدود ۲۵ درصد برآورد نموده، که تقریباً ۱۲ درصد بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد. وفق همین مطالعات، پیش‌بینی می‌شود که در آینده این مشکل جدی‌تر و فراگیرتر شده و جمعیت نیازمند مراقبت‌ها و خدمات سلامت روان بیشتر خواهند شد. متأسفانه بخش قابل توجهی از جمعیت کشور، از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی حوزه سلامت روان، محروم هستند. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تولید سلامت و مسئولیت هماهنگی، پیگیری تامین، حفظ و ارتقای همه ابعاد سلامت، و از جمله سلامت روان جامعه و آحاد آن را عهده دار است. در شرایط جاری و تحت تأثیر عواملی نظیر موارد ذیل، توجه به این بعد از سلامت، از اهمیت و اولویت بیشتری برخوردار و بر مسئولین، بویژه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واجب است، بصورت همه جانبه رسیدگی نمایند:

- عوامل فردی مؤثر بر سلامت روان نظیر تحصیلات، سواد سلامت، شغل، درآمد، محل سکونت،....
- عوامل خانوادگی مؤثر بر ارتقای سلامت و پیشگیری از اختلالات روانی، نظیر ازدواج و فرزندآوری، شیوه تربیت فرزندان، روابط درونی خانواده، شغل والدین، درآمد خانوار، نوع و شرایط و تسهیلات محل سکونت، سایر عوامل اقتصادی و معیشتی
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان نظیر، عوامل اقتصادی (شامل فقر و نابرابری، بیکاری، سطح درآمد، تورم، گرانی، سایر آثار ناشی از تحریم‌ها،....)؛ تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛ منازعات سیاسی، افسارگسیختگی فضای مجازی، التهابات و تشنجات اجتماعی؛ برنامه‌های با تأثیرگذاری روانی-اجتماعی نامناسب در صدا و سیما و سایر رسانه‌ها، ترافیک و آلودگی هوا؛ عواقب ناشی از همه‌گیری کرونا در دوره

- اخیر (و سایر بیماریهای نوپدید)؛ پدیده های دموگرافیک جمعیت (نظیر نرخ باروری و سالمند تر شدن جمعیت کشور)؛ و افزایش سایر عوامل زمینه ساز ، ...
- عوامل شغلی تهدید کننده سلامت روان، در رأس آنها بیکاری یا مشاغل کاذب، احساس عدم امنیت شغلی، اختلافات فاحش درآمدی، بهداشت و ایمنی نامناسب در محیط های شغلی، استرس و شرایط روانی بیماریزا، در همه موارد، نظام مجموعه دولت محترم و نظام سلامت، با محوریت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی جامعه را عهده دار بوده، لازم است از طریق راهبردهایی نظیر موارد زیر اهتمام نماید:
- اجرای همه جانبه مفاد مرتبط با سلامت روان، در منظومه سلامت همه جانبه در سیاست های کلی سلامت
- تدوین، تصویب و اجرایی نمودن "برنامه جامع پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و مدیریت اختلالات مربوطه" (شامل ابعاد سیاستگذاری اجرایی، برنامه ریزی راهبردی، نگاشت نهادی در اجرای آن، تأمین مالی و پشتیبانی و نظارت مستمر و دقیق بر مدیریت مراقبت ها و خدمات روانی)
- اقدامات پیشگیرانه و ارتقاء بخش، مانند بهبود معیشت و اشتغال، اشتغالزایی، رفع نابرابری ها، تسهیل ازدواج، آموزش عمومی، ارتقای فرهنگ و سواد سلامت، توانمندسازی نیروی انسانی
- ادغام مراقبت ها و خدمات سلامت روان در شبکه بهداشتی درمانی و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع،
- اصلاح نظام تعلیم و تربیت در سطوح آموزش و پرورش و آموزش عالی با رویکر آشنایی و ادراک فراگیران از مفهوم سلامت همه جانبه و توانمندسازی آنان در زمینه مهارتهای مرتبط با ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات آن،
- ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم، ارتقای سبک زندگی سالم خانوادگی با رویکرد اصلاح روابط درون خانواده،
- ایجاد فضای نشاط در جامعه، کنترل فضاهای مجازی، ارتقای برنامه های مرتبط در صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، مشارکت ذینفعان اصلی، خاصه مردم

و تحقق سایر راهبردها و ارزش های مصرح در سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، در جهت بهبود سلامت روان جامعه

درخصوص پیشنهادات مطرح شده در نامه رییس محترم سازمان نظام روانشناسی مطالب زیر، در جلسه کارشناسی مشترک صاحب نظران سلامت روان در فرهنگستان و نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد تأکید قرر گرفت:

چنانچه برنامه تفصیلی جامع راهبردی سلامت روان، که در نامه ادعا شده است، در حال تدوین می باشد، لازم است در اسرع وقت به مراجع مسئول ذیربط جهت بررسی، ارجاع شود. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، برای مشارکت در تدوین این برنامه اعلام آمادگی می نماید

مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره باید بر اساس نیازسنجی و اعتباربخشی توسط مراجع ذیصلاح دایر و بر فعالیت آنها نظارت دقیق و مستمر بعمل آمده، با تخلفات برخورد قاطع قانونی بعمل آید

بدیهی است این مراکز و موارد مشابه دیگر، مطلقاً ظرفیت جایگزینی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در بستر شبکه بهداشتی درمانی کشور را دارا نمی باشند. اجرای مفاد مرتبط از سیاست های کلی سلامت و ادغام مراقبت ها و خدمات سلامت روان در شبکه بهداشتی درمانی، مؤثرترین راهبرد تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روان می باشد.

تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفتن خدمات روانشناسی و مشاوره، با توجه به افزایش بار اختلالات سلامت روان در جامعه کاملاً ضروری و مورد تاکید می باشد. تدوین استانداردهای ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت روان نیز باید در اولویت قرار گیرد.

در انتها یادآوری می شود با توجه به تذکر و تأکید روانشناسان محترم حاضر در جلسه، سازمان مذکور دو سال است که در برگزاری انتخابات هیات مدیره و شورای مرکزی تاخیر داشته و باعث بی انگیزگی اعضا شده است. لازم است تذکر جدی در این خصوص داده شود.

آسیب شناسی کلان نظام سلامت

موضوع مهم و ضروری آسیب شناسی کلان نظام سلامت، نیازمند بررسی و مطالعه دقیق، ریشه یابی و تجزیه و تحلیل علل و عوامل اجرایی نشدن سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری است. این مهم در فرهنگستان در دست انجام و اطلاعات ضروری مورد نیاز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخواست شده است. امیداست طی ماه های آینده، با دریافت اطلاعات ضروری و برگیری از تجربیات و نظرات کارشناسی صاحب نظران فرهنگستان، نتایج آن آماده و منعکس شود. با این وجود مواردی بیان می شود: شرایط اقتصادی عمومی جامعه، مجموعه نظام سلامت را نیز تحت تاثیر مستقیم و غیرمستقیم قرار داده است. بیشترین هزینه های این بخش صرف نیروی انسانی می شود. تصمیمات متخذه در سال ۱۴۰۰ و تداوم آن در ۱۴۰۱ در مورد پائین بودن تعرفه ها، محدود کردن سقف درآمدها و پلکانی نمودن مالیات و نظایر آن، موجب تزلزل اصل خدمات تمام وقت اعضای هیئت علمی و پزشکان و متخصصان و گرایش آنان به بخش خصوصی و تضعیف امور آموزشی، پژوهشی، ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت در مراکز آموزشی و سایر مراکز دولتی شده است. از طرفی تقاضای القایی تحت تاثیر عوامل مختلف از جمله تبلیغات کاذب در فضاهای مجازی، جنبه های فرهنگی و اجتماعی، نظام های پرداخت نامناسب، نظیر Fee for Service و سایر عوامل، موجب رواج بعضی درمان های غیر ضروری در حوزه های جراحی ترمیمی و پلاستیک و سایر زمینه ها شده است. نظارت ناکافی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز مزید بر علت است. یکی از ابعاد اقتصادی و اجتماعی در حوزه آموزش تخصصی، آینده نگری داوطلبان در مورد انتخاب رشته ها است. همچنین عواملی نظیر درآمد ناکافی و مشکلات حرفه ای پزشکان عمومی، و نیز پاره های مجوزهای حساب نشده به آنان در مورد دخالت در امور تخصصی، موجبات گرایش به اقدامات غیرضروری ترمیمی و زیبایی در این قشر مهم از جامعه پزشکی شده است.

تجربیات دوره‌های اخیر نشان داده است که، آینده شغلی و درآمدی رشته‌های تخصصی، مهمترین عامل برای انتخاب آنها توسط داوطلبان است. این عامل سبب شده تا در درجه اول رشته‌های مادر نظیر داخلی و کودکان، از کمترین استقبال و رشته‌های دیگر که جاذبه شغلی و درآمدی بیشتر دارند، مورد اقبال بیشتر قرار گیرند. گرایش به فوق تخصص‌های بالینی و رشته‌های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) نیز تابع جاذبه‌های مادی است. موضوع عمومی و فراگیر تاثیرگذار دیگر، منزلت اجتماعی حرف سلامت است که این فرهنگستان اخیراً بیانیه‌ای در این زمینه منتشر نموده است (تصویر پیوست). مجموعه‌های غیرمنطقی و ناروای رسانه‌ای به جامعه پزشکی و سلامت، بی توجهی به نظریات کارشناسانه نهادهای متولی سلامت در مواردی نظیر افزایش ظرفیت رشته‌ها، و سایر عوامل ناخواسته نیز فضای خدمت‌گزاری نظام سلامت را بدرجات تحت الشعاع قرار داده است. عطف به مراتب پس از تهیه گزارش جامع آسیب شناسانه و علاج جویانه این فرهنگستان در حوزه سلامت، مراتب به آن شورای محترم منعکس خواهد شد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی
وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمدعلی زلفی‌گل
سرپرست محترم وزارت آموزش و پرورش جناب آقای دکتر علیرضا کاظمی (۱۴۰۰/۹/۳)

فرهنگستان علوم پزشکی در راستای انجام رسالت خویش در رصد موضوعات مهم نظام سلامت، از ابتدای همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ ضمن بررسی مشکلات مهم، راهکارهای پیشنهادی خود را در مورد هر مسئله به سیاست‌گذاران و مجریان ارائه نموده است. با تشکیل کارگروه ویژه بررسی مسائل کووید ۱۹ در فرهنگستان علوم پزشکی، **موضوع آموزش حضوری دانشگاه‌ها و مدارس** در جلسه ۲۳ آبان‌ماه این کارگروه با حضور نمایندگان محترم وزارتخانه‌های ذیربط تشکیل و خلاصه سیاستی ذیل تهیه گردید.

خلاصه سیاستی ۴- آموزش حضوری در همه گیری کوید-۱۹

مقدمه: همه گیری ویروس کرونا پدیده‌ای است که با توجه به منشاء نامشخص و سرعت انتشار بالا و ویژگی های مهارناپذیر آن، جهان را با بحران مواجه کرده است. این بحران هر چند در ظاهر ماهیتی صرفاً پزشکی و مرتبط با نظام سلامت دارد، پدیده‌ای است چند بعدی که آثار و پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی قابل بررسی است. یکی از مهم ترین حوزه‌هایی که تحت تاثیر این پاندمی ویروسی قرار گرفته است، حوزه آموزش مدارس و دانشگاه‌ها هستند. تداوم همه گیری این ویروس باعث تغییر نحوه آموزش از حضوری به مجازی کامل گردیده است. با آغاز سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ سیاست های ابلاغی در ستاد ملی کرونا به طرف آماده سازی شرایط برای آموزش حضوری در مدارس و دانشگاهها رفته است. در این راستا جلسات کارشناسی متعددی گذاشته شده و دستورالعمل هایی هم آماده گردیده است. لیکن به نظر می رسد ابعاد موضوع بسیار پیچیده بوده و اظهارنظرهای مسئولین مرتبط گاه با هم تناقض دارد. مردم نسبت تصمیم ها توجیه نمی شوند. دستورالعمل ها گاه پیچیده هستند و شفافیت کافی را ندارند. بانک های اطلاعاتی توانایی لازم برای رصد هوشمند را ندارند. و اشکالات دیگری که در سیستم اجرا وجود دارند. فرهنگستان علوم پزشکی در راستای وظایف خود موضوع آموزش حضوری را مورد بررسی قرار داده و توصیه های سیاستی زیر را جهت اطلاع سیاستگذاران و مجریان اعلام می کند.

موارد مربوط به مدارس

۱. اجرای دقیق "دستورالعمل وظایف، الزامات فرایندهای اجرایی طرح مدیریت هوشمند بیماری کرونا در بستر سامانه" مصوب جلسه ۲۲ آبانماه ۱۴۰۰ ستاد ملی کرونا. که در آن به "کنترل هوشمند معلمان و کادر مدارس و دانش آموزان و الزام تزریق واکسن یا داشتن تست PCR منفی در هنگام

این خلاصه سیاستی در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۰ منتشر شده است.^۱

۲. حضور در مدرسه " تاکید شده است. البته این برنامه در طول زمان نیاز به ارتقاء دارد و در خصوص اجرای موارد آن نیاز است نظرات کارشناسی صاحب نظران هم اخذ شود.

۳. اجرای دقیق آخرین پروتکل مورد توافق وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش در خصوص رعایت موارد بهداشتی در هنگام حضور در مدارس. (مشمول بر کاهش تراکم و تعداد دانش آموزان، افزایش فاصله فیزیکی در مدرسه، کلاس، هنگام زنگ تفریح در راهروها و حیاط مدرسه و سرویس و تهویه مطلوب کلاس ها و کاهش زمان کلاس های حضوری، استفاده از ماسک و شیلد و الزام استفاده از آن برای مواقع لازم، کاهش تماس با سطوح و وسایل آلوده، تجهیز سرویس های بهداشتی به امکانات لازم از قبیل مایع دستشویی و شیر پدالی، شناسائی دانش آموزان در معرض خطر ابتلا و عوارض بیماری و برنامه ریزی برای مراقبت ویژه آنان، دو و سه شیفته کردن مدارس و کوتاه شدن زمان مدرسه در موارد لزوم).

۴. با توجه به نبودن شواهد متقن علمی درخصوص تزریق واکسن به افراد زیر ۱۲ سال، رعایت موارد بهداشتی در مدارس ابتدایی با دقت بیشتری انجام و مورد نظارت هر دو دستگاه باشد.

۵. توجه به عدالت آموزشی و در نظر گرفتن تسهیلاتی (مانند تبلت و خط اینترنتی رایگان) برای استفاده از سیستم آموزش مجازی برای دانش آموزانی که خانواده شان پایگاه اجتماعی ضعیفی دارند (در صورت استمرار شیوه آموزش مجازی)، و در صورت بازگشایی نیز تسهیلات بهداشتی

۶. (الکل، ماسک، بیمه های درمانی، مکمل های تغذیه ای) در اختیار این دانش آموزان قرار داده شود.

۷. اطلاع رسانی مناسب به عموم جامعه و کادر مدارس در خصوص پروتکل ها و دستورالعمل های ابلاغی، ضمن تلاش برای شفاف بودن و قابل اجرا بودن این پروتکل ها و دستورالعمل ها.
۸. حمایت مالی کافی جهت اجرای مصوبات (نحوه تامین منابع لازم برای در اختیار قرار دادن ماسک برای دانش آموزان).
۹. تاکید بر حفظ سیستم آموزش مجازی، حضور دانش آموزان در حداقل تعداد و بصورت نوبتی.
۱۰. پایش دقیق و مداوم شرایط از طریق تعریف علائم هشدار، تا به محض دریافت نشانه هایی از موارد بیماری، انتقال سریع پیام و تحلیل مربوطه انجام گردیده و تصمیم مقتضی جهت پاسخ سریع و موثر انجام شود.

موارد مربوط به دانشگاهها

- اجرای دقیق "دستورالعمل وظایف، الزامات فرایندهای اجرایی طرح مدیریت هوشمند بیماری کرونا در بستر سامانه" مصوب جلسه ۲۲ آبانماه ۱۴۰۰ ستاد ملی کرونا. که در آن به "کنترل هوشمند اساتید و کادر اداری دانشگاهها و دانشجویان و الزام تزریق واکسن یا داشتن تست PCR منفی در هنگام حضور در دانشگاه" تاکید شده است. البته این برنامه در طول زمان نیاز به ارتقاء دارد و در خصوص اجرای موارد آن نیاز است نظرات کارشناسی صاحب نظران هم اخذ شود.
- اجرای دقیق پروتکل های بهداشتی در هنگام حضور در دانشگاه اعم از کاهش تراکم و تعداد دانشجویان، افزایش فاصله فیزیکی و تهویه مطلوب در کلاسها و سرویسهای دانشگاه، کاهش طول مدت کلاسهای حضوری، استفاده از ماسک و شیلد و الزام استفاده از آن برای مواقع لازم، کاهش تماس با سطوح و وسایل آلوده، مجهز نمودن سرویس های بهداشتی به امکانات لازم از قبیل صابون مایع و شیر های پدالی، شناسائی دانشجویان در معرض خطر ابتلا و عوارض بیماری و برنامه ریزی برای مراقبت ویژه آنان).

- توجه به عدالت آموزشی و در نظر گرفتن تسهیلاتی (مانند تبلت و خط اینترنتی رایگان) برای استفاده از سیستم آموزش مجازی برای دانشجویانی که خانواده شان پایگاه اجتماعی ضعیفی دارند (در صورت استمرار شیوه آموزش مجازی)، و در صورت بازگشایی نیز تسهیلات بهداشتی (الکل، ماسک، بیمه های درمانی، مکمل های تغذیه ای) در اختیار این دانشجویان قرار داده شود.
- رعایت دقیق پروتکل های بهداشتی در خوابگاهها با آموزش کامل دانشجویان و فراهم کردن زمینه فاصله گذاری (با کم کردن تراکم دانشجویان در اتاق های خوابگاه).
- حمایت مالی کافی جهت اجرای مصوبات (ایجاد امکانات لازم در خوابگاهها و محیط دانشگاه).
- در اجرای دستورالعمل ها استقلال دانشگاه ها و مراکز آموزشی در نظر گرفته شود. و برای تدوین و اجرای برنامه بازگشایی و در صورت نیاز قرنطینه مجدد بر اساس شرایط به آنها اختیار کافی داده شود.
- استفاده از فرصت توسعه زیر ساخت های آموزش مجازی به منظور تفویض اختیار به دانشگاه ها و مراکز آموزشی برای اجرای برنامه های تلفیقی آموزشی (مجازی و حضوری).
- تاکید بر اولویت آموزش های مهارتی بصورت حضوری و آموزش دروس نظری بصورت مجازی با استفاده از رسانه های مختلف و ظرفیت های مجازی.
- لزوم تاکید بر بازگشایی تدریجی و در صورت نیاز محدود و انعطاف لازم برای بازگشت کامل به شرایط قرنطینه.
- تاکید بیشتر بر بومی گزینی و تسهیل جایجایی و انتقال دانشجویان به منظور پیشگیری از سفر های غیر ضرور.

- بازنگری در الزام فعالیت تمام وقت دانشجویی خصوصا در مقاطع تحصیلات تکمیلی و اجازه آموزش پاره وقت.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت الله سید ابراهیم رئیسی

افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی

در هفته گذشته جامعه دانشگاهی علوم پزشکی، با انتشار خبری در صدا و سیما در مقابل سوالات بسیاری قرار گرفت. زمانی که قائم مقام محترم ستاد راهبری نقشه جامع علمی کشور در مقابل دوربین رسانه ملی اعلام نمود که در اولین فرصت ظرفیت‌های رشته پزشکی ۳۰۰۰ نفر در سال افزایش می‌یابد. اعلام ناگهانی این موضوع کافی بود تا انتظارات مردم نسبت به آن بالا برده شود.

چرا باید یک مقام رسمی حوزه سیاستگذاری آموزش عالی کشور از روش‌های غیر متعارف برای تحقق تفکرات خود استفاده نماید؟ تعیین ظرفیت رشته‌های دانشگاهی طی فرآیندی پیچیده و با مطالعات عمیق، علمی و شواهدی متقن باید تعیین شده و نهایتا در شورای سنجش آموزش کشور به تصویب برسد. ورود ستاد راهبری نقشه جامع علمی کشور بعنوان یک موضوع کارشناسی مملکت می‌تواند موضوعیت داشته باشد. لیکن مراجع قانونی تعریف شده توسط مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی نباید دور زده شوند و صحیح نیست که یک مقام علمی با حضور در صدا و سیما موضوعی که هنوز بررسی و مصوب نشده است را اعلام نموده و زمان پاسخگویی هم داده نشود.

لازم است کمی به تحلیل دلایل و بحث‌های انجام شده در جلسات مختلف شوراهای ذیل شورای عالی انقلاب فرهنگی بپردازم. استدلال موافقین افزایش ظرفیت رشته پزشکی عمدتا بر سه محور استوار است. اول کمبود تعداد پزشکان کشور و کم بودن نسبت پزشک به جمعیت در کشور در مقایسه با کشورهای هم جوار و کشورهای پیشرفته، دوم وجود تقاضای بالا در آزمون کنکور برای ورود به رشته پزشکی و سوم کمبود پزشکان عمومی و متخصص در مناطق کمتر برخوردار کشور.

در ادامه در پاسخ به هر سه استدلال مواردی را به استحضار می‌رساند:

۱- کمبود پزشکان کشور در مقایسه با سایر کشورها: در مطالعات متعددی که بعنوان مبانی (برنامه تعیین نیازهای نیروی انسانی پزشکی در طی ۶ سال گذشته توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) در نظر گرفته شده است. مشخص گردیده که این استدلال از ریشه اشتباه است. توضیح اینکه نحوه آموزش و اطلاق عنوان پزشک و ارائه دهنده خدمت پزشکی در کشورهای مختلف متفاوت است.

برای مثال در کشورهایی مثل پاکستان و هندوستان، عراق و بعضی کشورهای دیگر، دوره پزشکی ۵ سال است (در ایران این دوره ۷ سال است) و در برخی کشور های دیگر نیروهای کارشناس (لیسانس) را هم جزو گروه پزشکی محاسبه کرده و نسبت بالای آنها در مقایسه با جمهوری اسلامی ایران به همین دلیل است. از سوی دیگر مطابق آمار موجود، تعداد پزشکان فعال کشور اعم از عمومی و متخصص ۱۲۴ هزار نفر و نسبت آن به ده هزار نفر جمعیت ۱۶/۱۵ نفر است. پزشکان متخصص ۴۳ هزار نفر و نسبت آن به هر ده هزار نفر جمعیت ۵/۲ است که این اعداد در مقایسه با کشورهای منطقه چشم اندازی قابل تحلیل دارد.

استناد دوستان به کشورهایی است که بیش از ما سرانه پزشک دارند. این کشور ها دو گروه هستند برخی از آنها کشورهای با در آمد سرانه بسیار بالاتر از جمهوری اسلامی ایران و برخی هم کشورهای استقلال یافته شوروی سابق که به دلیل سیاست‌های قبل از دهه هفتاد میلادی این اعداد اتفاق افتاده است و البته ثابت هم شد که تعداد بالای این نوع پزشک برای آنان باعث افزایش و بهبود شاخص‌های سلامتی آنها نشده است.

نکته مهم دیگر انجام رشد متوازن است، نه رشد یک قسمت به بهای نادیده گرفتن سایر اجزا. ما نمی‌توانیم با منابع موجود مالی کشور، استانداردهای کشورهای توسعه یافته را هدف قرار دهیم. باید رشد را متناسب با سایر اجزا ببینیم. باید مراکز سرپائی را که خدمات سلامت ارائه می‌کنند در سطح جامعه گسترش دهیم و آنها را آموزشی کنیم و کلینیک‌های تخصصی، تخت بیمارستانی، تجهیزات پزشکی و سایر رده‌های ارایه دهنده خدمت در کنار رده پزشکی را با هم توسعه دهیم و گر نه صرفا زیاد نمودن ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی بدون تامین منابع مالی - تجهیزاتی - نیروی انسانی تربیت کننده لازم و فضای مناسب برای این

اقدام مهم و درحقیقت حیاتی مسلماً به سقوط کارآمدی پزشکی، گران نمودن خدمات و افزایش پرداخت از جیب مردم منجر خواهد شد. بعنوان مثال تا همین الان دولت نتوانسته است بعضاً بدهی‌های ۲۵ ماه گذشته در ارتباط با کارانه پزشکان و امثال آن را تسویه نماید. همچنین بدلیل محدودیت اعتبارات، و علیرغم بخشنامه‌های متعدد، بسیاری از بیماران مجبورند نیازهای بیمارستانی خود را شخصا از خارج از بیمارستان خریداری نمایند. لازم به یادآوری است که بازار سلامت برخلاف سایر بازارها تابع قانون عرضه و تقاضا نیست. افزایش تعداد پزشکان باعث ازدیاد تقاضاها در این بازار و هزینه‌های القایی شدید خواهد بود. در صورت افزایش بی رویه پزشکان که کار کافی و درآمدزا نداشته باشند، مسلماً دست به اقدامات غیر ضرور، زده و هزینه‌های نظام سلامت و دولت را شدیداً افزایش خواهند داد و از طرفی هر اقدام نسنجیده، می‌تواند مهاجرت این گروه را که به سادگی قادرند در خارج از کشور فرصت‌های شغلی با درآمدهای چندین برابر داخل کشور بیابند را افزایش می‌دهد.

۲- وجود تقاضای بالای رشته پزشکی در کنکور: در طی سالهای اخیر در بین داوطلبین کنکور تقاضای ورود به رشته‌های تجربی، نسبت به گروه‌های آموزشی دیگر فزونی یافته و به بیش از ۶۵ درصد رسیده است. به نظر می‌رسد علت این موضوع کاهش جاذبه دانش آموختگی در سایر رشته‌هاست. در طی سالهای گذشته، توسعه بی رویه دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری و هم چنین دانشگاه آزاد، دانشگاه پیام نور و دانشگاه علمی کاربردی عملاً کیفیت و متعاقباً ارزش مدارک کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی این حوزه‌ها را بسیار پایین آورده است. و بازار کار و زمینه اشتغال با دارا بودن این مدارک (بجز معدودی رشته‌ها) عملاً وجود ندارد. اگر تقاضا برای ورود به رشته‌های گروه پزشکی بالاست. (که دلیل آن انطباق دقیقتر میزان نیاز و تربیت نیرو توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است) آیا راه حل آن است که همان بلای مشابه را بر سر پزشکی هم بیاوریم؟ نکته مهم دیگر این که بالا بردن ظرفیت پزشکی یعنی کم کردن فرصت سایر رشته‌ها که سبب می‌شود رشته پزشکی توسط داوطلبین قوی تر پر شوند و در نتیجه فرار مغزهای بین رشته‌ای تشدید هم می‌شود. تا زمانی که فضای کار سایر رشته‌ها بهتر نشود و تعادل در فرصت شغلی برای سایر رشته‌ها

ایجاد نشود، قطعا تغییر ظرفیت‌ها آسیب بسیار جدی به آنها وارد و صندلی‌های سایر رشته‌ها را خالی‌تر خواهد نمود.

۳- کمبود پزشکان عمومی و متخصص در مناطق کمتر برخوردار: همانگونه

که مستحضرید طی سالهای گذشته قوانین متعددی مثل طرح نیروی انسانی و قانون عدالت آموزشی، جهت تامین پزشک عمومی و متخصص برای مناطق محروم تصویب شده است. قانون اخیر آن در سال ۱۳۸۹ مصوب و در سال ۱۳۹۲ اصلاح شد و فارغ التحصیلان مشمول این قانون (که موظفند ۳ برابر مدت تحصیل، که برای پزشک عمومی ۲۱ سال و برای پزشک متخصص ۱۲ سال است و ۳۰ درصد ورودی‌های هر رشته/محل را شامل می‌شوند) صرفا در مناطق محروم باید کار کنند. این افراد به تدریج و از سال ۱۳۹۹ وارد بازار کار شده و می‌شوند. به نظر می‌رسد با بکارگیری این فارغ التحصیلان عملا مشکل مناطق محروم نیز حل خواهد شد. تا حدی که اخیرا برخی نمایندگان مجلس به غلط یا درست طرحی را به هیات ریسه مجلس ارائه داده‌اند که پزشکان عمومی مشمول این قانون پس از گذراندن یک سوم مدت تعهداتشان، از تسهیلاتی بهره‌مند شوند که شاید این خود نشانه شروع اشباع مناطق محروم است. نکته مهم دیگری در این مورد قابل ذکر است اینست که درخواست مردم و برخی نمایندگان، دلیل نیاز واقعی یک منطقه به پزشک عمومی و یا متخصص نیست. سال‌هاست که در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، برنامه سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی بر اساس نیاز واقعی به نوع خدمات و نیروی انسانی در حال بررسی و اجراست که اگر اجازه فرمائید توصیه اکید دارم که حضرت‌عالی در مورد اجرای کامل و سریعتر آن تاکید و پیگیری لازم بفرمائید. در حال حاضر پیشرفت کار بسیار کند است در حالی که اجرای کامل آن به بسیاری از این سوالات پاسخ می‌دهد و بسیاری از کمبودها را برطرف می‌نماید. اعزام پزشکان متخصص و فوق تخصص به مناطق کم جمعیتی که عملا بیماردهی کافی در آن رشته ندارند، باعث اتلاف منابع شده و پزشک هم وقتی بیمار کافی نداشته باشد عملا به مرور زمان مهارت‌های خود را از دست خواهد داد. از این گذشته عمده پزشکان متخصصی که در تهران و شهرهای بزرگ طبابت می‌کنند متولد این نقاط نبوده و این نشان می‌دهد که نابرابری کلی در جامعه و محرومیت مناطق محروم باعث میشود که حتی افراد بومی آن مناطق نیز بعد از اتمام دوره تعهد به سمت

شهرهای بزرگ مهاجرت نمایند. برای برقراری عدالت، مسئولین باید گسترده تر و عمیق تر مسائل را ارزیابی نمایند تا اقدامات لازم صورت گیرد. در عین حال سیاست‌های تشویقی برای ارایه خدمت در مناطق محروم و دور افتاده از قبیل حقوق بیشتر، و نیز سیاست‌های بازدارنده در مناطق برخوردار مانند دریافت مالیات بیشتر و همچنین استقرار سطح بندی خدمات، پزشکی خانواده و نظام ارجاع بیماران برای تعدیل حجم کار پزشکان در شهرهای بزرگ ضروری است.

متذکر می‌شود که اینگونه تصمیم ها می‌بایست با شواهد علمی متقن و کارشناسی دقیق توسط متخصصین امر و تولید یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت پذیرد. باید در نظر داشت که تربیت دانشجوی پزشکی هزینه بالایی دارد و افزایش ۳۰۰۰ دانشجوی، منابع زیادی را نیاز خواهد داشت. که فقط در صورت تامین منابع مالی قابل توجهی، می‌توان به ایجاد زیرساخت‌ها، تامین هیئت علمی مورد نیاز و تجهیزات و زیرساخت‌های دیگر که زمان بر است و هزینه بسیار نیاز دارد پرداخت و لذا صرفاً با یک مصوبه ناگهانی و طی یک سال امکان ندارد ظرفیت آموزش پزشکی را ۵۰ درصد افزایش داد.

در پایان لازم به ذکر است که در سالهای اخیر ظرفیت تربیت پزشک تقریباً دو برابر شده است، نگاه دلسوزان این حوزه رشد متوازن و توجه به کمیت در کنار کیفیت باید باشد. این نکته هم مهم است که اگر کارشناسانه بخواهیم حرکت کنیم ضرورت رشد بعضی رشته ها مانند پرستاری بسیار بیشتر از پزشکی است اما به دلایل مختلف کسانی که به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فشار می‌آورند، فقط رشته پزشکی را هدف گیری کرده‌اند.

با توجه به مطالب پیشگفت، خواهشمند است در صورت صلاحدید، دستور فرمایید این موضوع از دستور کار شورای عالی انقلاب فرهنگی خارج شده و به مراکز تخصصی اصلی متولی نظام سلامت، یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محول گردد و آنان هم موظف شوند نتیجه بررسی‌ها را در طی زمان مشخصی خدمت حضرت عالی منعکس نمایند. یادآور می‌شود به برکت نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، برای حل معضلات سلامت مردم اقدامی فوق العاده و منحصر بفرد در سطح جهان یعنی ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات و مراقبت سلامت صورت پذیرفت که از دستاوردهای مهم این امر، تربیت نیروی انسانی کافی، ماهر و آشنا به مشکلات جامعه و نظام سلامت بوده و مورد

تأیید سازمان‌های مختلف بین‌المللی نظیر فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت و غیره قرار گرفته است. این روزها که مبارزه با ویروس منحوس کورونا، به اندازه کافی توان فکری و جسمی قشر مجاهد پزشکی را مشغول نموده است، طرح پاره‌ای از مطالب نظیر بر هم زدن ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه خدمات که در متن سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری هم بر آن تاکید شده است و اخبار نسنجیده‌ای از این قبیل، همانند تازیانه‌ای بر پیکر رنجور این فرهیختگان وارد شده و بذر نا امیدی به آینده را در شاغلان گروه پزشکی و دانشجویان مشغول به تحصیل در این رشته ها خواهد کاشت

مکاتبه با

محضر مبارک رهبر حکیم و دوراندیش جمهوری اسلامی ایران آیه الله العظمی امام خامنه ای ادام الله
عزه الشریف

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت الله سید ابراهیم رئیسی

اعتراض به افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی

با توجه به تصمیمات احساسی و غیر کارشناسانه اخیر جهت ارتقای خدمات پزشکی در مناطق محروم کشور که متمرکز بر افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی شده است، یادآوری نکات مهمی ضروری است و به اتخاذ تصمیمات عادلانه، مفید و مبتنی بر دیدگاه‌های خبرگان سلامت کمک خواهد نمود. اعضای مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی، ضمن اعتراض به تصمیمات یک بعدی متخذه توسط ستاد محترم راهبری نقشه جامع علمی کشور و بی اعتنائی به دیدگاه‌های جامع نگر کارشناسی صاحب نظران حوزه سلامت، و تعبیر از آن به عنوان تعارض منافع توسط بعضی مقامات محترم ارشد کشور، موارد زیر را یادآوری می نماییم:

۱- تصمیمات مهم در حوزه‌های تخصصی، نظیر ظرفیت پذیرش دانشجو، باید از پشتوانه دقیق کارشناسی یا مطالعاتی، توسط صاحب نظران مورد وثوق، برخوردار باشد و بر اساس سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری و ناظر بر پاسخگویی به نیازهای سلامت مناطق مختلف کشور باشد.

۲- هر نوع تحلیل و تصمیم، باید بر مبنای شبکه بهداشتی درمانی کشور، نظام ارجاع و پزشکی خانواده، و تأکید بر تقویت و تحکیم این سیاست بسیار مهم، استوار باشد؛

۳- تحلیل نیروی انسانی سلامت ابعاد مختلف دارد که بعضی از موارد مهم عبارتند از:

- روند غیر عادلانه توزیع و روند رو به کاهش ماندگاری نیروی انسانی در مناطق محروم؛
- مولفه‌های اقتصادی تأثیر گذار و تزلزل منزلت اجتماعی نیروی انسانی سلامت، بویژه پزشکان عمومی؛
- خروج قابل ملاحظه پزشکان عمومی از حرفه پزشکی و اشتغال در سایر حوزه ها؛
- مهاجرت رو به افزایش دانش آموختگان و دانشجویان به خارج از کشور؛
- تأثیر سهمیه های مختلف و اجرا نشدن، یا اجرای ناکامل تعهدات قانونی استفاده کنندگان از این سهمیه ها؛
- سرانه بسیار پایین تربیت نیروی انسانی و نیز سایر هزینه های آموزش پزشکی و اختصاص ناکامل بودجه های آموزش و پژوهش؛
- تعرفه های غیرواقعی، تصمیمات غیر کارشناسانه در مورد حقوق اعضای هیئت علمی، تهدید شدن اصل مهم تمام وقتی استادان، که نسبت استاد به دانشجو را، در وضع فعلی نیز کاهش داده است؛

۴- تحلیل‌های غیر جامع و ابتدای تصمیمات بر نسبت‌هایی نظیر "نسبت پزشک به جمعیت" که این نسبت در کلان شهر بزرگ کشور، در مقایسه با کشورهای منطقه بسیار بالاتر و در شهرها و مناطق محروم، نسبت به متوسط کشورهای منطقه، پایین تر است و میانگین کشوری نیز معیار معتبری نیست.

۵- لحاظ نمودن مؤلفه بسیار مهم سایر نیروهای انسانی سلامت، در تامین مراقبت ها و خدمات سلامت مورد نیاز مردم، نظیر (مراقبین سلامت، بهورزان، ماماها، پرستاران،

کارشناسان بهداشت، و نظایر آنها) و تأکید اضافی بر نقش پزشکان و متخصصان. مزید اطلاع چنانچه هر شهروند ایرانی در هر سال برای دریافت این خدمات، ۱۰ بار مراجعه داشته باشد، ۷ مورد آن در محدوده مراقبت های اولیه بهداشتی قرار داشته، باید توسط این نیروهای واسطه ای، ارائه شود.

۶- بی‌اعتنایی به خدمات بی‌نظیر و بعضاً منحصر به فرد جامعه پزشکی در دفاع مقدس، و همه ادوار گذشته و مدافعین سلامت در دوره اخیر و ایجاد فضای ناروای انتقاد از پزشکان و متخصصان (خاصه در رسانه ملی) و سلب اعتماد از جامعه پزشکی و ایجاد نارضایتی و دلسردی بین خدمتگزاران ترین و صادق ترین خدمتگزاران جامعه.

عطف به مراتب تقاضا می شود دستور صریح فرمایید، مسیر انحرافی و غیرمعتبر فعلی به مسیر صائب و معتبر کارشناسی، توسط صاحب‌نظران مورد وثوق تبدیل و با تأکید بر رعایت مفاد سیاست‌های کلی سلامت و سایر اسناد فرادست، به نتیجه برسد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

عواقب حاصل از افزایش ظرفیت دانشجویان دندان پزشکی

وضعیت موجود:

تعداد دانشکده‌ها

تعداد دانشکده‌های دندان پزشکی از پنج دانشکده در ابتدای انقلاب اسلامی، به ۱۸ دانشکده در سال ۱۳۷۸ رسیده و در حال حاضر ۴۴ دانشکده مشغول آموزش دانشجویان دندان پزشکی هستند (دبیرخانه آموزش دندان پزشکی و تخصصی). ظرفیت پذیرش سالانه دانشجویان دندان پزشکی از ۲۰۰ دانشجو در سال ۱۳۶۱ به ۱۴۸۰ نفر در سال ۱۴۰۰ رسیده است. (دفترچه کنکور سراسری)

تعداد فارغ التحصیلان

تعداد فارغ التحصیلان دندان پزشکی هر سال از ۱۶۵ نفر در سال ۱۳۵۸ به ۱۳۴۷ نفر در سال ۱۳۹۲ و ۲۳۹۲ نفر در سال ۱۳۹۹ رسیده است (آمار سازمان نظام پزشکی). تعداد دندان پزشکان در پایان سال ۱۴۰۰، ۴۲۳۲۱ دندان پزشک بوده که نسبت آن به جمعیت کشور (۸۴۰۹۵۰۰۰) حدود ۵/۰۳ دندان پزشک به ازای هر ده هزار نفر می باشد.

با توجه به اینکه در حال حاضر حدود ۱۶۰۰۰ دانشجوی دندان پزشکی در حال تحصیل می باشند، در سال ۱۴۱۰ این نسبت به ۷/۰ دندان پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت خواهد رسید. در سال ۱۴۳۰ این نسبت بسیار بالاتر از اکثر کشورهای جهان خواهد بود و به نسبت ۹/۵ دندان پزشک به جمعیت خواهد رسید. متوسط این نسبت در بیست کشور صنعتی برابر ۶/۸ می باشد و بیش از ده سال است که تقریباً ثابت مانده است.

کیفیت آموزشی

افزایش تعداد دانشجو بدون تامین زیر ساخت های فیزیکی به روز، منابع مالی کافی و نیروی انسانی متخصص منجر به کاهش کیفیت آموزش خواهد شد. تعداد دانشکده های دندان پزشکی در اوایل دهه ۱۳۹۰ به سه برابر افزایش یافت. این افزایش موجب افت شدید کیفیت آموزش دندان پزشکی شده است. براساس مطالعه انجام شده، بیش از نیمی از دندان پزشکان فارغ التحصیل اعلام کرده اند که توانایی انجام مستقل اکثر فعالیت های درمانی پایه دندان پزشکی را ندارند. (پروژه تحقیقی فرهنگستان)

وضعیت هیئت علمی

برای تربیت دانشجوی دندان پزشکی براساس برآورد مشترک معاونت آموزشی و معاونت توسعه وزارت بهداشت، در مورد واحدهای کلینیکی دندان پزشکی نیاز برقراری نسبت حداقل یک استاد به پنج دانشجو می باشد. در وضعیت فعلی در بین ۴۴ دانشکده دندان پزشکی در سراسر کشور فقط یک دانشکده به این استاندارد رسیده است و بقیه دانشکده ها به درجات مختلفی از کمبود استاد رنج می برند.

در بین اعضای هیئت علمی دانشکده‌های دندان پزشکی تنها یک، سوم به صورت رسمی یا پیمانی مشغول به کار هستند، و دو، سوم بقیه مشمولین قانون ضریب کا با ماندگاری متوسط کمتر از سه سال می‌باشند. این میزان در دانشکده‌های جوان به حدود نود درصد هیئت علمی ضریب کا می‌رسد.

هزینه سرانه آموزش

با توجه به این که در دوره بالینی آموزش دندان پزشکی عمومی، دانشجویان هر کدام جداگانه به طور تمام وقت به ارائه درمان به بیماران می‌پردازند، نسبت یونیت به دانشجوی بالینی حداقل باید نسبت یک به یک باشد. با در نظر گرفتن احتمال نیاز به تعمیرات و تراکم متفاوت بخش‌های آموزشی در طول دوره آموزش این میزان باید $1/2$ یونیت به ازای هر دانشجو باشد. در غیر این صورت، کیفیت آموزشی به علت عدم امکان کار مستقیم دانشجو بر روی بیمار لطمه جدی می‌بیند

از طرفی هزینه جاری سرانه آموزش دانشجوی دندان پزشکی سالیانه حدود ۱۵۰ میلیون تومان برآورد می‌شود که به علت وضعیت خاص آموزش دندان پزشکی، نیازمند محیط مناسب و تجهیزات و مواد مصرفی متنوع است که کاملاً با پزشکی متفاوت بوده و به ازای هر یک نفر افزایش پذیرش دانشجوی دندان پزشکی یک واحد کامل از مجموعه فوق مورد نیاز است.

لذا، با توجه به این که در حال حاضر دانشکده‌ها با ظرفیت بیش از توان خود به آموزش مشغول هستند، هرگونه اضافه ظرفیت غیر ممکن خواهد بود. این مهم شامل اعضای هیئت علمی و نیروی انسانی واسط نیز می‌باشد که با پزشکی قابل قیاس نیست.

شکایت های دندان پزشکی

بر اساس بند ۲، ۷ و ۱۳ سند سیاست‌های سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، عدالت در سلامت جزو اصول اصلی است. در صورت پذیرش دانشجوی دندان پزشکی بدون توجه به موارد فوق الذکر کیفیت آموزش به شدت کاهش یافته، منجر به افزایش شکایت‌های بیماران

به مراجع قانونی می‌شود. بر اساس آمار موجود شکایت از دندان‌پزشکان در راس آمار شکایت از گروه‌های مختلف پزشکی در تمامی مراجع است.

چالش‌ها

- عدم دسترسی مردم به خدمات درمانی دندان‌پزشکی در مناطق محروم و حاشیه شهرها نسبت تعداد دندان‌پزشک به جمعیت در شهرهای بزرگ بسیار بالاتر از نیاز است. در حال حاضر، نسبت تعداد دندان‌پزشک به جمعیت در تهران ۱۱,۴ دندان‌پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت است. افزایش تعداد دندان‌پزشک منجر به افزایش این نسبت در شهرهای بزرگ و گسترش بی عدالتی خواهد شد.

- وضعیت پذیرش دانشجو

پذیرش دانشجو در دندان‌پزشکی شامل حداقل ۳۰ درصد سهمیه رزمندگان و ایثارگران و خانواده معظم شهدا، و بقیه شامل سهمیه دانشجویان بومی و سهمیه مناطق ۱، ۲ و ۳ می‌باشد. دانشجویانی که با سهمیه رزمندگان و ایثارگران و خانواده معظم شهدا، وارد دانشگاه می‌شوند طبق قانون مشمول انجام تعهدات قانونی نبوده و بلافاصله پس از فارغ‌التحصیلی موفق به دریافت پروانه مطب شده و معمولاً اقدام به تأسیس مطب در شهرهای بزرگ می‌کنند.

- فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های دندان‌پزشکی خارج از کشور مشمول انجام طرح نیروی انسانی نبوده، پس از موفقیت در آزمون ملی بلافاصله می‌توانند در شهرهای بزرگ اقدام به طبابت کنند و هرگز در مناطق محروم طبابت نمی‌کنند. تعداد این دندان‌پزشکان در سال حدود ۳۰۰ نفر معادل ۲۰ درصد فارغ‌التحصیلان داخل کشور است.

- حدود ۶۰ درصد پذیرفته‌شدگان دندان‌پزشکی خانم‌ها هستند که بسیار کمتر به مناطق محروم و دور دست جهت ارائه خدمت اقدام می‌کنند.

موارد فوق بخشی از علل عدم دسترسی مردم مناطق محروم و حاشیه شهرها به خدمات درمانی دندان پزشکی است.

پیشنهادهای

- معافیت انجام تعهدات قانونی فارغ التحصیلان خارج از کشور حذف و این فارغ التحصیلان مشمول انجام تعهدات قانون گردند. (بازنگری ماده ۹)
- دانشجویانی که از طریق سهمیه وارد دانشکده های دندان پزشکی شده اند مشمول انجام تعهدات قانونی مشابه دانشجویان آزاد و یا نیمی از مدت تعهد دانشجویان آزاد باشند. (ماده ۲)
- دانشکده های مستقر در مناطق محروم ۵ درصد افزایش پذیرش داشته باشند با اخذ تعهدات لازم جهت خدمت در مناطق محروم و نظارت بر اجرای تعهد
- وزارت بهداشت نسبت به فراهم کردن تجهیزات مورد نیاز مراکز درمانی شهری و روستایی همچنین شرایط استخدامی یا مانده گاری این افراد اقدام نماید.
- در برنامه آموزشی دوره دکتری دندان پزشکی بازنگری به صورت انجام یک سال کاروزی بهداشت و پیشگیری پس از پایان ترم هشتم و سپس ادامه آموزش در دانشکده تا فراغت از تحصیل صورت پذیرد با این روش معادل ۲ سال از تعهدات قانونی دانشجو کسر گردد.

نتیجه

بر اساس بندهای ۲ و ۲-۶ و ۸ و ۱۲ سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در رابطه با ((توسعه کمی و کیفی نظام آموزش پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور مبتنی بر نیازهای جامعه و پاسخگو و عادلانه با تربیت نیروی انسانی کارآمد متعهد به اخلاق اسلامی حرفه ای و دارای مهارت و شایستگی های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور)) تکلیف کلیه واحدهای مرتبط اعم از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی، شورای انقلاب فرهنگی روشن و قطعی است.

ارائه خدمات دندان پزشکی در مناطق روستایی و دور دست تنها از طریق مراکز بهداشتی درمانی دولتی امکان پذیر است. در حال حاضر بیش از نود درصد ۲۹۰۰ مرکز دارای دندان پزشک هستند و ظرفیت خالی محدودی برای به کارگیری این دندان پزشکان وجود دارد. این موضوع نشان گر نیاز به تکمیل شبکه بهداشت و درمان تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و افزایش مراکز دارای بخش دندان پزشکی است نه افزایش تعداد دندان پزشک.

به نظر می رسد در صورت تحقق پیشنهادهای ارائه شده و تقویت مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و تامین نیازهای نرم افزاری و سخت افزاری دانشکده های موجود در مناطق محروم اعم از تجهیزات و اعضاء هیئت علمی ماندگار بتوان نیازهای درمانی دندان پزشکی مناطق محروم روستایی و حاشیه شهرها را در کوتاه مدت و بلند مدت بدون افزایش ظرفیت پذیرش کلی دانشجویان دندان پزشکی برطرف نمود.

شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی در تازه ترین آرای خود شرایط توسعه رشته و مقاطع جدید در دانشکده ها و دانشکده های علوم پزشکی و همچنین تأسیس دانشکده های جدید را تعیین کرد

خبرنگار مهر، شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی در دویست و هشتاد و پنجمین جلسه خود شرایط توسعه رشته / با مقاطع جدید در دانشگاه یا دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی را مشخص کرد

این رای با توجه به رویکرد معاونت آموزشی وزارت بهداشت در توسعه رشته / مقاطع جدید در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی بر مبنای سند توسعه متوازن آموزش عالی علوم پزشکی کلان مناطق آمایشی و تفاهیرنامه های منعده شورای کلان مناطق صادر شده است

مجوز راه اندازی رشته جدید مشروط به پیش بینی در سند توسعه متوازن

بر این اساس مجوز راه اندازی رشته جدید مشروط به پیش بینی در سند توسعه متوازن و تصویب اولویت راه اندازی آن در شورای کلان مناطق است که به صورت ذیل اصلاح می شود

الف) بدنبال درخواست دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مبنی بر راه اندازی رشته جدید، مراتب صورت انطباق با سند توسعه متوازن آموزش علوم پزشکی کلان مناطق آمایشی، در دبیرخانه شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفته و مجوزی با عنوان «موافقت راه اندازی رشته / مقطع» توسط شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی صادر و به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی درخواست دهنده ابلاغ می شود

این مجوز به منزله «موافقت اصولی» بوده و به معنی مجوز پذیرش دانشجو نیست

ب) پس از تأمین الزامات راه اندازی رشته / مقاطع و تأیید آن توسط دبیرخانه تخصصی مربوطه، مجوزی تحت عنوان «مجوز پذیرش دانشجو» که معادل موافقت قطعی راه اندازی رشته / مقاطع است، توسط شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی صادر خواهد شد

جمعیت شرط اصلی تأسیس دانشکده های جدید در گروه علوم پزشکی

همچنین دبیرخانه شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی شرایط تأسیس دانشکده های جدید در گروه علوم پزشکی را تعیین کرد

بر اساس رای دویست و هشتاد و پنجمین جلسه شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی جهت تأسیس دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی شاخص های ذیل مطرح و مورد موافقت قرار گرفت

بخش دوم - کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت

کشورها برای دستیابی به آرمان های خود برای بازه های زمانی مشخص اقدام به تدوین برنامه هایی درحوزه های مختلف فرهنگی ، علمی ، اقتصادی و سیاسی می نمایند.

نقشه جامع علمی کشور نیز برای دستیابی به اهداف چشم انداز بیست ساله در حوزه علم و فناوری تدوین شده است در این سند تلاش شده بر مبانی ارزشی و بومی کشور، تجربیات گذشته، نظریه ها، نمونه های علمی و تجارب عملی تکیه شود و بنا به تعریف، مجموعه ای جامع، هماهنگ، پویا و آینده نگر؛ شامل مبانی، اهداف، راهبردها، ساختارها و الزامات تحول راهبردی علم و فناوری مبتنی بر ارزش های اسلامی است.

مکاتبه با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سید سعیدرضا عاملی

آمادگی فرهنگستان برای همفکری در بازنگری در نقشه جامع علمی

کشور

نظر به تاکید مقام معظم رهبری در روزآمدسازی نقشه جامع علمی کشور و با توجه به اینکه شورای عالی انقلاب فرهنگی بازنگری نقشه جامع علمی کشور را در دستور کار خود قرار داده است، بدینوسیله فرهنگستان علوم پزشکی با استفاده از اعضای فرهیخته و صاحب نظر خود و بر اساس تجربه های ارزشمند قبلی در همفکری در تبیین سیاست های کلی سلامت و نیز بخش سلامت سند الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، آمادگی دارد با همفکری با دبیرخانه محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی و تمامی ذینفعان، در زمینه به روزرسانی و بازنگری حوزه سلامت در نقشه جامع علمی کشور مشارکت نماید.

مکاتبه با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سیدسعید رضا عاملی

پیرو جلسه حضوری مورخ ۹ مرداد ۱۴۰۱، به پیوست نظرات فرهنگستان علوم پزشکی که لازمست در بازبینی و ارتقاء نقشه جامع علمی سلامت کشور مدنظر شورایی انقلاب فرهنگی قرار گیرد، جهت استحضار و هرگونه اقدام مقتضی ارسال شد

نقد بر نقشه جامع علمی سلامت از منظر راهبردی، محتوایی و اجرایی^۱

مقدمه و بیان مسئله

"نقشه جامع علمی سلامت"، مجموعه‌ای غیرعلمی، غیرمنسجم و غیرکاربردی است که در آذر ماه ۱۳۸۹ تنظیم و منتشر شده است. اگر منظور از نقشه جامع علمی، نگاه جامع و همه‌جانبه به آینده و ترسیم رسیدن از وضعیت کنونی به وضعیت مطلوب آینده سلامت می‌باشد، این مجموعه، مطلقاً مشخصات و معیارهای لازم را دربر ندارد. چنانچه به عنوان شاخه‌ای از نقشه جامع علمی کشور تهیه شده باشد، در این صورت نیز هماهنگی، چارچوب و محتوای آن متناسب نیست. آسیب‌شناسی دقیق و بازنگری اصولی سند فوق‌الاشاره از نظر سیاست‌ها، راهبردها، اهداف، اقدامات، شاخص‌ها و نظام پایش، و با رعایت اسناد راهبردی اصلی علم فناوری و سلامت کشور، بویژه اسناد "سیاست‌های کلی سلامت"، "سیاست‌های کلی علم و فناوری"، و "بیانیه گام دوم انقلاب"، ابلاغی مقام معظم رهبری لازم است.

نقدهای راهبردی و محتوایی

- اولویت و اهمیت حیاتی مسائل اعتقادی و جنبه‌های ارزشی و ایمانی و اشراف اخلاق اسلامی بر همه ارکان و شئون نیروی انسانی سلامت، متأسفانه مورد غفلت قرار گرفته است؛
- در مفاد سند، اصل پیشگیری و ارتقای سلامت، بعنوان رکن و هدف اصلی نظام سلامت، مطلقاً رعایت نشده است؛

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت تابستان ۱۴۰۱ منتشر شده است

- ساختار ادغام یافته آموزش و پژوهش، در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، و ابتدای نظام سلامت بر شبکه بهداشتی، درمانی، در محور سند قرار نگرفته؛
 - پاسخگوئی شفاف به نیازهای سلامت جامعه، دغدغه اصلی نبوده است؛
 - در جهت‌گیری‌های کلی، محوریت عدالت در سلامت، و سلامت همه‌جانبه، به‌عنوان رکن پیشرفت و توسعه پایدار، رعایت نشده است؛
 - موضوع مهم و راهبردی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه‌جانبه برای آحاد جامعه، با تأکید بر ابعاد معنوی، روانی و اجتماعی سلامت، کاملاً غفلت شده و عمدتاً بر بعد جسمی و بیماری‌ها تأکید شده است؛
 - از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (اعم از جنبه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و زیست‌محیطی)، که عمده‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت آحاد جامعه می‌باشند، غفلت شده است؛
 - اگرچه موضوع مستند فوق، سلامت است، اما محتوای آن بر بیماری‌ها تأکید دارد؛
 - سند فوق بطور عمده بر تولیدات و دستاوردهای عمدتاً نظری پژوهشی متمرکز است و شاخص‌های انتخابی نیز ناظر بر همین امر است (تولید و تعداد مقالات، تعداد پژوهشگر، تعداد مراکز تحقیقاتی، تعداد واحدهای تحقیق و توسعه مرتبط با نهادهای سلامت، میزان اشتغال دانش‌آموختگان پژوهشگر، تعداد پژوهشگر و پژوهشگاه و مراکز رشد، میزان اعتبارات پژوهشی، تعداد نشریات علمی-پژوهشی، دانش‌آموختگان تحصیلات تکمیلی و ...)
 - در حوزه منابع سلامت و اقتصاد سلامت، چارچوب اقتصاد مقاومتی بر سند حاکم نیست؛
- نقدهای فرایندی

- فرایند تهیه نقشه راه با شیوه‌شناسی آینده‌نگاری، رعایت نشده؛
- اجزاء ضروری نقشه راه، شامل وضع موجود، اهداف، روش‌های دستیابی به اهداف، و پیش‌بینی وضع مطلوب در مقصد (پایان برنامه)، نظام رصد کلان براساس شاخص‌های معتبر، رعایت نشده؛
- از تجارب فاخر علمی و حرفه‌ای، بویژه دستاوردهای حضور همه‌جانبه و ارزشمند جامعه سلامت در دفاع مقدس، ادغام آموزش و پژوهش، در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، شبکه بهداشتی درمانی، و تجارب عظیم حاصله از آنها، و سایر دستاوردهای سلامت در نظام مقدس جمهوری اسلامی، جهت تدوین نقشه و آینده‌نگاری سلامت کشور استفاده نشده است؛
- از نقش تعیین‌کننده میان رشته‌ایها، خاصه علوم انسانی و معارف اسلامی، در طراحی نظام سلامت پیشرفته، پویا، جامع، پاسخگو، و مرجع، غفلت شده است؛
- از تجارب بین‌المللی متناسب با نظام سلامت کشور، بهره‌برداری لازم انجام نشده است؛

پیشنهادهای

۱. بازنگری کلی و بازنویسی جامع، براساس مفاد و مضامین و راهبردها و سیاست‌های مندرج در اسناد "سیاست‌های کلی سلامت"، "سیاست‌های کلی علم و فناوری"، و "بیانیه گام دوم انقلاب"، ابلاغی مقام معظم رهبری؛
۲. در تعریف چشم انداز، از مفاهیم اصلی نظیر "عدالت در سلامت"، "جامعه‌نگری"، "تامین، حفظ و ارتقای سلامت همه‌جانبه، و با تأکید بر سلامت معنوی" استفاده شود و افق آینده "ارائه مراقبت‌ها و خدمات، آموزش و پژوهش، و توانبخشی سلامت، مبتنی بر ارزش‌های انسانی و اسلامی" انتخاب شود؛

۳. طراحی نظام اقتصادی سلامت بر مبنای اقتصاد مقاومتی و مفاد مصرح در "سیاست های کلی سلامت"، "سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی" و تجارب معتبر ملی و جهانی؛

۴. رعایت مفاد علم، فناوری، نوآوری، اخلاق، معنویت و سلامت، و پیشرفت، بر مبنای "بیانیه گام دوم انقلاب" و ابلاغی مقام معظم رهبری و سایر اسناد راهبردی مرتبط؛

۵. رعایت مفاد نقشه جامع علمی کشور و تجدید نظرهای بعدی و هماهنگی و همراستائی و هم افزائی نسبت به آن ؛

۶. طراحی فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم با الگوی اسلامی- ایرانی، با رعایت مفاد سیاست های کلی سلامت و اسناد "مهندسی فرهنگی"، "اسلامی شدن دانشگاه ها"، "الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت"، "ارتقای فرهنگ سلامت (مصوبه شورای فرهنگ عمومی)"، و "گیاهان داروئی و طب سنتی" و تجارب فاخر دفاع مقدس؛

۷. استفاده از واژه های صحیح نظیر سلامت (بجای پزشکی، یا طب یا بهداشت) و سایر واژه های کلیدی؛

۸. تامل در سیاست های خصوصی سازی سلامت و اجتناب از کمرنگ نمودن نقش دولت، خاصه نقش حاکمیتی دولت در اموری مانند بهداشت و پیشگیری؛

۹. جلوگیری از انحراف طبی سازی (Medicalization) ؛

۱۰. عبارت "طب متناسب با آموزه های اسلامی"، وفق بند ۱۲ سیاست های کلی سلامت، شفاف سازی و بازنگری شود؛

۱۱. بازتعریف مفاهیم "سلامت همه جانبه و ابعاد آن (جسمانی-روانی-معنوی و اجتماعی)" و "سبک زندگی سالم با الگوی اسلامی ایرانی"، بصورت معتبر و تعیین نسبت آنها با سایر مفاهیم سلامت؛

۱۲. شیوه دستیابی به اهداف در آینده، با ترسیم صحیح سلامت در آینده، انتخاب مطلوب‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین راهبردها و تعیین مناسب‌ترین شاخص‌ها، طراحی و تدبیر گردد.

مکاتبه با رهبر عظیم‌الشأن انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای

پیشنهاد در مورد تجدید نظر و ارتقای نقشه جامع علمی کشور^۱

با احترام، از آنجا که وفق تدابیر داهیانه حضرت‌عالی، شورای عالی انقلاب فرهنگی مسئولیت خطیر تجدید نظر و ارتقای نقشه جامع علمی کشور را عهده دار شده است، موارد مهمی را براساس هم‌اندیشی انجام شده در فرهنگستان علوم پزشکی محضر تان معروض می‌دارد، تا در صورت صلاحدید دستور فرمائید در بازبینی مورد توجه قرار گیرد:

۱- این سند بسیار مهم باید از چارچوب علمی «نقشه‌های جامع» تبعیت نماید که اهم آن عبارتند از:

الف) مبدأ: (تحلیل وضع جاری علم و فناوری براساس شاخص‌های معتبر)

ب) مقصد: (دورنمای منطقی و قابل دستیابی و ترسیم تصویری درست از آینده، در زمان تعیین شده، براساس شاخص‌های معتبر)

ج) روش معتبر برای انتقال از وضع موجود به وضع مطلوب- که وفق مفاد صفحه ۳ سند موجود فعلی، مستلزم داشتن منابع و امکانات لازم، تقسیم کار ملی و الزامات شفاف و دقیق می‌باشد.

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت تابستان ۱۴۰۱ منتشر شده است

۲- بدون تردید در همه ارکان نقشه جامع علمی، باید اولویت اول با مسائل اعتقادی و جنبه‌های ارزشی و ایمانی و اشراف اخلاق اسلامی باشد. این مهم باید در تمام شئون سند تسری پیدا کرده و فقط به ذکر ارزش‌های بنیادین در مقدمه سند اکتفا نشود.

۳- اولویت دوم که مانند اولویت اول باید در جایجای سند رعایت شود، پاسخگویی به مسائل و مشکلات جامعه و حل آنها است، که همانا هدف اصلی از تدوین و تصویب و اجرای سند نیز می‌باشد.

۴- از آنجا که پیشرفت و توسعه برای انسان بوده و انسان مهمترین عامل پیشرفت و توسعه علم و فناوری است، لازم است پس از توجه به ارزش‌های اسلامی، به خود انسان و سلامت، دانایی و مهارت او پرداخته شود و برخورداری از انسان‌های سالم و بهره‌مند از موهبت سلامت همه جانبه، بویژه سلامت معنوی و ارتقاء مستمر آن تضمین شود. در سند موجود، رکن اصلی، یعنی سلامت، بصورت بسیار فرعی و غیر متناسب با شأن نقشه، ترسیم شده است. در بازنگری، باید سلامت در جایگاه صحیح خود و به عنوان لازمه و رکن پیشرفت پایدار در سایر شئون، طراحی و تدبیر شود.

۵- عطف مجدد به بند ۲ این نوشته، در تنظیم اولویت‌های علم و فناوری کشور، علوم انسانی و معارف اسلامی باید در اولویت اول قرار گرفته و طبقه‌بندی اولویت‌ها بصورت و با گزاره‌ها و واژه‌هایی تنظیم شود که مهم‌ترین و جامع‌ترین رکن پیشرفت و تعالی (جنبه‌های اعتقادی، ارزشی و ایمانی) در هیچ شرايطی فراموش نشده و همواره لازم‌الاجراء باشد.

۶- در بخش راهبردهای توسعه علم و فناوری، نیز ضمن رعایت مفاد فوق‌الاشاره، تربیت و توانمندسازی سرمایه انسانی با تأکید بر پرورش انسان‌های متقی، عالم، کارآفرین، خودباور، نوآور و توانمند در تولید علم و فناوری و نوآوری متناسب با ارزش‌های اسلامی و نیازهای جامعه، از اولین مرتبه اولویت و به منزله جامع‌ترین و واجب‌ترین راهبرد (راهبرد کلان ۱) انتخاب شود و اقدامات ذیل آن نیز از اولویت و اهمیت مضاعف برخوردار باشند. همچنین راهبردهای کلان ۵ و ۶ در سند موجود با حفظ همه محتوا و مفهوم در ذیل راهبرد کلان ۱ در سند جدید کارسازی شود.

۷- شایسته است در بازنگری این سند مهم ملی، از واژه‌ها و گزاره‌های جامع و بصورت صحیح استفاده شود (بعنوان مثال از واژه سلامت، بجای واژه پزشکی یا علوم پزشکی یا بهداشت، استفاده گردد).

۸- راهبرد کلان ۷ در سند موجود باید در بازنگری، جایگزین راهبرد کلان ۲ شود و اقدامات ذیل آن نیز به‌همین ترتیب دارای اولویت باشند.

۹- عطف بمراتب فوق، تنظیم سندی منطقی و مبتنی بر شواهد متقن علمی و تجارب فاخر ملی و بومی و استوار بر شالوده‌های اعتقادی و تربیتی اسلامی، متضمن تربیت نیروهای انسانی مسؤل و پاسخگو به نیازهای جامعه و استفاده از شیوه آینده نگرانه و آینده پژوهانه و رعایت منطقی و اصولی اولویت‌ها، مورد انتظار است.

۱۰- رعایت اختصار حداکثر ۵ راهبرد کلان و اجتناب از جزئیات غیرضرور، تدوین شاخص‌ها و نظام رصد کلان و تعیین متولی و متولیان قانونمند آن، نیز از اقتضائات دیگر نقشه جامع علمی کشور می‌باشد. بدیهی است تحکیم جایگاه قانونی و تنظیم و تصویب پشتوانه برنامه‌ای و بودجه‌ای، به تحقق اهداف و آرمان‌ها کمک شایان خواهد نمود.

بخش سوم - تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و خدماتی برای ارتقای نظام سلامت کشور

مکاتبه با

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین
خسروپناه

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمدعلی زلفی گل

وزیر محترم ارتباطات و فناوری اطلاعات جناب آقای دکتر عیسی زارع پور

در سه ماه اخیر و به دنبال بحران اجتماعی ایجاد شده، مشکلاتی در بخش سلامت اعم از حوزه آموزش و مراقبت ها و خدمات سلامت ایجاد گردید. از آنجا که خدمات سلامت دیجیتال امروزه از اجزاء ضروری خدمات بهداشتی درمانی است، هرچند کنترل بحران های اجتماعی موضوعی چندوجهی و در اغلب اوقات مستلزم راهبردهای امنیتی می باشد، لیکن توجه کافی به ابعاد اجتماعی و جلب همراهی آحاد جامعه با محدودیت های ایجاد شده، مدیریت صحیح افکار عمومی و استفاده از راهکارهای جایگزین می تواند رفاه و آسایش روانی بیشتری را برای کاربران نظام سلامت و مردم فراهم آورد.

از این جهت کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی با تشکیل نشست های کارشناسی ابعاد موضوع را با ارزیابی وضعیت موجود، عوامل زمینه ساز و تاثیر متقابل آنها بر سلامت دیجیتال مورد بررسی قرار داده و ضمن تحلیل عرصه ها و مشکلات ایجاد شده، راهکارهای پیشنهادی خود را برای رفع آنها ارائه نموده است. به پیوست خلاصه سیاستی مربوطه جهت بهره برداری ارائه می گردد.

خلاصه سیاستی ۵- تاثیر بحرانهای اجتماعی اخیر بر حوزه سلامت

دیجیتال

(محصول نشست کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی)

از آنجا که فرایند توسعه دیجیتال در حوزه بهداشت و درمان کشور مراحل نخستین خود را طی می کند، تصمیمات کلانی که از سوی حاکمیت برای مدیریت بحران در پیش گرفته شده است، لااقل در محورهای زیر بر روند جاری امور و خدمات اثرگذار بوده اند. به دلیل اهمیت موضوع سلامت و گستره وسیع افرادی که از اختلالات این حوزه آسیب می بینند، کارگروه وظیفه خود می داند که این آثار را برای تصمیم گیران عالی رتبه کشور تبیین نموده و توضیح دهد.

مهمترین دلیل زیربنایی آثار تحولات اخیر بر سلامت دیجیتال محدودیت اینترنت بوده است که می توان موارد زیر را به طور خلاصه بیان کرد:

تاثیر بر عرضه خدمات روزمره سلامت

❖ اختلال در خدمت رسانی با توجه به وابستگی گسترده به دیجیتالی بودن اطلاعات سلامت

❖ تشدید نارضایتی ها در مردم و کارگزاران سلامت

❖ افزایش بار عصبی روانی جامعه به دلیل تعلل و سردرگمی در دریافت خدمات

❖ افت کیفیت خدمات پزشکی به دلیل اختلال در رویه هایی که به ارتباطات پیوسته اینترنتی وابسته بوده اند

❖ اختلال در خدمات سلامت به ایرانیان خارج از کشور مانند خدمات مشاوره سلامت روانی

تاثیر بر کارگزاران سلامت

❖ اتلاف منابع دولتی با کاهش بهره‌وری نیروی سلامت و کندی بسیار شدید در فرایندها

❖ اتلاف منابع خصوصی مردم بویژه قشر آسیب‌پذیر به دلیل اختلالات در بهره‌مندی از حقوق اولیه بیمه شدگان

❖ بسترسازی تشدید تمایل به مهاجرت در نیروهای حوزه سلامت

تاثیر بر اقتصاد سلامت

❖ تاثیر اقتصادی بر شرکتهای نوپای سلامت دیجیتال وابسته به تجارت الکترونیک

❖ اختلال در توریسم سلامت به عنوان یکی از منابع درآمد ارزی کشور

❖ اشکال در خدمات تله‌مدیسین نوپا

آثار مربوط به امنیت داده‌های سلامت

❖ آثار روانی نامطلوب بر نسل نوجوان به جهت استفاده از فیلترشکن و دسترسی به محتوای کنترل نشده مخرب

❖ تامین خوراک تبلیغی برای رسانه‌های خارجی

❖ آسیب‌پذیری امنیتی پایگاه‌های داده سلامت با استفاده از فیلترشکنهای نامطمئن

آثار نامطلوب بر آموزش و پژوهش سلامت دیجیتال (قابل تعمیم به سایر حوزه‌های آموزشی)

❖ ایجاد اختلال در آموزش الکترونیک

❖ اختلال دسترسی به پایگاه‌های داده علمی مورد نیاز

- ❖ اختلال در دسترسی به پایگاه های علمی برای پژوهشگران
- ❖ عدم امکان پژوهش های مرتبط با شبکه های اجتماعی و ائتلاف هزینه و زمان اختصاص یافته به این پژوهش ها
- ❖ کاهش سرعت رشد علمی کشور بدلیل اختلال یا محدودیت در دسترسی به منابع آموزشی-پژوهشی خارجی و ابزارهای کمک پژوهشی آنلاین
- ❖ اختلال در همکاریهای بین المللی آموزشی-پژوهشی (با ایرانیان مقیم خارج یا خارجیان) و بی ثمر شدن یا بلاتکلیفی اقدامات صورت گرفته در جهت گسترش روابط رسمی آکادمیک بین ایران و کشورهای خارجی
- ❖ عدم امکان شرکت در جلسات مشترک با انجمن ها و کنفرسیوم ها به عنوان نماینده کشور و در نتیجه حذف ایران از این مجموعه ها
- ❖ عدم امکان آموزش برخط واحدهای درسی و کارگاه های مرتبط با پایگاه های داده علمی
- ❖ مشکلات در انجام همکاری علمی با پژوهشگران ایرانی و بخصوص غیرایرانی ساکن خارج از کشور (که تمایلی برای استفاده از پیام رسانهای داخلی ندارند)
- ❖ مشکلات جدید برای دانش آموختگان و اعضای هیئت علمی ساکن خارج از کشور در مدت حضور و همکاری در ایران (عدم امکان اتصال به وی پی ان دانشگاهی خارج از کشور)
- ❖ عدم امکان داوری مقالات و طرح های پژوهشی برای متخصصین خارج از کشور

راهبرد های پیشنهادی

- هرگاه محدودیت اینترنت و سامانه های کاربردی فراگیر به عنوان یکی از رویکردهای مدیریت بحران انتخاب می شود باید آثار گسترده آن بویژه در زمینه سلامت عمومی مد نظر قرار گیرند.

❑ مزمن و گسترده بودن این محدودیتها آثار آن را طولانی تر و شدیدتر می کند. به همین دلیل حتی در مواقع بحران و اقدام فوری، می توان با کوتاه کردن زمان محدودیتها و مستثنا کردن محیطهای متولی خدمات سلامت و امور آموزشی و پژوهشی از آثار نامطلوب آن کاست.

❑ برای کاهش حداکثری آسیب های احتمالی باید روی ارتقای سواد رسانه به جای رویکرد محدود کردن اینترنت و مسدود کردن شبکه های مجازی تمرکز شود.

❑ طراحی راهکارهای جایگزین نرم افزاری ملی (با کمک به تقویت زیر ساخت های آنها) و بین المللی که این اقدامات باید قبل از هر تصمیم تاثیرگذار روی خدمات الکترونیک موثر در زندگی اقتصادی و اجتماعی و سلامت مردم، و از جمله جامعه علمی و کاری و حوزه سلامت (اعم از پزشکان و کارکنان علوم پزشکی و نیز اعضای هیئت علمی و محققین) بعنوان یک ضرورت اجتناب ناپذیر مدنظر قرار گیرد.

❑ محرمانگی داده های مردم و صیانت جدی از آن با استناد به قوانین الزام آور ملی باید با فوریت و جدیت دنبال شود.

❑ تمامی سازمان ها باید در قبال قطعی سرویس ها بطور قانونی ملزم به پاسخگویی و پرداخت خسارات به مردم باشند.

از آنجا که خدمات سلامت دیجیتال امروزه از اجزاء ضروری خدمات بهداشتی درمانی هستند، هرچند کنترل بحران های اجتماعی موضوعی چند وجهی و در اغلب اوقات مستلزم راهبردهای های امنیتی است، لیکن توجه کافی به ابعاد اجتماعی و جلب همراهی آحاد جامعه با محدودیت های ایجاد شده، مدیریت صحیح افکار عمومی و استفاده از راهکارهای جایگزین می تواند رفاه و آسایش روانی بیشتری را برای کاربران نظام سلامت و مردم فراهم آورد. کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی آمادگی دارد تجارب و پیشنهادات عملی را در اختیار مسئولین ذیربط قرار دهد.

بیانیه ۴- صیانت از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه در

بحران‌های اجتماعی^۱

مقدمه

تأمین حفظ و ارتقای سلامت جامعه در همه ابعاد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در همه شرایط اعم از شرایط عادی، و بویژه در حوادث غیرمترقبه، وضعیت‌های تحمیلی و بحران‌های اجتماعی، مرهون تعهد سیاسی، اخلاقی و حرفه‌ای مسئولین، و ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات سلامت، و نیز تداوم مشارکت جامعه است. این بیانیه در راستای تحقق این رسالت حیاتی و پیشگیری از هر نوع رکود یا وقفه در تداوم مراقبت‌ها و خدمات سلامت در شرایط بحرانی، ارائه شده است.

اشاره‌ای به ریشه‌ها و عوامل نارضایتی

بی‌توجهی یا کم‌توجهی به سیاست‌های کلی و توصیه‌ها و مطالبات صریح و مکرر مقام معظم رهبری، در ایفای حقوق مردم و تحقق راهبردهای اصلی پیشرفت و تعالی، در بیش از سه دهه گذشته، کاستی‌ها، و نارسایی‌هایی را بدنبال داشته، که علیرغم تلاش‌ها و خدمات اخیر دولت محترم، موجب نارضایتی و انباشت مطالباتی است، که در این بیانیه در جنبه‌های "عمومی" و "حوزه سلامت"، به شرح زیر مرور شده است:

الف) جنبه‌های عمومی نظیر "مشکلات اقتصادی و معیشتی مردم"، "فقر، بیکاری و گرانی"، "تبعیض و بی‌عدالتی"، "کم‌توجهی به معنویت و اخلاق در جامعه"، "ضعف‌های عمیق پرورشی نظام آموزش و پرورش"، "مشکلات ازدواج و فرزندآوری جوانان"، "فساد، رانت و رشوه"، "وجود روحیه و رویه اشرافی‌گری در جامعه"، "القای یأس و ناامیدی بین مردم، به‌ویژه در دانشجویان و نخبگان"، "فضای مجازی مسموم و بدون کنترل"، "برخوردهای غلط و نامطلوب با استادان دانشگاه (در اموری نظیر سقف حقوق و کارانه، متزلزل ساختن طرح تمام‌وقتی و...)"، "رعایت نکردن شایسته‌سالاری در بعضی انتصابات مهم"، "مدیریت

این بیانیه در نشیبه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۱ منتشر شده است.

غیراصولی و ناکافی در مورد مهاجرت نخبگان و کم توجهی به ریشه‌های آن؛ "عملکرد ضعیف صدا و سیما که بعضاً به دلیل کیفیت پائین، غیرهدفمند، و بعضاً مضر برنامه‌ها، مشکلات را دامن می‌زند و مردم را بیشتر به فضای افسارگسیخته مجازی و رسانه‌های خارجی سوق می‌دهد؛" "اشتباهات، بیانات و رفتارهای ناهنجار و بعضاً خیانت آمیز بعضی افراد تأثیرگذار و سرشناس؛" "تأثیر تحریم‌های ظالمانه؛" "دخالت‌های گسترده دشمنان خارجی و همراهی خائنانه بعضی عوامل داخلی با آنان؛" "دسیسه‌ها و نفرت پراکنی و نشر اکاذیب توسط رسانه‌های فارسی معاند؛" و

ب) جنبه‌های مرتبط با سلامت نظیر "هجمه‌های ناروای رسانه‌ای به حوزه سلامت و خدمتگزاران صدیق آن و نادیده انگاری، تضعیف و بی‌انصافی نسبت به ایثارگری‌ها و خدمات شایسته و بی‌نظیر مدافعان سلامت؛" "تضعیف دستاوردهای عظیم انقلاب اسلامی در حوزه سلامت (نظیر ادغام آموزش و پژوهش در عرصه مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛ شبکه بهداشتی-درمانی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور)؛" "دخالت‌های غیرکارشناسانه در وظایف و تضعیف نظام آموزش عالی سلامت، (نظیر تحمیل افزایش ظرفیت دانشجو خارج از توان نظام آموزشی)؛" "آثار و عواقب ناشی از همه‌گیری ویروس کرونا که تقریباً همه شئون زندگی مردم را تحت تأثیر قرار داده (از جمله افزایش اختلالات روانی، بویژه اضطراب و افسردگی، ناهنجاری‌های اجتماعی، و خدشه به سلامت روان و معنوی و اجتماعی و ...)؛" "تداوم مشکلات همیشگی سلامت (نظیر آلودگی هوا، وضعیت غیر قابل تحمل ترافیک، کمبود وسائط نقلیه عمومی، خسارت‌های عظیم جانی و مالی ناشی از حوادث جاده‌ای و سایر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت)؛" "شیوه اطلاع‌رسانی نامناسب بعضی اخبار و حوادث و سایر برنامه‌های رسانه‌های عمومی که ناخواسته موجب اضطراب، افسردگی، یأس و تضعیف سلامت روانی و اجتماعی می‌شود؛" "کمبودها و توزیع ناعادلانه نیروی انسانی و ضعف‌های کمی و کیفی در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛" "گرانی داروها، کالاها و خدمات سلامت؛" "رواج گسترده تقاضاهای القایی؛" "ضعف‌های معنوی و اخلاقی در حوزه سلامت؛" "ضعف فرهنگ و سواد سلامت در جامعه؛" "نارضایتی‌ها از حقوق و امور رفاهی نیروی انسانی سلامت؛" "ضعف‌های شدید نظارت و ارزشیابی در نظام سلامت؛" "ضعف‌های مدیریتی سلامت؛" "نقش‌های منفی (عمدی یا غیرعمدی) و حتی مخرب بعضی مدیران، مسئولین (فعلی یا قبلی) و بعضی استادان دانشگاه؛" و

رسالت خطیر سیاستگذاران و برنامه‌ریزان راهبردی

- در اولویت قرار دادن سلامت در برنامه‌های توسعه، بویژه برنامه هفتم، و سایر شئون سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی کلان و اجرایی،
 - "بازسازی و توسعه شبکه بهداشتی، درمانی کشور، پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛"
 - "تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، و جامعه‌نگری آموزش پزشکی؛"
 - "اولویت پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت، از جمله افزودن واکسن‌های جدید به برنامه کشوری ایمن‌سازی؛"
 - "اعمال و اجرای کامل طرح ژنریک و نظام داروئی ملی کشور؛"
 - تقویت و اعتلای نظام سلامت و منزلت اجتماعی صاحبان حرف سلامت؛
- هرنوع غفلت، تأخیر یا تعلل در اجرای راهبردهای فوق، ظلم غیر قابل جبران به حقوق سلامت جامعه و آحاد مردم خواهد بود.
- پایبندی به اصل رسالت فرهنگی، معنوی، اجتماعی و روشنگری با راهبرد بصیرت‌افزایی ایفای نقش الگوی معنوی، اخلاقی و عملی توسط استادان در همه شئون زندگی (علمی، حرفه‌ای، اجتماعی)، برای فراگیران، سیاستگذاران و سایرین، و معرفی الگوهای الهام‌بخش؛
 - توسعه و تعمیق فعالیت‌های فرهنگی و معنوی و تربیتی توسط خانواده، مهد کودک‌ها، مراکز پیش‌دبستانی، سایر شئون و ارکان آموزش و پرورش، همه شئون نظام آموزش عالی و نیز نظام آموزش و تعلیم و تربیت سلامت، و اهتمام به پرورش انسان‌های دانا، توانمند، با ایمان، و مسئولیت‌پذیر؛
 - گسترش فرهنگ کار، تلاش و جهاد علمی، خودباوری، سلطه‌ناپذیری، خودکفایی، سلامت محوری، خلاقیت، نوآوری، امیدآفرینی، ایجاد روحیه نشاط، مقاومت و پایداری؛
 - روشنگری با راهبرد بصیرت‌افزایی در همه سطوح، بویژه استادان و مدیران، شامل اقدامات ایجابی و سلبی؛

○ اقدامات ایجابی: روشنگری و تبیین حقایق (نظیر ابتکارات، پیشرفت‌ها، دستاوردها، خدمات شایسته، ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها، ایثارها، رشادت‌ها و شهادت‌ها)؛ بسط نقد و نظر و ترویج کرسی‌های آزاداندیشی؛ تلاش روزافزون برای ارتقای سلامت معنوی اسلامی، در قالب منظومه سلامت همه جانبه در جامعه، امید بخشی و امید آفرینی برای دانشجویان، سایر دانشگاهیان و مردم؛ ارتقای شرایط اقتصادی جامعه و امور معیشتی مردم؛ تکریم نخبگان؛

○ اقدامات سلبی: افشای توطئه‌ها و دسیسه‌ها، (نظیر ایجاد رعب و اختلاف، تضعیف وحدت ملی، هنجارشکنی و اقدامات ضدفرهنگی، خاصه در محیط‌های مقدس دانشگاهی، ایجاد نا امنی و آسیب به سلامت عمومی، تشویش اذهان عمومی، تبلیغات کاذب خاصه در فضای مجازی، القای ناامیدی و یأس، خاصه در جوانان، حرمت شکنی و توهین به مقدسات....)؛ مبارزه با هر نوع فساد، تبعیض، نفاق، جوسازی، تفرقه افکنی؛ خنثی نمودن تلاش خائنانه برای تعطیلی جریان‌ات آموزشی، پژوهشی، مراقبت‌ها و خدمات سلامت، بویژه در فوریت‌ها و سوانح؛ پیشگیری از انفعال، رواج روحیه یأس و ناامیدی؛ جلوگیری از تشکیل اجتماعات غیر مرتبط با سلامت در فضاهای عمومی مراکز بهداشتی درمانی با هدف ایجاد التهاب و تحمیل نا امنی، که خسارات آن در حوزه سلامت بیش از سایر شئون اجتماعی است؛ و

کنترل بحران اخیر

- هرنوع تضعیف ارکان و شئون سلامت جامعه و خدمتگزاران آن، و هر نوع کارشکنی و ایجاد رکود یا اختلال در تداوم مراقبت‌ها و خدمات سلامت، مذبوم و مستوجب برخورد قاطع انضباطی یا قضایی است؛
- رسیدگی فوری و مسئولانه به مشکلات اقتصادی و معیشتی مردم، بویژه مستضعفان؛
- تبیین وضعیت جاری معنویات در جامعه و اقدامات عاجل و مؤثر برای ارتقای سلامت معنوی با رویکرد اسلامی؛
- توجه خاص به هزینه‌های سلامت، کنترل گرانی داروها و کالاهای خدمات سلامت، اصلاح شاخص پرداخت از جیب و سایر شاخص‌های اقتصادی سلامت؛

- رسیدگی عاجل و مسئولانه به مسائل اقتصادی و معیشتی و صیانت از حقوق خدمتگزاران سلامت از بهورزان تا استادان؛
- در بحرانها و شرایط اضطراری، احتمال نقض حقوق سلامت مردم بیشتر است. صاحبان حرف سلامت و مراکز بهداشتی درمانی باید با هوشمندی، مسئولیت‌شناسی و رعایت عدالت و بصورت عالمانه، حداکثر اهتمام خود را برای استمرار بی وقفه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، به همگان انجام دهند؛
- اهتمام خاص به حل مشکلات معیشتی، و معضلات فرهنگی دانشجویان و دستیاران و پاسخگویی منطقی و علمی به شبهات و انتقادات سیاسی و اجتماعی آنان؛
- نقش آفرینی بیشتر استادان، دانشجویان و نظام آموزشی در ارتقای گفتمان دانشگاهی با بسط کرسی‌های آزاد اندیشی، تحلیل شرایط، ریشه یابی مشکلات، پاسخگویی به سؤالات، رفع شبهات، پیش بینی آینده، ارائه پیشنهادات و ابتکارات تعالی بخش، و رهیافت خروج از بحران؛
- نیروی انسانی، مراکز، آمبولانس‌ها، امکانات و تجهیزات مرتبط با مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی، در همه شرایط، بویژه در بحرانها، باید از هر نوع تعرض مصون باشند؛
- راهبردهای مرتبط با عوامل اجتماعی سلامت
 - اتخاذ تدابیر آموزشی، بویژه مهارت‌آموزی و رعایت عوامل اجتماعی سلامت در همه سطوح و شرایط در نظام سلامت؛
 - تقویت و ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی و ارتقای سواد و فرهنگ سلامت، در بین دانش آموزان و دانشجویان، با تدابیر و شیوه‌های مناسب، از طریق نظام‌های آموزش و پرورش و آموزش عالی؛
 - اهتمام سیاسی و عملی مسئولان به رفع فقر و بی عدالتی، و بهبود شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می کنند و عنایت ویژه به ارتقای معنوی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، و زیست محیطی سلامت و سایر عوامل مهم تأثیر گذار بر سلامت، بویژه جو سیاسی حاکم بر کشور، مسکن مناسب، ازدواج و فرزندآوری، ایمنی و امنیت غذایی و بهره مندی مردم از سبد غذایی سالم و کافی، حمل و نقل عمومی، تفریحات سالم، نشاط و ...
 - مشارکت دادن جامعه در عموم مسائل مرتبط با سلامت؛

توسعه نیروی انسانی کارآمد، متعهد و مسئولیت‌پذیر در حوزه سلامت

- هدایت تحصیلی دانش‌آموزان و تحقق راهبردها و شیوه‌های مندرج در سند ملی تحول بنیادین آموزش و پرورش؛
- اصلاح نظام پذیرش دانشجو توسط نظام آموزش عالی؛
- سرنوشت‌سازترین رسالت در تعلیم و تربیت نیروی انسانی سلامت، مرهون آموزش و عملکرد استادان است. شایسته است نظام‌های انتخاب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی عملکرد این قشر فرهیخته، ارتقاء یابد؛
- شناسایی، حمایت و ارتقای انگیزه‌های خدایی و انساندوستانه و علایق علمی فراگیران، بویژه نخبگان و استعدادهای سرشار، و هدایت آنان در راستای نیازهای سلامت کشور؛
- تقویت روحیه استقلال، خلاقیت، خودباوری، نوآوری، خودکفایی، خوداتکایی، مولد بودن، جلوگیری از مصرف‌گرایی، حذف وابستگی، و پیشگیری از اسراف و تبذیر در نیروی انسانی سلامت، از طریق توسعه و تعمیم شبکه بهداشتی درمانی کشور؛

ارتقای مدیریت در نظام سلامت

- اطمینان از دسترسی و پاسخگویی دلسوزانه، سریع، با رعایت کرامت انسانی و آموزش‌های لازم به مراجعین و بیماران؛
- نظام‌های انتخاب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی مدیران سطوح مختلف بر پایه شایستگی‌های علمی، مدیریتی، پایبندی به اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی؛
- ارتقای زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، تقویت فضای مجازی و تضمین امنیت آن در کاربردهای حوزه سلامت، تحقق شبکه ملی اطلاعات و تعمیم پرونده الکترونیک سلامت، با صیانت از اطلاعات و رعایت اصل رازداری، اشراف کامل و به‌روز نسبت به فضای مجازی در سطوح ملی و جهانی؛
- پیگیری‌های مستمر برای رفع و بی‌اثر نمودن تحریم‌های ظالمانه سلامت، از مجاری بین‌المللی؛
- دانشگاه‌ها و سایر مراجع، بموازات تلاش جهادگونه برای بهره‌برداری از کلیه ظرفیت‌های کشور در مقابله با تحریم‌ها؛

- استفاده از نیروهای شایسته با سوابق علمی و عملکردی درخشان در سطوح مختلف مدیریتی در نظام سلامت؛
- ترویج و تحقق فرهنگ جهادی در تمام شئون سلامت، بویژه در مدیریت ها؛
- نظارت همه جانبه و مستمر بر عملکرد مسئولین و نیروی انسانی و مراکز ارائه کننده مراقبت ها و خدمات سلامت، و برخورد قاطع با موارد سوء مدیریت و تعارض منافع در نظام سلامت؛
- حفظ احترام و قداست حرفه پزشکی توسط مسئولان، و جامعه پزشکی؛
- هدمندی اقتصاد سلامت و پایبندی به راهبردهای اقتصاد مقاومتی سلامت

الزامات و اقتضائات سیاست های اجتماعی دوران کرونا

مقدمه و بیان مسئله

شرایط و بحران ایجاد شده در اثر بیماری ناشی از ویروس کرونا، نه تنها در سطح سلامت، بلکه در سطوح روانی، اجتماعی و اقتصادی نیز، رویکردها، سیاست ها و برنامه های بسیاری از کشورها از جمله کشور ما را به چالش کشید. این بحران فراگیر جهانی، بیش از پیش، تبعات زیان آور ناشی از عدم توجه یا کم توجهی به سیاست های ارتقایی و پیشگیرانه را آشکار ساخت. گرچه هنوز برآورد کامل و دقیقی از بار منفی اجتماعی اقتصادی ناشی از بیماری کرونا در کشور را نداریم، اما با یک حساب سرانگشتی رقمی بالغ بر ده ها هزار میلیارد تومان تخمین زده می شود. بیش از یکصد هزار نفر فوت و عوارض اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی ناشی از آن، تعطیل شدن بسیاری از کسب و کارها، مبالغ کلان صرف شده برای درمان و دوران نقاهت بیماران، تنها بخشی از زیان های ناشی از این بیماری می باشد. همه گیری کرونا با تمام فجایع و عوارض آن، درس آموخته های فراوانی برای تمام دنیا و از جمله کشور ما، به همراه داشت. با توجه به امکان وقوع اتفاقات مشابه در آینده، اقدامات پیشگیرانه برای "کاهش آسیب ها به حداقل ممکن"، اتخاذ رویکرد و تفکر کل نگر، فرآیند محور و رو به آینده، قبل از بروز مشکل"، و "حصول آمادگی لازم برای مقابله با شرایط سخت"، ضروری است. عطف به مراتب، و با توجه به بررسی های متعدد علمی

انجام شده در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، پیشنهادهای سیاستی زیر برای ارتقای وضعیت موجود و توانمندسازی سیستم های مسئول و مرتبط، و مدیریت بهتر چالش های جاری و تهدیدات مشابه در آینده، اعلام می شود:

۱. سیاست نظام تأمین اجتماعی فراگیر، اجرای بند الف ماده ۵۷ قانون احکام دایمی برنامه های توسعه کشور و نظام چندلایه تأمین اجتماعی جهت ایجاد حمایت های لازم از اقشار آسیب پذیر؛

۲. تجمیع قوانین موجود و تدوین و تصویب سیاست های رفاه اجتماعی خانواده با تأکید بر کودکان و خانواده های زن سرپرست، جهت حمایت از نسل آینده و زنان آسیب پذیر؛

۳. توجه به تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده ها جهت کاهش نابرابری و اصلاح ضریب جینی؛

۴. شفاف سازی اقتصادی و مالیاتی تمامی افراد و دستگاه ها نه تنها به منظور شناسایی منابع مالی پنهان و مبارزه با فرار مالیاتی، بلکه قابل رهگیری نمودن تراکنش ها و تبادلات مالی به منظور پیشگیری و مقابله با پولشویی، فساد مالی، تعارض منافع، در همه دستگاه ها و نهادها؛

۵. توجه به حوزه کودکان و نوجوانان، به ویژه در ۸ سال اول زندگی و افزایش سهم این کودکان از تولید ناخالص داخلی (حداقل ۱٪ از تولید ناخالص داخلی به رشد و تکامل همه جانبه کودکان تخصیص داده شود)؛

۶. تقویت بخش اجتماعی برنامه هفتم توسعه با رویکرد ارتقای و رفاه اجتماعی و تمرکز بر خانواده جهت حمایت های رفاهی و تأمین اجتماعی پایدار مبتنی بر نهاد خانواده

۷. ایجاد و توسعه رویکرد ملی توانمندسازی و حرفه مندی در کشور از سنین ابتدای زندگی و دوران کودکی و نوجوانی برای گروه های جنسی و سنی مختلف و تغییر رویکردهای آموزشی در کلیه سطوح به سمت برنامه ها و رویکردهای توانمندسازانه، مهارتی، کارآفرینی و رو به آینده؛

۸. تدوین سیاست ها و برنامه های دوستدار خانواده با هدف ایجاد خانواده پویا،

تاب آور . افزایش مهارت های زندگی در خانواده، افزایش مهارت فرزندپروری ، ارتباط مؤثر و حفظ ارزش ها و ارتقای آن در خانواده؛

۹. استقرار کامل و سریع تر دولت الکترونیک و نیز افزایش شفافیت اداری

جهت افزایش دسترسی و عدالت اداری و اجتماعی و ارتقای بهره وری سیستم ها که نهایتاً به رفاه اجتماعی بیشتر منتهی می شود؛

۱۰. کاهش هزینه ارتباطات مجازی، و افزایش پهنای باند و سرعت اینترنت

به نحوی که دسترسی به فضای اینترنت، برای آموزش و بهداشت، به عنوان کالایی عمومی قلمداد شود. و در نتیجه سواد سلامت و آگاهی عمومی ارتقاء یابد؛

۱۱. ایجاد و توسعه عدالت آموزشی جهت ارتقای آموزش با کیفیت به ویژه برای

مناطق کم برخوردار و دهک های پایین درآمدی؛

۱۲. ترویج رویکردهای پیشگیرانه ، افزایش خودمراقبتی ، ارتقای سلامت و

افزایش سواد سلامت، به منظور ارتقای نقش مردم در حفظ و ارتقای سلامت ؛

۱۳. ارتقای سلامت روانی اجتماعی آحاد جامعه به ویژه کودکان و نوجوانان با

کشوری کردن برنامه سامان (نظام جامع ادغام یافته خدمات سلامت روانی اجتماعی در شبکه)؛

۱۴. اجرای سیاست حکمرانی مطلوب در تمامی قوا و نهادها، و پایش و ارزشیابی

آن، جهت افزایش پاسخگویی و شفافیت و پیشگیری از تعارض منافع در همه سطوح کشور

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم

رئیس (۱۴۰۱/۲/۴)

موضوع سالمندی جمعیت کشور از مسائل مهمی است که در سیاست های کلی جمعیت هم مورد تاکید قرار گرفته است. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در راستای وظایف خود، مستند زیر را با عنوان راهکارهای ارتقای سلامت سالمندان پیشنهاد می نماید.

راهکارهای ارتقای سلامت سالمندان در کشور^۱

خلاصه اجرایی:

جمعیت سالمند کشور طی سه دهه آینده از ۹/۲۸٪ به حدود ۳۰ درصد خواهد رسید درحالی که سیاست‌های ملی مراقبت‌های بهداشتی کشور با توجه به نتایج مطالعه وضعیت حداقل شش میلیون سالمند، زیرساخت لازم و متخصص طب سالمندی موردنیاز برای اجرای برنامه مراقبت در منزل سالمندان را ندارد. به‌منظور پابندی به بند ۷ سیاست‌های کلی جمعیت، مبنی بر "فرهنگ‌سازی برای تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده" ضروری است تمام ارکان نظام، حفظ و ارتقاء سلامت و رفاه سالمندان را به‌عنوان اولویتی مهم در دستور کار خود قرار دهند. این موضوع در سطح فردی و در سطح سازمانی نیازمند دو مداخله و رویکرد مجزا است. از سویی باید مداخلاتی در سطح فردی صورت گیرد تا سالمندی سالم، در طول چرخه عمر اتفاق افتد، به عبارتی حفظ و ارتقاء سلامت از دوران نوزادی و حتی سلامت باروری، شیرخوارگی، کودکی، نوجوانی، جوانی و میان‌سالی به‌عنوان به‌صرفه‌ترین و منطقی‌ترین مسیر برای رسیدن به سالمندی سالم است. از طرف دیگر لازم است مداخلاتی در سطح سازمانی انجام شود تا نهادهای ارائه‌دهنده مراقبت و خدمات سلامت یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت کشور (شهرداری‌ها و ...)، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی(ره)، سازمان‌های بیمه، هلال‌احمر، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها بتوانند با رشد جمعیت سالمندی و نیازهای روزافزون آنان خود را انطباق دهند. پیشنهاد می‌گردد با عنایت به راهکارهای ذیل، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشخص نمودن وظایف دستگاه‌های مرتبط، سازوکار مناسبی برای ارتقاء وضعیت سلامتی و زندگی سالمندان کشور طراحی، پیگیری و اجرا نماید.

راهکارهای کلیدی در بهبود وضعیت این گروه :

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۱ منتشر شده است^۱

(۱) دستیابی به سالمندی سالم: استفاده از راهنماها و برنامه‌ریزی‌های عملیاتی مدون جهت آمادگی، برنامه‌ریزی، شناسایی و پاسخ به مشکلات جامعه سالمندان آسیب‌پذیر. در این راستا تقویت و توسعه برنامه‌های توانمندسازی سالمندان و خانواده جهت انجام خود مراقبتی و به‌کارگیری یک مدل مراقبتی - حمایتی منسجم، جامع و سالمند / خانواده - محور بسیار ضروری است.

(۲) توجه به سالمندان دارای بیماری‌های سخت و پیچیده: مطالعه وضعیت شش میلیون سالمند (از مجموع نه میلیون نفر) نشان می‌دهد ۵ درصد سالمندان کشور یعنی حدود ۳۰۰ هزار نفر به دلیل ابتلا به حداقل یک بیماری صعب‌العلاج یا ابتلا هم‌زمان به چند بیماری و به علت ناتوانی حرکتی، نیازمند حمایت و مراقبت و رسیدگی فوری هستند.

(۳) اهمیت و جایگاه مراقبت در منزل: بهترین رویکرد برای بهبود کیفیت و اثربخشی مداخلات سلامت سالمندی در کشور، استفاده از فرصت نگهداری در منزل و برنامه پزشکی خانواده است. در برنامه پزشکی خانواده و مراقبت‌های اولیه سلامت، "خانه" نخستین مکانی است که در آن باید از کودک، مادر و سالمند در کنار هم مراقبت شود. قرار داشتن در کنار اعضای خانواده در دوران سالمندی، معنا و اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. بنابراین علاوه بر ترویج فرهنگ خود مراقبتی و توانمندسازی سالمندان و کمک به خانواده‌ها توسط دولت، آماده کردن بستر اجرای مراقبت در منزل برای سالمندان، یکی از نیازهای مبرم نظام سلامت است، مسئله‌ای بسیار مهمی که با اشکالات حقوقی، کمبود نیروی انسانی و چالش منابع مالی مواجه است. در این زمینه کمک نهادهای مسئول و بسترسازی قانونی ضروری است.

(۴) ارتقاء کمی و کیفی ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی به سالمندان: در حال حاضر پوشش دریافت خدمت در واحدهای ارائه خدمات برای افراد بالای ۶۰ سال حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد است. این در حالی است که ۷۰ درصد از سالمندان هیچ مراقبت و خدمت از مراکز جامع سلامت دریافت نمی‌کنند. به علت سالخوردگی جمعیت که افزایش تقاضا برای غربالگری و مدیریت بیماری‌های مزمن در مراکز مراقبت‌های اولیه ایجاد کرده است. در حال حاضر کمبود فضای فیزیکی، نیروی انسانی و اطلاعاتی وجود داشته. جهت ارائه مراقبت سالمندی مناسب و مؤثر، توجه به نکات زیر ضروری است.

- ضرورت فراهم آوری مراقبت و خدمات سلامت در منزل و توسعه نیروهای رسمی تخصصی و غیرتخصصی مراقبتی
 - سالمند- محور کردن مراقبت (لزوم اجرایی نمودن ارزیابی‌های دوره‌ای جامع سلامت سالمندان در مراکز جامع سلامت و تأسیس مراکز سرپائی تخصصی سالمندی در سطح کشور)
 - حمایت‌های موردنیاز توسط دولت از خانواده و مراقبین غیررسمی سالمند
 - برخورداری از مراقبت جامع و ادغام یافته (توصیه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت)
 - ترویج فرهنگ مراقبت (مراقبت همراه با آگاهی و امنیت فرهنگی در مراکز جامع توان‌بخشی سالمندی و مؤسسات بهداشتی درمانی که یکی از مهم‌ترین اصول مراقبت سالمند - محور می‌باشد)
 - طراحی و اجرای آزمایشی و سپس در صورت موفق بودن توسعه کشوری مدل‌های بومی ویژه مراقبت از سالمندان ازجمله مراقبت‌های طولانی‌مدت، مراقبت‌های گذرا و مراقبت در منزل و رفع موانع اجرائی آن‌ها که نیازمند زیرساخت‌های قانونی و حقوقی و نیز تأمین منابع موردنیاز است.
 - استفاده از فن‌آوری سیستم‌های مراقبت از راه دور برای ادامه زندگی مستقل سالمندان و دریافت مراقبت و خدمات بهداشتی درمانی بدون نیاز به خروج از منزل.
- (۵) اتخاذ رویکرد جامعه‌محور در ارائه مراقبت‌ها و خدمات: سازمان‌دهی سالمندان داوطلب دارای شرایط مراقبت از سالمند، یکی از راهکارهای مفید و مؤثر مراقبت و خدمات مبتنی بر جامعه است که می‌تواند با استفاده از تجربه برنامه رابطین سلامت در کشور طراحی و پیاده شود. سالمندان داوطلب در قالب چنین طرحی پس از شرکت در دوره‌های آموزشی و مهارت‌آموزی خود مراقبتی و آموزش‌های لازم دیگر به خانه‌های یکدیگر مراجعه و به یکدیگر آموزش مراقبت‌های اولیه ارائه دهند. و نیز اقداماتی ازجمله مراقبت در منزل، ارزیابی وضعیت ایمنی منزل، تغذیه، وضعیت خواب و فعالیت‌های بدنی و غیره را بررسی نمایند. به نظر می‌رسد شعار سالمند برای سالمند با رویکردی جامعه‌محور با برقراری مسیر (خانه - رابط - بهورز - مراقب سلامت - پزشک خانواده - پزشک متخصص) ساده‌ترین راهکار برقراری اتصال این گروه به نظام ارائه خدمات سلامت و بهبود پوشش خدمات است.

(۶) تأمین نیروی انسانی تخصصی: سیاست‌گذاری در جهت تربیت نیروی انسانی توانمند مبتنی بر نیاز سالمندان که در سند ملی سالمندان نیز به آن پرداخته شده، یکی از نیازهای اساسی کشور است و پزشکان عمومی شاغل در شبکه بهداشتی درمانی، مراقبین سلامت، بهورزان و کارشناسان بهداشت خانواده باید در ارتباط با سلامت سالمندان دانش و مهارت لازم را کسب نمایند. برای این منظور باید برنامه‌های آموزشی موردبازنگری قرار گرفته به صورتی که ایشان توانائی ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت از دوران کودکی تا سالمندی را داشته فراگیرند. ارائه مراقبت‌ها و خدمات درمانی در سنین سالمندی، برخلاف سایر رشته‌های تخصصی به‌جای بیماری محوری نیازمند رویکردی جامع و سلامت‌محور با تأکید بر بهداشت و پیشگیری و آنگاه تشخیص، درمان و بازتوانی بیماری‌ها و مشکلات سالمندان است که مستندات مبتنی بر شواهد، بیانگر اثرات غیرقابل‌انکار آن بر کاهش موارد بستری، میزان ارجاع به سطوح بالاتر و هزینه‌های کلان تحمیلی به سیستم بهداشت و درمان بوده است. لازم به ذکر است، هم‌اکنون در کشور دوره‌های آموزشی علمی مرتبط به سالمندی برخلاف بسیاری از کشورهای جهان بسیار محدود است و شکاف عظیمی بین نیازهای مراقبتی سالمندان و افراد دوره‌دیده‌ای که به اجرای این مراقبت‌ها نیاز دارند دیده می‌شود. لذا ضمن تأکید بر توسعه رشته‌های مرتبط با سلامت سالمندی شکل‌گیری رشته‌های علمی بین‌رشته‌ای سالمندی بسیار ضروری است.

(۷) توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی سلامت سالمندان: متأسفانه با تغییرات همه‌جانبه‌ای که در ساختار اجتماعی جوامع در سال‌های اخیر صورت گرفته است؛ بخصوص در نوع انسجام خانوادگی، عده زیادی از سالمندان در معرض طرد اجتماعی، کاهش سطح سرمایه اجتماعی و محدود شدن در روابط اجتماعی هستند که آنان را در معرض خطر احساس تنهایی قرار می‌دهد. اکثر سالمندان با مشکلات اجتماعی اقتصادی بسیار زیادی دست به گریبان‌اند که دسترسی به حمایت اجتماعی از طریق دولت و نهادهای دولتی ذی‌ربط را به شکل جامع می‌طلبد. لذا همسوسازی اهداف و فعالیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (با تأکید بر سازمان بهزیستی کشور) و اجرایی ساختن هر چه سریع‌تر سند سالمندی کشور از راهکارهای رفع این مشکل است.

(۸) توسعه قوانین حمایتی: شکل‌گیری و توسعه قوانین حمایت (از سالمندان و مراقبین خانگی آنان) و پوشش بیمه‌ای جامع و فراگیر از راهکارهای مهم بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان است که فراهم‌آوری زیرساخت‌های آن ضروری است. ۶۰ درصد منابع بیمه‌ای کشور هم‌اکنون برای ۱۰ درصد از جمعیت (سالمندان) هزینه می‌شود و این شاخص اهمیت مدیریت منابع موجود را بیش‌ازپیش و به‌وضوح نشان می‌دهد. در حال حاضر درصد ناچیزی از سالمندان کشور مقیم آسایشگاه‌های سالمندی هستند. باید توجه داشت که در کشورهای اروپایی به ازای هر ۱۸ سالمند یک تخت و در جمهوری اسلامی ایران به ازای هر ۳۴۰ سالمند یک تخت آسایشگاهی وجود دارد. بااین‌حال، رشد روزافزون جمعیت سالمند و کاهش بعد خانوار در صورت عدم توجه به آن، نیاز به خدمات این مراکز در سال‌های آتی را افزایش خواهد داد.

(۹) طراحی محیط: طراحی و اجرای مؤثر محیط دوستدار سالمند، که تأمین کیفی امنیت و ایمنی، حقوق سالمند از جمله احترام به کرامت انسانی وی را محقق می‌کند به تعهد سیاسی در سطح محلی و ملی نیازمند است. از این جمله طراحی مؤثر مراکز بهداشتی درمانی دوستدار سالمند شامل بیمارستان‌ها، مراکز جامع سلامت، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت و مناسب‌سازی آن‌ها از مقوله‌های لازم‌الاجرا و اضطراری است. هم‌چنین در طراحی محیط زندگی و تفریح سالمندان این نکات باید در نظر گرفته شود. این موضوعات نیازمند زیرساخت‌های قانونی، تخصیص منابع و همکاری سازمان‌های مختلف است.

توسعه الگوی بسته امنیت غذایی (باغ) در جهت ارتقا امنیت غذا و

تغذیه کشور

نقش تغذیه و امنیت غذایی در سلامت، افزایش کارایی و ارتباط آن با توسعه اقتصادی و اجتماعی مورد تأیید گزارش‌های جهانی است و در اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران به کرات به این مهم پرداخته شده است. گرسنگی و ناامنی غذایی مسایل اجتماعی، سیاسی و امنیتی زیادی به همراه دارد. از بعد اجتماعی و سیاسی منجر به دزدی، ناامنی و

شورش های اجتماعی می شود و باعث افزایش نارضایتی عمومی و تضعیف ساختار حکومتی شده و کشور در مقابل تهدیدات داخلی و خارجی وضعیت شکننده ای پیدا می کند. لذا بدون شک امنیت غذایی با امنیت ملی گره خورده است. امروزه جنگ و درگیری ها، تغییرات آب و هوایی و حوادث زیست محیطی، همه گیری کووید-۱۹ و شوک ها و رکود اقتصادی مرتبط با آن، باعث افزایش شیوع گرسنگی و ناامنی غذایی در جهان شده است. در ایران نیز همپای اتفاقات جهانی بررسی های ملی نشان از وخیم تر شدن شاخص های سلامت تغذیه ای کشور بویژه در استان های کم برخوردار (سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، کرمان، ایلام و خراسان جنوبی) است. نبود امنیت غذا و تغذیه، باعث ایجاد اشکال مختلفی از سوءتغذیه از قبیل کوتاه قدی، لاغری و کم وزنی و نیز قدرت فراگیری در کودکان، تاثیر جدی در سلامت گروه های آسیب پذیر، زنان باردار، افراد دارای بیماری های زمینه ای در استان های کم برخوردار و نیز کاهش قدرت تولید افراد و جامعه خواهد داشت. معضلات ملی و بین المللی که ایران را در معرض خطر ناامنی غذایی قرار میدهد بالطبع در استان های کم برخوردار تشدید می یابد به طوری که نتایج برنامه رصد وضعیت سوء تغذیه و ناامنی غذایی در سال ۱۴۰۰ حاکی از افزایش سوء تغذیه در کودکان و ناامنی غذایی خانوارها نشان داد که شیوع لاغری در کودکان ۲ تا ۵ سال در استان های کم برخوردار و ناامن غذایی ۴/۳ تا ۱۱/۷ درصد و همچنین شیوع کوتاه قدی ۶/۴ تا ۱۹/۷ درصد است که در مقایسه با نتایج بررسی ملی تن سنجی در سال ۱۳۹۶، شیوع سوء تغذیه در کودکان به طور قابل توجهی افزایش نشان داده است. همچنین ناامنی غذایی خانواده در استان های مذکور ۴۶ تا ۷۰ درصد می باشد. چالش های تغذیه ای در سایر استان ها و مناطق کشور نیز مطرح است. خانوارهای با فرهنگ غذایی نامطلوب، تاثیر جدی در سلامت گروه های آسیب پذیر، زنان باردار، افراد دارای بیماری های زمینه ای در استان های کم برخوردار خواهد داشت. از طرفی در سایر مناطق کشور و خانوارهای با فرهنگ غذایی نامطلوب، کمبود انواع ریز مغذی ها و بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه از جمله اضافه وزن و چاقی، دیابت، بیماری های قلبی و عروقی و انواع سرطان ها می شود. این بیماری ها در حال حاضر ۸۰٪ علل مرگ و میر در کشور را شامل می شوند و الگوی غذایی مهمترین عامل خطر ابتلا به این بیماری ها به شمار می رود. همین امر باعث تدوین سند بسته امنیت

غذایی با رویکرد تحقق عدالت تغذیه ای و بهره مندی گروه جمعیتی و استان های هدف شده است.

براساس گزارش مرکز آمار ایران در آذر ماه ۱۴۰۰، گروه خوراکی ها، آشامیدنی و دخانیات نسبت به سال پایه ۱۳۹۵ تورم ۵۰۴ درصدی را تجربه کرده و خانوارهای ایرانی برای همان سبد خوراکی سال ۱۳۹۵ باید هزینه ۵ برابر در سال ۱۴۰۰ پرداخت می کردند. برنامه رصد وضعیت سوء تغذیه و ناامنی غذایی در سال ۱۴۰۰ حاکی از افزایش سوء تغذیه در کودکان و ناامنی غذایی خانوارها میباشد. بطور کلی سوء تغذیه، در همه اشکال آن، هزینه های بالایی بر افراد، خانواده ها و کشورها تحمیل می کند و یک مانع بزرگ برای دستیابی به اهداف توسعه است. کاهش سوء تغذیه کمک قابل توجهی به کاهش فقر و صرفه جویی در بودجه دولت خواهد کرد.

بنابراین ضروری است که پرداختن به همه اشکال سوء تغذیه به یک اولویت اصلی برنامه ها تبدیل شود. در شرایطی که دولت و نظام طبق فرمایش مقام معظم رهبری بر جوانی جمعیت و توجه به افزایش بُعد خانوار دارد باید به سلامت کودکان و جوانان و نسل چهارم انقلاب توجه ویژه ای داشت، سلامت این نسل است که می تواند نیروی کار پویا، متفکر، خلاق دارای بصیرت را در جامعه ایرانی اسلامی داشته باشیم. رشد و تکامل دوران کودکی از تمام جوانب حائز اهمیت است. کودک سالم در طول دوران آتی زندگی خود از بسیاری بیمار ها مصون خواهد ماند و در نتیجه ما جامعه سالم تری خواهیم داشت.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از دیرباز برنامه های متعددی برای ارتقا امنیت غذا و تغذیه جامعه بکار بسته است از جمله این موارد برنامه مکمل یاری برای کودکان و مادران باردار، شناسایی کودکان و مادران باردار آسیب پذیر نیازمند جهت دریافت سبد حمایتی معیشتی، آموزش تغذیه در جامعه، جذب و بکار گیری کارشناس های تغذیه در نظام شبکه برای ارائه خدمات آموزشی و مشاوره تغذیه می باشد. بدلیل کمبود منابع دولتی این برنامه ها پوشش کامل نداشته و غالباً شامل افراد با اولویت بالا می شود؛ بنابراین نیاز است به سمت برنامه های توسعه محور و توانمندسازی جامعه جهت ارتقا وضعیت تغذیه حرکت کرد. مشارکت مردم و ذینفعان در برنامه های سلامت محور، بهره مندی از

منابع مالی پایدار، بهره‌گیری از انجمن‌های علمی و سازمان‌های حمایتی، جلب مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بخش‌های دولتی و غیردولتی در دستور کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است. از جمله برنامه‌های توسعه محور که با هدف ارتقا امنیت غذا و تغذیه جامعه تدوین شده است الگوی بسته امنیت غذا و تغذیه (باغ) می‌باشد. در طرح پیشگام الگوی (باغ) در هفت شهرستان از هفت استان ناامن غذایی (خوزستان، کرمان، ایلام، خراسان جنوبی، بوشهر، هرمزگان، کهگیلویه و بویراحمد و سیستان و بلوچستان) در قالب سند ملی تغذیه و امنیت غذایی طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ طراحی، اجرا و ارزشیابی شد. گزارش پایلوت اجرای الگوی باغ در یک شهرستان از ۷ استان کم‌برخوردار در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارائه و منجر به اخذ مصوبه کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در آذر ماه ۱۳۹۷ گردید.

با توجه به اینکه هدف راهبردی الگوی ارتقای امنیت غذا و تغذیه (باغ) در استان‌های کم‌برخوردار، بهبود وضعیت امنیت غذا و تغذیه در استان‌های ناامن غذایی تا پایان برنامه هفتم توسعه کشور است و این الگو شامل برنامه‌های کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت با توانمندسازی جامعه و حمایت‌طلبی از کلیه ذی‌نفعان اجراست لذا به عنوان یک برنامه توسعه محور و عدالت محور می‌باشد که شامل گام‌های زیر است:

۱- شناسایی خانوارهای ناامن غذایی، ۲- آموزش اصول و فنون مدیریت تغذیه خانواده بر اساس بسته استاندارد، ۳- ارائه خدمات حمایت اجتماعی با هدف خوداتکایی خانواده، ۴- اقدام جامعه شامل تقویت همکاری بین بخشی ادارات شهرستان و مشارکت مردم در کاهش عوامل خطر مسبب در ناامنی غذایی و مداخلات مناسب به رهبری فرماندار.

آئین‌نامه اجرایی جهت توسعه الگوی باغ در استان‌های ناامن غذایی تهیه و ویرایش نهایی آن در ۱۰ ماده و ۹ تبصره به تصویب دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده است. ساز و کار اجرای برنامه (شامل برنامه ریزی، استقرار و نظارت) در سطوح ملی تا شهرستانی مطابق با «آیین‌نامه اجرایی» است که با نامه به شماره ۷۳/۱۰۳ در تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۰۶ از سوی

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به دستگاه های اجرایی
ذینفع ابلاغ شده است.

یادآور می شود سند بسته امنیت غذایی در استان ها و خانوارهای کم برخوردار در
طی دو کمیسیون دائمی در سال های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ به امضاء معاونین وزراء ،
سازمان های عضو اصلی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده و در
نسخه ۱۴۰۰ بدلیل شرایط حذف یارانه ها از خیلی اقدام غذایی و شرایط تحریم و
کووید ۱۹ مشکل امنیت غذایی را در کل کشور فراگیر کرد متن مصوبه بدلیل
اولویت اجرا برای دو سال به ۸ استان هدف و برای ۳ سال آتی به تدریج
براساس اولویت شواهد مبنی بر سوء تغذیه در کودکان و جامعه هدف سالانه
استان های جدید به برنامه اضافه خواهد شد، تا در انتهای ۵ سال از زمان
تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کل کشور را تحت پوشش قرار
دهد. با توجه به موارد از پیش گفته شده، به نظر میرسد طرح موضوع در جلسه
آتی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تصویب آن با توجه به اتفاقات پیش
روی جهان و ایران و افزایش ناامنی غذایی و سوء تغذیه جزو ضروریات باشد.

لذا پیشنهاد می شود موضوع به فوریت در اولین جلسه شورای عالی سلامت و
امنیت غذایی مطرح و اجرای آن به ۸ استان ناامن غذایی ابلاغ شود؛ و نیز از
هزینه های گزاف سوءتغذیه آن در آینده پیشگیری گردد تا روند توسعه کشور با
مشکل مواجه نشود.

مکاتبه با رئیس محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر بهرام دارایی

لزوم نظارت بر برچسب گذاری محصولات تراریخته

پیرو مکاتبات متعدد قبلی با سازمان غذا و دارو (نامه شماره ۲۳۲۶/ف/ع/پ مورخ
۲۳/۱۰/۱۳۹۷ و نامه شماره ۳۰۳۳/ف/ع/پ مورخ ۱۶/۴/۱۳۹۸) در خصوص نظارت بر الزام
برچسب گذاری بر روی محصولات تراریخته مورد استفاده در کشور، شواهد میدانی حاکی
از آنست که بسیاری از محصولات خوراکی که در فروشگاهها عرضه می شوند این الزام را

رعایت نکرده‌اند. لذا خواهشمند است جهت اطلاع این فرهنگستان گزارشی از وضعیت نظارت بر محصولات تراریخته موجود در بازار ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت سهولت آگاهی مصرف کنندگان از وضعیت ترکیبات تراریخته محصولات خوراکی، لوگو توسط آن سازمان طراحی و بر روی برچسب‌ها در محلی که بطور وضوح قابل رویت باشد، درج کنند تا مصرف کننده با رویت لوگوی مزبور بر روی محصولی که بصورت مشخص کلمه تراریخته نیز در آن قید شده، از نوع آن محصول آگاهی پیدا کند. همچنین برای محصولات غیر تراریخته پیشنهاد می‌گردد تولیدکنندگان از درج لوگویی تحت عنوان "بدون ترکیبات تراریخته" استفاده نمایند.

پیوست ۱

رئیس محترم سازمان بازرسی کل کشور جناب آقای ناصر سراج

معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر مهدی پیرصالحی

رئیس محترم کمیسیون اصل ۹۰ مجلس شورای اسلامی جناب آقای داود محمدی

نظر به اینکه بخشی از محصولات خوراکی وارداتی به کشور از نوع تراریخته می باشد بر اساس بند چ ماده ۳۱ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه و نیز طبق بند ب ماده هفت آیین نامه اجرایی قانون ملی ایمنی زیستی شرکت ها موظف به برچسب گذاری بر روی محصولات تراریخته شده و اگر فراورده‌ای به کمترین مقدار ممکن هم حاوی محصول تراریخته باشد باید برچسب تراریختگی داشته باشد که متاسفانه شرکت ها از اجرای آن تا کنون خودداری کرده‌اند. خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم در این امر مهم صورت پذیرفته و فرهنگستان را هم از نتایج آن مطلع فرمایند.

پیوست ۲

سرپرست محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر محمد رضا شانه ساز

بازگشت به نامه شماره ۶۵۵/۲۸۶۳۷ مورخ ۱۳۹۸/۴/۱۱ در خصوص برچسب گذاری محصولات غذایی تراریخته، ضمن تشکر از اقدامات و فعالیت‌های انجام شده از جمله دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های اعلام شده در جهت الزام تولیدکنندگان و وارد کنندگان محصولات تراریخته و برچسب‌گذاری، متأسفانه آنچه که در سطح جامعه و فروشگاه‌های ارائه کننده مواد غذایی در طول یک سال گذشته مشاهده شده است عدم تمکین تعداد زیادی از تولیدکنندگان محصولات غذایی در اجرای بخشنامه ها و دستورالعمل‌های آن سازمان محترم است. لذا خواهشمند است دستور فرمائید راهکاری ارائه شود که برچسب گذاری محصولات غذایی تراریخته بصورت جدی توسط کلیه تولیدکنندگان عملیاتی و با متخلفین برخورد قاطع شود.

پیشنهاد برای تدوین برنامه ملی مقابله با اثرات تغییر اقلیم بر سلامت

مقدمه

تغییرات اقلیمی یکی از چالش‌های جدی قرن حاضر می باشد که ابعاد مختلف زندگی انسان را تحت تاثیر خود قرار داده است. گزارش‌ها و مطالعات متعدد نشان می دهند که تغییرات اقلیم در اکثر مناطق جهان در آینده نیز ادامه خواهد یافت و روز به روز بر شدت و فراوانی اثرات آنها افزوده خواهد شد. پیامدهای تغییرات اقلیم علاوه بر اینکه بر ابعاد مختلف سلامتی تاثیر می گذارد، میزان عرضه و تقاضای خدمات سلامت را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. خطرات سلامتی ناشی از تغییرات اقلیم، منجر به افزایش نیازهای بهداشتی – درمانی جامعه تحت تاثیر و بار کاری سیستم های بهداشتی درمانی می گردد. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که بار بیماری‌های ناشی از تغییرات آب و هوایی به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد، به طوری که تخمین زده می‌شود بین سالهای ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ تغییر اقلیم، موجب حدود ۲۵۰۰۰۰ مرگ بیشتر در سال در اثر سوء تغذیه، مالاریا، اسهال و استرس گرمایی گردد. همچنین بین ۲-۴ میلیارد دلار در سال تا سال ۲۰۳۰ صدمات مستقیم به

حوزه سلامت (بدون در نظر گرفتن هزینه های غیر مستقیم موثر بر سلامت از حوزه های دیگر، مانند کشاورزی و آب و فاضلاب) هزینه وارد کند. آخرین مطالعات نشان می دهد که ۳۷ درصد از مرگ های مرتبط با موج های گرما در فصول گرم سال با تغییرات اقلیمی ارتباط دارند. این در حالی است که سیستم های مراقبت بهداشتی اولین و آخرین خط دفاعی در برابر تاثیرات تغییرات آب و هوایی هستند. این موضوع ضرورت اقدام سریع در مواجهه با اثرات سلامتی تغییر اقلیم را چندین برابر می نماید.

مطابق با روند جهانی، جمهوری اسلامی ایران نیز به عنوان یکی از مهمترین کشورهای خاورمیانه به شدت تحت تاثیر اثرات تغییر اقلیم قرار دارد. بیش از ۸۰ درصد قلمرو ایران در مناطق خشک و نیمه خشک واقع شده است. ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی منحصر به فرد، از اقلیم متنوعی برخوردار است و گونه های مختلف گیاهی و جانوری دارد، اما در طول دهه های گذشته، به علت کمبود بارندگی، خشکی فراوان و آلودگیهای محیطی و صنعتی، شاهد فرسایش گیاهان، خاک و همچنین از بین رفتن تنوع زیستی بوده است. از طرف دیگر جمعیت ایران به شدت از اثرات سوء سلامتی ناشی از تغییر اقلیم تاثیر می گیرد. هم چنین ایران پس از چین، ایالات متحده، اتحادیه اروپا، هند، روسیه، ژاپن و کانادا هشتمین کشور تولیدکننده گاز دی اکسیدکربن در جهان و پنجمین مصرف کننده گاز طبیعی در جهان (۵,۵ درصد سهم مصرف گاز طبیعی) در سال ۲۰۱۵ بوده است. کل دی اکسیدکربن انتشار یافته توسط ایران ۶۳۰ میلیون تن در سال ۲۰۱۵ بوده است. ایران یکی از کشورها با عملکرد بسیار ضعیف در وضعیت شاخص عملکرد تغییرات آب و هوایی (CCPI) است. رتبه CCPI ایران در سال ۲۰۱۷ برابر ۵۶ بوده است.

توافق نامه پاریس تحت عنوان COP21 که در سال ۲۰۱۵ توسط بسیاری از کشورهای عضو سازمان ملل متحد مورد تاکید قرار گرفته است، پیشنهاد می دهد که کشورهای جهان برنامه های ملی خود را برای مقابله با اثرات منفی ناشی از تغییر اقلیم تدوین نمایند. طبیعتاً یکی از این برنامه ها "برنامه ملی مقابله با اثرات تغییر اقلیم بر نظام سلامت" شامل

^۱ Climate Change Performance Index (CCPI)

^{۲۱} United Nations Climate Change Conference of the Parties (COP21)

راهبردهای کاهش اثرات و راهبردهای سازگاری می باشد. از آنجایی که ذی نفعان متعددی در این مهم سهیم هستند، تدوین این برنامه نیازمند مشارکت همه آنها در تدوین یک برنامه جامع و یکپارچه می باشد.

۲ - پیشینه

جمهوری اسلامی ایران برای دهه ها مدافع اقدامات بین المللی تغییر اقلیم بوده است. ایران از سال ۱۹۹۶ با تعامل سیاسی وزارت کشور، بخشی از کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در زمینه تغییرات آب و هوا (UNFCCC^۱) بوده است. همچنین، از سال ۱۹۹۸ یک دفتر ملی تغییرات آب و هوا (NCCO^۲) وجود دارد که توسط سازمان حفاظت از محیط زیست (DOE^۳) هدایت می شود و متشکل از معاونین وزارتخانه های مختلف، از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (MOHME^۴) است.

اولین اقدامات در تدوین برنامه ملی سازگاری سلامت با تغییر اقلیم در ایران به سالهای ۱۳۹۷-۱۳۹۶ برمی گردد. این برنامه که با حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید، سعی کرد اثرات منفی تغییر اقلیم را در حوزه های مختلف سلامت از جمله بیماری های واگیر، بیماری های غیر واگیر، بیماری های منتقله از ناقلین، بهداشت حرفه ای و غیره تبیین نموده و چارچوب ملی تدوین برنامه را تعیین نماید. بر اساس تجربیات حاصل از تدوین چارچوب اولیه، در سال ۱۳۹۸ برنامه تدوین پروفایل آسیب پذیری سلامت ناشی از تغییر اقلیم و تدوین راهبردهای کلی برنامه سازگاری سلامت با تغییر اقلیم تهیه گردید که در آن وضعیت آسیب پذیری شش استان کشور در شش حوزه سلامت مشخص و سپس راهبردهای کلان برنامه تدوین گردید. سومین تلاش برای تدوین برنامه نیز به سال ۱۳۹۹ برمی گردد که طی آن یک مدل مبتنی بر آب و هوا برای ارزیابی آسیب پذیری توسط یک تیم چند رشته ای از متخصصان پزشکی تا اقلیم شناسی، با همکاری دفتر سلامت

^۱United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)

^۲National Checking Company (NCCO)

^۳Department of Energy (DOE)

^۴Ministry of Health and Medical Education (MOHME)

محیط و کار وزارت بهداشت و دفتر سازمان بهداشت جهانی تهیه شد و برای شش استان، بر اساس شاخص‌های آب و هوایی مرتبط به هر یک، تأثیرات سلامتی و سناریوهای اقلیمی بررسی گردیده است.

علاوه بر این اقدامات مطالعات متعددی نیز در کشور در خصوص راهبردهای نظام سلامت در مواجهه با تغییر اقلیم انجام شده از جمله پایان‌نامه دکترای تخصصی سلامت در حوادث و بلایا است با عنوان "تحلیل برای سیاست‌گذاری نظام سلامت به منظور استقرار شواهد محور توافقنامه تغییر اقلیم پاریس (حاصل از COP21) در جمهوری اسلامی ایران" در این زمینه می‌باشد. همچنین، در خلال نشست‌های جهانی COP26^۱ که سال گذشته (۲۰۲۱) برگزار گردید، سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار به عنوان نماینده حوزه سلامت، طی برنامه ویژه‌ای به اثرات تغییر اقلیم بر سلامت پرداخت و اقدامات لازم برای دستیابی به نظام سلامت سازگار با تغییر اقلیم را به عنوان یکی از فعالیتهای پیگیری شونده توسط برگزارکنندگان COP های بعدی (COP27^۲ در مصر و COP28^۳ در امارات متحده عربی) قرار داد. در همین راستا، از طریق دفاتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی، دعوتنامه‌هایی برای پیوستن کشورها به پیمان سیستم سلامتی سازگار، پایدار، و کم کربن فرستاده شد. از آنجاییکه وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران، از بسیاری از کشورهای دیگر منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، در انجام بررسی آسیب پذیری و موقعیت پایداری مراکز بهداشتی درمانی خود، که از مهمترین شرایط پیوستن به این مجمع محسوب می‌شود، جلوتر بوده است، بطور طبیعی عضو یکی از کشورهای داعیه دار در جهان قرار گرفته و امکان استفاده از امکانات حمایتی جهانی را برای رسیدن به اهداف خود در این راستا فراهم کرده است. با این حال هنوز برنامه ملی سازگاری سلامت با تغییر اقلیم تدوین و ابلاغ نشده است. تدوین این برنامه متناسب با رفتار سیاسی نظام سلامت ایران، می‌تواند

^۱ ۲۶th United Nations Climate Change Conference of the Parties (COP۲۶)

^۲ ۲۷th United Nations Climate Change Conference of the Parties (COP۲۷)

^۳ ۲۸th United Nations Climate Change Conference of the Parties (COP۲۸)

^۴ World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)

فراهم‌کننده زمینه لازم برای اقدامات بعدی در راستای ظرفیت‌سازی و بالا بردن تاب‌آوری نظام سلامت، انجام مداخلات سازگاری، ارزشیابی مداخلات و تعیین موانع و تسهیل‌گرهای ایجاد سازگاری و کاهش اثرات سوء سلامتی ناشی از تغییر اقلیم را فراهم نماید.

۳- روش تهیه برنامه

این برنامه با استفاده از روش مرور متون و استفاده از نظر خبرگان تهیه گردیده است. در مرحله اول با استفاده از مرور متون و مطالعات انجام شده در حوزه سیاست‌گذاری برای مقابله با اثرات تغییر اقلیم، چارچوب اولیه برنامه تهیه گردید. در مرحله بعد با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز و پانل خبرگان سعی شد برنامه تکمیل تر و توسعه یابد. در مرحله بعد برنامه توسعه یافته با استفاده از روش دلفی و به منظور اجماع در برنامه برای تعدادی از متخصصین حوزه های مختلف مرتبط با تغییر اقلیم ارسال و نظرات آنها جهت تدوین نسخه حاضر استفاده گردید. در تدوین این برنامه از متخصصین و محققین مختلف حوزه تغییر اقلیم و سلامت از جمله متخصصین سیاست‌گذاری سلامت، سلامت در حوادث و بلایا، بهداشت محیط، تغذیه و امنیت غذایی، اقلیم‌شناسی، همه‌گیرشناسی، هواشناسی، علوم جغرافیا، بوم‌شناسی، جنگلداری، آبخیزداری و محیط زیست استفاده گردید.

۴- ذینفعان اصلی برنامه

۱- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذایی

- مرکز سلامت محیط و کار

- مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

- مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

- سازمان اورژانس کل کشور (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور)

- مرکز مدیریت شبکه

- دفتر بهبود تغذیه جامعه

۲- وزارت کشور

- سازمان مدیریت بحران کشور

- سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها

- سازمان امور اجتماعی کشور

۳- وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

۴- وزارت راه و شهرسازی

- سازمان هواشناسی

- مرکز مطالعات راه، مسکن و شهرسازی

۵- سازمان حفاظت محیط زیست

۶- سازمان برنامه و بودجه

۷- شهرداری تهران

۸- سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

۹- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

۱۰ - معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

۱۱ - نمایندگی سازمان‌های بین‌المللی در ایران

۱۲ - وزارت جهاد کشاورزی

۱۳ - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۱۴ - سازمان‌های بیمه پایه

۱۵ - وزارت نیرو

۱۶ - مجمع تشخیص مصلحت نظام

۱۷ - مجلس شورای اسلامی

۵ - راهبردهای کلان برنامه

الف - تدوین خط مشی کلی

- جلب نظر و توجه به موضوع تغییر اقلیم و کنترل پیامدهای سلامتی آن در سطوح کلان سیاست‌گذاری کشور از جمله مجمع تشخیص مصلحت نظام و قوای سه‌گانه از طریق:

- افزایش آگاهی، حساسیت و درک خطر مسئولین و مدیران نسبت به موضوع تغییر اقلیم، اقدامات کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای و سازگاری با تغییر اقلیم
- ایجاد فهم مشترک فعالان و مدیران بخش صنایع با نگرش‌های مدیران، فعالان زیست محیطی و محققان دانشگاه در موضوع تغییر اقلیم
- ایجاد مطالبه‌گری نظام سلامت در چارچوب قانونی خود از سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی در خصوص کنترل پیامدهای سلامتی

ب - اقدامات

- انتصاب مشاور و دستیار ویژه ریاست جمهوری در حوزه تغییر اقلیم جهت هماهنگی و پیگیری ویژه امور مربوط به تغییر اقلیم
- توسعه اقدامات کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای، استفاده از انرژی‌های تجدیدپذیر و پاک، مدیریت مصرف انرژی، مواد مصرفی و پسماند در نظام سلامت
- شناسایی اقدامات سازگاری با تغییر اقلیم در حوزه سلامت و منفعت‌های چندجانبه اقدامات کاهش انتشار
- تعیین سازمان برنامه و بودجه کشور برای موضوع تغییر اقلیم و سلامت به منظور برنامه‌ریزی، تنظیم قوانین و مقررات، اجرا و پایش مداخلات سازگاری
- تهیه و به اشتراک گذاری بانک اطلاعات تغییر اقلیم توسط سازمان برنامه و بودجه و با همکاری تمامی ذی نفعان
- تدوین و اجرای برنامه امنیت آب و سازگاری با بحران آب توسط وزارت نیرو و با همکاری تمام ذی نفعان

ج - آموزش و اطلاع رسانی عمومی

- تدوین و اجرای آموزش همگانی از طریق شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور با استفاده از بهورزان و رابطین بهداشتی
- ادغام موضوع سازگاری با تغییر اقلیم در دروس تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان توسط وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مقاطع و رشته‌های مختلف به منظور تغییر در دانش، نگرش و رفتار دانش‌آموزان و دانشجویان
- تدوین بسته‌های آموزشی خود مراقبتی برای عموم و به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر توسط واحدهای مرتبط آموزش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ادغام موضوع تغییر اقلیم و سلامت در برنامه خانه‌های سلامت محلات توسط شهرداری
- تولید و پخش برنامه‌های حساس‌سازی و ارتقاء سطح آگاهی‌های فردی

و اجتماعی گروه‌های هدف درخصوص مسائل زیست محیطی و تغییر اقلیم توسط صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و رسانه های تحت مدیریت وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

د - مشارکت مردمی

- کمک به تشکیل، ترغیب، توانمندسازی سمن‌های مردمی و افزایش مشارکت آنها در سیاست‌گذاری‌ها، ایجاد سازگاری مردم محور و دستیابی به اهداف آموزشی- ترویجی و پژوهشی در موضوع تغییر اقلیم توسط وزارت کشور و شهرداری ها

- توانمندسازی جامعه از طریق برنامه ابتکارات جامعه محور توسط وزارت کشور، سازمان حفاظت محیط زیست و شهرداری ها

- شبکه سازی سازمان های مردم نهاد از جمله خیریه ها و کانون های محلی برای ارتقای سازگاری جامعه محور با تغییر اقلیم

- جلب مشارکت حوزه‌های علمیه و روحانیون در توجه به موضوع اهمیت محیط زیست و سازگاری با تغییر اقلیم

ه - ارزیابی آسیب‌پذیری ناشی از مخاطرات مرتبط با تغییر اقلیم

- راه‌اندازی سامانه ملی، به روز و برخط ارزیابی خطر ناشی از تغییر اقلیم در نظام سلامت و جامعه با استفاده از شاخص‌های بومی آسیب پذیری، و سازگاری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تعیین سناریوهای تغییر اقلیم در پیش‌بینی بار بیماری‌ها و پیامدهای سلامتی آینده ناشی از تغییر اقلیم و بکارگیری نتایج حاصل در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اقدام برای سازگاری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تهیه و بکارگیری نقشه مخاطرات ناشی از تغییر اقلیم

و - توسعه فناوری های نوین

استفاده از فناوری های سلامت الکترونیک شامل توسعه پرونده الکترونیک سلامت و استقرار نظام اطلاعات بیماران، پایش اطلاعات و ردیابی بیماری‌های منتسب به تغییر اقلیم توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- حمایت از پتانسیل شرکت‌های دانش‌بنیان در تحقیقات و تولید

- فناوری‌های نوین در موضوعات سازگاری، کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای و استفاده از انرژی‌های تجدیدپذیر توسط معاون علمی و فناوری ریاست جمهوری
- جلب همکاری‌های بین‌المللی و کمک‌های مالی، انتقال فناوری، توسعه دانش فنی و یا کارشناسی سازمان‌های بین‌الملل از طریق سازوکار کمیسیون تغییرات آب و هوایی توسط سازمان برنامه و بودجه و وزارت امور خارجه
- راه اندازی و توسعه سامانه‌های هشدار اولیه (EWS^۱)، به موقع و هماهنگ پایش و پیش‌بینی رخدادهای آب و هوایی و تبدیل آنها به اطلاعات ساده و قابل فهم برای بخش‌های اجرایی و مردم توسط وزارت راه، مسکن و شهرسازی (سازمان هواشناسی)
- حمایت از بخش خصوصی در فراهم‌آوری مناسب‌ترین فناوری‌ها در بخش‌های کشاورزی و امنیت غذایی، منابع آب، سلامت و مدیریت خطر بلایا توسط وزارت دارایی و امور اقتصادی

ز - توسعه آموزش تخصصی

- اختصاص نیم واحد از درس اصول و مبانی مدیریت بحران مندرج در قانون مدیریت بحران کشور مصوبه مجلس شورای اسلامی به موضوع تغییر اقلیم در همه مقاطع تحصیلی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی توسط وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اختصاص اجباری ۵ ساعت آموزش ضمن خدمت برای کارمندان بخش دولت و عمومی بر اساس نقش و وظیفه آنها در سازمان‌ها و نهادهای مختلف

ح - توسعه پژوهش‌های کاربردی

- حمایت و تسهیل فرایند تشکیل مراکز تحقیقات و مطالعات بین بخشی و بین رشته‌ای توسط وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارت خانه‌های مرتبط با تغییر اقلیم
- تسهیل و حمایت از همکاری با مراکز پژوهشی بین‌المللی به منظور بهره‌گیری از درس آموخته‌ها و علم روز در خصوص موضوع تغییر اقلیم توسط

^۱Early Warning System(EWS)

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اختصاص بودجه مشخص برای مراکز تحقیقاتی مبتنی بر اقلیم کشور به منظور بومی سازی نتایج و ارایه راهکارهای بومی مبتنی بر شواهد
ط - تامین و حمایت مالی

- اختصاص سازو کارهای شفاف در بودجه سالیانه کشور در موضوع تغییر اقلیم توسط مجلس شورای اسلامی و سازمان برنامه و بودجه
- تقویت مکانسیم‌های بیمه‌ای از جمله بیمه خشکسالی، بیمه همگانی سلامت، بیمه مراکز درمانی، بیمه محصولات کشاورزی برای کاهش صدمات جانی و پوشش خسارات مالی مرتبط با رویدادهای آب و هوایی توسط وزارت دارایی و امور اقتصادی
ی - هماهنگی‌های بین بخشی

- تشکیل مرکز هماهنگی مدیریت بحران کشور و مراکز اقماری در استان ها توسط وزارت کشور (سازمان مدیریت بحران کشور) و استانداری ها و اشتراک اطلاعات مربوطه بین همه ذی نفعان

- تشکیل تیم های فنی و عملیاتی مشترک در برنامه‌ریزی ها و تصمیم‌گیری‌ها به منظور افزایش قابلیت اجرایی تعهدات و تصمیمات در سطوح عملیاتی

- اصلاح قوانین، دستورالعمل‌ها و استانداردها با رویکرد هماهنگی بین‌بخشی

- تدوین برنامه پیوند آب، غذا، انرژی با رویکرد شبکه ای در ایجاد هم-افزایی توسط سازمان برنامه و بودجه کشور و با همکاری تمامی ذی نفعان

س - ارزشیابی برنامه

- تدوین شاخص‌های مناسب به منظور پایش، ارزشیابی و ارزیابی برنامه‌ها و مداخلات انجام شده

- ایجاد ساز و کار شفاف ارزشیابی برنامه‌های تدوین شده و بکارگیری نتایج حاصل از ارزشیابی‌ها در جهت اصلاح رویه‌ها، فرآیندها و تدوین برنامه‌های جدید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- پایش اجتماعی اثرات اجتماعی تغییر اقلیم و هم چنین اثرات اجتماعی
برنامه های مداخله ای

مکاتبه با سردبیر محترم مجله پزشکی لنست جناب آقای پروفیسور ریچارد هورتون

نامه به سردبیر مجله لنست در مورد گزارش منتشره با عنوان

“Iranian medics at the forefront of protests”

عطف به گزارش مجله لنست با عنوان “ Iranian medics at the forefront of protests” از درج مطالبی سراسر کذب درباره جمهوری اسلامی ایران علی‌الخصوص پزشکان و نظام ارائه خدمات سلامت در مجله ای که بعنوان یک مجله وزین علمی شناخته شده است بسیار متأسفیم. از همه تأسف بار تر آنکه تمام مطالب سراسر کذب را از قول منابعی نقل کرده اید که سوابق دشمنی و جاسوسی در کشور ما را دارند. اگر قرار بود مطالب مذکور در آن مقاله بر پایه علمی باشد لااقل از منابع دیگر که با مردم و کشور ما دشمنی نداشته باشند نیز نقل قول می شد. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که متشکل از دانشمندان فرهیخته و اساتید شاخص دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد، مطالب مندرج در آن مقاله را اهانت به جامعه خدوم ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات سلامت و علی‌الخصوص پزشکان که خدمات کم نظیر خود را به مردم در دوران جنگ تحمیلی صدام علیه ایران و نیز تحت شرایط تحریم‌های ظالمانه آمریکا و کشورهای غربی حامی او در همه گیری کووید ۱۹ با صداقت نشان داده‌اند می‌داند و از آن مجله انتظار دارد مطالب کذب درج شده در آن مقاله را در اسرع وقت اصلاح نماید.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت‌ا... جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

رئیس محترم قوه قضائیه حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

ریاست محترم دفتر مقام معظم رهبری حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای محمدی گلپایگانی
دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سیدسعیدرضا عاملی
رئیس محترم سازمان صدا و سیما جناب آقای دکتر پیمان جلی
رئیس محترم کمیسیون علمی، فرهنگی و اجتماعی مجمع تشخیص مصلحت نظام جناب آقای دکتر
حسین مظفر

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی
رئیس محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر بهرام دارایی

روند اجرای طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم
پزشکی درخصوص "تبیین ارزیابی روند اجرای طرح ژنریک و نظام دارویی
ملی کشور" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

در خلاصه اجرایی و گزارش طرح تحقیقاتی "تبیین ارزیابی روند اجرای طرح ژنریک و نظام
دارویی ملی کشور" که توسط جناب آقای دکتر مرتضی نیلفروشان، عضو محترم گروه علوم
دارویی و همکاران، اجرا شده است، وضعیت و قوانین مرتبط با داروسازی در ایران در سه
دوره زمانی قبل از انقلاب اسلامی، دهه های اول و دوم (ژنریک) و دهه های سوم و
چهارم (ژنریک و برندژنریک) بعد از انقلاب اسلامی و همچنین وضعیت تولید داروهای با
نام ژنریک در کشورهای دیگر گردآوری شده است. در فصل چهارم نتایج اجرای طرح و در
فصل پنجم راهکارهای اجرای کامل طرح و نظام ژنریک پیشنهاد شده است.

نتایج این بررسی نشان میدهد که از ابتدای دهه ۸۰ طرح ژنریک که از سیاستهای کلی
نظام سلامت است و در اسناد بالادستی و راهبردی بر اجرای آن تأکید شده است، به درستی
و به صورت کامل اجرا نمی شود. در طی این مدت برخلاف روند کشورهای پیشرفته تولید
داروهای با نام ژنریک کاهش و تولید داروهای با نام برندژنریک افزایش پیدا نموده است
که همراه با افزایش بار مالی و هزینه های تحمیل شده به بیماران و بیمه ها بوده است. در
سال ۱۳۹۹ از ۸۸۲ پروانه صادره برای ۸۸ مورد عنوان دارویی که در مجموع ۷۵
درصد فروش کل عددی و ۳۰ درصد فروش کل ریالی را شامل میشوند. ۳۳۸ مورد (۳۸
درصد) آن دارای اسامی برندژنریک بودند و برای ۱۴ پروانه برندژنریک صادر شده است. در

این ارتباط تعداد مجوزهای داروهای با نام برند ژنریک در مهرماه ۱۴۰۰ - شش دارو بین ۱۰ برابر با ۵۰ درصد کل مجوزها بوده است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

عدم ورود داروها به فهرست دارویی قبل از انجام کارآزمایی بالینی

پیرو مباحث مطرح شده در کارگروه کووید فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، که به موضوع درمان‌های دارویی کووید و نحوه اجرای پروتکل‌های مصوب کمیته علمی ستاد ملی مقابله با کرونا اختصاص یافت، پیشنهاد می‌شود سازمان غذا و دارو، ساز و کاری را تدوین و اعلام نماید تا جلوی سوء استفاده‌های احتمالی که سابقه آن در خصوص برخی داروهای پرمصرف کووید ۱۹ وجود داشته است، گرفته شود.

به نحوی که بدون آنکه دارو در فهرست داروئی کشور قرار گیرد فقط برای انجام کارآزمایی بالینی مجوز صادر شود. چرا که اگر دارو برای انجام کارآزمایی بالینی در فهرست دارویی قرار گیرد، عملاً مجوز مصرف آن صادر شده و شرکت تولیدی مربوطه می‌تواند آنرا در بازار دارویی توزیع کند و این امر موجب سوء استفاده‌های احتمالی خواهد شد.

مکاتبه با

معاون محترم علمی و فناوری رئیس جمهور جناب آقای دکتر سورنا ستاری

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

معاون محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر فرید نجفی

رئیس محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر بهرام دارایی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی

مدیر کل محترم امور دارو و مواد تحت کنترل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر سید حیدر محمدی

عضو محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام و رئیس کمیسیون علمی، فرهنگی و اجتماعی مجمع جناب آقای دکتر حسین مظفر

چکیده نتایج "ارزیابی وضعیت صنعت تولید مواد اولیه دارویی در

ایران"

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص چکیده طرح تحقیقاتی "ارزیابی وضعیت صنعت تولید مواد اولیه دارویی در ایران از منظر میزان تامین بازار، ارزیابی، تولید، سطح فناوری و قیمت محصولات" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

چکیده

صنعت تولید مواد اولیه دارویی نقشی حیاتی در خروجی نهایی نظام دارویی و سلامت کشور دارد. خروجی این صنعت که همان مواد موثره جهت تولید دارو هستند اثر انکارناپذیری بر کیفیت اثربخشی و قیمت داروهای مصرفی مردم دارد. از سویی دیگر باتوجه به تحریم های ظالمانه بین المللی علیه کشورمان خودکفایی در تامین اقلام ضروری همچون دارو مساله ای حیاتی است. بنابراین در طول سال های گذشته سیاستگذار حوزه دارو با هدف تضمین دسترسی مردم به دارو، حمایت های مختلفی همچون تخصیص ارز دولتی، ممنوعیت یا محدودیت واردات مواد اولیه ای که مشابه تولید داخل دارند و نظایر آن را نسبت به این صنعت اعمال کرده است. این گزارش درصدد است که در راستای ارتقای شفافیت و کارآمدی سیاستگذاری حوزه دارو به یک توصیف کلی از وضعیت صنعت مواد اولیه دارویی در ایران از منظر میزان تامین بازار، ارزیابی، تولید، سطح فناوری و قیمت محصولات پرداخته و با نگاهی جامع نسبت به ارزش افزوده خلق شده توسط این صنعت در ابعاد مختلف، توصیه های سیاستی لازم را در جهت ارتقای بهره مندی مردم از این صنعت و بهبود کارایی صنعت تولید مواد اولیه ارائه نماید.

مهم ترین بخش های این گزارش عبارتند از:

۱. از مجموع ۱۴۳۱ مولکول موجود در فهرست دارویی ایران، ۱۳٫۸ درصد تعداد مولکول های موثره شیمیایی توسط صنعت تولید مواد اولیه دارویی در کشور تولید می گردد. علیرغم اعمال سیاست های ممنوعیت و محدودیت واردات، تولید مواد اولیه در کشور به حد

مطلوب نرسیده و کمبودهای دارویی در اقلامی که مواد اولیه آن در داخل کشور تولید می شوند، میزان قابل توجهی دارد که این امر نیاز به ریشه یابی علل مربوطه و رفع مشکلات جاری دارد.

۲. علیرغم ادعای سندیگای تولید مواد اولیه دارو، مبنی بر تامین بیش از ۷۱ درصد نیاز بازار داخلی، میزان تامینریالی صنعت تولید داخل از کل بازار مواد اولیه دارو و ملزومات بسته بندی در سال ۱۳۹۹ به لحاظ حجمی معادل ۲۵٫۱ درصد و به لحاظ ریالی معادل ۲۳٫۱ درصد بوده است. این امر نشان از آن دارد که تا تحقق خودکفایی در این حوزه راهی بس طولانی پیش روست و سیاستگذار و فعالین صنعت بایستی اهتمام دوچندانی را نسبت به توسعه کارآمد این صنعت بر مبنای تدوین "سند توسعه صنعت تولید مواد اولیه در کشور" با محوریت کاهش ارزشبری، تعمیق تکنولوژی و دانش فنی، عمق بخشی به مراحل تولید، بهبود و کاهش بهای تمام شده تامین پایدارو امکان پاسخ دهی به نیاز بازار و تولید بر مبنای فهرست داروهای استراتژیک داشته باشند.

۳. نعت تولید مواد موثره دارویی به جای تمرکز بر تامین داروهای حیاتی و ضروری، براساس شاخص های اقتصادی به سمت تولید مواد موثره پرسود گرایش یافته، تاجایی که ۵۵ درصد مولکول های تولید شده در دسته مولکول های غیرضروری قرار گرفته اند. این درحالی است که کشور در زمینه تولید بسیاری از مولکول های ضروری به واردات وابسته است.

۴. میزان کاهش ارزشبری کل صنعت در سال ۱۳۹۸، معادل ۲۶ درصد بوده که از این میزان کاهش ۱۷٫۴ درصد ماحصل تولید مواد موثره داروهای مخدر است. این کاهش ارزشبری بیشتر مرهون بهره مندی رایگان از کشفیات مواد مخدر و مشتقات آن توسط پلیس بوده و برای تحقق کاهش ارزشبری حقیقی گریزی از عمق بخشی به تولید و حرکت به سمت تولید حدواسط های شیمیایی نیست که رویه غالی صنعت در این راستا نبوده است.

۵. نسبت قیمت مواد موثره تولید داخل به قیمت همان مواد از مسیر واردات طی سال های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹، بیش از ۲ برابر (بین ۱۹۷ تا ۲۷۱ درصد نسبت به میانگین وزنی قیمت واردات و نسبت به متوسط قیمت جهانی براساس نرخ ارزهای تخصیصی در هر زیرحوزه) بوده است. محاسبه قیمت این اقلام بر مبنای نرخ تسعیر ارز تعدیل شده نیز حکایت از امکان پذیری کاهش قیمت این مواد تا حد قابل توجهی را دارد، به نحوی که پس از تعدیل

قیمت ها هم صنعت به سود مکفی خواهد رسید و هم هزینه های درمانی بیماران کاهش خواهد یافت.

۶. باوجود تخصیص ارز دولتی به این صنعت و علی رغم تاکیدات قانونی مبنی بر قیمت گذاری کالاهای مشمول ارز دولتی متأسفانه محصولات این شرکت ها تاکنون قیمت گذاری نشده و ماحصل آن شیب تند افزایش قیمت مواد اولیه دارویی بوده که در نهایت به گران شدن دارو و افزایش پرداخت از جیب مردم منجر شده است. افزایش قیمت مواد اولیه تولید داخل طی سال های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ در برخی اقلام حتی به ۳۰۰ تا ۸۰۰ درصد نیز رسیده است که فاصله قابل ملاحظه ای با میانگین نرخ تورم در سایر بخش های صنعتی دارد.

۷. علی رغم وجود منابع انسانی و طبیعی گسترده در کشور نظیر معادن نفت، گاز و پتروشیمی و امکان افزایش عمق تولید مواد اولیه دارویی، نتایج مطالعه نشان می دهد بیش از ۷۲ درصد مواد موثره تولید داخل، در فرایند تولید تنها یک مرحله و بیش از ۱۸ درصد دیگر تنها دو مرحله را طی می کنند تا به ماده اولیه دارویی تبدیل شوند. کم بودن عمق تولید علاوه بر کاهش اثر صرفه جویی ارزی، موجب می شود تا کشور در مواقع بحرانی و حساس در تامین مواد اولیه دارو همچنان به کشورهای خارجی وابسته باشد.

۸. ضرورت دارد در راستای توسعه و استقرار شفافیت، گردش اطلاعات و داده های صنعت مواد اولیه با حمایت نهادهای حاکمیتی، در بستر سامانه TTAC در معرض دید مسئولان ذی امر در سازمان غذا و دارو قرار گیرد.

۹. ضرورت دارد اقدامات ساختاری با قید فوریت در راستای رعایت حداقل استانداردهای کیفی لازم در تولید و واردات مواد اولیه دارویی صورت پذیرد.

۱۰. توسعه قیمت گذاری نظام مند مواد موثره دارویی ضروری و اجتناب ناپذیر است و سازمان غذا و دارو می بایست در قبال اجرای این وظیفه مهم در راستای صیانت از حقوق مردم پاسخگو بوده و نهادهای قضایی در خصوص مابه التفاوت ارز دولتی صرف شده در این حوزه طی سال های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ و قیمت گذاری مستقل توسط شرکت ها که مواد اولیه شان بعضاً با نرخ نزدیک به نرخ ارز آزاد به فروش رفته و پرداخت از جیب بیماران را افزایش داده است، پیگیری های لازم را بعمل آورند.

۱۱. برخی از شرکت های تولید کننده مواد اولیه با یا بدون اخذ مجوز از سازمان غذا و دارو اقدام به واردات مواد اولیه نموده و با بهره مندی از امتیاز ممنوعیت واردات مواد اولیه

توسط سایر شرکت ها، دچار تخلف "تولید نمایی" و "ری پکینگ" شده و از محل فروش این اقلام باقیمت های غیرقابل قبول به سودهای کلان دست یافته اند که اصلاح این رویه نیاز به شفاف سازی زنجیره تامین و برخورد قاطع نهادهای ذی ربط دارد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهور آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص "منطقی نمودن قیمت دارو" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد. (۱۴۰۱/۳/۱۸)

منطقی نمودن قیمت دارو

در شرایط امروز کشور با توجه به سیاست دولت محترم در اصلاح نظام اقتصادی و حذف ارز ترجیحی، قیمت کالاهای مختلف افزایش داشته و در این شرایط، تصمیمگیری و تعیین تکلیف وضعیت تأمین و تولید دارو که درسردرگمی و بلا تکلیفی مانده است از اهم واجبات است.

آنچه که مسلم است با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از اجزاء تشکیل دهنده دارو (۶۰-۷۰ درصد) مانند مواد جانبی و بسته بندی بالاجبار تابع افزایش قیمت دیگر کالاها بوده و نیز افزایش حدود ۶۰ درصدی دستمزد قطعاً باید در قیمت تمام شده دارو در نظر گرفته شود. متأسفانه، اظهار نظر مسئولان محترم در رسانه ها مبنی بر عدم افزایش قیمت دارو صنعت داروسازی را با چالش جدی روبهرو کرده است و بیم آن میرود که این بلا تکلیفی، بحرانهای جدی در آینده نزدیک در تأمین و تولید داروهای مورد نیاز در کشور ایجاد نماید.

گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی با بهره گیری از تجارب خبرگان و کارشناسان حوزه دارو تنها راه تأمین و تولید به موقع اقلام دارویی مورد نیاز حوزه سلامت را که هم دسترسی بیماران را از طریق قانونی به داروهای مورد نیاز میسر می نماید و هم از قاچاق دارو به خارج کشور جلوگیری می نماید؛ "منطقی نمودن قیمت دارو" می داند. بدیهی است

عدم اقدام به موقع در این خصوص، منجر به کمبود دارویی خواهد شد و بر اساس تجربه بحرانهای کمبود دارویی در مقاطع زمانی گذشته، واردات بیرویه داروها با هزینه های غیرقابل کنترل و غیر قابل جبران را به دنبال خواهد داشت. لذا تاکید می گردد بدون از دست دادن زمان نسبت به علاج به موقع این مشکل اقدام مقتضی صورت پذیرد.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ابوالفضل باقری فرد

معاون محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر یونس پناهی

روسای محترم دانشکده های داروسازی

ارسال گزارش نهایی و خلاصه گزارش طرح تحقیقاتی "بررسی جامع و عارضه یابی برنامه آموزش دکترای عمومی داروسازی (PharmD) در ایران" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

در این طرح نتایج حاصل از بررسی ساختار موجود آموزش داروسازی کشور و تحلیل SWOT آن، جمع آوری و طبقه بندی نظرات نخبگانی کنشگران و ذینفعان برنامه آموزشی بصورت گویه های منفرد طی نشست تحلیلی، مطالعه برنامه های آموزشی مشابه با برنامه ایران در دیگر کشورها، گفتگوی جامع و کلینگر با تعدادی از اساتید صاحب مکتب از رشته داروسازی و خارج از آن باهدف مفهوم نگاری و بالحاظ نمودن مجموعه یافته ها و استخراج عارضه ها ارائه گردیده است. در گزارش طرح پیشنهاد یک کلان پروژه سه ساله تحت عنوان "سند کلان پروژه تحول در آموزش داروسازی عمومی کشور" متشکل از ۶۳ برنامه اصلاحی از نوع طرح مطالعاتی، طرح مطالعاتی-اجرایی، ساختارسازی عملیاتی، برگزاری نشست و... با مدیریت یک کمیته راهبردی برای بازنگری برنامه آموزشی داروسازی با هدف کارآمدسازی، چابک سازی و هدفمندسازی آن در یک دوره ۵ ساله انتقالی پیشنهاد شده است.

مجریان طرح درخواست نموده اند که در صورت امکان از حمایت کامل معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای کلان پروژه پیشنهادی و

تصویب گزارش طرح به عنوان "سند کلان پروژه تحول در آموزش داروسازی عمومی" کشور برخوردار شوند.

بررسی جامع و عارضه یابی برنامه آموزش دکترای عمومی داروسازی

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص خلاصه گزارش طرح تحقیقاتی "بررسی جامع و عارضه یابی برنامه آموزش دکترای عمومی داروسازی (PharmD) در ایران" جهت استحضار و دستور هر گونه اقدام ارسال شد. ۱۴۰۱/۳/۲۸

رشته داروسازی از جمله عرصه های علمی و حرفه ای دیرپا و اصیل در دامنه علم است. سابقه این حرفه در ایران قدمتی دیرینه دارد. اما آموزش داروسازی نوین در کشورمان با تاسیس دارالفنون و پس از آن شروع بکار مدرسه طب و داروسازی از بدو تاسیس دانشگاه تهران پا به عرصه وجود نهاد.

درحال حاضر برنامه ریزی و سیاستگذاری کلان داروسازی کشور توسط شورای عالی برنامه ریزی معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می شود و برنامه ریزی میانی و نظارت برعهده شورای آموزش داروسازی عمومی و تخصصی این وزارتخانه است. امروزه اصطلاح نظام آموزشی به مجموعه ای از برنامه ها، فرایندها، نقش آفرینان انسانی و زیر ساخت های فیزیکی در یک سامانه یکپارچه اطلاق می شود که درکنار هم و با تعامل با یکدیگر برای هدف ایجاد دانش، توانمندی، مهارت، نگرش و تاثیرگذاری اجتماعی در آموزش پذیران فعالیت می کنند. بنابراین هرگونه مطالعه، برنامه ریزی و سیاستگذاری در حیطه آموزش باید شامل تمامی بخش های فوق، به همراه ذی نفعان و بازارکار دانش آموختگان باشد.

باتوجه به تحولات عمیقی که در مفاهیم کلیدی آموزش و جایگاه واقعی آن در ساحت یک حرفه در چند دهه اخیر رخ داده است و از سوی دیگر با عنایت به تغییرات شگرف بازار کار دانش آموختگان دوره دکترای حرفه ای داروسازی و در نتیجه انتظارات متفاوت و دائما در

حال تغییر از دانش آموختگان این رشته، به نظر می رسد که نوعی دگردیسی اساسی باید در برنامه آموزش داروسازی عمومی کشور در یک محدوده زمانی ۵ساله بوقوع بپیوندد تا علاوه بر افزایش شایستگی و بالندگی خروجی های انسانی برنامه، جامعه سلامت بتواند بیش ترین بهره برداری از داروسازان حرفه ای، توانمند، ارزش دارو ارزشمند را بعمل آورد.

طرح حاضر در پاسخ به نیاز یادشده با حمایت و راهبرددسازی گروه علوم دارویی فرهنگستان وباهمکاری دانشکده داروسازی شیراز و دفتر مطالعات راهبردی آن دانشکده و حمایت دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی وزارت بهداشت و انجمن متخصصین علوم دارویی ایران با هدف تحلیل موقعیت و ارائه برنامه جامع اقدامات مطالعاتی- عملیاتی برای حرکت به سوی برنامه روزآمد و بالنده انجام شد.

نخست شناخت جامعی از ساختار موجود آموزش بعمل آمد. در گام دوم تحلیل SWOT نظام آموزش داروسازی کشور صورت گرفت. در گام سوم طی نشست تحلیلی نظرات نخبگانی کنشگران و ذی نفعان برنامه به صورت گویه های منفرد جمع آوری و طبقه بندی شد. گام چهارم به مطالعه پنج مارک بر روی تعدادی از دانشکده های داروسازی از سراسر جهان با برنامه های مشابه اختصاص یافت. در بخش پنجم گفتگوی کل نگر با تعدادی از اساتید صاحب مکتب از رشته داروسازی و خارج از آن با هدف مفهوم نگاری بعمل آمد. در گام آخر تمامی مراحل در قالب سندنهایی پیشنهادی تحول نظام آموزش داروسازی عمومی کشور بالحاظ مجموعه یافته ها و استخراج عارضه ها و اراده ۳برنامه اصلاحی از نوع طرح مطالعاتی، طرح مطالعاتی-اجرایی، ساختارسازی، برگزاری نشست و بالاخره ملاحظه ویژه در بازنگری برنامه آموزشی جمع بندی و ارائه راهکارهای اصلاحی صورت گرفت.

گانت چارت عملیاتی ۳ساله با پیشنهاد کمیته راهبردی ارائه شد.

از مجموع داده ها و یافته های مطالعه چنین برمی آید:

- ۱- برنامه آموزش داروسازی عمومی کشور نیاز به یک بازنگری از نوع دگردیسی کامل با هدف کارآمدسازی، چابک سازی و هدفمندسازی دارد.
- ۲- ادامه راه طرح حاضر در قالب یک کلان پروژه سه ساله متشکل از ۳برنامه اصلاحی تحت مدیریت یک کمیته راهبردی متشکل از نمایندگان دبیرخانه شورای

آموزش داروسازی و تخصصی وزارت بهداشت، گروه علوم دارویی فرهنگستان، دانشکده های داروسازی کشور، انجمن متخصصین علوم دارویی ایران، انجمن داروسازان ایران و سازمان غذا و دارو استمرار یابد.

۳- یک برنامه زمان بندی شده بازنگری آموزش داروسازی عمومی منتج از فاز اول برنامه های اصلاحی پیشنهادی برای یک دوره ۵ساله انتقالی لازم است.

۴- همکاری و همراهی تمامی نقش آفرینان کنشگران و ذی نفعان برنامه آموزش داروسازی عمومی کشور برای موفقیت کلان پروژه پیشنهادی ضروری است.

۵- حمایت معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بالاترین سطح تصمیم گیری حوزه آموزش علوم پزشکی از اجرای کلان پروژه پیشنهادی بسیار ضروری است.

۶- تصویب گزارش طرح حاضر به عنوان سند کلان پروژه تحول درآموزش داروسازی عمومی کشور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد درخواست جدی و موجب پیشبرد سریع تر بهتر و موثرتر اهداف طرح خواهد شد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

گذراندن واحدهای کارآموزی دانشجویان داروسازی با انترن های

پزشکی

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج رئیس محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص "گذراندن واحدهای کارآموزی دانشجویان داروسازی با انترن های پزشکی" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.(۱۴۰۰/۷/۲۵)

طی نشست مشترک گروه های علوم بالینی و علوم دارویی آموزش بین رشته ای دانشجویان پزشکی و داروسازی در جهت ارتقای دانش و مهارت هردو گروه مطرح و کارگروهی برای برنامه ریزی و ارائه پیشنهاد تشکیل شد. پس از بررسی مفاد درسی هردو رشته کارگروه به این نتیجه رسید که دانشجویان رشته داروسازی درس کارورزی بالینی به ارزش عواید را طی ۱۰ هفته همراه با انترن های هریک از بخش های اعصاب، عفونی، غده، قلب و گوارش

و هریخش به مدت دوهفته زیر نظر یک داروساز بالینی بگذرانند و برنامه ریزی های هردوره توسط معاون آموزشی بیمارستان انجام شود. جزئیات سوابق طرح هم به همراه درخواست ارسال شد.

جمع بندی فصل سوم

فصل سوم با عنوان رصد کلان نظام سلامت در سه بخش تنظیم شده است. بخش اول به مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت می پردازد. در این بخش خلاصه سیاستی سلامت روان آمده است که با مرور وضعیت سلامت روان در ایران و جهان راهکارهای اجرایی و اقداماتی را با هدف تأکید بر لزوم تقویت بعد سلامت روان و سلامت اجتماعی از نظر ساختار تشکیلاتی، اعتبار و بودجه و نیروی انسانی در بازنگری تشکیلات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بیان می نماید و در ادامه توصیه هایی برای مدیریت فضای روانی اجتماعی جامعه در دوره همه گیری کرونا آمده است.

در راستای دیده بانی و رصد همه ابعاد سلامت، مکاتبه ای با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی با عنوان آسیب شناسی کلان نظام سلامت انجام شده است. در این مکاتبه بر نقش عوامل اقتصادی بر نظام سلامت، عوامل موثر برگرایش پزشکان به فوق تخصص های بالینی و رشته های تکمیلی تخصصی و لزوم رعایت منزلت پزشکان تأکید شده است.

در همین بخش دیده بانی و رصد آموزش مورد توجه قرار گرفته است و خلاصه سیاستی آموزش حضوری در دوره همه گیری کووید-۱۹ تهیه شده که توصیه های سیاستی را جهت اطلاع سیاستگذاران و مجریان به تفکیک آموزش در مدارس و آموزش در دانشگاه ها ارائه نموده است.

در مورد آموزش علوم پزشکی سه مکاتبه با موضوع افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در بخش پزشکی و دندان پزشکی انجام گرفته و ضمن اعتراض به تصمیمات یک بعدی متخذ توسط ستاد محترم راهبری نقشه جامع علمی کشور و بی اعتنائی به دیدگاه های جامع نگر

کارشناسی صاحب‌نظران حوزه سلامت، و تعبیر از آن به عنوان تعارض منافع توسط بعضی مقامات محترم ارشد کشور عواقب این تصمیمات را تشریح کرده است.

در بخش دوم این فصل در راستای کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت، مکاتبات فرهنگستان با موضوع اعلام آمادگی برای همفکری در بازنگری در نقشه جامع علمی کشور، بیان نظرات و پیشنهادهای فرهنگستان برای بازبینی نقشه جامع علمی سلامت و ارائه پیشنهادهایی در مورد تجدید نظر و ارتقای نقشه جامع علمی کشور درج شده است.

بخش سوم به چالش های نظام سلامت کشور و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و خدماتی برای ارتقای آن اختصاص یافته است. در این بخش خلاصه سیاستی با موضوع تاثیر بحرانهای اجتماعی اخیر بر حوزه سلامت دیجیتال آمده است. این خلاصه سیاستی مهمترین دلیل زیربنایی آثار تحولات اخیر بر سلامت دیجیتال را محدودیت اینترنت دانسته و به تفکیک حوزه های مختلف اثرات آنرا تشریح نموده و در انتها راهکارهایی را ارائه کرده است. بیانیه فرهنگستان با عنوان صیانت از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه در بحران‌های اجتماعی نیز با اشاره ای به ریشه ها و عوامل نارضایتی بررسالت خطیر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان راهبردی و لزوم تداوم ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت در تمامی شرایط تأکید و راهکارهایی را ارائه می نماید

در ادامه به مستند تهیه شده با عنوان سیاست های اجتماعی دوران کرونا اشاره شده است. شرایط و بحران ایجاد شده در اثر بیماری ناشی از ویروس کرونا، رویکردها، سیاست ها و برنامه های بسیاری از کشورها از جمله کشور ما را در بخش های مختلف از جمله اجتماعی، اقتصادی و سلامتی به چالش کشید. توجه به درس آموخته های همه گیری کرونا، اقدامات پیشگیرانه برای "کاهش آسیب ها به حداقل ممکن"، "اتخاذ رویکرد و تفکر کل نگر، فرآیند محور و رو به آینده، قبل از بروز مشکل"، و "حصول آمادگی لازم برای مقابله با شرایط

سخت" را می‌طلبد. پیشنهادهای سیاستی فرهنگستان برای ارتقای وضعیت موجود و توانمندسازی سیستم‌های مسئول و مرتبط، و مدیریت بهتر چالش‌های جاری و تهدیدات مشابه در آینده، راهگشا خواهد بود.

سالمندان به عنوان سرمایه‌های ارزشمند هر جامعه بشمار می‌آیند. پیش‌بینی می‌شود طی سه دهه آینده شمار سالمندان کشور سه برابر شود. بنابراین لازمست مداخلاتی در سطح فردی و در سطح سازمانی (نهادهای ارائه‌دهنده مراقبت و خدمات سلامت) صورت گیرد تا سالمندی سالم، در طول چرخه عمر اتفاق افتد. به این منظور هشت راهکار به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشخص نمودن وظایف دستگاه‌های مرتبط، پیشنهاد شده است تا سازوکار مناسبی برای ارتقاء وضعیت سلامتی و زندگی سالمندان کشور طراحی، پیگیری و اجرا نماید

تغذیه و امنیت غذایی حوزه مهمی است که با سلامت افراد جامعه مرتبط است. در اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران نیز به کرات به این مهم پرداخته شده است. هدف راهبردی الگوی ارتقای امنیت غذا و تغذیه (باغ) در استان‌های کم‌برخوردار، بهبود وضعیت امنیت غذا و تغذیه تا پایان برنامه هفتم توسعه کشور است. لذا طی مکاتبه‌ای پیشنهاد شد موضوع به فوریت در اولین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مطرح و اجرای آن به ۸ استان ناامن غذایی ابلاغ شود.

در راستای ارتقای آگاهی و سهولت اطلاع مصرف‌کنندگان از کیفیت مواد غذایی فرهنگستان طی مکاتبات متعدد با سازمان غذا و دارو درخصوص لزوم نظارت بر برچسب گذاری بر روی محصولات تراریخته مورد استفاده در کشور، تأکید نموده است و حتی پیشنهاد کرده تولیدکنندگان محصولات غیر تراریخته از لوگوی تحت عنوان "بدون ترکیبات تراریخته" استفاده نمایند.

تغییرات اقلیمی یکی از چالش های جدی و دارای اثراتند در ابعاد مختلف زندگی انسان است. تخمین زده می شود بین سالهای ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ تغییر اقلیم، موجب حدود ۲۵۰۰۰۰ مرگ بیشتر در سال در اثر سوء تغذیه، مالاریا، اسهال و استرس گرمایی گردد.

مردم ایران به شدت تحت تأثیر اثرات سوء سلامتی ناشی از تغییر اقلیم هستند ولی هنوز برنامه ملی سازگاری سلامت با تغییر اقلیم تدوین و ابلاغ نشده است. لذا برنامه ای تدوین و پیشنهاد شده است که علاوه بر شناسایی ذی نفعان اصلی، خط مشی کلی و اقدامات و الزامات در آن پیش بینی شده است؛ تا با فراهم کردن زمینه لازم برای اقدامات بعدی در راستای ظرفیت سازی و بالا بردن تاب آوری نظام سلامت، انجام مداخلات سازگاری، ارزشیابی مداخلات و تعیین موانع و تسهیل گرهای ایجاد سازگاری منجر به کاهش اثرات سوء سلامتی ناشی از تغییر اقلیم شود.

استفاده از داروهای ژنریک به عنوان ابزاری مهم در حوزه اقتصاد سلامت در دنیا است، در ایران رویکرد طرح ژنریک باعث تحول نظام دارویی کشور شد و راهبردهای آن گامی مؤثر در جهت تقلیل هزینه های دارویی بود. وضعیت و قوانین مرتبط با داروسازی در ایران در سه دوره زمانی قبل از انقلاب اسلامی، دهه های اول تا چهارم بعد از انقلاب اسلامی و همچنین وضعیت تولید داروهای با نام ژنریک در کشورهای دیگر در قالب طرح پژوهشی بررسی شد و نتایج اجرای طرح و راهکارهایی در راستای اجرای کامل طرح و نظام ژنریک پیشنهاد شد. که طی مکاتبه ای به مراجع ذی صلاح ارسال گردید.

از آنجا که تجربه همه گیری کرونا و استفاده از دارو ها جهت درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹ نشان داد که برخی از داروها بدون انجام کارآزمایی بالینی در فهرست دارویی قرار می گرفت؛ مکاتبه ای مبنی بر ایجاد سازوکار مناسب برای جلوگیری از قرارگیری نام داروها قبل از کارآزمایی بالینی در فهرست دارویی و سوء استفاده های احتمالی انجام شد.

صنعت تولید مواد اولیه دارویی نقشی حیاتی در خروجی نهایی نظام دارویی و سلامت کشور دارد. وضعیت این صنعت در ایران از منظر میزان تامین بازار، ارزیابی، عمق تولید، سطح فناوری و قیمت محصولات ارزیابی و علاوه بر توصیف کلی از وضعیت صنعت مواد اولیه

دارویی در ایران، توصیه های سیاستی در جهت ارتقای بهره مندی مردم از این صنعت و بهبود کارایی صنعت تولید مواد اولیه ارائه شده است.

با توجه به سیاست دولت محترم در اصلاح نظام اقتصادی و حذف ارز ترجیحیو تأثیر آن بر افزایش قیمت کالاهای مختلف در جهت تصمیم گیری و تعیین تکلیف وضعیت تأمین و تولید دارو مکاتبه ای انجام شد و طی آن تأکید گردید که با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از اجزاء تشکیل دهنده دارو (۶۰-۷۰ درصد) مانند مواد جانبی و بسته بندی بالاجبار تابع افزایش قیمت دیگر کالاها بوده و نیز افزایش حدود ۶۰ درصدی دستمزد قطعاً باید در قیمت تمام شده دارو در نظر گرفته شود. متأسفانه، اظهار نظر مسئولان محترم در رسانه ها مبنی بر عدم افزایش قیمت دارو صنعت داروسازی را با چالش جدی روبه رو کرده است و گروه علوم دارویی فرهنگستان تنها راه تأمین و تولید به موقع اقلام دارویی مورد نیاز حوزه سلامت را که هم دسترسی بیماران را از طریق قانونی به داروهای مورد نیاز میسر می نماید و هم از قاچاق دارو به خارج کشور جلوگیری مینماید؛ "منطقی نمودن قیمت دارو" می داند.

برنامه آموزش دکترای عمومی داروسازی در ایران مورد بررسی قرارگرفت و در نهایت پیشنهاد یک کلان پروژه سه ساله تحت عنوان "سند کلان پروژه تحول در آموزش داروسازی عمومی کشور" متشکل از ۶۳ برنامه اصلاحی از نوع طرح مطالعاتی، طرح مطالعاتی-اجرایی، ساختارسازی عملیاتی، برگزاری نشست و... با مدیریت یک کمیته راهبردی برای بازنگری برنامه آموزشی داروسازی با هدف کارآمدسازی، چابک سازی و هدفمندسازی آن در یک دوره ۵ ساله انتقالی پیشنهاد شد و این پیشنهاد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منعکس گردید.

به منظور ارتقای دانش و مهارت دانشجویان پزشکی و داروسازی پیشنهاد گذراندن واحدهای کارآموزی دانشجویان داروسازی با اتنرنها ی پزشکی مطرح شد. این امر در راستای تجویز و ارتقای مصرف منطقی داروها طراحی شده است.

فصل چهارم- حمایت و حمایت طلبی در راستای

تأمین، حفظ و ارتقای سلامت

بخش اول- حمایت طلبی از سازمان ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت

بخش دوم- حمایت از همکاریهای بین بخشی

مقدمه

فصل چهارم با عنوان حمایت و حمایت طلبی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در دو بخش تدوین شده است. بخش اول "حمایت طلبی از سازمان ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت" و بخش دوم "حمایت از همکاریهای بین بخشی" هر دو بخش این فصل از ابعاد مهم فرایند حمایت طلبی محسوب می شوند و فرهنگستان بنا به اساسنامه خود وظیفه حمایت از فعالیت های علمی و کمک به اعتلای علمی و سلامت آحاد مردم را برعهده دارد. در برنامه راهبردی سوم فرهنگستان نیز یک حوزه مهم حمایت و حمایت طلبی است.

حمایت طلبی به معنی تأثیرگذاری بر فرایندها به منظور تغییر سیاست ها، برنامه ها و موقعیت هاست. این رویکرد در حوزه سلامت هم کاربرد دارد. فرهنگستان علوم پزشکی به منظور جلب حمایت سازمان های موثر بر سلامت و همچنین حمایت از همکاریهای بین بخشی در این حوزه، فعالیت های مختلفی را انجام داده است. در بخش اول فصل چهارم سلسله فعالیت ها در راستای جلب حمایت از سازمان ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت و مستند های حمایت طلبی تهیه شده در فرهنگستان ذکر می شود و در بخش دوم حمایت های فرهنگستان از همکاریهای بین بخشی و مشارکت با سازمان ها در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آمده است.

بخش اول: حمایت طلبی از سازمان ها و نهادهای تأثیر گذار بر

سلامت

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

لزوم رعایت حفاظت فردی علاوه بر ایمنی جمعی برای مقابله با

کووید ۱۹

نظر به اهمیت مدیریت، کنترل و نظارت بر روند همه گیری کرونا و اطلاع رسانی عمومی در این خصوص، موارد زیر را به اطلاع می‌رساند:

- کلیه مستندات علمی بین المللی که به ایمنی جمعی (herd immunity) توصیه نموده‌اند همزمان به حفاظت‌های فردی نیز تاکید جدی ورزیده‌اند.

- در کشورهای متعدد بعنوان نمونه کانادا که دو نوبت واکسیناسیون در بیش از ۸۰٪ از جمعیت صورت پذیرفته است، کماکان سخت‌گیری‌های جدی از جمله بستن مرز خود با آمریکا و نیز قرنطینه دو هفته‌ای افرادی که وارد کشور می‌شوند را اعمال می‌کنند.

- برخی کشورها که بیش از ۸۰٪ از جمعیت خود را در دو نوبت واکسینه نموده‌اند ولی حفاظت‌های فردی را جدی نگرفته و رها کرده‌اند، مجدداً به پیک‌های بعدی کرونا دچار شده‌اند.

- تجربه نشان داده است که بیماری‌های با خطر کمتر و شیوع کمتر مانند سرخک و فلج اطفال حتی با بیش از ۹۰٪، ایمنی جمعی ایجاد نمی‌کند.

با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد توصیه‌ها و قول‌هایی از جمله آزادی مسافرت و موارد دیگر که پس از انجام ۷۰٪ واکسیناسیون از طرف وزارت بهداشت به مردم داده می‌شود این

نگرانی را ایجاد می‌کند که با ساده انگاری در این خصوص و کاهش حفاظت‌های فردی مجدداً شاهد پیک‌های بعدی بوده و زحمات و تلاش‌های اخیری که در حوزه سلامت تاکنون صورت گرفته کم اثر شود. لذا پیشنهاد می‌گردد در توصیه‌هایی که به مردم عزیزمان بعد از ایمنی جمعی می‌شود ضمن مشورت با مجامع علمی داخلی و بین المللی و با احتیاطات لازم در اطلاع رسانی‌ها صورت گیرد به نحوی که در آینده باعث بدبینی مردم نشود.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

ارتقای برنامه ملی کنترل کووید ۱۹ در شروع فعالیت دولت سیزدهم

مقدمه و بیان مسئله

رهبر فرزانه انقلاب اسلامی ادام الله ظلّه العالی، علیرغم اهمیت موضوعات اقتصادی و فرهنگی، کنترل همه گیری کرونا را به عنوان فوری ترین مساله کشور برشمرده اند. آثار سوء تداوم همه گیری فقط منحصر به سلامت جسم نیست بلکه سایر ابعاد از جمله سلامت روانی، اجتماعی و معنوی در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی و همه جنبه های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه را به شدت تحت تاثیر قرار داده است. تلاش های همه جانبه در مهار این بیماری، اولین و یکی از سخت ترین آزمون های دولت سیزدهم است. خصوصیات بیماری زایی ویروس و سرایت پذیری بالای آن ، کاهش رفتارهای پیشگیرانه در جامعه، شبکه های روابط و رفت و آمدهای بین افراد (خانوادگی و دوستان) و کم توجهی برای حضور در تجمعات مختلف، و کاستی های برنامه ملی ، موجب شده، اثربخشی تدابیر پیشگیرانه و اقدامات درمانی در سطح کشور کاهش و میزان ابتلا و مرگ و میر افزایش یافته است. مهار این بیماری هم به تلاش گسترده همه بخش های دولت و نهادهای عمومی غیردولتی و هم به بازگشت اعتماد مردم و مشارکت آنها احتیاج دارد.

خوشبختانه اهتمام دولت سیزدهم به موضوع کرونا و حضور فعال و مؤثر ریاست محترم جمهوری در ستاد ملی کرونا و پیگیری های ایشان برای تأمین واکسن به میزان کافی، بارقه های امید فراوانی را برای مهار بهتر همه گیری کرونا در کشور، ایجاد کرده است .

در این مستند حمایت طلبی، پیشنهادها، راهبردها و اقدامات زیر بر اساس نظرات صاحب‌نظران و مبتنی بر منابع موجود علمی و ترازبایی تجربیات موفق بومی و جهانی، ارائه می‌شود:

۱- تقویت ستاد ملی، استانی، شهرستانی و بخشی کرونا و اتخاذ رویکرد فرابخشی

راهبرد ۱: سازماندهی مجدد و بازتعریف ساختارهای قرارگاهی برای بهره‌گیری از ظرفیت همه بخش‌های دولتی، نظامی و انتظامی، بسیج، غیردولتی عمومی و خصوصی، برای مدیریت برنامه‌های کنترل و مقابله با همه‌گیری در سطح کشور.

اقدامات:

ارتقای ساختار تخصصی و تشکیل مستمر ستاد ملی مبارز با کرونا، با مسئولیت ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران؛

تشکیل و فعالیت مستمر ستادهای منطقه‌ای در استان با مسئولیت استاندار، در شهرستان با مسئولیت فرماندار و در بخش با مسئولیت بخشدار، با ترکیب متناظر و دبیری نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

تبصره ۱: تشکیل ستاد شهر تهران با مسئولیت شهردار تهران و ستاد استانی با مسئولیت استاندار تهران خواهد بود.

استفاده از ظرفیت‌های بین‌بخشی برای ظرفیت‌های موجود فناوری اطلاعات برای رهگیری و راهنمایی به افراد مشکوک، بیماران و افراد در تماس با بیماران؛

واگذاری اختیارات اعمال محدودیت‌ها و قرنطینه مناطق به ستادهای بخش‌ها و شهرستان‌ها بر اساس دستورالعمل‌های روشن، با مسئولیت بخشدار و فرماندار؛

راهبرد ۲: اتخاذ تصمیمات قاطع مبتنی بر شواهد متقن علمی

اقدامات :

جلوگیری از تجمعات بیش از ده نفر و یا هر نوع تجمع در فضای بسته به خصوص با صرف غذا و آشامیدنی و ارائه توصیه های ضروری در مورد دورهمی های خانوادگی و رعایت فاصله گذاری فیزیکی در همه موارد؛

در زمان دستور تعطیلی در یک منطقه افزون بر کنترل ورود و خروج، کلیه ورودی ها به آن منطقه از جمله پرواز و راه آهن و اتوبوس قطع یا به حداقل ضروری محدود شود.

پرهیز از از افراط و تفریط و تکرار تعطیلی و طولانی کردن آن و تأکید بر سایر اقدامات مؤثر منطقه ای، بویژه در نواحی پرتراکم، از قبیل ممنوعیت های ضروری تردد، محدودیت سفر و بیماریابی فعال؛

جلب مشارکت مردمی و حمایت از اقشار ضعیف و هدفمند نمودن حمایت های دولتی و مردمی به سمت فقیرترین اقشار و با توزیع عادلانه و تأکید بر کمک غیر نقدی به خصوص حواله خرید آذوقه شامل گوشت، لبنیات، روغن، میوه و سبزیجات و پرداخت قبوض؛

پیشگیری از انتشار بیماری، فراهم نمودن امکان انجام آزمایشات رایگان و اتخاذ ساز و کارهای مناسب در مراکز نمونه گیری، به نحوی که شرایط انتقال بیشتر ویروس را فراهم نکند

راهبرد ۳: اتخاذ تدابیر فرابخشی

اقدامات:

تدابیر فرابخشی و به میدان آوردن همه نیروهای دولتی، بخش های عمومی غیردولتی و مردمی و بسیج؛

استفاده هدفمند و مدبرانه از نیروهای نظامی، انتظامی، بسیج مردمی و بسیج جامعه پزشکی، با تأکید و تقویت طرح شهید سلیمانی با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کانون اقدامات محیطی فرابخشی و مردمی قرار داشته باشد .

در سطح برنامه ریزی کلان نیز، رویکرد و شیوه فرابخشی مدنظر باشد؛

۲- اطلاع رسانی شفاف و صادقانه

راهبرد ۴: پاسخگویی، و اطلاع رسانی شفاف به مردم

اقدامات:

تعیین یک نفر سخنگوی واحد برای اطلاع رسانی شفاف، و به هنگام به مردم .

تبصره ۲: سخنگو احاطه کامل علمی به موضوع و احاطه کامل به اطلاعات کشور داشته، عضو ستاد ملی کرونا باشد، و از خوشنامی بین مردم و خوش بیانی لازم برخوردار باشد.

پیشگیری از شبهات و شایعات در فضای عمومی کشور و پاسخ منصفانه و درست به شبهات و شایعات. آنچه که اطلاعاتش موجود نیست نیز باید به صراحت به اطلاع عامه مردم برسد.

تشکیل گروه های فنی متشکل از متخصصین رشته های مختلف علوم انسانی و علوم پزشکی برای انتخاب راهکارها و روش های مناسب برای اطلاع رسانی مردم و جلوگیری از انتشار اطلاعات بدون پایه و اساس علمی؛

استفاده از ظرفیت های تولید محتواهای مناسب برای ارسال به مردم در فضاهای مجازی به صورت رسمی، معتبر و پاسخگو؛

استفاده بهینه و حداکثری از رسانه ملی؛

اصلاح ، بازیابی ، حمایت و روزآمدی و پایش و نظارت مستمر تجربه "خط تماس ۴۰۳۰"

"

ارائه مشاوره به مردم، بویژه افرادی که به دلیل بروز علائم بیماری خود را در منزل قرنطینه نموده اند، با بهره گیری از تجربیات پزشکان عمومی آموزش دیده؛

ایجاد دسترسی مناسب به داده های مرتبط با ابتلا، بستری، واکسیناسیون و ... (پس از حذف مشخصات فردی بیماران)، به تفکیک استان و شهرستان برای استفاده محققین و

دانشگاهیان و استفاده از ظرفیت بالای مراکز تحقیقاتی و دانشگاه ها برای تحلیل علمی اطلاعات و بازخورد به مسئولان و نیز تولید مستندات علمی؛

۳- نظارت بر انجام و تسهیل قرنطینه

راهبرد ۵: اتخاذ راهبرد قرنطینه در منزل

اقدامات:

قرنطینه در منزل برای ده روز برای همه کسانی که یک نفر از ساکنین منزل آنها (بستگان درجه اول که با هم زندگی می کنند) دارای شکایت های مشکوک به کووید ۱۹ شده است، صرفنظر از سابقه ابتلای قبلی و یا دریافت واکسن؛

برای خانواده های بدون درآمد مستمر در صورت نیاز به قرنطینه خانگی، برقراری یک کمک هزینه برای یک ماه، به تشخیص و از طریق بسیج طرح شهید سلیمانی؛

راهنمای ایزوله بودن در منزل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با در نظر گرفتن عدم امکان اختصاص اتاق و یا سرویس بهداشتی جداگانه در بسیاری از منازل و اقامت گاه ها، تهیه و در اختیار عموم قرار گیرد؛

در زمان انجام آزمایش کرونا، مشخصات افراد هم منزل ثبت و از طریق رهگیری الکترونیک و پیامک در صورتی که تشخیص بیمار قطعی یا محتمل شد، قرنطینه در منزل توصیه و اعمال گردد .

راهبرد ۶: اتخاذ راهبرد دورکاری

ایزوله بودن برای مشاغلی که امکان دورکاری دارند، با انجام دورکاری و برای سایرین با احتساب در مرخصی استعلاجی با دریافت حقوق از طریق بیمه ها ؛

اعمال جرایم قانونی در موارد احراز تخلف از دستور قرنطینه؛

در صورتی که که فرد در طی ده روز بعد از تماس، علایم کرونا پیدا کرد، به عنوان مبتلا شناخته شده و صرف نظر از این که در بیمارستان بستری شده یا به صورت سرپایی مراقبت شده، تا زمانی که گروه درمان مشخص می کنند، در قرنطینه بماند و این مدت بمنزله مرخصی استعلاجی قابل محاسبه خواهد بود. این مدت ده روز بعد از شروع علایم (در بیماران خفیف)، تا چهار هفته در بیماران شدید با ضعف سیستم ایمنی متغیر خواهد بود؛

راهبرد ۷: حفاظت و ایمنی مراکز بهداشتی درمانی

مراکز درمانی و محل های مراجعه بیماران، از نظر رعایت بهداشت محیط، کنترل عفونت، تهویه و پرهیز از تماس افراد مشکوک با یکدیگر و سایر امکانات و تأکیدات در حد اعلی مراقبت و کنترل شوند

در همه محل های مراجعه رعایت روش های کنترل عفونت، با دستورالعمل های استاندارد تأکید شوند.

راهبرد ۸: متناسب سازی ظرفیت در سیستم حمل و نقل عمومی

ظرفیت مناسب در سیستم حمل و نقل عمومی مشخص و اعلام شود و مشکل ناشی از کاهش تعداد مجاز مسافران در اتوبوس و یا مترو، با افزایش ساعات کار و استفاده از وسایل نقلیه سایر ارگان ها از جمله نیروهای مسلح، جبران شود؛

از تجمع مسافرین چه در ایستگاه چه در وسایل نقلیه، فراتر از ظرفیت تعیین شده، جلوگیری شود .

۴-تقویت نقش آفرینی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

راهبرد ۹- اصلاح و سازمان دهی مجدد ستاد ملی مبارزه با کرونا

لازم است همراه با سازماندهی مجدد، مسئولیت ها در کارگروه های تخصصی با این عناوین تمرکز یابد: "مدیریت و کنترل اپیدمی در سطح اول"؛ "واکسیناسیون همگانی"؛ "خدمات سرپایی و بیمارستانی"؛ "فناوری اطلاعات سلامت"؛ "خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و

تصویربرداری؛ "تأمین واکسن؛" "تأمین منابع مالی و نیروی انسانی؛" "تجهیزات پزشکی و دارو؛" "جلب مشارکت های مردمی؛" "پژوهش و فناوری؛"

تشکیل کمیته علمی توانمند و مسلط، با حضور صاحب نظران عاری از هر نوع تعارض منافع برای تصمیم سازی؛

ارائه داده های مرتبط با ابتلا، بستری، واکسیناسیون و ...، به تفکیک استان و شهرستان و نیز مستندات معتبر تحلیل شده، به کمیته علمی تا با تحلیل و جمع بندی به موقع، به اتخاذ تصمیم های به هنگام کمک شود؛

۵- واکسیناسیون:

راهبرد ۱۰: اتخاذ راهبرد پیشگیری از طریق واکسیناسیون

با توجه به این که اهمیت واکسیناسیون در کنترل مرگ و نرخ بستری شدن ناشی از کرونا امروزه اثبات شده است، اقدامات مشروحه ذیل ضروری است:

حمایت مضاعف دولت برای گسترش تولید واکسن های داخلی و در عین حال رصد علمی تأثیر آنها؛

تأمین نیاز فوری واکسن از طریق واردات از منابع معتبر، با اهتمام همه ارکان دولت و با محوریت فنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به میزان کافی و سریع؛

برنامه واکسیناسیون باید با هدف گزاری کاهش مرگ و موارد بستری شدن باشد، نه صرفاً کاهش ابتلا؛

قبل از اولویت بندی سنی باید همه گروه های پرخطر و افرادی که در معرض خطر مرگ بیشتر یا بیماری شدیدتر هستند، واکسینه شوند؛

سرعت در واکسیناسیون برای اثرگذاری آن بسیار مهم است. پوشش واکسیناسیون هشتاد در صدی در بازه زمانی دو تا سه ماهه آینده آید است؛

با توجه به تأیید علمی و اهمیت واکسیناسیون، و تأکید مقام معظم رهبری بر تعمیم آن، لازم با جریان ضد واکسن در کشور در درجه اول برخورد اقناعی شده، تبلیغات این جریان از طریق رسانه ها و فضای مجازی ممنوع شود؛ و با موارد تخلف برخورد قانونی گردد؛

۶- اصلاح راهنماهای درمان و مسیر خدمت:

راهبرد ۱۱: ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور.

اقدامات

بازنگری سریع راهنماهای درمان و به روز رسانی آنها با رعایت محاسبات هزینه اثربخشی و جلوگیری از تجویز و مصرف داروهای فاقد شواهد، دارای عارضه و هزینه ساز برای کشور؛

سوق دادن مسیر ارائه مراقبت ها و خدمات به سمت سیستم ارجاع و با محوریت مراکز شبکه بهداشتی درمانی کشور؛

پیش بینی افزایش بار مراجعه به مراکز درمانی در مهر ماه که کاملاً محتمل است . به همین منظور باید نسبت به بازتوانی سریع کارکنان ، جذب نیرو و رفع عوامل فرسودگی و تشویق و حمایت از آنها اقدام کرد

بوجود آوردن و حمایت از راه های جدید ارایه مراقبت و خدمت، نظیر مراقبت هوشمند در منزل . طرح شهید سلیمانی از این نظر نیز میتواند راهگشا باشد؛

تأکید بر اجرای پرونده الکترونیک که در شرایط جاری به خوبی می تواند اجرا شود؛

استفاده از فرصت مقابله با کرونا برای اصلاح نظام سلامت ؛

در حمایت از مسیر ارجاع و خدمات سرپایی و مراقبت های غیربستری، بیمه ها می توانند نقش آفرین باشند .

۷-نظام مراقبت و بیمار یابی فعال:

راهبرد ۱۲: تحقق راهبرد استقرار نظام مراقبت مناسب و متناسب با شرایط کشور

طراحی، تدوین، اجرا و ارتقای نظام مراقبت کرونا، بصورت کامل، جامع و متناسب با اقتضائات کشور، توسط مراکز علمی و متخصصین و با مشارکت خبرگان، با محوریت مرکز مدیریت بیماریها؛

کارگروه علمی-اجرایی مدیریت و کنترل اپیدمی در سطح اول و واکسیناسیون همگانی باید ذیل آن باشند و این مرکز باید برای رصد و اقدام کلان با استفاده از همه ظرفیت های نظام سلامت (بخش بهداشت و بخش درمان دولتی و خصوصی) اقدام نمایند

تسریع در شناسائی روندها، از طریق دسترسی محققین به اطلاعات (بدون مشخصات بیماران)، و فراهم نمودن امکان مدل سازی های علمی؛

استفاده از ظرفیت شبکه بهداشتی درمانی کشور و مشارکت مردم برای بیمار یابی فعال توانمندسازی و تقویت شبکه از طریق ارائه آموزش های ضروری به ارایه کنندگان مراقبت ها و خدمات و تهیه زیرساخت ها و امکانات لازم؛

جلوگیری از ایجاد ساختارهای موازی و به کار گیری افراد خارج از چارچوب ساختارهای موجود (موازی کاری)؛

ارتقای اقدامات تشخیص سریع، دقیق و کم هزینه و جلوگیری از کاهش حساسیت در تشخیص و کم شماری و تأخیر. مراحل زیر میتواند برای استانداردسازی روندها مورد تأکید قرار گیرد:

بیماریابی باید بر اساس نشانه ها آغاز و هر فرد دارای علامت باید خود را در منزل قرنطینه نماید و مشاوره تلفنی از تیمهای متشکل از پرستار و پزشک آموزش دیده دریافت نماید. همچنین تماس های روزانه برای پیگیری وضعیت افراد مشکوک انجام و داده ها در پرونده الکترونیک سلامت ثبت شود؛

آزمایشات ضروری بسته به ظرفیت ها انجام شود، در صورتی که ظرفیت انجام آزمایش اجازه دهد، همه افراد مشکوک تست شوند، در غیر اینصورت ارزیابی های پیشرفت بیماری، مبتنی بر علامت توسط پزشکان آموزش دیده با روش تلفنی انجام و در صورت تشدید علایم انجام آزمایش مد نظر قرار گیرد؛

تایید تشخیص به صورت نظام مند بر روی تعدادی از نمونه ها برای اطمینان از شناسایی دقیق انجام و مطالعات گونه های ویروس نیز بر تعداد محدودتر ولی نظام مند انجام شود؛

آزمایش مولکولی برای بیماران بستری انجام شود؛

استفاده از آزمایش به صورت هدفمند و با پرداخت هزینه توسط خود افراد برای رفع محدودیت ها، نظیر خروج زودتر از قرنطینه، در زمان ورود به کشور، یا حضور در تجمعات برای افرادی که در معرض بوده اند، اجرایی شود؛

بروز علایم باید همراه با صدور دستور قرنطینه بیمار و افراد هم خانه باشد (به شرح راهبرد ۵)

استفاده از سی تی اسکن هم باید بر اساس پروتکل و برای کسانی باشد که یا تنگی نفس دارند یا اشباع پایین اکسیژن (کمتر از ۹۴٪) دارند؛

تأکید بر جلوگیری از تماس با حیوانات برای مبتلایان قطعی یا محتمل و اطلاع رسانی از طریق دستورالعمل ها (چون احتمال استقرار بیماری در برخی از حیوانات اعم از خانگی، اهلی و وحشی وجود دارد)؛

سازوکار مناسب برای نظارت بر اجرا به نحوی دیده شود که بار مالی اضافی بر مردم نیز وارد نشود؛

۹- مطالعات مستمر اپیدمیولوژیک

راهبرد ۱۳: راهبرد تحقیقاتی برای مقابله با همه گیری

اقدامات:

تشکیل کارگروه علمی مستقل از مجریان و تشکیل یافته از متخصصین رشته های اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، علوم داده ها و پزشکی اجتماعی، با حمایت و همراهی انجمن های علمی برای مشارکت فعال دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی در مطالعاتی همچون موارد زیر:

بررسی نظام مند گونه های ژنتیک در تمام استان ها؛

بررسی نظام مند هم زمانی بروز انفلوآنزا و سایر بیماری های تنفسی؛

بررسی نظام مند واکنش ها به واکسن و تأثیر آن بر نرخ بستری و مرگ؛

بررسی نظام مند نرخ ابتلا و مرگ در بیمارستان ها و شهرستان های مختلف؛

بررسی نظام مند میزان مصرف دارو و واکسن و بهره مندی از خدمات ؛

بررسی احتمال ابتلای حیوانات ؛

۱۰- طب سنتی

راهبرد ۱۴: استاندارد سازی و روزآمد کردن روش های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده های مرتبط با آن.

بررسی ادعاها در بیماری کووید ۱۹ که تا کنون درمان مشخص برای آن وجود ندارد، و اظهار نظر مناسب و روشمند به خصوص در زمان امواج سهمگین بیماری، در کارگروه علمی ذیصلاح، با حضور متخصصین طب سنتی و سایر رشته ها؛

اجازه پژوهش بر اساس استانداردهای کمیته اخلاق زیستی و از مسیرهای مشخص با سرعت بالاتر صادر شود؛

تسریع در صدور مجوز ترکیباتی که مصداق مکمل دارند، چنانچه حاوی ترکیب فعال دارویی نباشند؛

نظارت بر کیفیت این داروها مهم است و استفاده از ترکیبات مضر نظیر الکل یا تریاک و مشتقات آن جلوگیری شود؛

نظارت بر ممنوعیت تبلیغات و رعایت قیمت گذاری محصولات و فرآورده‌های مرتبط با طب سنتی؛

با خاطیانی که بیماری را فرصت ثروت اندوزی بر اساس چهل مردم قرار داده اند باید برخورد لازم را انجام شود؛

۱۱- بازگشایی حضوری مدارس و دانشگاهها :

راهبرد ۱۵: حمایت از آموزش توأم با صیانت از کنشگران

ملاحظات:

گونه های جدید در بین نوجوانان و جوانان بیشتر دیده شده اند؛

در نظر داشتن تاثیرات منفی کووید ۱۹ بر زندگی خانواده ها نظیر از دست دادن نزدیکان، کاهش قدرت خرید؛

افزایش شایعات و خرافات و ترس از بیماری در بسیار از کشورها و مناطق؛

تغییر روش زندگی دانش آموزان در یک سال و نیم گذشته؛

بازگشت به حال قبل نمی تواند بدون حمایت و به صورت ناگهانی صورت پذیرد؛

بازگشایی مدارس ممکن است با تشدید انتقال انفلوانزا نیز همراه باشد؛

الزامات: بازگشایی موسسات آموزشی بصورت تدریجی و با لحاظ الزامات زیر باشد:

آماده سازی خانواده ها ؛

آموزش به مربیان و مسئولین موسسه آموزشی؛

ارتباط فعال بین مدرسه و خانه با محوریت فعال مدرسه؛

تهویه مناسب کلاس ها؛

امکان فاصله گذاری فیزیکی در همه فضاهای آموزشی؛

فراهم آوردن ملزومات بهداشتی؛

بیماریابی فعال در مدرسه؛

واگذاری اختیار به مسئولین مدرسه برای تعطیلی یک کلاس یا کل مدرسه بر اساس دستورالعمل های مشخص و بدون برخورد سلیقه ای؛

واگذاری اختیار به مدرسه برای قبول کسالت دانش آموزان بر اساس درخواست والدین و بدون ارائه گواهی پزشک؛

حمایت ویژه از خانواده های آسیب پذیر اجتماعی

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

واکسیناسیون مجدد کرونا

بر اساس آخرین آمار اعلام شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روزهای اخیر جمعاً حدود ۱۵۲ میلیون دوز، واکسن تزریق شده که حدود ۶۴ میلیون نفر دوز اول و حدود ۵۸ میلیون نفر دوز دوم و حدود ۲۹ میلیون نفر دوز سوم را دریافت کرده‌اند عملاً با توجه به گذشت زمان طولانی از تزریق دوز اول و دوم اکثر افرادی که دوز سوم را تزریق نکرده‌اند در حال حاضر ایمنی ناشی از واکسیناسیون آنها کاهش چشمگیری پیدا کرده و باید واکسیناسیون مجدد آنها در فواصل زمانی معین صورت پذیرد. به عبارتی حدود ۲۹ میلیون نفر از جمعیت کشور که دوز سوم را هم تزریق کرده‌اند در صورتی که از هم اکنون دوز چهارم را تزریق نمایند سطح ایمنی قابل قبولی در خصوص ابتلا به کرونا خواهد داشت و در صورت ابتلا احتمال عوارض شدید بیماری پایین خواهد بود. بنابر این بیش از ۶۰ درصد جمعیت فعلی کشور عملاً از واکسیناسیون کامل و اطمینان بخشی برخوردار

نیستند. لذا توصیه می شود از این پس از ذکر اعلام آمار کلی اجتناب شود و به جای آن از نقیصه موجود که ناشی از پائین بودن آمار دوز بوستر است بپردازند. توصیه موکد آنست که باید در مدت زمان کوتاه بر واکسیناسیون موثر و کامل بخش اعظم جمعیت کشور متمرکز و بسیج شویم. همچنین لازم است در برنامه های آموزشی به دریافت واکسن در افرادی که هنوز هیچ دوز واکسن دریافت نکرده اند و نیز بر دریافت یادآور ۶ ماهه در افرادی که واکسن زده اند، تاکید شود.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

گزارش از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی

علیرغم تاکید مقام معظم رهبری بر اولویت بهداشت و شبکه بهداشتی درمانی در "سیاست های کلی سلامت" و نیز در بیانات مکرر ایشان و از جمله در روز پرستار، متأسفانه آنچه شاهد آن هستیم، فقط مسائل مربوط به ابعاد درمانی، بیمارستان سازی، تجهیزات پزشکی، دارو، استخدام نیروی انسانی درمانی و اختصاص اعتبارات در این راستا است. از محضر حضرت عالی تقاضا داریم که جهت اصلاح این امر دستور عاجل صادر فرموده و از وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درخواست شود که گزارش اقدامات اجرا شده و نیز برنامه زمان بندی عملیاتی (و نه فقط نظری و نوشتاری) خود را در بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی تقدیم جناب عالی نموده و سازمان محترم برنامه و بودجه و سازمان امور اداری و استخدامی هم اولویت اقدامات خود را در راستای اجرایی کردن سیاست های کلی سلامت و توصیه ها و تاکیدات مقام معظم رهبری در ارتباط با اولویت پیشگیری و بازسازی، گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی تنظیم فرمایند.

مکاتبه با معاون محترم اول رئیس جمهور جناب آقای دکتر محمد مخبر

نوسازی گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی

اقتصادی‌ترین، سریع‌ترین، عادلانه‌ترین، عالمانه‌ترین راه برای نیل به حد مطلوب سلامت همه جانبه برای آحاد مردم و تامین عدالت در سلامت و ارتقاء شاخص‌های بهداشتی، عبارتست از نوسازی، گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور. این مهم از طریق ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت از محیطی‌ترین سطح آن یعنی از جامعه و خانه‌های بهداشت شروع می‌شود و از طریق پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری در سطح کشور تعمیم می‌یابد. در صورت نیاز به خدمات بیشتر با استفاده از نظام ارجاع، مراجعین، به پزشکان متخصص و فوق تخصص در مراکز سرپائی و بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی معرفی می‌شوند تا ارائه مراقبت‌ها و خدمات و پیگیری آن تا حصول نتیجه ادامه یابد.

پیشرفت‌های شگرف امور سلامت در سال‌های اول پیروزی انقلاب اسلامی و در اوج جنگ تحمیلی صرفاً به دلیل ایجاد و گسترش شبکه بهداشتی درمانی بود، که متأسفانه به دلیل کمبود شدید پزشکان ایرانی در آن سال‌ها تکمیل آن امکان پذیر نشد. این حقایق برای وزراء گذشته بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم روشن بود ولی متأسفانه سال‌های اول وزارت را صرف تشکیل جلسات و نگارش مطالب نمودند و متأسفانه زمانی که آماده اجرایی کردن نوشته‌ها شدند، عمر خدمتشان به پایان رسید.

همانطور که مستحضرید سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری از فروردین ۱۳۹۳ بر اولویت پیشگیری بر درمان، توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی و ادغام آموزش پزشکی در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت تأکید دارد. همین امر در قوانین مختلف و از جمله قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین پنج‌ساله توسعه نیز آمده است. با توجه به توصیه و تأکیدی که مقام معظم رهبری در بیاناتشان خطاب به وزیر محترم قبلی و به خصوص در روز پرستار به جناب آقای دکتر عین‌اللهی در مورد اولویت پیشگیری و تقویت و بازسازی، توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی داشتند، شایسته است حضرت‌عالی این فرصت بی‌بدیل را غنیمت شمرده و دستور فرمائید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش‌های دقیق و مستمر از قدم‌های اجرائی که برداشته‌اند و به ویژه آنچه را از همین امروز به صورت زمان بندی شده قصد اجرای آنرا دارند، خدمت جناب‌عالی ارائه فرمایند. همچنین اگر چالش‌هایی وجود دارد، سازمان محترم

برنامه و بودجه، یا سازمان محترم امور اداری و استخدامی و یا هر نهاد دیگری خدمت حضرت عالی گزارش نمایند تا با دستورات اکید و پیگیری‌های مستمر، این توفیق عظیم و ملی در اسرع وقت حاصل و آرزوی بزرگ نیل به ارتقای سلامت، عدالت در سلامت و تحقق اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت دست یافتنی و عملیاتی شود. بدیهی است فرهنگستان علوم پزشکی آماده هرگونه همفکری و همکاری است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین الهی

تأکید رؤسا و معاونین بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی استان تهران

بر گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی

بازسازی، تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی، مهمترین مسئله راهبردی در راستای اجرایی نمودن سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری است. پس از جلسه اسفندماه و در جهت پیگیری توصیه های آن جلسه، نشستی به پیشنهاد و با حضور رؤسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران و شهید بهشتی، معاونین محترم بهداشتی دانشگاه های فوق و بعضی از مسئولین مرتبط آن وزارتخانه محترم، در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۱۶ در فرهنگستان علوم پزشکی برگزار شد. دغدغه رؤسا و معاونین محترم دانشگاه ها، در مورد مسائل بهداشتی جمعیت عظیمی که در شهر و استان تهران باید تحت پوشش مراقبت ها و خدمات سلامت قرار گیرند، و همچنین شروع اقدامات برای احیای زیرساخت های شبکه در این استان، قابل تقدیر است. شایسته است اقدامات انجام شده در اجلاس رؤسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور، ارائه و ضمن تأکیدات ضروری، اقدامات سایر دانشگاه ها نیز به منظور تبادل تجربیات، گزارش شود و از طرح عناوینی که این موضوع اصلی را تحت الشعاع قرار دهد، احتراز شود. در جلسه فوق مسائل زیر تأکید شد:

- التزام عملی مسئولین ارشد؛
- ارتقاء و ترمیم ساختار شبکه (بویژه مشکل مراکز جامع و پایگاه های استیجاری، و ایجاد پایگاه های جدید)؛

- ترمیم ساختار نیروی انسانی (بویژه تبدیل وضعیت نیروهای غیر ثابت و آموزش و توانمندسازی آنان و جذب و بکارگیری نیروهای جدید)؛
 - افزایش اعتبارات و تقویت منابع مورد نیاز (ایجاد ردیف های بودجه ای ثابت و نشان دار برای بخش بهداشت ، صیانت از بودجه های بهداشت و استفاده از سایر منابع جهت تقویت اعتبارات شبکه بهداشتی درمانی و نیز امور مربوط به بهداشت و پیشگیری)؛
- با توجه به پیشینه موضوع و مستندات کارشناسانه قبلی، موارد زیر پیشنهاد می شود. انشاءالله دستور توصیه مؤکد برای اجراء و پیگیری صادر فرمایید:
- بهره وری بیشتر از امکانات موجود (آموزش نیروهای انسانی، توسعه نظارت با شاخص های معتبر و تشویق و پاداش خدمات نیروهای شایسته)
 - اقدامات ترویجی بویژه حساس نمودن و آگاه نمودن نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی و سایر مسئولین مرتبط دولتی، از طریق بازدیدهای حضوری نامبردگان از مراکز و مناطق محروم و نشان دادن ضرورت ها و فعالیت ها در میادین خدمت و مراقبت؛
 - استفاده از ظرفیت های بالقوه نیروی انسانی، نظیر خدمات داوطلبانه دانشجویان رشته های مختلف، پس از آموزش اولیه به آنان، انجمن ها و بسیج دانشجویی، رابطین بهداشت و سایر ظرفیت های مردم نهاد و احیای طرح سفیر سلامت و نظایر آنها، پس از آموزش های لازم به آنان؛
 - تعامل مناسب و هم افزا با شهردار محترم تهران برای استفاده از امکانات وسیع و مناسب که در اختیار شهرداری است، نظیر بوستانها، مراکز فرهنگی و فرهنگ سراها. در این خصوص و در صورت صلاحدید تشکیل جلسه ای با حضور شهردار محترم تهران می تواند راهگشا باشد؛
 - آموزش و توانمندسازی مدیران شبکه بهداشتی درمانی و ارتقای نظام انتخاب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی آنان؛

- استفاده از فرصت های برنامه توسعه هفتم و برنامه های سالیانه دولت محترم برای ارتقای برنامه های بهداشتی مورد نیاز کلان شهر تهران و رسیدگی به نیازهای مبرم مناطق محروم، پرتراکم و نیز مسائل بحرانی تهدید کننده سلامت در این مناطق؛

- تشکیل شورای راهبردی بهداشت استان تهران با حضور مقام محترم وزارت و معاونین ذیربط، رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه های مستقر در تهران، شهردار محترم تهران و معاونین ذیربط ایشان و نماینده منتخب فرهنگستان علوم پزشکی در صورت ضرورت، و سایر اعضا حسب مورد؛

فرهنگستان علوم پزشکی ضمن تشکر مجدد از رؤسای محترم دانشگاه های فوق الاشاره و تقدیر از شروع اقدامات و پیگیری های مفید انجام شده، بر تسریع و گسترش فعالیت ها جهت اجرایی نمودن دستورات مقام معظم رهبری در مورد گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی استان تهران و سراسر کشور و نیز اولویت دادن به بهداشت و پیشگیری، برای هر نوع همراهی و همکاری، بر اساس اساسنامه فرهنگستان و با استفاده از ظرفیت های فرهیخته گان علمی و کارشناسی، اعلام آمادگی می نماید.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی ۱۴۰۱/۱۱/۲۳

تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم از طریق استقرار کامل

شبکه بهداشتی درمانی

اجرای کامل سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، مرهون مسئولیت شناسی ولایتمدارانه و تدابیر داهیهانه شخص حضرت عالی و مجموعه دولت جمهوری اسلامی ایران است و عدول از آن جبران ناپذیر خواهد بود. تحقق منویات این سند حیات بخش که ناظر بر تأمین، نگهداشت و ارتقای سلامت همه جانبه (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) جامعه و آحاد مردم است، **منحصراً** از طریق شبکه بهداشتی درمانی کشور و توسعه، بازسازی، تعمیم و تعمیق آن در بستر ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات

سلامت، امکانپذیر خواهد بود. گسترش "شبکه بهداشتی درمانی" که "پزشکی خانواده و نظام ارجاع" جزء لاینفک آن می‌باشد، مستلزم مدیریت هوشمند و هدفمند در قالب ساختار "ستاد راهبردی توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور" به ریاست شخص رئیس جمهور محترم، در شرایط جاری و آتی، خواهد بود. راهبردها و اقدامات ذیل، مهمترین و حیاتی ترین ضرورت‌های نظام سلامت را، عملیاتی خواهد نمود. بعضی اصول، اهداف، راهبردها و اقدامات اولویت دار عبارتند از:

- استمرار حمایت سیاسی و اجرایی مسئولان راهبردی کشور تا استقرار کامل شبکه بهداشتی درمانی
- اولویت قطعی "پیشگیری بر درمان"، "ارتقای سلامت"، "مراقبت‌ها و خدمات سلامت در جامعه" و "خدمات سرپایی نسبت به بستری"؛
- تأکید لازم نسبت به "نقش عوامل اجتماعی سلامت"، "عدالت در سلامت"، "سبک زندگی سالم اسلامی-ایرانی"، و "محیط زیست سالم و پایدار"؛
- توسعه کمی و کیفی شبکه از طریق "تعمیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، و استقرار آموزش پزشکی جامعه نگر"؛
- بازگشت کامل به طرح حیاتی و اقتصادی ژنریک و نظام ملی دارویی، و حذف روش‌های تحمیل شده نظیر "برند ژنریک" و نظایر آن که بار مالی عظیمی بر نظام سلامت و مردم تحمیل نموده اند؛
- تضمین همکاری سازمانهای بیمه سلامت، امور اداری استخدامی، برنامه و بودجه، سازمان نظام پزشکی و بخش خصوصی در جهت گسترش شبکه بهداشتی درمانی، تحقق ادغام و اجرای پزشکی خانواده، نظام ارجاع و طرح ژنریک.
- با توجه به مراتب مهم فوق و نیز تجارب و توصیه‌های معتبر بین المللی، لازم است در خبر اخیر اعلام شده با عنوان "رایگان شدن خدمات بستری"، تجدیدنظر کارشناسانه انجام شود

- توجه به اقتصاد مقاومتی در هزینه های بیماران خاص و نادر با تاکید بر پیشگیری و تعادل منابع و مصارف
- پرهیز از اقداماتی که برنامه تکمیل و تعمیق شبکه بهداشتی درمانی در بستر ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت را تحت الشعاع قرار دهد یا به تاخیر بیندازد نظیر تغییرات تشکیلاتی غیر مرتبط و غیر کارشناسانه و بدون مشورت لازم.
- فرهنگستان علوم پزشکی مانند همیشه آمادگی ارائه مشورت های تخصصی لازم در موضوعات مشروحه بالا را اعلام می نماید.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۰/۸/۹)

بیانیه ۵- پزشکی خانواده، راهبرد اصلی برای تحقق بهره‌مندی همگان از مراقبت‌ها و خدمات عادلانه سلامت^۱

مقدمه

نظام سلامت، مسئول تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و تحقق عدالت در سلامت با اولویت دادن به امور مهم ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، و حوادث و سوانح است. بدون تردید مطلوب‌ترین، عادلانه‌ترین و کم‌هزینه‌ترین روش نیل به مقصود فوق، از طریق روزآمدی، تکمیل، تعمیق و گسترش شبکه بهداشتی درمانی کشور است که در بیانیه‌های قبلی مجمع عمومی به آن پرداخته شده است. پزشکی خانواده برنامه‌ای است که در آن بهره‌مندی افراد، خانوارها، اجتماعات محلی و محیط زیست از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی جامع و عادلانه فراهم می‌شود. در این برنامه، تیمی شامل پزشک عمومی و

این بیانیه در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت پاییز ۱۴۰۰ منتشر شده است^۱

کارشناسان مرتبط، مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی اولیه را به‌صورت فعال به جمعیت تعریف شده ارائه و از شیوه ارجاع و پرونده الکترونیک برای ارائه خدمات تخصصی و بستری استفاده می‌کنند. تأمین منابع پایدار با استفاده از صنعت بیمه و سایر منابع، از ارکان اصلی این برنامه است.

ضرورت و هدف

هزینه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی، پیوسته به دلایل زیر رو به افزایش است و ممکن است برای مردم و دولت قابل تحمل نباشد:

- استفاده از تکنولوژی‌های جدید و پرهزینه برای تشخیص و درمان بیماری‌ها؛
- شیوع هزینه‌های رو به تزاید بیماری‌های مزمن و پرهزینه، که عمدتاً قابل پیشگیری هستند ولی متأسفانه امر پیشگیری مورد غفلت قرار می‌گیرد؛
- رشد شهرنشینی و افزایش تقاضاهای القایی برای خدمات پرهزینه، تشخیصی و درمانی؛
- افزایش روزافزون درصد سالمندان؛
- گران شدن خدمات، موجب محروم شدن قشر عظیمی از جامعه از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی ضروری می‌شود و به افزایش بی‌عدالتی در سلامت منجر می‌شود.

الزامات

- تعهد سیاسی و اخلاقی مسئولان (سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران ارشد کشور)؛
- تعمیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، بر طبق سیاست‌های کلی سلامت؛

- فرهنگ‌سازی و اقدامات ترویجی این امر مهم و حیاتی (در سطوح سیاست‌گذاران، کارگزاران سلامت، و عامه مردم)؛
- گسترش و تقویت شبکه بهداشتی درمانی در سراسر کشور، شناختن خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت به عنوان سطح اول مراجعه و تعمیر آن به حاشیه شهرها و مناطق شهری و احیای ستاد گسترش شبکه بهداشتی درمانی؛
- توانمندسازی پزشکان و نیروی انسانی سلامت و به‌کارگرفتن مدیران معتقد، آگاه و متعهد؛
- اعتلای جایگاه و منزلت اجتماعی پزشکان خانواده و تأمین نیازهای مالی و اعتباری آنان؛
- تمرکززدایی؛
- هماهنگی هرچه بیشتر بین معاونت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد گسترش شبکه و سازمان‌های بیمه‌گر؛
- اصلاح شیوه‌های نظارت، تدوین شاخص‌های معتبر مبتنی بر رضایتمندی ارائه‌دهندگان و گیرندگان مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی؛
- اتخاذ شیوه اقتصاد مقاومتی سلامت؛ اختصاص منابع مالی پایدار، نشان‌دار کردن اعتبارات بهداشت و پیشگیری و اعطای استقلال مالی و اداری به مراکز بهداشت استان؛
- تعیین زمان‌بندی مناسب برای اجرا؛
- ایجاد و گسترش زیرساخت ارتباط الکترونیک، در برگیرنده همه ساختارهای موجود و تعمیر پرونده الکترونیک سلامت؛

آسیب‌ها و چالش‌ها

در پیوست بیانیه ضمیمه است.

راهنماها

ارتقای آموزش و مهارت‌های مورد انتظار و راهکارهای آموزش پزشکان خانواده

لازم است علاوه بر کسب دانش مورد نیاز در علوم پایه پزشکی و بالینی، موارد زیر، برای ایفای نقش مؤثر دانش آموختگان در جامعه، تدبیر و آموزش صحیح آنها تضمین شود:

- تهیه بسته‌های آموزش کوتاه‌مدت برای آموزش پزشکان عمومی فعلی، در شروع و حین خدمت و روزآمد کردن آنها؛
- توسعه کمی و کیفی آموزش پزشکی عمومی در زمینه مهارت‌های مورد نیاز برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، در محدوده مسئولیت پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش با رویکرد انسان سالم، جامعه سالم؛
- مهارت‌های مورد نیاز در زمینه‌های: «مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care (PHC))»؛ «پیشگیری از بیماری‌ها»؛ «اخلاق پزشکی حرفه‌ای اسلامی»؛ «سلامت معنوی با رویکرد اسلامی»؛ «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و همکاری‌های بین‌بخشی»؛ و «عدالت در سلامت»؛ «کار تیمی و برقراری ارتباط با سایر اعضای تیم مراقبت»؛ و «مشارکت دادن مردم در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت»؛ با نگاه عملیاتی و کارکردی و عینی؛
- آشنایی با شبکه بهداشتی درمانی کشور و کسب مهارت‌های «تشخیص و درمان بیماری‌های شایع»؛ «رعایت الزامات ارجاع صحیح در حد مورد نیاز»؛ «آموزش مسائل ضروری سلامت به مردم»؛ «آموزش به بهورزان و مراقبان سلامت و سایر همکاران در شبکه بهداشتی درمانی و نظارت بر عملکرد آنان»؛

«برقراری ارتباط با مردم و مسئولان»؛ «حمایت‌طلبی، سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و مدیریت مشکلات سلامت جمعیت تحت پوشش»؛

- آشنایی و کسب مهارت‌های ضروری به منظور «بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها و خدمات سلامت همه‌جانبه، جامع و یکپارچه، عدالت‌محور، با اولویت پیشگیری بر درمان، با تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخش، کارا، بهره‌ور، بدون تقاضای القایی، صرفاً براساس راهنماهای بالینی»؛

- کسب مهارت‌های لازم برای «تجویز داروها، صرفاً براساس راهنماهای بالینی و منطبق بر نظام سطح‌بندی، طرح ژنریک و نظام ملی دارویی کشور»؛

- آشنایی با رویکرد اقتصاد مقاومتی در سلامت و کسب مهارت و تلاش برای تحقق آن؛

- «آموزش‌های جامعه برای ارتقای فرهنگ و سواد سلامت»؛

- سایر راهبردهای معتبر و مصرح در اسناد فرادست، و سایر موارد ضروری براساس منابع معتبر و روزآمد؛

ارتقای مدیریت و تأمین مالی شبکه بهداشتی درمانی

- مدیریت مالی، تأمین منابع مالی پایدار و تعیین تعرفه مناسب برای برنامه پزشکی خانواده؛

- ارتقای دانش و مهارت نیروی انسانی (ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها و خدمات پزشکی خانواده)؛

- اصلاح نظام‌های پرداختی؛

- تعیین تعرفه مناسب و تدارک منابع مورد نیاز؛
- تعیین نقش بیمه، منابع قابل تخصیص و نشان‌دار؛
- تعیین و تعریف جایگاه و نقش کلیه اعضای تیم مراقبت و نحوه تعامل آنها با یکدیگر؛
- پایش و نظارت مستمر؛

۱. مدیریت فنی

- بازطراحی مراقبت‌ها و خدمات سلامت و محیط‌های آموزشی؛
- اعتلای کیفیت و ایمنی خدمات؛
- استفاده از ظرفیت بخش غیردولتی و بهره‌گیری حداکثری از آن بخصوص در شهرهای بزرگ، به شرط نظارت دقیق؛
- تقویت نظام آمار و اطلاعات جامع الکترونیک سلامت و نظارت، پایش و ارزشیابی؛
- روان کردن ارجاع، تبادل اطلاعات از طریق نسخه الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت، با رعایت حفاظت از اطلاعات و رازداری؛
- تهیه بسته‌های مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی؛

پیوست بیانیه

آسیب‌ها و چالش‌ها

۱. تعهد سیاسی و التزام اخلاقی و هماهنگی مسئولان و پذیرش عمومی؛

۲. استقبال ناکافی از رعایت سلسله مراتب در دریافت مراقبت‌ها و خدمات سلامت، ذائقه عمومی مردم برای مراجعه مستقیم به متخصصان، خاصه در شهرهای بزرگ است، که اصلاح آن نیازمند آموزش و ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم است؛
۳. تضعیف نقش بهورز و سایر مراقبان سلامت، و لزوم تقویت آن (روزآمد کردن آموزش و تقویت مهارت‌ها - ارتقای شرح وظایف و نقش‌ها - ارتقای منزلت اجتماعی - ارتقای حقوق و مزایا و سایر حمایت‌های اجتماعی و معنوی)؛
۴. بیماری‌محوری و درمان‌محوری و توجه ناکافی به آموزش و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر؛
۵. ضعف فرهنگ کار تیمی در نظام سلامت کشور؛
۶. پایین بودن میزان گرایش و انگیزه پزشکان عمومی نسبت به خدمت در شبکه بهداشتی درمانی، به عنوان پزشک خانواده؛
۷. عدم توسعه و تعمیم شبکه بهداشتی درمانی به شهرها و حاشیه شهرها
۸. فقدان برنامه آموزش کوتاه‌مدت پزشکان عمومی، قبل از انجام وظیفه به عنوان پزشک خانواده؛
۹. نبودن برنامه منسجم برای آموزش پزشکان خانواده در حین خدمت؛
۱۰. کم‌رنگ بودن نقش مردم، نهادها، سازمان‌های مردم‌نهاد، و بخش خصوصی در برنامه پزشکی خانواده، با نظارت دقیق؛
۱۱. فقدان منابع پایدار و نشاندار برای شبکه بهداشتی درمانی؛
۱۲. نقص نظام ارزشیابی و نظارت و پایش فرایندها و فعالیت‌ها و نیز رصد کلان جامع و فراگیر؛

۱۳. کمرنگ بودن فرهنگ سازی، حفظ و تقویت اعتماد، تأمین رضایت و جلب مشارکت مردم؛

۱۴. عدم توجیه لازم نیروی انسانی سلامت، خاصه پزشکان عمومی و متخصص؛

۱۵. اجرایی نشدن برنامه تکامل سال‌های اول زندگی
(Early Childhood Development)؛

۱۶. محاسبه اغلب شاخص‌های بهداشت بر مبنای میانگین، و نه بر مبنای عوامل اجتماعی سلامت؛

۱۷. توجه ناکافی به تحقیقات نظام سلامت (Health System
(Research)؛

۱۸. توجه ناکافی به تأمین و توسعه فناوری‌های مناسب (به جای فناوری‌های پیچیده و گرانقیمت)؛

۱۹. محدودیت تلاش برای کاهش سوانح و حوادث جاده‌ای؛

۲۰. توجه ناکافی به تشویق ازدواج و فرزندآوری و فرزندپروری، به منظور افزایش رشد جمعیت، با کیفیت مطلوب.

کاستی‌ها و چالش‌های نظام جاری آموزشی

۱. ناکافی بودن ارتباط برنامه جاری پزشکی عمومی، با مسائل بومی و نیازهای جامعه و مناطق مختلف کشور و مهارت‌های مورد نیاز آنان؛

۲. محتوای فعلی آموزشی عمدتاً یک بعدی است و بر درمان متمرکز است. تحول و ارتقای محتوا به صورتی که به صورت چشمگیری بر ارتقای سلامت و پیشگیری متمرکز باشد، ضروری است؛
۳. آموزش‌های جاری عمدتاً سطحی، حافظه‌ای و فاقد ژرف‌اندیشی و تحلیل‌گری است؛
۴. در برنامه جاری به جنبه‌های علوم پایه و بیولوژی، به اندازه اهمیت، پرداخته نشده؛
۵. برنامه آموزش پزشکی جاری درمان‌محور، و بر درمان‌های بستری بیمارستانی تمرکز دارد، در حالی که باید بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، سایر آموزه‌های بهداشتی، درمان‌های سرپایی، تکامل سال‌های اولیه زندگی، آموزش‌های ضروری مرتبط با ازدواج به‌هنگام، همسرداری، فرزندآوری، و تلاش برای افزایش رشد جمعیت و نظایر آن متمرکز باشد؛
۶. برنامه جاری، عمدتاً اقتباس از برنامه‌های جوامع غربی و کمتر متأثر از فرهنگ بومی و اسلامی است؛
۷. پرداختن ناکافی به جنبه‌های روان‌شناختی، و غفلت از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛
۸. پرداختن محدود به جنبه‌های اخلاقی و عدم پرداختن به سلامت معنوی؛
۹. آموزش ندادن سطح‌بندی مراقبت‌ها و خدمات، سطوح ارجاع، و پزشکی خانواده؛ جنبه‌های بین‌بخشی و فرابخشی سلامت.

مکاتبه با

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر عین‌الهی و

وزیر محترم تعاون کار و رفاه اجتماعی جناب آقای دکتر سیدصورت مرتضوی

بنابه درخواست رئیس محترم گروه ارتقا سلامت فرهنگستان علوم پزشکی در مورد انعکاس " چالشهای توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع"، به مسئولین ذیربط، بیانیه انجمن پزشکان عمومی جهت دستور هرگونه اقدامی که صلاح می دانید ارسال می گردد.

بیانیه انجمن پزشکان عمومی در خصوص چالشهای توسعه برنامه پزشک

خانواده و نظام ارجاع شهری

بنابه دلائل متعددی از جمله سوالات پی در پی همکاران در سراسر کشور در مورد کیفیت و کمیت اجرای این برنامه در مدت ۱۲۸ ماه گذشته ، در صدد برآمدیم که در طی بیانیه ای، برخی ابهامات را برطرف نمائیم و در راستای ارتقای این برنامه و هم افزائی بیشتر همگان در استان لازم دانستیم که نسخه ای از آنرا خدمت شما، سرور گرامی، ارسال نمائیم. این بیانیه « مشفقانه » مسئولانه و بر اساس ترجیح منافع ملی بر هرگونه منافع دیگری (صنفی « استانی » شخصی و ...) تهیه و در کمال احترام ، خدمت حضرت عالی / سرکار عالی (حدود ۳۰ نفر از بزرگواران) ارسال می گردد و تمام مضمون های مندرج در آن ، قابل دفاع می باشد:

فارغ از همه مشکلات و ایرادات ، و اینکه از نظر ما عمدتاً این برنامه در فارس ، کاملاً منحرف شده و از حرکت در جهت آرمان اصلی (سلامت محوری) فاصله بسیار زیادی گرفته است ، یکی از مهمترین دغدغه های جدی صاحبان اصلی فرآیند (پزشکان خانواده)، رها شدن مردم شریف استان (که تحت فشارهای مضاعف اقتصادی هم هستند) در سونامی تقاضاهای القائی (Induced demands) ، در شدید ترین حالت ممکن و از نوع بنگاه داری و با اعتبار این برنامه و اعتماد به آن ، می باشد (مورد ۴ در بیانیه) که وظایف شرعی « قانونی و اخلاقی همه ما را سنگین تر می نماید و نیاز به یک کارشناسی دقیق و بیطرفانه در این مورد ضروری به نظر میرسد -

بیانیه

چنانچه استحضار دارید، از تیرماه سال ۹۱ برنامه پزشکی خانواده شهری به همراه نظام ارجاع اجباری در استان فارس ، برای اولین بار در کشور، عملیاتی گردید، که متعاقب مشکلات اجرائی ۰ و به واسطه عدم حمایت و انعطاف لازم ، نظام ارجاع اجباری فقط تا

پایان سال ۹۵ دوام یافته است- قبل از طرح مشکلات عدیده و طاقت فرسای موجود در طی این ۱۲۸ ماه ، تأکید میکنیم که ما هم به این نتیجه رسیده ایم که اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع صحیح ، تنها راه برون رفت از معضلات بهداشتی و درمانی کشورمان است و در این موضوع تردیدی وجود ندارد. با توجه به مشکلات مبتلابه در طی مدت اجرای این برنامه، بر خود لازم میدانیم، اهم موارد را بطور خلاصه برای همکاران محترم و دلسوزان واقعی این عرصه در کل کشور تبیین نمائیم:

۱ . سرانه های غیر پاسخگو و تحقیر آمیز، طی سنوات اجرای برنامه با پایان دولت دهم و شروع دولت یازدهم « عملا اجرای این برنامه از سوی مرکز، از اولویت اجرا خارج شده و سرانه های تعیین شده توسط شورای عالی بیمه نیز، به هیچ وجه پاسخگوی مخارج پایگاه های سلامت پزشکی خانواده نبوده است، متاسفانه نتیجه این رفتار، ظلم و اجحاف غیر قابل انکار بر اعضای تیم سلامت مجری و خروج پزشکان و مراقبین بسیاری از برنامه بوده است و بقیه نیز از سر ناچاری و در کمال نومیدی و سرخوردگی در برنامه مانده اند . لازم به ذکر است، طی چند سال گذشته بحران حقوق مراقبین ، چالشهای جدی و مستمری را برای اجرای صحیح برنامه ایجاد کرده است.

به عنوان مثال در مورد سرانه سال ۱۴۰۱ (دولت سیزدهم)، با آنکه معاونت بهداشتی وزارتخانه ، طی نامه ای به دبیرشورای عالی بیمه ، مبلغ ۱۶۰۰۰ تومان را به عنوان حداقل سرانه لازم برای دوام پایگاه های سلامت ، اعلام نمود در کمال تأسف و تعجب ، آن شورا ، نهایتاً و بدون آنکه مشخص کند چگونه باید هزینه های مربوطه و واقعی ، تأمین گردد ، مبلغ ۱۱۸۶۰ تومان را مصوب کرد و یک سال پردردسرتر و سخت تر از قبل را برای همگان (صاحبان اصلی فرآیند و حتی مدیران و کارمندان مربوط به حوزه سلامت) در استان ، رقم زد.

بنابراین تا زمانیکه روند تعیین سرانه اصلاح نشود و تعرفه خدمات به سازمان نظام پزشکی یا حداقل یک کمیته مرضی الطرفین ، واگذار نگردد ، پذیرش این برنامه توسط همکاران در کل کشور، هوشیارانه و آتیه نگر نخواهد بود -

با عنایت به موارد مطروحه، این انجمن اجرای برنامه پزشکی خانواده را با ساز و کارهای موجود ، به هیچ وجه توصیه نمی نماید ، حتی اگر در سال اول، برای در باغ سبز نشان دادن به مخاطبین، سرانه نسبتاً مناسبی، پیشنهاد گردد -

۲. عدم در دسترس بودن سامانه مناسب و جوابگو. بعد از گذشت ۱۲۸ ماه از اجرای این برنامه، هنوز سامانه User friendly و مناسب در دسترس نیست و سامانه موجود قابلیت لینک به سامانه های نسخه نویسی الکترونیک سازمان های بیمه گر را ندارد و درد و رنج فراوان ناشی از تعدد و ایرادات سامانه ها خود حکایتی جدا و مفصل دارد که به شدت موجب نگرانی و خشم اعضای تیم سلامت و هدررفت مساعی ایشان در طی سالهای طولانی ۴. گردیده است. پر واضح است، مجموعه اجرائی که بعد از این مدت طولانی و آن همه الزامات قانونی و شعار دادن، نتوانسته است سامانه سلامت مناسب و فراگیری ارائه دهد: مجموعه متعهد و قابل اتکایی نیست.

۳. نامشخص بودن زمان و چگونگی پرداخت سرانه توسط سازمانهای بیمه های بیمه گر. در طی ۱۲۸ ماه گذشته فراز و نشیبهای زیادی داشته و موجب بروز مشکلات فراوان برای اعضای تیم سلامت گردیده و حتی تأخیرهای پرداخت ۶ ماهه به اعضای تیم سلامتی که هیچگونه منبع درآمد دیگری ندارند- نیز، در سوابق آنها، موجود است - لذا لازم است قبل از پذیرش اجرای این برنامه، تضمین های لازم از مبادی ذیربط اخذ گردد.

۴. تغییر ماهیت برنامه از نوع نقض غرض و سلب اختیار از پزشکان خانواده و رانت پاشی. متأسفانه در برنامه اجرا شده در فارس، حضور واسطه های درمان محور (از نوع بنگاه داری) و استقرار پایگاه های پزشکی خانواده در درون بنگاه های درمان محور و در سیستم پرکپیتا (عملاً درمانگاه خانواده در سیستم پرداخت پرکپیتا و نه پزشکی خانواده واقعی)، آسیب های جدی و مستمری به پزشکان خانواده، اصل سلامت محوری این برنامه و منافع مردم، وارد کرده است و اساساً برنامه ی در حال اجرا در فارس، دچار انحرافی بزرگ از مبانی اولیه (درمان محوری از نوع کاسبکارانه به جای بهداشت و سلامت محوری آن)، گردیده و مدیریت لازم از پزشکان خانواده، به عنوان دروازه بانان نظام سلامت، سلب شده است و دو دستی به کاسبکاران این عرصه تقدیم گردیده و آنها که چشمشان را بر این وضعیت ناصواب و از نوع نقض غرض بسته اند، عملاً مرتکب جرم سنگینی در حق مردم، نظام سلامت و اعضای تیم پزشکی خانواده شده و میشوند و مسلماً بایستی در مقابل پروردگار منان، قانون و وجدانشان، جوابگو باشند - با عنایت به موارد پیش گفت، تأکید میگردد، دخالت هرگونه واسطه در اجرای این برنامه یا استقرار پایگاه سلامت محور پزشکی خانواده در درون بنگاه های اقتصادی درمان محور، برای

این برنامه و پزشکان خانواده، سم مخرب بوده و تالی فساد، هدررفت منابع و افزایش هزینه های کاذب مردم می باشد -

موارد مذکور ، فقط چهار مورد از مشکلات مهم موجود هستند و دهها مشکل ریز و درشت دیگر ، موجب آزردهی اعضای تیم سلامت (هم پزشک خانواده و هم مراقب سلامت) چه از نظر مادی و چه معنوی (بخصوص کرامت نفس) گردیده که بارها نیز منجر به اعتراضات مدنی و طبعاً دخالت حافظان محترم امنیت جامعه و مسئولان سیاسی امنیتی استان شده است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

برنامه های سلامت الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

نظر کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص "برنامه های سلامت الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۱" جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام ارسال شد.

پیوست

کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی بر اساس ماموریت های منطبق بر اساسنامه فرهنگستان، در جلسه ۱۴۰۱/۴/۱۴ با دعوت از جناب آقای دکتر رضا مظهری و جناب آقای دکتر بیگلرخانی سرپرست محترم مرکز مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، برنامه های این مرکز در حوزه سلامت الکترونیک را ملاحظه و پیشنهادهای ذیل برای اصلاح مراحل برنامه ریزی و اجرا را تقدیم می دارد.

۱ - نگاه های ویژه برنامه جای تقدیر دارد؛ در برنامه ارایه شده جامع سلامت الکترونیک نکات ارزشمندی وجود داشت که لازم است مورد تاکید قرار گیرد:

الف) هدف‌گذاری مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی به جای مرکزیت کلیه فعالیت‌های اجرایی در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هدف ارزشمندی است. کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی البته امیدوار است مدیران این حوزه در عملیاتی‌سازی و تسهیم وظایف این برنامه، حتماً از تجربیات قبلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در واگذاری مأموریت‌ها به دانشگاه‌ها و کلان‌مناطق، مانند تجربیات معاونت آموزشی و تحقیقات و فناوری استفاده نموده و راهکارهایی واقعی‌تر را با ضریب خطای ملی کمتری انتخاب نماید.

ب) زمان‌بندی چند ساله متناسب با عمر دولت، نگاهی منطقی و جایگزین مناسبی برای نگاه‌های شتابزده، غیر اجرایی، و غیر عملیاتی است. امید است با تدبیر وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های وزارت در حیطه سلامت الکترونیک به صورت یکپارچه و در قالب یک برنامه راهبردی واحد چندساله که نشانگر رویکرد و راهبردهای جامع شما در طول حیات دولت سیزدهم است، به دانشگاه‌ها و نظام سلامت اعلام گردند. این مسئله به ویژه از آن جهت اهمیت دارد که اخیراً نامه‌ای از مقام محترم وزارت به مورخ ۱۴۰۱/۴/۴ تحت عنوان آیین‌نامه "برنامه اجرایی نظام جامع سلامت الکترونیک" به همه دانشگاه‌ها و مراکز و موسسات زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید که حاوی صد تکلیف و طرح و پروژه برای کلیه بازیگران نظام سلامت بود که هر چند از دیدگاه برنامه محوری بسیار باارزش بود، ولی غالباً آنها محدود به چند ماه پیش‌رو بوده و ارتباط‌شان با برنامه جامع سلامت الکترونیک مورد معرفی آقای دکتر مظهری، مدیر منتخب وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این حوزه مشخص نبود. لذا قطعاً تبیین این موضوع برای دانشگاه‌ها و کلیه ارکان نظام سلامت بسیار مفید به نظر می‌رسد.

ج) ارایه چشم‌انداز وسیع و جامع حرکت در فضای سلامت الکترونیک در سال ابتدایی دولت، امیدوارکننده و نشان از وسعت نظر مجموعه مدیریت تحت نظر مقام محترم وزارت دارد. پیشنهاد می‌شود از آنجایی که هر چشم‌اندازی در بعد فنی-اجرایی در حیطه سلامت الکترونیک، نیازمند معماری واحد ملی می‌باشد، این معماری یکپارچه در ابتدا طراحی، و نقش کلیه بازیگران، نحوه تعامل آنها، استانداردهای تبادل، قوانین و چارچوب‌ها و نحوه حرکت آنها تعیین و این معماری به نقد و بررسی صاحب‌نظران و خبرگان گذاشته شود. این

معماری، سپس می تواند بنیان هر گونه برنامه ریزی راهبردی و ختم الکلام کلیه برنامه ریزی های این نظام در سال های پیش رو باشد .

۲- توصیه می گردد راه اندازی رگولاتوری و نظام اپراتوری خدمات سلامت الکترونیک، با تامل و تدبیر ویژه ای آغاز گردد: در جلسه مطرح گردید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه ای برای تشکیل اپراتور سلامت الکترونیک در قالب کنسرسیومی از بازیگران مختلف حوزه سلامت دارد. در این راستا، موارد زیر قابل ذکر و توصیه است:

الف) قطعاً شکل گیری یک اپراتور سلامت الکترونیک، قبل از شکل گیری رگولاتور ملی سلامت الکترونیک و قوانین رگولاتوری مرتبط اعم از تعرفه، مدل رقابت، و نحوه فراخوان و مشارکت اپراتورهای متقاضی، ممکن است ابهامات زیادی را مطرح نماید. توصیه می شود ابتدا موضوع رگولاتوری حوزه سلامت الکترونیک، و چارچوب و قوانین آن به صورت مشخص و شفاف، اعلام و سپس طی فراخوان عمومی، تمامی متقاضیان اپراتوری مورد ارزیابی و صلاحیت سنجی انتخاب قرار گیرند. با توجه به اینکه در حال حاضر، ساختاری سازمانی تحت این عنوان رسماً در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات با نیروی تخصصی مکفی این موضوع وجود ندارد، شکل گیری این ساختار، در زمان بندی راهبردی آن وزارت در اولویت قرار گیرد.

ب) توصیه می شود رگولاتور از اپراتور به دلیل شبهات تعارض منافع تفکیک شوند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های وابسته، به عنوان رگولاتور، نمی تواند خود همزمان اپراتوری تشکیل داده و خود بر خود نظارت نمایند. پیشنهاد می گردد به منظور کاهش تصدی گری بخش دولتی، فعالیت اپراتوری به خارج از ساختار دولت منتقل شده و به بخش خصوصی و به ویژه شرکت های دانش بنیان اجازه داده شود به صورت فعال در رقابت اپراتوری تحت نظارت رگولاتور شرکت نمایند .

ج) تجربه وزارت ارتباطات در راه اندازی اپراتورهای مخابراتی نشان داده است که حتماً ساختار تشکیلات زیرساخت نظام سلامت الکترونیک، اعم از درگاه ملی، مدل تبادل، تیم فنی و تشکیلات مدیریتی آن می بایست قبل از انتخاب و شروع به کار اپراتورها به عنوان

سرویس دهنده اصلی به اپراتورهای سلامت الکترونیک و انتظام تعاملات و تبادلات و محور قراردادی پرونده الکترونیک سلامت مورد توجه باشد .

۳- پیشنهاد می شود از توان خبرگانی انجمن های علمی و گروه های تخصصی دانشگاه ها در این حوزه استفاده شود: از توان تخصصی مشورتی انجمن های علمی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در حوزه های مرتبط با سلامت الکترونیک تشکیل شده-اند (مانند انجمن های انفورماتیک پزشکی، و مدیریت اطلاعات سلامت) و همچنین توان اساتید رشته ها و گروه های آموزشی انفورماتیک پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت، و فناوری اطلاعات سلامت در دانشگاه های علوم پزشکی کشور که دارای صدها فارغ التحصیل زبده مرتبط با این حوزه در کشور هستند در تهیه، بازبینی، تحقیق و توسعه، بهبود و تقویت، و نظارت بر این برنامه ها استفاده شود.

۴- از شاخص های ملی پیشبرد سلامت الکترونیک و داشبورد ملی جامع سلامت دیجیتال استفاده شود: پیشنهاد می شود با توجه به اینکه برنامه جامع سلامت الکترونیک پیشنهادی قرار است در بین ۶۳ دانشگاه مشارکت کننده توزیع شده و حرکتی یکپارچه و در قالب معماری واحد و تحت یک استاندارد، برنامه، و چارچوب مشخص پیش برده شود، از یک داشبورد ملی جامع سلامت دیجیتال مبتنی بر شاخص های پیشبرد و یا استقرار سلامت الکترونیک، مانند شاخص های کیفیت اطلاعات، شاخص های بکارگیری سامانه های اطلاعات سلامت، شاخص های کاربرد پذیری سامانه ها در بین کلیه ذینفعان (از مردم گرفته تا پزشکان و فراهم کنندگان) و شاخص های اثر-هزینه و اثربخشی استفاده نمود. ارایه این گزارشات مستمر و دوره ای در قالبی استاندارد به تمام بازیگران، علاوه بر تقویت نقش رقابتی دانشگاه های فعال و پیشرو، فضایی شفاف، مثبت و کمک کننده را در کل نظام سلامت برای پیشبرد اهداف عالیه آن وزارت فراهم خواهد نمود.

بطور خلاصه ضمن آرزوی موفقیت برای کلیه مدیران درگیر در حوزه سلامت الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام سلامت، کارگروه سلامت دیجیتال فرهنگستان علوم پزشکی اعلام آمادگی خود را در هریک از برنامه ها، زیربرنامه ها، و قالب های معماری و زیرساختی، با استفاده از توان خبرگانی خود در قالب های مختلف ارایه

خلاصه سیاستی، پژوهش های کاربردی، و برگزاری جلسات هم اندیشی، آینده نگاری، و نظریه پردازی اعلام می نماید.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم ریسی

سلامت الکترونیک

سلامت الکترونیک به عنوان بخش مهمی از دولت الکترونیک یکی از الزامات و تکالیف قانونی مدیریت کلان حوزه سلامت است.

اگرچه مقدمات پیاده سازی سلامت دیجیتال در نزدیک به یک دهه به تدریج فراهم شده است، ولی پیش از بلوغ کامل این ارکان، بر استفاده از نسخه الکترونیک تاکید بیشتری صورت گرفته است. فرایند پیاده سازی نسخه الکترونیک با محوریت سازمان های بیمه گر طراحی و پیش برده شده است و مقدمات مهم آن از جمله الزامات حقوقی دسترسی به کدها و فهرستها و دستورالعمل های خرید خدمت در قالب الکترونیک هنوز فراهم نیست. طیف گسترده پزشکان نسخه نویس مورد مشورت و نظرسنجی قرار نگرفته اند.

تاکید بر اجرای فراگیر و بدون استثنای نسخه نویسی الکترونیک بدون پرداختن به این چالش های جدی، می تواند زمینه ساز اجرای ناموفق، تضییع حقوق بیماران بویژه قشر آسیب پذیر و در نهایت افت کیفیت و افزایش پرداخت از جیب مردم در خدمات سلامت گردد.

از این جهت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ضمن برگزاری نشست های کارشناسی متعدد موضوع را مورد بررسی قرار داده و پیشنهادهای ذیل را جهت امعان نظر و ابلاغ به مبادی ذیربط ارائه می نماید.

راهنمها و اقدامات لازم

۱- پیاده سازی سلامت الکترونیک و نسخه الکترونیک باید موضوعی فرابخشی و ملی تلقی بشود و متولی معینی در سطح کشور داشته باشد.

۲- نسخه الکترونیک باید بخشی از یک برنامه کلان سلامت الکترونیک باشد و با پرونده الکترونیک سلامت یا جایگزین محدود آن در ارتباط باشد.

۳- پروژه نسخه الکترونیک باید فراتر از جایگزین دفترچه بیمه پیش برده شود و افراد بدون بیمه و کارگزاران بدون قرارداد با بیمه را هم پوشش بدهد.

۴- ابزارهای نسخه نویسی الکترونیک باید تا جایی بهینه‌سازی شوند که در رابطه پزشک- بیمار خللی وارد نکنند و نیازهای گروه‌های مختلف تخصصی را با درک گردش کار بالینی آنها برآورده سازند.

۵- نسخه‌نویسی الکترونیک باید پوشش‌دهنده کلیه نیازهای زیرشاخه‌های تخصصی و کلیه موقعیت‌های کاری متنوع از جمله محیط‌های آموزشی و دولتی و خصوصی باشد. برای این منظور باید از مشارکت مستقیم ذی‌نفعان حوزه پزشکی بهره گرفت.

۶- باید روش استفاده و ابعاد مختلف نسخه الکترونیک به مردم و کارگزاران سلامت بطور گسترده و پیوسته آموزش داده شود و اقدامات فراگیر برای فرهنگ‌سازی در پیش گرفته شود.

۷- فرایند پیاده‌سازی نسخه الکترونیک باید گام به گام و همراه با مشوق‌های لازم باشد. برای حفظ منافع و سلامت مردم، باید در حالت‌های مختلف عدم امکان نسخه‌نویسی الکترونیک، جایگزین‌های متنوع پیش‌بینی و در دسترس باشند.

۸- باید در یک حرکت متمرکز و فوری کلیه کدها و اطلاعات زیرساختی مورد نیاز برای درج در نسخه الکترونیک بازنگری، به روز رسانی و تکمیل بشوند.

۹- روند پیاده‌سازی نسخه الکترونیک باید توسط موسسات ناظر غیر از مجریان بطور علمی و دقیق رصد، مستندسازی و تجزیه و تحلیل شود.

مکاتبه با سرپرست محترم پژوهشگاه فضای مجازی جناب آقای دکتر حسین مطلبی کربکندی

پیشنادهای اصلاحی در مورد سند اخلاقی کسب و کارهای سلامت

الکترونیک در حوزه مشاوره و درمان

درخصوص استعلام جناب عالی از نظرات خبرگانی این فرهنگستان در ارتباط با اسناد پیوست نامه شماره ۱۰۲۳۰۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ با موضوع "سند اخلاقی کسب و کارهای سلامت الکترونیک در حوزه مشاوره و درمان"، فرهنگستان علوم پزشکی ضمن قدردانی از اصل تلاش برای تدوین اولین کد اخلاق حرفه‌ای کسب و کارهای سلامت الکترونیک کشور به عنوان قدمی ضروری و مبارک در تاریخ سلامت دیجیتال ایران، موارد ذیل را به عنوان توصیه‌ها و بازخورد خبرگان منتخب حیطه سلامت دیجیتال فرهنگستان، در پنج محور تعاریف و نامگذاری، ویرایش ادبی و فنی، شفافیت حرفه‌ای در تدوین، محدوده موضوعی و تسهیم وظایف، و اسناد مکمل بالادستی به شرح ذیل تقدیم و امید است مورد عنایت قرار گیرد.

۱. تعاریف و نامگذاری

پیشنهاد می‌شود لیست کاملی از تعاریف، مفاهیم بسیار متنوع بیان شده را مشخص و شفاف نماید. از آنجا که سند مرجعی برای این تعاریف در کشور وجود ندارد، این ضرورت دو چندان می‌باشد. همچنین، اسناد ملی، از لحاظ تعریف و ساختار بهتر است در قالب ساختار مشخص و متناسب با ساختارهای مشابه بین المللی باشند. در مستند از انواع مختلفی از اصطلاحات و اسامی برای اشاره به آن استفاده شده است که به هیچ یک از ساختارهای رایج شناخته شده قابل اطلاق نیستند. ساختار آیین نامه با ساختار کد و استاندارد بسیار متفاوت است و اصطلاح سند، به عنوان نام مستند، مفهومی کلی و بدون اطلاق است. برای مثال از آنجاییکه ظاهر بسیاری از بخش های محتوایی از لحاظ ساختاری به سند کدهای اخلاق شباهت دارد، بهتر است عنوان سند به صورت متناسب در نظر گرفته شده و برای حفظ استنادپذیری کدهای مورد استفاده، برای هر کد، شماره مشخصی برای ارجاعات متعاقب و استفاده توسط سازمان های نظارتی و یا موارد مشابه در نظر گرفته شود. یا اینکه در بحث نامگذاری، از آنجاییکه سلامت دیجیتال، عنوانی جامع تر از سلامت الکترونیک بوده و

شامل mHealth و همه موضوعات هدف سند می باشد، توصیه می شود از این عنوان، به عنوان اصطلاح صحیح تر استفاده گردد. همچنین کلمه "مجازی" به عنوان معادل کلمه virtual در انگلیسی، معادل اشتباهی برای خدمات سلامت الکترونیک و دیجیتال به صورت عام هستند. خدمات مجازی سلامت، فقط به بخش محدودی از خدمات اطلاق می گردد که اشخاص حقیقی در آن وجود نداشته و یا حضور آنها مانند دنیای متاورس، به صورت مجازی و انتزاعی هستند و کل خدمات سلامت الکترونیک و دیجیتال، مجازی محسوب نمی شوند.

۲. ویرایش ادبی و فنی

توصیه می شود این سند به عنوان سند ملی، قبل از انتشار، توسط افراد خبره حرفه ای، از لحاظ ویرایش، مورد بازبینی و بازنگاری قرار گیرد. موارد بسیاری از ابهامات و اشکالات ویرایشی توسط اساتید مورد مشورت ذکر شده اند که می تواند روی شیوایی و رسایی محتوا تاثیرگذار باشند. برای مثال، اصطلاحاتی مانند پردازشگر داده در دنیای سلامت دیجیتال آن هم به عنوان یک نهاد به نمایندگی و هدایت کنترل کننده، هر چند در اروپا به عنوان یک اصطلاح مورد پذیرش و کاربرد قرار گرفته، ولی در کشور ما اصطلاحات مبهمی از لحاظ دامنه کاربرد محسوب می شوند. در مثال دیگر، با اینکه مخاطب سند، کلیه ابزارهای مورد استفاده در عالم خدمات سلامت دیجیتال می باشد، در توصیه ها ذکر شده است که "به مصرف کنندگان در سایت خود یک انتخاب معنادار ارائه دهید" که این توصیه فقط منحصر به صاحبان وب سایت های کسب و کار است و نه مخاطب کل سند. همچنین، در بسیاری از موارد، اصطلاحات "بهتر است"، یا "می بایست"، با کلمات دستوری و الزامی-امری جایگزین شده که با ماهیت سند در تضاد می باشد. و در مثال آخر، در قسمت ۴-۲ که مرتبط با کلیه کارمندان نظام سلامت دیجیتال می باشد ذکر شده است: "به عنوان متخصصان انفورماتیک، صلاحیت و شایستگی خود را از طریق آموزش مداوم و یادگیری مادام العمر حفظ کنید." قطعاً کارکنان فقط شامل این دسته از متخصصان نمی باشند و منظور تدوین کنندگان هم این نیست.

۳. شفافیت حرفه ای تدوین

توصیه می شود در فرآیند تدوین سند، لیست محققین، مراکز مشارکت کننده، نویسندگان و ویراستاران، به عنوان بنیان علمی- محتوایی یک کار حرفه ای ملی، ذکر شده و در موارد استنادات و هم اندیشی ها مورد اشاره و ارجاع قرار گیرند. برای مثال، در سند روش کار، لیست تعداد بسیاری از منابع لیست شده اند که بسیاری از آنها منابع بسیار باارزش و حاوی کدهای اخلاق فراوانی هستند و این در حالیست که روش استخراج، انتخاب و نیز اینکه آیا غیر از فرآیند مطالعه مروری-گزینشی، آیا از جمع های خبرگانی برای نهایی سازی کدهای جمع آوری شده استفاده شده است در هیچ قسمتی اشاره نشده است.

۴. محدوده موضوعی و تسهیم وظایف

هر چند محتوای سند تهیه شده را می توان به کلیه حیطه کسب و کارهای سلامت دیجیتال اطلاق نمود ولی در جاهایی از سند، از جمله بخش ۳-۲، به مباحث اختصاصی اخلاق در کسب و کار و حرف پزشکی (و نه سلام دیجیتال) اختصاص یافته است. در این موارد توصیه می شود ضمن اشاره به اسناد بالادستی کدهای اخلاق های کسب و کار حرفه ای (که می بایست توسط سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت مورد تایید و تصویب و ابلاغ قرار گرفته باشند) محتوا به کدهای خاص قابل استفاده در اصل موضوع سند اختصاص یابد. از طرفی، بسیاری از محتویات مورد اشاره در بخش متخصصین مراقبت، در بکارگیری پلتفرم، فرآیندهای آن، امنیت و محرمانگی، و اساسا بر عهده صاحب کسب و کار سلامت دیجیتال است و نه مراقب سلامت، در حالیکه این محتواها، بخش عمده ای از این قسمت ها را تشکیل و بر عهده مراقب سلامت گذارده است. و موضوع آخر در این مورد اینکه، مسئولیت های "باید" مراقبین سلامت، نزدیک به نیمی از سند را به خود اختصاص داده است در حالیکه مسئولیت های صاحبان کسب و کار، تنها بخش محدودی را شامل می شود. اکیدا توصیه می گردد در نحوه تعیین و تسهیم این مسئولیت ها، با وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی، به عنوان متولیان نظام سلامت و کدهای اخلاقی مرتبط موضوع مطرح و این ترسیم به تایید رسمی آنها برسد. و رای اینکه، این مسئولیت ها می بایست توسط این ارگان های معظم به صورت جداگانه و در راستای وظایف بالادستی شان به تمامی مراقبین ابلاغ شود.

۵. نیاز به اسناد مکمل بالادستی:

پیشنهاد می شود از آنجا که جای بسیاری از اسناد بالادستی فنی-محتوایی در کنار این سند خالی است، قوانین و استانداردها و آیین نامه های متناسب در بحث نحوه نگهداری داده های سلامت، نقل و انتقال و به اشتراک گذاری، انواع تخلفات و جرایم مربوط به افشای اطلاعات و عبور از حریم خصوصی و محرمانگی، مرجع و روش تعیین تعرفه های مجاز، و مواردی از این دست نیز اشاره شود. همچنین، موکدا توصیه می گردد، در کنار این سند ارزشمند کدهای اخلاقی، یک نسخه ویژه شهروندان یا کاربران در نظام خدمات سلامت دیجیتال به عنوان محدوده حقوق آنها در این نظام تدوین و در اختیار مردم گذاشته شود. تجربه جهانی نشان داده شده است که مردم آگاه با اطلاع از حقوق شان می توانند بهترین عامل تحکیم قوانین شهروندی باشند.

در پایان، امید است با همت والای جناب عالی و همکاران در کنار بدنه نظام سلامت کشور، ظرفیت حیطه عظیم سلامت دیجیتال، نظام مند و قانون مند، به نحو احسن در خدمت مردم عزیز کشورمان قرار گیرد.

مستند حمایت طلبی

لزوم حفظ و ارتقاء منزلت جامعه پزشکی^۱

تحکیم و ارتقای منزلت و افزایش اعتماد عمومی فیما بین خدمتگزاران سلامت و مردم، وظیفه مشترک سیاستگزاران و مدیران و همه کنشگران سلامت است. اهتمام به این موضوع مهم فرهنگی و معنوی، موجبات تأمین، نگهداشت و ارتقای سلامت همه جانبه در سطح جامعه را فراهم خواهد ساخت. این مستند عوامل موثر و تعیین کننده و نیز راهبردها و راهکارها آن را بطور اجمال ارائه نموده است.

عوامل موثر و تعیین کننده منزلت اجتماعی جامعه پزشکی

این مستند در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت بهار ۱۴۰۱ منتشر شده است.^۱

وجود الگوهای الهام بخش و نقش تأثیرگذار آنان در نظام سلامت

وجود رابطه مالی بین گروه پزشکی و گیرندگان خدمت در نظام پرداخت فعلی

کمرنگ بودن نقش تربیتی و فرهنگی استادان و میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای توسط صاحبان حرف پزشکی

نظام های نامناسب جذب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی اعضای هیئت علمی، مدیران و دانشجویان

نقش و عملکرد ضعیف انجمن‌های علمی و صنفی

وقوع برخی تخلفات حرفه ای و صنفی و عدم برخورد قاطع با تخلفات حرفه پزشکی

تعارض منافع، و آثار سوء آن بر قداست و منزلت حرفه ای

بی ثباتی‌های اقتصادی و ضعف و تهدید امنیت شغلی

جوسازی و بزرگنمایی ضعف ها و کاستی ها و آثار سوء آن بر اعتماد عمومی و قداست جامعه پزشکی

راهبرد ها و راهکارهای ارتقاء منزلت اجتماعی گروه پزشکی

محور قرار دادن سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، در مصداق ارتقاء منزلت جامعه پزشکی، بویژه بندهای ۱، ۹ و ۱۳

معرفی الگوهای معتبر و ترویج شیوه شاگردپروری و سیره زندگی فردی، علمی، حرفه‌ای و اجتماعی آنان

شناسایی علل و مصادیق تعارض منافع، سهم خواهی، و تقاضاهای القایی و تلاش در مدیریت صحیح آنها

حذف هرگونه ارتباط شرکت های دارویی و تجهیزات پزشکی با پزشکان و گروه پزشکی و استفاده از هدایای احتمالی و حمایت های مردم نهاد و تجاری ، صرفاً از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

قطع روابط مالی مستقیم بین ارائه دهندگان و گیرندگان مراقبت ها و خدمات سلامت ، و مدیریت آن از طریق بیمه ها

بازسازی و توسعه شبکه بهداشتی درمانی و ارائه مراقبت ها و خدمات ادغام یافته، جامع و کیفی آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت

نظارت شفاف و کارآمد بر بخش دولتی و خصوصی و برخورد جدی با تخلفات

استقرار سیستم نظارتی پویا، کارآمد و دارای شفافیت بر عملکرد جامعه پزشکی

تاکید بر نقش فرهنگی و تربیتی استادان در نظام آموزشی

ارائه تسهیلات به جوانان شاغل در حرف پزشکی و تامین زندگی درخور برای آنان

مشارکت دادن جوانان شاغل در حرف پزشکی در تصمیم سازی های نظام سلامت

پیشگیری از برخوردهای غیرمنطقی، نظیر بزرگنمایی ضعف ها و تعمیم آن به عموم جامعه سلامت

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

پیشگیری از تضعیف و تخریب ارکان سلامت جامعه

خلاصه اجرایی:

بدینوسیله نظر ریاست محترم جمهوری را درخصوص سه موضوع مهم زیر که فضای سلامت کشور را تحت الشعاع قرار داده است، جلب می‌نماید:

۱- طرح مجدد زمزمه‌های انتزاع آموزش و پژوهش پزشکی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت که برخلاف سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری می‌باشد.

۲- حذف اعضای موثر سلامت از ترکیب اصلی شورایعالی انقلاب فرهنگی که بسیار نگران‌کننده است.

۳- تلاش برای تضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ارکان سلامت جامعه به انحاء مختلف، از جمله هجمه‌های رسانه‌ای، بی‌توجهی به نظرات کارشناسی مسئولانه صاحب‌نظران، در موضوعات مهمی نظیر مطالبات صریح مقام معظم رهبری در بازسازی، تقویت و توسعه شبکه بهداشتی درمانی، ظرفیت رشته‌ها، بی‌توجهی به دیدگاه‌ها و اقدامات معکوس در جهت پیشنهاد ساختارهای موازی (نظیر مستند پیوست که صرفاً برای اطلاع حضرت‌عالی ضمیمه است)

در دوره اولیه فعالیت دولت محترم سیزدهم، سه موضوع مهم، فضای سلامت کشور را تحت‌الشعاع قرار داده است:

۱- طرح مجدد زمزمه‌های انتزاع آموزش و پژوهش پزشکی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت: در این زمینه عظیم‌ترین دستاورد نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در حوزه سلامت و اصولی‌ترین سیاست راهبردی سلامت، مصرح در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، توسط افرادی که شناختی از سلامت و آموزش پزشکی ندارند، هدف‌گیری شده و به تذکرات مشفقانه صاحب‌نظران، حتی درجلسات کارشناسی شورایعالی انقلاب فرهنگی، که اینجانب هم حضور داشتم، نه تنها توجه نشده بلکه بصورتی صریح بی‌اعتنائی شده است.

۲- حذف اعضای موثر سلامت از ترکیب اصلی شورایعالی انقلاب فرهنگی که بسیار نگران‌کننده است و نقش این مرجع عالی کشور را در حمایت از دستاوردهای عظیم سلامت کمرنگ و نقش‌آفرینی راهبردی آن در صیانت از سلامت

ملت بزرگ ایران را تضعیف و در نهایت به تضعیف نظام سلامت منتهی خواهد شد. بنظر می‌رسد از اولویت‌دارترین موضوعات راهبردی آن شورای عالی محترم، باید اهتمام به تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد ملت شریف کشور باشد.

۳- تلاش برای تضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ارکان سلامت جامعه به انحاء مختلف، از جمله حمله‌های رسانه‌ای، بی‌توجهی به نظرات کارشناسی مسئولانه صاحب‌نظران، در موضوعات مهمی نظیر مطالبات صریح مقام معظم رهبری در بازسازی، تقویت و توسعه شبکه بهداشتی درمانی، ظرفیت رشته‌ها، بی‌توجهی به دیدگاه‌ها و اقدامات معکوس در جهت پیشنهاد ساختارهای موازی (نظیر مستند پیوست که صرفاً برای اطلاع حضرت‌عالی ضمیمه است، چون انتشار رسمی نداشته ولی در فرهنگستان علوم پزشکی توسط تهیه‌کنندگان ارائه شد و مورد اعتراض شدید قرار گرفت) و مطالب مهم دیگری که مجال پرداختن به آنها نیست، اما حسب مورد در مکاتبات این فرهنگستان متذکر شده است.

عطف بمراتب، یادآوری مجدد مسئولیت تاریخی و سرنوشت ساز حضرت‌عالی در مقام ریاست جمهوری اسلامی ایران، ریاست شورای عالی انقلاب فرهنگی و ریاست شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ضروری است. رؤس این مسئولیت‌ها در اهتمام همه جانبه برای تحقق سیاست‌های کلی سلامت و سایر منویات مقام معظم رهبری، تحکیم بنیان‌های سلامت و دفاع از دستاوردهای فاخر و بینظیر، تعظیم شعائر سلامت و تکریم و ترویج عملکردهای حیات‌بخش جامعه سلامت در دفاع مقدس و سایر مأموریت‌ها تا تجربه اخیر کنترل همه‌گیری ویروس منحوس کرونا، پیشگیری از تضعیف بنیان‌های سلامت جامعه و سایر تدابیر حضرت‌عالی، می‌تواند متجلی شود.

مکاتبه با رئیس محترم سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر پیمان جبلی

مقابله با تبلیغات منفی علیه جامعه پزشکی

اعضای جامعه پزشکی علاوه بر انجام وظایف خطیر خود در ارتقاء سلامت و ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی به آحاد جامعه، در همه ایام و به ویژه در مقاطع خطیر و حساسی

مانند دفاع مقدس، بلایای طبیعی این توفیق را نیز داشته که در طول همه گیری کرونا علیرغم محدودیت ها بعنوان مدافعین سلامت این همه گیری را با عنایت الهی به بهترین شیوه ممکن مدیریت نمایند و به فرموده رهبر معظم انقلاب این زحمات با ارزش جایگاه جامعه پزشکی را در جامعه ارتقاء بخشیده است. متأسفانه در هفته های اخیر که موضوع افزایش ظرفیت رشته های پزشکی مطرح گردیده و به شدت نیاز به اظهار نظر کارشناسی حوزه سلامت می باشد، در رسانه ملی شاهد تبلیغات منفی گسترده علیه جامعه خدوم پزشکی هستیم و با عباراتی نظیر تعارض منافع، نظرات کارشناسی علمی این عزیزان مورد انتقاد قرار گرفته و منجر به ایجاد جو منفی در افکار عمومی علیه این قشر خدوم شده است. لذا خواهشمند است بنا به وظیفه خطیر رسانه ملی در تنویر افکار عمومی، دستور فرمائید تذکرات لازم به مجموعه های ذیربط داده شود.

مکاتبه با رئیس محترم سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر پیمان جبلی

توجه به سلامت عمومی جامعه در رسانه ملی

سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، مأموریت خطیر هدایت و مدیریت فرهنگ و افکار عمومی جامعه و وظایف متعددی از جمله آگاهی و ترویج سبک زندگی سالم اسلامی ایرانی در میان آحاد ملت را بر عهده دارد و به فرموده حضرت امام راحل (ره) نقش یک دانشگاه بسیار ارزشمند را ایفا می کند. یکی از موضوعات مهم در این خصوص ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه و آحاد آن در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و به ویژه معنوی می باشد. اخیراً شایعاتی در مورد حذف یا کاهش فعالیت شبکه سلامت به گوش می رسد که امیدوارم صحت نداشته باشد. اتفاقاً دو روز قبل خدمت مقام معظم رهبری در مورد جایگاه سلامت در جمهوری اسلامی ایران عرایضی داشتم و به دلیل نقش بی بدیل سلامت جامعه در پیشرفت و توسعه کشور و نیز تامین رضایت مردم و نقش انسان سالم در بهبود وضع اقتصادی خانواده ها و کشور و کاهش بار بیماری ها و هزینه ها، مطالبی را به استحضار ایشان رساندم که در آن به نقش صدا و سیما هم اشاره ای نمودم. ایشان توصیه فرمودند که با توجه به جایگاه فرهنگستان علوم پزشکی، شخصاً مطلب را به حضرت عالی منعکس نمایم. تقاضا دارم دستور فرمائید شبکه سلامت صدا و سیما به گونه ای تقویت شود که عمده

مباحث آن در راستای پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه و آن هم با بیان و زبان روان و ساده صورت پذیرد و حتی المقدور از ورود به موضوعات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی و مباحثی که مبلغ تجهیزات و امکانات خیلی پیشرفته و گران پزشکی است خودداری شود. همچنین درخواست دارم دستور فرمائید شورای سیاستگذاری سلامت که سال‌های طولانی ارائه خدمت می‌کرد ولی گاهی به دلیل عضویت اعضایی که به مسائل سلامت عمومی جامعه اشراف نداشتند دچار ضعف در عملکرد می‌شد، مجدداً احیاء شده و بر عملکرد آن با دقت نظارت به عمل آید.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی
(۱۴۰۰/۶/۳۱)

مستند حمایت طلبی

مهاجرت نخبگان بخش سلامت

با توجه به ارزش و جایگاه این سرمایه‌های ارزشمند برای ارتقاء و توسعه تمدنی فعلی و آتی کشور، متأسفانه اخبار اخیر مربوط خروج و از دست رفتن سرمایه‌های انسانی در حوزه‌های مختلف اعم از بخش بهداشت و درمان، موجبات نگرانی دلسوزان این مرز و بوم از جمله اعضای فرهنگستان علوم پزشکی را فراهم آورده است. بر همین اساس، پیرو چالش جدی مهاجرت کادر بهداشت و درمان، باید نکات زیر مورد توجه قرار گیرد:

• رقابت برای جذب کادر بهداشت و درمان کشورها در دوران کرونا؛

با توجه به هزینه نسبی بسیار گزاف برای آموزش و پرورش نیروی انسانی در حوزه بهداشت و درمان، کشورها تلاش زیادی برای حفظ این سرمایه‌ها و جذب نیروهای پزشکی و پرستاری از سایر کشورها دارند. لذا کشورهای توسعه یافته تر و مهاجرپذیر در تلاش جدی هستند تا با معرفی و پیاده سازی برنامه های جذاب و تسهیلاتی از جمله ویزای سریع و رایگان، معرفی فرصتهای شغلی با درآمدهای بالا و غیره، نیروهای فنی مورد نیاز بهداشت و درمان دیگر کشورها، بخصوص کشورهای در حال توسعه از جمله ایران را ترغیب به مهاجرت نمایند. با توجه به شرایط موجود، مهاجرت این بخش از نیروی انسانی برای کشور بسیار خسارت بار

است. بر همین اساس برخی از کشورهای حوزه خلیج فارس و همچنین دیگر کشورهای منطقه از جمله کشور ترکیه به سرعت در حال برنامه ریزی و اجرای برنامه های منسجم برای جذب سرمایه های انسانی متخصص و حرفه ای سایر کشورها از جمله کادر بهداشت و درمان در راستای دستیابی به اهداف بلند پروازانه خود در حوزه های اقتصادی و اجتماعی و سیاسی در افق کوتاه مدت و بلند مدت می باشند.

• وضعیت و دلایل مهاجرت کادر بهداشت و درمان در ایران

بر اساس مطالعات و شواهد موجود، تمایل و تصمیم به مهاجرت در میان کادر پزشکی و به ویژه پرستاران ایرانی برای مهاجرت از کشور با توجه به تفاوت دستمزد داخلی و خارجی مشهود و ملموس است. از آنجا که آمار دقیقی از میزان مهاجرت پزشکان و پرستاران ایرانی وجود ندارد ولی در اظهارات مسئولان ذی ربط بعضاً به آن اشاره می شود. در پیمایشی که (بصورت محدود) در بهار سال جاری توسط رصدخانه مهاجرت ایران در خصوص "میل به مهاجرت" و همچنین "تصمیم به مهاجرت" در میان پزشکان و پرستاران انجام شده است حاکی از آن است که در حال حاضر میل به مهاجرت در میان این گروه ۷۳ درصد بوده است، که ۴۰ درصد از آنان برای مهاجرت از ایران تصمیم جدی داشته اند. بر اساس این پیمایش، پنج عامل اصلی تمایل به مهاجرت در میان پزشکان و پرستاران: «بی ثباتی اقتصادی- اجتماعی»، «کیفیت زندگی بهتر در خارج از کشور»، «شیوه حکمرانی و مملکت داری»، «کاهش ارزش پول ملی در برابر ارزهای بین المللی» و «درآمد پایین» اعلام شده است. عوامل اقتصادی مرتبط به اقتصاد کلان یا اقتصاد حوزه پزشکی از مهمترین پيشران های مهاجرتی در این حوزه می باشد.

• تاثیر و نقش ذینفعان موضوع مهاجرت نخبگان در بخش های

دولتی و غیر دولتی کشور

در موضوع مدیریت مهاجرت در حوزه نیروهای حرفه ای بخش بهداشت و درمان، به ویژه پزشکان و پرستاران ذی نفعان مختلفی در سطوح مختلف موثر یا تاثیرپذیر هستند. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاستگذار حوزه بهداشت و درمان و نیروی انسانی این حوزه که مسئولیت تامین نیروی انسانی و ارتقای شاخص های بهداشت و سلامت را بر

عهده دارد باید با پایش دقیق روندهای مرتبط با نیروی انسانی از جمله جابه جایی و مهاجرت آنها پیگیری و اقدام جدی به عمل آورد. در این راستا: شناسایی عوامل مهاجرت یا خروج از خدمت پزشکان و پرستاران برنامه ریزی و سیاستگذاری برای نگهداشت نیروی انسانی در این حوزه ضروری است.

شورای عالی انقلاب فرهنگی، مجلس شورای اسلامی نیز باید در تصویب و حمایت از قوانین و مقررات مورد نیاز در این حوزه نقش آفرینی کنند. معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری که چندی است در زمینه بازگشت متخصصان مقیم خارج از کشور اقدامات ارزشمندی را در حوزه رصد مهاجرت نخبگان و طراحی راهکارهای مواجهه با آن به عمل آورده است. باید مشارکت در سنجش وضعیت و طراحی برنامه‌ها و راهکارهای متناسب با این حوزه را به طور جدی در دستور کار خود قرار دهد.

• پیشنهاد های سیاستی و راه حل های اجرایی

۱- با کاهش ارزش پول ملی و دستمزدهای نسبی درمقایسه با همتایان خارجی، انگیزه مهاجرت در میان پزشکان و پرستاران بسیار قوت یافته است. ریشه مهم تمایل به مهاجرت و مهاجرت گسترده در گروه های حرفه‌ای به ویژه پزشکان و پرستاران مسائل کلان اقتصادی اجتماعی و در سالیان اخیر به ویژه اقتصادی است. علیرغم مسائل کلان اقتصادی اجتماعی که بخش عمده ای از آنها تحت تاثیر فشارهای بیرونی بر کشور تحمیل شده است لیکن به این بهانه نمیتوان در برابر عوارض مهمی چون مهاجرت و تمایل به مهاجرت گسترده سرمایه انسانی کشور بی تفاوت بود و مشکل از دست رفتن هرچه بیشتر سرمایه های انسانی کشور را نادیده گرفت. در چنین شرایطی درک صحیح از سایر عوامل نگه داشت و ایجاد تعلق برای نیروی انسانی اهمیت بیشتری می یابد. بدین معنا که سایر انگیزه های ماندن و خدمت به کشور نیز مانند سرمایه اجتماعی و اعتماد عمومی، احساس اثر بخشی و مفید بودن برای مردم و کشور، امید به اصلاح و بهبود، در عمل باید در حوزه فعالیت متخصصان این حوزه مورد توجه قرار گیرد و شکوفا شود.

۲- متناسب سازی درآمدها در بخش های مختلف فعالیت کادر بهداشت و درمان و رفع تبعیضهای بین بخشی. در بخش های دولتی و خصوصی و در مشاغل مختلف این حوزه امری ضروری است که بایستی در جهت حل آن اقدام جدی به عمل آید.

۳- قرار گرفتن رصد وضعیت سرمایه انسانی بخش بهداشت، سلامت و درمان از جمله وضعیت مهاجرت نیروی انسانی در بخشهای مختلف در دستور کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، به عنوان مبنای تحلیل و برنامه‌ریزی در این حوزه باید مورد توجه جدی این وزارت خانه قرار گیرد.

۴- در بخش های مختلف نیروهای حرفه ای فعال در حوزه بهداشت و درمان اعم از پزشکان، پرستاران و غیره، باید عوامل حرفه ای پیشران ناامیدی و یاس کارکردی شامل تبعیض ها و بی عدالتی ها، عوامل کاهنده انگیزه های حرفه‌ای و تلاش های اصلاحی و ... شناسایی و نسبت به رفع و ایجاد شرایط بهبود آنها تلاش شود.

۵- ضرورت دارد قوانین و مقررات لازم در این حوزه در دستور کار مجلس و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار گیرد.

مکاتبه با معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر باقری فرد
(۱۴۰۱/۵/۱۲)

درخواست آمار تفکیکی مهاجرت و خروج اعضای هیئت علمی

موضوع خروج اعضای هیئت علمی و مهاجرت آنان به خارج از کشور اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. هفته گذشته در دیدار هیئت رئیسه فرهنگستان با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی موضوع مطرح شد و مقرر گردید فرهنگستان مستندات متقن موضوع را برای طرح در شورای عالی انقلاب فرهنگی تهیه نماید.

لذا خواهشمند است آمار تفکیکی اعضای هیئت علمی رسمی و پیمانی هر دانشگاه علوم پزشکی غیر بازنشسته که در طی ده سال گذشته (به تفکیک سال):

۱. از کشور خارج شده و برنگشته‌اند

۲. بصورت اختیاری از کسوت هیئت علمی خارج شده و در بخش خصوصی مشغول شده‌اند

۳. افرادی که بصورت اختیاری تمام وقت جغرافیایی بوده و بعثت مشکلات مالی از تمام وقتی جغرافیایی خارج شده‌اند

ارسال هرچه سریعتر آمار درخواستی موجب امتنان است. بدیهی است پس از ارسال آمار، در تحلیل موضوع تبادل نظر لازم با کارشناسان معرفی شده از طرف جناب‌عالی انجام خواهد شد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۱/۶/۲۸)

بیانیه ۶- اهمیت تامین توانمندسازی و نگهداشت نیروی انسانی نظام

سلامت^۱

مقدمه:

مهمترین رکن نظام سلامت، بهره‌مندی از نیروی انسانی ماهر، متعهد و توانمند است و به همین دلیل ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران صورت پذیرفت. طی سالهای پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی ایران اقدامات مهمی در جهت تامین نیروی انسانی در همه رده‌ها صورت گرفته است. نظر به اینکه مسائل و چالش‌هایی در ارتباط با نیروی انسانی بخش سلامت بوجود آمده، مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ابعاد مختلف تامین، توانمندسازی و نگهداشت رده‌های مختلف نیروی انسانی نظام سلامت را مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار داده و راهبردهای اصلی پیشنهادی خود را ذیلأ ارائه می‌نماید.

بیان مساله:

همانگونه که در بند ۱-۱ و ۱۳ سیاستهای کلی سلامت آمده است* سه مشخصه خروجی‌های نظام آموزشی سلامت (برگرفته از این بندها)، دانش‌آموختگان برخوردار از

این بیانیه در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت تابستان ۱۴۰۱ منتشر شده است^۱

ویژگی‌های انسانی - اسلامی و آداب و اخلاق حرفه‌ای پزشکی انسانی - اسلامی و کارآمد و دارای مهارت‌های لازم برای پاسخ به نیازهای سلامت جامعه می‌باشد.

(اسناد بین‌المللی هم بر لزوم تامین نیروی انسانی کارآمد جهت بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از مراقبت‌ها و خدمات سلامت تاکید دارد).

در سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی، اقدامات مهمی برای تربیت نیروی انسانی نظام سلامت انجام پذیرفته است. تعداد و تنوع ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات سلامت افزایش قابل توجهی پیدا کرده، به نحوی که با پیاده‌سازی شبکه بهداشتی درمانی در کشور خدمات مورد نیاز به دورترین نقاط کشور برده شده است. تربیت نیروهای بهورزی در روستاها و مراقبین سلامت در شهرها، بعنوان خط اول ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت در شبکه بهداشتی درمانی کشور، انقلابی در بهبود شاخص‌های بهداشتی ایجاد نمود. تامین نیروی انسانی متناسب با نیازهای جامعه، با تاسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (محصول ادغام سازمانهای منطقه‌ای بهداری استان‌ها با دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی) حاصل شد.

اکنون ضرورت بازبینی پاره‌ای از قوانین، مقررات و آئین‌نامه‌های جاری مربوط به تامین، توانمندسازی و بویژه نگهداشت نیروی انسانی بیش از پیش احساس می‌شود.

چالش‌ها و راهبردها:

✓ چالش ۱ (خروج از کشور): مهمترین علل خروج نیروی انسانی سلامت از کشور عبارتند از

۱) رفاه اجتماعی، ناامیدی از آینده، احساس بی‌ثباتی شغلی و نگرانی از آینده فرزندان.

۲) فشار اقتصادی، کاهش ارزش پول ملی و پایین بودن دریافتی و عدم رشد آن متناسب با نرخ تورم.

۳) مشکلات مدیریتی بخش دولتی.

۴) بی اهمیت جلوه دادن موضوع و در نتیجه عدم تلاش برای پیشگیری و اصلاح آن.

۵) ازدست رفتن جاذبه عضویت هیئت علمی دانشگاه

راهبردهای چالش ۱

۱) رعایت شایسته سالاری در انتخاب مدیران بخش های دولتی و دانشگاهی

۲) حمایت های خاص مادی و معنوی لازم از گروه پزشکی و حفظ کرامت آنان

۳) تدوین برنامه ها، قوانین و مقررات شفاف به منظور ماندگاری نیروهای سلامت، بخصوص نخبگان و نظارت بر اجرای مطلوب آنها.

۴) اصلاح آیین نامه ها و مقررات جذب، ارتقاء و نظام پرداخت در دانشگاهها به نحوی که یک نظام انگیزشی قوی برای نگهداشت اعضای هیئت علمی بوجود آورد.

✓ چالش ۲ (عدم تمایل به فعالیت در بخش دولتی): متاسفانه عملکرد دولت ها نه تنها امکان تحقق سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت را فراهم ننموده بلکه در مواردی در تضاد با آنها عمل شده است. بعنوان مثال یکی از مهمترین موارد در این زمینه تشویق و ترغیب اعضای هیئت علمی به فعالیت تمام وقت جغرافیایی است که با هر نگاهی، سودآور است. هم آموزش و پژوهش را تقویت می کند و هم امکان ارایه خدمت به اقشار کم برخوردار را، توسط کارآمدترین پزشکان و هم هزینه نهایی ارایه خدمت را کاهش میدهد و کاملاً به نفع کشور است. اما متاسفانه عمده تاً به دلیل نوع مدیریت مالی حاکم در حوزه سلامت، فاصله درآمدی درون و بیرون دانشگاه به صورت فزاینده و غیر قابل قبول افزایش یافته و از طرفی ایجاد محدودیت های درآمدی در داخل

دانشگاهها باعث شده که جذابیت کار دانشگاهی به شدت کاهش یافته و منجر به عدم تمایل به فعالیت اعضای هیئت علمی در بخش دولتی شده است.

راهنماهای چالش ۲

(۱) تعدیل تعرفه‌های ارایه خدمات درمانی در بخش دولتی و خصوصی و یکسان کردن آنها (مطابق بند ۹-۶ سیاست های کلی سلامت ابلاغی) و نیز اصلاح فرمولهای مورد استفاده برای سقف‌گذاری و اخذ مالیات، به شکلی که جذابیت مالی بخش دولتی در مقابل بخش خصوصی افزایش یابد.

(۲) بورسیه کردن شایستگان از دوره کارورزی با پرداخت حقوق و تضمین استخدام. (برای رشته های تخصصی ضروری ولی کم متقاضی)

(۳) اصلاح نظام پرداخت به نحوی که درآمد گروه های مختلف بالینی (بخصوص گروه های کم درآمد مانند داخلی و اطفال) به هم نزدیک شود.

(۴) ایجاد بسته های حمایتی جبرانی: از قبیل تسهیلات (با سود کم) و با بازپرداخت دراز مدت، برای تهیه مسکن، خودرو، سایر امکانات زندگی و تشکیل خانواده برای اعضای هیئت علمی

✓ چالش ۳ (بازنشستگی اعضای هیئت علمی): مقررات بازنشستگی اعضای هیئت علمی در سالهای اخیر با افت و خیزها و تغییرات زیادی همراه بوده که اثر سوء آن ایجاد فضای نامطمئن شغلی برای اعضای هیئت علمی و خالی شدن دانشگاهها از نیروهای علمی باتجربه و افت سطح علمی دانشگاهها از عواقب آن می باشد.

راهنماهای چالش ۳

(۱) بازنگری در آیین نامه ها و مقررات حاکم بر بازنشستگی اعضای هیئت علمی به شکلی که حداکثر امکان استفاده از حضور رسمی و حتی المقدور تمام وقت ایشان فراهم گردد.

(۲) حفظ شان و تکریم اساتید بازنشسته و فراهم نمودن امکان فعالیت پاره وقت با پرداخت های مناسب و سپردن مسئولیت های لازم و مناسب و مشارکت دادن آنها در آموزش دوره های عمومی و تولیدات علمی.

✓ چالش ۴ (شفاف نبودن نحوه اداره دانشگاهها و جایگاه و وظایف اعضای هیئت علمی):

چارچوب اختیارات، وظایف، و جایگاه اجتماعی اعضای هیئت علمی به خوبی تبیین نشده و نظرات آنها مورد توجه قرار نمی گیرد و از تمهیداتی مانند کرسی های آزاداندیشی، تشکل- های اعضای هیئت علمی برای صیانت از جایگاه حرفه ای آنان و همچنین جلب مشارکت آنها در اداره امور، به خوبی استفاده نشده است.

راهبردهای چالش ۴

(۱) بازبینی مقررات و آیین نامه های مربوط به وظایف و اختیارات اعضای هیئت علمی و مشخص نمودن شرح وظایف آنها در حیطه های آموزشی، پژوهشی، مراقبت ها و خدمات سلامت

(۲) برگزاری کارگاه های توجیهی بدو ورود اعضای هیئت علمی برای توجیه کافی در خصوص شرح وظایف و قوانین و مقررات

(۳) توجه به مولفه های اجتماعی موثر بر نگهداشت نیروی انسانی، مانند حفظ حرمت، حمایت و عدالت سازمانی، مشارکت در اداره امور دانشگاه.

۴) برگزاری ملاقات های دوره ای مدیریت دانشگاهها با اعضای هیئت علمی
جهت شنیدن نظرات آنان

۵) تقویت جایگاه و اختیارات هیات امنا، در اداره دانشگاهها.

مکاتبه بارئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۰/۷/۱۲)

درخواست اعضای هیئت علمی در مورد سقف حقوق

ارسال نامه جمعی از اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی در خصوص سقف پرداخت حقوق برای اعضای هیئت علمی دانشگاه ها، جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

جناب آقای دکتر سید علیرضا مرندی

ریاست محترم فرهنگستان علوم پزشکی کشور

احتراما همانگونه که استحضار دارید طی سه سال اخیر، علاوه بر فشارهای سنگین اقتصادی، تصمیمات و اظهارات برخی افراد نیز موجب افزایش فشار به اعضای هیئت علمی دانشگاهها شده است. برخی کارگزاران، سیاستگذاران و رسانه ها، مکررا با فضا سازی غیرکارشناسی و دور از واقعیت، اعضای هیئت علمی را نجومی گیر معرفی می کنند. حال آنکه اعضای هیئت علمی با مشکلات فراوانی مواجه بوده، با سپری کردن سالها عمر و با گذر از فیلترهای دشوار متعدد در سنین بالا آغاز به خدمت کرده، با درآمد کمتر از بسیاری از کارکنان دارای مدرک و سن پایینتر مشغول به خدمت بوده، دارای دریافتی شفاف مندرج در حکم کارگزینی بوده و از حداقل مزایای رفاهی مشابه با دیگر کارکنان بهره مند هستند. علیرغم تلاش و ریزیهای مستمر، متاسفانه مصوبات مجلس محترم شورای اسلامی (جزء ۶ و ۷) بند (الف) (تبصره ۲۱)) قانون بودجه سال ۱۴۰۰ در خصوص پاداش پایان خدمت و سقف حقوق و مزایا، موجب بروز نگرانی جدی در رابطه با آینده شغلی بین اعضای محترم هیئت علمی شده است.

اجرای این مصوبات، ضمن به هم ریختن بسیاری از مبانی قوانین اداری و استخدامی اعضای هیئت علمی، پیامدهای ناگواری برای توسعه علمی، آینده حرفه ای اعضا هیئت علمی و نظام آموزش عالی به همراه خواهد داشت. از محضر جنابعالی در خواست داریم دستور فرمایید با بررسی کارشناسی و لحاظ دلایل ذیل، اقدام لازم در خصوص مستثنی شدن اعضای هیئت علمی از شمول این مصوبه، به عمل آید:

۱. کاهش جدی انگیزه ارتقاء مرتبه و ترفیع پایه و تنزل شدید خروجی های پژوهشی و افت شدید جایگاه علمی کشور به دلیل به هم ریختن نظام پرداخت مبتنی بر مرتبه و پایه (یکسان شدن حکم کارگزینی دانشیار و استاد تمام و اعضای هیئت علمی با پایه های متفاوت)

۲. کاهش جدی انگیزه خدمت در مناطق محروم و خالی شدن دانشگاههای مناطق غیربرخوردار از اعضا هیئت علمی توانمند به دلیل به هم ریختن نظام پرداخت مبتنی بر محل خدمت (برابری دریافتی شاغلین مناطق محروم و دیگر شهرها)

۳. به هم ریختن نظام پرداخت فوقالعاده مدیریت (عدم امکان تعلق فوق العاده مدیریت و کاهش انگیزه پذیرش مسئولیت با وجود قانون چگونگی پرداخت فوقالعاده مدیریت اعضای هیئت علمی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی مصوب ۱۳۸۱/۵/۱۶ مجلس شورای اسلامی)

۴. به هم ریختن نظام پرداخت حق محرومیت از مطب (عدم امکان پرداخت با وجود قانون مصوب ۱۳۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی)

۵. افزایش فشار اقتصادی بر اعضاء هیئت علمی باسابقه و دارای مرتبه بالا به عنوان مراجع علمی کشور و افت کیفیت آموزش و پژوهش

۶. مشکلات مربوط به بازنشستگان: کاهش جدی پاداش پایان خدمت نسبت به همتایان در سالهای پیش، منصفانه نبودن دریافت پاداش کمتر با وجود پرداخت کسورات بسیار بالاتر، عدم تمایل به بازنشستگی به دلیل مشکلات اقتصادی و به دنبال آن دشوار شدن ورود نیروهای جوان

۷. ضرورت توجه به سیاستهای کلی نظام و بیانیه ی ارزشمند گام دوم انقلاب (بند یکم سرفصلها و توصیه های اساسی) و ماده ۱ قانون اجرای احکام دائمی برنامه های توسعه در خصوص اختیارات قانونی دانشگاهها، آیین نامه ارتقاء مرتبه مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی و...

۸. عدم دریافت مزایای غیرمستمر، پاداش، اضافه کار، بن، امکانات رفاهی، مسکونی، اقامتی و درمانی و ... به عنوان راهکار رایج ترمیم حقوق و عدم تسری بسیاری از حقوق عمومی کارکنان به اعضای هیئت علمی

۹. شرح وظایف سنگین اعضای هیئت علمی (آموزشی، پژوهشی، اجرایی، فرهنگی و ...) و استرسهای ناشی از آن

۱۰. سهم ارزشمند اعضای هیئت علمی در افزایش تولیدات علمی علیرغم افزایش هزینه های انجام پژوهش (جایگاه علمی کشور موید این ادعاست) و نقش جدی اعضای هیئت علمی در مدیریت و کنترل بحران کرونا، تولید واکسن، فرآورده های دارویی، تولید ثروت و...

۱۱. نارضایتی جامعه علمی به دلیل شرایط نامناسب اقتصادی و فشارهای تحمیل شده در چند سال اخیر توسط برخی تصمیم سازان

۱۲. دلسردی، ناامیدی و تندتر شدن شیب مهاجرت استادان و دانش آموختگان جوان (خروج صدها استاد در سال ۸۹ از ایران) به دلیل متناسب نبودن تلاشها، عمر سپری شده، حجم کارها و انتظارات جامعه از عضو هیئت علمی با شرایط درآمدی و اقتصادی موجود

مکاتبه با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی جناب آقای دکتر سید سعید رضا عاملی

درخواست حمایت طلبی از شورای عالی محترم انقلاب فرهنگی

با احترام وتشکر از پیگیری مفاد نامه مشترک فرهنگستانهای جمهوری اسلامی ایران و بازگشت به نامه ۱۴۰۱/۱۸۵۳ د ش مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۲ ، مراتب زیر به استحضار می‌رساند:

فرهنگستان علوم پزشکی تصویر مکاتبات راهبردی در حوزه‌های مأموریتی وفق اساسنامه مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی را بصورت منظم به آن شورای محترم ارسال می‌نماید. همچنین برنامه‌ها و دستاوردهای فرهنگستان علوم پزشکی در یک جلسه حضوری به اطلاع رسیده و طی نامه ۱۴۰۱/۴/ف/ع/پ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۷ ، گزارش مبسوطی ارسال شده است . برنامه راهبردی سوم فرهنگستان علوم پزشکی نیز در اسفند ماه ۱۴۰۰ به تصویب مجمع عمومی رسیده که یک دوره ۵ ساله را شامل می‌شود. به پیوست خلاصه برنامه در قالب جداول تنظیم شده در چهار محور «فرهنگ و فرهنگ سازی سلامت» ، «پیشرفت و تعالی علوم و فناوری های سلامت» ، «رصد کلان نظام سلامت» و «حمایت طلبی‌های ضروری در حوزه سلامت» مزید اطلاع به ضمیمه ارسال می‌شود. همچنین یک نسخه از کتاب «مجموعه مستندات خلاصه سیاستی، حمایت‌طلبی و بیانیه‌های فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران» که مجموعه بیانیه‌ها و خلاصه‌های سیاستی فرهنگستان در طی برنامه راهبردی دوم تنظیم شده، مزید اطلاع ضمیمه است. لازم به ذکر است که اهم محورهای مورد انتظار از این فرهنگستان که در پیوست نامه حضرتعالی ضمیمه شده مواردی است، که بسیار فراتر از اساسنامه و امکانات موجود و بودجه محدود فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و مواردی است که عمدتاً در مسئولیت شورایعالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارتخانه‌ها و نهادهای اجرایی مرتبط با سلامت است. این فرهنگستان نیز در حداکثر مقدور، با امعان نظر به محدودیت‌هایی که ذیلاً اشاره می‌شود و با محوریت سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بیانیه گام دوم انقلاب و سایر منویات معظم له و اساسنامه مصوب آن شورای محترم ، حداکثر تلاش و توان خود را مبذول و در عموم زمینه‌های حیاتی و اولویت دار سلامت انجام وظیفه نموده و با همه نهادهای ذیربط در امور سلامت تعامل و همکاری جدی و صمیمانه نموده است. موانع و مواردی که شورایعالی محترم انقلاب فرهنگی و دبیرخانه محترم آن می‌تواند موجبات حل آنها را فراهم سازد به این شرح است:

۱- درخواست مشورت در امور مرتبط با سلامت که در دستور شورایعالی محترم قرار می‌گیرد. مزید اطلاع در موارد بسیار مهمی که تصمیمات سرنوشت‌سازی اتخاذ شده، نظر مشورتی این فرهنگستان درخواست نشده و یا به پیشنهادات کارشناسی ارسال شده بی‌توجهی شده است.

۲- برای انجام وظیفه خطیر مشارکت در رصد کلان نظام سلامت و بخش مهمی از محورهای مورد انتظار در پیوست نامه حضرتعالی، احتیاج مبرم و غیرقابل اجتناب به آمار و اطلاعات و گزارش رسمی عملکرد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورایعالی سلامت و امنیت غذایی، شورایعالی بیمه و سایر نهادها و مراجع و ساختارهای فعال در حوزه سلامت می‌باشد. این فرهنگستان عملاً در دریافت این نوع اطلاعات رسمی و معتبر برای تجزیه و تحلیل و انجام رسالت مشارکت در رصد کلان سلامت کشور، محروم بوده و هیچ‌گونه ابزار تأثیر گذار برای جبران آن نیز ندارد. تحقق بخش رصد در برنامه راهبردی سوم نیز مرهون حل این مشکل بزرگ می‌باشد.

۳- بودجه فرهنگستان علوم پزشکی، نسبت به مأموریت محوله مندرج در اهداف و برنامه های مصرح در اساسنامه بسیار کمتر از حد انتظار است و عمده آن نیز صرف پرداخت حقوق پرسنل محترم و هزینه های جاری می‌شود و سهم اعتبارات فوق که صرف تولید علمی، تحقیقات و تلاش های انتشاراتی، فرهنگی، ترویجی و رصد و پایش درحوزه سلامت می‌شود، ناچیز است. مزید اطلاع بودجه این فرهنگستان در مقایسه، از بودجه بسیاری از دانشکده های علوم پزشکی و حتی بیمارستانهای آموزشی پائین تر است. اما انتظارات، بسیار بالاتر است و تولیدات علمی، طرح های تحقیقاتی و انتشارات فرهنگستان گواه هزینه اثربخشی عملکرد همین بودجه ناکافی بوده است.

۴- این فرهنگستان در بسیاری از فعالیت‌ها نسبت به تحقق اسناد راهبردی نقشه جامع علمی کشور، نقشه جامع علمی سلامت، سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی اهتمام و پیگیری و نتایج را در قالب نشریات علمی، بیانیه‌های حمایت طلبی و یا مکاتبات مرتبط منعکس نموده و این فعالیت‌های مهم همچنان و با جدیت در دستور کار قرار دارد و در

برنامه راهبردی سوم با شفافیت مطرح شده است و همه گروه‌های علمی و کارگروه‌های موضوعی، موظف به پیگیری آن خواهند بود.

۵- از نیازهای میرم برای ادای مسئولیت‌های ملی محوله به این فرهنگستان، همکاری التزام آور و تنگاتنگ وزرا و معاونین محترم وزارتخانه‌های مرتبط با سلامت و آن شورای محترم می‌باشد که در ادوار مختلف به درجات از آن محروم بوده‌ایم. در انتها انتظار می‌رود آن شورای عالی محترم و جناب‌عالی در موضوع دبیری این نهاد بزرگ و مهم کشور همه تلاش‌های لازم را برای پیشگیری از تضعیف نظام سلامت که متأسفانه اخیراً بطور نگران‌کننده‌ای مشاهده می‌شود و نیز تقویت فرهنگستان علوم پزشکی و استفاده از همه ظرفیت‌های کارشناسانه و مشورتی و ارتقا بخش سلامت در آن، مبذول و در پیشگاه خداوند و منظر عدالت‌خواهانه ملت بزرگ و شریف ایران سربلند باشید.

مکاتبه با رهبر عظیم‌الشأن انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای

درخواست وجود نماینده‌ای از حوزه سلامت در شورای عالی انقلاب

فرهنگی

وفق مذاکرات ۱۴ اسفند شورای عالی انقلاب فرهنگی، نمایندگان حقوقی حوزه سلامت از ترکیب اصلی شورا حذف شده‌اند. با توجه به اهمیت حیاتی سلامت و نقش آموزش عالی سلامت در مجموعه نظام آموزش عالی کشور که حضرت‌عالی در سیاست‌های کلی سلامت به صورت مدبرانه و جامع تنظیم و ابلاغ فرموده‌اید، فقدان نماینده مناسبی از حوزه سلامت در بدنه اصلی شورای عالی انقلاب فرهنگی و استفاده موردی از افراد، تبعات ناخواسته فراوان به دنبال خواهد داشت که به مصلحت سلامت جامعه اسلامی ایران نیست.

با توجه به اینکه در زمان جاری در بین اعضای حقیقی شورا نیز نماینده‌ای از حوزه سلامت حضور ندارد، تدبیر و صلاح‌دید حضرت‌عالی مانند همیشه راهگشا خواهد بود.

مکاتبه با

رئیس محترم کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر علیرضا منادی
سفیدان

رئیس محترم کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر مهدی عیسی زاده

رئیس محترم کمیسیون اصل نود قانون اساسی مجلس شورای اسلامی جناب آقای نصراله پژمان فر

رئیس محترم کمیسیون اقتصادی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد رضا پور ابراهیمی
داورانی

رئیس محترم کمیسیون امنیت ملی و سیاست خارجی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر وحید
جلالزاده

رئیس محترم کمیسیون امور داخلی کشور و شوراهای مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد
صالح جوکار

رئیس محترم کمیسیون انرژی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر فریدون حسنونند

رئیس محترم کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حمید رضا
حاجی بابایی

رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهریاری

رئیس محترم کمیسیون تحقیق مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر علی اصغر خانی

رئیس محترم کمیسیون تدوین آیین نامه داخلی مجلس شورای اسلامی حجت الاسلام و المسلمین
جناب آقای دکتر محمد حسین حسینزاده بحرینی

رئیس محترم کمیسیون تلفیق بودجه مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر سید شمس الدین
حسینی

رئیس محترم کمیسیون صنایع و معادن مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر مصطفی طاهری

رئیس محترم کمیسیون عمران مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمدرضا رضایی کوچی

رئیس محترم کمیسیون فرهنگی مجلس شورای اسلامی حجت الاسلام و المسلمین جناب
آقای مرتضی آقا تهرانی

رئیس محترم کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس شورای اسلامی حجت الاسلام و المسلمین جناب
آقای موسی غضنفر آبادی

رئیس محترم کمیسیون کشاورزی، آب و منابع طبیعی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد جواد عسکری

رئیس محترم کمیسیون ویژه جهش و رونق تولید و نظارت بر اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر سید شمس الدین حسینی

نظرات فرهنگستان در مورد بندهای حوزه سلامت در اعتبارات ۱۴۰۲

با احترام، فرهنگستان علوم پزشکی لازم می‌داند از زحمات نمایندگان محترم در تنظیم اعتبارات ۱۴۰۲ نهایت سپاسگزاری را بنماید و نقطه نظرات خود را بصورت بسیار خلاصه جهت منظور نمودن آنها در بندهای مرتبط با حوزه سلامت کشور تقدیم می‌دارد. ضمن آنکه آمادگی لازم جهت توضیح در مورد همه بندهای مورد نظر وجود دارد.

پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی وابسته به وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، پارک‌های علم و فناوری و مراکز آموزش فنی و حرفه‌ای وابسته به وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و جهاد دانشگاهی از شمول حکم اعتبارات (کسر ۳٪) قانون استفاده متوازن از امکانات کشور مستثنی گردند.

پیشنهاد می‌شود از ابتدای سال ۱۴۰۲ از هر نخ سیگار و بسته تنباکو به عنوان مالیات و به عنوان حقوق ورودی مبلغ معنی داری اخذ و به حساب عمومی موضوع ردیف ۱۱۰۵۱۵ جدول شماره ۵ واریز و بر اساس قانون بین دستگاه‌های مربوطه (وزارت بهداشت - وزارت ورزش و وزارت آموزش و پرورش) توزیع گردد.

در اجرای بند (۱) ماده (۳۸) قانون مالیات برارزش افزوده درآمد حاصل از ۱ درصد ارزش افزوده پس از واریز به خزانه مبالغ دریافتی در هر ماه تا ۱۵ ماه بعد صددرصد به حساب وزارت بهداشت واریز گردد.

اختصاص صددرصد سهم سلامت از مبالغ هدفمندی یعنی ۱۰ درصد کل منابع هدفمندسازی یارانه‌ها به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

اختصاص ردیفی جهت کمک به بیماران که توان پرداخت فرانشیز خدمات پزشکی را بطور کامل و یا قسمتی را ندارند تحت عنوان کاهش فرانشیز.

توجه لازم به عدم اشتباه سال قبل در رابطه با تبصره ۱۲ بند الف که نهایتاً مجلس محترم تصمیم به اصلاح آن در نیمه سال نمود و آن مستثنی نمودن اعضاء هیئت علمی و قضات از سقف حقوق (بار مالی ناشی از این تبصره ناچیز ولی اجرای آن دارای اثرات بسیار زیانباری است که در همان مدت کوتاه سال قبل ایجاد شد و لازم است از تکرار آن پیشگیری شود). تعیین تکلیف کارکنان شرکتی مبنی بر تعدیل وضعیت آنان و پرداخت حقوق آنها از محل اعتبارات عمومی.

اختصاص ردیفی تحت عنوان کمک هزینه دستیاران و کارورزان (اینترن) گروه پزشکی در حد ۲۰ هزار میلیارد ریال.

تعیین تکلیف پوشش بیمه‌ای اتباع در چارچوب نظام ارجاع و اختصاص مبلغی در حدود ۳۰ هزار میلیارد ریال برای انجام این امر.

خواهشمند است در صورت صلاحدید موارد فوق را به استحضار اعضای محترم کمیسیون برسانید.

مکاتبه با رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمدباقر قالیباف

وضع مالیات ویژه بر مصرف دخانیات در قانون بودجه ۱۴۰۱

استعمال مواد دخانی به عنوان یک رفتار آسیب رسان سلامت از سوی بسیاری از آیات عظام، مکروه و یا حرام اعلام شده است. متأسفانه مصرف روز افزون این مواد به دلیل ارزان بودن نسبی قیمت و دسترسی فراوان خصوصاً در بین جوانان و نوجوانان و بانوان، علاوه بر افزایش انواع بیماری‌ها از جمله سرطان‌های گوناگون و لطمات زیاد به سلامتی جامعه، باعث تحمیل هزینه های سنگین درمان بر حوزه سلامت شده و سلامت نسل آینده را به شدت به خطر انداخته است. با عنایت به این که طبق تجربیات و توافقات بین‌المللی، یکی از مهم‌ترین راهکارهای کاهش مصرف این‌گونه محصولات، افزایش قیمت آن از طریق

افزایش میزان مالیات می باشد، تلاش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال های اخیر به دلیل ادعای صنایع دخانی مبنی بر افزایش قاچاق این محصولات به نتیجه نرسیده است. امسال با حمایت نمایندگان محترم کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی، تبصره پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص وضع مالیات ویژه بر مصرف دخانیات در قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور در جلسه مورخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۸ به تصویب رسید تا با یاری خداوند متعال گام موثری در راستای کاهش هزینه های درمان بیماریهای مرتبط با مصرف این محصولات، افزایش درآمد دولت و همچنین ارتقاء جایگاه جمهوری اسلامی ایران در بین کشورهای منطقه و جهان از لحاظ اخذ مالیات از این محصولات مضر برداشته شود.

بی شک تصویب تبصره پیشنهادی در صحن علنی مجلس محترم شورای اسلامی، می تواند کمک شایانی به بخش سلامت و توسعه زیرساخت شبکه بهداشتی درمانی و کنترل و پیشگیری از مصرف دخانیات، نماید.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

تولیت و مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تامین،

حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم

رکن مهم زیربنایی اعتلای امت اسلامی برخورداری از سلامت همه جانبه آحاد مردم است. همانگونه که مستحضرید مقام معظم رهبری در سیاستهای کلی سلامت (ابلاغی ۱۳۹۳) برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و آحاد مردم بر ابعاد چهارگانه سلامت (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) تاکید فرموده اند.

یکی از مطالب مهم که در سیاستها مورد تاکید قرار گرفته است تولیت و مسئولیت محوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است که در بند ۷ این سیاستها بر آن تاکید شده است. هم چنین در بند ۱ این سیاستها حوزه های مختلف سلامت آمده است:

"ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزشهای انسانی اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه"

بر حسب اطلاع، موضوع بازنگری در ساختار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دستور کار قرار گرفته است. موضوع مهم این است که در طی بعضی ادوار گذشته یکپارچگی تولید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد خدشه قرار گرفته و برخی وظایف مهم آن در حوزه رفاه اجتماعی از این وزارت منفک گردیده است. چنانچه اشاره شد جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت در هر چهار بعد آن، لازم است ابزار لازم در اختیار این وزارت قرار گیرد. جدا نمودن سازمان بهزیستی کشور و تولید سازمان تامین اجتماعی از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ صورت پذیرفت و دو نهاد مهم از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جدا گردید. حال که موضوع بازنگری تشکیلات و ساختار این وزارت در دستور کار قرار گرفته است ضمن اشاره به نکاتی چند که در این زمینه باید مدنظر قرار گیرد از جنابعالی درخواست می گردد، قبل از هر اقدامی، از طریق بازگرداندن این دوسازمان مهم، یکپارچگی تولید سلامت بر طبق سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری اجرایی گردد.

(۱) چابک سازی دولت همواره مورد تاکید بوده و بازنگری در ساختار با هدف کاربردی تر کردن حوزه های ستادی مهم است. لیکن شرط اساسی و مهم، عدم خسارت به کارکرد ها، جابجایی اولویت ها و کم اهمیت کردن ماموریت ها و وظایف می باشد. که در این مسیر توجه بسیار جدی به آنچه در سیاستهای کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری- ۱۳۹۳) آمده است، باید مدنظر باشد.

(۲) گسترش ابعاد سلامت و پیچیده تر شدن مراقبت ها و خدمات سلامت روان، اجتماعی و معنوی ضرورت توسعه تشکیلات و ساختار در جهت پوشش دادن به این وظایف را ایجاب می نماید. که متأسفانه به نظر می رسد سازمان امور اداری و استخدامی به علت عدم توجه عمیق به اهمیت موضوع در جهت عکس این مسیر حرکت می نمایند و هیچ توجهی به خطرات ناشی از آن ندارند. بخصوص اینکه جنابعالی سلامت را یکی از اولویت های دولت در سال ۱۴۰۲ اعلام نموده و توسعه شبکه بهداشتی درمانی و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش

پزشکی در مراقبت ها و خدمات سلامت که مورد تاکید مقام معظم رهبری است را مد نظر قرار داده اید. برای مثال از بین بردن ادارات کل آموزش و ارتقای سلامت و کوچک کردن حوزه سلامت روان و اجتماعی در یک اداره کل در گذشته است (در صورتیکه سلامت روان و سلامت اجتماعی دو بعد مهم از ابعاد چهارگانه سلامت هستند) و متأسفانه زمزمه هایی به گوش می رسد که در تشکیلات جدید بازهم ماموریت های مهم حوزه پیشگیری و بهداشت در حال محدود شدن هستند. از جمله اینکه مدیریت بیماریهای واگیر و غیر واگیر (که در گذشته به دلیل وسعت کارکردی از هم تفکیک شده بودند) قرار است مجدداً ادغام شوند. اهمیت این موضوع از این جهت است که در دوران همه گیری کرونا حوزه واگیر به دلیل تراکم مسئولیت ها قادر به انجام وظایف اساسی اش از قبیل واکسیناسیون مادران و کودکان نبوده و سلامت جامعه در مخاطره قرار گرفته است. حال چرا باید تکلیف بزرگتری مثل حوزه غیر واگیر هم به این مسئولیت ها اضافه شود. ذکر این نکته لازم است که با افزایش روزافزون بیماری های غیر واگیر (سرطان، دیابت، فشارخون، سکته های قلبی و مغزی، افسردگی، چاقی و بیماریهای دهان و دندان) که حدود ۸۰ درصد مرگ و میر های کشور ناشی از این بیماریهاست. و عمده آنها با تدابیر درست، به سادگی و با هزینه کم قابل پیشگیری هستند. لذا لازم است تشکیلات وسیع تری به حوزه غیر واگیر رسیدگی نماید.

۳) با توجه به بعد مهم سلامت معنوی و نبودن جایگاه تشکیلاتی در ستاد وزارت و دانشگاهها، لازم است این نقیصه به نحو مقتضی جبران شود.

۴) با توجه به تأکیدات مقام معظم رهبری بر جوانی جمعیت و تصویب قانون مترقی مربوطه در مجلس شورای اسلامی و نقش مهم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تحقق اهداف این قانون لازم است از ادغام حوزه مربوط به جمعیت در سایر بخش ها اجتناب شده و تشکیلات مستقلی برای آن تعریف شود.

۵) یکی از راه حل هایی که در سایر دستگاهها و از جمله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای حل موضوع محدودیت های ساختار وجود داشته، ایجاد سازمان های تحت پوشش وزارت (مانند سازمان غذا و دارو و سازمان اورژانس کشور) بوده، این موضوع ممکن است قابل تسری به سایر حوزه ها هم باشد. لیکن ناهماهنگی در ستاد و بین ستاد و صف)

به دلیل عدم تشکیل واحد های تحت پوشش این دو سازمان در دانشگاهها) ایجاد می نماید و به دلیل پیچیدگی و در هم تنیدگی خدمات و مراقبت های سلامت این راهکار برای بخش سلامت مضر می باشد.

۶) تغییرات مکرر تشکیلات در دولت های مختلف که تقریباً در همه ادوار گذشته وجود داشته است. ناپایداری و سقوط عملکرد را در مجموعه وزارت تشدید می نموده و از آنجا که در اغلب موارد تغییر ساختار با تغییر مدیران و حتی کارشناسان مجموعه ها هم همراه بوده است. برنامه ها و ماموریت های مهم وزارت را دچار وقفه و سردرگمی می نمایند.

رویه‌م رفته با توجه به حساسیت زمان و اولویت تقویت و گسترش شبکه بهداشتی درمانی و ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در مراقبت ها و خدمات سلامت، هرگونه تغییر در تشکیلات و ساختار یا حتی شایعه آن باعث تزلزل و اختلالات شدید عملکردی و یاس کارکنان این حوزه خواهد بود. لذا درخواست می شود تذکرات لازم به حوزه های مربوطه داده شود.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

مخالفت با درج افیلیشن یکسان برای دانشگاههای وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی ودانشگاه های وزارت علوم، تحقیقات و

فناوری

در نشست تخصصی (۱۴۰۱/۹/۱۹) گروه پژوهش فرهنگستان علوم پزشکی، معاون محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر پناهی، بررسی پیشنهاد موضوع استفاده از نام یکسان برای دانشگاههای وزارت علوم و دانشگاههای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در مقالات علمی مطرح نمودند تا دانشگاههای کشور امتیاز بیشتری کسب نموده و در مراتب بالاتری قرار گیرد. با توجه به اینکه از یک

طرف اجرای این پیشنهاد، مقدمه‌ای بر تحقق انتزاع آموزش پزشکی در خدمات و مراقبت‌های سلامت بوده و در مخالفت صریح با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری است، و از طرف دیگر در رده‌بندی دانشگاه‌ها، فقط نام یک دانشگاه ذکر می‌شود، قاعدتاً نام دانشگاه تهران، اصفهان، شیراز، مشهد و غیره مطرح می‌شود و نام دانشگاه‌های علوم پزشکی کلاً حذف می‌گردد. لذا خواهشمند است همانطوری که فرمودید، تاکید بفرمائید که جناب آقای دکتر پناهی از پیگیری این موضوع خودداری فرمایند.

مکاتبه با وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر محمدعلی زلفی گل (۱۴۰۰/۸/۲۳)

ضرورت تداوم ادغام مراقبت‌ها و خدمات سلامت در نظام آموزش علوم پزشکی

پیرو جلسه شورای ستاد راهبردی نقشه جامع علمی کشور و طرح موضوع ضرورت ادغام هر چه زودتر دو وزارتخانه بهداشت و علوم، به صورت خلاصه به استحضار می‌رساند مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ دو سند بالادستی را تحت عنوان "سیاست‌های کلی سلامت" و "سیاست‌های کلی علم و فناوری" ابلاغ فرمودند که در هر کدام وظایف آموزش عالی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص شده است.

به عنوان نمونه در سیاست‌های کلی سلامت به ارتقاء سلامت روانی جامعه از طریق ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و همچنین بر ضرورت ادغام مراقبت‌ها و خدمات سلامت در نظام آموزش علوم پزشکی تأکید شده است و تولید نظام سلامت در این خصوص به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سپرده شده است. با استدلال حضرت‌عالی در بیاناتی که ایراد نموده‌اید، اگر برخی از عوامل مرتبط با سلامت که با رشته‌های روانشناسی، علوم انسانی و علوم دینی، کشاورزی و غیره نیز مرتبط می‌باشد آیا دلیل بر آن است که وزارت‌های علوم و بهداشت و حوزه‌های علمیه و کشاورزی و غیره در هم ادغام شوند در این صورت تقسیم وظایف وزارتخانه‌ها و نهادها بی‌معنی می‌شود

طی مکاتبه های متعدد با ریاست محترم جمهور و سایر مسئولین (۱۴۰۰/۸/۲۳) و (۱۴۰۰/۹/۱۹ و ۱۴۰۱/۹/۱۴) بر اهمیت ادغام آموزش و پژوهش در خدمات و مراقبت های سلامت تأکید و دستاوردهای آن و چالش ها و مشکلات انتزاع مجدد آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان شده است:

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

تاکید بر تعمیق ادغام آموزش پزشکی در خدمات و مراقبت های سلامت

با احترام، پیرو جلسه مجمع عمومی مورخ ۱۴۰۱/۹/۱۷ فرهنگستان علوم پزشکی بر موضوع تعمیق ادغام آموزش پزشکی در خدمات و مراقبت های سلامت که در سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز بعنوان یک سند بالادستی آمده است، تأکید گردید و اعضای محترم مجمع عمومی از زمزمه هایی که در بدنه دولت و مجلس مبنی بر انتزاع بگوش می رسد اظهار نگرانی نموده و به اجرای سیاست های کلی سلامت که یکی از بندهای آن اصل ادغام می باشد تأکید نمودند. لازم بذکر است فرهنگستان علوم پزشکی طی مکاتبات متعددی در خصوص این موضوع و نیز مغایرت های دیگر سند تحول دولت مردمی با سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری با حضرت عالی مکاتبه نموده است.

بیانیه ۷-تداوم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در

عرصه مراقبت ها و خدمات بهداشت و درمان^۱

ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت که منجر به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأسیس دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در همه استان های کشور شد، بدون تردید از مهمترین

این بیانیه در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت در پاییز ۱۴۰۰ منتشر شده است.^۱

دستاوردهای نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران است. متأسفانه به دلیل آشنایی ناکافی و آگاهی محدود نسبت به محاسن و منافع ناشی از این ادغام که از آن جمله خودکفا شدن کشور در امر نیروی انسانی سلامت، ارتقای کیفیت و نیز جامعه نگر شدن آموزش پزشکی، پاسخگویی و عدالت در سلامت و ارتقای شاخص‌های سلامت در کشور است، گاهگاهی نغمه‌های مخالفت، آن هم به دلائل بی ارتباط و بعضاً واهی به گوش می‌رسد. البته جای خوشوقتی است که مقام معظم رهبری، اهمیت حفظ این ادغام را طی این چند دهه به مسئولان گوشزد نموده و با گنجانیدن این امر مهم در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت بر این موضوع مهم تأکید کرده و استحکام بخشیده‌اند.

تحلیل وضعیت و دلایلی که برای بحث انتزاع مطرح می‌گردد:

در طی سالیان گذشته بحث‌های زیادی در ذکر مزایا و معایب ادغام آموزش پزشکی در حوزه مراقبت‌ها و خدمات سلامت صورت پذیرفته است و بیش از یک بار مورد بررسی دقیق و گسترده از طریق سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون جهانی آموزش پزشکی قرار گرفته و مدارک تایید بسیار قوی آنان موجود است. آنچه در چند ماهه اخیر مورد تأکید مجدد طرفداران انتزاع آموزش علوم پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است، در چند بند ذیل خلاصه می‌گردد:

۱. با توجه به اینکه مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشک هستند به دلیل تعارض منافع اجازه افزایش ظرفیت نمی‌دهند.

۲. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تعداد دیپلمه‌های پشت کنکور مانده و آن تعداد که برای ادامه تحصیل به خارج از کشور می‌روند بی‌توجه است.

۳. درگیری بیمارستان‌های آموزشی با مسائل درمان سبب خدشه به آموزش کارورزان و دستیاران تخصصی می‌شود.

۴. به دلیل مسئولیت همزمان در امور بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش، بیشترین اعتبارات صرف درمان و کمترین صرف آموزش و پژوهش شده و ناکافی بودن پرداخت‌ها به اعضای هیئت علمی سبب خدشه به آموزش می‌شود.

۵. به دلیل جدایی آموزش و پژوهش پزشکی از غیرپزشکی، مباحث بین‌رشته‌ای مغفول مانده است.

در رتبه‌بندی‌های بین‌المللی، به علت جدا بودن دانشگاه‌های علوم پزشکی از غیرپزشکی، جایگاه مناسبی نداریم.

پاسخ اشکالات مطرح شده

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فقط جایگاه پزشکان نیست و گروه علوم پزشکی گستره وسیعی دارد. متخصصان مدیریت بخش سلامت مطالعات متعددی را به عنوان مبانی برنامه تعیین نیازهای نیروی انسانی پزشکی در طی ۶ سال گذشته انجام داده‌اند. مطابق آمار موجود، تعداد پزشکان فعال کشور اعم از عمومی و متخصص ۱۲۴ هزار نفر و نسبت آن به ده هزار نفر جمعیت ۱۶/۱۵ است. پزشکان متخصص ۴۳ هزار نفر و نسبت آن به ده هزار نفر ۵/۲ است. با توجه به جوانی جمعیت و برخورداری از شبکه بهداشتی درمانی منحصر بفرد در جمهوری اسلامی ایران، نیاز به پزشک کمتر از سایر کشورهاست و لذا این اعداد در مقایسه با کشورهای دیگر و از جمله منطقه چشم اندازی قابل قبول است.

۲. موضوع افزایش تعداد دانشجوی پزشکی که این روزها به عنوان یک موضوع مهم در تیتراژ اخبار کشور قرار گرفته است و یکی از دلایل آن را پشت کنکور ماندن تعداد زیادی داوطلب اعلام می‌کنند، موضوعی پیچیده است. با وجود اینکه در سالیان گذشته ظرفیت رشته‌های گروه پزشکی افزایش قابل توجهی پیدا کرده است، لیکن به دلایل مختلف از مشتاقان تحصیل در این رشته کاسته نشده است و در کنار پشت کنکور ماندن عده ای، تعداد قابل توجهی از دیپلمه‌ها برای

تحصیل در رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به کشورهای دیگر می‌روند. اغلب آنها افرادی هستند که معدل‌های دیپلم پایین دارند و در رقابت کنکور حتی اگر ظرفیت‌ها دو برابر هم بشود امکان قبولی ندارند. به هر صورت این مسئله چند وجهی بوده و راهکارهای آن هم متعدد است.

۳. در خصوص تمرکز دستیاران پزشکی در امور درمانی ذکر این نکته ضروری است که اصولاً درگیر شدن دستیاران در بیماری‌های شایعی که در کشور وجود دارد و بار اصلی مراجعات درمانی و بیماران بعدی مراجعه کننده به آنها را شامل خواهد شد، خود از اهداف برنامه ادغام بوده و دلیل کارایی نظام آموزشی فعلی گروه پزشکی است. این امر خود مشخصه یک نظام آموزشی پاسخگو به نیازهای جامعه است.

۴. در خصوص تبعیض قائل شدن در تقسیم بودجه‌ها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به نظر می‌رسد این مقایسه درست نیست. اگر تحلیل دقیقی بخواهیم از این بخش داشته باشیم می‌بایست بودجه‌های حوزه آموزش و پژوهش دانشگاه‌های علوم پزشکی را با دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم مقایسه کرد. به نظر نمی‌رسد که منابع در این دو دسته دانشگاه متفاوت باشد. در عین حال اگر انتزاع صورت پذیرد، دانشگاه‌های وزارت علوم، اعتبارات هنگفتی را باید صرف امور بیمارستان‌های خود کنند و آن روز است که آن وزارت به ناچار باید پاسخگوی درمان مردم و مسائل سلامت جامعه هم باشد.

۵. در مورد موضوع جدا بودن آموزش پزشکی از سایر رشته‌ها به عنوان نقیصه همکاری‌های بین رشته‌ای، لازم به ذکر است که همکاری بین رشته‌ای در گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های وزارت علوم هم آنچنان بارز نیست و راهکارهای این مشکل تغییر مقررات آموزشی و اعمال مشوق‌های لازم در آیین نامه‌های ارتقاء و مقررات پژوهشی است و دلیل درستی برای انتزاع نیست. ضمن اینکه هم اکنون هم در موارد ضروری با رشته‌های فنی و علوم انسانی وزارت علوم همکاری می‌شود.

۶. در خصوص اهمیت رتبه بندی‌های بین‌المللی و لزوم ارتقای جایگاه دانشگاه‌ها با ادغام مجدد، باید گفت که این راهکار نقش بسیار جزیی در ارتقای جایگاه دانشگاه‌ها دارد و اگر معتقد به این راهکار هستیم چرا دانشگاه‌های فنی مهندسی مثل امیرکبیر، علم و صنعت، صنعتی شریف و امثال آن در دانشگاه‌های جامع وزارت علوم ادغام نمی‌شوند و اساساً پاسخگویی به نیازهای جامعه مقدم بر این مسائل فرعی است.

چالش‌ها و مشکلاتی که در صورت انتزاع مجدد آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وجود خواهد آمد

۱. عدم پاسخگویی دستگاه متولی آموزش به نیازهای بخش سلامت: لازم به ذکر است که در حال حاضر حدود ۴۶ درصد تخت‌های بستری درمانی کشور، تخت آموزشی هستند (۷۱۰۰۰ از ۱۵۵۳۶۶ تخت) و جداسازی این ظرفیت از نظام پاسخگوی سلامت، چالش‌های جدی را ایجاد خواهد نمود. از جمله اینکه هر دو وزارتخانه مسئول سلامت مردم خواهند بود و نتیجه لوٹ شدن پاسخگویی است.

۲. بی‌توجهی به نیازهای واقعی بخش سلامت: به نحوی که تربیت نیروی انسانی بخش سلامت از لحاظ کمی و کیفی براساس نیاز بخش سلامت تربیت نمی‌شود (در حال حاضر شورای گسترش آموزش پزشکی اقدامات توسعه ای خود را مبتنی بر مطالعات متقن علمی انجام می‌دهد).

۳. پرهزینه‌تر کردن نظام سلامت: به خوبی می‌دانیم که تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، گران‌ترین بخش آموزش عالی است و واگذاری اختیار تربیت نیروی انسانی بخش پزشکی به جایگاهی که نیازهای بخش سلامت را نمی‌شناسد و در توسعه آموزشی فقط به عرضه و تقاضا نگاه کرده و اولویت‌های ارتقای سلامت مردم را در نظر نمی‌گیرد، باعث توسعه نامتوازن و هدر رفت منابع محدود کشور و سقوط شاخص‌های سلامت جامعه می‌گردد. یکی از مضرات مهم در افزایش هزینه‌ها افزوده شدن القای نیاز به خدمات پزشکی توسط پزشکان فارغ التحصیل شده بیکار خواهد بود.

۴. محروم نمودن دانشجویان گروه پزشکی از بستر آموزشی موجود در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی: همانگونه که در دستاوردها اشاره شده است، جامعه‌نگر شدن دانشجویان گروه پزشکی در بستر حضور آنها در همه عرصه‌های ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی (از جامعه گرفته تا خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستان‌ها) است و نه فقط بیمارستان‌ها. جدا نمودن دانشجویان از محیط‌های مورد اشاره باعث محدود نمودن توانمندی‌ها و مهارت‌های آنان شده و پاسخگو شدن آنان در مقابل مسائل جامعه را تضعیف می‌نماید.

۵. افزایش هزینه‌های دولت: اینگونه اقدامات در تغییر ساختار وزارتخانه‌ها بخصوص در حوزه سلامت هزینه‌های بسیار سنگینی را بر دولت و مردم تحمیل خواهد نمود. که قطعاً دولت محترم از عهده تأمین آن برنخواهد آمد.

جمع‌بندی

با نگاهی کلان به مسائل و مشکلات دانشگاه‌ها و نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، به نظر می‌رسد طرح موضوع ادغام مجدد حوزه آموزش پزشکی در نظام آموزش عالی کشور، موضوعی غیر عملی و هزینه‌زاست. اینکه به بهانه ارتقای رتبه دانشگاه‌های کشور در نظام‌های رتبه‌بندی جهانی باعث ضربه زدن به یک دستاورد منحصر بفرد در جمهوری اسلامی ایران شویم، مطلقاً قابل قبول نیست. فرهنگستان علوم پزشکی به مسئولان آموزش عالی کشور توصیه می‌نماید بیش از گذشته به ارتقای آموزش و پژوهش در دانشگاه‌های تحت پوشش خود بپردازند و تلاش کنند تا فارغ‌التحصیلان رشته‌های غیرپزشکی هم با نیازهای جامعه اعم از صنعت، کشاورزی و غیره خیلی بیشتر آشنا شده و واقعاً جامعه‌نگر و پاسخگو شوند.

با توجه به اهمیت موضوع ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در عرصه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی، ذیلاً به مستندات موضوع اشاره می‌شود.

پیشینه بحث

طی سال‌های اول پس از پیروزی انقلاب اسلامی، کشور همچنان مانند گذشته با محدودیت تعداد نیروی انسانی پزشکی مواجه بود که این کمبود، با مهاجرت گروهی از پزشکان به خارج از کشور که بعضی به دلیل ناآرامی‌های دوران انقلاب اسلامی و تعدادی به دلیل جنگ تحمیلی بود، تشدید شد. کشور همچنان مشابه قبل از انقلاب، از چند هزار پزشک خارجی که تعداد قابل توجهی فقط در حد لیسانسیه پزشکی بودند استفاده می‌کرد. از آنجا که دو نفر از وزرای محترم علوم، افزایش دانشجویان گروه پزشکی را غیرممکن دانستند، با هماهنگی و مشارکت خودشان، لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید و اجرائی شد و در نتیجه تمام دانشکده‌ها و مؤسسات گروه پزشکی با وزارت بهداشتی سابق ادغام گردید و همزمان یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در هر استان کشور تأسیس و ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی و گروه پزشکی از همان سال اول چندین برابر گردید و با گسترش تخصص‌های مختلف پزشکی و تأسیس ۲۵ رشته فوق تخصص پزشکی، کشور به سرعت از نظر نیروی انسانی گروه پزشکی خودکفا و نسبت به اعزام بیماران به خارج که امر بالنسبه رایجی بود بی‌نیاز شد. فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت به دفعات این اقدام (ادغام) جمهوری اسلامی ایران را ستودند و آن را به عنوان الگوی آموزش پزشکی در قرن بیست و یکم به سایر کشورها معرفی کردند.

ناگفته نماند که در طی سال‌های گذشته یکی از وزرای علوم، در جریان به تصویب رساندن مطالبی در ارتباط با وزارت علوم در صحن مجلس شورای اسلامی، بندی هم اضافه کرد که ادغام مورد اشاره، لغو و وضعیت به حالت قبل برگردد و این بند در صحن علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شد ولی قبل از تصویب نهایی کل لایحه، با پیام مقام معظم رهبری به رئیس وقت مجلس، آن بند که تصویب شده بود، ملغی شد. همچنین دو نفر از روسای جمهور سابق با گرایش متفاوت سیاسی در شروع کار خود تصمیم به الغاء ادغام داشتند ولی پس از آن که وزیر وقت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سه گروه را مامور پژوهش در این امر نمود و هر سه تحقیق به طور جداگانه ادامه ادغام را به صلاح تشخیص داد، از مساله انتزاع مجدد منصرف گردیدند. در طی سال‌های اخیر دو نفر از وزرای سابق و اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم تصمیم به انحلال ادغام گرفتند که مقام معظم

رهبری بلافاصله از طریق پیغام و نیز تذکر حضوری آنان را منصرف نموده و فرمودند جمهوری اسلامی ایران که مبدع این اقدام انقلابی بوده و از آن نفع بسیار برده است باید آن را حفظ کند. سازمان جهانی بهداشت هم به دعوت یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گروهی از اساتید پزشکی را از کشورهای مختلف و از جمله رئیس یک دانشکده پزشکی آمریکا را به ایران فرستاد و آنها پس از دو هفته کار فشرده توصیه کردند که نه تنها ادغام نباید لغو شود بلکه باید تقویت و تکمیل گردد که اسناد آن موجود است.

دستاوردها

افزایش کمی نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت

۱. افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی از ۹ دانشکده در ابتدای انقلاب اسلامی به ۶۴ دانشکده (۵۰ دولتی و ۱۴ دانشگاه آزاد اسلامی)

۲. افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی از ۲۵۸۴۸ در ابتدای انقلاب اسلامی به ۲۳۴۳۲۵ در سال جاری (حدود ده برابر)

۳. افزایش تعداد ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی در کشور از کمتر از ۱۰۰ هزار به بیش از ۷۰۰ هزار

۴. افزایش تعداد اعضای هیئت علمی دانشکده‌های گروه پزشکی از ۲۹۰۸ در سال‌های اول پس از انقلاب اسلامی به ۲۰۳۸۲

۵. بهبود نسبت دانشجو به استاد به ده به یک

۶. تأمین کمبود شدید نیروی انسانی بخش تخصصی پزشکی با افزایش تعداد دانشجویان و دستیاران دوره‌های تخصصی و فوق تخصص پزشکی و دوره‌های تکمیلی تخصصی بالینی و دوره‌های تحصیلات تکمیلی و دکتری تخصصی

ارتقای کیفی آموزش و پژوهش، مطابق با نیازهای بخش سلامت و ارتقای کیفی مراقبت‌ها و خدمات سلامت

۱. به منظور حفظ حرمت زنان جامعه، افزایش نسبت دانشجویان زن به مرد و هم‌چنین شاغلان به خدمت زن به مرد در بخش‌های مختلف آموزشی (هیئت علمی و دانشجو) و نیز عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت اتفاق افتاد.

۲. اصلاح برنامه‌های آموزشی رشته‌های گروه پزشکی و توجه به مسئله پاسخگویی به نیازهای جامعه در این برنامه‌ها.

۳. جامعه نگر شدن دانشجویان گروه پزشکی از طریق حضور آنها در صحنه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت در طی دوره‌های آموزشی.

۴. اضافه شدن رشته‌های آموزشی مرتبط با نیازهای سلامت جامعه در گروه پزشکی (تخصص پزشکی اجتماعی، فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، انفورماتیک پزشکی، اخلاق پزشکی، پرستاری اورژانس، پرستاری سالمندی، روان پرستاری، پرستاری مراقبت‌های ویژه، تکنولوژی آموزشی در علوم پزشکی، مطالعات اجتماعی موثر بر سلامت، دوره مدیریت بهداشت عمومی (MPH)، سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، آینده‌پژوهی سلامت، اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری سلامت و چندین رشته دیگر که در سایه توسعه متوازن رشته‌های مورد نیاز حوزه سلامت شکل گرفته است.

۵. ایجاد مراکز توسعه آموزش پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و ایجاد رشته تخصصی آموزش پزشکی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی، که به ارتقای فن معلمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کمک فراوانی نموده است.

۶. تصویب قانون آموزش مداوم گروه پزشکی که با اجرای برنامه‌ریزی شده آن تداوم دانش و مهارت دانش‌آموختگان گروه پزشکی عملیاتی شده است.

۷. ارتقای سطح پژوهشی در حوزه گروه پزشکی به نحوی که با دارا بودن حدود ده درصد از اعضای هیئت علمی و پژوهشگران کشور حدود سی درصد تولیدات علمی کشور مربوط به این حوزه می باشد و انتخاب عناوین اولویت دار حوزه پژوهش به منظور برطرف کردن نیازهای جامعه و توسعه مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده‌ها که با رسالت پاسخگویی به نیازهای سلامت کشور تأسیس شده اند و دستاوردهای بسیار مفیدی در این جهت داشته‌اند.

۸. توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و ارتقای کمیت و کیفیت ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی کشور و در نتیجه بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور و از جمله امید زندگی به نحوی که در بین بالاترین کشورها در منطقه چشم اندازی قرار گرفته ایم.

۹. ارتقای چشمگیر خدمات سلامت مورد تقاضای مردم و بهره‌مندی مناسب از خدمات بهداشتی و درمانی.

۱۰. توفیقات برنامه ادغام در عرصه بهداشت عمومی و پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر نظیر دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، فلج اطفال، سرخک، سل، مالاریا و بعضا غیر واگیر مثل تالاسمی و بیماری‌های روانی و اجرای موفق طرح‌های غربالگری‌های پوتیروویدی و یددار کردن نمک طعام در کل کشور.

۱۱. ارتقای سطح خدمات درمانی کشور به نحوی که برخلاف سال‌های اول پس از پیروزی انقلاب اسلامی که اعزام‌های زیادی برای خدمات درمانی به خارج از کشور صورت می گرفت، در حال حاضر برای هیچ خدمت تخصصی و فوق تخصصی نیازمند اعزام به خارج از کشور نیستیم. بسیاری از این گونه خدمات حتی در مناطق کم تر برخوردار و یا مراکز استانها ارائه می‌شود. لازم به ذکر است که در حال حاضر خیل عظیمی از ایرانیان مقیم خارج از کشور و نیز

بیماران خارجی جهت دریافت خدمات درمانی به جمهوری اسلامی ایران سفر می‌کنند.

۱۲. توسعه و گسترش پایگاه‌های اورژانس شهری و بین جاده‌ای که نقش فوق العاده ای در کاهش مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات و تسریع رساندن بیماران اورژانس به بیمارستان‌ها داشته‌اند.

۱۳. راه اندازی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع روستایی و پایلوت شهری و حرکت به طرف عدالت در ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی.

۱۴. ایجاد مراکز مدیریت بحران در دانشگاه‌ها (EOC) و کمک در مدیریت حوادث و بلایای طبیعی.

۱۵. مدیریت تحسین‌برانگیز بحران کرونا به مدد نیروهای زبده و ایثارگر بهداشت و درمان با مدیریت و تولید مناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. در این راستا هر زمان که بر مراقبت‌ها و خدمات در محیط جامعه و در قالب شبکه بهداشتی درمانی تأکید بیشتری می‌شد، کاهش موارد ابتلا و مرگ‌ومیر را به صورت بسیار چشمگیر تری به دنبال داشت.

۱۶. تأمین پزشکان عمومی و متخصص در اقصی نقاط کشور.

۱۷. تدوین راهنماهای بالینی مدیریت بیماری‌ها با مشارکت اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها.

۱۸. ایجاد پایگاه‌های تحقیقات جمعیت به منظور شناسایی به هنگام مشکلات با ارائه راه حل‌ها.

۱۹. وجود دانش ارائه مراقبت‌ها و خدمات مبتنی بر شواهد بالینی و تحقیقات کاربردی با توجه به بهره بردن از علم توأم با تجربه از اعضای محترم هیئت علمی در نظام سلامت کشور.

۲۰. گسترش مراکز پیوند اعضاء در کشور از جمله پیوند کلیه، قلب، کبد، ریه، مغز استخوان، قرنیه چشم و غیرو که در منطقه جایگاه بالایی دارند.

مکاتبه با رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر قالیباف (۱۴۰۰/۸/۳)

طرح اصلاح نظام آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی

طی چند روز اخیر رونوشت طرحی به امضای تعدادی از نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی به دستم رسید که باعث تعجب بسیار گردید. در این طرح که به عنوان "اصلاح نظام آموزش پزشکی و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات درمانی" نامیده شده است، طراحان محترم با ذکر توضیحاتی در خصوص کمبود نیروی انسانی گروه پزشکی و لزوم افزایش ظرفیت‌های پذیرش در رشته‌های زیر مجموعه گروه پزشکی، راهکارهایی را بعنوان بندهای قانونی ارائه نموده اند که اولین بند آن، جدا نمودن حوزه آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در این خصوص و با بررسی مفاد این طرح لازم است نکات مهمی به استحضار برسد:

۱ - همانگونه که مستحضرید در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، موضوع ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در نظام سلامت بصورت واضح تصریح شده است و جدا نمودن این بخش از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (چنانچه در بند ۱ طرح پیشنهادی آمده است) مخالف منویات و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری است، و لذا قابل تصویب در مجلس محترم شورای اسلامی نمی‌باشد.

۲ - در مقدمه توجیهی طرح علت ارائه طرح، کمبود نیروی انسانی گروه پزشکی ذکر شده است. به نظر می‌رسد ارائه کنندگان طرح مذکور با فلسفه ادغام و کارکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آشنا نیستند. در دهه ۶۰ فلسفه ادغام و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استفاده از تمام ظرفیت بهداشتی درمانی کشور برای افزایش حداکثری تربیت و تامین نیروی انسانی گروه پزشکی و جبران کمبودها بوده است. حال در صورت جدا نمودن بخش آموزش و پژوهش پزشکی از بدنه وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی نه تنها ظرفیت بیشتری برای تربیت این نیروها ایجاد نمی‌شود بلکه ظرفیت موجود به شدت کاهش می‌یابد. با توجه به ادغام کامل آموزش و پژوهش در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، در اکثر استان‌ها و شهرستان‌ها، چون بیمارستان‌ها به انجام هر دو وظیفه ارائه مراقبت و خدمات سلامت و آموزش و پژوهش اشتغال دارند، اگر آنها به وزارت علوم واگذار شوند، مسئولیت بهداشت و درمان آن استان‌ها و شهرستان‌ها به عهده وزارت علوم خواهد بود و مسلماً دیگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل از دست دادن امکانات ارائه خدمات، مسئولیتی نداشته و پاسخگو نیز نخواهد بود.

۳- دستاوردهایی که طی این چهار دهه پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران حاصل شده است نه تنها در مطالعات گسترده داخلی به اثبات رسیده، بلکه در بررسی‌های متعددی که توسط نهادهای بین‌المللی از قبیل سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون جهانی آموزش پزشکی انجام پذیرفته، بارها مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است. بهبود شاخص‌های بهداشتی درمانی مانند افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان، کاهش مرگ و میر مادران باردار و ... عملاً همگی مویید این مطلب است. سازمان‌های بین‌المللی (WHO) پس از بررسی‌های عمیق موضوع، نحوه ادغام در کشور ما را به سایر کشورها توصیه نموده‌اند و آن را پدیده آموزش در قرن بیست و یکم نامیده‌اند و نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران بارها به دلیل این دستاوردها مورد تشویق و بازدیدهای عدیده کشورها قرار گرفته است.

۴- همانگونه که در بررسی اداره قوانین مجلس شورای اسلامی هم اشاره شده است، تصویب و اجرای این طرح، بار مالی و هزینه‌ای فراوان بدون دستاورد برای جمهوری اسلامی ایران خواهد داشت. در طی این چهار دهه، با ایجاد دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌ها و شهرستان‌های بزرگ، کلیه نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت در آنها ادغام شده و جداسازی مجدد حوزه آموزش از نظام ارائه خدمات سلامت باعث صدمه‌ای جبران‌ناپذیر به حوزه آموزش پزشکی و محروم نمودن حوزه آموزش از این ظرفیت عظیم برای آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه خواهد بود.

۵- از سوی دیگر ادغام بخش آموزش و پژوهش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت طی سال‌های گذشته باعث پاسخگوتر شدن نظام آموزش و پژوهش پزشکی در تامین نیازهای سلامت (از لحاظ کمی و کیفی) گردیده است. موضوعی که سایر بخش‌های آموزشی در کشور از آن رنج می‌برند و در نتیجه تعدادی از دستگاه‌ها به دلیل پاسخگو نبودن نظام آموزشی در کشور، خود دست به کار ایجاد دانشگاه‌هایی برای تامین و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز شده اند. درحقیقت، مطلوب آنست که بسیاری از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های غیرپزشکی، اقدامی مشابه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نموده و ابعاد آموزش عالی مربوط به دامپزشکی، کشاورزی، صنعت، مدیریت، معدن و غیره را در وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای ذیربط ادغام نمایند تا فارغ التحصیلان آنان فقط مباحث تئوری را فرا نگیرند و به محض فراغت از تحصیل بتوانند پاسخگوی نیازها و مشکلات جامعه و کشور باشند.

۶- دغدغه نمایندگان محترم در تامین نیروی انسانی بخش‌های عمومی و تخصصی گروه پزشکی (چنانکه در بندهای مختلف طرح آمده است) ضمن قابل احترام بودن، راهکارهای دیگری کاملاً متفاوت و بی‌ارتباط با انتزاع حوزه آموزش پزشکی از بدنه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد. ذکر این نکته هم لازم است که در شرایط فعلی که سرداران و سربازان خط مقدم مبارزه با همه‌گیری بیماری مخرب و منحوس کرونا یعنی پزشکان و گروه پزشکی، مشغول خدمات ارزشمند خود هستند. روا نیست که با طرح چنین موضوعاتی آنان را از صحنه نبرد به کارزارهای فرعی مضر و بی‌ثمر بکشانیم.

در انتها اکیدا از جناب‌عالی و کمیسیون‌های تخصصی که قرار است طرح مزبور را بررسی نمایند درخواست می‌نمایم که مصالح نظام جمهوری اسلامی ایران را در نظر گرفته، و نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران را با چالش‌های غیر قابل جبران مواجه نفرمایند.

مکاتبه با رهبر معظم و فرهیخته انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای - مد ظله العالی

سند ملی سلامت معنوی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، از حدود یازده سال پیش، اساسنامه خود را به منظور تمرکز هرچه بیشتر بر «سلامت همه‌جانبه جامعه» اصلاح کرد و تقریباً همزمان، اقدام به تأسیس گروه علمی «سلامت معنوی» نمود و در ادامه، به دلیل نگرانی از احتمال اثرپذیری از سلامت معنوی سکولار غربی، نام آن را به گروه علمی «سلامت معنوی اسلامی» تغییر داد.

متعاقب تشرف اعضای پیوسته فرهنگستان در آذرماه ۱۳۹۲ به محضر حضرت عالی و ارائه رهنمودهای ارزشمندتان و به منظور جلوگیری از هرگونه احتمال انحراف از مسیر معنویت اسلامی، همکاری و همفکری بسیار نزدیکی را با حوزه‌های علمیه و بویژه حوزه‌های علمیه قم و تهران و نهادهای مرتبط از جمله دبیرخانه انجمن‌های علمی حوزه، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی(ره) و پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، و برخی شخصیت‌های علمی مانند علامه مصباح یزدی (ره) و آیت‌الله علی‌اکبر رشاد و آیت‌الله علیرضا اعرافی آغاز کرد.

مدتی است که طرح علمی تحقیقی جامع و بنیادینی در زمینه‌ی تولید «فلسفه‌ی معنویت» و «نظریه‌ی سلامت معنوی اسلامی»، تدوین چهار معجم در باب سلامت معنوی اسلامی، مستنبط از قرآن، نهج البلاغه، صحیفه سجادیه(ع) و اصول کافی، و تنظیم «نظام سلامت معنوی» و تأسیس «دانش سلامت معنوی اسلامی» تهیه شده و با محوریت آیت‌الله رشاد و همکاری جمعی از اساتید حوزوی - دانشگاهی در حال اجراست و پیسرفت معتناهی نیز داشته است.

اخیراً بنا به پیشنهاد آیت‌الله رشاد موضوع تدوین «سند ملی سلامت معنوی»، با محوریت فرهنگستان و همکاری پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی و دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و مشارکت دیگر نهادهای مرتبط، جهت طرح و تصویب در شورای عالی انقلاب فرهنگی در دستور کار قرار گرفته است.

۱. تاریخ پزشکی و سلامت معنوی

علم پزشکی و طبابت در قرون و اعصار پیشین، معمولاً با علومی مانند فلسفه، حکمت و فقه و نیز با معنویت، اخلاق و اعتقادات مذهبی عجین بوده است. اطبا پیوسته حضرت باری تعالی را "شافی" بیماران و بیماری‌ها دانسته و خود را صرفاً وسیله و واسطه‌ای در راستای تحقق شفای الهی می‌دیدند. کتاب‌های علمی پزشکی، آکنده از خدانشناسی، توحید و معارف دینی بود که هم تحکیم اعتقادات فراگیران را به دنبال داشت و هم بیماران را به توجه هرچه بیشتر به خالق هستی و دعا و توسل به درگاه حضرت احدیت برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و شفای بیماری آنان سوق می‌داد. متأسفانه این نوع بینش، اعتقاد و جهان‌بینی، پس از انتقال مرکزیت و مرجعیت علمی از سرزمین‌های اسلامی به اروپا و غرب، دستخوش تغییر و دگرگونی شد و در دوران رنسانس، به طور کلی، راه دین و مذهب از علم جدا شد و علوم، دچار آفت دین‌زدائی شدند. شاید به دلیل افول درخشش علمی جوامع اسلامی و تقلید هرچه بیشتر از مکاتب غربی، حتی در کتاب‌ها و نشریات علوم پزشکی کشور، به‌جز ذکر نام خداوند در آغاز کتاب‌ها و مقالات، اثر دیگری از خدا، خدانشناسی و معنویت به چشم نمی‌خورد و از این نظر تفاوت قابل توجهی با کتاب‌ها و نشریات غربی وجود ندارد.

۲. سازمان جهانی بهداشت و سلامت معنوی

بی‌توجهی و بی‌اعتقادی به نقش و یا ارتباط مذهب و معنویت با سلامت، در تعریفی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ برای سلامت مطرح کرد نیز مشاهده می‌شود. طبق تعریف مزبور، سلامت، فقط به معنی بیمار نبودن نیست؛ بلکه شامل وضعیت حداکثری سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است. پس از حدود چهار دهه از تصویب این تعریف برای سلامت، نماینده کشور نروژ در اجلاس سالیانه وزرای بهداشت کشورها در مقر سازمان جهانی بهداشت، تکیه انحصاری بر ابعاد سه‌گانه جسمی، روانی و اجتماعی را برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و آحاد مردم کافی ندانست و احساس پوچی، رها بودن و ناامیدی در غرب را ناشی از نادیده انگاشتن "معنویت" و نقش آن در جامعه و سلامت جامعه دانست و توصیه کرد که سازمان جهانی بهداشت، بُعد جدیدی را به نام "سلامت معنوی" به ابعاد سه‌گانه سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی اضافه کند. وزرای بهداشت دیگر کشورها هم، پس از بحث و گفتگو، با رأی موافق، این پیشنهاد را تصویب کردند.

۳. غرب و سلامت معنوی

کشورهای اروپائی تقریباً بلافاصله، موضوع سلامت معنوی را در معاهده کپنهاگ گنجانده و خود را متعهد به اجرای آن کردند. در کشور ایالات متحده آمریکا، دانشگاه‌ها به سلامت معنوی ورود کرده و تدریس آن را شروع کردند، به طوری که در حال حاضر، سلامت معنوی عملاً در همه دانشگاه‌های آمریکا تدریس می‌شود و در این مدت هزاران پروژه تحقیقاتی به انجام رسیده و مقالات آنها منتشر شده و ده‌ها کتاب هم با موضوع سلامت معنوی به چاپ رسیده است. در کشورهای غربی، برخی معنویت را بالاتر از دین می‌دانند و پاره‌ای آن را پایین‌تر از دین تلقی می‌کنند و عده‌ای هم آن را مرتبط با اعتقادات مذهبی می‌دانند؛ ولی به هر حال آنچه عمدتاً در نوشته‌های آنان انعکاس دارد، با معنویت اخروی ارتباطی نداشته و بیشتر شامل معنویت دنیوی و این‌جهانی است. اصولاً به نظر می‌رسد که هدف غرب از طرح مسئله سلامت معنوی این است که روحیه رضایت از زندگی دنیوی، خوش‌بینی و امید را در جامعه ترویج کند و به همین دلیل برای نیل به سلامت معنوی، مردم را به گوش کردن یا نواختن موسیقی، کتاب‌خوانی، یوگا و پناه‌بردن به طبیعت، تشویق می‌کنند. همچنین سعی می‌کنند روحیه بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را، برای سازش با بیماری، تقویت کرده و برای آن دسته از بیماران که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند، پذیرش مرگ را آسان‌تر کنند. این رویکرد غربی، در واقع به منزله تمرکز بر «معنویت‌درمانی» به جای «کاربست معنویت در پیشگیری و ارتقای سلامت» است.

۴. جمهوری اسلامی ایران و سلامت معنوی

سلامت در دین مبین اسلام از جایگاه والایی برخوردار است که انعکاس آن را می‌توان در بسیاری از آیات قرآن کریم و نیز بسیاری از احادیث و روایات مشاهده کرد. از سوی دیگر در قوانین عدیده‌ای از جمله قوانین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و به‌ویژه در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی حضرت‌عالی، بر اولویت «پیشگیری و ارتقای سلامت» تأکید شده است؛ اما متأسفانه آنچه در عمل اتفاق می‌افتد، کم‌توجهی نگران‌کننده‌ای است که به اصل سلامت

و بویژه پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه، به قیمت توجه تقریباً انحصاری به امر درمان، می‌شود.

۵. ارتقای سلامت همه‌جانبه و سلامت معنوی

از منظر اسلامی، سلامت معنوی، مهم‌تر از دیگر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) است. همچنین سلامت معنوی بر دیگر ابعاد سلامت، کاملاً و گاه به نحو مستقیم تأثیرگذار است. با توجه به لزوم تمرکز و ترویج هرچه بیشتر امر پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه در همه ابعاد، به نظر می‌رسد، یکی از روش‌های بسیار مؤثری که می‌تواند به صورت فراگیر به ارتقای سلامت معنوی جامعه کمک کند، از طریق آموزش صحیح والدین در ارتباط با فرزندپروری است. مطالعات گسترده جهانی حاکی از آن است که دوران زندگی درون‌رحمی و ماه‌ها و سال‌های نخست زندگی، مناسب‌ترین زمان برای شکل‌گیری شخصیت انسان و تأثیرپذیرترین دوران برای فراگیری مسائل فرهنگی و اعتقادی است. در مورد دوران پیش از انعقاد نطفه و پس از آن و تمام طول بارداری و نیز پس از تولد و برای ساعات، روزها، ماه‌ها و سال‌های اول زندگی، باید آموزش‌های لازم را ارائه کرد، تا والدین بتوانند از فرزندان سالم به طور اعم و با ویژگی‌های لازم سلامت معنوی به طور اخص برخوردار گشته و آنان را در این راستا، به‌خوبی تربیت کنند. همچنین باید به جوانان در مورد انتخاب همسر، توصیه‌ها و سفارش‌های لازم را کرد. این روش‌ها نه تنها می‌تواند منجر به اصلاح وضعیت اخلاقی و معنوی نسل بعدی شود؛ بلکه بر خود والدین و نزدیکان آنان نیز تأثیرات مثبت خواهد داشت و در نتیجه می‌تواند به اعتلای اخلاقی، معنوی و سلامت معنوی خانواده هم منجر شود.

۶. سلامت معنوی و نظام آموزش کشور

لازم به نظر می‌رسد، آموزش سلامت معنوی علاوه بر محیط خانواده، مهدکودک و پیش‌دبستانی، در مقاطع مختلف تحصیلی (ابتدایی و متوسطه) و نیز در مقاطع آموزش عالی در رشته‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیز دیگر رشته‌های آموزش عالی کشور و به‌ویژه در حوزه‌های علمیه آغاز شود. در مورد رشته‌های پزشکی و کلیه رشته‌های مرتبط با نظام سلامت کشور، بخشی از آموزش‌ها به صورت نظری و عمده آن باید در

عرصه آموزش‌های عملی و در بخش‌های مختلف بالینی و خدمات سرپایی در زمان کارآموزی، کارورزی و دستیاری صورت پذیرد. اشرا ب سلامت معنوی در نظام آموزش کشور، اهداف زیر را دنبال خواهد کرد:

- آشنایی مجموعه آموزش کشور (معلمان، استادان حوزه و دانشگاه، طلاب و دانشجویان، و دانش‌آموزان) با مقوله سلامت معنوی و التزام به آن؛
- کاربست سلامت معنوی در نظام آموزش کشور (از مهدکودک، پیش‌دبستانی و ابتدایی، تا تحصیلات تکمیلی و آموزش حوزوی)؛
- بسترسازی برای نهادینه‌شدن آموزش معنویت‌محور؛
- حرکت در جهت تربیت معنوی فرزندان و نسل جوان کشور.

۷. ضرورت و اهمیت تدوین سند ملی سلامت معنوی

با نظر داشتن نکات فوق، به نظر می‌رسد، در کنار اسناد مهم کشوری از قبیل: نقشه جامع علمی کشور، سند تحول آموزش و پرورش، نقشه مهندسی فرهنگی کشور، سند دانشگاه اسلامی، سند پایه الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و ...، سندی برای تدارک موضوع سلامت معنوی در کشور و تقسیم کار دستگاه‌های ذی‌ربط کاملاً موردنیاز است. در صورت تصویب و ابلاغ سند ملی سلامت معنوی (در شورای عالی انقلاب فرهنگی)، تقسیم کار ملی و پیگیری مجدانه اجرای مفاد آن، امید می‌رود سلامت معنوی در کشور ما نظراً و عملاً نهادینه شود (چارچوب اولیه تدوین سند ملی سلامت معنوی، پیوست نامه است).

همچنین باستحضار می‌رسد: محتوای سند ملی سلامت معنوی، تحت اشرف علمی آیت‌الله رشاد، تدوین و از نتایج طرح کلان مورد اشاره و نیز ظرفیت سایر دستگاه‌های علمی و حوزوی بهره‌برداری خواهد شد.

مراتب جهت مزید استحضار و ارائه ارشاد و رهنمود مقتضی، محضر شریفتان تقدیم شد.

چارچوب تدوین سند ملی سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سند ملی سلامت معنوی، دارای هفت فصل است:

۱. مقدمه

- بخشی از بیانات مقام معظم رهبری درباره سلامت معنوی در دیدار با اعضای فرهنگستان
 - تاریخچه و پیشینه پژوهشی سلامت معنوی و وضعیت موجود (در جهان و ایران)
 - اهمیت و ضرورت سلامت معنوی (در سیاست‌های کلی نظام سلامت کشور، بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی، و سند چشم‌انداز بیست ساله کشور)
 - تبیین فرآیند تنظیم سند ملی سلامت معنوی (با تأکید بر نقش دستگاه‌های همکار)
 - مخاطبان و جامعه هدف سند ملی سلامت معنوی (مخاطبان خاص و عام)
 - نسبت سند ملی سلامت معنوی با اسناد بالاتر نظام، از قبیل: بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی، الگوی پایه پیشرفت اسلامی ایرانی، سیاست‌های کلی نظام سلامت، سند نقشه جامع علمی کشور، سند تحول بنیادین آموزش و پرورش، سند مهندسی فرهنگی و ...
- تذکر:** تفصیل موارد فوق، در «کتاب پشتیبان» که ضمیمه سند است، درج می‌شود.

۲. تعریف مفاهیم اصلی

- معنوی و معنویت
- نظریه کلان معنویت اسلامی
- سلامت

- سلامت معنوی
- سلامت معنوی اسلامی
- مفاهیم سلامت معنوی در قرآن و حدیث
- مبانی سلامت معنوی اسلامی
- شاخص‌های سلامت معنوی اسلامی
- سبک زندگی (معنوی) اسلامی - ایرانی
- سلامت همه‌جانبه
- تأثیر سلامت معنوی بر دیگر ابعاد سلامت
- پیشگیری و ارتقای سلامت
- مراقبت‌ها و خدمات سلامت
- آموزش سلامت
- طرح انطباق

تذکر: ۱. تفصیل موارد فوق، در «کتاب پشتیبان» که ضمیمه سند است، درج می‌شود. ۲. در تعریف هر مفهوم اصلی، تفاوت دیدگاه اسلامی و با رویکردهای غربی، تبیین خواهد شد.

۳. چارچوب مبانی

- مبانی و مبادی (بعیده و قریبه)
 - خداشناختی
 - دین‌شناختی
 - ارزش‌شناختی
 - انسان‌شناختی
 - جهان‌شناختی
 - جامعه‌شناختی
 - و ...
- ارزش‌ها
- اصول

۴. اهداف

- کلان
 - راهبردی (ملی / فراملی)
 - عملیاتی (جهت تعیین برنامه‌های اجرایی)
- تذکر:** اهداف سند باید مشخص، قابل اندازه‌گیری، تحقق‌پذیر، منطقی و زمان‌مند باشد.

۵. مسائل (معطوف به اهداف)

- هدف(های) مرتبط مسئله
 - فوریت و اهمیت مسئله
 - پیشینه مسئله
 - علل و عوامل ایجادکننده مسئله
 - تحلیل روندهای مسئله
 - مدل نظری حل مسئله
 - تحلیل حقوقی مسئله
 - بررسی و انتخاب سیاست‌های مسئله
 - برنامه‌های اجرایی مسئله
- تذکر:** در متن سند، اصل مسائل درج می‌شود و موارد فوق در قالب «شناسنامه» هر مسئله، در «کتاب پشتیبان» که ضمیمه سند است، درج می‌گردد.

۶. سیاست‌ها (معطوف به حل مسائل)

۷. برنامه‌های اجرایی

- مسئله(های) مرتبط
- افق زمانی
- اهداف کمی و دستاوردهای ملموس

- نهاد مجری و نهادهای همکار و نقش هریک از آنها (نگاشت نهادی)
- برآورد بودجه
- شاخص‌ها
- مدل نظارت و ارزیابی
 - شاخص‌ها
 - پایش
 - بازخوردسنجی
 - ارزیابی
 - ارتقا (بازسازی سند و تهیه ویراست جدید)
- سایر الزامات اجرا
 - آموزش (تأسیس رشته‌های دانشگاهی و حوزوی) و تربیت نیروی انسانی
 - پژوهش (بنیادی، راهبردی و کاربردی)
 - ترویج و فرهنگ‌سازی (با تأکید بر نقش رسانه ملی)
 - کاربردی‌سازی
 - توجه ویژه به کودکان، زنان و خانواده
 - تهیه بسته‌ها (پروتکل‌ها)ی فرهنگی برای اقشار مختلف
 - جشنواره‌ها و جوایز
 - و

تذکر: موارد فوق، در «کتاب پشتیبان» که ضمیمه سند است، درج می‌شود.

تذکر کلی:

متن حاضر، با الگوبری از «چهارچوب تدوین اسناد ملی حوزه فرهنگ» (مصوب جلسه ۴ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۵ ستاد هماهنگی نقشه مهندسی فرهنگی کشور، ذیل شورای عالی انقلاب فرهنگی) تنظیم شده است. بر این اساس، محورهای سند به نحو حداقلی تنظیم شده است و لذا قابل تکمیل و افزایش می‌باشد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

اصلاح عنوان کارگروه اخلاق، سلامت معنوی و تعهد حرفه ای و ایجاد

کارگروه مستقل سلامت معنوی

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت همه جانبه بوده و گستره وسیعی را در بر می گیرد. خوشبختانه گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی در طول یک دهه گذشته با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه علمیه قم، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی و نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها تلاش نموده است این بعد مهم سلامت را در نظام سلامت کشور تبیین نماید. هم اکنون نیز حضرت آیت الله جناب آقای دکتر رشاد بعنوان رئیس پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی و عضو محترم شورایی عالی انقلاب فرهنگی نسبت به تدوین و تولید علم سلامت معنوی اقداماتی را آغاز نموده‌اند. همچنین معاونت محترم آموزشی جناب آقای دکتر باقری فرد نیز با حضور فعال در کمیته‌های مشورتی و اجرایی نسبت به این امر مهم اهتمام می‌ورزند. با توجه به توضیحات فوق الذکر، موضوع سلامت معنوی بسیار فراتر از بحث اخلاق پزشکی می‌باشد، لذا قرار گرفتن این موضوع مهم در کارگروهی با عنوان "اخلاق، سلامت معنوی و تعهد حرفه‌ای" این شائبه را ایجاد می‌نماید که اخلاق پزشکی و سلامت معنوی در یک تراز بوده و به همین دلیل بسیاری از ابعاد مهم سلامت معنوی مغفول خواهند ماند. لذا پیشنهاد می‌گردد ضمن اصلاح عنوان کارگروه فوق در معاونت آموزشی، کارگروه سلامت معنوی بعنوان یک کارگروه مستقل و جامع‌تر در نظر گرفته شود.

مکاتبه با معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ابوالفضل باقری فرد

تاکید بر اهمیت سلامت معنوی

پیرو مذاکرات قبلی و عطف به نامه شماره ۷۲۵۱/ف/ع/پ مورخ ۱۴۰۱/۳/۱۱ خدمت جناب آقای دکتر عین اللهی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با عنایت به اینکه سلامت معنوی از مهم‌ترین ابعاد سلامت جامعه و آحاد مردم به حساب می‌آید، به نظر می‌رسد ادغام عنوان سلامت معنوی که سلامت ۸۵ میلیون جمعیت کشور را شامل می‌شود،

با موضوعاتی نظیر اخلاق و تعهد حرفه‌ای که عمدتاً به جامعه پزشکی مربوط می‌شود، اقدام مطلوب و معقولی نیست. متأسفانه دانشگاه‌ها هم از همین روال تبعیت کرده‌اند. از آنجا که در حال حاضر شناخت محدودی نسبت به سلامت معنوی وجود دارد که باید با سرعت و شدت اصلاح شود، این نگرانی وجود دارد که ادغام این عناوین، اهمیت سلامت معنوی جامعه را آن گونه که باید مورد توجه دانشگاه‌ها، اساتید و دانشجویان قرار ندهد. لذا تقاضا دارد دستور فرمائید، اولاً کارگروه مستقلی با عنوان سلامت معنوی در وزارتخانه و دانشگاه‌ها تأسیس شود و رؤسای محترم دانشگاه‌ها و معاونین محترم شخصاً و جمعیاً به صورت ویژه و به نحو مطلوبی به آن بپردازند. ثانیاً همانطوری که حتماً عنایت دارید اخلاق پزشکی ما تا حدود بسیار زیادی بر گرفته از Medical Ethics غربی است، در حالی که واقعاً شایسته است که جمهوری اسلامی ایران ضمن استفاده از مطالب آنان، اخلاق پزشکی را با مبانی کاملاً روشن اسلامی تدوین و ترویج نماید.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

برنامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اصلاح و

ارتقای شبکه بهداشتی درمانی

فرمایشات مقام معظم رهبری در دیدار جامعه پرستاری، معظم‌له در خصوص توجه به شبکه بهداشتی درمانی و لزوم بازسازی، تقویت و توسعه آن، نشان از وسعت نظر و شناخت عمیق ایشان از حوزه سلامت کشور دارد. متأسفانه در دو دهه گذشته مسئولین مرتبط همت کافی برای توسعه و ارتقا و تعمیق شبکه بهداشتی درمانی نداشته‌اند و بطور عمده به جنبه‌های درمانی توجه کرده‌اند. اینک که جنابعالی با نگاه ولایتمدارانه فرمان ایشان را لبیک گفته‌اید انتظار می‌رود هر چه سریع‌تر بدون فوت وقت، کلیه ارکان نظام سلامت زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بطور عملی در تحقق این فرمان بکوشند.

در این راستا فرهنگستان علوم پزشکی که بارها اهمیت شبکه بهداشتی درمانی را به مسئولین محترم ذیربط تذکر داده است. آخرین بررسی جامع در این زمینه در مستندات «توسعه،

تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور» و «لزوم گسترش، ارتقا، تعمیق و روزآمدی هرچه سریع‌تر شبکه بهداشتی درمانی کشور بر مبنای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری» و «توصیه‌های راهبردی و اجرایی در زمینه توسعه، تعمیق و روزآمدی شبکه بهداشتی درمانی کشور برای پاسخگویی عادلانه به همه نیازهای سلامت جامعه، اعم از مراقبت، خدمت، آموزش و پژوهش سلامت، از جمله استفاده بهینه از آن برای مقابله با همه‌گیری ویروس کرونا» فرهنگستان اعلام شده‌است و در آن براهمیت توسعه، تعمیق و روزآمدی شبکه بهداشتی درمانی کشور برای پاسخگویی عادلانه به همه نیازهای سلامت جامعه، اعم از مراقبت، خدمت، آموزش و پژوهش سلامت، از جمله استفاده بهینه از آن برای مقابله با همه‌گیری ویروس کرونا تأکید شده‌است.

فرهنگستان علوم پزشکی در راستای وظایفی که براساس اساسنامه بعهدہ دارد، تصمیم گرفته با تشکیل جلسات کارشناسی، جوانب مختلف بازسازی، توسعه و روزآمد نمودن شبکه را بررسی نماید و جمع‌بندی را در یکصد و سومین جلسه شورای آینده‌نگری و نظریه‌پردازی فرهنگستان در تاریخ ۳۰ دیماه ۱۴۰۰ با حضور جناب‌عالی و کلیه ذینقشان مطرح نماید. موجب امتنان است، در صورت صلاحدید دستور فرمائید برنامه اجرایی آن وزارتخانه که شامل زمان‌بندی مشخص برای اصلاح و ارتقای شبکه بهداشتی درمانی است تهیه گردد و معاونین و کارشناسان محترم مرتبط از کلیه بخش‌های بهداشت، درمان و آموزش، توسعه و مدیریت منابع جهت شرکت در این گروه کارشناسی معرفی شوند.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

تقویت شبکه بهداشتی درمانی پزشکی خانواده و نظام ارجاع

همانطوری که استحضار دارید، در مورد سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری که در فروردین ۱۳۹۳ ابلاغ شده‌است، متأسفانه تاکنون اقدام قابل اعتنائی صورت نپذیرفته است. خوشبختانه برادر ارجمند جناب آقای دکتر عین‌اللهی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود هم بصورت کتبی و هم در سخنرانی‌هایشان به ویژه هنگام کسب رای اعتماد در مجلس شورای اسلامی به درستی، به دفعات بر عزم خود مبنی

بر اجرائی نمودن سیاست‌های مزبور، به ویژه در امر توسعه، تقویت، کارآمدسازی و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی، سطح بندی خدمات، پزشکی خانواده و نظام ارجاع تاکید نمودند. مقام معظم رهبری در تاریخ ۱۳۹۹/۰۲/۲۱ به ستاد ملی مبارزه با کرونا در مورد اهمیت پرداختن به شبکه بهداشتی درمانی به ویژه به دلیل منافی که در امر پیشگیری و کنترل بیماری کووید ۱۹ و احیاناً موارد مشابه در آینده خواهد داشت توصیه موکد فرمودند که متأسفانه هنوز مورد توجه قرار نگرفته است.

تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور، زیربنای پوشش همگانی سلامت در کشور، توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی، اولویت دادن به امر حیاتی بهداشت و پیشگیری، کنترل تقاضاهای القائی، صرفه‌جویی‌های قابل ملاحظه در نیروی انسانی، تجهیزات و اعتبارات، همچنین اجرائی نمودن اقتصاد مقاومتی و نیز نیل به عدالت در سلامت است.

با عنایت به تاکید مقام معظم رهبری در ملاقات هیئت محترم دولت مبنی بر لزوم وجود پیوست عدالت در همه لوايح، مصوبات و تصمیمات دولت، توجه حضرت‌عالی را به این نکته جلب می‌کنم که امکان تحقق امر عدالت در نظام سلامت منحصراً از طریق تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی و تاکید بر همکاری‌های بین بخشی می‌تواند صورت پذیرد. مطالعات جهانی نشان می‌دهد که حدود یک چهارم و یا حداکثر یک سوم از عوامل موثر بر سلامت در حوزه اختیارات و امکانات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و بیش از دوسوم و شاید سه چهارم عوامل موثر در سلامت جامعه، مربوط به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی و سیاسی است و به همین دلیل همفکری و همکاری سایر وزارتخانه‌ها و نهادها و نیز مشارکت مردم جهت نیل به عدالت در سلامت از ضروریات است.

از طرف دیگر، امتیاز بزرگی که در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، نعمت ارزشمند ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات بهداشت و درمان است که جناب آقای دکتر عین‌اللهی با توجه به اشراف و اعتقاد قلبی و علمی که به امر ادغام دارند، قاعدتاً باید انشاءالله هرچه سریع‌تر و همزمان با توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور، برای تکمیل و تقویت امر ادغام آموزش و پژوهش در عرصه‌های محیطی شبکه بهداشتی درمانی، به آموزشی نمودن تعداد قابل توجهی از خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های

بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و نیز مراکز جامع سلامت و به طور کلی عرصه مراقبت‌ها و خدمات سلامت بپردازند.

به منظور تامین مقاصد فوق که انشاءالله تحول مطلوبی را در سلامت جامعه و آموزش و پژوهش پزشکی ایجاد خواهد کرد، تقاضا دارد در صورت صلاحدید، در مورد نکات زیر دستورات لازم صادر فرمائید:

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه و بودجه و مجلس شورای اسلامی تلاش کنند تا علاوه بر تامین اعتبارات لازم برای این امور با نشان‌دار نمودن ردیف‌های بودجه، مانع از استفاده نابجای اعتبارات بهداشت، برای جبران کسری اعتبارات حوزه درمان و غیره شوند.

ب) با توجه به نقش پررنگ عوامل اجتماعی در سلامت جامعه، وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ظرف حداکثر یک ماه، انتظارات و نیازهای خود را در ارتباط با همکاری وزارتخانه‌ها و نهادهای مختلف تهیه و تقدیم حضرت‌عالی نماید تا با دستور جناب‌عالی، زمینه همکاری عملیاتی وزارتخانه‌ها با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از پیش فراهم شود.

ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه عملیاتی و زمان بندی شده خود را در مورد تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور، سطح‌بندی خدمات و پزشکی خانواده ظرف حداکثر یک ماه، خدمت حضرت‌عالی تقدیم و خود را به اجرائی نمودن آن متعهد نماید.

د) به منظور جامعه نگر کردن آموزش گروه پزشکی از طریق تکمیل ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در عرصه‌های محیطی ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت نیز وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف حداکثر یک ماه، برنامه‌های عملیاتی و زمان‌بندی شده خود را خدمت حضرت‌عالی ارائه نموده و برای اجرائی نمودن برنامه مزبور خود را متعهد نماید.

ضمناً به استحضار می‌رساند که جناب آقای دکتر عین اللهی عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی بوده و با میزان اشتیاق، تعهد و توانمندی‌های فرهنگستان آشنائی دارند، می‌توانند

فرهنگستان را یار و همکار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای ارتقای سلامت میهن اسلامی به حساب آورند.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

بازسازی، تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی

بازسازی، تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی، مهمترین مسئله راهبردی در راستای اجرایی نمودن سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری است. پس از جلسه اسفندماه و در جهت پیگیری توصیه های آن جلسه، نشستی به پیشنهاد و با حضور رؤسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران و شهید بهشتی، معاونین محترم بهداشتی دانشگاه های فوق و بعضی از مسئولین مرتبط آن وزارتخانه محترم، در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۱۶ در فرهنگستان علوم پزشکی برگزار شد. دغدغه رؤسا و معاونین محترم دانشگاه ها، در مورد مسائل بهداشتی جمعیت عظیمی که در شهر و استان تهران باید تحت پوشش مراقبت ها و خدمات سلامت قرار گیرند، و همچنین شروع اقدامات برای احیای زیرساخت های شبکه در این استان، قابل تقدیر است. شایسته است اقدامات انجام شده در اجلاس رؤسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور، ارائه و ضمن تأکیدات ضروری، اقدامات سایر دانشگاه ها نیز به منظور تبادل تجربیات، گزارش شود و از طرح عناوینی که این موضوع اصلی را تحت الشعاع قرار دهد، احتراز شود. در جلسه فوق مسائل زیر تأکید شد:

- التزام عملی مسئولین ارشد؛
- ارتقاء و ترمیم ساختار شبکه (بویژه مشکل مراکز جامع و پایگاه های استیجاری، و ایجاد پایگاه های جدید)؛
- ترمیم ساختار نیروی انسانی (بویژه تبدیل وضعیت نیروهای غیر ثابت و آموزش و توانمندسازی آنان و جذب و بکارگیری نیروهای جدید)؛

- افزایش اعتبارات و تقویت منابع مورد نیاز (ایجاد ردیف های بودجه ای ثابت و نشان دار برای بخش بهداشت ، صیانت از بودجه های بهداشت و استفاده از سایر منابع جهت تقویت اعتبارات شبکه بهداشتی درمانی و نیز امور مربوط به بهداشت و پیشگیری)؛

با توجه به پیشینه موضوع و مستندات کارشناسانه قبلی، موارد زیر پیشنهاد می شود. انشاءالله دستور توصیه مؤکد برای اجراء و پیگیری صادر فرمایید:

- بهره وری بیشتر از امکانات موجود (آموزش نیروهای انسانی، توسعه نظارت با شاخص های معتبر و تشویق و پاداش خدمات نیروهای شایسته)
- اقدامات ترویجی بویژه حساس نمودن و آگاه نمودن نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی و سایر مسئولین مرتبط دولتی، از طریق بازدیدهای حضوری نامبردگان از مراکز و مناطق محروم و نشان دادن ضرورت ها و فعالیت ها در میادین خدمت و مراقبت؛
- استفاده از ظرفیت های بالقوه نیروی انسانی، نظیر خدمات داوطلبانه دانشجویان رشته های مختلف، پس از آموزش اولیه به آنان، انجمن ها و بسیج دانشجویی، رابطین بهداشت و سایر ظرفیت های مردم نهاد و احیای طرح سفیر سلامت و نظایر آنها، پس از آموزش های لازم به آنان؛
- تعامل مناسب و هم افزا با شهردار محترم تهران برای استفاده از امکانات وسیع و مناسب که در اختیار شهرداری است، نظیر بوستانها، مراکز فرهنگی و فرهنگ سراها. در این خصوص و در صورت صلاحدید تشکیل جلسه ای با حضور شهردار محترم تهران می تواند راهگشا باشد؛
- آموزش و توانمندسازی مدیران شبکه بهداشتی درمانی و ارتقای نظام انتخاب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی آنان؛
- استفاده از فرصت های برنامه توسعه هفتم و برنامه های سالیانه دولت محترم برای ارتقای برنامه های بهداشتی مورد نیاز کلان شهر تهران و رسیدگی به

نیازهای مبرم مناطق محروم، پرتراکم و نیز مسائل بحرانی تهدید کننده سلامت در این مناطق؛

- تشکیل شورای راهبردی بهداشت استان تهران با حضور مقام محترم وزارت و معاونین ذیربط، رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه های مستقر در تهران، شهردار محترم تهران و معاونین ذیربط ایشان و نماینده منتخب فرهنگستان علوم پزشکی در صورت ضرورت، و سایر اعضا حسب مورد؛

فرهنگستان علوم پزشکی ضمن تشکر مجدد از رؤسای محترم دانشگاه های فوق اشاره و تقدیر از شروع اقدامات و پیگیری های مفید انجام شده، بر تسریع و گسترش فعالیت ها جهت اجرایی نمودن دستورات مقام معظم رهبری در مورد گسترش و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی استان تهران و سراسر کشور و نیز اولویت دادن به بهداشت و پیشگیری، برای هر نوع همراهی و همکاری، بر اساس اساسنامه فرهنگستان و با استفاده از ظرفیت های فرهیختگان علمی و کارشناسی، اعلام آمادگی می نماید.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

لزوم توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی

حوزه سلامت مهمترین رکن اثرگذار در جلب مشارکت مردم در بخش اجتماعی نظام حکمرانی است، کارآمدی و اثر گذاری آن تنها از طریق توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی و اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع است که می تواند به تحقق عدالت در سلامت، جامه عمل بپوشاند. این طریق نه تنها امکان دسترسی یکسان مردم به همه سطوح نظام ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، بلکه امکان بهره مندی عادلانه آحاد مردم از انواع مراقبت ها و خدمات ضروری سلامت با هزینه های کمتر را فراهم می نماید. توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی موجود در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره گیری از ظرفیت های بخش دولتی و غیر دولتی، به عنوان تنها شیوه توزیع عادلانه اعتبارات مالی، نیروی انسانی و تجهیزات براساس نظام سطح بندی خدمات سلامت بوده و

باید به عنوان مظهر عملیاتی نمودن اقتصاد مقاومتی و کاهش بی‌عدالتی در نظام سلامت مورد توجه حوزه سیاستگذاری و برنامه ریزی قرار گیرد. همچنین استراتژی فوق، نقش بسیار مهم در پوشش همگانی و اجباری بیمه همگانی خصوصاً برای حمایت و حفاظت از افراد کم توان مالی و آسیب پذیر دارد و باید سازوکار لازم برای برخورداری رایگان از آن به عنوان شاخص مهم عدالت، برای گروه‌های فوق مورد توجه قرار گیرد.

این اصل حیاتی، علیرغم ابلاغ آن در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت در فروردین ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری و نیز توصیه‌های موکد آن بزرگوار به جناب آقای دکتر نمکی و نیز به جناب آقای دکتر عین‌اللهی (در روز پرستار) و دستورات شخص جناب‌عالی به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متأسفانه هنوز وارد مرحله اجرا نشده است و این نگرانی وجود دارد که با توجه به محدودیت منابع و نرخ بالای تورم و همچنین وجود تقاضاها و مراجعات غیر ضرور، سبب افزایش سهم پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب مردم و نارضایتی عمومی و فقرزائی گردد. (طبق گزارشات حاصل از مطالعات میدانی و پیش بینی برآوردهای اولیه حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۴۰۱ هزینه‌ها از جیب مردم به حدود ۶۰ درصد افزایش می‌یابد که متأسفانه در جلسات سیاست گذاری و برنامه ریزی، گزارشات به اعداد کمتری اشاره دارند که از دقت لازم برخوردار نیست)؛ از طرفی نگران هستیم که خدای ناخواسته همان مسیری طی شود که وزرای محترم قبلی هم همه فرصت‌ها را صرف نگارش مقدمات کار نموده و وارد اقدامات اجرائی نشدند که منجر به فرصت‌سوزی شد. حال به نظر می‌رسد تنها راهی که امکان پیاده سازی و اجرائی شدن دستور مؤکد مقام معظم رهبری و حضرت‌عالی را فراهم می‌کند، از طریق تشکیل ستادهای زیر است:

۱) ستاد راهبردی (ملی) با ریاست حضرت‌عالی و دبیری وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حضور ریاست محترم سازمان برنامه و بودجه، ریاست محترم سازمان اداری و استخدامی کشور، وزرای محترم تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کشور، اقتصاد و دارائی، ارتباطات، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفاع و نیز رئیس محترم سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران و نمایندگان محترم و تام‌الاختیار از قوای مقننه و قضائیه،

۲) ستاد اجرایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مسئولیت وزیر محترم و معاونین محترم بهداشت، درمان، آموزش، توسعه مدیریت منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، روسای محترم سازمان‌های بیمه‌گر، رئیس محترم سازمان نظام پزشکی، نماینده فرهنگستان علوم پزشکی، رئیس جمعیت هلال احمر، رئیس شورای اسلامی استان‌ها و نماینده سازمان‌های مردم نهاد

۳) تشکیل ستاد اجرایی در مراکز استان‌ها با مسئولیت استانداران و دبیری روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و در شهرستان‌ها با مسئولیت فرمانداران و دبیری مدیر شبکه بهداشتی درمانی شهرستان و با عضویت مدیران و روسای ادارات و سازمان‌های متناظر در ستاد ملی

- در ستاد راهبردی (ملی)، تدوین اهداف، راهبردها، چارچوب اجرایی برنامه و الزامات مورد نیاز تعیین شده و تصویب و ابلاغ می‌گردد.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر ظرف ۲ الی ۴ هفته از تاریخ ابلاغ مصوبات ستاد راهبردی، بسته برنامه اجرایی را برای تصویب و پیاده سازی به ستاد ملی ارائه نماید تا پس از تصویب با در نظر گرفتن ارزیابی‌های بعمل آمده و در نظر گرفتن شرایط و ظرفیت استان‌ها، نسبت به تدوین تقویم زمانی برنامه عملیاتی استان‌ها اقدام نماید.

بخش دوم: همکاری بین بخشی

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

لزوم همکاری در توسعه شبکه بهداشتی درمانی

مقام معظم رهبری در ارتباط با لزوم بازسازی، تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور، چند بار در بیاناتشان بر توجه به این موضوع تاکید فرموده‌اند. حضرت عالی نیز پیوسته برای نیل به عدالت، دستورات و تاکیدات بسیار فرموده‌اید. تنها راه تحقق عدالت در سلامت، اعمال سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری از طریق شبکه بهداشتی درمانی کشور خواهد بود. نظر به اینکه متولی اصلی سلامت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، لذا تقاضا می‌شود در صورت صلاحدید، حضرت عالی دستور فرمائید همه بخش‌های حمایت کننده مالی و منابع انسانی از جمله سازمان برنامه و بودجه کشور، سازمان اداری و استخدامی کشور و بیمه‌ها با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری مستمر نزدیک و دلسوزانه داشته باشند تا انشاءالله با توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی در کشور، هم عدالت در سلامت تحقق یافته و هم با کاهش قابل توجه هزینه‌های سلامت در کشور از این طریق، دستاورد ارزشمندی برای دولت سیزدهم باقی بماند.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

تأکید بر همکاری بین سازمانی در جهت تکمیل و تقویت شبکه بهداشتی

درمانی

ضمن تشکر و قدردانی از بیانات حضرت عالی در جلسه مورخ ۲۹/۵/۱۴۰۱ ستاد ملی مقابله با کرونا مبنی بر آنکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف فرمودید که در اجرای برنامه تحولی دولت در حوزه سلامت، طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع را با سرعت بیشتری عملیاتی نماید، به استحضار می‌رساند که از لوازم عملیاتی شدن هرچه سریعتر این

امر مهم در بستر شبکه بهداشتی درمانی، علاوه بر تلاش روزافزون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، همکاری کلیه بخش‌ها از جمله سازمان برنامه و بودجه و سازمان امور اداری و استخدامی مورد نیاز است که با پشتیبانی و تامین هزینه‌های مرتبط با تکمیل و تقویت زیرساخت‌های شبکه بهداشتی درمانی، به تامین و نگهداشت نیروی انسانی مورد نیاز بپردازد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی

مشارکت بخش‌های غیر دولتی در تقویت شبکه بهداشتی درمانی

پیرو تفاهم نامه همکاری فی‌مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد اجرایی فرمان امام(ره)، ضمن تقدیر از انعقاد این گونه تفاهم‌نامه‌ها که در راستای استفاده از ظرفیت بخش‌های غیر دولتی از جمله خیرین و سازمان‌های مردم نهاد در مشارکت در ارتقاء کیفیت نظام سلامت کشور است، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت تقویت شبکه بهداشتی درمانی بعنوان رکن اصلی نظام سلامت کشور، تشویق مشارکت‌های فوق به جای تامین و تجهیز بیمارستان‌ها، فقط در حوزه تقویت شبکه بهداشتی درمانی کشور که دوبار در بیانیات مقام معظم رهبری تاکید شده است، متمرکز گردد. بدیهی است تقویت شبکه بهداشتی درمانی با هزینه بسیار پائین در مقایسه با ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها به ارتقاء سلامت کشور در راستای تامین عدالت، سرعت قابل توجهی خواهد بخشید.

مکاتبه با رهبر معظم و فرهیخته انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای - مد ظله العالی

گزارش مجموعه ارتباطات فرهنگستان و حوزه‌های علمیه

با احترام، به استحضار می‌رساند، متعاقب دیدار حضرت‌عالی و اعضای پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در آذرماه ۱۳۹۲ و ارائه رهنمودهای ارزشمندتان در باب لزوم همکاری علمی فرهنگستان و حوزه‌های مقدسه علمیه در موضوع «سلامت معنوی اسلامی»، مجموعه‌ای از ارتباطات علمی، به شرح ذیل، در دستور کار قرار گرفت:

۱. برقراری ارتباط با مرکز مدیریت حوزه علمیه قم از طریق حضرت آیت الله اعرافی و دبیرخانه انجمن های علمی حوزه
 ۲. برقراری ارتباط با مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره) تحت اشراف مرحوم حضرت آیت الله مصباح یزدی
 ۳. برقراری ارتباط با حوزه علمیه تهران از طریق حضرت آیت الله رشاد و نیز پژوهشگاه تحت اشراف ایشان (پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی)
 ۴. برقراری ارتباط با سایر دستگاه های حوزوی - دانشگاهی نظیر دانشگاه علوم قرآن و حدیث، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت) و
 ۵. برقراری ارتباط ویژه با معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت توجیه و آشنایی مسئولین آن وزارت با موضوع سلامت معنوی اسلامی
- نتیجه ارتباطات علمی فوق، اجرای چندین فعالیت های علمی و پژوهشی بوده است که ذیلاً به نحو فهرست وار معروض می شود:
۱. طراحی و اجرای چندین همایش و هم اندیشی علمی با موضوع سلامت معنوی اسلامی در قم و تهران
 ۲. طراحی و برگزاری چندین کارگاه های علمی با موضوع سلامت معنوی اسلامی، خاصه برای جامعه پزشکی کشور
 ۳. آغاز اجرای یک کلان پروژه تحت اشراف حضرت آیت الله رشاد به منظور «تأسیس نظریه، دانش و نظام سلامت معنوی اسلامی»
 ۴. آغاز تدوین معاجم سلامت معنوی اسلامی مستنبط از قرآن، نهج البلاغه، صحیفه سجادیه (ع) و سایر متون روایی معتبر، با همکاری جمعی از محققان حوزوی زیر نظر حضرت آیت الله رشاد

۵. تدوین درسنامه آشنایی با سلامت معنوی، ویژه آموزش عالی سلامت، با همکاری ۱۰ نفر از اساتید برجسته حوزه و دانشگاه و آماده سازی و چاپ آن از طریق سازمان سمت به عنوان یک کتاب درسی معتبر، برای دانشجویان پزشکی و دانش های مرتبط

۶. پیگیری تأسیس رشته سلامت معنوی در حوزه های علمی قم و تهران، به پیشنهاد و توسط حضرات آیات اعرافی و رشاد و نیز در برخی دانشگاه های مرتبط کشور

۷. پیشنهاد و پیگیری ایجاد یک کرسی علمی در موضوع سلامت معنوی در هیأت حمایت از کرسی های نظریه پردازی، نقد و مناظر توسط حضرت آیت الله رشاد

۸. پیشنهاد و اعلام آمادگی تدوین پیش نویس سند ملی سلامت معنوی با همکاری دستگاه های مرتبط کشور و تحت اشراف حضرت آیت الله رشاد، جهت طرح و تصویب در شورای عالی انقلاب فرهنگی و ابلاغ به دستگاه های مرتبط جهت تقسیم کار ملی

۹. ورود به عرصه تحقیقات در حوزه سلامت معنوی توسط اعضای گروه سلامت معنوی اسلامی فرهنگستان علوم پزشکی

۱۰. تأسیس مجله علمی سلامت معنوی با محوریت فرهنگستان علوم پزشکی، دانشگاه بقیه الله (عج) و پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی و پیگیری اخذ مجوز علمی- پژوهشی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۱. پیگیری و برگزاری چند کرسی ترویجی با موضوع سلامت معنوی اسلامی

۱۲. حضور برخی اعضای فرهنگستان علوم پزشکی در صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و رسانه های دیگر به منظور تبیین موضوع سلامت معنوی اسلامی

۱۳. سوق دادن مجله علمی فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی به سمت مباحث سلامت معنوی اسلامی و تهیه و چاپ چند شماره در ارتباط با این موضوع

۱۴. دعوت از برخی چهره‌های علمی حوزوی جهت حضور در شورای علمی گروه سلامت معنوی اسلامی فرهنگستان فرهنگستان علوم پزشکی، در راستای تقویت وجه اسلامیت مباحث و موضوعات این گروه

۱۵. اهتمام به پرورش نیروی علمی متعهد و متخصص در موضوع سلامت معنوی اسلامی به انحاء و طرق مختلف

مکاتبه با مدیر محترم حوزه‌های علمیه کل کشور حضرت آیت‌الله جناب آقای علی‌رضا اعرافی

رعایت سیاست های کلی سلامت در تفاهم نامه مرکز مدیریت حوزه

علمیه و وزارت بهداشت

پیرو مذاکره تلفنی در مورد تفاهم نامه همکاری مرکز مدیریت حوزه های علمیه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری مدظله‌العالی در دانشگاه‌ها موارد زیر به استحضار عالی می‌رساند:

در تلاش‌های متعامل قبلی تا این تاریخ سلامت معنوی ساحتی است از سلامت که با احاطه بر سایر ابعاد سلامت همه جانبه (جسمانی، روانی و اجتماعی)، با تسری کامل آموزه‌های جامع معنویت اسلامی و با رویکرد پیشگیری و ارتقای سلامت، باید در تمام شئون جامعه تسری داشته باشد. البته گفتمان سلامت معنوی اسلامی همچنان ادامه دارد و شمه‌ای از آن در مجموعه «مستند آشنائی با سلامت معنوی» ویژه آموزش عالی سلامت مندرج شده است و در کارگاه اخیر با معاونین محترم آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی سراسر کشور ارائه شده است.

تفاهم نامه مورد اشاره، ضمن اشاره به مفادی از سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، از دایره سلامت معنوی فراتر رفته و موضوعات متنوع دیگری نیز لحاظ شده است، نظیر: «طب سنتی»، «دین، بهداشت و سلامت»، «ایجاد رشته‌های تخصصی»، «تولید محتوی الهیات سلامت، فلسفه، اخلاق و فقه سلامت»، «طرح سنجش و غربالگری سلامت طلاب جدیدالورود»، «ایجاد پژوهشگاه دین، بهداشت و سلامت»، «ایجاد شورای عالی فقه و احکام پزشکی»، «سبک زندگی»، «تأسیس سلامتکده طب ایرانی»، و «فروش گیاهان دارویی» و سایر موضوعات.

در این تفاهم نامه روح سیاست‌های کلی سلامت که همانا پیشگیری و ارتقاء سلامت است، رعایت نشده و ورود به عرصه‌هایی نظیر طب سنتی، گیاهان دارویی و ایجاد رشته‌ها و مقاطع جدید در طیف گسترده‌ای از مطالب مشروحه بالا، بدون مطالعه و نیاز سنجی و ارزیابی از رشته‌ها و مقاطع قبلی، توصیه شده است. ضمن اشاره به ضرورت تقویت مرکز موضوع‌شناسی احکام فقهی، بیانیه در بند ۳ تأسیس شورای عالی فقه و احکام پزشکی را مطرح نموده، که اقدامی موازی و تکراری است و در عمل موجب تضعیف مرکز موضوع شناسی احکام فقهی خواهد شد.

ورود به عرصه‌های طب سنتی و تأسیس سلامتکده و تعبیر مشابه در بیانیه، موجب ورود حوزه‌های علمیه به عرصه درمان و دارو و انحراف از رسالت اصلی خواهد شد که عواقب نامطلوبی به دنبال خواهد داشت. عطف به مراتب فوق، شایسته است در بازنگری مضمون تفاهم نامه، با تأکید بر جنبه‌های مهم و مرتبطی نظیر سلامت معنوی و سبک زندگی سالم اسلامی- ایرانی، اهتمام فرماید. فرهنگستان علوم پزشکی آمادگی دارد دیدگاه‌های کارشناسانه مورد نیاز را بصورت مسؤانه ارائه دهد.

مکاتبه با رهبر عظیم‌الشأن انقلاب اسلامی حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای

آمادگی برای همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیانات مهم و راهبردی حضرت‌عالی در روز پرستار به خصوص تأکید بر تمرکز دولت و دستگاه‌ها بر روی پیشگیری و بهداشت و همچنین بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی

کشور، مایه دلگرمی کارگزاران و دلسوزان نظام سلامت کشور شد، بدیهی است با همت دست اندرکاران سلامت کشور با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص تعمیم و تعمیق و گسترش شبکه بهداشتی درمانی و نیز اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع و همچنین توزیع عادلانه پزشک در کلیه نقاط کشور رسیدن به ارتقاء شاخص‌های سلامت کشور دست یافتنی خواهد بود. تخصیص بودجه مشخص و نشان دار در این خصوص و نیز تامین نیروهای خدماتی بهداشتی درمانی شامل بهورزان، مراقبین سلامت، پرستاران، پزشکان و ... که با ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، آموزش و تربیت آنها بر اساس نیازهای جامعه فراهم گردیده است، از الزامات دست یافتنی به این امر مهم است. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در اجرای منویات حضرت‌عالی آمادگی خود را برای مشاوره و همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرایی شدن دستورات حضرت‌عالی اعلام می‌نماید.

مکاتبه با رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی کشور جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

همکاری بین فرهنگستان و سازمان نظام پزشکی

ارسال نامه جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی رئیس محترم گروه ارتقاء سلامت فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص "همکاری بین فرهنگستان و سازمان نظام پزشکی"، جهت استحضار و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

پیوست ۱

با شروع به کار دور جدید مدیریت در سازمان نظام پزشکی به نظر میرسد زمینه‌های بیشتری برای همکاری بین فرهنگستان علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی فراهم شده است. در این خصوص گروه ارتقای سلامت آمادگی دارد دراین موارد همکاری نماید:

الف) سواد سلامت و ارتقای معنویت

همانگونه که پیش از این در گزارش سواد سلامت به استحضار رسید، موضوع سواد سلامت فقط مربوط به بیماران نیست بلکه ارائه کنندگان خدمات هم به صورت شخصی و هم سازمانی، باید از اطلاعات به روز در موضوعات مورد ابتلای جامعه برخوردار باشند و بتوانند به نحو صحیحی انتقال اطلاعات را انجام داده و از فرصت مراجعه مراجعین به مراکز درمانی و بهداشتی برای آموزش سلامت استفاده نمایند. فراتر از این در بند دوم ماده اول سیاست های کلی سلامت آگاه سازی مردم از حقوق و مسؤولیت های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه نیز مورد تاکید قرار گرفته است.

ب) ساماندهی تقاضاها و ممانعت از نیاز القایی

در بند پنجم همین سیاست ها ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی مورد توجه قرار گرفته است. در همین خصوص گروه ارتقای سلامت در گذشته با همکاری گروه بالینی و با نظر سنجی از انجمن های علمی پیشنهاد هایی را برای ساماندهی به غربالگری تهیه کرد که میتواند الگوی مناسبی برای مدیریت این نوع خدمات قرار گیرد که به پیوست تقدیم میگردد. در سایر موارد هم حسب مورد میتوان اقدام نمود. همچنین مبحث خدمات مبتنی بر ارزش *value based care* و مراقبت هوشمند، پیشگیری نوع چهارم از مباحثی است که احتیاج به همفکری و ترویج دارند.

ج) پیشگیری، ادغام و سیستم ارجاع و پزشکی خانواده

متأسفانه میزان آگاهی و اطلاعات بسیاری از ارائه کنندگان خدمات سلامت از اصول مهمی چون ارتقای سلامت، انواع و سطوح پیشگیری، پزشکی خانواده، نظام ارجاع و ظرفیتهای ادغام اندک بوده و به همین دلیل در برابر اصلاحات نظام سلامت انگیزه همراهی ندارند.

د) فرسودگی شغلی و سلامت روان ارائه کنندگان مراقبت ها و خدمات

در جریان همه گیری کووید ۱۹ و فشار بر کارکنان نظام سلامت ، با موج فزاینده ای از فرسودگی شغلی و خدشه به سلامت روان ارائه کنندگان مراقبت ها و خدمات سلامت روبرو

شده ایم که مواجهه با آن و ارتقای تاب آوری و نیز اعمال مداخلات مدیریتی برای کاهش آن ضروری مینماید .

تمام این موارد میتوانند هم موضوع هم فکری با مدیریت سازمان نظام پزشکی باشند و هم در برنامه های آموزش مداوم نظام پزشکی مورد توجه قرار گیرند.

این گروه آمادگی همکاری در این موارد را دارد.

پیوست ۲

پیشنهادهایی برای غربالگری بالغین در ایران

تهیه شده در گروه ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی با همکاری گروه بالینی

مقدمه:

پیشگیری از وقوع بیماری با عنوان پیشگیری اولیه با هدف کاهش وقوع بیماری انجام می شود. تشخیص بیماری ها در مراحل بدون علامت با عنوان پیشگیری ثانویه با هدف تشخیص زودرس و کاهش عوارض بیماری و احتمال دستیابی بهتره درمان کامل طراحی میشود. اغلب از مون های غربالگری از نوع پیشگیری ثانویه هستند . برای اینکه یک بیماری را در فهرست غربالگری وارد کنیم باید

۱. بیماری از شیوع در خور توجهی برخوردار باشد

۲. احتمال ایجاد ناتوانی یا مرگ آن، در صورت عدم درمان، بالا باشد

۳. مرحله بدون علامت داشته باشد

۴. درمان آن دردسترس ؛ موثر و ایمن باشد که بتواند سیر بیماری را بهبود بخشد

در حال حاضر بر اساس آمار ها ۱۲ در صد بالغین ایرانی هر ۶ ماه یک بار ؛ ۱۶ درصد سالیانه ؛ ۶ درصد هر دو سال و ۶ درصد دیگر هر سه سال، برای غربالگری به مراکز درمانی که عمدتا مطب پزشکان اعم از پزشکان عمومی یا متخصص و یا حتی فوق تخصص هستند مراجعه میکنند . این آمار از دو جهت قابل تامل است . از یک سو بیانگر یک فرصت مهم برای ارتقای سلامت است که هنوز از همه ظرفیت های آن استفاده نشده و از سوی دیگر وسیله ای برای تشخیص احتمال افراط و تفریط در بهره مندی است .

ارایه کنندگان مراقبت‌ها و خدمات سلامت به ویژه اطبا، از موقعیت برتری در امکان کمک به ارتقای سلامت جامعه چه برای مراجعه کنندگان خود و چه برای همراهان آنها برخوردارند.

متأسفانه از این موقعیت به خوبی استفاده نمیشود و فرصت مراجعات که میتواند به ارتقای سلامت کمک کند اغلب در چارچوب درمان علامتی یا درمان همان عارضه خاص استفاده میگردد.

غربالگری در بالغین ایرانی میتواند گامی جهت استفاده معقول و مقرون به صرفه از این فرصت باشد.

روش کار:

براساس محورهای چهارگانه فوق و با در نظر گرفتن مستندات موجود ملی و بین المللی و با نظرخواهی از صاحب نظران به ویژه انجمن های علمی، موارد زیر به عنوان برنامه پیشنهادی غربالگری برای بالغین ایرانی (بعد از سن ۱۸ سالگی) پیشنهاد می شود. ادامه غربالگری بعد از سن ۷۵ سالگی در ایران احتیاج به بررسی بیشتری دارد شایان ذکر است این برنامه برای افراد بدون علامت؛ بدون سابقه بیماری قبلی و بدون سابقه بیماری خاص در خانواده پیشنهاد شده است.

برنامه پیشنهادی :

۱. بررسی فشار خون و تکرار هر دو سال برای کسانی که فشار خون کمتر از ۱۲۰/۸۰ دارند

تکرار سالیانه برای کسانی که فشارخون ۸۹-۸۰ / ۱۳۹-۱۲۰ دارند

۲. بررسی وزن و محاسبه توده بدنی و اندازه گیری دور کمر به صورت سالانه

۳. معاینه سالیانه پوست در نقاط در معرض دید از نظر سرطان پوست

۴. بررسی از نظر افسردگی با استفاده از دو سوال PHQ-2* در صورت دسترسی به مراقبت های روانی و تکرار سالیانه

۵. گرفتن اطلاعات در مورد مصرف سیگار و مواد مخدر و الکل، به طور سالیانه و معرفی برای مشاوره رفتاری در صورت وجود سابقه

۶. Creatinine ,Cholesterol , HDL , LDL , TG برای همه مردان و

زنان بعد از سن ۳۵ سال ؛ تکرار هر ۵ سال

۷. قند خون ناشتا وقند دوساعته در همه افراد بالای ۳۵ سال یا با هرسن در صورت وجود اضافه وزن؛ تکرار هر سه سال
۸. سنجش تراکم استخوان در مردان و زنان بعد از ۶۵ سالگی و تکرار هر سه سال تا ۷۵ سالگی
۹. پاپ اسمیر در زنان ۲۱ سال تا ۶۵ سال که از نظر جنسی فعال هستند و تکرار هر سه سال
۱۰. ماموگرافی ترجیحا دیجیتال هر سه سال در زنان بین ۴۰ تا ۷۵ سالگی
۱۱. بررسی مدفوع از نظر خون نهفته ترجیحا با روش FIT در همه افراد بین ۵۰ تا ۷۵ سالگی و تکرار سالیانه
۱۲. HIV Mix یک بار برای همه کسانی که سابقه رفتار پرخطر داشته، اما اکنون زندگی عادی دارند (تماس جنسی پرخطر؛ سابقه عفونت آمیزشی؛ اعتیاد مواد مخدر یا روان گردان؛ خال کوبی؛ زندان) و خانم های حامله
۱۳. Anti HCV یک بار برای همه کسانی که قبل از سال ۱۳۷۵ خون یا محصولات خونی دریافت کرده اند یا سابقه رفتار پرخطر به شرح فوق دارند
۱۴. HBs Ag یک بار برای همه خانم های حامله و افراد با سن بیش از ۴۰ سال
۱۵. PSA سالیانه در مردان بین ۵۰ تا ۶۹ ساله
۱۶. واکسیناسیون بالغین طبق برنامه کشوری

توصیه هایی برای اقدام:

برای کاربست به هنگام برنامه غربالگری و جلوگیری از فراموشی در ارایه کننده و دریافت کننده خدمت ؛ استفاده از سامانه های یادآور در پرونده الکترونیک یا به صورت پیامک میتواند مفید باشد.

دریافت این خدمات به همراهان مراجعه کنندگان و همراهان بیماران نیز توصیه گردد.

در صورت یافتن آزمون غیر طبیعی برنامه ارجاع به سطح بعد نیز تعریف شده باشد .

* دو سوال زیر به عنوان غربالگری افسردگی به کار میروند:

در دو هفته گذشته کدام یک از موارد زیر را تجربه کرده اید:

در انجام کارهایم انگیزه و احساس لذت نداشتم

احساس خستگی یا افسردگی یا ناامیدی داشتیم

به هریک از موارد زیر نمره بندی به شرح زیر داده می شود:

• هرگز

چند روز ، یک نمره

بیش از نصف روزها ، دو نمره

تقریباً هر روز ، سه نمره

کسی که جمع نمره اش سه یا بیشتر شد ارجاع میشود.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌الهی

پیشنهاد همکاری گروه قرآن، عترت و سلامت با وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی

پیشنهادهای گروه قرآن، عترت و سلامت فرهنگستان علوم پزشکی به ریاست جناب آقای دکتر ناصر سیم فروش و همچنین آمادگی گروه مذکور جهت هر گونه همکاری در زمینه های مرتبط و دستور هر گونه اقدام ارسال شد.

پیوست:



{إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ الَّذِينَ يَعْمَلُونَ الصَّالِحَاتِ أَنَّ لَهُمْ

أَجْرًا كَبِيرًا}

انقلاب شکوهمند اسلامی ایران منبعث از فرهنگ و معارف ناب و حیات بخش قرآن کریم و اهل بیت (علیهم السلام) این دو ثقل عظیم است، که دیدگاه آن بعنوان یک ابر مؤلفه پیشران و راهبردی، متناظر به ایفای نقش اثرگذار خود در هموار نمودن مسیرهای سخت و ایجاد یک نظام پویا، خلاق و امیدآفرین است.

فرصت ارزشمند و مغتنم حضور جناب عالی در آغازین سال های گام دوم انقلاب بعنوان مقام عالی وزارت که الحمدلله زبینه به تفکر جهادی و قرآنی می باشید؛ همکاران شما در گروه

قرآن عترت و سلامت فرهنگستان علوم پزشکی کشور را برآن داشت تا پیشنهادات و تجربیات حاصل از یک دهه حضور و فعالیت مستمر در مجموعه نظام سلامت کشور در راستای نشر و اشاعه فرهنگ حیات بخش قرآن کریم و معارف اهل بیت (علیهم السلام) را پس از برگزاری جلسات متعدد، جمع بندی و در قالب موارد ذیل تقدیم نماید تا ان شاء الله با درایت مدبرانه جنابعالی گامی استوار در جهت زدودن گرد و غبار مہجوریت از دامن این دو ثقل عظیم برداشته و شاهد توسعه، تحول و ارتقاء بیش از پیش فعالیت های این حوزه اثرگذار و راهبردی مورد انتظار و مطالبه مقام معظم رهبری (مدظله العالی) باشیم.

- ❖ فعال نمودن کمیسیون توسعه پژوهش و آموزش عالی قرآنی در نظام سلامت. (در این خصوص بر عضویت رئیس یا نماینده گروه قرآن عترت و سلامت فرهنگستان علوم پزشکی در این کمیسیون مورد تأکید است.)
- ❖ ارتباط و تعامل سازنده درون و برون سازمانی با معاونت های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان ها، نهادها و مراکز فعال در حوزه سلامت همچون فرهنگستان علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه و...
- ❖ تدوین نظام تشویقی مناسب در حوزه قرآن و عترت (علیهم السلام) در سه بخش اساتید، کارکنان و فراگیران
- ❖ ایجاد زمینه رشد و ترویج فرهنگ ایشار و شهادت با معرفی شهدای گرانقدر جامعه پزشکی و مدافع سلامت
- ❖ تعامل و همکاری با معاونت های آموزشی و تحقیقات و فناوری جهت بازنگری و درج مفاهیم کاربردی حوزه قرآن و عترت (علیهم السلام) و مطالعات میان رشته ای در کریکولوم آموزشی بویژه دروس معارف اسلامی و اخلاق پزشکی
- ❖ تاسیس پژوهشگاه و مراکز تحقیقات و مطالعات میان رشته ای قرآن عترت و سلامت با هدف پژوهش های کاربردی و تولید علم در دانشگاه های سراسر کشور و ایجاد مرجعیت علمی در نظام سلامت در سطوح ملی و بین المللی
- ❖ طراحی آموزش های غیر حضوری در حوزه قرآن و عترت (علیهم السلام) و استفاده حداکثری از ظرفیت عظیم فضای مجازی

❖ ارتباط نزدیک و بی واسطه مقام عالی وزارت، معاونین و مدیران ارشد با نخبگان و فعالان جامعه قرآنی و شرکت در محافل قرآنی جهت تشویق و نهادینه نمودن این فعالیت‌ها

در پایان ضمن آرزوی موفقیت و سربلندی برای جنابعالی و همکاران محترم در این مسئولیت خطیر، آمادگی گروه قرآن عترت و سلامت فرهنگستان علوم پزشکی را جهت هرگونه همکاری در زمینه های مرتبط اعلام می دارد.

مکاتبه با

معاون محترم علمی و فناوری رئیس جمهور جناب آقای دکتر سورنا ستاری

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سید سعید رضا عاملی

معاون محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر فرید نجفی

معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ابوالفضل باقری فرد

ریاست محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهرباری

دبیر محترم شورای آموزش داروسازی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای غلامرضا اصغری

ارائه مدلی آینده‌نگر برای توسعه همکاری‌های علمی ملی و بین‌المللی

در گستره علوم دارویی کشور

ارسال نامه جناب آقای دکتر علی خلیج ریاست محترم گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص خلاصه مدیریتی طرح تحقیقاتی "ارائه مدلی آینده‌نگر برای توسعه همکاری‌های علمی ملی و بین‌المللی در گستره علوم دارویی کشور" جهت استحضار جناب‌عالی و دستور هرگونه اقدام انجام شد.

خلاصه مدیریتی ارائه مدلی آینده‌نگر برای توسعه همکاری‌های علمی و بین‌المللی در گستره علوم دارویی کشور

در طی دهه های اخیر با توجه به ماهیت و پیچیدگی فناوری نوآوری در صنعت دارو، همکاری های فناورانه و نوآورانه بین نهادهای متولی این امور، رشد چشمگیری یافته است. پژوهش حاضر تلاش می کند تا با شناسایی کامل و دقیق و تحلیلی وضع موجود علوم دارویی کشور و ارائه تصویری واقع بینانه از رخنمای ملی آموزش و پژوهش در حوزه علم و فناوری دارویی، راه را بر ارائه یک نقشه راه جامع و مدگرا برای توسعه همکاری های ملی و بین المللی و شبکه سازی مورد نیاز هر دو سطح هموار نماید.

در پژوهش حاضر از جمع آوری اطلاعات میدانی به روش جستار منابع، بازدید و مصاحبه با افراد ذیربط استفاده گردید. ابتدا اطلاعات مربوط به دانشکده های داروسازی کشور از دبیرخانه داروسازی و مواردی نیز مستقیماً از دانشگاه مربوطه جمع آوری شد که به تفکیک در طرح پژوهشی مذکور به آنها اشاره شده است. لازم به ذکر است زمان جمع آوری این اطلاعات زمستان ۱۳۹۹ می باشد و ممکن است در زمان انتشار این گزارش، تغییراتی در اطلاعات کمی مشاهده گردد. سپس به شاخص های احصاء شده بر اساس درجه اهمیت، وزن کمی داده شد و

اطلاعات مورد ارزیابی قرار گرفت. در مرحله بعد، بر اساس امتیازات حاصل، دانشکده ها تیپ بندی شده و به سه دسته تقسیم شدند .

تیپ ۱. دانشکده هایی هستند که بالاترین امتیازات را کسب کرده اند و با توجه به توسعه ای که از قبل در این دانشکده ها اتفاق افتاده بود، اکنون توانایی ورود به شبکه سازی علمی در سطح جهانی را دارا می باشند.

تیپ ۲. دانشکده های میانه ای که می توانند در سطح ملی و با دانشکده های تیپ ۱ شبکه سازی علمی را ایجاد کنند.

تیپ ۳. دانشکده هایی که زمان زیادی از آغاز فعالیت آنها نمی گذرد و در این مطالعه نسبت به سایر دانشکده ها امتیازات پایین تری را کسب کردند. این دانشکده ها در حال رشد هستند و الزم است مورد حمایت بیشتری از سوی نهادهای ذیربط قرار گیرند . پس از تقسیم بندی دانشکده ها به سه تیپ بر اساس شاخص های مورد مطالعه، پژوهشگرهای برتر و حوزه های پژوهشی مورد مطالعه در دانشکده های تیپ ۱ و ۲ از طریق سامانه علم سنجی وزارت

بهداشت رصد گردید ند. در ادامه، طی مذاکراتی، حوزه های پژوهشی منتخبی به اطلاع مسئولین این دانشکده ها رسید و در نهایت این حوزه ها در قالب مأموریت هایی برای هر دانشکده تعیین شدند. سپس، پیش نویس برنامه عملیاتی گروههای پژوهشی برای هر حوزه تهیه گردید.

جدول ۱: شاخص های احصاء شده و درجه اهمیت هر یک جهت ارزیابی وضعیت موجود دانشکده های داروسازی

ردیف	شاخص	وزن
۱	تعداد دانشجوی عمومی (رتبه معکوس)	۵
۲	تعداد دانشجوی تخصصی	۷
۳	تعداد دانش آموخته تخصصی	۶
۴	تعداد عضو هیئت علمی	۸
۵	نسبت استاد به کل	۱۰
۶	نسبت دانشیار به کل	۹
۷	شاخص H	۱۰
۸	تعداد مقالات نمایه شده در پایگاه اسکوپوس	۷
۹	تعداد استنادات	۸
۱۰	نسبت استنادات به مقاله	۱۰
۱۱	شاخص H-۵	۱۰
۱۲	تعداد مقالات بین المللی	۱۰
۱۳	نسبت مقالات بین المللی به کل مقالات	۱۰
۱۴	سابقه دانشکده	۸

۱۵	جایگاه دانشگاه در رتبه بندی آموزشی (عملکردی)	۷
۱۶	جایگاه دانشگاه در رتبه بندی پژوهشی	۹
۱۷	تعداد هیئت علمی با شاخص H_{15} و بالاتر	۱۰
۱۸	تعداد مراکز تحقیقاتی	۹
۱۹	تعداد رشته های Ph.D و تخصصی	۹
۲۰	تعداد رشته های کارشناسی ارشد	۷
۲۱	رتبه در بین دانشکده های داروسازی کشور	۱۰
۲۲	میانگین رتبه کشوری مراکز تحقیقاتی یک دانشکده	۱۰

پس از جمع آوری اطلاعات محیطی دانشکده های داروسازی کشور و بررسی و تحلیل وضعیت موجود در حوزه های آموزش و پژوهش و فناوری براساس وزن های داده شده به شاخص ها، دانشکده های داروسازی کشور مطابق ذیل به سه تیپ تقسیم شدند:

- تیپ ۱: دانشکده های داروسازی: تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شهید بهشتی، مازندران، شیراز
- تیپ ۲: دانشکده های داروسازی: بقیه اهلل (عج)، کرمان، اهواز، زنجان، کرمانشاه
- تیپ ۳: همدان، زابل، البرز، لرستان، گیلان، ارومیه، اردبیل، یزد، ایران، هرمزگان

سپس برای هر دانشکده حوزه های تمرکز پژوهشی با در نظر گرفتن پژوهش های منتشر شده و وجود پژوهشگران صاحب نظر آن دانشکده انتخاب گردیدند و طی مکاتباتی با رؤسای دانشکده های ذیربط و اخذ نظر آنها، حوزه های منتخبی نهایی شدند. سپس برای دانشکده های تیپ ۱ و ۲ که به ترتیب پتانسیل شبکه سازی در سطح بین المللی و ملی را دارند، مأموریت هایی به شرح ذیل پیشنهاد شد:

مأموریت های پیشنهاد شده به دانشکده های تیپ ۱:

- تهیه لیستی از دانشکده ها و مراکز علمی جهان که پتانسیل همکاری در حوزه های تمرکز منتخب را دارند.

- تهیه لیستی از دانشمندان سرآمد جهان که پتانسیل همکاری در حوزه های تمرکز منتخب را دارند.
 - تهیه لیستی از عناوین پژوهشی مرتبط با حوزه های تمرکز منتخب که پتانسیل شبکه سازی بین المللی را دارد.
 - تهیه لیستی از دانشمندان و نخبگان داخل کشور در حوزه های تمرکز منتخب که پتانسیل همکاری در شبکه سازی جهانی را دارند.
 - تدوین برنامه عملیاتی ۳ ساله شامل حداکثر ۳ مگاپروژه در حوزه های تمرکز منتخب و با معرفی تیم کشوری و جهانی همکار و نقش هر کدام از اعضا
- مأموریت های پیشنهاد شده به دانشکده های تیپ ۲:
- تهیه لیستی از دانشکده ها و مراکز علمی داخل کشور که پتانسیل همکاری در حوزه های تمرکز منتخب را دارند.
 - تهیه لیستی از دانشمندان و نخبگان داخل کشور در حوزه های تمرکز منتخب که پتانسیل همکاری در شبکه سازی ملی را دارند.
 - تهیه لیستی از عناوین پژوهشی مرتبط با حوزه های تمرکز منتخب که پتانسیل شبکه سازی ملی را دارد.
 - تدوین برنامه عملیاتی ۳ ساله شامل حداکثر ۲ مگاپروژه در حوزه های تمرکز منتخب و با معرفی تیم کشوری همکار و نقش هر کدام از اعضا
- در آخر، قالب برنامه های عملیاتی دانشکده های تیپ ۱ و ۲ در مأموریت های واسپاری شده تنظیم گردیدند تا در اختیار دانشکده ها قرار گیرد.
- امید است با بهره گیری از این الگو و اجرای یک برنامه استراتژیک و هدفمند بتوان شبکه سازی علمی را در بین دانشکده های داروسازی و همچنین ارتباط آنها با صنایع داروسازی در سطح ملی و بین المللی نهادینه کرد.

جمع بندی فصل چهارم

فصل چهارم با عنوان حمایت و حمایت طلبی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، به مجموعه اقدامات فرهنگستان علوم پزشکی در راستای اساسنامه و برنامه راهبردی سوم در جهت جلب حمایت سازمان ها و نهادهای دخیل در امر سلامت جامعه و حمایت از مشارکت ها و همکاریهای بین بخشی می پردازد. در این فصل مکاتباتی که برای حفظ ایمنی و سلامت جامعه در دوران همه گیری کووید-۱۹ انجام گرفته ذکر می شود. در ادامه باتوجه اهمیت بازسازی و تقویت شبکه بهداشتی درمانی مکاتبات فرهنگستان با بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست اعلام اقدامات و برنامه های آن وزارتخانه در این موضوع آمده است و تأکید شده است که تنها راه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم استقرار کامل شبکه بهداشتی درمانی و پزشکی خانواده است. یکی از زیر ساخت های ضروری برای گسترش و روزآمد سازی شبکه بهداشتی درمانی استفاده از فناوریهای جدید در حوزه سلامت الکترونیک است. به همین منظور برنامه های سلامت الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کارگروه سلامت دیجیتال مورد واکاوی قرار گرفته و پیشنهادهایی برای اصلاح مراحل برنامه ریزی و اجرا ارائه شده است.

نیروی انسانی بخصوص در بخش بهداشت و درمان بسیار با اهمیت است. بنابراین تحکیم و ارتقای منزلت و افزایش اعتماد عمومی فیمابین خدمتگزاران سلامت و مردم، وظیفه مشترک سیاستگذاران و مدیران و همه کنشگران سلامت است. این امر در تأمین، نگهداشت و ارتقای سلامت همه جانبه در سطح جامعه نیز موثر است. به همین منظور فرهنگستان مستندحمایت طلبی تهیه نموده و عوامل موثر و تعیین کننده ارتقای منزلت جامعه پزشکی و نیز راهبردها و راهکارها آن را ارائه نموده است. علاوه برآن طی مکاتبه ای با ریاست محترم جمهوری سه موضوع مهم لزوم تحکیم ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات پزشکی، نگرانی از حذف اعضای موثر سلامت از ترکیب اصلی

شورای عالی انقلاب فرهنگی و تلاش برای تضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ارکان سلامت جامعه به انحاء مختلف، از جمله حمله‌های رسانه‌ای، بی‌توجهی به نظرات کارشناسی مسئولانه صاحب‌نظران، در موضوعات مهمی نظیر مطالبات صریح مقام معظم رهبری در بازسازی، تقویت و توسعه شبکه بهداشتی درمانی، ظرفیت رشته‌ها را مورد تأکید قرار داده است. همچنین طی مکاتبه‌ای با رئیس محترم رسانه ملی لزوم مقابله با تبلیغات منفی علیه جامعه پزشکی را متذکر شده است. پرداختن به خواسته‌های اعضای هیئت علمی حوزه سلامت و راهکارهای برطرف نمودن چالش‌ها و مشکلات نیروهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی قدمی در جهت کاهش مهاجرت این افراد خواهد بود. فرهنگستان موضوع مهاجرت نخبگان بخش سلامت را مورد بررسی قرارداد و بیانیه‌ای در این خصوص و درمورد اهمیت تأمین توانمندسازی و نگهداشت نیروی انسانی نظام سلامت تهیه و منتشر نموده است.

به منظور حضور نماینده‌ای از حوزه سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی هم با این شورا مکاتبه انجام گرفته است.

یکی از اجزای مهم نظام سلامت منابع مالی پایدار و چگونگی تأمین آن است. فرهنگستان نظرات کارشناسانه خود در خصوص اعتبارات ۱۴۰۲ و بندهای مرتبط با حوزه سلامت آن و همچنین لزوم وضع مالیات ویژه بر مصرف دخانیات در قانون بودجه ۱۴۰۱ را طی مکاتبات مجزا اعلام نموده است.

یکی از دستاوردهای مهم نظام سلامت ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت بوده است. به منظور حفظ این دستاورد ارزنده لازمست تا بندهای مختلف سیاست‌های کلی سلامت اجرایی شوند. یکی از این موارد تولید و مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم است. به همین منظور مکاتبه فرهنگستان با رئیس محترم جمهور انجام گرفته و در آن ذکر شده که در

فرایند بازنگری به ساختار نظام سلامت مسئولیت دو سازمان بهزیستی و تأمین اجتماعی مجدداً به وزارت بهداشت بازگردانده شود.

به منظور تقویت ادغام و جلوگیری از هرگونه اقدام تضعیف کننده آن مکاتبه ای مبنی بر مخالفت با درج افیلیشن یکسان برای دانشگاههای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری انجام گرفت. بیانیه فرهنگستان در موضوع تداوم و تعمیق ادغام که به تحلیل وضعیت و دلایلی که برای بحث انتزاع مطرح می گردد و پاسخ به آن دلایل و دستاوردهای ادغام پرداخته است طی نامه ای به رئیس محترم جمهور منعکس شد. نظر اعضای محترم فرهنگستان در مورد طرحی که به عنوان "اصلاح نظام آموزش پزشکی و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات درمانی" و در تعارض با ادغام در مجلس شورای اسلامی ارائه شده بود به رئیس محترم مجلس شورای اسلامی ارسال گردید.

شبکه بهداشتی درمانی که به عنوان دستاورد عظیم نظام سلامت شناخته می شود و باعث ارتقای بسیاری از شاخص های مهم سلامت در سراسر کشور شده است؛ نیازمند تقویت و توسعه و به روزرسانی است. به همین فرهنگستان درخواست نموده تا برنامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اصلاح و ارتقای شبکه بهداشتی درمانی گزارش شود و در ادامه طی مکاتبات مختلف و با تهیه مستندات علمی بر لزوم بازسازی، تکمیل و توسعه شبکه بهداشتی درمانی تأکید نموده است. همچنین به منظور جلب همکاریهای بین بخشی، در موارد متعدد لزوم این امر و استفاده از مشارکت بخش های غیر دولتی و همکاری بین سازمانی را متذکر شده است.

به منظور هم افزایی اقدامات انجام گرفته در فرهنگستان و حوزه علمیه و همچنین مرکز مدیریت حوزه علمیه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم فعالیت هایی صورت گرفته و تأکید شده است که همواره سیاست های کلی سلامت به منزله نقشه راه نظام

سلامت باید مدنظر باشد. درضمن فرهنگستان برای برای همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی هم اعلام آمادگی نموده است.

برای توسعه همکاری‌های علمی ملی و بین‌المللی در گستره علوم دارویی کشور در آینده براساس تیپ‌های مختلف دانشگاه‌های علوم پزشکی مطالعه‌ای انجام و نتایج آن طی مکاتبه‌ای به مراجع ذی‌صلاح ارائه شده است.