

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**مجموعه مستندات خلاصه سیاستی،
حمایت طلبی و
بیانیه های فرهنگستان علوم پزشکی
جمهوری اسلامی ایران
در سال ۱۴۰۲**

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 ۱۴۰۲ / گردآورنده: (برای) مرکز مطالعات و توسعه معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مشخصات نشر تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، انتشارات، ۱۴۰۳

مشخصات ظاهریص

شابک

وضعیت فهرست نویسی فیبا

موضوع

از همکاران گرانقدر بخصوص سرکارخانم ها مهناز داورپژوه و 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

پیشگفتار	۱۰
فصل اول- فرهنگ و فرهنگ سازی	۱۱
مقدمه	۱۲
بخش اول: تبیین و ترویج ارزش های انسانی اسلامی	۱۴
ترویج نماز اول وقت	۱۴
بخش دوم: آموزش فرهنگ سلامت	۱۶
آیین نامه اجرایی قانون ممنوعیت تبلیغات محصولات آسیب رسان سلامت	۱۶
اجرای مناسب قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات غیر مجاز و آسیب رسان	۱۷
خلاصه سیاستی ۱- کالاهای آسیب رسان به سلامت؛ چالش ها و راهکارها	۲۰
توجه به سواد سلامت	۲۵
درخواست جلسه هیئت رئیسه فرهنگستان و وزیر آموزش و پرورش	۳۲
خلاصه سیاستی ۲- ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه	۳۳
بخش سوم: صیانت از میراث فرهنگی در خدمات و مراقبت های سلامت	۳۵
جلوگیری از هرگونه سوء استفاده از بیانات مقام معظم رهبری	۳۶
خلاصه سیاستی ۳ - رشته تاریخ پزشکی	۳۶
جمع بندی فصل اول	۳۹
فصل دوم - پیشرفت علم و فناوری در حوزه سلامت	۴۱
مقدمه	۴۲
بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت	۴۵

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در دسترسی و بهره‌مندی منطقی از دارو	۴۶
موضوع شناسی احتضار	۵۱
بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت	۵۳
اضافه شدن واکسن های جدید به جدول واکسن های مورد مصرف کشور	۵۳
نظرات کارشناسان در مورد واکسیناسیون ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV)	۵۴
خلاصه سیاستی ۴- پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی کشور	۶۲
برنامه اجرایی پیشگیری از بوسیدگی دندانی کودکان با توانمندسازی مادران	۶۲
بخش سوم: تقویت شتاب علمی	۶۷
بیانیه ۱- اولویت های مهم بخش سلامت، راهبرد ها و راهکارها	۶۷
بیانیه ۲- " لزوم اجرایی و عملیاتی نمودن اولویت سلامت همه جانبه جامعه "	۷۳
نتایج پژوهش روی مفاد برنامه هفتم توسعه در حوزه سلامت	۷۶
بخش چهارم: همکاری های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی	۸۲
نظر فرهنگستان در مورد تأسیس رشته فراورده های طبیعی در مقطع کارشناسی	۸۲
پیگیری طرح سند ملی سلامت زنان	۸۳
جمع بندی فصل دوم	۸۴
فصل سوم -رصد کلان نظام سلامت	۸۸
مقدمه ۸۹	
بخش اول- مشارکت در دیده بانی و رصد و پالایش همه ابعاد سلامت	۹۱
وضعیت مرگ کودکان زیر ۵ سال در برخی شهرستانهای استان فارس در سال ۱۴۰۰	۹۱
ارائه یک تصویر واقع بینانه از وضعیت علوم دارویی ایران و جهان	۹۸
حمایت طلبی ۱- آمادگی نظام سلامت در بحران ها	۱۰۷

- ۱۱۲ نبود زیر ساخت برای افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی
- بخش دوم- کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت ۱۱۳
- ۱۱۴ اعلام آمادگی برای همکاری در بازنگری نقشه جامع علمی کشور
- ۱۱۵ درخواست دریافت مستندات ضروری جهت بازنگری در نقشه جامع علمی کشور
- ۱۱۷ گلابه فرهنگستان از عدم درخواست مشورت
- آمادگی فرهنگستان در کمک به بازنگری موضوعات حوزه سلامت در نقشه جامع علمی ... ۱۲۰
- بخش سوم- تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی ۱۲۱
- ۱۲۱ عدم تعمیم پذیرش دانشجوی پزشکی از مقطع کارشناسی
- ۱۲۲ انتقاد از ایجاد ساختار سیاستگذاری در حوزه امنیت غذایی
- ۱۲۵ لزوم برچسب گذاری محصولات تراریخته
- ۱۲۶ خلاصه سیاستی ۵- محصولات تراریخته، آلاینده ها و تقلبات مواد غذایی
- ۱۳۲ بیانیه ۳- تحلیلی بر طرح دارویار
- جمع بندی فصل سوم ۱۴۰
- فصل چهارم- حمایت و حمایت طلبی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت ۱۴۳
- مقدمه ۱۴۴
- بخش اول: حمایت طلبی از سازمان ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت ۱۴۶
- ۱۴۶ پیشنهاد عضویت اعضای آشنا به اقتضائات سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی
- ۱۴۷ تشکیل ستاد سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی
- ۱۵۰ تشکیل ستاد سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی
- ۱۵۱ تشکیل ستاد سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی
- ۱۵۲ پیگیری عضویت خبرگان سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی

- پیشنهاد عضویت ۱۰ نفر از اعضای فرهنگستان در کمیته سلامت ۱۵۲
- تأکید بر ارتقاء شبکه بهداشتی درمانی ۱۵۳
- انتقاد از جایگزینی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع بجای شبکه بهداشتی درمانی ... ۱۵۵
- نظر اعضای مجمع عمومی فرهنگستان در مورد طرح سلامت خانواده و ارجاع ۱۵۸
- انتقاد از طرح سلامت خانواده و ارجاع ۱۵۹
- نگرانی از اجرا شدن طرح ناقص "سلامت خانواده و ارجاع" ۱۶۲
- انتقاد از جایگزینی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع بجای شبکه بهداشتی درمانی ... ۱۶۵
- نقش داروساز در داروخانه ۱۷۰
- نگرانی از نرم افزارهای نسخ الکترونیکی ۱۷۳
- حمایت از سلامت نوزادان استان سیستان و بلوچستان ۱۷۴
- تأمین فضای نگهداری از فرزندان مادران شاغل ۱۷۷
- تأکید بر ارتقاء سواد سلامت جامعه و ابعاد مختلف سلامت همه جانبه جامعه در رسانه ملی ۱۷۸
- نقد فرهنگستان از سند تحول سازمان صدا و سیما در افق ۱۴۰۵ ۱۷۸
- تقویت و توسعه جایگاه سلامت در رسانه ملی ۱۸۰
- بخش دوم: همکاری بین بخشی ۱۸۱
- خلاصه سیاستی ۶- نقش تأمین منابع مالی پایدار در ارتقاء سلامت اجتماعی ۱۸۱
- حمایت طلبی ۲- کمبود وسایل کمک شنوایی در کشور و ارائه راهکارهای اجرایی ۱۸۹
- بیانیه ۳- ارتقای سلامت همه جانبه از طریق مهار تورم و رشد تولید ۱۹۸
- خلاصه سیاستی ۷- بهبود دسترسی افراد نیازمند، به فناوریها و وسایل کمکی توانبخشی .. ۲۰۳
- خلاصه سیاستی ۸- حمایت از توانبخشی افراد دارای معلولیت ۲۰۷
- خلاصه سیاستی ۹- خدمات توانبخشی و توسعه پوشش بیمه ای ۲۲۲

درخواست تشکیل جلسه در خصوص در خصوص اهم موضوعات حوزه سلامت.....	۲۲۵
درخواست دریافت پیشنهادهای اجرایی در آموزش عالی سلامت	۲۲۷
درخواست جلسه با موضوع ارائه راهکارهای فوری و قابل انجام در تعمیق و تعمیم ادغام	۲۲۸
اعلام آمادگی همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۲۹
انتقاد از ایجاد تشکیل شورای عالی طب ایرانی و مکمل	۲۳۰
نظر اعضای محترم هیئت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص سخنان وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دومین نشست نمایشگاه روایت پیشرفت	۲۳۰
انتقال کمکهای پزشکی و مداوای مردم بیدفاع و مظلوم فلسطین	۲۳۲
درخواست اقدام قاطع علیه رژیم نژادپرست صهیونیستی	۲۳۷
انتقاد از گزارش سازمان بهداشت جهانی	۲۴۱
عدم ورود فرهنگستان به برنامه ۲۰۳۰	۲۴۲
جمع بندی فصل چهارم	۲۴۴
فهرست موضوعی	۲۵۰

پیشگفتار

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: صیانت از میراث فرهنگی در خدمات و مراقبت های سلامت

مقدمه

فصل اول با عنوان فرهنگ و فرهنگ سازی در سه بخش ارائه شده است و ناظر بر مفاد سیاست های کلی سلامت و منطبق با اساسنامه فرهنگستان علوم پزشکی است. بخش اول در راستای تبیین و ترویج ارزش های انسانی-اسلامی، نقش آموزه های دینی بر سلامت افراد بخصوص بُعد معنوی آن و مفاد ارزشی، فرهنگی، اخلاقی و معنوی، مصرح در بند ۱ و زیر بندهای آن و بندهای ۳ و ۱۳ سیاست ها کلی سلامت، تأکید می نماید.

از آنجا که نتایج پژوهش ها موید رابطه اقامه نماز جماعت با ابعاد چهارگانه سلامت ازجمله سلامت معنوی است (۳-۱) و فرهنگ سازی بیشتر بر اقامه نماز جماعت در محیط های مختلف، موجبات ارتقای سلامت همه جانبه افراد را مهیا می سازد؛ فرهنگستان نیز بر این امر تأکید نموده است.

آموزش فرهنگ سلامت ازجمله مهم ترین بخش های ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم است و 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. بعلاوه بر تأکید می نماید که طبق قانون تبلیغ هرگونه محصولات آسیب رسان به سلامت ممنوع است.

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 می‌شود. مفاهیم طب سنتی با استفاده از شیوه‌ها و تعابر معتبر و روز آمد علمی باید تبیین شود. سوءاستفاده از طب سنتی و تشخیص و درمان غلط بیماری‌ها به‌طور جدی تهدیدکننده سلامت جامعه است. این موضوع دربخش سوم این فصل و بواسطه مکاتبات متعدد فرهنگستان علوم پزشکی به اطلاع سیاست‌گذاران ارشد رسیده است و تأکید شده که جلوگیری از اشاعه این خطر نیازمند عزم جدی است. (۴-۶)

منابع:

۱. مرزبند، رحمت اله، ملایی، محمد، نصیری، ابراهیم. بررسی رابطه نماز جماعت با سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی مازندران. طب و تزکیه (ویژه نامه علوم انسانی سلامت). ۱۳۹۷؛ ۲۷: ۶۲-۷۳.
۲. حسوند امین. نماز و نقش آن در سلامت جسمی و روانی. نشریه اسلام و سلامت. ۱۴۰۱؛ ۷ (۱): ۲۳-۱۷.
۳. مکاری منشادی احسان، مشتاقی سعید، عجم مهدی. نقش نماز در وضعیت بهینه عملکرد سیستم استرسی مغز. مجله سلامت معنوی. ۱۴۰۳؛ ۳ (۱): ۲۸۷-۲۷۹.
۴. بیانیه: طرح‌های تشکیل «سازمان طب اسلامی - ایرانی» و «سازمان نظام طب مکمل اسلامی - ایران». نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۴۰۰؛ ۵ (۳): ۳۹۴-۳۹۱.
۵. خلاصه سیاستی: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایرانی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۳۹۹؛ ۴ (۴): ۴۵۴-۴۵۳.
۶. 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 بر تحول در محیط های علمی و دانشگاهی در جهت استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه تأکید دارد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۴/۲۱)

ترویج نماز اول وقت

سلامت نعمتی الهی روبه کمال، در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی در فرد، خانواده و جامعه و طبیعت است؛ که زیربنای آن سلامت معنوی اسلامی است. بر اساس بیان مقام معظم رهبری، سلامت معنوی هر فرد وابسته به نماز است و صراط مستقیم و حیات طیبه هر جامعه نیز تنها با اقامه نماز در آن تحقق می یابد. ایشان تأکید فرمودند ترویج نماز با همه شیوه های اثرگذار، در شمار وظایف بزرگی است که همه باید بدان اهتمام ورزیم. مسئولان مؤمن در نظام اسلامی باید امکانات گسترده خود را در خدمت دعوت به نماز بگذارند. روحانی، معمم، مربی، مدیر و مسئول در همه جا مخاطبان و دایره نفوذ خود را به این سو بکشانند و از آنان دعوت کننده به خدا و نماز بسازند. ایشان خطاب به مسوولان فرموده- اند انتظار اینجانب آن است که همه به ویژه مسئولان دستگاه ها و دارندگان امکانات مادی و معنوی و مدیریتی، عظمت این مسأله را به درستی دریابند و گام در راه عمل نهند. همه بدانند که یکی از مؤثرترین راه ها برای کاستن آسیب های اجتماعی، ترویج نماز است.

نظر به اینکه مقام معظم رهبری تأکید فرموده اند که مدیران دستگاه های اداری و دولتی، خود متصدی اقامه نماز در آن دستگاه ها شوند و در همه اجتماعات با فرا رسیدن وقت نماز،

نماز به پا داشته شود. لذا خواهشمند است آن دولت محترم دستورات و انتظارات مقام معظم رهبری را در این خصوص نصب العین خویش قرار داده و به دستگاه‌های زیر مجموعه خود از جمله وزراء، معاونین ایشان، روسای دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها، سازمان‌ها، بیمارستان‌ها و ادارات تاکید فرمائید که شخصاً در نمازهای جماعت در کنار کارکنان خود حضور یابند و در ترویج این امر مهم اهتمام ورزند.

بخش دوم: آموزش فرهنگ سلامت

فرهنگ به تنهایی یا در کنار عوامل اجتماعی و اقتصادی یکی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت افراد است. از آنجا که فرهنگ شامل باورها، عادات و رفتار یک گروه مشخص می شود؛ پس فرهنگ سلامت را هم می توان مجموعه ارزشها، باورها، رفتار و کردار مرتبط با سلامت دانست اصلاح فرهنگی و آموزش فرهنگ سلامت که در واقع رهیافتی به سوی ارتقا سلامت است، به عنوان راهبردی اولویت دار در نظام های سلامت مورد توجه قرار گرفته است. سیاست گذاری های صحیح و مبتنی بر شواهد علمی، می تواند منجر به برنامه های اجرایی موثر در مسیر فرهنگ سازی سلامت شود.

از جمله اقدامات در راستای فرهنگ سازی، وضع قوانین و مقررات بازدارنده از رفتارهای ناسالم است. پاییز ۱۴۰۱ فرهنگستان خلاصه سیاستی با عنوان "پیشگیری از افزایش مصرف دخانیات در کشور" را تهیه و به مراجع مختلف سیاست گذار ارسال نمود. در این مستند به شگردهای تبلیغاتی برای افزایش مصرف محصولات دخانی اشاره شده است (جلد دوم مجموعه مستندات).

"قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب رسان به سلامت در رسانه های ارتباط جمعی داخلی و بین المللی و فضاهای مجازی" باهدف کاهش القای مصرف محصولات و خدمات آسیب رسان به سلامت و صیانت از سلامت جامعه وضع شده است. در ادامه مکاتبات در این زمینه آمده است:

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۲/۱۳)

آیین نامه اجرایی قانون ممنوعیت تبلیغات محصولات آسیب رسان

سلامت

"قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب رسان به سلامت در رسانه‌های ارتباط جمعی داخلی و بین المللی و فضاهای مجازی" مصوب سال ۱۳۹۷، اختیارات و مسئولیت‌ها و وظایفی را بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه‌های غذا و دارو، بهداشت و درمان قرار داده است. در تبصره ۳ ماده واحد قانون مذکور مقرر گردیده است، آئین نامه اجرائی قانون شامل نحوه برچسب‌گذاری، نحوه اخذ مجوز، روش‌های معرفی و تبلیغات مواد و فرآورده‌ها و مواد موضوع این قانون و موارد منع آنها ظرف ۳ ماه ... به تصویب وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برسد. نظر با اینکه از اجرای مقررات قانون مذکور و تصویب آئین نامه اجرائی آن اطلاعی در دست نیست، خواهشمند است مقرر فرمائید در صورت تصویب آئین نامه یک نسخه از آن را به فرهنگستان علوم پزشکی ارسال نمایند و در ضمن از نتایج اقدامات سازمان غذا و دارو، حوزه معاونت‌های محترم بهداشت و درمان در اجرای وظایف و اختیارات و مسئولیت‌های مربوط به قانون موصوف، این فرهنگستان را مطلع فرمایند.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۴/۱۳)

اجرای مناسب قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات غیرمجاز و آسیب رسان

به استحضار می‌رساند نامه شماره ۴۹۸/۱۰۱/د مورخ ۱۴۰۲/۳/۲ مدیرکل محترم حوزه وزارتی متضمن اظهار نظر معاون محترم غذا و دارو و مدیر کل محترم دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده‌های سلامت محور معاونت مذکور ارتباطی با نحوه اجرای قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب رسان به سلامت در رسانه‌های ارتباط جمعی داخلی و بین المللی و فضاهای مجازی مصوب سال ۱۳۹۷ ندارد و فقط راجع است به ماده ۴۸ الحاقی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت در خصوص تولیدات

و واردات و عرضه کالاها و خدمات آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف که مشمول عوارض خاص تحت عنوان عوارض سلامت می باشند که صد در صد مبلغ وصولی عوارض در اختیار دستگاه‌های اجرایی مربوط قرار می گیرد.

اما قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و ... دارای موارد واحکامی است که مطلقاً به ماده ۴۸ قانون تنظیم بخشی از سند مقررات مالی دولت مربوط نیست.

مطابق قانون ممنوعیت ... ارائه هرگونه اطلاعات نادرست و تبلیغ خلاف واقع (که نوعاً موجب گمراهی و فریب مخاطب شود به هر طریق از جمله رسانه های داخلی و خارجی و یا فضای مجازی) درباره آثار مصرف مواد و فرآورده های دارویی، خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، گیاهی، طبیعی، مکمل و همچنین تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی و هرگونه خدمات سلامت، ممنوع است. مرتکب مشمول مجازات حبس، محرومیت از فعالیت شغلی و اجتماعی برای ۲ تا ۵ سال می شود. در صورتی که به مصرف کننده خساراتی وارد شود؛ علاوه بر جبران آن تا ۵ برابر خسارت وارده به عنوان جزای نقدی محکوم می شود.

مصادیق اطلاعات نادرست و تبلیغ خلاف واقع در تبصره یک ماده یک پیش بینی شده است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از مراجع کارشناسی می باشد.

انتشار تبلیغات موضوع این قانون از سوی رسانه های جمعی موجب محکومیت مدیر مسئول و رسانه های چاپی یا مسئول ذیربط در سایر رسانه ها است.

در ماده ۲، سازمان غذا و دارو موظف شده است نسبت به برچسب گذاری مواد و فرآورده های محصولات موضوع قانون از طریق بخش خصوصی صاحب صلاحیت بر روی کلیه فرآورده های دارویی، خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و ملزومات مصرفی و غیر مصرفی پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی در حدود امکانات شناسه های منحصر به فرد

جهت کنترل اصالت و پیگیری محصولات اقدام کند. در ضمن برچسب‌گذاری مواد و فرآورده‌های این قانون به تشخیص سازمان غذا و دارو باید به گونه‌ای تعیین شود که آثار سوء و یا مفید احتمالی آن برای مصرف کننده قابل تمیز و تشخیص باشد.

در تبصره ۲ ماده ۲، مقرر شده است آیین نامه اجرائی این ماده شامل نحوه برچسب‌گذاری، نحوه اخذ مجوز، روش های معرفی و تبلیغات مواد و فرآورده ها و مواد موضوع این قانون و موارد منع آنها ظرف سه ماه تهیه و به تصویب وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برسد که به نظر می‌رسد تاکنون آیین نامه موصوف تهیه و تصویب نشده است.

در ماده ۳، این قانون کلیه وزارتخانه ها و سازمان‌های ذیربط موظف شده‌اند در جهت برخورد با تبلیغات موضوع این قانون در فضاهای مجازی و شبکه‌های ماهواره‌ای با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا سازمان غذا و دارو همکاری نمایند.

عنایت خواهند فرمود که وظایف موضوع این قانون که به معاونت‌های محترم درمان و بهداشت و غذا و دارو ارتباط دارد؛ مغفول مانده است و عدم رعایت و اجرای این قانون موجب تبلیغات فراوان و خارج از اصول و قواعد علمی و فنی پزشکی و بهداشتی در رسانه‌های جمعی و فضاهای مجازی شده است.

خواهشمند است تمهیداتی اتخاذ فرمایید تا قانون ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیر مجاز و آسیب رسان به سلامت در رسانه‌های ارتباط جمعی داخلی و بین المللی و فضاهای مجازی مصوب سال ۱۳۹۷ مجلس شورای اسلامی به نحو مناسب به اجراء گذاشته شود.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای ،

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف (۱۴۰۲/۱۱/۷)

موضوع کالاهای آسیب رسان به سلامت، از مسائل مهم تاثیرگذار بر تامین، حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه است که در سیاست‌های کلی سلامت و سایر اسناد بالادستی مورد تاکید قرار گرفته است. در این ارتباط فرهنگستان علوم پزشکی با تشکیل جلسات کارشناسی و طرح آنها در شورای آینده‌نگاری و نظریه پردازی این فرهنگستان با حضور کارشناسان دستگاه‌های مسئول و صاحب‌نظران، خلاصه سیاستی پیوست را مشتمل بر تحلیل چالش‌ها و ارائه راهکارهای مرتبط آماده نموده است.

خلاصه سیاستی ۱- کالاهای آسیب رسان به سلامت؛ چالش‌ها و

راهکارها

چکیده

تعیین فهرست کالاهای آسیب رسان به سلامت، منع تبلیغات، اخذ عوارض و مالیات، گردآوری و انباشت درآمد، تخصیص درآمد به مداخلات و پایش و ارزشیابی مراحل چرخه‌ای هستند که رسیدگی به موضوع کالاهای آسیب رسان به سلامت را تعریف می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: کالاهای آسیب رسان به سلامت، منع تبلیغات، مالیات بر ارزش افزوده،

کالاهای دخانی، سیگار

مقدمه

به گروهی از خوراکی‌ها یا آشامیدنی‌هایی که محتوای آنها در هرم مواد غذایی قرار دارند ولی مصرف بیش از اندازه آنها یا توسط گروه‌های سنی خاص، سبب آسیب به سلامتی مصرف‌کنندگان می‌گردد، «آسیب‌رسان به سلامت» اطلاق می‌شود. سازمان جهانی بهداشت، غذاهای دارای مقادیر بالای انرژی، چربی اشباع شده، اسیدهای چرب ترانس،

نمک یا قندهای آزاد و دارای مقادیر اندک مواد مغذی (نوترینت) ضروری را به عنوان غذای ناسالم (Unhealthy food) می‌شناسد.

تعیین فهرست، اطلاع‌رسانی و تبلیغات، عوارض و مالیات، گردآوری و انباشت درآمد، تخصیص درآمد به مداخلات و پایش و ارزشیابی، مراحل چرخه‌ای هستند که حاکمیت لازم است در مدیریت کالاهای آسیب‌رسان به سلامت لحاظ کند. در کشور ما، قوانین متعددی در هر کدام از مراحل این چرخه وجود دارد. به نظر می‌آید در بخش خلاء قانون‌گذاری کمترین چالش به چشم می‌خورد و مسائل بیشتر معطوف به عدم اجرای قوانین است. مهم‌ترین اهداف در اجرای قوانین مرتبط عبارتند از: اطلاع‌رسانی و آموزش جامعه؛ اصلاح رفتار مصرف‌کننده و کاهش مصرف کالاهای آسیب‌رسان به سلامت؛ اصلاح و ارتقاء صنایع تولیدکننده کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و افزایش تولید مواد غذایی سالم؛ و تامین مالی پایدار برای ارتقاء سلامت جامعه. در این خلاصه سیاستی قوانین مؤخر، چالش‌ها و راهکارها با معرفی ذینقشان اصلی در سه محور اصلی «منع تبلیغات» و «اخذ عوارض و مالیات» کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و «منع تبلیغات سیگار و انواع محصولات دخانی و مالیات آنها» ارائه می‌شود.

منع تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

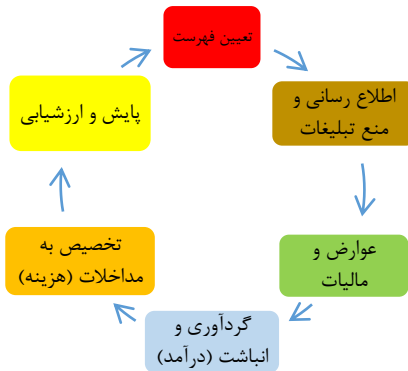
قانون مؤخر

بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵

چالش‌ها

- همکاری ناکافی دستگاههای مسئول در منع تبلیغ کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
- فروش کالاهای آسیب‌رسان به سلامت بویژه در بوفه‌های مدارس
- تبلیغ کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در بیلبردهای بین شهری

چرخه اصلی مدیریت کالاهای آسیب‌رسان به سلامت راهکارها



- اجرای قوانین منع تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت توسط سازمان‌های

- صدا و سیما و تبلیغات اسلامی، وزارت راه و شهرسازی و شهرداری‌ها
- اطلاع‌رسانی و آموزش توسط وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش
- درج عبارت «دارای مجوز تولید، بدون مجوز تبلیغات» بر روی برچسب کالاهای آسیب‌رسان به سلامت توسط سازمان غذا و دارو
- ایجاد زیرساخت ثبت گزارش تخلفات توسط مردم در سامانه ۱۹۰ توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- برخورد قانونی با رسانه‌های خاطی توسط وزارت دادگستری
- استفاده از واژه کالاهای کمتر سالم (Less Healthy) یا تهدیدکننده سلامت به جای آسیب‌رسان به سلامت

مالیات و عوارض بر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

قانون مؤخر

بند «پ» ماده ۲۶ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۴۰۰

چالش‌ها

- دولتی بودن شرکت‌های بزرگ تولیدکننده کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در کشور

- عدم عزم ملی و حمایت سیاسی لازم و کافی برای اخذ مالیات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
- نقص در درک واحد بین ذی‌نقشان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا و تضاد منافع
- همراه نبودن مردم با افزایش قیمت به دلیل پایین بودن سواد سلامت مردم، بالا بودن نرخ تورم و کم اعتمادی به برخی بخش‌های حاکمیت
- عدم استفاده صحیح و شفاف نبودن محل‌های هزینه‌کرد منابع مالیاتی اخذ شده از کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
- عدم تخصیص بخشی از درآمد حاصل از مالیات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به وزارت بهداشت توسط سازمان برنامه و بودجه برای فعالیت‌های بهداشتی جامعه
- مقاومت صنایع تولیدکننده کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

راهکارها

- ایجاد تعهد سیاسی در رده‌های بالا
- تعریف مسئولیت اجتماعی برای کارخانجات و صنایع
- طرح و تصویب فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- نشاندار نمودن درآمد حاصل از بندهای پ و ت ماده ۲۶ قانون مالیات بر ارزش افزوده توسط سازمان امور مالیاتی به وزارت کشور براساس بند الف و ب ماده ۳۹ این قانون و ابلاغ نشاندار آن توسط وزارت کشور به شهرداری‌ها و دهیاری‌ها برای اجرای سیاست‌های کلی سلامت
- اختصاص درآمد حاصل از مالیات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به صورت یارانه به کالاهای جایگزین سالم
- هزینه‌کرد عوارض سلامت برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن و اصلاح صنایع آسیب‌رسان
- شفاف‌سازی نحوه هزینه‌کرد درآمد حاصل از مالیات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

- افزایش مالیات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت تا حدی که منجر به بازدارندگی مصرف این کالاها شود
- ارائه فهرست صنایع تولید کننده کالاهای آسیب‌رسان به سلامت توسط وزارت صنعت، معدن و تجارت و سازمان غذا و دارو

منع تبلیغات سیگار و انواع محصولات دخانی و مالیات آنها

قانون مؤخر

بند «ت» ماده ۲۶ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب سال ۱۴۰۰

چالش‌ها

- ضعف همکاری دستگاه‌های ذیربط در اجرای قوانین و مصوبات ستاد کشوری کنترل دخانیات
- افزایش روزافزون تبلیغ و استعمال دخانیات در تولیدات رسانه‌ای به ویژه شبکه های نمایش خانگی
- تبلیغات و فروش گسترده انواع محصولات دخانی از طریق فضای مجازی
- واریز منابع درآمدی مالیات دخانیات در قانون ارزش افزوده (سهم شهرداری‌ها و دهیاری‌ها) به وزارت کشور

نتیجه‌گیری

در کنار اقدام جهت اجرای راهکارهای ذکر شده در هر بخش، حمایت‌های مورد نیاز جهت تحقق اهداف عبارتند از:

- اصلاح بند الف و ب ماده ۳۹ قانون مالیات بر ارزش افزوده
- همراه شدن سیاستگذاری با آموزش به عموم مردم، ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان و ایجاد کمپین‌های آموزشی و برنامه‌ریزی برای فرهنگ‌سازی موثر
- برنامه‌ریزی سیاستی در مورد تخصیص یارانه به بخش اشتغال و صنایع تولید کننده مواد غذایی سالم به منظور دستیابی به تعادل قیمت و افزایش مصرف

- تفکیک سهم شهرداری ها و دهیاری ها از محل درآمد حاصل از بندهای پ و ماده ۲۶ قانون مالیات بر ارزش افزوده برای پیگیری عملکرد آنها در اجرای سیاست های سلامت ابلاغ شده به آنها
- درج عبارت «آسیب رسان» یا «تهدیدکننده سلامت» بر روی فاکتور فروش کالاهای آسیب‌رسان جهت اطلاع رسانی به مصرف کننده
- تصویب فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

سواد سلامت، برخورداری از مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم را برای دسترسی، درک و کاربرد اطلاعات در حوزه سلامت فراهم می‌نماید، و در نهایت منجر به حفظ و ارتقا سلامت مطلوب می‌شود. سواد سلامت زبان مشترک جهت ارتباط مردم با نظام سلامت و لازمه خود مراقبتی است. ارتقا سطح دانش و سواد سلامت جامعه از طریق جهت‌دهی به افکار عمومی در حوزه سلامت امکان پذیراست. در جلسات گروه‌های علمی فرهنگستان از جمله گروه ارتقا سلامت، در مورد سواد سلامت بحث و تبادل نظر انجام گرفته است و خلاصه مذاکرات این گروه با موضوع سواد سلامت مهرماه ۱۴۰۰ به سازمان های مرتبط ارسال شد (جلد دوم مجموعه مستندات). در ادامه مکاتبات جدید فرهنگستان آمده است:

رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق
(۱۴۰۲/۴/۶)

توجه به سواد سلامت

مطابق سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت "مصوب شورای فرهنگ عمومی کشور و نیز مطالبی که در جلسه شورای آینده نگاری و نیز گروه علمی ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی مورد بحث قرار گرفته است و طبق مندرجات صفحه آخر سند مزبور، محل استقرار دبیرخانه کارگروه ملی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، که امیدوارم بتوانید تصویری از اقدامات انجام شده در دبیرخانه مزبور را در اختیار فرهنگستان

علوم پزشکی هم قرار دهید. همانطوری که استحضار دارید، سطح سواد سلامت در میهن اسلامی ما بسیار پائین است و این محدودیت سواد سلامت، متأسفانه در بین بسیاری از مسئولین در سطوح مختلف اجرایی و تقنینی و حتی نظام سلامت هم مشاهده می‌گردد. شاید علت اصلی همه این مشکلات، عدم تدریس مطلوب مطالب مربوط به ارتقاء سلامت، سواد سلامت، عدالت در سلامت، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، آموزش سلامت، حتی تعریف سلامت همه جانبه، فرهنگ سلامت، مراحل مختلف پیشگیری (ابتدایی، اولیه و ...)، اولویت بهداشت بر درمان، بهداشت آب، هوا، محیط زیست، مدارس، حرفه‌ای و ... و مطالبی از این دست در نظام آموزش عالی سلامت و کوتاهی در ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه است. امیدوارم شورای محترم عالی سلامت و امنیت غذایی، به مطلب زیربنائی ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه و مسئولین پردازد و از همه مهم‌تر توصیه و کمک به انجام تغییراتی در برنامه‌های آموزش نیروی انسانی سلامت به طور اعم و پزشکان به طور اخص بنماید. به نظر می‌رسد تا سرچشمه اصلاح نشود و درک کاملاً درستی از مسائل سلامت همه جانبه جامعه و اولویت‌های آن در ذهن اساتید، فارغ التحصیلان و دانشجویان گروه پزشکی نقش نبندد و رسیدگی به این امور را از وظائف اصلی خود ندانند، انرژی زیادی برای ایجاد بازدهی آنهم بسیار محدود صرف خواهد شد. از عنایت و پیگیری‌هایی که خواهید فرمود سپاسگزارم. طبیعتاً فرهنگستان علوم پزشکی آماده هرگونه همفکری و همکاری است.

پیوست:

"سواد سلامت"، محور پیشرفت و توسعه کشور

اقدامات برای ارتقای سواد سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تدوین برنامه های راهبردی معاونت درمان در ادغام ارتقاء سواد سلامت در خدمات درمانی بیمار و همراهان بیمار
- برنامه ریزی مداخلات ارتقاء سواد سلامت معاونت بهداشتی با توجه به عوامل محدود بودن سواد سلامت از جمله: سالمندی < ۵۵ سال ، افراد با سالهای تحصیل > ۵ سال.
- ادغام سواد سلامت در اعتبار بخشی بیمارستان ها و مراکز خدمات بهداشتی، درمانی
- تحقیق در محتوا و روشهای بومی موثر برای ارتقاء سواد سلامت بر اساس زیست بوم و در برنامه های مداخلات به فعالیتهای ارتقای سواد سلامت به ویژه در مناطق محروم و کم برخوردار
- تعیین اولویتهای هر منطقه در طراحی برنامه های ارتقای سواد سلامت
- تحلیل داده های جمعیتی در سطح مراکز، شهرستان ، استان به منظور شناخت اولویتهای منطقه ای سواد سلامت
- ساختار مناسب و پاسخگو برای طراحی و پایش برنامه های ارتقای سواد سلامت در سطح شهرستان، استان
- فعال کردن دبیرخانه شورای ساغ با تعیین دستورکار حمایت طلبی و همکاری بین بخشی برای نیازهای اولویت دار ارتقاء سواد سلامت در سطح شهرستان، استان
- تدوین برنامه عملیاتی ستاد هماهنگی توسعه سواد سلامت در ذیل کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان اولویت دادن به ارتقای سواد سلامت روانی جامعه
- ادغام و ارتقاء سواد سلامت در نظام آموزش علوم پزشکی: غنی سازی رشته ها و دروس دانشگاهی و آموزش ضمن خدمت، شیوه ها و روش های ارتقاء سواد سلامت

- تشکیل گروه‌های علمی و پشتیبانی جهت تهیه برنامه های ارتقاء سواد سلامت مطابق با نیازسنجی از گروه‌های مختلف و موضوعات در اولویت از طریق همکاری در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سیاست گذاری سلامت
- جلب مشارکت مراکز تحقیقاتی به عنوان بدنه های دانشی پژوهش های ارتقاء سواد سلامت و ارائه الگوهای مناسب ارتقاء سواد سلامت روانی . رشد و تکامل کودکان و سبک زندگی سالم با در نظر گرفتن خصوصیات زندگی ایرانی- اسلامی
- سیاست های جلب حمایت خیرین در ایجاد تسهیلات کمک کننده به ارتقاء سواد سلامت جامعه
- است های توسعه و ارتقاء سواد سلامت گروه های سنی مختلف متناسب با فرهنگ‌های محلی و بومی
- تدوین راهبرد ارتقاء سواد سلامت توسط معاونت بهداشتی وزارت در کلیه برنامه های گسترش شبکه و دیگر ادارات کل مسئولیت پذیری و پاسخگوئی پیرامون ارتقاء سواد سلامت در کلیه خدمات

اقدامات برای ارتقای سواد سلامت سازمان صدا و سیما

- تدوین سیاست های ارتقاء سواد سلامت در تولید برنامه های صدا و سیما در زمینه تهیه خبر، اطلاع رسانی، تولید فیلم ها و مجموعه های تلویزیونی و حمایت از سواد سلامت سبک زندگی سالم، تغذیه، مهارت های زندگی و رفتار های پرخطر
- جلب مشارکت فیلم نامه نویسان، کارگردانان، خبرنگاران و اصحاب رسانه در ارتقاء سواد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی در تولید برنامه ها
- بهره گیری از سازوکار و امکانات فضای مجازی (سایت ، اپلیکیشن و...) به منظور ارتقاء سواد سلامت و فرهنگ سلامت در سطوح ملی، استان و توسعه همکاریهای فرهنگی بین المللی و منطقه ای در زمینه ارتقاء سواد سلامت و ارتقای فرهنگ سلامت

- حمایت از تولید و پخش فیلم ها ، سریال ها و برنامه های رادیویی و تلویزیونی برای ارتقاء سواد سلامت و ارتقای فرهنگ سلامت و نیز تولید و پخش پیامهای دیداری و شنیداری خلاق و کوتاه در زمینه ارتقاء سواد سلامت جامعه

اقدامات برای ارتقای سواد سلامت وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

- تنظیم سیاست‌های اجرایی برای ضمیمه کردن پیوست ارتقاء سواد سلامت در پروژه‌های فرهنگی
- تدوین سند توسعه و نقشه‌ی راه ارتقاء سواد سلامت در رسانه‌های مجازی
- ادغام سواد سلامت در بخش های هنری و فرهنگی و رسانه های رسمی و مجازی حاکمیت
- برجسته کردن محوریت ارتقاء سواد سلامت در هدف گذاری و برنامه ریزی فعالیت های رسانه ای و هنری کشور
- افزایش دانش و مهارت سیاست‌گذاران، برنامه ریزان، مدیران و کارشناسان دستگاهها و نهادها در زمینه طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات ارتقای سواد سلامت
- تدوین شاخص های ارتقاء سواد سلامت در مساجد، اماکن عمومی فرهنگی، مجموعه های غذایی بین راهی و گردشگری، ارتقاء سواد سلامت مردم در مراسم مذهبی، حسینیه‌ها و مساجد و اماکن متبرکه
- سیاست های توسعه ارتقاء سواد سلامت و ترویج محصولات اثرگذار بر تقویت هویت ملی و روحیه‌ی خودباوری، ابتکار، امیدواری و نشاط فردی و اجتماعی و قبول تنوع در جامعه (نقش در سلامت اجتماعی)
- تأثیر دادن ارتقاء سواد سلامت محوری در ارزیابی فعالیتها و محصولات هنری و رسانه ای

- استفاده بهینه از ظرفیتهای فضای مجازی، خبرگزاریها، مطبوعات، سینما، نمایش ، موسیقی، شعر، نقاشی، عکس و... برای ارتقای سواد سلامت
- حمایت از تولیدات رسانه ای دیجیتال در جهت ارتقاء سواد سلامت جامعه
- حمایت از تولید فیلمهای کوتاه، مستند، سینمایی و پویانمایی مرتبط با ارتقاء سواد سلامت

- حمایت از برگزاری جشنواره های ارتقاء سواد سلامت و فرهنگ سلامت نظیر فیلم سلامت ، شعر سلامت ، ترانه های سلامت، رسانه های دیجیتال، تئاتر سلامت
- تولید آثار هنری فاخر در زمینه ارتقاء سواد سلامت و ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی در عرصه فیلم، موسیقی، تئاتر، شعر، خط، نقاشی، عکس، رسانه های دیجیتال
- جلب مشارکت گروههای مرجع جامعه از جمله چهره های هنری و ورزشی کشور به عنوان سفیران ارتقاء سواد سلامت جامعه

- ارتقاء سواد سلامت و تقویت فرهنگ سلامت در ترویج ورزش همگانی و نیز استفاده از فرصتهای اطلاع رسانی و تبلیغاتی در میدانها و باشگاههای ورزشی

اقدامات برای ارتقای سواد سلامت وزارت آموزش و پرورش

- مسئولیت پذیری، توانمند سازی، مشارکت ساختارمند و فعال دانش آموز، خانواده آنها برای ارتقای سواد سلامت
- تشکیل کارگروه ارتقاء سواد سلامت همه جانبه در برنامه ریزی و کتاب های درسی و اولویت بندی عناوین سواد سلامت در برنامه ریزی افقی و عمودی کتاب های درسی و لحاظ کردن ارتقاء سواد سلامت در برنامه درسی مقاطع مختلف
- ارزیابی محتوای کتب درسی از نظر پوشش دادن اصول ارتقاء سواد سلامت جسمی ، روانی و اجتماعی و گنجاندن اولویتهای آموزشی سلامت در محتوای آموزشی کلیه دوره های تحصیلی با مشارکت وزارت بهداشت

- ارتقاء سواد سلامت و رسانه و توانمند سازی دانش آموزان در مهارت های زندگی (خودآگاهی، همدلی، ارتباط مؤثر، تصمیم گیری، حل مسأله، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، توانایی حل مسئله، توانایی مقابله با استرس)
- بازبینی برنامه مروج سلامت و مدارس سالم به صورت رویکرد ارتقاء سواد سلامت همه جانبه با مشارکت معلمان، والدین
- برنامه ریزی سیستماتیک و فرایندی ارتقاء سواد سلامت در آموزش مداوم و ضمن خدمت معلمان و کارکنان مدارس
- افزایش مشارکت دانش آموزان و اولیاء و مربیان در زمینه ارتقاء سواد سلامت روان نوجوانان و جوانان و جامعه، در قالب سازماندهی و شکل گیری برنامه داوطلبان سلامت
- امکان دسترسی به شبکه های ارتباطی وزارت آموزش و پرورش برای ارتقاء سواد سلامت و ترویج و انتقال پیام های سلامت (از جمله انجمن های اولیاء و مربیان، کانون های معلمان و مدیران مدارس و مجلس دانش آموزی)
- همکاری کانون پرورش فکری کودک و نوجوان و مدارس ابتدایی برای ارتقاء سواد سلامت و فرصت های تکامل دوران کودکی (ECD)
- ایجاد سامانه الکترونیک ارتقاء سواد سلامت دانش آموزان و پیگیری دسترسی کودکان کم برخوردار
- توجه به موضوعات اولویت دار ارتقاء سواد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی) از جمله سلامت باروری و سلامت جنسی، با مراعات ملاحظات فرهنگی، دینی و اقتضائات مختلف کشور در برنامه درسی و تهیه آموزش، متناسب با سن و جنس دانش آموزان

مکاتبه با وزیر محترم آموزش و پرورش جناب آقای دکتر رضا مراد صحرایی (۱۴۰۲/۵/۹)

درخواست جلسه هیئت رئیسه فرهنگستان و وزیر آموزش و پرورش

پیرو نامه شماره ۸۸۲۲/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۱ و همچنین تشکر از حضور مدیرکل محترم سلامت آن وزارتخانه در جلسه شورای آینده نگاری و نظریه پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۵ با موضوع ارتقاء سواد سلامت جامعه، به استحضار می‌رساند آموزش و پرورش بعنوان یک وزارتخانه مهم و تاثیرگذار در ارتقاء سواد سلامت جامعه و نیز سلامت معنوی اسلامی کشور می‌باشد. با توجه به اهمیت موضوع و بحث و تبادل نظر در این خصوص، خواهشمند است نسبت به برگزاری جلسه‌ای حضوری با جنابعالی دستور اقدام مقتضی صادر گردد. در پایان جهت معرفی گروه‌های علمی ۱۸ گانه فرهنگستان از جمله گروه سلامت معنوی اسلامی و گروه ارتقاء سلامت، به پیوست خلاصه سیاستی با عنوان "سواد سلامت"، محور پیشرفت و توسعه کشور، به همراه یک جلد از مجموعه مستندات خلاصه سیاستی، حمایت طلبی و بیانیه‌های فرهنگستان علوم پزشکی جهت هرگونه بهره برداری ارسال می‌گردد. چنانچه اطلاعات بیشتری مورد نیاز است مشخص فرمایید تا ارسال شود.

خلاصه سیاستی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص "ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه" که با برگزاری جلسات متعدد و با حضور کارشناسان و صاحب نظران تهیه شده بود، طی مکاتبه ای به استحضار رئیس محترم جمهوری رسید. سال گذشته نیز طی مکاتباتی پیشنهاد فرهنگستان در مورد برنامه هفتم توسعه در راستای بند ۱۱ سیاست های کلی سلامت (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 سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، موضوعات مهم در حوزه سواد سلامت و تاکیدات براعتلای سواد و فرهنگ سلامت جامعه به استحضار ذی نقشان و تصمیم گیران ارشد رسیده بود. (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل اول)

خلاصه سیاستی ۲- ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت جامعه

بیان مسئله

ارتقاء سلامت همه جانبه (جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی)، مستلزم تلاش مستمر برای اعتلای فرهنگ و سواد سلامت جامعه و آحاد مردم، از قبل از ازدواج، انعقاد نطفه، دوران جنینی، نوزادی، کودکی تا کهنسالی است. راهبردها و اقدامات و رویکردهای این موضوع بسیار مهم در این خلاصه سیاستی مرور شده است.

راهبردها

- اعتقاد و التزام عملی مسئولین کشور؛
- اهتمام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر نهادهای مرتبط، به اجرای کامل " سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت مصوب ۱۳۷۵/۵/۹ شورای فرهنگ عمومی"، با مشارکت همه نهادها و سازمانهای ذیربط و نظارت لازم بر اجرایی شدن آن؛
- تحقق دیدگاه سلامت محور همه جانبه، و انسان سالم در همه سازمانها و نهادها، و التزام به همکاریهای میان بخشی در این راستا؛
- تلاش و تأکید بر ارتقاء مستمر جنبه های دانشی، نگرشی، و عملکردی فرهنگ و سواد سلامت مردم، در آموزش و پرورش، آموزش عالی، آموزش عالی سلامت، کل نظام سلامت و به ویژه در همه سطوح شبکه بهداشتی درمانی کشور؛
- توجه خاص به سلامت همه جانبه مادر، جنین، نوزاد، شیرخوار و کودک، در راستای اجرای برنامه تکامل سالهای اولیه زندگی؛
- توجه خاص و اولویت دار به حوزه آموزش و پرورش کودکان و نوجوانان، و جوانان از مهدهای کودک و پیش دبستانی، تا آموزش عالی؛

- گسترش و تعالی نقش صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، در آموزش سلامت از طریق شبکه سلامت، و سایر شبکه ها، با تهیه و نمایش برنامه های مرتبط، جذاب و تأثیرگذار؛
- آموزشهای لازم در زمینه فرهنگ و سواد سلامت و سبک زندگی سالم اسلامی-ایرانی، به افراد، خانواده ها و جامعه، در شبکه بهداشتی درمانی کشور و سایر مراکز ارائه کننده مراقبت ها و خدمات سلامت و مراکز آموزشعالی سلامت؛
- مدیریت و استفاده بهینه از فضای مجازی و سایر انواع ظرفیتهای رسانه ای، شامل بخش خصوصی (با شیوههای قانونی، آموزشی و نظارتی)؛
- افزایش مشارکت مردم در جهت ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت عمومی

اقدامات

۱. گنجاندن تعالیم مرتبط با سواد و فرهنگ سلامت در همه برنامه های نظری، پرورشی، عملی و مهارتی مجموعه نظامهای آموزش، از مهد کودک تا آموزش عالی، حوزه های علمیه دینی، آموزشهای غیررسمی، به ویژه رسانه ملی؛
۲. ایفای نقش محوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه های علوم پزشکی در اعتلای فرهنگ و سواد سلامت جامعه و آحاد مردم؛ با تأکید بر همکاری نهادهای آموزشی فوق، مجلس شورای اسلامی، صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، شهرداریها، سازمانهای مردم نهاد، انجمنهای علمی، مراکز پژوهشی مرتبط، همه مراکز بهداشتی درمانی، توانبخشی، داروخانه ها، مطبها، رسانه ها، مساجد و اماکن زیارتی، نهادهای سیاحتی، بسیج مستضعفین، نیروهای مسلح، ناشرین کتب و نشریات و فیلمها و سایر منابع آموزشی حوزه کودک و نوجوان، نهضت سوادآموزی، فرهنگسراها، و نظایر آنها؛
۳. پیگیری دلائل اجرائی نشدن سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت، مصوب جلسه ۷۰۷ مورخ ۱۳۹۷/۵/۹ شورای فرهنگ عمومی کشور و اهتمام برای اجرای همه جانبه مفاد آن؛

۴. ایفای نقش سیاستگذاری، هماهنگی و پیگیری، توسط شورایی عالی سلامت و امنیت غذایی و دبیرخانه ذیربط؛
۵. تولید محتوای مناسب برای مهارت آموزی نیروی انسانی شبکه بهداشتی درمانی و سایر شاغلین حرف سلامت، بهمنظور ایفای نقش مؤثر
۶. تولید محتوای مناسب، رسانه‌های، متناسب با نیازهای قبل و پس از ازدواج، بارداری، دوران جنینی، شیردهی، کودکی، بلوغ و بعد از آن با بهره‌گیری از توانمندیهای مجموعه صاحب نظران و دست‌اندرکاران و مسئولیت و محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، و صدا و سیما؛
۷. تقویت شبکه سلامت و سایر شبکه‌های صدا و سیما، برای تهیه و نمایش برنامه‌های آموزشی جذاب برای ارتقاء سواد سلامت جامعه، و توسعه برنامه‌های مناسب در جهت ارتقای فرهنگ و سواد سلامت کودکان؛
۸. رصد کلان برنامه‌های مرتبط با ارتقای سواد و فرهنگ جامعه، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با مشارکت فرهنگستان علوم پزشکی و ارائه گزارش به شورایی عالی انقلاب فرهنگی

بخش سوم: 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 سیاست‌های کلی سلامت به موضوع بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران می‌پردازد. تمامی موضوعات مرتبط از جمله ترویج و فرهنگ سازی، آموزش، پژوهش، فناوری و تولید در طب سنتی ایرانی نیازمند تبیین است. تاضمن همسویی با سیاست‌های 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 در جهت ارتقا سلامت جامعه موثر باشد.

مکاتبه بارئیس محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدی
گلپایگانی (۱۴۰۲/۶/۲۲)

جلوگیری از هرگونه سوء استفاده از بیانات مقام معظم رهبری

متاسفانه کپیپی در سایت آپارات به آدرس <https://www.aparat.com/v/xnQKc>

منتشر شده است که سخنان مقام معظم رهبری در دیدار با اعضای جهاد دانشگاهی با عنوان جعلی "کارشکنی های دولت در مسیر طب ایرانی و اسلامی علیرغم اسناد بالادستی" در سطح گسترده ای پخش شده است. لذا خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور فرمائید در مرحله اول جاعلان این امر شناسائی و محاکمه شوند تا درس عبرتی برای دیگران باشد و ثانیاً راهکارهایی برای جلوگیری از هرگونه سوء استفاده از بیانات مقام معظم رهبری پیش بینی و اجرائی گردد.

مکاتبه بامعاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ابوالفضل باقری فرد (۱۴۰۲/۷/۱۰)

از طرف گروه حکمت، طب سنتی و طب دوران تمدن اسلام و ایران:

خلاصه سیاستی ۳ - رشته تاریخ پزشکی

رشته تاریخ پزشکی در سال ۱۳۹۲ تأسیس شد. تا کنون ۸ واحد دانشگاهی، ۱۴۰ دانشجوی فارغ التحصیل نموده و حدود ۸۰ دانشجو نیز در حال تحصیل هستند. از این رو، پس از طی یک دهه از تأسیس، آسیب شناسی رشته تقدیم می گردد:

۱- تصمیم‌گیران رشته در اغلب واحدها، همان مدرسان طب سنتی هستند و تدریس‌ها و راهنمایی‌ها اغلب به واسطه همکاران غیر مرتبط با رشته انجام می‌شود. طبیعی است با توجه به اینکه این همکاران، سابقه تحصیل در تاریخ پزشکی ندارند، برداشتی سطحی و غیر واقعی از رشته دارند. ۲- به نظر می‌رسد در بیشتر موارد، تقاضای این رشته به منظور گرفتن مجوز دانشکده طب سنتی از وزارت بهداشت بوده است. ۳- دانشجویان با آزمون‌های سهل‌گیرانه وارد رشته می‌شوند و پیش‌نیازهای لازم برای مطالعه متون و پژوهش در رشته را ندارند. ۴- اغلب دانشجویان متقاضی رشته، انگیزه لازم برای تحقیق در تاریخ پزشکی را ندارند و با هدف کسب مدرک مرتبط با طب سنتی از مرکز دانشگاهی به این رشته روی می‌آورند. ۵- اکنون ۸ واحد دانشگاهی بدون زیرساخت کافی (استادان و محتوای لازم)، در حال ارائه رشته هستند و تقاضای اخذ رشته همچنان ادامه دارد، که به نظر می‌رسد در وضعیت اقتصادی خاص کشور موجه نباشد. ۶- تعداد ورودی‌های این رشته بیش از حد نیاز کشور است. با توجه به نظری بودن رشته و تفاوت آن با رشته‌های کاربردی مانند پرستاری، هدف تربیت دانشجوی کارآمد در این حوزه است نه صرفاً افزایش نیروی انسانی. ۷- عمده پژوهش‌های منتشرشده در دهه گذشته سطحی و فاقد محتوا و بازنویسی تحقیقات قبلی هستند.

در این راستا پیشنهادهای زیر تقدیم می‌گردد:

۱. تعداد ورودی‌ها در مقطع کارشناسی ارشد، کاهش یابد.
۲. تعداد مراکز ارائه دهنده رشته، به حداکثر دو یا سه مرکز کاهش یابد.
۳. مواد و منابع آزمون ورودی رشته بازنگری و با منابع معتبر جایگزین شود.
۴. برای ورود به رشته شروطی مانند مهارت‌های زبانی (عربی، انگلیسی) و شرط سنی در نظر گرفته شود.

در برنامه درسی هر دو مقطع ارشد و دکتری با اخذ دیدگاه صاحب نظران، بازنگری اساسی صورت پذیرد

جمع بندی فصل اول

فصل اول با عنوان فرهنگ و فرهنگ سازی، با اشاره به مکاتبات فرهنگستان با مراجع ذی صلاح در راستای ترویج و گسترش فرهنگ و سواد سلامت، به اهمیت این موضوع می پردازد. فرهنگ سازی و تلاش در جهت اعتلای فرهنگ سلامت از اهداف مهم فرهنگستان است و در برنامه راهبردی نیز مورد توجه قرار گرفته است. به منظور تبیین و ترویج فرهنگ سلامت، در ابتدا باید سلامت به عنوان یک ارزش شناخته شود و برای این مهم برنامه ریزی انجام گیرد.

پالایش فرهنگی لازمه گام نهادن در راه اعتلای فرهنگ سلامت است. التزام به ورود اطلاعات به روز علمی و براساس مطالعات صحیح و تصمیم گیری براساس آن، نیاز به فرهنگ سازی دارد. این امر در تمام سطوح تصمیم گیری و سیاستگذاری مورد تاکید است و اهمیت آن زمانی که با سلامت طیف وسیع افراد جامعه روبرو می شود دوچندان می گردد. برنامه های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، با تأثیری که بر تمامی شئون زندگی مردم دارند؛ مسلماً در سلامت ایشان هم موثرند. نتایج تحقیقی که روی مفاد برنامه هفتم توسعه درحوزه سلامت انجام گرفته طی مکاتبه ای به استحضار مسئولان امر رسیده است. بعلاوه موضوعات مهم و اولویت دار حوزه سلامت و تاکید بر اجرایی نمودن برنامه ها در راستای اولویت سلامت همه جانبه جامعه نیز جزو مکاتبات درج شده در این فصل است.

یکی از ابزارهای فرهنگ سازی وضع قوانین و پایبندی جامعه به آن است. قانون ممنوعیت تبلیغات محصولات آسیب رسان سلامت، با هدف صیانت از سلامت جامعه در قبال تبلیغات این کالاها و کاهش امکان القای مصرف آنها در جامعه وضع شده است. فرهنگستان طی مکاتباتی بر اجرای مناسب این قانون و لزوم

تدوین آیین نامه اجرایی آن تاکید نموده است و با تهیه خلاصه سیاستی در این مورد چالش ها واکاوی و راهکارها پیشنهاد شده است.

توجه به سواد سلامت افراد و تلاش در جهت ارتقای آن نیز منجر به توانمندی ایشان در خود مراقبتی و حفظ و ارتقای سلامتشان می شود. این مهم باید از سنین کودکی آموزش داده شود. فرهنگستان جهت تاکید بر اهمیت توجه به سلامت در آموزش و پرورش درخواست ملاقات با وزیر آموزش و پرورش را مطرح نموده است.

سوء استفاده از بیانات مقام معظم رهبری در مورد طب سنتی و جایگاه آن، چالش های آموزشی در رشته تاریخ پزشکی نیز حیطه هایی هستند که فرهنگستان علوم پزشکی طی مکاتباتی به آنها اشاره نموده است.

فصل دوم - پیشرفت علم و فناوری در حوزه سلامت

بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت

بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاستهای کلی سلامت

بخش سوم: تقویت شتاب علمی

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

مقدمه

فصل دوم با موضوع پیشرفت علم و فناوری در چهار بخش تنظیم شده است. بخش اول به نظریه پردازی در حوزه سلامت می پردازد. این موضوع یکی از اهداف مندرج در اساسنامه فرهنگستان و لازمه نظام سلامت است. نظریه پردازی در حوزه سلامت به تشریح پدیده ها و موضوعات حوزه سلامت، عوامل و علل آن می پردازد. نظریه ها از دو منظر مقایسه و انتخاب می شوند: دقت و شمول. نظریات به گسترش فهم (معرفت علمی) مسائل کمک می کنند(۱).

بخش دوم با عنوان تحقق بند ۲ سیاست های کلی سلامت به موضوعات این بند از جمله اولویت پیشگیری بر درمان، بازنگری و به روز نمودن برنامه های جاری سلامت در کشور، راههای مؤثر برای حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری ها و خطرات تهدیدکننده در جامعه می پردازد(۲). 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 غیرقابل استفاده هستند(۳). اهمیت واکسن و نقش آن در جلوگیری از عوارض شدید بیماری و مرگ در پاندمی کووید-۱۹ به روشنی مشخص بود(۴).

بحران کرونا بخش‌های مهم و نیازمند برنامه‌ریزی مجدد برای رفع نقایص حوزه سلامت و پیشگیری را به‌خوبی متذکر شد. تاثیر کووید-۱۹ بر افزایش شیوع بیماری‌هایی که پیش از این به‌خوبی با واکسن کنترل شده بودند زنگ خطر بازگشت آنها را به صدا درآورده است و لازمست با تقویت برنامه ریزی مناسب بیماری‌هایی که براساس شواهد علمی واکسیناسیون آنها ضروری است به برنامه کشوری اضافه شوند. روتاویروس شایع‌ترین علت بیماری اسهالی در کودکان سراسر جهان است که واکسیناسیون کودکان تاثیر بسیار مهمی در کاهش عفونت اسهالی دارد و یافته‌های حاصل از مرور سیستماتیک، اثربخشی بالای این واکسن در کاهش اسهال روتاویروس را تایید کرده است(۵).

عفونت HPV که شایع‌ترین عفونت منتقله جنسی و خود محدود شونده است می‌تواند باعث ضایعات پیش بدخیمی دهنی-مقعدی و پیشرفت به سمت بدخیمی شود. واکسیناسیون HPV از انواع عفونتهای HPV باخطر پیشرفت بسمت سرطان دهانی-مقعدی، جلوگیری می‌کند. افزایش آگاهی روز افزون درباره شیوع HPV و راه‌های انتقال و بیماری‌زایی و واکسیناسیون 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.(۶)

بخش سوم به تقویت شتاب علمی در حوزه سلامت می‌پردازد. هرچند با کمک فن‌آوری‌های نوپدید می‌توان به پیشرفت‌های شگفت‌انگیز در گستره سلامت، توسعه دارو و درمان دست یافت ولی هدف غایی نظام سلامت که ارتقای سلامت آحاد مردم و توسعه عدالت در سلامت است(۷). به همین منظور لازمست اولویت‌های نظام سلامت و راهکارهای آن تشریح شود.

بخش چهارم به موضوع همکاری‌های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی اختصاص یافته است. ارتقای سلامت همه جانبه افراد جامعه جز با مشارکت، همکاری و مداخله سازمانها و نهادهای اجتماعی که نقش مهمی در این امر دارند میسر نمی‌شود. برای

جلوگیری از تداخل مسؤوليتها و ایجاد وحدت عمل در روند کلی، هماهنگ کردن عملیات واحدهای مختلف دخیل در سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۸).

فهرست:

۱. قیومی، مهرداد. ساختار نظریه و القای نظریه پردازی. ۱۳۸۴؛ ۱۵(۱): ۱۲۲-۱۳۸
۲. Ramezankhani A, 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
۳. 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.
۴. Ahmadi, H., Miraghapor, A. H. COVID-۱۹: The road ahead. Iranian Journal of Biology, 2022; 6(11): 179-186.
۵. آقای هاشم 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
۶. 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): 22-2۹.
۷. کمالی اعظم، علی محمدزاده خلیل، صدر سیدشهابالدین، فیاض بخش احمد، توفیقی شهرام، اولیایی منش علیرضا، و همکاران.. عدالت در نظام سلامت ایران. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت. ۱۴۰۱؛ ۶(۲): ۳۰۱-۲۹۲
۸. نخعی، حسین، شهرکی، فاطمه. نقش هماهنگی های بین بخشی و درون بخشی در حل معضلات سلامت منطقه. فصلنامه بهوزر. ۱۳۹۸؛ ۳۰(۱۰۰): ۷۷-۷۵

بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت

نظریه پردازی و کاربرد آن در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری های سلامت رویکردی علمی است که نیازمند توجه بیش تری است. این نکته در موضوعاتی که کمتر به آنها پرداخته شده است اهمیت دوچندان می یابد.

موضوع نظام های تأمین و توزیع دارو و اجرای کشوری برنامه های تجویز و مصرف منطقی داروها و منطقی نمودن قیمت داروها ازجمله عواملی هستند که بر فرایند دسترسی و بهره مندی از دارو تأثیرمی گذارند و در مکاتبات پیشین فرهنگستان مورد توجه قرار گرفته اند (جلداول و دوم مجموعه مستندات).

عوامل اجتماعی سلامت ازجمله ابعاد اقتصادی مانند شغل، درآمد و نابرابری های اقتصادی هم در فرایند دسترسی و بهره مندی از دارو موثرند که در تحقیقی به این موضوع پرداخته شده است و نتایج آن طی مکاتبه زیر به مراجعه ذی صلاح اعلام شده است:

مکاتبه با

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

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 محترم مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر بابک نگاهداری

مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران جناب آقای دکتر محمدمهدی ناصحی

مدیرعامل محترم سازمان تأمین اجتماعی کشور جناب آقای دکتر میرهاشم موسوی (۱۴۰۲/۸/۳۰)

نامه گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی :

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در دسترسی و بهره‌مندی منطقی از دارو

مقدمه:

خدمات دارویی در نظام‌های سلامت و برای حفظ و بهبود سلامت جامعه اهمیت بسیاری دارند. بهره‌مندی از خدمات دارویی به عنوان بخشی از نظام سلامت، متأثر از عوامل اجتماعی، مثل درآمد و نابرابری‌های اقتصادی می‌باشد. ارائه خدمات دارویی مناسب و قابل دسترس برای همه افراد جامعه، از جمله افراد با درآمد پایین، می‌تواند به تحقق عدالت در دسترسی به دارو کمک نموده و نابرابری‌های سلامت در جامعه را کاهش دهد. با توجه به اینکه تاکنون در کشور هیچ مدل مبتنی بر شواهد برای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در نظام دارویی گزارش نشده است، ارائه یک مدل اختصاصی برای این منظور و همچنین ارائه یک مدل مفهومی "دسترسی" متناسب با شرایط ایران از اهداف این مطالعه قرار گرفت.

این مطالعه در ۴ بخش انجام شد:

بخش اول تعریف مدل مفهومی "دسترسی" برای نظام دارویی ایران: به این منظور مرور متون انجام شد و با عنایت به شرایط و سیاست‌های دارویی کشور، قابلیت عملیاتی شدن و کمینه سازی ابعاد دسترسی، سه حیطه‌ی مهم‌تر در دسترسی شامل: ۱- فراهمی ۲- قابلیت پرداخت و ۳- کیفیت انتخاب و برای هر یک از این حیطه‌ها شاخص‌های اندازه‌گیری زیر پیشنهاد گردید:

- فراهم بودن (تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد پزشک، تعداد داروخانه، در فهرست دارویی بودن، موجود بودن در بازار فعلی دارویی و کمبود جغرافیایی)

- قابلیت پرداخت (درآمد، وضعیت مسکن، هزینه‌ی ماهانه دارو و هزینه کمر شکن)
- کیفیت (کارآزمایی بالینی (برای سنجش ایمنی و اثربخشی)، عملکرد خوب تولید

(GMP) و زیست دستیابی)

در نهایت مدل و شاخص‌های ارائه شده، در معرض نقد و نظر متخصصین قرار گرفتند و بر اساس نظرات و استدلال‌های آنها، مدل پیشنهادی نهایی شد.

بخش دوم: تدوین " مدل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای نظام

دارویی" به این منظور ابتدا مدل نهایی شده عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (شامل: درآمد، شغل، امنیت غذایی، تحصیلات، سیاست‌های عمومی و اجتماعی، مسکن، محیط زندگی، دسترسی دیجیتال، نظام سلامت، قومیت و نژاد، جنسیت و سن) در مقابل ابعاد دسترسی (فراهمی، قابلیت پرداخت و کیفیت) قرار داده شد و آن دسته از عواملی که می-توانستند هر کدام از ابعاد دسترسی را تحت تاثیر قرار دهند، مشخص شدند. این مولفه‌ها شامل درآمد، شغل، امنیت غذایی، تحصیلات، سیاست‌های عمومی و اجتماعی، مسکن، محیط زندگی، دسترسی دیجیتال و بیمه بودند. این مدل در معرض نقد و نظر متخصصین قرار گرفت و نهایی شد.

بخش سوم: ارزیابی ارتباط عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با میزان

دسترسی به خدمات سلامت و دارو در ۶ استان با رتبه توسعه یافتگی متفاوت. برای این منظور استان تهران به عنوان استان توسعه یافته، استان‌های فارس و گیلان به عنوان استان‌های نسبتاً توسعه یافته، استان‌های لرستان و کردستان به عنوان استان‌های توسعه یافته متوسط و استان سیستان و بلوچستان به عنوان استان توسعه نیافته مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های مورد نیاز برای این قسمت، از مرکز آمار ایران، سازمان

غذا و دارو، نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۹۹ دریافت و یافته‌ها با آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اختلاف درجه توسعه یافتگی از ۱۰۰ (استان تهران) تا ۳۲,۵۷ (استان سیستان و بلوچستان)، بخوبی تفاوت اولیه استان‌ها و نامناسب بودن توزیع منابع پایه را نشان داد. تفاوت در میانگین درآمد سالانه یک خانوار، نرخ بیکاری و نرخ با سواد در بین استان‌ها تفاوت‌های معناداری داشتند.

نسبت تعداد پزشک به ده هزار نفر جمعیت در استان‌های تهران، فارس و گیلان تقریباً دو برابر این نسبت در استان‌های سیستان و بلوچستان و لرستان بود. در حالیکه در استان سیستان و بلوچستان تعداد داروخانه‌ها نسبت به جمعیت، نصف میانگین کشوری است، همین نسبت در استان تهران ۱,۵ برابر میانگین کشوری می‌باشد. تعداد تخت‌های بیمارستانی نسبت به جمعیت، در استان‌های تهران، فارس و کردستان از متوسط کشوری بیشتر بود. سیستان و بلوچستان با ده تخت به ازای هر ده هزار نفر پایین‌ترین سرانه تخت بیمارستانی در کشور را داشت.

امید به زندگی در استان تهران ۲ سال بیشتر و در استان سیستان و بلوچستان تقریباً ۷ سال پایین‌تر از متوسط کل کشور بود و در استان‌های لرستان و کردستان حدود ۲ سال از متوسط کل کشور پایین‌تر بود.

با عنایت به نظام توزیع دارو در کشور، کیفیت داروهای توزیع شده در تمام استان‌ها یکسان بوده و بنابراین موضوع کیفیت به صورت کشوری مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات سازمان غذا و دارو نشان داد که از میان ۱۴۹ شرکت فعال در ایران و ۴۳۰ خط تولید فقط ۶۵ خط تولید (حدود ۱۵٪) دارای گواهی عملکرد خوب تولید (GMP Certificate) معتبر و تاریخ دار هستند. با این حال در گزارش‌های شفاهی مدیرکل دارو اشاره شده است که از ۷۲۴ خط تولید فقط ۶۶ خط تولید یا به عبارتی حدود ۹٪ دارای گواهی GMP معتبر

می‌باشند. دارا بودن گواهی GMP از ابتدایی‌ترین و پایه‌ای‌ترین اصول تولید داروی با کیفیت می‌باشد و لزوماً به معنی دارا بودن کیفیت و اثربخشی مناسب داروها نیست.

سرانه عددی مصرف دارو در بیمه‌شدگان تامین اجتماعی در کل کشور در سال ۱۳۹۹ برابر ۱۵,۱۴ بود. سرانه عددی مصرف دارو در استان‌های فارس، گیلان، لرستان و تهران تقریباً برابر سرانه کل کشور می‌باشد ولیکن این مقدار در سیستان و بلوچستان ۱۱,۴۴ و در کردستان ۱۲,۱۴ بود. استان تهران با سرانه ۵۲۸/۳ هزار تومان بالاترین و استان سیستان و بلوچستان با ۲۳۶/۶ هزار تومان پایین‌ترین سرانه هزینه‌ای مصرف دارو بین بیمه‌شدگان تامین اجتماعی استان‌های منتخب را دارا بودند. یافته‌ها نشان دادند که استان‌های برخوردارتر نه تنها تعداد بیشتری دارو مصرف می‌کنند، بلکه داروهای گران‌قیمت‌تر و احتمالاً باکیفیت‌تری را در مقایسه با استان‌های کم‌برخوردار مصرف کرده‌اند. این نسبت با میانگین درآمد خانوار در استان‌ها نیز همخوانی دارد. مقایسه سرانه عددی مصرف دارو در کشور با سایر کشورها نشان داد ایرانی‌ها در مقایسه با کشورهای دیگر مثل ترکیه (با سرانه مصرف ۷۷۲ عدد در سال)، مقدار کمتری دارو مصرف می‌کنند.

بطور خلاصه، ارزیابی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات درمانی و شاخص سلامت در استان‌های منتخب نشان‌دهنده تفاوت آشکار وضعیت استان‌های کم‌برخوردار با استان‌های برخوردار می‌باشد. این تفاوت آشکار، نه تنها منجر به کاهش مصرف دارو و خدمات درمانی شده، بلکه نهایتاً بر وضعیت سلامت (شاخص امید به زندگی) افراد جامعه نیز اثر گذاشته و یک فاصله ۹ ساله را ایجاد نموده است.

بخش چهارم: ارائه راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و ارتقای دسترسی به داروها.

در این ارتباط ابتدا راهبردها و اقدامات مطرح شده در متون بین المللی برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مورد جستجو، استخراج و تحلیل قرار گرفتند. و سپس راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای این شاخص‌ها در دسترسی به دارو در ایران، با توجه به مجموع شرایط اقتصادی- اجتماعی کشور و سیاست‌های وزارت بهداشت تعیین شدند. در مرحله بعد این راهکارها مورد نقد و بررسی متخصصین و کارشناسان ذیربط قرار گرفته و نهایی گردیدند.

مهمترین راهکارها در سطح سیاست‌های عمومی، ریشه کنی فقر و افزایش درآمد خانوارها و در سطح وزارت بهداشت، افزایش دسترسی به پزشکان و تخت‌های بیمارستانی می‌باشد.

مهمترین راهکارها در سطح نظام دارویی به دو بخش تقسیم شدند؛

الف- راهکارهای مبتنی بر فراهمی داروهای با کیفیت و قابل پرداخت (شامل الزام کارخانه های داخلی به تهیه گواهی عملکرد خوب تولید (GMP) ، انجام کارآزمایی های بالینی و ارزیابی های بعد از ورود به بازار).

ب- راهکارهای مبتنی بر وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (شامل پوشش صد درصدی جمعیت زیر خط فقر مطلق و افزایش میزان بازپرداخت بیمه برای جمعیت کم برخوردار).

همواره سؤالاتی از طرف جامعه پزشکی مبنی بر چگونگی اقدامات و مراقبت‌های پزشکی برای بیمارانی که در مراحل پایانی حیات و فرآیند احتضار و مرگ بنحوی که با شرع مقدس اسلام نیز مغایرتی نداشته باشد، مطرح می شود. این موضوع در تاریخ ۱۳۹۹/۵/۱ در قالب یک پژوهش از طرف فرهنگستان علوم پزشکی با مشارکت معاونت آموزشی وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی به موسسه موضوع شناسی احکام فقهی قم سفارش داده شد و پس از برگزاری جلسات متعدد و بحث و بررسی فیما بین متخصصین مرتبط علوم پزشکی و علوم فقهی، پژوهش "موضوع شناسی حیات و موت مفهوم، انواع مراحل، شاخص‌ها و راهکارهای تشخیص آنها" پس از گذشت بیش از ۲ سال بحث و تبادل نظر فیما بین متخصصین امر و نیز نمایندگان محترم مراجع عظام در موسسه موضوع شناسی احکام فقهی به جمع بندی نهایی رسید. چکیده نهایی پژوهش مذکور که طی نامه‌ای از طرف ریاست محترم هیئت امناء موسسه موضوع شناسی احکام فقهی، حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدحسین فلاح زاده مکاتبه شده است، جهت استحضار و بهره برداری به مراجع ذی صلاح ارسال گردید:

مکاتبه با

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

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

رئیس محترم سازمان پزشکی قانونی جناب آقای دکتر عباس مسجدی آرائی (۱۴۰۲/۱/۱۴)

موضوع شناسی احتضار

نتیجه موضوع شناسی احتضار

به مدد پیشرفت‌های علمی و فن‌آوری‌های نوین و توسعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی پزشکی و دسترسی مردم به این مراکز، امروزه غالباً مراحل پایانی حیات و فرایند احتضار و مرگ، بیشتر در مراکز درمانی و خصوصاً بخش‌های مراقبت‌های ویژه اتفاق می‌افتد. ولی پیش از این، غالباً این مراحل در منازل و در کنار عزیزان و خانواده سپری می‌شد. احکام متعدد و متنوع، مناسک و تشریفات مرحله احتضار، گویای به‌رسمیت شناخته شدن مرحله احتضار و نیز توجه شارع مقدس به ملاحظات آن است که باید در این مرحله مدنظر قرار گیرد.

طبعاً اجرای چنین ملاحظاتی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌ها کمتر مورد نظر تیم ارائه‌کننده خدمت بوده و در بسیاری موارد غیر عملی است. مراقبت‌های ویژه و داروهای متنوع، این امکان را فراهم آورده که روند مرگ یا جان دادن بیماری که از نگاه عرف متخصص محتضر می‌باشد، طولانی شود، بدون اینکه هیچ امید معقول و منطقی برای بازگشت وی به زندگی طبیعی و حتی ترخیص وی از بیمارستان وجود داشته باشد. به عبارتی اینگونه ملاحظات پزشکی فقط مرحله احتضار را طولانی می‌کنند، نه زندگی فرد را. این در حالی است که پیش از این، چنین مرگ‌هایی در شرایطی آرام و با حفظ حرمت و کرامت بیمار با مراعات احکام و آداب مربوط به محتضر در کنار خانواده رخ می‌داده است.

لذا بررسی موضوع شناسانه حالت احتضار، به این شرح است:

«با توجه به اینکه تشخیص احتضار در موارد خاص بر عهده عرف متخصص (پزشکان حادثی) می‌باشد، چنانچه ایشان نسبت به احتضار بیمار و غیر قابل برگشت بودن وی به حیات طبیعی اطمینان پیدا کنند و تداوم مراقبت‌های پزشکی را صرفاً عامل طولانی کردن روند احتضار بدانند - نه تسریع در مرگ - در این صورت ضمن ادامه درمان‌های حمایتی، تسکینی، ادامه اقدامات درمانی و نگهدارنده واجب نیست و لازم است ضمن توجه دادن «ولی» بیمار نسبت به موضوع، موافقت وی اخذ و احکام محتضر نسبت به چنین بیماری انجام پذیرد.»

بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت

به‌منظور برنامه‌ریزی و اجرای بند دوم سیاست‌ها، اولویت پیشگیری بر درمان و روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی، توجه به واکسیناسیون و اضافه نمودن واکسن‌های ضروری به برنامه ملی واکسیناسیون، پیشگیری از سوانح ترافیکی و صدمات ناشی از آن و توجه به مبحث پیشگیری در حوزه سلامت دهان و دندان مستندات مختلفی در فرهنگستان علوم پزشکی تهیه و طی مکاتبات بر لزوم توجه به اصول پیشگیری تأکید شده است.

باتوجه به ضرورت واکسیناسیون و اهمیت به روز رسانی برنامه‌های مربوط به آن، فرهنگستان قبلاً نیز طی مکاتبه‌ای با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس محترم کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی بر اهمیت اضافه شدن واکسن‌های ضروری نظیر واکسن‌های روتاویروس، پنوموکوک و HPV تأکید نموده بود. (جلد دوم مجموعه مستندات فصل دوم) در ادامه مکاتبه مجدد با موضوع ضرورت اضافه شدن واکسن‌های جدید آمده است:

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی (۱۴۰۲/۴/۲۰)

اضافه شدن واکسن‌های جدید به جدول واکسن‌های مورد مصرف

کشور

همانطوری که استحضار دارید جمهوری اسلامی ایران در استفاده از واکسن‌های جدید، بسیار کند عمل کرده است و شاید همت و تلاش وزرای محترم گذشته برای افزودن حداقل تعدادی از واکسن‌های جدید به فهرست واکسن‌های خیلی قدیمی کفایت نکرده است. حال از این که حضرت‌عالی در این راستا علیرغم پاره‌ای محدودیت‌ها تلاش می‌فرمائید که

حداقل، واکسن‌های روتاوایروس و پنوموکوک بتواند در اسرع وقت به جدول واکسن‌های مورد مصرف کشور اضافه شود، بسیار سپاسگزارم.

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 ارتقا سواد سلامت جنسی جامعه و پیشگیری از ابتلا به ویروس پاپیلوما تهیه شد. (جلد دوم مجموعه مستندات فصل اول) در ادامه جمع بندی نظرات کارشناسی شده در مورد واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، ذکر می شود:

مکاتبه با جناب آقای دکتر غلامرضا سلیمی معاون محترم آموزشی و پژوهشی ستاد علم و فناوری شورای عالی انقلاب فرهنگی (۱۴۰۲/۱۲/۱۵)

نظرات کارشناسان در مورد واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)

بازگشت به نامه شماره ۲۲۴۶۷/۱۴۰۲ د ش مورخ ۸/۱۱/۱۴۰۲ در خصوص بررسی و اعلام نظر فرهنگستان علوم پزشکی در مورد نامه جناب آقای دکتر اسماعیل اکبری مبنی بر اعلام نگرانی ایشان از اقدامات و تبلیغات مربوط به واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، باستحضار میرساند موضوع در جلسات کارشناسی و گروههای علمی فرهنگستان علوم پزشکی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و موارد زیر بعنوان جمع بندی نظرات اعلام میگردد :

۱. مقدمه و توضیحات علمی: افزایش آسیبهای اجتماعی در بین جوانان مهمترین خطری است که جامعه شناسان و روانشناسان نسبت به آن هشدار می دهند. از مهمترین آسیبهای

اجتماعی، رفتارهای پرخطر جنسی است. معمولاً آسیبهای اجتماعی از جامعه به خانواده وارد می شود، برای امن ماندن محیط خانواده و مراقبت از جوانان و نوجوانان در برابر آسیبهای اجتماعی و رفتارهای پرخطر جنسی نیاز به برنامه ریزیهای دقیق و آموزشهای لازم به خانواده ها است. ۲. پاپیلوما ویروس تعداد قابل توجهی از انسانها را آلوده میکند. پاپیلوما ویروس میتواند در ناحیه تناسلی ایجاد عارضه کند که گاهی باعث ایجاد زگیل در این ناحیه می شود و گروه پاپیلوما ویروسهای پرخطر باعث ایجاد سرطان در ناحیه دهانه رحم می شوند. دوره نهفتگی یعنی فاصله زمانی بین تماس با ویروس و ظهور زگیل در ناحیه تناسلی فرد بین سه هفته تا دوسال است؛ یعنی اگر فردی با شخصی که زگیل تناسلی دارد، تماس جنسی داشته باشد حتی ممکن است تا دوسال بعدعلائم یاز زگیل پیدا نکند.

۳. عفونت با HPV از عفونتهای شایع دستگاه تناسلی بوده و میتواند تغییرات پیش سرطانی و سپس سرطانهای دهانه رحم، مهبل، وولو یا دستگاه تناسلی خارجی زنان، آلت تناسلی مردان، مقعد وهمچنین اوروفارنکس (دهان و حلق) و سر و گردن، پاپیلوماتوز راجعه تنفسی نوزادان را ایجاد نماید

۴. شیوع عفونت با این ویروس که از راه هرگونه رابطه جنسی تناسلی و غیر تناسلی منتقل می شود. بصورت گلوبال و کلی در دنیا ۱۱,۷ درصد تخمین زده می شود. در حوزه مدیترانه شرقی این شیوع ۹,۳ درصد و در ایران هم حدوداً مشابه آن ۹,۴ درصد تخمین زده میشود. بنابراین شیوع این ویروس در ایران کم نیست و آمار ما مشابه منطقه مدیترانه شرقی است.

۵. ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) عامل ایجاد کننده ۳۴ سرطان در هر دو جنس است. آلودگی به ویروس پاپیلوما ی انسانی عامل بیش از ۹۵ درصد سرطانهای دهانه رحم است. سرطان دهانه رحم یکی از علل اصلی مرگ و میر در بین زنان است که توسط ویروس

پاپیلومای انسانی (HPV) ایجاد می شود. و افرادی که مبتلا به عفونت HPV هستند؛ عموماً بیشتر به سرطان دهانه رحم مبتلا می شوند. سرطان دهانه رحم چهارمین سرطان شایع در زنان و سومین عامل مرگ و میر در سال ۲۰۱۸ در سراسر جهان و دومین سرطان شایع در کشورهای کمتر توسعه یافته است. بر اساس پیش‌بینی جهانی، سرطان دهانه رحم تا سال ۲۰۳۰ سالانه بیش از ۴۴۳۰۰۰ زن را در سراسر جهان در معرض خطر مرگ قرار می دهد که ۹۸ درصد از این مرگ‌ها مربوط به کشورهای در حال توسعه خواهد بود. میزان شیوع این سرطان در آمریکای شمالی ۶، در اروپا ۱۱، آفریقا ۲۶، آسیا ۱۴ و ایران ۲،۴ درصد هزار است. علت کم‌تربودن شیوع در اروپا و آمریکای شمالی نسبت به آفریقا و آسیا انجام واکسیناسیون گسترده بر علیه HPV است و مشخص است که در جمهوری اسلامی ایران به دلیل پایین‌بودن به اعتقادات مذهبی و توجه به نهاد خانواده شیوع HPV در طی سال‌های گذشته کمتر بوده ولی متأسفانه در حال افزایش است.

۶. ویروس پاپیلومای انسانی در حدود ۵۵ درصد موارد در عرض ۶ ماه تا یکسال از بین میرود. در هر صورت همه موارد آلودگی با ویروس، از بین نمی‌رود و اینکه در چه کسانی ویروس از بین میرود مشخص نیست.

۷. زگیل‌های تناسلی مقعدی بیماری به ظاهر خوش خیمی هستند ولی بدلیل اثرات نامطلوب روانی بر بیمار و هزینه‌های درمانی و اختلال در روابط جنسی خانوادگی و کاهش تمایلات جنسی و کاهش تمایل به بارداری، افزایش اختلافات و تنش در روابط خانوادگی و درخواست‌های طلاق در نتیجه نهاد خانواده را تحت تأثیر قرار میدهد.

۸. در مادر آلوده به ویروس HPV خطر عوارض بارداری از جمله پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس و پره اکلامپسی (مسمومیت حاملگی) افزایش می یابد و این امر اثرات

نامطلوبی روی مادر و همچنین روی نوزاد دارد و لذا با هدف جوانی جمعیت منافات داشته و حیات نسل بعد و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار میدهد.

۹. واکسیناسیون علیه این ویروس با تقویت سیستم دفاعی بدن از بسیاری از این مشکلات بطور چشمگیری جلوگیری کرده و از نظر اقتصادی کاملاً مقرون بصرفه بوده و نهاد خانواده را هم تحکیم می‌کند. بیماری حتی با یک شریک جنسی هم مشاهده می‌شود ولی با افزایش شرکای جنسی بیشتر مشاهده میشود.

۱۰. واکسیناسیون (مثل همه واکسن‌های دیگر) در سنین پایین تر ایمنی بهتری ایجاد می‌نماید. لذا طبق آمار جهانی توصیه به تزریق واکسن در سن ۱۱ تا ۱۳ سالگی به این دلیل است . بر اساس مطالعات تزریق واکسن در ۹ تا ۱۴ سالگی، ایمنی ۷۴ تا ۹۳ درصد ایجاد میکند و در در ۱۵ تا ۱۸ سالگی ۱۲ تا ۹۰ درصد ایمنی ایجاد میکند. طبیعی است که در صورت تصمیم گیری به استفاده از واکسن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سن تزریق و غیره هم باید توسط کارشناسان امر تعیین شود.

۱۱. غربالگری اصل اجتناب ناپذیری است که باید انجام شود با این حال در صورت تشخیص اختلالات پیش سرطانی باروری و بارداری تحت تاثیر قرار گرفته و متأسفانه گاهی بیمار به عنوان درمان باید تحت مخروط برداری دهانه قرار گیرد که خود منجر به تنگی دهانه رحم یا زایمان زودرس و سقط سه ماهه دوم می‌شود.

۱۲. امروز در دنیا واکسن‌های ۴ HPV ظرفیتی و ۹ ظرفیتی که ۴ و ۹ ژنوتایپ ویروس شایع و خطرساز را پوشش می‌دهند، موجودند. در چین هم واکسن HPV برای استفاده داخلی کشورشان تولید شده است. هم اکنون در ایران واکسن دو ظرفیتی پاپیلوگارد برای ژنوتایپ ۱۶ و ۱۸ که خطرسازترین ویروسها برای ایجاد سرطان هستند، تولید شده است و ظاهراً شرکت دارویی برکت در حال ساخت واکسن ۴ ظرفیتی است. زمانی که واکسن‌های خارجی

وارد ایران شد، هنوز تولید واکسن HPV در ایران آغاز نشده بود و هم اکنون با تولید این واکسن در داخل و در صورت تکافوی نیازهای داخلی، نیازی به واردات واکسن HPV نمی‌باشد. البته هرچقدر ظرفیت واکسن‌ها بیشتر باشد، از تعداد بیشتری از ویروس‌ها جلوگیری می‌کند.

مطالب مطرح شده در نامه ارسالی و پاسخ‌های اجمالی:

آنچه بطور کلی در نامه مذکور مورد توجه نویسنده محترم قرار گرفته است. این است که طبق آمار نه چندان دقیق و کافی شیوع ابتلاء به HPV به دنبال آن سرطان دهانه رحم در کشور ما کمتر از سایر کشورهاست و به همین دلیل لزومی به واکسیناسیون همگانی وجود نداشته و تبلیغ این موضوع باعث اشاعه رفتارهای جنسی پرخطر خواهد شد. در خصوص میزان شیوع توضیحاتی در صدر این نامه با مستندات علمی ذکر گردید و توضیح داده شد که هرچند در حال حاضر شیوع کمتر است. لیکن مطالعات آینده نگارانه و روند سالهای اخیر نشان می‌دهد که متأسفانه شیوع رفتارهای پرخطر رو به افزایش بوده و در نتیجه نه تنها شیوع HPV رو به افزایش است، بلکه الگوی ابتلا به HIV هم از عامل تزریقی به عامل جنسی تغییر یافته است. نکات دیگری هم در خصوص نامه مزبور مطرح است که ذیلاً به آنها اشاره می‌شود:

۱. در نامه ذکر شده است که موضوع جدیدی اخیراً در حوزه سلامت مطرح شده که موجب بروز نگرانیهای جدی و بعضاً تنشهای اجتماعی گردیده است و اینکه واکسیناسیون فوق الذکر مبنای علمی ندارد، لازم بذکر است که واکسن HPV مطلب جدیدی نیست و سالهای طولانی است که این واکسن در سطح بینالمللی تحقیق شده و در حال مصرف شدن است. انواع جدیدی با پوشش گسترده تر از آنها هم، ساخته شده و مصرف میشود.

۲. اینکه آیا استفاده از این واکسن، یک اولویت بهداشتی در کشور ما هست یا نیست، بستگی به اظهار نظر کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد داشت.

۳. در نامه بیان شده است که طرح آن توسط مسئولین وزارت بهداشت تعجب برانگیز است و امروز این صداها بلندتر شده است. همکاران پزشک، دریافت مطلب جدیدی از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نفی میکنند و در پاسخ سوال تلفنی از وزارتخانه، آنان هم اظهار بی اطلاعی کردند.

۴. ذکر اینکه واکسن مزبور آسیب جدی به ساختار خانواده میزند و خدشه به عفت و عزت و کرامت زن و دختر ایرانی است باعث تعجب است. چونکه حتی بعضی از اعضای کمیته ایمن سازی اظهار میدارند که به فرزندان دختر خود که از سن بلوغ گذشته اند همین واکسن را تزریق نموده اند، و این در حالی است که به فرزندان خود اعتماد کامل دارند. متأسفانه تبلیغات منفی کارشناسی نشده راجع به این واکسن اگر در جامعه مطرح شود و اگر در آینده، بررسی کارشناسانه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تزریق این واکسن را ضروری تشخیص دهد، آن موقع مردم مغشوش میشوند و نمیدانند چه کنند.

۵. در نامه نگرانی از هدر رفتن هزاران میلیارد تومان پول مطرح شده است. اگر احیاناً بررسیهای کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی روزی تزریق آنرا لازم بداند، دیگر هدر رفتن اعتبارات صورت نگرفته بلکه پیشگیری از یک بیماری به حساب میآید، که علاوه بر خطر سرطان دهانه رحم، خطر ایجاد زگیل تناسلی و ... را هم دارد که ظاهراً بالنسبه شایع است. تردیدی نیست که اعتبارات کشور باید عمده‌تاً مصرف افراد و مناطق کم بضاعت و محروم شود، و اگر احیاناً لزوم مصرف واکسن به تصویب وزارتخانه برسد، قطعاً نباید مردم مناطق محروم و کم درآمد که آسیب پذیرترند، از دریافت آن محروم شوند، چون چنین تصمیمی ظلم و بی عدالتی به حساب آمده و برای جامعه خسارت بار خواهد بود و در چنین

صورتی، واقعا انتظار می رود که قوه محترم قضائیه با چنین بی عدالتی هایی شدت برخورد قانونی نماید. متاسفانه تجربه ناخوشایند و غیرعادلانه در مورد واکسن پنوموک نشان داد که بعید هم نیست که بدلیل گرانی قیمت واکسن فقط طبقه اغنیاء به ۳ دوز واکسن (که ظاهراً هردوز ۲ میلیون تومان هزینه دارد) دسترسی داشته و بقیه مردم بدلیل درمان محور بودن مسئولین، از تزریق این واکسن و بتدریج حتی شاید از دریافت مراقبتها و خدمات بهداشتی دیگر هم محروم بمانند و درحقیقت اعتبارات بهداشت همچنان بصورتی فزاینده در بخش درمان هزینه شود که البته همه اینها با علم و منطق و عقل مغایرت دارد.

۶. نکته دیگر اینکه اگر واقعاً همه زگیلهای ناحیه تناسلی ظرف ۱۲ ماه از بین بروند، متاسفانه در همان یکسال، چه بسا باعث جدایی زوجین و احیاناً ارتکاب برخی اعمال نامشروع شود.

۷. توصیه به انجام آزمایش غربالگری در همه خانمها برای تشخیص سرطان دهانه رحم درست است و باید انجام شود (البته برای همه خانمها و نه فقط متمکنین). در کشورهای غربی تعداد فرزندان نامشروع بسیار بالا است، ولی نه اینکه غرب رسماً اعلام کند که روابط جنسی و بی بند وباری قانونمند و مقبول است. ضمن اقرار به اشکالات فراوان در ارائه مراقبتها و خدمات سلامت در کشور، اما اینکه کسی یا گروهی یا افرادی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخواهند فرهنگ منحطی را در این ارتباط در ایران وارد کند، بسیار بعید بنظر میرسد.

۸. اینکه در غرب "به صراحت اعلام میکنند که آزادی جنسی قبل از ازدواج باید وجود داشته باشد و تقید را با شروع ازدواج میدانند" هیچکدام درست نیست نه اجباری در ارتباط جنسی قبل از ازدواج وجود دارد و نه تقیدی در توقف آن، بعد از ازدواج.

۹. اگر واکسن HPV بدون مجوز و یا بدون رعایت زنجیره سرد وارد کشور میشود، تخلف بزرگی است و باید با خاطیان به شدت برخورد شود. از طرفی چون تزریق واکسن همگانی

نیست کسی نمیتواند مردم را توصیه به تزریق واکسن کند به خصوص اینکه ظاهراً ۶ میلیون تومان هزینه دارد.

۱۰. در مورد "بخشنامه مخرب و غیرعلمی از طرف وزارت بهداشت" و یا "ورود شرکت دارویی برکت"، با توجه به بازار اقتصادی بسیار بالای این واکسن خط تولید آن را وارد کرده است، اطلاعاتی در دست نیست. از زمان ابلاغ سیاستهای کلی سلامت (سال ۱۳۹۳) تا کنون از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گله ها و نقد بسیار زیاد و جدی وجود داشته و دارد و مهمترین آن اینکه اگر سیاستهای کلی سلامت را اعمال میکردند، شاید بسیاری از مشکلات سلامت، کمتر بوده و بعضاً حتی برطرف میشد. البته در مورد عدم اجرای سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (فروردین ۱۳۹۳) از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتظار میرفت و میرود که در اسرع وقت به عملیاتی کردن آن پردازند و پس از ۱۰ سال به آن اولویت ببخشند. وزارت بهداشت و کمیته تخصصی ایمن سازی آن وزارت باید بررسی دقیق کارشناسی نماید و در مورد در اولویت بودن یا نبودن و اینکه آیا نیاز به تزریق واکسن مزبور هست یا نیست و اگر هست از چه نوع واکسن (چند ظرفیتی؟ ساخت داخل یا خارج) باید اظهار نظر تخصصی بنماید و بهتر است نظرات مخالف و یا موافق به صورت مستدل برای آنان ارسال شود.

۱۱. تعجب بسیار از تناقض بین پیشنهاد ۳ و ۴ در نامه مذکور است. اگر واکسن نباید تزریق شود پس چرا ساخت داخل مجاز باشد؟

۱۲. دو توصیه عملی دیگر شماره ۵ و ۷ است و اینکه افرادی که به دلیل انحرافات فرهنگی، خود را در معرض خطر برقراری رابطه جنسی بامردان متعدد قبل از ازدواج میبینند، راساً مراجعه کرده و واکسن را دریافت کنند. آیا ساده اندیشی نیست که چنین افرادی خود را در معرض شناسایی و عواقب آن قرار دهند؟

۱۳. آخرین نکته اینکه اگر نگرانی از عدم استفاده از زنجیره سرد برای این واکسن وجود دارد، قاعدتاً باید این حساسیت، از سالها قبل، نسبت به واکسن پنوموкок که آن هم متاسفانه از طریق داروخانه ها توزیع میشود، نشان داده می شد.

به هر حال چون پارهای از مطالب مزبور صحیح و پارهای غیرصحیح و بعضی هم متناقض میباشد، قاعدتاً طبق معمول باید مسائل تخصصی ازطریق افراد و کمیته هائی مرکب از صاحب نظران، کارشناسان و اساتید آن رشته بررسی شود. در غیر این صورت اختلاف نظرهای شخصی و سلیقه ای که الزاماً مبنای علمی هم ممکن است نداشته باشد، ممکن است مردم و مسئولین را مغشوش نموده و تصمیم گیری صحیح را برایشان مشکل نماید.

(مقالات علمی پشتیبان این نامه پیوست بود)

مکاتبه با رئیس محترم دبیرخانه شورایعالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق (۱۴۰۲/۶/۸)

از طرف گروه سلامت و همکاریهای بین الملل

خلاصه سیاستی ۴-پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی کشور

این خلاصه سیاستی در جلد دوم مجموعه مستندات فصل دوم بخش دوم آمده است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین الهی (۱۴۰۲/۷/۲۲)

برنامه اجرایی پیشگیری از پوسیدگی دندانهای کودکان با توانمندسازی مادران

نامه گروه علوم دندان پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی:

مقدمه:

طبق حقایق منتشر شده در وب سایت سازمان جهانی بهداشت پوسیدگی دندان شایع ترین بیماری غیر واگیر در دنیا و معضلی جدی در مورد بهداشت عمومی است این بیماری چند عاملی بوده و فاکتورهای زیادی در آن نقش دارند پایش های کشوری نشان داده اند که وضعیت شاخص های سلامت دهان مردم کشور ایران مطلوب نمی باشد.

با توجه به شیوع بسیار بالای پوسیدگی و هزینه های بسیار بالای درمان های دندان پزشکی که حدود ۲۵ درصد از هزینه درمان های سرپایی هر فرد در طول زندگی را تشکیل می دهد که اکثراً از جیب بیمار پرداخت می شود بهتر است اهتمام زیادی در پیشگیری اولیه صورت پذیرد.

در گذشته طرح بهداشتکار دهان و دندان در کشور با هدف کاهش پوسیدگی و پیشگیری اجرا شد که متأسفانه خیلی موفقیت آمیز نبود و در حال حاضر امکان تربیت و استفاده از نیروی حد واسط برای این منظور از لحاظ مالی، قانون استخدامی و ساختاری وجود ندارد.

با توجه به گستردگی جمعیت و پراکندگی آن و افزایش جمعیت حاشیه نشینی شهرها شرایط دسترسی افراد به خدمات پیشگیری و پوسیدگی دندان و سوابق ساختاری موجود در اجرای این مهم پیدا کردن راهکار عملی و اجرایی انجام پیشگیری از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

هدف:

هدف از طرح حاضر ارائه برنامه ای قابل اجرا، در دسترس و کم هزینه در زمینه پیشگیری از پوسیدگی دندان کودکان در ایران می باشد که در ضمن آن موارد زیر نیز حاصل می شود:

۱. عدالت در سلامت از بندهای بیانیه ۱۴ ماده ای نظام سلامت
۲. اجرای برنامه پزشکی خانواده همراه با پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع

۳. توانمندسازی خانواده‌ها و آموزش سفیر سلامت جامعه و ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی

۴. استفاده بهینه از وسایل ارتباط جمعی و فضای مجازی و سایر ظرفیت‌ها (مدارس، روحانیت) برای اطلاع‌رسانی و ارتقای فرهنگ و سواد سلامت جامعه و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات و استفاده از شبکه به عنوان عرصه آموزش و تحقیق

شرح:

در شبکه بهداشت کشور مراقبین سلامت مسئول هستند که دندان‌های کودک را از زمان رویش در نظر گرفته و در صورت مشاهده پوسیدگی از ۳ سال به بعد به دندان‌پزشک ارجاع دهند. با توجه به نقش بسیار مهم مادر در سبک زندگی سالم و مراقبت‌های بهداشتی کودک به نظر می‌رسد می‌توان از پتانسیل مادران در مراقبت دندان‌های کودک به بهترین نحو کمک گرفت.

به این ترتیب که با آموزش مادر، در مورد پوسیدگی و علل ایجاد آن، نشانه‌های پوسیدگی دندان‌های و عکس‌برداری از دندان‌ها توسط مادر می‌توان در افزایش مسئولیت‌پذیری و مهارت آموزی مادر و حساس شدن کودک و خانواده در مورد پیش‌گیری از پوسیدگی دندان‌ها موثر واقع شد.

در همین راستا می‌توان با آموزش مادر جهت استفاده از ژل فلوراید بروی دندان‌های کودک خود در خانه و بدون مراجعه مستقیم به مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری بخشی از مهمترین اقدام پیشگیرانه را انجام داد و این در حالی است که کودک در آغوش مادر آرامش بیشتری داشته و همکاری بهتری خواهد داشت

روش اجرا:

مرحله اول: ۳ فیلم آموزشی ۳ تا ۴ دقیقه‌ای در زمینه‌های زیر تهیه می‌گردد.

۱. تشخیص پوسیدگی

۲. روش فلوراید تراپی دندان‌ها

۳. روش عکس‌برداری از دهان و دندان‌های کودک

مرحله دوم: فیلم‌ها از طبق سامانه برای بهورزان مستقر در خانه‌های بهداشت روستایی و شهری و مسئولین بهداشت مدارس سراسر کشور ارسال شده و از آن‌ها خواسته می‌شود از طریق موبایل برای مادران گروه هدف تحت پوشش مرکز بهداشتی خود ارسال کرده و از مادران بخواهند طبق دستورالعمل مربوطه عمل نموده. قبل و بعد از انجام فلوراید تراپی از دهان کودک عکس گرفته و برای بهورز و یا مسئول بهداشت مدرسه بفرستند.

مرحله سوم: بهورز عکس‌های دریافتی را در سایت پرونده الکترونیک سلامت کودک وارد کرده در صورت صحت تشخیص پوسیدگی توسط مادر، هماهنگی برای ارجاع کودک به منظور انجام سطح ۲ درمانی صورت می‌گیرد.

این روش در فواصل زمانی ۳ تا ۶ ماه تا سنین دبستانی ادامه پیدا می‌کند. به این ترتیب علاوه بر کمک به پیشگیری از پوسیدگی کودکان می‌توان با بررسی موارد ثبت شده در پرونده الکترونیک سلامت وضعیت بهداشت دهان و دندان و پیشگیری از پوسیدگی کودکان در کشور را ارزیابی کرده و قدمی در راه اجرای برنامه اقتصاد مقاومتی برداشت.

توضیح:

۱. طرح ارزیابی توانایی مادران در غربالگری از راه دور پوسیدگی دندان کودکان دبستانی و پیش‌دبستانی از طریق تهیه فتوگرافی در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در محدوده حکیمیه و شاه‌طره با همکاری خانم دکتر قربانی انجام شده و نتایج بسیار مطلوب به دست آمده
۲. طرح ارزیابی توانایی مادران در غربالگری از راه دور ناهنجاری‌های دندان‌فکی کودکان از طریق تهیه فتوگرافی در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایلام با همکاری خانم دکتر یاسمن جلالی در حال اجرا می‌باشد.

۳. طرح نقش مادر در پیشگیری از پوسیدگی دندانی کودکان از طریق زدن واریش
فلوراید توسط مادر در زاهدان با همکاری آموزش و پرورش زاهدان و توسط آقای
دکتر عبدالحسین مظفری و خانم دکتر ساناز صفری انجام شده و نتایج بسیار عالی
و غیر قابل پیش‌بینی حاصل شده است.

بخش سوم: تقویت شتاب علمی

بخش سوم به لزوم تقویت شتاب علمی و توجه به اولویت های نظام سلامت و لزوم اجرایی و عملیاتی نمودن اولویت ها و نقش برنامه های توسعه ای بخصوص برنامه فتم توسعه در سلامت می پردازد.

بیانیه مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی با موضوع اولویت های نظام سلامت، تأمین حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه جامعه و آحاد آن، را مرهون اجرای کامل و همه جانبه سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و بویژه ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت در قالب شبکه بهداشتی درمانی کشور می داند و تصریح می نماید این راهبرد کلان، تنها از طریق بازسازی، تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و جبران غفلت های قبلی، میسر خواهد بود. همانطور که مقام معظم رهبری بارها نسبت به احیاء و تقویت و بازسازی شبکه بهداشتی درمانی تصریح فرموده اند، شایسته است اقدامات همه جانبه برای تحکیم و تعمیم این زیرساخت منحصربه فرد، که عظیم ترین دستاورد نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در حوزه سلامت می باشد، بدون هر نوع درنگ یا اهمال انجام و تداوم یابد. اولویت های برگرفته از سیاست های کلی سلامت که در بیانیه مجمع عمومی تصریح شده است، در راستای صیانت از حقوق سلامت ملت و مفاد غفلت شده در برنامه های پنجم و ششم و مفاد مصرح در برنامه هفتم توسعه، باید مورد اهتمام جدی عموم دست اندرکاران، بویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۹/۲۹)

بیانیه ۱- اولویت های مهم بخش سلامت، راهبرد ها و راهکارها

مقدمه:

در فروردین ۱۳۹۳ سیاستهای کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری ابلاغ گردید که به قضاوت همگان، سندی بسیار علمی و تحول زا است. با توجه به اهمیت و اولویت ویژه سلامت همه جانبه جامعه و افراد از دیدگاه پیامبر اعظم (ص) و اسلام ناب محمدی، و نیز با توجه به تاکید های مقام معظم رهبری در مورد اهمیت و اولویت سلامت و با توجه به نقش بسیار پررنگ (۵۰ تا ۷۰ درصدی) عوامل اجتماعی سلامت (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی و سیاسی) که مستلزم همکاریهای بین بخشی گسترده و مشارکت مردم (در اجرای برنامه ها و نظارت) است، مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، در آستانه چهل و پنجمین سالگرد پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و انتخابات پیش روی مجلس شورای اسلامی و همزمان با تصویب برنامه هفتم توسعه، و نیز به دلیل نقش وسیع و کمتر شناخته شده عوامل اجتماعی سلامت در برخورداری شدن از عدالت در سلامت، اجرایی نمودن صحیح و دقیق کلیه بندهای سیاست های کلی سلامت، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری همه بخش های ذیربط و پیگیری ویژه دولت و مجلس محترم شورای اسلامی و مجمع تشخیص مصلحت نظام، مورد تاکید قرار می دهد.

لازم به ذکر است، تاکید و تسریع ویژه در اجرایی نمودن اولویت هایی که متأسفانه در سالهای طولانی مورد غفلت قرار گرفته، نظیر به روز رسانی شبکه بهداشتی درمانی، ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی، پاسخگو و جامعه نگر نمودن آموزش پزشکی و نیز احیای کامل طرح ژنریک و مساله نحوه انتخاب اساتید و دانشجویان و تربیت آنان و آموزش ارزشهای اسلامی ایرانی در عرصه مراقبت ها و خدمات سلامت به نحوی که این ارزش ها در جامعه نهادینه شود، مورد نیاز است.

اولویت ها:

- (۱) نهادینه کردن اصول و ارزش ها و اخلاق و آداب حرفه ای انسانی - اسلامی در عرصه و محیط های ارائه مراقبت ها و خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی و نیز آموزش و پژوهش عالی سلامت و اجرای کامل و سریع قانون انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس اسلام
- (۲) توسعه، به روز رسانی و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور
- (۳) تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه و آحاد مردم
- (۴) توزیع عادلانه منابع و امکانات کشور با رویکرد حمایت از مناطق کمتر برخوردار، جهت تحقق عدالت در سلامت
- (۵) تامین امنیت غذایی برای آحاد جامعه
- (۶) تحول بنیادین در آموزش عالی سلامت، کاربردی و جامعه نگر کردن آن
- (۷) جهت دادن پژوهش های علوم سلامت به طرف نیازهای سلامت همه جانبه جامعه و نظام سلامت
- (۸) پاسخگو نمودن دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به نیازهای سلامت همه جانبه جامعه و افراد
- (۹) اولویت آموزش سرپایی نسبت به بستری در جهت کاهش تمایل به بستری نمودن بیماران
- (۱۰) توانمند کردن جامعه و مردم از طریق ارتقاء فرهنگ و سواد سلامت و مشارکت دادن ساختارمند آنها در تامین، حفظ و ارتقای سلامت خود خانواده و جامعه
- (۱۱) توجه خاص و سریع به سلامت همه جانبه در همه سنین بخصوص قبل از ازدواج، از زمان انعقاد نطفه تا پایان هشت سالگی، که دوران طلایی برای بهره مند کردن کودکان از مزایای حداکثری اوج دوران تکامل همه جانبه است.
- (۱۲) منظور کردن رویکرد اولویت سلامت همه جانبه در همه سیاستها و قوانین و مقررات، با فعال سازی هرچه بیشتر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۱۳) اصلاح نظام دارویی کشور و بازگشت کامل به طرح ژنریک و اجتناب از استفاده از برند ژنریک در داخل کشور

۱۴) توجه جدی به ارتقاء سلامت روان جامعه و ایجاد فضای امید و نشاط در جامعه بوسیله نخبگان و گروه‌های مرجع و انگ زدایی از بیماران و بیماریهی حوزه سلامت روان

راهبردها و راهکارهای اجرایی:

۱) توجه کامل مسئولین رده بالای تصمیم سازی و اجرایی کشور جهت اعتلای عزم ملی و حمایت همه جانبه و قرار دادن سلامت همه جانبه بعنوان اولویت اصلی نظام

۲) هماهنگ نمودن دستگاههایی که در مسیر تحقق سلامت همه جانبه نقش دارند.
۳) انتخاب مسئولین اجرایی کاملاً عالم، آگاه و متعهد به همه ابعاد سلامت همه جانبه و به ویژگی برخورداری از توان مدیریتی بسیار قوی اجرایی، متعهد، مدبر، کاردان، خستگی ناپذیر و عاشق خدمت به مستضعفین و با توانمندی ایفای نقش رهبری قوی در نظام سلامت بویژه در اجرایی کردن سیاستهای کلی سلامت و با تاکید بر اولویتهای آن در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی

۴) مبارزه جدی با هرگونه فساد و تعارض منافع در نظام سلامت

۵) باز تعریف نظام ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه، اعم از ارتقاء سلامت و بهداشت و پیشگیری، درمان و توانبخشی و تعیین حد و مرز های بخش دولتی و خصوصی و تامین خدمات ضروری در بخش دولتی با توسعه مورد نیاز این بخش با پاسخگویی شبانه روزی، افزایش کیفیت ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه و کسب رضایت مردم، توسعه خدمات سلامت دیجیتال از قبیل پرونده الکترونیک سلامت، پزشکی از راه دور و نسخه نویسی الکترونیک

۶) ایجاد الزاماتی برای تبعیت همه نهاد ها، مسئولین و افراد از نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور و از جمله نظام ارجاع و نیز ادغام آموزش و پژوهش در نظام سلامت و سطح بندی مراقبت ها و خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر آمایش سرزمین، استقرار کامل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور و تبعیت همه دستگاهها و مسئولین از نحوه استفاده از نظام ارجاع، برای زمینه سازی اجرا و پذیرش آن توسط مردم، کارآیی و اثربخشی در استفاده از منابع زیرساختی و تجهیزاتی بخش بهداشت و درمان در کشور

۷) استقرار نظام های فعال پایش، نظارت و ارزیابی پویا و کارآمد و بها دادن و پیگیری گزارش های مردمی با شفافیت کامل، پیشگیری و مبارزه با هرگونه تخلف و برخورد قاطع با خاطیان

۸) استقرار نظام های ارزیابی و اعتبار بخشی بیرون از بخش ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، ایجاد شفافیت و شناسائی واحدهای اداری پر انگیزه، توانمند در اجرا و عاشق خدمت به مردم و ارائه خدمات کیفی به آنان و تلاش و پیگیری مستمر برای ارتقاء کیفیت، ترمیم و اصلاح نقاط ضعف خدماتی و ساختارهای ستادی و دانشگاهی و چابک سازی آنها

۹) تامین مالی پایدار بخش سلامت و سپردن همه مراحل تامین مالی از ابتدا تا تخصیص، 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 کلیه منابع از طریق بیمه به ویژه با هدف اقدامات ارتقائی و پیشگیری از بیماری های واگیر و غیر واگیر، با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۱۰) تقویت جایگاه و شان سازمانهای بیمه گر و توانمند کردن کامل آنها بویژه برای تقویت ابعاد نظارت و پایش

۱۱) به دلیل نقش پررنگ عوامل اجتماعی سلامت در سلامت همه جانبه جامعه و احاد مردم لازم است هماهنگی و همکاری های بین بخشی از طریق فعال کردن

و تقویت نمودن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی صورت پذیرد، هم چنین با تقویت دبیرخانه آن شورا و نظارت کامل بر اجرای صحیح قوانین و طرح های توسعه ای کلان کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضابطی قوی برای برخورد با تهدید کننده های سلامت گردد.

۱۲) اهتمام سازمان برنامه و بودجه نسبت به نهادینه نمودن اختصاص بخشی از اعتبارات نهاد های دولتی برای ارتقاء سواد سلامت سازمانی و جامعه ، اهتمام وزارت اقتصاد و دارایی برای حمایت مالیاتی از صنایع مروج سلامت و حمایت از وزارت جهادکشاورزی در تولید محصولات و تولیدات سالم از مزرعه تا سفره

۱۳) جلب حمایت سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت و جهت دادن هر چه بیشتر آنها به فعالیت در زمینه ارتقای سلامت همه جانبه و پیشگیری از بیماری های واگیر و غیرواگیر و نیل به عدالت در سلامت

۱۴) افزایش مشارکت جامعه در تشخیص و حل معضلات سلامت همه جانبه و مشارکت مردم در برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر نحوه اجرای برنامه ها از طریق ایجاد شوراهای مشورتی با مشارکت مردم و صاحب نظران، ایجاد شبکه فعال همکاری بین استانها، ایجاد محیط های حمایتی مناسب و چارچوب های قانونی، توسعه خانه های مشارکت مردمی و افزایش سفیران و داوطلبان سلامت

۱۵) تربیت و توزیع نیروی انسانی در رده های مختلف براساس نیاز های جامعه با اولویت مناطق کمتر برخوردار، ارتقای علمی و تقویت توانمندی های عملی دانش آموختگان و نظارت بر کیفیت و کمیت مراقبت ها و خدمات سلامت توسط آنان

۱۶) نظارت کارآمد برتامین، تولید و توزیع عادلانه واکسن ها، دارو، محصولات و فرآورده های غذایی و بهداشتی ایمن و تجهیزات پزشکی و حمایت و تخصیص تسهیلات لازم به این بخش صرفا بر طبق نظام سطح بندی، 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.

۱۷) ارتقاء کمی و کیفی آموزش بهداشت، ارائه مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی فعال به گروه های سنی مختلف مانند نوزادان، شیرخواران، کودکان، نوجوانان، جوانان، مادران باردار، سالمندان و اقشار آسیب پذیر و با تاکید بر دهک های پایین تر اقتصادی، اجتماعی جامعه و اطمینان از برخورداری آحاد مردم از همه ابعاد و نیازهای سلامت همه جانبه بدون تحمیل هزینه های غیر متعارف یا خارج از توان پرداخت آنان.

۱۸) ارتقاء سرمایه اجتماعی و ایجاد بسترهای لازم برای مشارکت اجتماعی بالا و توسعه تفریحات سالم بخصوص برای اقشار کمتربرخوردار جهت ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی آحاد جامعه

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۱۲/۲۷)

بیانیه ۲- " لزوم اجرایی و عملیاتی نمودن اولویت سلامت همه جانبه جامعه "

پیامبر اکرم (ص) فرموده اند: « نِعْمَتَانِ مَجْهُولَتَانِ الصَّحَّةُ وَ الْآمَانُ » (بحارالأنوار، علامه مجلسی ج ۷۸، ص ۱۷۰). "مسئله سلامت، جزو مسائل درجه ی یک هر کشوری است، یعنی اگر ما دو سه مسئله درجه ی یک را بخواهیم کنار هم بگذاریم، بلاشک یکی از آنها مسئله سلامت و بهداشت و درمان است." مقام معظم رهبری در دیدار اعضای مجمع خیرین سلامت کشور ۱۱ دیماه ۹۱).

مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در آغاز چهل و ششمین بهار انقلاب اسلامی، براساس وظایف خود در راستای دیده بانی و رصد سلامت جامعه، با استناد به سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و با بهره گیری از تجارب طولانی در حوزه سلامت و با نگرشی نقادانه و دلسوزانه بر موارد زیر تاکید می ورزند:

- لزوم اولویت قائل شدن برای سلامت همه‌جانبه (جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی) جامعه و آحاد مردم، در سطوح راهبردی، مدیریتی، عملیاتی، حمایتی و جبران سریع غفلت‌های غیرمنتظره اخیر
- ترمیم ترکیب اصلی و ساختار شورای عالی انقلاب فرهنگی:
 - عضویت حداقل دو عضو حقوقی دیگر به ترکیب اصلی (وزیر، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، رئیس سازمان نظام پزشکی کشور) و عضویت اعضای مرتبط در شوراهای زیر مجموعه شورای عالی انقلاب فرهنگی
 - عضویت حداقل سه عضو حقیقی صاحب‌نظر و دارای تجارب مدیریتی و راهبردی، از جامعه سلامت کشور
 - تشکیل ستاد سلامت، هم‌عرض و مشابه ۴ ستاد موجود فعلی در دبیرخانه شورا
- اصلاح مصوباتی که با دیدگاه‌های کارشناسی و دلسوزانه خبرگان سلامت و نهادهای مسئول، در تعارض است، نظیر افزایش بی‌رویه ظرفیت پذیرش دانشجویان، قبل از تأمین و جذب هیئت علمی و سایر نیروی انسانی، آمادگی و ایجاد زیرساخت‌ها، تجهیزات و تخصیص منابع مورد نیاز.
- جبران تصمیمات و مصوباتی که موجب کاهش انگیزه و حتی مهاجرت هیئت علمی و سایر رده‌های نیروی انسانی حوزه سلامت شده است، نظیر مالیات پلکانی و سقف حقوق اعضای هیأت علمی
- برخورد جدی و قانونمند با موارد بی‌حرمتی نسبت به جامعه خدوم سلامت، بویژه از رسانه ملی و سایر رسانه‌ها و تریبون‌ها علی‌الخصوص توسط بعضی از مسئولان
- توجه لازم به اقتصاد سلامت، و مشکلات روزمره مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌ها و خدمات سلامت دولتی و خصوصی
- التزام اخلاقی، عملی و قانونمند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همه نهادهای مرتبط با سلامت نسبت به اجرای همه‌جانبه سیاست‌های کلی سلامت، مفاد ارزشی، فرهنگی، اخلاقی و معنوی، مصرح در بند ۱ و زیربندهای آن و بندهای ۳ و

- صیانت از حقوق سلامت مردم، با اجرای هرچه کامل تر و سریعتر سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و تلاش ویژه برای حفظ دستاوردهای انقلاب در حوزه سلامت که مهمترین آنها "شبکه بهداشتی درمانی کشور" (بازسازی، تعمیم و توسعه و روزآمدی) و "ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت ها و خدمات سلامت" (تعمیم و تعمیق) و "طرح ژنریک و نظام ملی دارویی کشور"، می‌باشند و جبران غفلت‌های گذشته

مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی بر رسیدگی عاجل به موارد فوق تأکید داشته، نهادهای سیاست‌گذاری، قانونگذاری، اجرایی، پشتیبانی و نظارتی را نسبت به وظایف حیاتی خود یادآوری نموده، و از خداوند تبارک و تعالی برای عموم خدمتگزاران سلامت جامعه توفیقات روزافزون مسئلت می نماید.

در مراحل مختلف تنظیم برنامه هفتم توسعه فرهنگستان علوم پزشکی طی جلسات متعدد موضوعات مهم را مورد بررسی و نظرات و پیشنهادهای کارشناسی شده را در قالب مکاتبات به مراجع ذی صلاح ارائه نموده است.

خرداد ماه ۱۴۰۱ فرهنگستان طی مکاتبه ای با مقام معظم رهبری درخواست حمایت طلبی از اجرای همه جانبه سیاست‌های کلی سلامت، در مفاد سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه کشور نمود (جلد دوم مجموعه مستندات).

اولویت‌های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جلسه خرداد ۱۴۰۱ مجمع عمومی مورد واکاوی قرار گرفت و بیانیه آن با عنوان "اولویت‌های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در چارچوب سیاست‌های کلی سلامت" طی مکاتبه ای به ریاست محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام؛ آیت ... جناب آقای صادق آملی لاریجانی ارسال شد. در مکاتبه جداگانه در مردادماه ۱۴۰۱ بندهای مورد تأکید فرهنگستان برای برنامه هفتم نیز طی مکاتبه ای با ایشان مطرح گردید. (جلد دوم مجموعه مستندات).

پیشنهاد های فرهنگستان در راستای بند ۱۱ سیاست های کلی سلامت برای لحاظ شدن در برنامه هفتم توسعه نیز در خرداد ۱۴۰۱ به استحضار روسای قوای مجریه و مقننه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، و بند پیشنهادی فرهنگستان علوم پزشکی جهت سیاست های برنامه پنج ساله هفتم توسعه در حوزه سلامت در همان ماه به استحضار رئیس کمیسیون علمی، فرهنگی و اجتماعی مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید (جلد دوم مجموعه مستندات).

نتایج یک طرح تحقیقاتی روی مفاد برنامه هفتم توسعه طی مکاتبه زیر به استحضار وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسانده شد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر عین الهی (۱۴۰۲/۶/۱۳)

نتایج پژوهش روی مفاد برنامه هفتم توسعه در حوزه سلامت

نامه آقای دکتر حمید رضا دهقان منشادی مدیر محترم مرکز تحقیقات ثریا :

تاریخ: ۱۴۰۲-۰۱-۰۸
شماره: ۱۳۶/۳/۱۳۶
سازش
پیوست:

بسمه تعالی

پژوهش بایستی هم برای رسیدن به اوج قله علم و ایجاد مرجعیت علمی و هم باید برای حل مسائل جاری کشور باشد. نظام نظام رهبری

جناب آقای دکتر مرندی

رئیس محترم فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سلام علیکم

با صلوات بر محمد (ص) و آل و کثر، احتراماً به استحضار می‌رساند مرکز تحقیقات تریا بسپنج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در راستای تأکيدات رهبر معظم انقلاب اسلامی (مدظله العالی) مبنی بر نقش تولید علم در گام دوم انقلاب اسلامی و پاسخ به نیازهای کشور ما نگاه مسئولیت‌جویی فعالیت می‌نماید، با توجه به تأکید معظمانه مبنی بر نقش آفرینی تخصصی، به انجام پژوهش در حوزه نظام سلامت با این رویکرد می‌پردازد

در این راستا و با توجه به رونمایی از لایحه برنامه هفتم توسعه و اهمیت راهبردی این لایحه در تعیین مسیر کشور، مرکز تحقیقات تریا بخشی را با حضور جمعی از مسئولان و کارشناسان نظام سلامت کشور (دکتر سید حسن امامی رفسوی دبیر فرهنگستان علوم پزشکی، دکتر شهرام افشاری مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی، دکتر مهتم سیدی‌فر دبیر کمیته غذا و دارو، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، دکتر سید موسی طباطبائی لفظی مدیر دفتر ارزیابی فناوری، نماینده استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دکتر محمد بهنپوری علی‌آباد مدیر گروه سلامت مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی و دکتر سعید نجبا مسئول هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (ع)) برگزار نمود. بدین منظور و با توجه به اهمیت مباحث مطروحه، جمع‌بندی و اهم نکات جهت طرح و انجام اصلاحات مفقود از طریق طرح در سخن علمی مجلس و مجمع تشخیص مصلحت نظام ارسال می‌گردد:

(۱) بی‌توجهی به برخی از مفاد مهم سیاست‌های کلی سلامت

متأسفانه شاهد هستیم که به برخی از مفاد سیاست‌های کلی سلامت در این برنامه بی‌توجهی شده است؛ مانند تدوین بیوست سلامت طرح‌ها، عدالت در سلامت، اصلاح ساختار تولید و یکپارچگی (که در قانون برنامه ششم توسعه به آن اشاره شده بود)، اصلاح ساختار بهداشت، نظام ارجاع و پزشک خانواده هم‌چنین مسائل کلیدی مقتضای تخصصی یک فرموده مآلایات بر ارزش افزوده، موضوع بند (۱) ماده (۳۸) قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ مجلس شورای اسلامی، که در اجرا دارای مشکلات فراوان است، می‌باشد در برنامه مورد توجه قرار می‌گرفت. به نظر می‌رسد علت این مشکلات بی‌توجهی تدوین‌کنندگان برنامه نسبت به آسیب‌شناسی برنامه‌های پیشین است.

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۰۷/۰۹/۰۸

شماره: ۱۳۹۸/۸/۱۳۹۸

پیوست: ۱

پژوهش، پایبستی هم برای رسیدن به اوج قله‌ی علم و ایجاد مرجعیت علمی و هم باید برای حل مسائل جاری کشور باشد.
مقام معظم رهبری

۲) عدم رعایت برخی موارد تقنینی

بخش زیادی از احکام مامیت برنامه‌ای نداشته و مامیت آنها نالسی است که ممکن است باعث تغییر قوانین دائمی شده و از جنبه تقنینی مورد قبول نیست. همچنین بر اساس سیاست‌های کلی نظام قانون‌گذاری ایلانی ۱۳۹۸/۰۷/۰۶ مقام معظم رهبری سببانی، قوانین باید شفاف و فاقد ابهام بوده، سازوکار اجرایی داشته و قابل نظارت باشند. با این حال بسیاری از احکام نقض این ویژگی‌ها می‌باشند.

۳) عدم مداخله ساختاری در نظام سلامت

مخت‌ترین امر در سیاست‌گذاری هدایت بین‌بخشی می‌باشد و در هدایت بین‌بخشی، سخت‌ترین کار جلوگیری از تعارض منافع است؛ علی‌الخصوص تعارض منافع سازمانی، گروهی و صنفی. با این حال لایحه برنامه هفتم توسعه برخلاف برنامه‌های پیشین توسعه، در ساختارسازی‌ها و مداخله ساختاری در نظام سلامت کمتر پرداختن شده است. در برنامه‌های پیشین به ایجاد ساختارهایی همچون شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی بیمه سلامت کشور اشاره شده بود.

۴) بند «الف» ماده (۶۹): مواعیک‌پارچه‌سازی سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت

علت اصلی یک‌پارچه‌سازی سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت آن است که اولاً نقشی هر ذینفع درست تعیین نشده و ثانیاً هسته اجرایی برای هر برنامه تعیین نشده است. با این حال در نسخه ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت به سازمان برنامه و بودجه کشور، به این مورد اشاره بیشتری شده بود که این امر لزوم توجه قانون‌گذاران را نسبت به درج مجدد احکام مذکور در مصوبه نهایی می‌طلبد.

۵) بند «ب» ماده (۶۹): عدم نیاز به الزام سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمت

لازم است اختیار عقد قرارداد موضوع بند مذکور با بیمه‌ها باشد زیرا هر قرارداد هزینه سازمان بیمه‌گر را بالا می‌برد. پیشنهاد می‌شود اجبار این موضوع از بند مذکور حذف شده و ضمناً هر ارائه‌دهنده‌ای که قصد عقد قرارداد با بیمه را ندارد اجازه ایجاد هزینه برای بیمه نیز نداشته باشد. به نظر می‌رسد هدف نویسندگان این بند آن بوده که هزینه‌های مردم را در مراجعه به درمان‌گرانی که فاقد قرارداد با بیمه هستند کاهش دهد. با این حال، این عمل راه‌حل مطلوبی نیست و پیشنهادی که در صدر این بند مطرح شد، منطقی‌تر می‌باشد.

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۸۵/۰۸/۰۸

شماره: ۱۳۸۵/۰۸/۰۸

پیوست: عناوین

پژوهش بایستی هم برای رسیدن به اوج قله علم و ایجاد مرجعیت علمی و هم باید برای حل مسائل جاری کشور باشد. نظام منظم رهبری

۶) بند ۹ ماده (۶۹): لزوم درج عنوان رشته‌های حد واسط در متن قانون

در بند مذکور لایحه اساسی از سوی دولت، وزارت بهداشت ملزم به ارائه برنامه افزایش ظرفیت تربیت نیروهای رشته‌های حد واسط به هیئت وزیران شده بود. با این حال در پیشنهادات اساسی از سوی کمیته سلامت کمسیون تلفیق، این موضوع حذف شده است. به عنوان مثال تجربه برخی کشورهای جهان (همچون حوزه اسکندیناوی) نشان داده است که به‌دوره شاخص‌های سلامت جهان و نشان از طریق تربیت نیروهای حد واسط صورت گرفته و صرف تربیت دندانپزشک عمومی و متخصص در بهبود این شاخص‌ها تأثیری ندارد. این امر در طول چند دهه اخیر در کشور نیز به اثبات رسیده است. به‌طوری‌که علیرغم افزایش سرانه دندانپزشک از (۱۰۸۶) به‌ارزی هر ده هزار نفر در سال ۱۳۷۰ به (۳۱۹) در سال ۱۳۹۵، شاخص دندان‌های سالم در هر کودک ایرانی از (۴۳۷) به (۲۰۲) رسیده است. لذا لازم است تهیه برنامه مذکور مجدداً به احکام قانونی اضافه شود.

۷) بند ۹ ماده (۷۰): الزامات اجرای سند سطح‌بندی

درج این بند در لایحه و الزام وزارت بهداشت به تهیه سند سطح‌بندی خدماتی مثبت تلقی می‌شود؛ با این حال ضمانت اجرایی برای آن پیش‌بینی نشده است. با توجه به اینکه طرح‌های فلکد توجه، معالجات متعلق عمومی بوده و یکی از مصداق‌های بزرگ تمارش صنایع در حوزه سلامت هستند، پیشنهاد می‌شود راهکارهایی مانند الزام به تدوین طرح‌های آوجی برای پروژه‌ها، گزارش مقطعی تطبیق تخصصی بودجه به پروژه‌ها و سند مذکور از سوی وزارت بهداشت به مجلس شورای اسلامی و نهادهای نظارت دیگر، انتشار عمومی سند و برخورد با مسئولین متخلف از طریق مفاد قانون رسیدگی به تخلفات اداری در متن قانون درج شوند.

۸) بند ۹ ماده (۷۱): تأمین بودجه پایدار طرح داروهای

با توجه به لزوم تأمین منبع مالی پایدار جهت استمرار اجرای طرح دولتی و عدم اتکال این طرح به چالش موجود در بسیاری دیگر از طرح‌های مهم نظام سلامت و با عنایت به این موضوع که بودجه تخصیص یافته به طرح مذکور متناسب با رشد هزینه‌ها نیست، پیشنهاد می‌شود به‌منظور تقویت نظام بیمه و با هدف «حفظ یا کاهش پرداخت از جیب مردم، مابه‌التفاوت ریالی مبلغ (۲۱۵) میلیارد دلار بر اساس نرخ سالانه نیمه (یا هر نرخ) که پرداخت بانک مرکزی بر اساس آن صورت می‌گیرد) نسبت به نرخ (۴۳) هزار ریال، در بودجه سالیانه به ردیف درآمدی جداگانه‌ای واریز و به‌صورت مستقیم در اختیار بیمه‌های پایه قرار گیرد تا صرف پوشش افزایش قیمت ناشی از حذف ارز ترجیحی دارو شود. همچنین در صورت افزودن تأمین تجهیزات و شیر خشک به طرح داروهای، یک میلیارد دلار دیگر نیز به منابع فوق افزوده گردد.

تأمین وضعیت مالی و سهم (۲۰) الی (۳۰) درصدی بیمه‌ها در پرداخت هزینه موجب گشته که این سازمان‌ها نتوانند در سیاست‌گذاری وارد شده و نقش اصولی خود را داشته باشند که این امر به صلاح نظام سلامت نمی‌باشد.

پژوهش بایستی هم برای رسیدن به اوج قله‌ی علم و ایجاد مرجعیت علمی و هم باید برای حل مسائل جاری کشور باشد. مقام معظم رهبری

به‌علاوه حمایت‌های دولت در زمینه دارو بسیار متفرقه بوده و در طرح‌ها و قوانین مختلف از جمله طرح داروپاری، قانون حمایت از خانواده و جوشی جمعیت، داروهای بیماری‌های صعب‌العلاج و... بسته‌هایی حمایتی دارویی وجود دارد. در این راستا لازم است دولت طرح‌های حمایتی را در حیطه دارو تجصیع ننموده تا روندی شفاف در این موضوع ایجاد شود؛ چرا که این پراکندگی باعث عدم شفافیت و اسراف در منابع می‌گردد.

۹ ماده (۷۲): سیاست‌گذاری اشتباه مبتنی بر تقویت بیمه‌های تکمیلی

مبتنیانه به نظر می‌رسد در لایحه برنامه هفتم توسعه، رده‌بندی وجود دارد که نظام سلامت ما را به سمت خصوصی‌سازی و بازارگرایی سوق می‌دهد. این نیز تماماً مخالف سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۲/۰۱/۱۸ مقام معظم رهبری است. می‌باشد. در واقع اگر این اتفاق رخ دهد، سروش‌تی مانند آمریکا در انتظار نظام سلامت کشور خواهد بود که غلبه با شرکت‌های خصوصی و هلدینگ‌ها بوده و بیشترین هزینه‌ها با کمترین بهره‌وری رخ می‌دهد. توجه به بیانات رهبر معظم انقلاب اسلامی (عج) در دیدار دانشجویی مورخ ۱۳۸۹/۰۵/۲۱ در این خصوص راهگشا است: «یکی از آقایان راجع به مسئله خصوصی‌سازی فرهنگ و بهداشت تکنای گفتند که به نظر من آن نکته هم درست است. خصوصی‌سازی مربوط به شرکت‌های دولتی اصل (۲۴) است که خوبه یک تعریف مشخص دارد. به نظر ما مسائل فرهنگی و بهداشتی و اینکه به آن شکله مشمول این اصل خصوصی‌سازی نمیشود. از طرف مسئولین زیربط هم مواردی را به من گفتند. به نظر ما این اشکال اشکال واردی است. بایستی مورد توجه قرار بگیرد».

یکی از این موارد، ماده (۲۲) است که عنوان بیمه‌های تکمیلی حمایتی در آن ذکر شده است. پوشش بیمه‌های پایه از دو جنبه شمول و سطح خدمت قابل بررسی است. هرچند دولت طیف گسترده‌ای از مردم را از همه دهک‌های درآمدی تحت پوشش قرار داده است، اما به دلیل کمبود بودجه، سطح خدمات افزایش نیافته و در بعضی موارد با کاهش هم روبرو بوده است. در این صورت، افراد جهت دریافت سطح خدمت بیشتر، به سمت شرکت‌های خصوصی و تکمیلی سوق داده خواهند شد.

همچنین در پرداخت منابع حمایتی، اصولی وجود دارد که در تصویب قانون و سنجش رفتارها، نمی‌توان به آن بی‌توجه بود. به عنوان مثال لازم است افراد بر اساس نیاز استفاده ننموده و بر اساس توان پرداخت کنند. بدین ترتیب، این بند با اصل مذکور مغایرت دارد. در واقع دولت در حالی پوشش هزینه‌های بیمه‌های پایه را افزایش نمی‌دهد که قصد دارد هزینه را از طریق بیمه تکمیلی تقبل کند؛ در حالی که بیمه تکمیلی بستای قراتر از بیمه پایه است و هر کدام از این موارد تعاریف مشخصی دارند.

یکی دیگر از اصول مذکور آن است که بیمه تکمیلی برای خدماتی استفاده شود که تحت پوشش بیمه پایه نیستند. با این حال در نظام سلامت کشور، بیمه تکمیلی عملاً به خدماتی اختصاص یافته که تحت پوشش بیمه پایه بوده وانی در بخش خصوصی با تعرفه بالاتری ارائه می‌شود. گاهی این تعرفه بالاتر برای جزء فنی بوده که این امر قابل قبول است؛ با این حال در

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۰۸
شماره: ۱۹۸۲۸/۱۱۲۴
پیوست: ضمیمات

پژوهش پاپستی هم برای رسیدن به اوج قلهی علم و ایجاد مرجعیت علمی
و هم باید برای حل مسائل جاری کشور باشد. مقام معظم رهبری

برخی موارد پرداخت بیشتر برای جزه حرفه‌ای صورت می‌گیرد که این امر مفایر بند (۶-۱) سیاست‌های کلی سلامت و مواد
(۸) و (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ مجلس شورای اسلامی می‌باشد.

هر چند منطق بوستندگان بند مذکور در لایحه این بود که بخش دولتی نیز، با توجه به توسعه بخش‌های ویژه از پرداخت‌های
بیمه تکمیلی بهره‌مند شوند؛ اما با تصویب این موضوع یک بی‌تظمی در ارائه خدمات ایجاد شده و در نهایت کسانی که تعارض
مناافع دارند از این خدمات استفاده خواهند کرد. این موضوع خطر بزرگی بوده که به افزایش پرداخت از جیب مردم و بروز
هزینه‌های کم‌رشدن و فقرزای سلامت منجر خواهد شد.

در آینه شمس لشکر از حسن توجه جنابعالی، یادآور می‌گردد که هدف از ذکر موارد مذکور، نقضین و اجرای هرچه بهتر برنامه
هفتم توسعه در حوزه نظام سلامت بوده تا با تحقق اهداف نظام سلامت شاهد پیشرفت روزافزون کشورمان در این حوزه باشیم.

دکتر حمیدرضا دهقان منشادی
مدیر مرکز تحقیقات نردا



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.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین الهی
(۱۴۰۲/۴/۵)

نظر فرهنگستان در مورد تأسیس رشته فرآورده های طبیعی در مقطع

کارشناسی

درخصوص تأسیس رشته فرآورده های طبیعی در مقطع کارشناسی که در دستور کار شورای عالی برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این هفته قرار گرفته، به استحضار می رساند ۱- این موضوع تاکنون دو بار در شورای عالی برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح و رد شده است. ۲- بیش از ۲۰ درصد (شاید نزدیک به ۷۰ درصد) واحدهای درسی آن همپوشانی با رشته فارماکوگنوزی دارد. لذا عملاً طرح آن در شورای عالی برنامه ریزی، مطابق مقررات موضوعیت ندارد. ۳- رشته فرآورده های طبیعی بر مبنای علوم و فناوری های داروسازی و آنچه که در رشته طب سنتی وجود دارد طراحی شده، لذا عملاً در رشته طب سنتی قابل ارائه است. ۴- تجربه های مشابه بسیار زیاد نشان داده است ایجاد این گونه رشته های سلیقه ای، در آینده عده ای فارغ التحصیل بیکار و سردرگم ایجاد خواهد کرد که پیشنهاد دهندگان آن در آن زمان نیستند که پاسخگوی معضلات ایجاد شده باشند.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۱۲/۵)

پیگیری طرح سند ملی سلامت زنان

پیرو نامه شماره ۱۰۰/۸۵۴۴ مورخ ۱۴۰۱/۱۲/۲۰ به آن مقام محترم و رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در خصوص پیگیری طرح سند ملی سلامت زنان در شورای عالی سلامت و دستور حضرتعالی مبنی بر کارشناسی نهایی آن به استحضار می‌رساند، جلسات کارشناسی با شرکت مشاور وزیر و نمایندگان از وزارت بهداشت، مجلس، قوه قضائیه، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری در دبیرخانه شورای عالی سلامت و فرهنگستان علوم پزشکی برگزار گردید. سند اصلاحی بر اساس پیشنهادات و نظرات دریافتی به همراه پیوست پاسخ به ابهامات جهت دبیرخانه شورای عالی سلامت و ادارات مربوطه ارسال گردید. (نامه شماره ۱۰۰/۴/۹۴۶۲ مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱). خواهشمند است با توجه به اقدامات انجام شده نهایی سازی سند طبق نتایج جلسات کارشناسی، دستور فرمایید سند نهایی جهت تصویب در دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی قرار گیرد.

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. این فصل در سه بخش تنظیم شده است. بخش اول: نظریه پردازی در حوزه سلامت، در این بخش به عوامل اجتماعی موثر بر دسترسی و بهره‌مندی منطقی از دارو و موضوع احتضار پرداخته شده است. بهره‌مندی از خدمات دارویی به عنوان بخشی از نظام سلامت، متاثر از عوامل اجتماعی، مثل درآمد و نابرابری‌های اقتصادی است. ارائه خدمات دارویی مناسب و قابل دسترس برای همه افراد جامعه، از جمله افراد با درآمد پایین، می‌تواند به تحقق عدالت در دسترسی به دارو کمک نموده و نابرابری‌های سلامت در جامعه را کاهش دهد. یک مدل اختصاصی برای این منظور و همچنین مدل مفهومی "دسترسی" متناسب با شرایط ایران و ارزیابی ارتباط عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با میزان دسترسی به خدمات سلامت و دارو در ۶ استان با رتبه توسعه یافتگی متفاوت و در نهایت راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ارتقای دسترسی به داروها براساس پژوهش انجام گرفته در گروه علوم دارویی فرهنگستان ارائه شده است. در قسمت دوم این بخش اول باتوجه به سوالات در مورد چگونگی اقدامات و مراقبت‌های پزشکی برای بیمارانی که در مراحل پایانی حیات و فرآیند احتضار و مرگ بنحوی که با شرع مقدس اسلام نیز مغایرتی نداشته باشد، به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی و مشارکت معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با موسسه موضوع شناسی احکام فقهی قم موضوع در جلسات متعدد به بحث و بررسی قرار گرفت و پس از گذشت بیش از ۲ سال تبادل نظر، جمع بندی نهایی اعلام گردید.

بخش دوم: تحقق بند ۲ سیاستهای کلی سلامت، به اهمیت و اولویت پیشگیری بخصوص پیشگیری اولیه می پردازد. یکی از مهمترین بخش در پیشگیری استفاده از واکسن می باشد.

واکسن هایی که هزینه اثربخشی آنها به اثبات رسیده و با تزریق آن ها می توان از عوارض جانی و مالی متعاقب بیماری جلوگیری کرد. به همین دلیل توصیه شد تا واکسن های روتاویروس و پنوموکوک در اسرع وقت به جدول واکسن های مورد مصرف کشور اضافه شود. واکسیناسیون و تشویق افراد به انجام آن از دیرباز با مقاومت هایی روبرو بوده است که بتدریج و با عنایت به دستاوردهای شگرف آن در پیشگیری از ابتلا و عوارض بیماریها این مقاومت ها کاهش یافته است ولی متأسفانه هنوز در مواردی از سوی افراد سرشناس شاهد موضع گیری هایی در خصوص واکسیناسیون هستیم که یکی از این موارد شائبه هایی در مورد واکسن پاپیلوماویروس بوده است که فرهنگستان براساس شواهد متقن علمی به این سوالات پاسخ داده است.

به دلیل بار بالای حوادث و تصادفات، پیشگیری از مرگ و جراحات شدید حوادث ترافیکی کشور و راهکارهای آن طی مکاتبه ای مجدداً به مسئولان انعکاس یافته است. رعایت بهداشت دهان و دندان رویکردی موثر در پیشگیری از بیماریهای مرتبط با آن است. با توجه به تحقیقات و پایلوت انجام گرفته در قالب برنامه اجرایی پیشگیری از پوسیدگی دندانی کودکان با توانمندسازی مادران، توصیه های ارزشمندی به مسئولان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارائه شده است. این طرح که مبتنی برآموزش مادر، در مورد پوسیدگی و علل ایجاد آن، نشانه های پوسیدگی دندانی و عکس برداری از دندان ها توسط مادر است؛ منجر به افزایش مسئولیت پذیری و مهارت آموزی مادر و حساس شدن کودک و خانواده در مورد پیشگیری از پوسیدگی دندان ها می شود.

بخش سوم: به تقویت شتاب علمی و توجه به اولویت های نظام سلامت و لزوم اجرایی و عملیاتی نمودن اولویت ها و نقش برنامه های توسعه ای بخصوص برنامه هفتم توسعه در سلامت می پردازد. مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، با توجه بر لزوم همکاری همه بخش های ذیربط و پیگیری ویژه دولت و مجلس محترم شورای اسلامی و مجمع تشخیص مصلحت نظام، تسریع ویژه در اجرایی نمودن اولویت هایی نظیر

به روز رسانی شبکه بهداشتی درمانی، ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی، پاسخگو و جامعه نگر نمودن آموزش پزشکی و نیز احیای کامل طرح ژنریک و مساله نحوه انتخاب اساتید و دانشجویان و تربیت آنان و آموزش ارزشهای اسلامی ایرانی در عرصه مراقبت ها و خدمات سلامت به نحوی که این ارزش ها در جامعه نهادینه شود، را مورد تاکید قراردادده است. در بیانیه مجمع عمومی با عنوان اولویت های نظام سلامت، اولویت ها در ۱۴ گزاره و راهبردها و راهکارهای رسیدگی به اولویت ها در ۱۸ بند آمده است.

در مکاتبه دیگری مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در آغاز چهل و ششمین بهار انقلاب اسلامی، برپایه وظایف خود در راستای دیده بانی و رصد سلامت جامعه، با استناد به سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و با بهره گیری از تجارب طولانی در حوزه سلامت و با نگرشی نقادانه و دلسوزانه بر موارد و راهبردهای مهم در راستای اولویت های سلامت تاکید می‌ورزد.

علاوه بر مکاتبات متعددی که در مراحل مختلف تنظیم برنامه هفتم توسعه فرهنگستان علوم پزشکی به پشتوانه برگزاری جلسات کارشناسی و بررسی موضوعات مهم با مراجع ذی صلاح، نتایج یک پژوهش واکاوی برنامه هفتم توسعه از منظر سلامت نیز به وزارت بهداشت ارسال شده است. در مجموع در این بخش بر کارآمدترین راهکارهای توسعه سلامت و تاکید بر اهمیت شناسایی اولویت های سلامت تاکید شده است.

بخش چهارم: این بخش به همکاری های درون بخشی، میان بخشی و فرابخشی اختصاص دارد. به دلیل نقش بسیار پررنگ (۵۰ تا ۷۰ درصدی) عوامل اجتماعی سلامت، همکاریهای بین بخشی گسترده و استفاده از ظرفیت عظیم مشارکت مردم (در تمامی مراحل مسئله یابی، اجرای برنامه ها و نظارت) به منظور ارتقای سلامت همه جانبه جامعه ضروری است. این مهم در سند ملی سلامت زنان هم در مراحل تدوین و هم نهایی سازی سند لحاظ 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. در جلسات و نشست های تخصصی صاحب نظران با توجه به داده ها و شواهد علمی، مسائل حوزه سلامت را ارزیابی می نمایند و نتایج را برای انعکاس به مراجع ذی صلاح در قالب مکاتبات یا مستندات ارائه می نمایند.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۱۲/۱۳)

نامه گروه ارتقاء سلامت و کارگروه جنوب

وضعیت مرگ کودکان زیر ۵ سال در برخی شهرستان های استان فارس

در سال ۱۴۰۰

میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، به عنوان شاخصی جهت ارزیابی سلامت جامعه، یکی از مهمترین شاخص های توسعه پایدار کشورها، در حوزه سلامت محسوب می شود. بر این اساس و با استفاده از داده های جمعیتی و داده های مرگ مستخرج از سالنامه ثبت احوال استان فارس، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال تعدادی از شهرستان های استان فارس در سال ۱۴۰۰ به تفکیک جنسیت محاسبه گردید. لازم به ذکر است که گزارش حاضر بدون استفاده از آمار شهرستان شیراز تهیه شده است که لازم است با دسترسی به اطلاعات، گزارش کاملتری تهیه گردد.

میزان مرگ و میر دختران زیر ۵ سال (نمودار ۱)، نشانگر وجود بالاترین میزان مرگ در شهرستان زرقان (۴۴ در هزار تولد زنده) است که به طور مشخصی از سایر شهرستان های

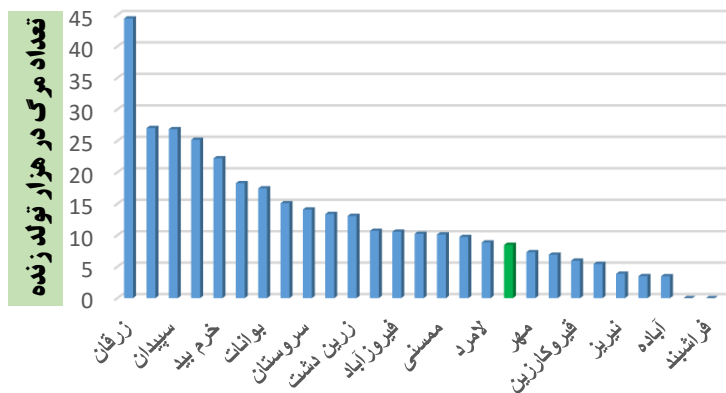
استان فارس بالاتر است ($P < 0.001$). شهرستان های بیضا، سپیدان و رستم در رتبه های بعدی قرار دارند.

همچنین میزان مرگ و میر پسران زیر ۵ سال (نمودار ۲)، نشانگر وجود بالاترین میزان مرگ در این گروه سنی و جنسی در شهرستان زرقان (۴۵ در هزار تولد زنده) است که کماکان به طور معنی داری از سایر شهرستان های استان فارس بالاتر است ($p < 0.001$). شهرستان های رستم و بیضا در رتبه های بعدی قرار دارند.

همچنین مقایسه این شاخص در شهرستان زرقان و میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در استان فارس در سال ۱۴۰۰ ($\frac{8}{4}$ در هزار تولد زنده) و متوسط کشوری در سال ۲۰۲۰ ($\frac{13}{1}$ در هزار تولد زنده) نشان دهنده آمار قابل توجه مرگ کودکان پسر و دختر در این شهرستان است.

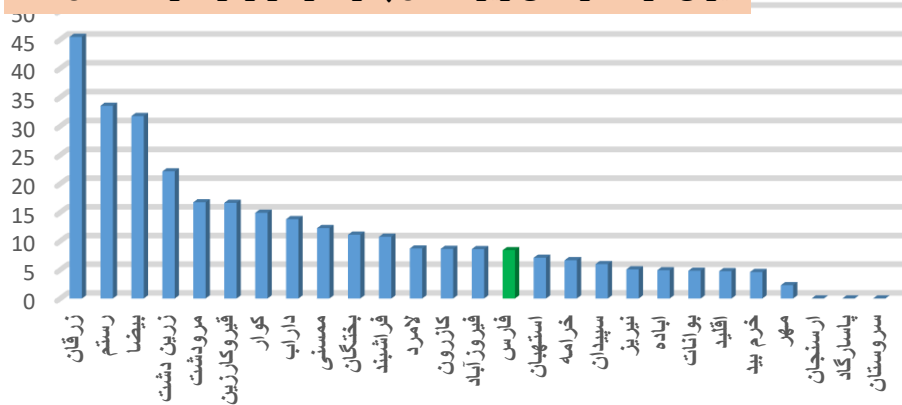
نتیجه گیری و پیشنهاد: به نظر می رسد شاخص میزان مرگ زیر ۵ سال در برخی از شهرستان های استان فارس نیازمند بررسی و تحلیل کاملتری می باشد. کمیته رصد شاخص های سلامت در کارگروه جنوب فرهنگستان، آمادگی دارد در صورت دسترسی به داده های مورد اعتماد و به روز (از جمله داده های جمعیتی و مرگ ثبت شده در ثبت احوال) تغییرات این شاخص و شاخص های دیگر را به طور علمی رصد و گزارش نماید.

میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال دختر (در هزار تولد زنده) سال ۱۴۰۰



نمودار ۱

میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال پسر (در هزار تولد زنده) سال ۱۴۰۰



نمودار ۲

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت ... 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

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

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

معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر حسین فرشیدی

معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر سعید کریمی

معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر ابوالفضل باقری فرد

معاون محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهروز رحیمی

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

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی کشور جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده (۱۴۰۲/۵/۷)

متن مقاله به زبان انگلیسی و ترجمه آن مکاتبه شده است:

مقاله‌ای که در تاریخ ۲۸ ژوئن ۲۰۲۳ (حدود یکماه پیش) توسط برنی سندرز، رئیس کمیته سلامت، آموزش، کار و بازنشستگی سنای آمریکا تهیه و در روزنامه گاردین چاپ شده است. تحلیلی است از وضعیت بد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آمریکا که به پیوست، جهت استحضار و هر گونه بهره برداری تقدیم می‌گردد. لازم بذکر است تجربه شکست خورده

کشور آمریکا در نحوه اجرای سیاست‌های حوزه سلامت، می‌تواند مشوقی برای کلیه مسئولان اجرایی کشور از جمله حوزه سلامت باشد که با همت و تلاش مضاعف بر تقویت و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور که مقام معظم رهبری چندین بار بر آن تاکید فرموده اند، اهتمام ورزند.

پیوست:

مقاله " نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ما (آمریکا) به هم ریخته است.

من برنامه ای برای رفع آن دارم "

میلیون ها آمریکایی نمی توانند به پزشک یا دندانپزشک دسترسی داشته باشند یا باید ماه ها صبر کنند تا ویزیت شوند. بیایید آن را تغییر دهیم.

خبر بد این است که سیستم مراقبت های بهداشتی ایالات متحده خراب و ناکارآمد است. ما تقریباً دو برابر سرانه سلامت هر کشور دیگری هزینه می کنیم، تقریباً ۱۳۰۰۰ دلار در سال، در حالی که ۸۵ میلیون آمریکایی یا بیمه نبوده و یا بیمه نصفه و نیمه دارند. علاوه بر این، عواقب سلامتی ما اغلب بدتر است. به عنوان مثال، از نظر امید به زندگی، ما زندگی بسیار کوتاه تری نسبت به مردم بسیاری از کشورهای صنعتی دیگر داریم.

این نظام، مشکلی از مردم عادی حل نمی کند. از سوی دیگر، شرکت های بیمه و دارو که بر این نظام حکمفرما هستند، سودهای نجومی دارند و مدیران عامل آنها بسته های تکمیلی و جبرانی گزافی دریافت می کنند و وضع هزاران لابی کننده ای که این شرکت ها در مجلس سنا و مجلس نمایندگان دارند نیز بسیار خوب است.

الان زمان آنست که تغییری ایجاد شود.

به همان اندازه که سیستم کلی مراقبت های سلامت ما فاجعه بار است، نظام مراقبت های اولیه ما حتی از آنهم بدتر است. ده ها میلیون آمریکایی در جوامعی زندگی می کنند که نمی توانند پزشک یا دندان پزشک پیدا کنند، حتی زمانی که بیمه دارند، در حالی که دیگران باید ماه ها منتظر بمانند تا ویزیت شوند. علیرغم هزینه کردن مقادیر هنگفتی پول برای

مراقبت های سلامت، ایالات متحده به اندازه کافی پزشک، دندانپزشک، پرستار، روان پزشک و روان شناس، داروساز یا مراقبین خانگی سلامت ندارد. و این کمبود نیروی انسانی در حال بدتر شدن است.

بیشتر کشورها بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از اعتبارات مراقبت های سلامت خود را صرف مراقبت های اولیه می کنند. کانادا ۱۳ درصد، آلمان ۱۵ درصد، اسپانیا ۱۷ درصد و استرالیا ۱۸ درصد هزینه می کنند. ما کمتر از ۷ درصد هزینه می کنیم.

به عبارت دیگر، به جای سرمایه گذاری در پیشگیری از بیماری ها و امکان دسترسی آسان و به موقع مردم به مراقبت های پزشکی مورد نیاز خود، هزینه های هنگفتی را برای مراقبت های گران قیمت بیمارستانی و بخش های مراقبت ویژه صرف می کنیم. «نظام» ما زمانی فعال است که مردم در بیمارستان به سر می برند. اما تلاش و کار زیادی نمی کنیم که آنها نیاز به رفتن به بیمارستان پیدا نکنند.

هر تشکیلات عمده پزشکی تصدیق می کند که سرمایه گذاری ما در مراقبت های بهداشتی اولیه به طرز تاسف باری ناکافی است. درک آنها آنست که تمرکز بر پیشگیری از بیماری ها و ارائه مراقبت پزشکی در خانه برای آمریکایی ها نه تنها جان انسان ها را نجات می دهد و درد و رنج آنها را کاهش می دهد، بلکه در هزینه ها نیز صرفه جویی می کند. ارائه مراقبت های اولیه برای همه نه تنها یک سیاست عمومی خوب است، بلکه مقرون به صرفه است. ستون اصلی نظام مراقبت های اولیه فعلی ما، به ویژه برای آمریکایی های کم درآمد و متوسط، برنامه مرکز سلامت معتبر ملی است. امروزه، ۳۰ میلیون مرد، زن و کودک در مراکز سلامت جامعه در ۱۴۰۰۰ محله واقع در هر ایالت آمریکا، مراقبت های بهداشتی اولیه با کیفیت بالا را دریافت می کنند. بسیاری از این مراکز همچنین خدمات دندانپزشکی، مشاوره سلامت روان و داروهای تجویزی ارزان قیمت را ارائه می دهند.

بر اساس مطالعه اخیر یک نفر متخصص در دانشکده پزشکی Kaiser Permanente، مراکز سلامت جامعه تنها در سال ۲۰۲۱ حدود ۲۵ میلیارد دلار صرفه جویی در هزینه های Medicare و Medicaid داشته اند.

در واقع، تحقیقات نشان داده است که دریافت مراقبت از یک مرکز سلامت جامعه برای یک بیمار Medicaid حدود ۲۳۰۰ دلار کمتر از یک مطب خصوصی است و برای یک

بیمار Medicare اگر مراقبت خود را در یک مرکز سلامت جامعه دریافت کند حدوداً ۱۲۰۰ دلار کمتر از یک کلینیک سرپایی است.

در زمانی که میلیون‌ها آمریکایی برای نیازهای اولیه مراقبت‌های بهداشتی خود، چاره‌ای بجز مراجعه به فوریت‌های پزشکی ندارند، مشخص می‌شود که ویزیت اورژانس حدود ۱۰ برابر گران‌تر از رفتن به یک مرکز سلامت جامعه است.

یک چیز قطعی است. ما نمی‌توانیم به بحران مراقبت‌های بهداشتی اولیه رسیدگی کنیم، مگر اینکه کمبودهای عمده‌ای را که در نیروی انسانی مراقبت‌های بهداشتی داریم، برطرف کنیم. بر اساس آخرین برآوردها، طی یک دهه آینده کشور ما با کمبود بیش از ۱۲۰۰۰۰ پزشک - شامل کمبود شدید پزشکان مراقبت‌های اولیه - مواجهه است.

کمبود پرستار حتی ممکن است بدتر باشد. تنها طی دو سال آینده تخمین زده می‌شود که ما بین ۲۰۰۰۰ تا ۴۵۰۰۰۰ پرستار دیگر نیاز خواهیم داشت.

ما همچنین حدود ۱۰۰۰۰۰ دندانپزشک در آمریکا کمبود داریم.

و علیرغم بحران بسیار جدی سلامت روان که با آن مواجه هستیم، کمبود گسترده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان - روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران، متخصصان اعتیاد و بسیاری دیگر وجود دارد.

سال‌هاست که نمایندگان مجلس درباره این بحران‌ها صحبت کرده‌اند. الان وقت عمل است. به عنوان رئیس کمیته سلامت، آموزش، کار و بازنشستگی (Help) مجلس سنای ایالات متحده، من سخت در تلاش هستم تا قانون مورد توافق دو حزب را تصویب کنم که سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه ما را متحول می‌کند تا هر آمریکایی، صرف نظر از اینکه در کجا زندگی می‌کند یا چه درآمدی دارد، بتواند به مراقبتی که نیاز دارد، در زمانی که نیاز دارد، دریافت کند.

اگر ما اعتبارات مراقبت‌های اولیه را به میزان ۱۳۰ میلیارد دلار طی پنج سال افزایش دهیم، از طریق ترکیبی از افزایش بودجه فدرال و حذف برخی از ریخت و پاش‌های هنگفت و بوروکراسی عظیم در سیستم مراقبت‌های سلامت فعلی، می‌توانیم تعداد افرادی را که از مراکز سلامت جامعه استفاده می‌کنند دو برابر کنیم و به ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای هر فرد در آمریکا نزدیک شویم.

علاوه بر این، سرمایه‌گذاری ۴۰ میلیارد دلاری در طول پنج سال می‌تواند تعداد پزشکان، پرستاران، دندانپزشکان و مراقبین سلامت روان را که به شدت به آن‌ها نیاز داریم افزایش دهد.

آیا این ۱۷۰ میلیارد دلار سرمایه‌گذاری پنج ساله در نظام مراقبت‌های اولیه و مراقبین بهداشتی ما پول زیادی است؟

بله، همین‌طور است. اما بیایید شفاف باشیم. این سرمایه‌گذاری سالانه ۳۴ میلیارد دلاری، برای بهبود نظام مراقبت‌های بهداشتی ما کمتر از نیمی از افزایشی است که کنگره تنها در سال گذشته به پنتاگون داده است.

به نظر من، مراقبت‌های سلامت یک حق انسانی است. قانونی که من پیشنهاد می‌کنم، برای دستیابی به این هدف، کمک خیلی زیادی خواهد کرد.

برنی سندرز یک سناتور آمریکائی است که رئیس کمیته سلامت، آموزش، کار و بازنشستگی است. او نماینده ایالت ورمونت بوده و در تاریخ مجلس، طولانی‌ترین دوران خدمت را بعنوان یک نماینده مستقل می‌گذراند.

مکاتبه با دبیر محترم شورای آموزش داروسازی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جناب آقای دکتر بهرام دارایی (۱۴۰۲/۱۰/۲۰)

نامه گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص طرح تحقیقاتی "ارائه یک

تصویر واقع بینانه از وضعیت علوم دارویی ایران و جهان"

ارائه یک تصویر واقع بینانه از وضعیت علوم دارویی ایران و جهان

داروسازی در اکثر کشورهای پیشرو، از حوزه‌های راهبردی مورد توجه در توسعه است و همزمان با پیشرفت علم و فناوری، تغییرات چشمگیری در زمینه‌های آموزش، پژوهش، ارائه خدمات دارویی و تولید داروهای جدید داشته است. پیشینه طولانی و دستاوردهای ارزشمند داروسازی و علوم دارویی در ایران در زمینه‌های آموزش، پژوهش و تامین حدود ۹۰٪ از فراورده‌های دارویی مورد نیاز جامعه (از نظر تعداد)، ایران را در زمره کشورهای فعال و پویا در این حوزه مهم قرار داده است. اما متأسفانه در سالهای اخیر، بدلیل مشکلات

اقتصادی و سیاست گذاریهای نادرست، این حوزه راهبردی کشور، بتدریج از سیر پیشرفت سریع در دنیا فاصله می گیرد و حتی کشورهای منطقه نیز با حرکتی آهسته و مبتنی بر برنامه ریزی، از برخی از موفقیت‌های علوم دارویی ایران پیشی گرفته اند.

در این تحقیق، با مراجعه به مطالعات، آمار و گزارشات منتشر شده، وضعیت داروسازی و علوم دارویی در ایران با وضعیت کشورهای پیشرو و کشورهای منطقه مقایسه شده و سعی بر آن بوده است تا از بررسیهای محققین داخلی و خارجی، عموماً بیرون از خانواده علوم دارویی و داروسازی کشور نیز استفاده گردد تا ضمن پرهیز از نگاه جانبدارانه، تصویر جامع تری از این حوزه ارائه گردد.

۱- حوزه آموزش

دستاوردها

در حال حاضر، ۲۹ دانشکده داروسازی تربیت قریب به ۱۳۰۰۰ دانشجوی دوره دکترای عمومی را به پیش می برند و دوره های تخصصی نیز در قالب ۱۳ رشته برگزار می گردد و از نظر تامین تعداد داروساز عمومی و متخصص داروسازی در کشور به بیش از نیازهای پیش بینی شده رسیده ایم.

چالشها

الف- در طی یک دهه اخیر، در بسیاری از کشورها یک حرکت جدی در آموزش داروسازی از رویکرد فرآورده محور " به سمت رویکرد بیمار محور " شکل گرفته است. در ایران نیز چنین تغییری تأثیرات خود را در سطح بالین در بیمارستانهای دانشگاهی به خوبی نشان داده است. اما آموزش داروسازی در ایران، مانند تعداد قابل توجهی از کشورهای اروپایی، هنوز بیشتر مبتنی بر رویکرد "فرآورده محور" است.

ب- در سالهای اخیر، تاسیس بی رویه دانشکده های داروسازی جدید که از عرصه های عملی برای توسعه مهارت بی بهره و یا کم بهره اند، چالش مهارت را به یک معضل جدی در تربیت داروسازان تبدیل نموده است.

ج- حرکت سریع علوم و فناوری در حوزه علوم دارویی در دنیا که با توجه به زیرساختهای مورد نیاز، در برنامه آموزشی داروسازی ایران دیده نمی شود .

راهکارهایی برای بهبود وضعیت آموزش داروسازی

الف- اتخاذ تدابیری همچون ایجاد گرایش ها به سمت بالین یا فناوری، در چارچوب برنامه آموزش فعلی می تواند بعنوان یک راه حل برای جهت دهی حرفه ای به دانشجویان در نظر گرفته شود.

ب- همگن سازی امکانات و زیرساختهای دانشکده های داروسازی در کشور، توقف تاسیس دانشکده های جدید و اختصاص منابع برای بهبود وضعیت دانشکده های دایر، ضرورتی انکار ناپذیر است. در حال حاضر تعداد دانشکده های داروسازی دایر در ایران در مقایسه با کشورهای دیگر، که جمعیتی مشابه یا بیشتر دارند، به مراتب بالاتر است. برای بهره گیری مناسب و ایجاد کارآمدی برای دانشکده های موجود، می توان ماموریت های خاصی را برای هریک از آنها بر اساس مزایای منطقه ای و استانی تعریف نمود.

ج- استفاده از ظرفیتهای انجمن ها و سندیکاها با علوم دارویی و افراد خبره در حوزه های کاربردی داروسازی، در آموزش داروسازی و استفاده از مشارکت داروخانه های خصوصی معتبر و صنایع دارویی در جهت توسعه عرصه های کارآموزی و کارورزی راهگشا خواهد بود.

د- بروزرسانی برنامه آموزشی داروسازی در راستای دارودرمانی شخص محور، دارودرمانی سالمندان، بهره گیری از هوش مصنوعی، ژن درمانی، سلول درمانی، واکسنهای نوین و سرمایه گذاری مناسب برای تامین و تجهیز زیرساختهای آموزشی پژوهشی لازم برای شکل گیری مهارتهای کاربردی مرتبط با این حوزه ها در دانشجویان و دانش آموختگان امری ضروریست.

۲- حوزه پژوهش

دستاوردها

روند انتشارات علمی کشور در حیطه علوم دارویی برای سالها افزایشی و سهم مقالات داروسازی، در حدود یک بیستم از کل انتشارات علمی کشور بوده است. لیکن از سال ۲۰۲۲ این روند کاهشی شده و همزمان، انتشارات کشور عربستان، از طریق سرمایه گذاری و ایجاد شبکه بین المللی گسترده، به سرعت افزایش داشته و از ایران پیشی گیرد.

چالشها

نبود سیاست ملی، نقشه کلان و اولویت بندی برای پژوهشهای علوم دارویی، عدم هم افزایی نتایج پژوهشهای علوم دارویی، محدودیتهای حاصل از افزایش هزینه های پژوهش به تبع کاهش ارزش پول ملی، استهلاک تجهیزات آزمایشگاهی موجود، انقطاع زنجیره پایدار تامین مواد و ملزومات مصرفی خارجی، عدم دستیابی به روشها و تجهیزات جدید و پیشرفته، کاهش ارتباطات علمی و حضور اساتید و دانشجویان در رویدادهای علمی بین المللی، دشواری استفاده از فرصتهای مطالعاتی برای اعضای هیات علمی، سختگیری و بعضا مانع تراشی مجلات بین المللی در پذیرش مقالات مولفین ایرانی و همچنین، اقدامات برخی نهادهای ساختاری در نظام جمهوری اسلامی در محدود سازی حقوق پرداختی به اعضا

علمی و پژوهشگران، دلایل ایجاد فاصله پژوهشی بین ایران و کشورهای پیشرو شده است و بنظر می رسد در علوم دارویی یک دوره فترت در پیش رو می باشد.

راهکارهای بهبود وضعیت پژوهش داروسازی

اتخاذ تدابیر کلان سیاسی-اقتصادی در سطح ملی و البته، همراهی اعضای هیات علمی و پژوهشگران در تراز جهانی، در کنار زیرساختهایی که طی دهه های گذشته با تلاش بی وقفه شکل گرفته است، امکان بازگشت سریع به روند رشد قبلی را فراهم خواهد نمود. اختصاص موضوعات بخشی از پایان نامه های دانشجویان دوره های عمومی و تخصصی داروسازی در قالب موضوعات محصول محور و تجاری سازی یافته های علمی می تواند ضمن حفظ جایگاه علوم دارویی کشور در نظام رتبه بندی جهانی، تاثیرگذاری پژوهش ها در حوزه علوم دارویی را ارتقاء دهد.

۳- حوزه صنایع دارویی

دستاوردها

صنایع دارویی ایران، مبتنی بر دانش و تخصص نیروی انسانی کارآزموده در تمام سطوح بوده و زیر ساخت گسترده ای در تامین، تولید و توزیع داروها طی سالها تلاش و سرمایه گذاری در کشور شکل گرفته است. این صنعت نه تنها توانسته است نیاز به فراورده های دارویی کشور را تا حد ۹۷ درصد تعدادی داروها تامین نماید، بلکه در موارد متعدد، با اتکاء به همکاری متخصصین و مراکز دانشگاهی، به دانش تولید فرآورده های نوین بر پایه زیست فناوری، نانوفناوری، سلول درمانی و تولید مواد اولیه دارویی خاص نیز تسلط یافته و علیرغم محدودیت ها و تنش ها، همواره در تراز مناسبی برای پاسخگویی نظام سلامت کشور بوده است .

چالشها

الف- در حوزه تولید دارو شاهد تحولات اساسی در دنیا و در کشورهای منطقه هستیم. ظهور فناوری های جدید در کشف و تولید دارو، افزایش سهم داروهای مبتنی بر زیست فناوری در بازار دارویی، ورود روزافزون داروهای ژن درمانی و سلول درمانی به بازار توسعه دارودرمانی شخص محور" و سیر مداوم تغییرات فناورانه، افقهای جدید از داروسازی آینده را به ما می نمایاند که دستیابی به آن، نیاز به توسعه ارتباطات علمی و فناوری با کشورهای پیشرو خواهد داشت.

ب- بازار دارویی ایران بدلائل ملاحظات اقتصادی و بعضا سیاسی، همواره محدود شده است و با وجود نظام قیمت گذاری و کنترل بازار دارو، تحول، نوسازی و به روزرسانی صنعت دارو بسیار کند به پیش می رود و لذا بر اساس شواهد و گزارشات موجود، نرخ استهلاک از سرمایه گذاری پیشی گرفته است.

ج- علیرغم اینکه تولید دارو از استانداردهای بین المللی تبعیت می نماید و از این حیث برجسته و قابل اعتماد است، اما بدلیل مشغله های سازمان غذا و دارو و درگیر شدن در ماموریتهایی همچون کنترل بازار و مدیریت تخصیص ارز، نظام ارزش گذاری و رتبه بندی کیفی خاصی در نظام دارویی کشور حاکم نیست و برندینگ، بر اساس شاخصها یا تاییدیه های کیفی مبتنی بر مطالعات علمی به پیش نمی رود. این امر از یک سو آسیب های جدی بر نظام ژنریک بعنوان یک سیاست راهبردی در کشور وارد نموده و از سمت دیگر برندسازی اصولی و پایدار مبتنی بر کیفیت و مبانی علمی را نیز مخدوش نموده است.

د- حضور ایران در بازار دارویی منطقه می توانست یک مزیت جدی برای کشور تلقی گردد که طی سالهای اخیر و متاثر از فضای سیاسی و اقتصادی، همواره محدودتر شده و همزمان، جهش کشورهای همسایه در سرمایه گذاری مشترک با شرکت های بین المللی تولید دارو و توسعه صنعت داروسازی، مزیت های ایران را کمرنگ تر خواهد کرد. اهمیت حضور در

بازارهای منطقه ای و جهانی برای این صنعت راهبردی کشور بسیار بالاست و در صورت ادامه روند فعلی، آسیب های ناشی از رقابت های مخرب در بازار محدود داخل کشور، اعتبار این صنعت را با چالش های جدی مواجه خواهد ساخت.

راهکارهایی برای حوزه صنعت

الف-نظام قیمت گذاری موجود مشکلاتی ایجاد می کند که باید راهکاری برای آن اندیشیده شود. با توجه به اینکه در سازمان غذا و دارو سیاست یکسان سازی قیمت ها حاکم است، شرکت های داروسازی انگیزه رقابت در کیفیت را نخواهند داشت و همچنین قیمت مصوب به روش فعلی، پاسخگوی هزینه های لازم برای اخذ تاییدیه GMP نمی باشد. پایین نگاه داشتن قیمت دارو توسط سازمان غذا و دارو، اگرچه باعث کاهش غیر واقعی قیمت دارو و افزایش قدرت خرید مردم می شود، اما از سویی کاهش کیفیت و سلب اعتماد مردم به داروی ایرانی و همچنین مصرف بی رویه و قاچاق آن به خارج از مرزهای کشور را بدنبال دارد.

ب-دولت باید به صنایع داروسازی برای بکارگیری تجهیزات مدرن و ارتقاء GMP کمک نماید. به بیان دیگر صنعت داروی ایران نیازمند به روزرسانی سخت افزاری و نرم افزاری می باشد و روند توسعه این صنعت بدون در نظر گرفتن این دو مولفه، متوقف خواهد شد.

ج- جهت گیری به سمت صادرات راه برون رفت صنعت دارو از وضعیت فعلی است و حضور در بازارهای منطقه ای و جهانی نیز نیازمند برنامه ریزی و سرمایه گذاری برای ارتقاء کیفیت و اخذ تاییدیه های بین المللی و همچنین، اتخاذ سیاست ها و اعمال روش های بازاریابی موثر از سوی شرکت های داروسازی خواهد بود. بدیهی است با حضور و فعالیت کشورهای رقیب منطقه ای، بازه زمانی پیش رو برای این امر هر روز محدود تر خواهد شد.

د-همکاری بخش تحقیق و توسعه شرکتهای داروسازی با نهادهای تحقیقاتی و پژوهشی، یک ضرورت در ارتقاء توان رقابتی و رقابت پذیری است. لذا استفاده از کمک دانشکده های داروسازی در قالب پروژه های برون سپاری شده، تقویت بخش تولید خود را به همراه دارد و برون سپاری تحقیقات بازاریابی شرکت ها، توان رقابتی و رقابت پذیری آنها را بهبود می بخشد .

چالشهای حوزه ارائه خدمات دارویی

داروخانه ها بعنوان یکی از نقاط مهم ارتباط نظام سلامت در جامعه، با گستره کم نظیری در سطح کشور پراکنده اند. قریب به ۱۴۰۰۰ داروخانه فعال، تا دورترین نقاط به عرضه دارو بر اساس ضوابط و معیارها می پردازند..

الف- نحوه ارائه خدمات دارویی از استاندارد یکسانی تبعیت نمی نماید و بعضا تحت تاثیر شرایط اقتصادی، بسیاری از داروخانه ها خدماتی بسیار سطحی و تنها در حد فروش دارو ارائه می نمایند.

ب-متأسفانه در نظام سلامت کشور، از داروخانه بعنوان یک نقطه تماس فراگیر و مناسب برای اجرای برنامه های سلامت در جامعه کمک گرفته نمی شود. حال آنکه در بسیاری از کشورها، نقش داروخانه و داروسازان در ارائه خدمات سلامت از ارائه مشاوره های دارویی فراتر رفته و در برنامه هایی از جمله پایش بیماری ها، تشکیل پرونده های سلامت برای افراد حوزه جغرافیایی، انجام برخی تستهای سرپایی، مشارکت در برنامه های واکسیناسیون و ... مشارکت دارند. جالب توجه است که بسیاری از دانش آموختگان داروسازی کشور، هم اکنون در کشورهای دیگر و در چارچوب نظام خدمات دارویی آن کشورها به ارائه خدمت مشغولند و از توانمندی لازم برای ارائه خدمات دارویی در ذیل برنامه های پیشرو برخوردارند.

راهکارهایی برای حوزه خدمات دارویی

الف- در سند جامع خدمات دارویی که توسط سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است، قابلیت‌های داروسازان و امکانات داروخانه‌ها برای ارائه خدمات مناسب به جامعه و نظام سلامت به خوبی احصاء شده است و در صورت بهره‌گیری سیاست‌گذاران از این امکان، می‌توان ارتقاء مناسبی در وضعیت سلامت جامعه را انتظار داشت.

ب- خدمات دارویی در بیمارستانها و داروسازی بالینی، از جلوه‌های پرفروغ علوم دارویی طی دو دهه گذشته بوده است که تاثیرات خود را در بهبود روند درمان بیماران و همچنین صرفه‌جویی و جلوگیری از اتلاف منابع در بیمارستانها نشان داده است. اصلاح پروتکل‌های درمانی در کنار اصلاح روال تجویز و آماده‌سازی داروها از نتایج حضور داروسازان بیمارستانی و داروسازان بالینی در کادر درمان بوده است که هنوز راه طولانی تا فراگیر شدن در سطح کشور در پیش رو دارد. بررسی این جنبه از خدمات دارویی نیز از سرعت بالای توسعه در دنیا و کشورهای منطقه حکایت دارد و برای رسیدن به استانداردهای جهانی، نیازمند سرمایه‌گذاری و عزم جدی خواهیم بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس اطلاعات ارائه شده، می‌توان بر این نکته تاکید نمود که حوزه علوم دارویی و داروسازی کشور، علیرغم پیچیدگی ذاتی و ماهیت دانش محور، بین رشته‌ای و فناورانه خود، طی سالها تلاش دانشمندان و تلاشگران این عرصه رشد یافته و با سرمایه‌گذاری سنگین، زیرساختهای بنیادین این زیست بوم، با گستره وسیعی شکل گرفته است و از این منظر، مزیت کم نظیری برای کشور ایجاد نموده است. حفظ روزآمدی و پویایی و ارتقاء این دستاورد ملی، با اعمال نگاه توسعه‌گرا به این زیست بوم و اتصال آن به زنجیره ارزش جهانی میسر خواهد بود و در صورت بهره‌گیری صحیح از ظرفیتهای ایجاد شده، می‌توان ضمن ایفای نقش محوری در حوزه علوم دارویی منطقه خاورمیانه، آسیای میانه و حتی

آفریقا، در تراز کشورهای پیشرو دنیا نیز حرکت و جایگاه جمهوری اسلامی ایران را بعنوان یک کشور صاحب علم و فناوری در حوزه علوم دارویی دنیا تثبیت نمود.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی
رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای
رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
وزیر محترم کشور جناب آقای دکتر احمد وحیدی
رئیس محترم ستاد کل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران سردار سرلشکر محمد باقری
رئیس محترم سازمان پدافند غیرعامل سردار سرتیپ پاسدار غلامرضا جلالی
رئیس محترم دبیرخانه شورایعالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق
رئیس محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدی گلپایگانی (۱۴۰۲/۹/۱۲)
نامه گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص موضوع "آمادگی نظام سلامت در بحران‌ها":

حمایت طلبی ۱ – آمادگی نظام سلامت در بحران‌ها

گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان در پانصد و پنجاه و هشتمین جلسه خود مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۲ با حضور و مشارکت کارشناسان و مدیران مربوطه؛ موضوع آمادگی نظام سلامت در شرایط بحران را مورد بحث و بررسی قرار داد و پیشنهادهای زیر را مطرح نمود:
بر اساس گزارش جهانی کاهش خطر بلایا، توسعه پایدار بدون در نظر گرفتن رویکرد "کاهش خطر بلایا" امکان‌پذیر نمی‌باشد. در همه کشورها افزایش میزان مواجهه افراد و سرمایه‌ها در برابر بلایا بسیار سریع‌تر از کاهش آسیب‌پذیری صورت گرفته است. در نتیجه این امر، خطرات جدیدی به وجود آمده و خسارات ناشی از بلایا به طور مستمر افزایش یافته است. آمار وقوع

مخاطرات در ایران نیز میزان بالای وقوع مخاطرات طبیعی و انسان ساخت را نشان می‌دهد. لذا به منظور عملیاتی شدن اسناد ملی و "سند سندای" به عنوان راهبرد بین‌المللی کاهش خطر بلایا در سال ۲۰۳۰-۲۰۱۵ ضروری است راهبردهای آن در سیاست‌ها، برنامه‌ها، طرح‌ها و کلیه سطوح سیاستگذاری کشور لحاظ شده و با سایر اسناد مرتبط و موجود انطباق داده شود. خروجی مورد انتظار پس از اجرای این اسنادکاهش اساسی خطر، تلفات جانی و خسارات ناشی از بلایا به معیشت، سلامت، سرمایه‌های اقتصادی، فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی و کسب و کار در جوامع و کشورها تعیین گردید. برای تحقق این خروجی "پیشگیری از خطرات جدید از طریق اجرای اقدامات یکپارچه و فراگیر اقتصادی، ساختاری، قانونی، اجتماعی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و تربیتی، زیست محیطی، فناوری، سیاسی و نهادی که مواجهه با مخاطرات و آسیب‌پذیری در برابر بلایا را کاهش داده و آمادگی برای پاسخ و بازیابی پس از حوادث و تاب‌آوری در برابر بلایا را افزایش دهد". راهبردهای قابل پیگیری به شرح ذیل می باشد:

۱ - بازنگری سیاست های کلان نظام در حوزه کاهش خطر بلایا با رویکرد تاب آوری

برای سالهای ۱۴۰۴ تا ۱۴۲۴

۲ - توجه به موضوع کاهش خطر و مقابله با پیامدهای سلامتی تغییر اقلیم در برنامه هفتم توسعه

۳ - تدوین نقشه راه کاهش خطر بلایا در حوزه سلامت

۴ - سرمایه گذاری بر روی تربیت و بکارگیری مدیران متخصص و شایسته در حوزه مدیریت حوادث و بلایا

۵ - تقویت مشارکت مردمی برنامه ریزی شده، سازماندهی شده و نهادینه شده برای مدیریت خطر حوادث و بلایا با رویکرد تاب آوری جوامع

۶ - برنامه ریزی برای استفاده از مزیت رقابتی حوزه سلامت در حوادث و بلایای کشور در منطقه خاورمیانه

۷ - توسعه سامانه های هشدار سریع چندمخاطره ای با تمرکز بر مخاطرات شایع زلزله، سیل، گرد و غبار، امواج گرما

'The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction ۲۰۱۵-۲۰۳۰ was adopted at the Third UN World Conference in Sendai, Japan, on March ۱۸, ۲۰۱۵.

علاوه بر موارد فوق، لازم است در حوزه موضوعات ذیل نیز اقدامات لازم صورت پذیرد.

۱- ایجاد سازوکار / تقویت هماهنگی بین ذی نفعان مدیریت خطر بلایا در کشور

از طریق سازمان مدیریت بحران

- همپوشانی‌های سیاستی و عدم شفافیت شرح وظایف می‌تواند بر این مشکل دامن زند. ایجاد یک هماهنگی مطلوب به پیش‌نیازهایی نظیر شناخت عمیق ذی‌نفعان سیاست مورد نظر، تشریح وظایف سازمانی، ارتباطات و اطلاعات کافی نیاز دارد.
- لزوم هماهنگی در زمان **قبل از وقوع حادثه** بمنظور پاسخدهی مطلوب اقدامات و جلوگیری از موازی‌کاری و هدررفت منابع
- رصد مداوم اطلاعات مربوط به مخاطرات توسط سازمان مدیریت بحران کشور و اعلام به سازمان‌های مربوطه جهت برقراری ارتباط مناسب و اقدامات هماهنگ در طی این فرآیند
- هماهنگی با ذی‌نفعانی نظیر سمن‌ها، بخش خصوصی، خیرین و رسانه‌های جمعی
- استفاده از مشارکت افراد خبره، افراد دانشگاهی، سیاستگذاران و ظرفیت‌های مردمی
- جلوگیری از تعدد برنامه‌های جزیره‌ای و عدم اجرای برنامه جامع در سطح ملی

۲- ایجاد NEOC و سامانه جامع مدیریت اطلاعات حوادث و بلایا و به اشتراک

گذاری آن بین ذی نفعان

بدون شک وجود اطلاعات زیربنای ایجاد هماهنگی می‌باشد. این اطلاعات باید به صورت متمرکز و قابل دسترس برای ذی‌نفعان وجود داشته باشد تا بر اساس آن برنامه‌ریزی سازمانی و مشترک انجام پذیرد.

۳- ایجاد/تقویت ساختار یکپارچه مدیریت خطر بلایا در وزارت بهداشت

هر گونه بهبود و ارتقاء در سازمان‌ها مستلزم همراهی نیروی انسانی آن می‌باشد. تغییرات سریع ساختاری (در سطوح مدیریتی و کارشناسی) عامل ناکام ماندن برنامه‌ها و سیاست‌ها

می‌باشد. عدم تمایل به آینده‌نگری و گرایش به برنامه‌های زودبازده نیز از دیگر عوامل مؤثر در اجرای نامناسب سیاست‌ها می‌باشد.

۴- حمایت از پژوهش‌های کاربردی و الزام به کارگیری کاربست‌های آن با رویکرد تاب‌آوری در ابعاد مختلف

تهیه شواهدی که بتواند به صورت ملموس آسیب‌ها و خسارات ناشی از عدم مدیریت خطر بلایا را نشان دهد و در زمان پنجره فرصت به خوبی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین استفاده از آینده‌پژوهی برای ایجاد یک چشم‌انداز از آینده مدیریت خطر بلایا و پیش‌بینی پیامدهای آن باید مدنظر قرار گیرد.

۵- پیش‌بینی منابع پایدار در راستای کاهش خطر بلایا

اجرای برنامه‌ها در حوزه آمادگی، بازیابی، بازسازی نیازمند منابع مالی پایدار و ردیف بودجه اختصاصی است.

۶- تقویت فرآیندهای پایش و ارزشیابی برنامه‌های مدیریت خطر بلایا در ذی‌نقشان

- تجدید نظر در سیاست‌ها، برنامه‌ها، طرح‌ها، تخصیص بودجه پایدار و بازطراحی سطوح سیاست‌گذاری در راستای بهبود شاخص‌های پایش و ارزشیابی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.
- تهیه ابزار مناسب پایش، ایجاد ساز و کار پایش مستقل بیرونی، ایجاد ساز و کار پیگیری قضایی اجرای
- نظارت، در تمام مراحل از سوی دستگاه‌های نظارت‌شونده و نظارت‌کننده.
- مطالبه‌گری و پایش مستمر، گویا و متکی بر شاخص‌های اختصاصی و مؤثر با تحلیل نتایج اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها

۷- الزام رویکرد "ساخت بهتر از گذشته" در بازسازی

با فرهنگ‌سازی و استفاده از ظرفیت فضای مجازی، ایمنی می‌تواند به یک مطالبه عمومی تبدیل شود.

۸- تقویت/پیش بینی مدیریت جامعه محور بلایا با رویکرد فرهنگ سازی، تقویت خودمراقبتی و ایجاد مسئولیت اجتماعی

آموزش ها لزوماً باید اطلاعات جدیدی در اختیار افراد قرار گیرند و با بهره گیری از توان سازمان های خصوصی، مردم بومی منطقه، داوطلبین و استفاده از روش های مختلف نوین و متنوع آموزشی در سطوح مختلف در جهت تغییر نگرش باشد.

۹- ایجاد سازوکار پاسخگویی و مطالبه گری در حوزه مدیریت خطر بلایا

سازمان ها باید حس مسئولیت پذیری، پاسخگویی و توجه به حقوق اعضای جامعه را در قالب برنامه های راهبردی خود، مورد توجه قرار دهند.

افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی بدون در نظر گرفتن زیرساخت های لازم و بررسی همه جانبه نقاط ضعف و قوت موضوع و عواقب حاصل از آن در بخش پزشکی و دندان پزشکی مورد اعتراض بسیاری از صاحب نظران حوزه سلامت واقع شده است و اعتراض فرهنگستان نیز طی مکاتبات متعدد به مراجع ذی صلاح منعکس شده است (جلد دوم مجموعه مستندات فصل سوم)

نامه تعدادی از فارغ التحصیلان و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، لار و گراش و بیان مشکلات و چالش های آموزش پزشکی در دانشگاه های لار و گراش به مسئولان امر ارسال شده است:

مکاتبه با

رئیس محترم جمهور آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

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

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو پناه

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

(۱۴۰۲/۱/۱۹)

نمود زیر ساخت برای افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی

با سلام و خدا قوت

پیرو مکاتبه آذرماه سال گذشته درخصوص پذیرش رشته پزشکی در هفت دانشکده علوم پزشکی کشور توسط وزارت بهداشت لازم شد مجدداً به استحضار حضرت عالی رسانده شود که علی رغم گذشت دوماه از سال تحصیلی در دانشکده لار و گراش استان فارس متأسفانه تاکنون دانشکده های مذکور توان تأمین استاد آشنا به رشته پزشکی در واحدهای علوم پایه من الجمله آناتومی و فیزیولوژی که از دروس پایه و اساسی این رشته می باشد ناتوان بوده اند و دانشجویان در بلاتکلیفی کمبود استاد هستند. با توجه به ارایه دروس فوق درترم جاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز هم به علت بعد مسافت برای تأمین استاد هیچگونه همکاری با زیر مجموعه خود ندارد و از اعزام استاد متخصص که آشنا به تدریس در این رشته باشند، حذر نموده است و برخلاف تصمیم مسئولین وزارت بهداشت که دانشگاه های مادر را موظف به پوشش دادن استاد وسایر امکانات آموزشی کرده اقدامی صورت نگرفته است و هم اکنون تعداد محدودی فوق لیسانس بومی که تبحری درآموزش پزشکی ندارند و به گفته خودشان هیچگونه آشنایی با تدریس در این رشته نداشته اند عهده دارآموزش دانشجویان شده اند. متأسفانه مسئولین دانشکده های مذکور هم با گزارشات و تبلیغات واهی به مسئولین آموزشی وزارتخانه آن ها را متقاعد نموده اند که شرایط کاملاً ایده ال است درصورتی که خدا میداند خلاف واقع می باشد و پیگیری هم صورت نگرفته است. لذا پیرو پیگیری های قبل جنابعالی از طریق دفتر ریاست محترم جمهوری و پاسخ مسئولین وزارت متبوع باید به عرض رسانده شود که امکانات آموزشی شهرهای گراش و لار برای رشته پزشکی به شدت ضعیف بوده و به اقرار دانشجویان توان آموزشی دانشکده ها برای رشته های پیراپزشکی هم کافی نیست چه رسد به رشته پزشکی. در دنیایی که مجامع علمی به دنبال افزایش کیفیت آموزش و تحقیقات علوم پزشکی هستند ما به دنبال بالا بردن کمیت آن هستیم و هیچ توجهی هم به فراهم کردن امکانات نداریم. قطعاً ضرر آن متوجه نظام سلامتی خواهد شد که روزی همه دست اندر کاران آن فارغ التحصلانی از دانشگاه های معتبر کشور و دنیا بودند. باز از شما که از خبرگان و پیشکسوتان ودغدغه مندان حوزه سلامت هستید انتظار داریم که مجدداً دستور فرمایید تا پیگیریهای لازم صورت گیرد تا بیش ازاین شاهد ظلم بررشته پزشکی نباشیم. خداوند به شما ومسئولان دلسوز توفیق بیشتر عنایت فرماید.

فروردین 1402

از طرف فارغ التحصیلان و دانشجویان پزشکی شیراز، لار و گراش

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

کشورها برای دستیابی به آرمان های خود و 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 در سال ۱۳۸۹ به منظور دستیابی به اهداف چشم انداز بیست ساله کشور (تاسال ۱۴۰۴) تدوین شد. در این سند تلاش شده بر مبنای 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. این سند شامل بخش های مبانی، اهداف، سیاستها و راهبردها، ساختارها و الزامات تحول راهبردی علم و فناوری مبتنی بر ارزش های اسلامی و آینده نگر است.

نقشه جامع علمی کشور حدود سیزده سال پیش تصویب شده و بر روزآمدسازی آن در سال ۱۳۹۷ تأکید شده است؛ لذا باید بتوان با توجه به پیشرفت های علمی و تجربیات کشور در حوزه علم و فناوری، هر چه سریع تر نقشه راه جدیدی برای پیشبرد علم کشور در هماهنگی کامل با بیانیه گام دوم تدوین کرد.

باتوجه به اینکه بازنگری نقشه جامع علمی کشور در دستور شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار گرفته است؛ در ادامه گزیده ای از مکاتبات، پیشنهادهای و مستندات علمی فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص نقشه جامع علمی کشور ارائه می شود.

پیشنهادهای فرهنگستان در مورد تجدید نظر و ارتقای نقشه جامع علمی کشور و ارتقای نقشه جامع سلامت طی مکاتباتی به مراجع ذی نقش اعلام شده بود. (جلد دوم مجموعه مستندات فصل سوم)

بااین وجود مجدداً فرهنگستان علوم پزشکی به دلیل حضور صاحب‌نظران حوزه‌های مختلف سلامت اعلام آمادگی برای بازنگری بخش سلامت نقشه جامع علمی نموده و نظرات و پیشنهادهایی را تهیه و ارسال نموده است:

مکاتبه با

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو
پناه (۱۴۰۲/۲/۶)

اعلام آمادگی برای همکاری در بازنگری نقشه جامع علمی کشور

اهتمام شورای عالی انقلاب فرهنگی به بازنگری نقشه جامع علمی کشور، با توجه به منویات مقام معظم رهبری، حائز اهمیت راهبردی و شایسته احترام است. انجام این رسالت مهم، مرهون مشارکت طیف وسیعی از اندیشمندان و صاحب‌نظران نظام علم و فناوری و نوآوری در کشور است. طراحی صحیح و اصولی و متوازن کلان حوزه علم و فناوری سلامت، در بازنگری مجموعه نقشه جامع علمی، برای تحکیم یکی از پایه‌های پیشرفت پایدار ملی ضروری است.

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با برخورداری از نعمت بزرگ عضویت طیف وسیعی از اندیشمندان مجرب حوزه سلامت، و گروه‌های ۱۸ گانه علمی (شامل گروه‌های ۱- آموزش پزشکی ۲- فلسفه، اخلاق پزشکی و علوم زیستی ۳- ارتقاء سلامت ۴- آینده نگری، نظریه پردازی و رصد کلان سلامت ۵- علوم بالینی ۶- علوم بهداشتی و تغذیه ۷- علوم پایه پزشکی ۸- پژوهش ۹- پیراپزشکی ۱۰- علوم دارویی ۱۱- حکمت، طب سنتی و طب دوران تمدن اسلام و ایران ۱۲- علوم دندانپزشکی ۱۳- سلامت اجتماعی ۱۴- سلامت روان ۱۵- سلامت زنان ۱۶- سلامت معنوی اسلامی ۱۷- قرآن، عترت و سلامت ۱۸- سلامت و همکاریهای بین‌المللی) و کارگروه‌های مختلف تخصصی (شامل: ۱- کارگروه تدوین الگوی اسلامی ایرانی

پیشرفت در حوزه سلامت ۲- کارگروه مرجعیت علمی ۳- کارگروه اقتصاد مقاومتی سلامت ۴- کارگروه سیاست های کلی سلامت ۵- کارگروه فرهنگ سازی سلامت ۶- کارگروه رصد کلان نظام سلامت ۷- کارگروه مشترک سلامت معنوی اسلامی با حوزه ۸- کارگروه سبک زندگی اسلامی- ایرانی ۹- کارگروه جوانگرایی و بیانیه گام دوم انقلاب ۱۰- سند حمایت طلبی تولید واکسن در کشور ۱۱- سند آلودگی هوا ۱۲- سند ملی سلامت زنان ۱۳- جمعیت ۱۴- دفاع مقدس و سلامت ۱۵- خدمات انقلاب اسلامی در ۴ دهه ۱۶- نخبگان ۱۷- اولویت های پژوهشی ۱۸- راهبردی ۱۹- برنامه هفتم توسعه ۲۰- سلامت دیجیتال ۲۱- مخاطرات محیط زیست ۲۲- کارگروه های استانی (تبریز، اصفهان، مشهد، جنوب) در تقریباً همه ابعاد و شئون سلامت، از ظرفیت بزرگ کارشناسی و مشاوره ای برخوردار است. مزید اطلاع این فعالیت در فرهنگستان آغاز شده است و قبلاً رونوشت نامه به شماره ۷۵۶۷/ف ع پ مورخ ۱۴۰۱/۵/۲۳ (به شرح پیوست) به اطلاع شورا رسیده است.

ضمن اعلام آمادگی بسیج این مجموعه فاخر برای مشارکت در کارشناسی های ضروری کلان محور سلامت در نقشه جامع علمی، مزید توفیقات عموم دست اندرکاران این برنامه مهم را از خداوند متعالی مسئلت می نماید. (پیوست در جلد دوم مجموعه مستندات موجود است)

مکاتبه با دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو پناه (۱۴۰۲/۷/۵)

درخواست دریافت مستندات ضروری جهت بازنگری در نقشه جامع

علمی کشور

بااحترام، ضمن تشکر از جنابعالی جهت واگذاری مسئولیت تهیه پیش نویس بخش سلامت در بازنگری نقشه جامع علمی کشور، به استحضار می رساند در فرهنگستان کارگروهی متشکل از صاحب نظران حوزه سلامت شکل گرفته است. موجب امتنان است در راستای پرهیز از موازی

کاری و تسريع در امور محوله، نسخه ای از موارد زیر که در دبیرخانه شورا به انجام رسیده است، در دسترس فرهنگستان علوم پزشکی قرار گیرد:

الف-مدل انتخابی در تهیه نقشه و مدل مفهومی انتخاب شده

ب- ارزش ها و اخلاق حاکم بر نقشه

پ-مطالعات تطبیقی انجام شده

ت- آسیب شناسی نقشه جامع علمی در تدوین و اجرا

ث- بازه زمانی در نظر گرفته شده در نقشه جدید

ج- نگاشت نهادی تدوین شده

با در اختیار داشتن موارد بالا، فرهنگستان علوم پزشکی میتواند هماهنگ با سایر حوزه های علمی کشور در بازنگری نقشه ایفای نقش نماید.

همچنین در آذرماه ۱۴۰۲ و پیرو مکاتبات پیشین با شورای عالی انقلاب فرهنگی مکاتبه دیگری با دبیر محترم شورا حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر خسرو پناه انجام شد:

با احترام، پیرو نامه ۹۲۱۹/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۷/۵ در مورد بازنگری نقشه جامع علمی کشور، موارد زیر به استحضار عالی میرسد: تا این تاریخ موارد درخواست فرهنگستان در نامه فوق اشاره که تصویر آن ضمیمه است، دریافت نشده. از آنجا که در نقشه موجود و در حال اجرا، بخش سلامت بسیار ناقص و غیر متناسب با نیازهای روزافزون تامین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه جامعه و آحاد آن مطرح شده است، از ضروری ترین محورهای مورد نیاز برای بازنگری نقشه جامع علمی کشور، بعد حیاتی سلامت همه جانبه است. فرهنگستان علوم پزشکی در مناسبتهاى مختلف به این موضوع پرداخته است و آمادگی دارد با بهره گیری از ظرفیت بزرگ کارشناسی موجود، مفاد ضروری و اولویت دار این حوزه را متناسب و هماهنگ با سایر ارکان نقشه، کارشناسی و تنظیم و پیشنهاد نماید.

گایه فرهنگستان از عدم درخواست مشورت

و اعلام آمادگی برای تشکیل جلسات ستاد سلامت

بازگشت به نامه شماره ۱۴۰۲/۱۴۰۲/۱۰۶۷۲/دش مورخ ۱۴۰۲/۶/۵ در ارتباط با بند ۳ نامه حضرت عالی که به مصوبات متعددی در حوزه آموزش پزشکی در ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور اشاره فرموده بودید و در انتهای این بند تاکید شده بود که همه این مصوبات با بهره گیری از گزارشات و مستندات ارسالی از طرف فرهنگستان علوم پزشکی به تصویب رسیده است و در موضوعات مرتبط با حوزه سلامت تصمیمی که متخصصین سیاستگذاری در این حوزه مخالف آن باشند اتخاذ نخواهد شد باستحضار می‌رساند تاکنون از طرف دبیرخانه آن شورا در ارتباط با هیچیک از مصوبات حوزه سلامت از فرهنگستان علوم پزشکی که متشکل از متخصصان حوزه سلامت است و اصولاً یکی از وظایف اصلی آن مشاوره در حوزه سلامت است، مشورتی گرفته نشده است و کلیه مکاتبات و مستندات ارسالی فرهنگستان در ارتباط با مصوبات ستاد و شورا ناشی از دریافت اخبار از مسیر رسانه‌ها و بصورت اتفاقی بوده که بلافاصله حسب وظیفه، نظرات فرهنگستان ارسال شده است و شواهد حاکی است که به آنها هرگز توجهی نشده است. متأسفانه مطالبی از این قبیل که در نامه‌ای که برای حضرت عالی تنظیم شده است، واقعیت نداشته و ندارد، ما را در خصوص سرنوشت سلامت جامعه بیشتر نگران می‌کند. جهت استحضار جناب عالی موارد ذیل بعنوان نمونه ایفاد می‌گردد:

در مورد سیاست‌ها و ضوابط اجرایی آمایش آموزش عالی در عرصه سلامت در سال ۹۴ که در نامه حضرت عالی اشاره شده است، متأسفانه علیرغم اهمیت موضوع هیچگونه مشورتی

با فرهنگستان علوم پزشکی بعمل نیامده است و فرهنگستان بعد از تصویب سیاست‌ها و ضوابط اجرایی فوق‌الذکر در جلسه شورایی انقلاب فرهنگی از طریق رسانه‌ها متوجه مصوبه شد و بلافاصله نظرات و پیشنهادات کارشناسی شده و تخصصی خود را طی نامه شماره ۲۴۷۷/ف ع پ مورخ ۸/۴/۹۴ (تصویر پیوست) با ابراز نگرانی از ابهامات و اشکالات موجود در مصوبه مذکور به استحضار دبیر محترم وقت شورایی انقلاب فرهنگی رساند و به دفعات طی مکاتبات و نیز پیگیری‌های مکرر-تلفنی و مذاکره با دبیر محترم وقت شورا، نظرات اصلاحی فرهنگستان طی نامه شماره ۲۷۰۹/ف ع پ مورخ ۹۴/۱۰/۱۳ (تصویر پیوست) به دبیرخانه شورا ارسال گردید و در نهایت دفتر مقام معظم رهبری طی نامه شماره ۲۹۶۵۵/۱ مورخ ۹۴/۱۲/۳ (تصویر پیوست) نظر موافق معظم له را نسبت به پیشنهادات اصلاحی فرهنگستان علوم پزشکی در مصوبه مذکور به اطلاع وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیر وقت شورایی انقلاب فرهنگی رساند. هم‌اکنون پس از گذشت بیش از ۷ سال از مصوبه مذکور هیچگونه اقدامی در خصوص اصلاحات درخواستی مصوبه مذکور صورت نگرفته است. این مسئله و مثالها و اتفاقات مشابه بسیار ما را در خصوص سرنوشت موضوعات حیاتی مرتبط با سلامت در ساختار آن دبیرخانه محترم نگران می‌نماید و درخواست‌های مکرر ما برای فرصتی در اسرع وقت ممکن برای مذاکره با حضرت-عالی و ارائه توضیحات حضوری در مورد تناقض شدید فرمایشات حضوری جناب‌عالی با متن نامه مورد اشاره به-همین دلیل بود که متأسفانه با تأخیر زیاد فرصتی تعیین شد و روز قبل از تشکیل جلسه، آن را هم منتفی کردند. لذا مجبور به نگارش این نامه شدیم که باز هم برای توضیحات بیشتر، تقاضای جلسه فوری داریم.

ضمناً فرهنگستان علوم پزشکی مفتخر است که در سال ۹۵، نقد خود را بر سند ۲۰۳۰ طی نامه شماره ۳۱۲۳/ف ع پ مورخ ۹۵/۱۲/۱۱ به اطلاع مسئولین ذیربط از جمله شورایی انقلاب فرهنگی رساند (تصویر پیوست). همانطوریکه ملاحظه می‌فرمائید تاریخ آن نامه مربوط به چند ماه قبل از گلایه مقام معظم رهبری از شورایی انقلاب فرهنگی که در

اردیبهشت ماه ۹۶ فرمودند: "این شورا باید مراقبت می‌کرد و نباید اجازه می‌داد که کار تا جایی پیش برود که اکنون ما مجبور به جلوگیری از آن بشویم" بود. حال این سوال مطرح است که چرا از نظرات کارشناسی و تخصصی فرهنگستان علوم پزشکی بعنوان زیرمجموعه شورای عالی انقلاب فرهنگی در حوزه سلامت استفاده نشده است.

همانطوریکه حضوراً هم خدمتتان عرض شد، در بیانات ارزشمند مقام معظم رهبری، به این نکته اشاره فرموده‌اند که اگر در کشور ۲-۳ موضوع از اولویت برخوردار باشد، حتماً یکی از آنها سلامت است و در بیان دیگری می‌فرمایند که "سلامت محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی اگر در عرصه معنویت بخواهد رشد کند باید فرد سالمی باشد". با عنایت به فرمایشات مقام معظم رهبری درمورد جایگاه و اهمیت سلامت، تقاضا دارم، همانطوریکه در آخرین ملاقات مان، پس از توضیحات و عرایض اینجانب، فرمودید که جناب‌عالی هم معتقد هستید که سلامت باید بصورت ستادی جدا از بقیه ستادها و زیر نظر مستقیم دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی اداره شود و جزئیات اینکه چه گروه‌ها و زیر گروه‌هایی در ستاد مزبور باید تشکیل شود و از چه افرادی برای همکاری با مسئول ستاد سلامت دعوت شود (که جناب‌عالی هم با انتخاب جناب آقای دکتر حسن ابوالقاسمی، رئیس دانشگاه بقیه الله بعنوان رئیس ستاد، موافقت فرمودید) توسط خود آقای دکتر ابوالقاسمی پیشنهاد گردد.

ضمناً فرهنگستان علوم پزشکی آمادگی دارد تا در صورت تمایل، مکان مناسبی برای تشکیل جلسات ستاد سلامت شورای عالی انقلاب فرهنگی و گروه‌ها و زیرگروه‌های ذیربط در ساختمان کنونی فرهنگستان علوم پزشکی پیش بینی نماید.

مکاتبه بادبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسروپناه (۱۴۰۲/۸/۱۹)

آمادگی فرهنگستان در کمک به بازنگری موضوعات حوزه سلامت در

نقشه جامع علمی

پیرو نامه ۱۰۰/۹۲۱۹ مورخ ۱۴۰۲/۷/۵ در مورد بازنگری نقشه جامع علمی کشور، موارد زیر به استحضار عالی می‌رسد:

تا این تاریخ موارد درخواست فرهنگستان در نامه فوق‌الشاره که تصویر آن ضمیمه است، دریافت نشده است. از آنجا که در نقشه موجود و در حال اجرا، بخش سلامت بسیار ناقص و غیر متناسب با نیازهای روزافزون تامین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه جامعه و آحاد آن مطرح شده است، از ضروری‌ترین محورهای مورد نیاز برای بازنگری نقشه جامع علمی کشور، بعد حیاتی سلامت همه جانبه است.

فرهنگستان علوم پزشکی در مناسبت‌های مختلف به این موضوع پرداخته است و آمادگی دارد با بهره‌گیری از ظرفیت بزرگ کارشناسی موجود، مفاد ضروری و اولویت‌دار این حوزه را متناسب و هماهنگ با سایر ارکان نقشه، کارشناسی و تنظیم و پیشنهاد نماید.

بخش سوم-تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی

، مراقبتی و خدماتی برای ارتقای نظام سلامت کشور

اکثر نظام های سلامت موفق فعالانه چالش های سیستم خود را جستجو می کنند و با استفاده از دانش نوین به راهیابی بهترین روش های فایق آمدن بر مشکلات می پردازند این نظام ها یادگیرنده اند و در مقابل تغییرات سریع محیط خود را سازگار و حتی ارتقا میدهند. در این بخش تعدادی از چالش های حوزه سلامت و راهکارهای آن ذکر شده است.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۷/۲۴)

عدم تعمیم پذیرش دانشجوی پزشکی از مقطع کارشناسی

اخیراً موضوع مصوبه ای در شورای عالی برنامه ریزی مبنی بر تعمیم پذیرش دانشجوی پزشکی از مقطع لیسانس به عموم رشته های کارشناسی درمکاتبات و فضای مجازی منتشر شده است. فرهنگستان علوم پزشکی چندین سال قبل یعنی در زمان طرح موضوع با ذکر دلائل مخالفت خود را ابراز نمود(جلد اول مجموعه مستندات). در شرایط جاری نیز با توجه به اینکه اجرای چند ساله این طرح موفقیت بارز یا قابل اثباتی بدنبال نداشته و ادامه آن از توجیه لازم برخوردار نیست، تعمیم آن به سایر رشته ها و سایر دانشگاه ها می تواند عواقب نامناسبی در بر داشته باشد. ایجاد دوگانگی در آموزش دوره پزشکی عمومی، تضعیف اعتبار و موقعیت علمی و اجتماعی سایر رشته ها، تحمیل بار آموزشی بیشتر به دانشکده های پزشکی که در وضع عادی و جاری نیز از مشکلات متعدد برخوردارند، از جمله مشکلات مترتب بر چنین تصمیمی می تواند باشد.

عطف بمراتب فوق درخواست می شود چنانچه مصوبه ای مبنی بر تعمیم پذیرش دانشجوی طب از مقطع کارشناسی به عموم رشته های کارشناسی و عموم دانشکده های پزشکی یا مصوبه مشابهی انجام شده، بطور جدی مورد تجدید نظر قرار گیرد و تصمیم گیری در مورد

تداوم و یا توقف برنامه در حال اجرا نیز به بررسی های دقیق کارشناسی و انجام مطالعات در مورد عملکرد قبلی و ارزیابی کیفیت علمی و مهارت های دانش آموختگان براساس شیوه پذیرش از مقطع کارشناسی ، موکول شود.

باتوجه به نقش تغذیه و امنیت غذایی در سلامت، افزایش کارآیی و ارتباط آن با توسعه اقتصادی و اجتماعی مورد تایید گزارش های جهانی است و پرداختن به آن در اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران ، توسعه الگوی بسته امنیت غذایی (باغ) در جهت ارتقا امنیت غذا و تغذیه کشور طی مکاتبه ای قبلا به استحضار رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران رسیده بود.(جلد دوم مجموعه مستندات فصل سوم) در ادامه از تشکیل ساختارهای موازی برای سیاست گذاری حوزه امنیت غذایی انتقاد شده است:

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۹/۱۵)

انتقاد از ایجاد ساختار سیاستگذاری در حوزه امنیت غذایی

از سوی وزارت جهاد کشاورزی

موضوع تشکیل ساختاری برای سیاستگذاری اجرایی در حوزه امنیت غذایی از سوی وزارت جهاد کشاورزی به شیوه های مختلف (تدوین سند دانش بنیان امنیت غذا و ایجاد ستاد امنیت غذایی در جهاد کشاورزی، الحاق ماده ای به برنامه هفتم توسعه برای تشکیل شورای عالی امنیت غذایی، لایحه تغییر دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی یا اصلاح ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور) پیگیری می شود که با تدابیر حضرتعالی خوشبختانه تاکنون ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به قوت خویش باقی بوده و کماکان پیگیر وظایف و ماموریت های قانونی در حیطه سلامت و امنیت غذایی است. با توجه به استمرار این تلاش ها موضوع در مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی طرح و

با توجه به موارد ذیل بر عدم انتزاع سلامت و امنیت غذایی از یکدیگر و تفکیک شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا هر تغییر و اصلاح در ماده قانونی مربوطه (که سبب تضعیف نظارت حوزه سلامت بر تامین و تولید مواد غذایی شود) تاکید گردید.

۱- امنیت غذایی ابعاد مختلفی دارد (از جمله تولید و فراهمی مواد غذایی، دسترسی اقتصادی به غذا، سلامت و ایمنی مواد غذایی، امنیت تغذیه‌ای و سیری سلولی، تاب آوری نظام غذا) و حیطة عمل وزارت جهاد کشاورزی عمدتاً تامین و فراهمی مواد غذایی است که حتی در این بخش نیز باید نیازهای غذایی گروه‌های جمعیتی در کشور مد نظر قرار گیرد. به طور کلی هدف اولیه از تولید و فراهمی مواد غذایی، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه در کوتاه مدت و دراز مدت بوده و بر همین اساس تامین امنیت غذایی و بهره‌مندی مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی از جمله سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغ مقام معظم رهبری) می‌باشد.

۲- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که با استدلال فوق از تلفیق دو شورای امنیت غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت تشکیل گردید، شورایی فراسازمانی و فرادستگاهی است که در زمینه امنیت غذایی به همه ابعاد آن توجه داشته و تنظیم سند ملی امنیت غذا و تغذیه با مشارکت ۲۱ سازمان و وزارتخانه دیگر بیانگر ظرفیت این شورا برای هماهنگی بین دستگاهی و توجه به همه ابعاد امنیت غذایی با محوریت سلامت افراد جامعه است. بدیهی است عنایت حضرتعالی به تقویت این شورا و تشکیل جلسات امکان استفاده بهتر از ظرفیت این شورا را فراهم نموده است.

۳- بررسی مصوبات شورا و گزارش پیشرفت آن نشان می‌دهد با وجود اخذ سیاست‌های اجرایی مناسب برای ارتقای امنیت غذایی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (از جمله سیاستهای اجرایی در زمینه خودکفایی دانه‌های روغنی، واردات روغن، نظارت بر واردات مواد غذایی، تقویت نظارت بر قاچاق کالا، الزام وزارت جهاد کشاورزی برای حذف سموم و کودهای قاچاق و غیر استاندارد از بازار و تقویت نظارت بر تولید و فروش کود و سموم شیمیایی، آموزش کشاورزان و شناسه دار کردن محصولات کشاورزی)، متأسفانه هنوز

چالش‌های متعددی در زمینه سلامت محصولات غذایی وجود دارد و بدیهی است انتزاع امنیت غذایی از سلامت وضع موجود را بدتر خواهد کرد.

۴- تجميع فعاليتهاى تدوين، اجرا و پايش سياست‌هاى امنيت غذايى در يک دستگاه زمينه را براى اولويت دادن به ساير حيطه ها و کم رنگ تر شدن اهميت سلامت و ايمنى در بحث توليد و فراهمى مواد غذايى فراهم کرده و بيم آن مى رود سلامت افراد جامعه تحت شعاع ساير سياستها و اولويت ها قرار گرفته و هزينه هاى بيشترى را در دراز مدت بر کشور تحميل نمايد. علاوه بر سلامت، ساير ابعاد توسعه پايدار که بر حفظ محيط زيست و حفظ منابع برگشت ناپذير براى نسلهاى آينده تاکيد دارد، در يک فرايند انحصارى براى توليد و فراهمى مواد غذايى تحت تاثير خواهد گرفت که نتايج آن بسيار فراگير بوده و در دراز مدت بر ساير جنبه هاى امنيتى در کشور (از جمله مهاجرت ، بیکارى ، بى آبى و کم آبى ...) تاثير خواهد گذاشت.

۵- بديهى است تفکيک دو شورا بار زيادى را بر مجموعه دولت تحميل کرده و در بهترين حالت منجر به تشکيل دو ساختار موازى خواهد شد که اعضاى مشترکى دارند. پيشنهاد مى گردد با تقويت جاىگاه وزارت جهاد کشاورزى در شوراى عالى سلامت و امنيت غذايى از طريق تشکيل کميسيون، کارگروه و کمیته‌هاى تخصصى فرصت بيشترى براى طرح سياست‌هاى اجرايى حوزه تامين و فراهمى غذا در شوراى مذکور فراهم گردد و اين حيطه مهم از امنيت غذايى در کنار ساير ابعاد و با محوريت سلامت به صورت هماهنگ در جهت ارتقاى امنيت غذايى جامعه حرکت نمايد.

در پايان خاطر نشان مى گردد شوراى عالى سلامت و امنيت غذايى يکى از افتخارات نظام جمهورى اسلامى ايران در مجامع بين المللى و نشان دهنده عزم و همت و تعهدى است که سياستگذاران ارشد کشور در قبال سلامت جامعه متقبل شده اند. حفظ و ارتقاى اين سرمايه مى در دولت حضرتعالى مهر تاييدى بر مردمى بودن اين دولت بوده و پشتوانه اى براى تحکيم پايه هاى حاکميتى در جمهورى اسلامى ايران است.

خواهشمند است به شيوه مقتضى از طرح ايجاد ساختارى مجزا براى امنيت غذايى در دولت، مجلس و يا ساير شوراهاى تصميم گيرنده جلوگيرى فرموده و با تقويت جاىگاه شوراى عالى

سلامت و امنیت غذایی به عنوان بازوی مشورتی حضرتعالی در حکمرانی سلامت، توسعه همه جانبه و مبتنی بر حفظ و نگهداشت سرمایه‌های اصلی و برگشت ناپذیر کشور در ابعاد انسانی و محیط زیست را به عنوان الگویی متعالی از توسعه تثبیت فرمایید.

با اینکه دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های متعددی در جهت الزام تولیدکنندگان و وارد کنندگان محصولات تراریخته به برچسب‌گذاری وجود دارد، ولی موارد عدم تمکین از قوانین باعث شد تا فرهنگستان طی مکاتبات مختلفی در سالهای ۱۳۹۷-۱۳۹۸ و ۱۴۰۰ با ارائه راهکارهای عملیاتی در جهت برچسب‌گذاری محصولات غذایی تراریخته و برخورد قاطع با متخلفین تأکید نماید. (جلد اول بخش نهم و جلد دوم فصل سوم مجموعه مستندات) باتوجه به اهمیت موضوع، تاکید مجدد فرهنگستان بر اجرای موثر قانون ایمنی زیستی و بخشنامه‌های مرتبط ذکر می‌شود:

مکاتبه با رئیس محترم سازمان غذا و دارو جناب آقای دکتر سیدحیدر محمدی (۱۴۰۲/۴/۱۸)

لزوم برچسب‌گذاری محصولات تراریخته

بازگشت به نامه شماره ۳۰۵۶۴/۶۵۵ مورخ ۱۴۰۲/۴/۱۲، به اطلاع می‌رساند فرهنگستان علوم پزشکی که وظیفه رصد کلان سلامت جامعه را به عهده دارد، کماکان بر لزوم نظارت عملی و موثر در خصوص برچسب‌گذاری محصولات تراریخته تاکید دارد و این موضوع را از دیگر مراجع نظارتی نیز پیگیری می‌نماید. آنچه که مسلم است تمام این اقدامات برای آن است که مصرف کنندگان محصولات غذایی که آحاد مردم می‌باشند، به آسانی بتوانند از محتوای مواد غذایی و خوراکی و از جمله و بخصوص از تراریخته و غیر تراریخته بودن محصولاتی که خریداری می‌نمایند آگاه شوند. متأسفانه با یک نظرسنجی ساده می‌توان متوجه شد که اولاً بر روی همه محصولات غذایی، برچسب‌گذاری لازم صورت نگرفته و در صورتی که برچسبی وجود داشته باشد، به هیچ وجه خوانا نیست. عملاً این شیوه اطلاع رسانی غیر موثر بوده و تاثیر معنی‌داری بر روی آگاهی مردم از محتوای محصولات و از

جمله از تراریخته یا غیر تراریخته بودن محصولات، ندارد. لذا فرهنگستان علوم پزشکی کماکان بر اجرای موثر قانون ایمنی زیستی و بخشنامه‌های مرتبط به نحوی که مردم و آحاد جامعه از آن بهره‌مند شوند، تاکید می‌نماید. از حضرت‌عالی انتظار می‌رود که اطلاعات دقیق‌تر از اقدامات عملی که انجام داده و یا خواهید فرمود، فرهنگستان علوم پزشکی را مستحضر فرمایند.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف (۱۴۰۲/۱۱/۷)

موضوع محصولات غذایی تراریخته، آلاینده‌ها و تقلبات مواد غذایی از مسائل مهم تاثیرگذار بر تامین، حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه است که در سیاست‌های کلی سلامت و سایر اسناد بالادستی مورد تاکید قرار گرفته است. در این ارتباط فرهنگستان علوم پزشکی با تشکیل جلسات کارشناسی و طرح آنها در شورای آینده نگاری و نظریه پردازی این فرهنگستان با حضور کارشناسان دستگاه‌های مسئول و صاحب‌نظران، خلاصه سیاستی پیوست را مشتمل بر تحلیل چالش‌ها و ارائه راهکارهای مرتبط آماده نموده است.

خلاصه سیاستی ۵- محصولات تراریخته، آلاینده ها و تقلبات مواد

غذایی

چکیده

اجرای سند ملی امنیت غذایی، توجه ویژه به موضوع محصولات غذایی تراریخته و اطلاع رسانی شفاف به مصرف کننده، مدیریت تقلبات و آلاینده های مواد غذایی، و ارتقاء سواد و فرهنگ عمومی سلامت غذا در کشور میتواند کمک شایانی به ارتقاء سلامت جامعه نماید.

کلیدواژه ها: سند ملی امنیت غذایی، محصولات غذایی تراریخته، مدیریت آلاینده ها و

تقلبات مواد غذایی

مقدمه

در حوزه مواد غذایی، امروزه دولت ها علاوه بر تامین مواد غذایی، وظیفه نظارت بر کیفیت، سلامت و اصالت مواد غذایی (Food Integrity) را نیز بر عهده دارند. با توجه به مصرف روزانه انواع مواد غذایی و آشامیدنی توسط عموم مردم، وجود آلاینده ها و تقلبات در مواد غذایی، سلامت عمومی را به شدت دچار مخاطره می نماید و با ایجاد انواع بیماری های حاد و مزمن علی الخصوص سرطانزایی، هزینه بخش درمان را به شدت افزایش میدهد. لذا سازمان جهانی بهداشت و سازمان خواروبار و کشاورزی ملل متحد اهتمام ویژه ای به این موضوع داشته و برنامه های متعددی را برای کیفیت، اصالت و سلامت مواد غذایی در دستور کار خود داده اند. از طرف دیگر، کشورهای پیشرفته دنیا نیز با اقدامات مختلفی از جمله قانونگذاری در حوزه کنترل آلاینده ها و تقلبات، غذا های تراریخته و با توسعه فناوری های نوین برای شناسایی برخط و سریع آلاینده ها و تقلبات با حسگر های هوشمند و هوش مصنوعی، پایش منظم آلاینده ها و تقلبات در مواد غذایی و انجام مطالعات ارزیابی و مدیریت خطر، برخورد شدید با متقلبین، نظارت جدی بر واردات مواد غذایی و محصولات تولیدی کشور، و ارتقاء فرهنگ عمومی سلامت و اصالت غذا، به ارایه غذای باکیفیت، سالم و اصیل به مردم مبادرت میکنند.

همچنین موضوع محصولات غذایی تراریخته نیز به شدت مورد توجه دولت ها بوده و آنها ضمن پایش و کنترل مواد غذایی تراریخته خصوصا در هنگام واردات مواد غذایی و محصولات کشاورزی آن، اقدامات لازم برای تشخیص آسان مواد تراریخته توسط مصرف کننده در هنگام خرید مواد غذایی را نیز به عمل آورده اند.

۱. محصولات غذایی تراریخته

در کشور ما اقداماتی در خصوص نشانه گذاری مواد غذایی تراریخته به عمل آمده است. بر اساس گزارش سازمان غذا و دارو، برای کلیه محصولات غذایی حاوی یا حاصل از محصولات تغییر ژنتیکی یافته به صورت خالص یا ترکیبی با هر درصدی در فرمولاسیون، باید عبارت "تغییر ژنتیکی یافته" یا "تراریخته" برای جزء تراریخته ذکر شود. بر اساس تبصره ۴ ماده ۴ آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۷ قانون ایمنی زیستی "درج هرگونه عبارت یا علامت دیگر به عنوان برچسب گذاری محصولات تغییر شکل یافته ژنتیکی (تراریخته) مستلزم کسب مجوز از شورای ملی ایمنی زیستی است" که تاکنون این شورا متأسفانه مجوزی جهت درج لوگو یا آرم برای محصولات تراریخته صادر ننموده است.

چالش‌ها

در حال حاضر، در بعضی محصولات غذایی موجود در بازار، عبارت "تغییر ژنتیکی یافته" یا "تراریخته" برای جزء تراریخته ذکر میشود که بسیار به سختی توسط مصرف کننده قابل شناسایی است و از لوگو یا آرم برای شناسایی راحت و آسان محصولات تراریخته توسط مصرف کننده استفاده نمیشود.

عدم وجود مجوز جهت درج لوگو یا آرم برای محصولات تراریخته
عدم پیگیری سازمان غذا و دارو از شورای ملی ایمنی زیستی جهت صدور مجوز برای درج لوگو یا آرم برای محصولات تراریخته

راهکارها

درخواست و پیگیری سازمان غذا و دارو از شورای ملی ایمنی زیستی جهت صدور مجوز برای درج لوگو یا آرم برای محصولات تراریخته
پس از صدور مجوز، لازم است سازمان غذا و دارو شرکت های تولید کننده مواد غذایی برای درج لوگو یا آرم واضح و مشخص برای شناسایی سریع و آسان محصولات تراریخته توسط مصرف کننده

۲. آلاینده های مواد غذایی

در کشور ما اقداماتی برای تعیین حدود مجاز برای انواع آلاینده ها و در ادامه توسعه روش های آنالیز برای شناسایی این آلاینده ها در مواد غذایی و نهایتا پایش و کنترل آنها در محصولات وارداتی و تولید داخل به عمل آمده است. ولی متأسفانه با توجه به شناسایی صدها آلاینده مواد غذایی و گسترش تعداد آنها در دهه اخیر، در حال حاضر چالش های متنوعی در مورد پایش آلاینده ها در مواد غذایی و محصولات کشاورزی، ارزیابی خطر آنها و مدیریت این خطرها وجود دارد.

چالش ها

- نارسایی قانون حمل مستقیم مواد غذایی و محصولات کشاورزی از گمرکات کشور
- فقدان برنامه راهبردی و نقشه راه برای مدیریت و کنترل آلاینده ها در مواد غذایی
- فقدان کمیته ملی ارزیابی خطر در کشور
- فقدان گزارش سالیانه از وجود آلاینده ها در مواد غذایی
- عدم انجام مطالعات در خصوص سبب غذایی مطلوب
- عدم انجام ارزیابی خطر آلاینده ها با توجه به وجود اطلاعات حاصل از آنالیز آلاینده ها در هزاران نمونه مواد غذایی در هر سال
- عدم بروز رسانی حدود مجاز آلاینده ها در مواد غذایی بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی خطر
- عدم تدوین حدود مجاز برای آلاینده هایی که تاکنون برای آنها حدود مجاز وضع نشده است
- عدم توسعه روش های تشخیص و آنالیز برای آلاینده های نوظهور در مواد غذایی
- عدم توسعه روش های نوین غربالگری و استفاده از روش هایی مانند هوش مصنوعی برای آنالیز سریع، آسان و ارزان آلاینده ها

راهکارها

- اجرایی نمودن سند ملی امنیت غذایی با تدوین برنامه راهبردی و نقشه راه برای مدیریت و کنترل آلاینده ها در مواد غذایی
- لغو فوری قانون حمل مستقیم مواد غذایی و محصولات کشاورزی از گمرکات کشور
- تشکیل کمیته ملی ارزیابی خطر در کشور با حضور متخصصین برجسته کشور
- تهیه گزارش سالیانه از وجود آلاینده ها در مواد غذایی
- انجام مطالعات روی سبد غذایی
- ارزیابی خطر آلاینده ها با توجه به وجود اطلاعات حاصل از آنالیز آلاینده ها در هزاران نمونه مواد غذایی در هر سال
- بروز رسانی حدود مجاز آلاینده ها در مواد غذایی بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی خطر
- عدم تدوین حدود مجاز برای آلاینده هایی که تاکنون برای آنها حدود مجازی وضع نشده است
- برنامه ریزی برای توسعه روش های آنالیز غربالگری و پیشرفته دستگاہی برای آنالیز آن دسته از آلاینده ها که روش آنالیزی برای آنها موجود نیست
- توسعه روش های نوین غربالگری با استفاده از حسگرهای هوشمند و هوش مصنوعی برای آنالیز سریع، آسان و ارزان آلاینده ها

۳. تقلبات مواد غذایی

متأسفانه موضوع تقلبات مواد غذایی و محصولات کشاورزی از سال ۱۳۹۲ در جهان وارد مرحله جدیدی شده است و تلاش های سازمان یافته ای برای ورود مواد غذایی تقلبی به بازار مصرف در دنیا انجام میشود که به کم فروشی، ارایه مواد غذایی بی کیفیت و در مواردی حاوی مواد سمی و سرطانزا به مصرف کننده، و احتمال انجام بیوتروریسم منتهی می شود. این موضوع بسیار پیچیده بوده و احتیاج به برنامه ریزی و هماهنگی دستگاه های مختلف برای مبارزه با این پدیده بسیار خطرناک دارد. از مهمترین محورهای مدیریت

تقلبات مواد غذایی میتواند به شناسایی نقاط آسیب پذیر در زنجیره عرضه مواد غذایی، برنامه ریزی برای توسعه فناوری های نوین شناسایی تقلبات، قانونگذاری، آموزشهای مردمی و برخورد قضایی با متقلبین اشاره نمود. در بسیاری از کشورهای دنیا ساختارهای ویژه ای در زمینه اصالت و مدیریت تقلبات مواد غذایی تشکیل شده است.

چالش ها

- فقدان ساختار مستقلی در کشور برای مدیریت تقلبات در مواد غذایی و محصولات کشاورزی
- فقدان برنامه راهبردی و نقشه راه برای مدیریت و کنترل تقلبات در مواد غذایی
- عدم همکاری بین بخشی برای مدیریت تقلبات در کشور
- عدم انجام آزمایشات شناسایی تقلبات توسط سازمان های نظارتی در مورد بسیاری از مواد غذایی
- فقدان روش ها و فناوری های نوین آنالیز برخاسته شناسایی تقلبات در زنجیره عرضه مواد غذایی
- قانون حمل مستقیم مواد غذایی و محصولات کشاورزی از گمرکات کشور
- فقدان قوانین و اقدامات بازدارنده قوی و شدید برای افراد، صنایع و عرضه کنندگان مواد غذایی که در زنجیره تولید و عرضه به انجام تقلبات مبادرت میکنند.
- فعالیت مجموعه های فروش مستقیم و یا اینترنتی مواد غذایی بدون نظارت سازمان های نظارتی
- عدم آموزش جامعه در زمینه های ضروری
- عدم آگاه سازی مردم جهت کشف تقلبات با روش های آسان

راهکارها

- اجرایی نمودن سند ملی امنیت غذایی با تدوین برنامه راهبردی و نقشه راه برای مدیریت و کنترل تقلبات در مواد غذایی
- لغو فوری قانون حمل مستقیم مواد غذایی و محصولات کشاورزی از گمرکات کشور

- ایجاد ساختاری مستقل در سازمان غذا و دارو و وزارت جهاد کشاورزی برای مدیریت تقلبات در مواد غذایی و محصولات کشاورزی
- توسعه همکاری بین بخشی برای مدیریت تقلبات در کشور
- تصویب قوانین و اقدامات بازدارنده قوی و شدید برای مدیریت تقلبات مواد غذایی و برخورد قضایی با متقلبین
- اجباری نمودن انجام آزمایشات شناسایی تقلبات مواد غذایی توسط سازمان های نظارتی در مورد مواد غذایی که در دستور کار نیستند
- توسعه روش های نوین غربالگری با استفاده از حسگرهای هوشمند و هوش مصنوعی برای آنالیز برخط، سریع، آسان و ارزان تقلبات در زنجیره عرضه مواد غذایی
- نظارت و کنترل فعالیت مجموعه های دارای فروش مستقیم و یا اینترنتی مواد غذایی بوسیله نظارت سازمان های نظارتی
- توسعه آموزش های مردمی برای شناسایی آسان تقلبات
- در کنار اقدام جهت اجرای راهکارهای ذکر شده در هر بخش، حمایت های مورد نیاز جهت تحقق اهداف عبارتند از:
- توجه ویژه به اجرای دقیق سند ملی امنیت غذایی
- تدوین برنامه های راهبردی و نقشه راه
- افزایش همکاری های بین بخشی بین سازمان ها و وزارتخانه ها
- توسعه سازمان های مردم نهاد در حوزه غذا
- تقویت بخش غذا در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران آیت ا... جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۶/۱۴)

بیانیه مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی درخصوص "تحلیلی بر طرح دارویار" که با برگزاری جلسات متعدد و با حضور کارشناسان و صاحب نظران تهیه شده است:

بیانیه ۳-تحلیلی بر طرح دارویار

مقدمه

نقد سیاستها و برنامه های در حال اجرا در حوزه سلامت و ارائه پیشنهاد ها به مراجع و دستگاههای ذیربط و همچنین نظارت بر اجرای سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری از وظایف عمده فرهنگستان علوم پزشکی میباشد. با توجه به کمبودهای دارویی در مقاطع زمانی مختلف، فرهنگستان علوم پزشکی در راستای وظایف خود بررسی علل و راهکارهای رفع کمبود داروها و از جمله تحلیل طرح دارویار را با برگزاری جلسات با صاحب نظران و نیز انجام چندین پژوهش در دستور کار قرار داد. این بیانیه به جمع بندی و نتایج مباحث انجام شده می پردازد.

چالشهای طرح دارویار

سیاست تخصیص ارز ترجیحی برای دارو در سالهای اخیر موجب افت ۷۵ درصدی صادرات رسمی، کاهش ذخیره استراتژیک بیش از نیمی از داروهای کشور به کمتر از ۶ ماه، از بین رفتن قدرت رقابت داروهای ساخت ایران، قاچاق معکوس دارو، بیش ازپهاری مواد وارداتی توسط برخی از شرکت ها و رانت ۷ هزار میلیارد تومانی شرکت های تولیدکننده مواد اولیه دارویی شده است. از سال ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ روندافزایشی تخصیص ارز به پروانه های موقت در مقابل روند کاهشی تخصیص ارز به پروانه های ثبت شده و همچنین وجود کمبود علیرغم افزایش راه های تامین دارو، سبب شد مجلس شورای اسلامی در قانون بودجه ۱۴۰۱ اختیار حذف یا تداوم ارز ترجیحی را به شرط اینکه دارو به قیمت پایان شهریورماه ۱۴۰۰ به دست مردم برسد به دولت تفویض نماید. در این راستا دولت محترم تصمیم گرفت در طرح "دارویار" برای واردات مواد اولیه دارو بجای ارز ترجیحی از ارز نیمایی استفاده شود و همانطور که درسال های گذشته بارها از طرف گروه علوم دارویی فرهنگستان پیشنهاد شده بود، ما به التفاوت قیمت دارو توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت شود بدون اینکه پرداختی از جیب بیمار افزایش یابد. انتظار می رفت با اجرای این طرح، توزیع یارانه دارو متناسب با نیاز بیماران، بهره مندی همه دهک های درآمدی از طرح، کنترل قاچاق معکوس و رشد صادرات رسمی دارو اتفاق بیافتد. معهذرا چند ماه قبل از شروع

طرح، کمبودهای دارویی در سطح کشور آغاز و با اجرای طرح به اوج خود رسید بطوری که واردات ساده‌ترین داروها با چندین برابر قیمت داروی مشابه داخلی در دستور کار قرار گرفت و البته با توجه به کیفیت پایین برخی از اقلام وارداتی، پس از مدتی دستور جمع آوری بعضی از آنها صادر شد.

مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی ضمن ارج نهادن به تلاش های مسئولین محترم اجرای طرح دارویار با بررسی جوانب مختلف، چالشها و مشکلات اجرای صحیح طرح در سال ۱۴۰۱ را به شرح ذیل اعلام می‌نماید:

- عدم همکاری و هماهنگی کافی بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی و سازمان های بیمه گر در طراحی و اجرای دارویار
- اجرا نشدن طرح و عدم صدور مجوز اصلاح قیمت برای کارخانجات داروسازی تا پایان ۳ ماه اول سال ۱۴۰۱ که سبب توقف یا کاهش تولید دارو در برخی از شرکت ها شد (این اقدام به دلیل احتمال افزایش قیمت و به رغم خرید مواد اولیه دارویی با ارز ترجیحی صورت گرفت).
- کمبود نقدینگی شرکت‌های دارویی بدلیل مابه‌التفاوت زیاد قیمت‌های ارز ترجیحی و نیمایی
- عدم امکان ترخیص مواد اولیه دارویی از گمرکات بدلیل افزایش مالیات بر ارزش افزوده مواد اولیه دارویی به ۹ درصد ارز نیمایی در بودجه سال ۱۴۰۱
- قیمت‌گذاری دستوری و نامناسب دارو بدون در نظر گرفتن تورم
- عدم دعوت از سازمانهای بیمه گر برای مشارکت در طراحی دارو یار و در نتیجه عدم اختصاص ردیف بودجه در آن سازمان ها جهت پرداخت مطالبات
- عدم تخصیص مبلغ لازم برای تامین داروهای مورد نیاز در بودجه سال ۱۴۰۱

- عدم ثبات مدیریتی و تغییرات مکرر در سازمان غذا-دارو، هلدینگ های بزرگ دارویی، سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی و وزارت صمت (این موضوع بعضا تا پایین ترین سطوح را در بر گرفته است).

- عدم تحقق وعده اعطای تسهیلات بانکی و تسهیل در ترخیص مواد اولیه دارویی به تولید کنندگان تا چندین ماه پس از اجرای طرح.

متأسفانه در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ بدون توجه به تجربیات تلخ سال ۱۴۰۱ اشتباهات مشابه از جمله عدم همکاری و هماهنگی کافی بین مسئولین، کمبود نقدینگی شرکت های دارویی، قیمت گذاری دستوری داروها بدون در نظر گرفتن تورم و تکرار شد. تداوم کمبود دارو در کشور علاوه بر آنکه اثرات منفی اقتصادی، درمانی و روانی به همراه دارد، می تواند سبب کاهش سرمایه اجتماعی نظام سلامت و بحران های اجتماعی شود.

راهکارها

۱- همکاری و هماهنگی سازمانهای دخیل در اجرای طرح:

همکاری بین بخشی لازمه اجرای موفقیت آمیز هر طرح ملی و اجتناب نا پذیر میباشد. به منظور رفع کمبودهای تکراری دارویی کشور پیشنهاد میشود ستادی زیر نظر ریاست محترم جمهور و متشکل از وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، روسای محترم سازمانهای غذا دارو، برنامه و بودجه، بانک مرکزی، سازمانهای بیمه گر و نماینده ای از سندیکای صاحبان صنایع دارویی کشور تشکیل و بطور مرتب وضعیت دارویی کشور را رصد و بر اساس سیاستهای کلی سلامت با بهره گیری از پیشنهادات صاحب نظران صنایع دارویی، دانشگاهی، فرهنگستان علوم پزشکی و.. تصمیمات سازنده و با ثبات اتخاذ نمایند.

۲- لزوم اجرای دقیق نظام دارویی ملی کشور براساس سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

الف) لزوم اجرای دقیق طرح ژنریک

تامین داروهای مورد نیاز جامعه در کنار پیشگیری از بروز و شیوع بیماری ها از مهمترین وظایف نظام های سلامت به شمار می رود. ترویج داروهای ژنریک توسط سازمان های بیمه گر و دولت ها به عنوان داروهای جایگزین و هم ارز ولی با قیمت های پایین تر در اکثر کشورها از سیاستهای کلان نظام سلامت می باشد. این مورد در سالیان اخیر در بیشتر کشورهای توسعه یافته عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) نیز برای آنکه با توجه به میزان درآمد ملی بتوانند بودجه های بهداشت و سلامت را مدیریت نمایند به وضوح دیده می شود. به عنوان مثال در سال ۱۴۰۰ در کشورهای اروپایی نظیر هلند و بریتانیا و همچنین در ایالات متحده آمریکا سهم عددی داروهای ژنریک ۷۸ تا ۸۵ درصد با سهم ارزشی ۲۲ تا ۳۶ درصد بوده است و علیرغم ورود داروهای گران قیمت با فن آوری بالا میزان رشد هزینه های داروها در این کشورها منفی بوده است. جمهوری اسلامی ایران از سالهای اول پیروزی انقلاب توانست با استقرار نظام دارویی ملی از طریق اجرای طرح ژنریک و تاسیس کارخانجات داروسازی، داروهای با کیفیت ولیکن باقیمت ارزان را در دسترس مردم قرار دهد.

علیرغم دو دهه موفقیت نظام دارویی ملی کشور که بر پایه استفاده از داروهای ژنریک بنا شده بود از سال ۱۳۸۲ با تاسیس داروخانه های تک نسخه ای و صدور مجوزهای تولید داروها به وسیله شرکتهای تحت لیسانس، به منظور ایجاد رقابت و مشخص نمودن محصول هر شرکت از محصولات شرکت های تولیدی دیگر و توجیهی برای افزایش قیمت دارو، تولید داروها با نام برند - ژنریک مجاز اعلام گردید. بررسی های صورت گرفته نشان میدهد که در طی سالهای گذشته درصد داروهای برند ژنریک در مقایسه با داروهای ژنریک افزایش یافته است بطوریکه در سال ۱۴۰۰ حدود ۵۰٪ داروها با نام برند - ژنریک بوده که نتیجه ان افزایش بار مالی و هزینه های تحمیل شده به بیمه ها و بیماران بوده است، در حالی که در سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۱ و قانون برنامه پنجساله ششم و سایر اسناد بالا دستی بر ترویج داروهای ژنریک در نظام سلامت کشور تاکید شده

است. بررسی‌های انجام شده در سال ۱۴۰۰ نشان می‌دهد که ۳۸ پروانه از پروانه‌های صد داروی پرفروش که ۷۵ درصد سهم عددی بازار دارویی کشور را دارند، برند- ژنریک است و شش دارو ده تا چهارده نام برند- ژنریک دارند.

در طرح دارویار به سیاست‌های کلی سلامت از جمله طرح ژنریک و همچنین سیاست‌های اقتصاد مقاومتی توجهی نشده است و همواره روی قیمت ارز و واردات یک گروه محدود از داروها تاکید می‌شود. عدالت اقتضا می‌کند داروهای اساسی که در صورت کمبود دارای آسیب‌های اجتماعی بالایی می‌باشند، در اولویت قرار گیرند

به منظور ترویج اجرای طرح ژنریک پیشنهاد میشود نسبت به آشنایی بیشتر پزشکان، داروسازان و بیماران با طرح و جلب اعتماد آنها از طریق رسانه‌های عمومی و سمینارها و... اقدام و در دستورالعمل‌های بالینی، نظام سطح بندی و پزشک خانواده داروهای با نام ژنریک توصیه شوند.

استفاده از نظام ژنریک می‌تواند در کوتاه مدت در کاهش صادرات تأثیری داشته باشد اما نگرش دراز مدت و بازاریابی محصولات در کشورهای هدف همه و همه وابسته به راهبردهای شرکتها و قوانین محلی می‌باشد. با توجه به اینکه استفاده از بسته بندی‌های خاص صادراتی با زبان محلی می‌تواند از الزامات صادرات درازمدت باشد امکان استفاده از نام برند-ژنریک در صادرات دارو می‌تواند ممکن شود.

(ب) جلوگیری از تقاضاهای القایی

معرفی برخی از محصولات دارویی، واکسن‌ها و فرآورده‌های بیولوژیک (به‌خصوص در موارد خارج از دستورالعمل‌های بالینی) باعث افزایش مصرف بی‌رویه و یا افزایش تقاضا برای آنها می‌شود، در همین رابطه باید نظارت بیشتری بر چگونگی فعالیت شرکتها در معرفی این فرآورده‌های دارویی و انطباق آن با آئین‌نامه‌ها و کدهای اخلاقی سازمان غذا و دارو و یا معاونت‌های غذا- دارو دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گیرد و در صورت تخطی از امور اخلاقی مجازات‌های سنگینی در نظر گرفته شود.

(ج) جلوگیری از مصرف بی‌رویه مکمل‌های تغذیه‌ای

مصرف روزافزون مکمل ها در سالیان اخیر موجب افزایش هزینه های مردم در نظام سلامت شده و این احتمال در بین بیماران نیز دیده شده که با مصرف مکمل نیازی به درمان و دارو در خود احساس نمی کنند و این تفکر و نیز تمایل به مصرف بی رویه مکمل ها در بین برخی بیماران می تواند رویکردی نامناسب در مدیریت درمان بیماران باشد.

(د) تعیین جایگاه بیمه ها

در طرح دارویار، نظام رصد، دیده بانی و جایگاه بیمه در کشف قیمت مورد توجه قرار نگرفته در حالی که بیمه ها به عنوان خریدار خدمت دارای نقش مهمی می باشند.

(ه) تولید مواد اولیه دارویی

در تهیه مواد اولیه دارویی به ظرفیتهای کشور در "استفاده از گیاهان دارویی براساس اصول علمی" و صنایع پتروشیمی کم توجهی شده است در حالیکه بسیاری از مواد حد واسط و مواد اولیه دارویی را می توان از این امکانات بالقوه تهیه و حتی صادر نمود.

(و) رسیدگی به وضعیت و نوسازی صنایع دارویی کشور

تجهیزات صنایع داروسازی در چند دهه گذشته مستهلک شده و نیاز به بازسازی و نوسازی دارد. بر اساس گزارشات، اغلب کارخانجات موجود توان خرید دستگاه های جدید را نداشته و اقدام به خرید قطعات و ماشین آلات دسته دوم می نمایند که می تواند تهدیدی جدی برای کیفیت دارو و سلامت بیماران باشد. وضعیت نقدینگی کارخانجات تولیدی به حدی بحرانی است که حتی کارخانه های قدیمی توان پرداخت حقوق و دستمزد به موقع کارکنان را ندارند. دراین راستا باید راهکارهای آینده نگر با توجه به تحولات از دراین راستا با توجه به تحولات علمی پیش رو در پیشگیری از بیماری ها و تولید و تجویز داروها براساس خصوصیات ژنتیکی (Personalized or Precision Medicine) که مستلزم استفاده از روباتها، سیستم های کنترل هوشمند، چاپگرهای سه بعدی و در کارخانجات داروسازی است باید آینده نگری شود.

جمع بندی فصل سوم

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"، رصد کلان حوزه سلامت دارای جنبه های مختلفی است، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، به عنوان شاخصی جهت ارزیابی سلامت جامعه، یکی از مهمترین شاخص های توسعه پایدار کشورها، در حوزه سلامت محسوب می شود. در این گزارش میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به تفکیک جنسیت در شهرستان های استان محاسبه شده است و با میانگین کشوری مقایسه شده است. و در نهایت لزوم دسترسی به داده های مورد اعتماد و به روز (از جمله داده های جمعیتی و مرگ ثبت شده در ثبت احوال) به منظور بررسی تغییرات این شاخص و شاخص های دیگر را به طور علمی رصد و گزارش نماید؛ را یادآور می شود. در ادامه به مقاله با عنوان "نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ما (آمریکا) به هم ریخته است. من برنامه ای برای رفع آن دارم" که تحلیلی از وضعیت بد نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در آمریکا است و در آن به تجربه شکست خورده کشور آمریکا در نحوه اجرای سیاست های حوزه سلامت، می پردازد اشاره شده است و در نهایت بر لزوم همت و تلاش مضاعف بر تقویت و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور که مقام معظم رهبری چندین بار بر آن تاکید فرموده اند، تاکید می نماید.

نتایج طرح پژوهشی انجام گرفته در گروه علوم دارویی فرهنگستان با عنوان "ارائه یک تصویر واقع بینانه از وضعیت علوم دارویی ایران و جهان" که با مراجعه به مطالعات، آمار و گزارشات منتشر شده، وضعیت داروسازی و علوم دارویی در ایران را با وضعیت کشورهای پیشرو و کشورهای منطقه مقایسه نموده و دستاوردها، چالش ها و راهکارهایی برای بهبود وضعیت حوزه های آموزش، پژوهش، صنایع و ارائه خدمات دارویی را عنوان نموده است.

گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان در پانصد و پنجاه و هشتمین جلسه خود با حضور و مشارکت کارشناسان و مدیران مربوطه؛ موضوع آمادگی نظام سلامت در شرایط بحران را مورد بحث و بررسی قرار داده و پیشنهادهایی در قالب حمایت طلبی مطرح نموده است.

افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی بدون در نظر گرفتن زیرساخت های لازم و بررسی همه جانبه نقاط ضعف و قوت موضوع و عواقب حاصل از آن در بخش پزشکی و دندان پزشکی مورد اعتراض بسیاری از صاحب نظران حوزه سلامت واقع شده است و این اعتراضات بارها توسط فرهنگستان به مراجع ذی صلاح منعکس شده است. در همین راستا نامه تعدادی از فارغ التحصیلان و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، لار و گراش و بیان مشکلات و چالش های آموزش پزشکی در دانشگاه های لار و گراش نیز به مسئولان امر ارسال شده است.

بخش دوم: کمک به تحقق نقشه جامع علمی کشور و سلامت، فرهنگستان به دلیل برخورداری از گنجینه عظیم خبرگانی در حوزه های مختلف سلامت طی مکاتبه ای با دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی اعلام آمادگی نموده بازنگری بخش سلامت نقشه جامع علمی را به انجام رساند همچنین نظرات و پیشنهادهایی نیز ارائه نموده است. در مکاتبه جداگانه فرهنگستان درخواست دریافت مستندات ضروری جهت بازنگری در نقشه جامع علمی کشور را به دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی اعلام نموده است. در مکاتبه دیگری با دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی فرهنگستان از عدم درخواست مشورت گلایه نموده و با ذکر چند نمونه از مکاتبات پیشین و ارائه پیشنهادها در حوزه های مختلف سلامت، آمادگی برای تشکیل جلسات ستاد سلامت شورای عالی انقلاب فرهنگی و گروه ها و زیرگروه های ذیربط در ساختمان کنونی فرهنگستان علوم پزشکی را اعلام نموده است.

بخش سوم: تحلیل چالش ها و ارائه توصیه های کاربردی، مراقبتی و خدماتی برای ارتقای نظام سلامت کشور، منتخبی از چالش های روز حوزه سلامت و مکاتبات پیرامون آن در

این بخش آمده است. یکی از این موارد موضوع مصوبه‌ای در شورایعالی برنامه ریزی مبنی بر تعمیم پذیرش دانشجوی پزشکی از مقطع لیسانس به عموم رشته های کارشناسی است. که با وجود مکاتبه پیشین فرهنگستان علوم پزشکی و ذکر دلایل مخالفت مجدداً با وجود اینکه اجرای چند ساله این طرح موفقیت بارز یا قابل اثباتی بدنبال نداشته و ادامه آن از توجیه لازم برخوردار نیست، تعمیم آن را به سایر رشته ها و سایر دانشگاه ها باعواقب نامناسبی دانسته است.

با توجه به اهمیت موضوع ایمنی و امنیت غذایی و نقش شورایعالی سلامت و امنیت غذایی، فرهنگستان از تشکیل ساختاری برای سیاستگذاری اجرایی در حوزه امنیت غذایی از سوی وزارت جهاد کشاورزی، انتقاد نمود و بر عدم انتزاع سلامت و امنیت غذایی از یکدیگر و تفکیک شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا هر تغییر و اصلاح در ماده قانونی مربوطه (که سبب تضعیف نظارت حوزه سلامت بر تامین و تولید مواد غذایی شود) تاکید نمود. موضوع دیگری که با ایمنی و امنیت مواد غذایی ارتباط دارد؛ اطلاع مصرف کنندگان از تراریخته بودن یا نبودن مواد غذایی است بنابراین رعایت قانون ایمنی زیستی و بخشنامه های مرتبط و درج برچسب تراریخته کمک کننده است. در این رابطه نیز فرهنگستان مکاتباتی با مراجع مختلف انجام داده است. علاوه بر آن در قالب مستند خلاصه سیاستی چالشها و راهکارهایی در سه حوزه مواد غذایی تراریخته، آلاینده ها و تقلبات مواد غذایی ارائه نموده است.

کمبودهای دارویی در مقاطع زمانی مختلف در کشور یکی از چالش های عمده نظام سلامت است و تداوم آن در کشور علاوه بر آنکه اثرات منفی اقتصادی، درمانی و روانی به همراه دارد، می تواند سبب کاهش سرمایه اجتماعی نظام سلامت و بحران های اجتماعی شود. برای رفع این کمبود برنامه ها و طرح های مختلفی اجرا شده است یکی از آنها طرح دارویار است. چالشها و مشکلات اجرای طرح و راهکارهای آن در قالب خلاصه سیاستی تهیه 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 در بخش سلامت و علوم پزشکی، به کلیه فعالیت های انجام گرفته با هدف اطمینان یافتن از دسترسی به مراقبت ها و خدمات سلامت، هدایت نظام سلامت، بسیج منابع، کاهش بی عدالتی در سلامت، تغییر سیاست های بخش سلامت و ایجاد تغییر در نظام سلامت گفته می شود (۱). حمایت طلبی استفاده راهبردی از اطلاعات آگاه از شواهد، به منظور تاثیرگذاری بر فرایندها به منظور تغییر سیاست ها، برنامه ها و موقعیت هاست (۱). استفاده از شواهد متقن علمی به منظور حمایت طلبی یکی از پایه های اصلی در این امر محسوب می شود (۳). 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.

منابع:

۱. Hubinette, M., Dobson, S., Scott, I., Sherbino, J. Health advocacy*. Medical Teacher. ۲۰۱۶:۳۹(۲), ۱۲۸-۱۳۵.

۲. احمدنژاد الهام، ریاضی اصفهانی سهند، عبدی ژاله. دستورالعمل حمایت‌طلبی سیاستی به روش آگاه از شواهد. موسسه ملی تحقیقات سلامت ج.ا.ا. دسترسی:

<https://niht.uns.ac.ir/Uploads/Documents/۹۸f۶۱df۵e-ed۹-۴c۴۶-۹۳۳e->

۶۰۴۵۰۰۲۰۰۰۰۰.۰۰۰۰

۳. Stephenson J, Ganguly R. Analysis and Critique of the Advocacy Paper Towards Inclusive Education: A Necessary Process of Transformation. Australasian Journal of Special and Inclusive Education. 2022;46(1):113-126. doi:10.1017/jsi.2021.23

بخش اول: حمایت طلبی از سازمان ها و نهادهای تأثیر گذار بر

سلامت

منظور از حمایت طلبی در این بخش، انتقال پیام با هدف تأثیرگذاری بر فرآیندهای تصمیم‌گیری و رشد گفتمان چندوجهی در عرصه سیاست‌گذاری و برنامه ریزی در نهادهای دخیل در سلامت است.

مکاتبه با دبیر محترم شورایعالی انقلاب فرهنگی حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو پناه (۱۴۰۲/۲/۱۳)

پیشنهاد عضویت اعضای آشنا به اقتضائات سلامت در شورایعالی انقلاب

فرهنگی

سلامت نعمت بزرگ الهی، رکن توسعه پایدار ملی، و ضرورت حیاتی و نیاز عمومی آحاد مردم، در تمام سنین و همه مراحل و شرایط زندگی برای رسیدن به سعادت اخروی است. پیوند تنگاتنگ و جدا ناشدنی و درهم تنیده «فرهنگ» و «سلامت»، و امر حیاتی سلامت و سلامت‌ورزی در حوزه فرد و اجتماع مورد تأکید ویژه دین‌مبین اسلام می‌باشد. در همین راستا، نظام جمهوری اسلامی در سیاست‌های مختلف خود، بر رویکرد «انسان سالم در جامعه سالم» و ضرورت «مسئولیت‌پذیری» و «پاسخگویی» در این حوزه را تبیین نموده است. وفق سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، تأمین، نگهداشت و ارتقای سلامت همه‌جانبه (جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی)، بصورت عادلانه، اخلاق بنیان و ارزش محور، از حقوق عمومی و مسؤولیت‌های اجتماعی و تکالیف حکومتی است. تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (شامل عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، محیطی و فرهنگی و اصل عدالت در سلامت)، که اموری بین‌بخشی هستند، حیاتی و عظیم تر از عوامل مستقیم مرتبط با سلامت است. تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم، به‌عنوان محور پیشرفت پایدار، در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات، و تصریح آن در اسناد فرادست نظام مقدس جمهوری اسلامی، راهبردی بزرگ و اولویت دار است، که در

تمام شئون سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرایی باید تسری داشته باشد. بر همین اساس در برنامه های توسعه پنجم و ششم، پیوست سلامت برای همه طرح های کلان توسعه، الزامی شده است.

همانطور که مستحضرید کسر قابل ملاحظه ای از دانشجویان و اعضای هیئت علمی در نزدیک ۱۰۰ دانشگاه علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت و یا دانشگاه آزاد اسلامی تحصیل می کنند و درصد قابل ملاحظه ای از تولیدات علمی کشور، انجمنهای علمی و محصولات دانش بنیان در این حوزه قرار دارند. مختصات و ساختار وزارت بهداشت نیز به گونه ای است که شیوه فعالیتهای علمی و اجرایی آن متفاوت از وزارت آموزش عالی و تحقیقات و فناوری است. لذا ضرورت زیادی وجود دارد که به این حوزه نیز حداقل توجه مبذول گردد این درحالی است که تعداد اعضای اصلی حوزه سلامت که در شورا و کمیسیون ها و کارگروه های این شورا فعال هستند انگشت شمار است.

با توجه به جایگاه خطیر شورای عالی انقلاب فرهنگی در سیاستگذاری نظام علم و فناوری و سلامت، حضور اعضای ذیصلاح و آشنا به اقتضائات سلامت، بصورت ثابت، در ترکیب اصلی شورا، بسیار ضروری است.

اعضای مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، عدم حضور نمایندگان مطلع و صاحب نظر حوزه سلامت در ترکیب جدید شورای عالی انقلاب فرهنگی را خلاء غیرقابل جبرانی دانسته و پیشنهاد می نمایند، دو عضو حقوقی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی) و حداقل یک عضو حقیقی مطلع و مسلط و محیط بر همه ابعاد آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی، توانبخشی و ارتقای سلامت و نیز تحولات و دستاوردهای نظام سلامت در دوره بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، و برخوردار از تفکر جامع در حوزه سلامت، برای عضویت در ترکیب اصلی شورا، به مقام معظم رهبری "مدظله العالی" معرفی گردند. در مورد شخصیت حقیقی باتوجه به شناخت اعضای مجمع، جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مرنندی، پیشنهاد می شوند.

مکاتبه بادیبر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو پناه (۱۴۰۲/۴/۱۹)

تشکیل ستاد سلامت در شورای عالی انقلاب فرهنگی

پیامبر اکرم (ص) فرموده اند «نَعْمَتَانِ مَجْهُولَتَانِ الْأَمْنُ وَالْعَافِيَةُ» (بحارالانوار، ج ۱۸، ص ۷۱۰). اهمیت سلامت در معارف اسلامی و منابع و اسناد راهبردی نظام مقدس جمهوری اسلامی، بر همگان روشن است. مقام معظم رهبری فرموده اند: «سلامت محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در عرصه معنویت بخواهد رشد کند باید فرد سالمی باشد»؛ همچنین فرموده‌اند: «مسئله‌ی سلامت، جزو مسائل درجه‌ی یک هر کشوری است، یعنی اگر ما دو سه مسئله‌ی درجه‌ی یک را بخواهیم کنار هم بگذاریم، بلاشک یکی از آنها مسئله‌ی سلامت و بهداشت و درمان است. اگر در کار نگاه تخصصی و عالمانه نباشد، دچار مشکل خواهد شد؛ یعنی یا موازی‌کاری میشود یا کار غلط انجام می‌گیرد؛ بنابراین باید نگاه عالمانه در آن وجود داشته باشد؛ و این هم جز با حضور پزشکان و اساتید و مانند اینها امکان‌پذیر نیست (گزیده‌ای از بیانات در دیدار اعضای مجمع خیرین سلامت کشور ۱۳۹۱/۱۰/۱۱)». بر اساس دیدگاه‌های نورانی معظم له و تلاش خبرگان، سند سیاست‌های کلی سلامت تدوین و در سال ۱۳۹۳ توسط معظم له ابلاغ شده است.

آنچه در جلسه یاد شده گذشت، مبین حقایق بسیار مهمی است که لازم است بطور اجمال یادآوری و در تلاش‌های آینده، برای تحقق سلامت همه جانبه (جسمی؛ معنوی؛ روانی؛ و اجتماعی) و تأمین، حفظ و ارتقای آن برای آحاد ملت شریف و بزرگوار کشور، ملاک مذاکرات و تصمیمات و تدابیر قرار گیرد.

۱. در بسیاری از سطوح، حتی سیاست‌گذاری، برداشت و تلقی درست و کاملی از مفهوم سلامت و علوم و فنون ناظر بر آن وجود ندارد. بسیاری از مسئولان، کنشگران سلامت و آحاد مردم، سلامت را با جزء کوچکی از مفهوم اصلی آن، یعنی "درمان" و علوم و فنون ناظر بر آن را با جزء کوچکی از کلیت سلامت، یعنی "پزشکی"، مترادف می‌دانند یا سهواً، بکار می‌برند، که از مفهوم صحیح علمی "سلامت همه جانبه" و ارتقای آن، انحراف دارد.

۲. متأسفانه ساختار جاری شورایعالی انقلاب فرهنگی، فاقد صاحب‌نظران و خبرگان امور سلامت است و لازم است صاحب‌نظران و خبرگان ذیصلاح سلامت، در همه ارکان، از جمله ترکیب اصلی شورای عالی و ساختارهای اصلی مرتبط با آن عضویت و فعالیت مؤثر داشته باشند.

۳. از آنجا که موضوع سلامت همه جانبه جامعه و آحاد آن، اهمیتی به اندازه موضوع امنیت دارد، تأمین، حفظ و ارتقای آن از اصلی‌ترین و اولویت‌دارترین وظایف نظام مقدس جمهوری اسلامی و دولت کریمه آن می‌باشد. بر مسئولان و نهادهای سیاست‌گذاری راهبردی، واجب است، نسبت به اصلاح نواقص ساختاری و سیاست‌گذاری (در نقشه جامع علمی کشور، نقشه مهندسی فرهنگی کشور، و سایر مصوبات و مستندات شورای عالی انقلاب فرهنگی)، بصورت عاجل اهتمام و نسبت به جبران نقیصه‌های موجود تدابیر نافذی اتخاذ فرمایند.

۴. در این راستا، به‌عنوان اولین اقدام، تشکیل "ستاد سلامت" در شورایعالی انقلاب فرهنگی، حداقل هم‌عرض با ستادهای موجود فعلی، با ترکیب افراد خبره در سلامت همه جانبه جامعه تشکیل شود. در مقابل این راهبرد اساسی، تشکیل میزهای تخصصی فرعی، آنهم در موضوعاتی که با اصل یکپارچگی نظام سلامت در تضاد است، و باعث تضعیف دستاورد بزرگ نظام جمهوری اسلامی ایران، یعنی "ادغام آموزش و پژوهش در عرصه مراقبت‌ها و خدمات سلامت"، خواهد شد، نه به صلاح است و نه توصیه می‌شود. چنانچه لازم باشد میزهای تخصصی یا ساختار کارشناسی مشابه تشکیل شود، ستاد مورد اشاره با در نظر گرفتن "سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری"، که جامع‌ترین راه صلاح و سعادت در این حوزه است، این وظیفه را انجام خواهد داد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران و ریاست محترم شورایعالی انقلاب فرهنگی حضرت آیت

الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۷/۲۵)

تشکیل ستاد سلامت در شورایعالی انقلاب فرهنگی

پیامبر اعظم (ص) فرموده‌اند: "نَعْمَتَانِ مَجْهُوْلَتَانِ الْأَمْنُ وَالْعَافِيَةُ". مقام معظم رهبری نیز در مناسبت‌های مختلف، در مورد اهمیت و اولویت سلامت، فرمایش پیامبر اعظم (ص) و سایر مبانی اسلامی سلامت را تبیین و تاکید فرموده‌اند. منظومه این فرمایشات در سیاست‌های کلی سلامت توسط معظم له در سال ۱۳۹۳ ابلاغ شده است. با گذشت بیش از ۹ سال با نهایت تأسف شاهد بی‌اعتنایی به سند ملی مهم در حوزه سلامت، به عنوان تنها راه نجات و سعادت در حوزه سلامت ملی هستیم. محور سلامت عملاً از شورایعالی انقلاب فرهنگی حذف و به ساختارهای فرعی مانند میز یا کمیسیون سلامت تقلیل یافته، همه تلاش‌ها و تعاملات فرهنگستان علوم پزشکی برای اصلاح ساختار سلامت در مجموعه شورایعالی انقلاب فرهنگی نیز عملاً بی‌نتیجه بوده است.

تداوم روند فعلی موجب سقوط جایگاه سلامت در نظام مقدس جمهوری اسلامی و تهدید دستاوردهای بی‌نظیر ملی مانند ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت، شبکه بهداشتی درمانی که بارها مورد تأیید مقام معظم رهبری بوده است و تجارب و دستاوردهای مشارکت همه جانبه سلامت در دفاع مقدس و همه‌گیری کرونا و نظایر آنها خواهد شد. نتیجه همه آنها کاهش و تهدید سلامت همه جانبه جامعه و آحاد مردم به ویژه جمعیت چندین میلیونی محرومین و مستضعفان خواهد بود که به تبع آن امنیت ملی را می‌تواند به شدت تهدید کند.

عطف به مراتب، خواهشمند است دستور فرمائید "ستاد سلامت" در شورایعالی انقلاب فرهنگی هم عرض و با ساختار و اختیارات و جایگاه مشابه ۴ ستاد موجود فعلی تشکیل و ماموریت آن در درجه نخست کمک به اجرای همه جانبه سیاست‌های کلی سلامت و در

درجه بعد جبران کاستی‌ها و عقب ماندگی‌های سال‌های اخیر و هم راستا نمودن حوزه سلامت با سایر حوزه‌های علم و فناوری باشد.

ضمناً درخواست دیگر اساتید محترم که به دفعات تکرار کرده و می‌کنند، انتخاب تعدادی از اساتید صاحب نظر در مسائل سلامت همه جانبه جامعه بعنوان اعضای حقیقی در شورایعالی انقلاب فرهنگی است که امیدوارم در مورد این تقاضا هم عنایت لازم بفرمائید.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
دبیر محترم شورایعالی انقلاب فرهنگی حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین
خسروپناه (۱۴۰۲/۷/۲۶)

تشکیل ستاد سلامت در شورایعالی انقلاب فرهنگی

و اولویت قرار دادن بهداشت و سلامت در کلیه امور

مقام معظم رهبری در دیدار روز گذشته با نخبگان و استعدادهای برتر علمی با تاکید بر اینکه باید مقالات و پایان نامه دانشجویان ما ناظر به حل مشکلات کشور باشد، فرمودند: "واقعاً همه زمینه‌ها، از بهداشت و سلامت، مسکن، امنیت تا تغذیه، خانواده، محیط زیست تا اصلاح ساختارهای حکومتی تا ارتباطات بین الملل، میدانی است برای کار علمی". همانطور که ملاحظه می‌فرمایید معظم‌له در بیان مشکلات کشور، اول به بهداشت و سلامت اشاره فرمودند، بنابراین توجه به موضوع بهداشت و سلامت و تشکیل ستاد سلامت در شورایعالی انقلاب فرهنگی بعنوان یک ستاد اصلی در کنار ستادهای دیگر و همچنین اولویت قرار دادن بهداشت و سلامت در کلیه امور کشور لازم است مد نظر مسئولین نظام قرار گیرد.

از حضرت‌عالی تقاضا دارم که همانطوری که همگان به ولایت‌مداری و تبعیت کامل جناب‌عالی از فرمایشات مقام معظم رهبری مقرر هستند، برای تحقق هرچه سریع‌تر و جامع‌تر و کامل‌تر نظرات آن بزرگوار در ارتباط با اهمیت و اولویت بهداشت و سلامت، دستورات لازم به مسئولین ذیربط صادر فرمائید.

پیگیری عضویت خبرگان سلامت در شورایعالی انقلاب فرهنگی

پیرو نامه شماره ۸۹۵۹/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۴/۱۹ فرهنگستان علوم پزشکی که بر اهمیت برداشت و تلقی درست و کامل از مفهوم سلامت و استفاده صاحب نظران و خبرگان ذیصلاح سلامت در ترکیب اصلی شورایعالی انقلاب فرهنگی و ساختارهای اصلی آن تاکید می گردد، متأسفانه تاکنون بازخوردی درخصوص مطالب و موضوعات مهم عنوان شده، دریافت نگردید. همانطور که مستحضرید این فرهنگستان با توجه به وظیفه اصلی که در حوزه سلامت بعهدہ دارد، در راستای سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بصورت مستمر، پیگیری اجرائی شدن این سند مهم بالادستی که در مکاتبه اخیر با حضرت عالی نیز به نکات مهم آن اشاره شده است، خواهد بود و کماکان منتظر رفع ابهامات موجود در برنامه ریزی های آن شورای محترم می باشد.

مکاتبه بادبیر محترم شورایعالی انقلاب فرهنگی حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین
خسرو پناه (۱۴۰۲/۲/۱۷)

پیشنهاد عضویت ۱۰ نفر از اعضای فرهنگستان در کمیته سلامت

پیرو جلسه حضوری، اعضای پیشنهادی کمیته سلامت شورای عالی انقلاب فرهنگی که در حوزه سلامت صاحب نظر می باشند به شرح ذیل ایفاد می شود:

۱- جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی

۲- جناب آقای دکتر محمد علی محقق

۳- جناب آقای دکتر سید مهدی سیدی

۴- جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

۵- جناب آقای دکتر حسینعلی شهریاری

۶- جناب آقای دکتر مرتضی خاتمی

۷- جناب آقای دکتر سید جمال الدین سجادی

۸- جناب آقای دکتر حسن ابوالقاسمی

۹- جناب آقای دکتر سید محمود طباطبایی

۱۰- جناب آقای دکتر حسین وحیدی

شبکه بهداشتی درمانی یکی از مهم ترین دستاوردهای نظام سلامت پس از انقلاب شکوهمند اسلامی و از کارآمدترین راهکارها در راستای تحقق عدالت در سلامت و دسترسی عامه جامعه به خدمات و مراقبت های سلامت محور با اولویت پیشگیری بر درمان است. به همین منظور و برای احیا، گسترش و به روز رسانی خدمات شبکه های بهداشتی درمانی براساس نیازهای جامعه و جلب حمایت تصمیم گیران ارشد نظام سلامت فرهنگستان علوم پزشکی فعالیت های گسترده ای نموده است و طی مکاتبات متعدد به این مهم اشاره نموده است (کتاب مجموعه مستندات جلد اول و دوم)

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۱/۳۱)

تاکید بر ارتقاء شبکه بهداشتی درمانی

با اجرای مطلوب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

مقام معظم رهبری بارها بر توسعه شبکه بهداشتی درمانی بعنوان یک اولویت مهم تاکید فرموده اند. خوشبختانه دولت سیزدهم نیز یکی از اولویتهای خود را "ارتقاء شبکه بهداشتی درمانی با اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع" اعلام نموده است. جلسات متعددی در خصوص نحوه اجرایی شدن آن در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و فرهنگستان علوم پزشکی تشکیل و ویرایش های مختلفی توسط مسئولین مربوطه ارائه گردیده است. فرهنگستان علوم پزشکی ضمن تقدیر از تلاش های انجام شده، نگرانی های خود را در قالب بند های ذیل ارائه نموده و مانند همیشه تاکید می نماید توسعه و ارتقاء شبکه بهداشتی درمانی، باید با حفظ ساختار و اصول و ارزش های علمی و جاری این شبکه و در راستای اجرای اهداف ترسیم شده در سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بوده و هرگونه انحراف قطعاً منجر به شکست بوده و بجای کاهش هزینه های سلامت (که پس از تکمیل شبکه بهداشتی درمانی اتفاق افتاده است)، روش های مورد نظر موجب افزایش شدید هزینه های مردم و دولت شده و اولویت پیشگیری و بهداشت بر درمان مخدوش و بلکه معکوس خواهد شد و اعتبار و سوابق ارزشمند شبکه را زیر سوال خواهد برد.

- محور برنامه باید در جهت توسعه و تقویت شبکه بهداشتی درمانی و با اولویت پیشگیری و ارتقاء سلامت بر درمان باشد.

- ارائه روش هایی مانند نظام پرداخت بر مبنای عملکرد (Fee for service) در شبکه، با فلسفه و اهداف شبکه بهداشتی درمانی و پزشکی خانواده و ارتقاء سلامت در تضاد است. تنها نظام پرداخت قابل قبول در شبکه بهداشتی درمانی و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نظام پرداخت سرانه به همراه مشوق برای عملکرد مناسب در جهت پیشگیری و ارتقاء سلامت است.

- جدا نمودن تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت) و با قرار دادن مراقب سلامت در صف اول برخورد با مراجعه کننده، باعث از هم گسیختگی سلسله مراتب و نظم ارائه خدمات سلامت و ناهماهنگی در اجرای بسته خدمات بهداشتی درمانی و افزایش هزینه ها خواهد شد.

- اختیاری نمودن مراجعه در نظام ارجاع و اعمال مشوق تنها، برای شروع برنامه، منجر به اشکال شدید در برنامه خواهد شد. لازم است در مناطقی که این برنامه آغاز می شود. ضمن اعمال مشوق برای مردم و ارائه کنندگان خدمت، استفاده از خدمات بیمه پایه تنها از مسیر برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، در قالب شبکه بهداشتی درمانی و بصورت اجباری باید باشد.

- آنچه توصیه همیشگی کشورها و نهاد های بین المللی سلامت (سازمان جهانی بهداشت و غیره) بوده است، کاهش هرچه بیشتر میزان بستری در قیاس با مراقبت ها و خدمات سرپایی است. چون هزینه های بستری بطور سرسام آوری در حال افزایش است. متأسفانه با رایگان نمودن فرانشیز بستری (که در این برنامه مورد نظر است) بسیاری از بیماران ممکن است جهت کم کردن هزینه، حتی برای انجام پاره ای از آزمایش ها در بیمارستان بستری شوند، خدمات القایی افزایش یافته و تخت های بستری موجود پاسخگوی نیازها نباشد.

مکاتبه با رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق (۱۴۰۲/۸/۳)

انتقاد از جایگزینی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع بجای شبکه

بهداشتی درمانی

هم اکنون تصویر مطلبی را که قبلاً درخواست شده بود برای فرهنگستان ارسال شود، دریافت کردم. باید خدمتان عرض کنم که عنوان بسیار مغشوش کننده و مطالب گمراه کننده برای طرح در شورای عالی سلامت و تغذیه است. بسیار تعجب کردم و نگران شدم. لازم بذکر است در متن پیشنهادی عنوان "برنامه سلامت خانواده و ارجاع"، ۱۸ بار به جای عنوان "شبکه بهداشتی درمانی کشور" ذکر شده است. اولاً عنوان شبکه، ده‌ها سال است که در محافل بین‌المللی مطرح بوده و نوشته‌ها و مقالات و حتی کتاب‌هایی در همین ارتباط منتشر شده است. همچنین اهمیت اثرات و نشانه‌های موفقیت شبکه در کشورمان در حدی بود که از بسیاری از کشورها و از جمله آمریکا برای آشنایی بیشتر با شبکه و فراگرفتن اقداماتی که در کشور خود باید انجام دهند به ایران آمدند. حتی آمریکا تعدادی از اساتید و کارشناسان ما را برای پیاده کردن شبکه‌ای مشابه شبکه بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران، به تعدادی از ایالت‌ها نظیر آلاباما و ... دعوت کرد و پس از آموزش‌های لازم که توسط همکاران ایرانی داده شد، اقدامات اجرایی را شروع کردند.

همانطوری که استحضار دارید شبکه بهداشتی و درمانی در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بعنوان سند بالادستی و همچنین سایر اسناد و قوانین زیرمجموعه این سیاست‌ها، ذکر شده و مقام معظم رهبری هم در بیانات خود بارها به توسعه و تقویت شبکه بهداشتی درمانی کشور تاکید فرموده‌اند، لذا با توجه به موارد فوق "برنامه سلامت خانواده و ارجاع" عنوانی کاملاً ناآشنا و بی‌ارتباط با اسناد بالادستی است و هرگونه تلاشی برای تصویب این عنوان جدید به دلیلی که روشن نیست، قرار است عنوان شناخته شده و مشهور شبکه بهداشتی درمانی کشور که روزآمدی و تکمیل آن اصلی‌ترین و محوری‌ترین سیاست کلی سلامت است، اذهان همگان را مغشوش نموده و به هدف سلامت همه جانبه جامعه آسیب وارد خواهد کرد. پزشکی خانواده، علاوه بر سلامت خانواده‌ها مسئول همه ابعاد و عناوین سلامت نظیر بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر، مبارزه با استعمال مواد مخدر و اعتیادآور،

سلامت همه گروه‌های سنی و از جمله سالمندان، پیشگیری از تهدید کننده‌های سلامت نظیر دخانیات، مصرف زیاد شکر و خطرات مقدار زیاد نمک طعام در نان‌ها و غذاهای صنعتی و خانگی، ترانس‌ها در روغن، ایمنی غذا و تغذیه، پیشگیری از سوانح و حوادث، بهداشت کارگاه‌ها و کارخانه‌ها و سلامت کارگران، دانش آموزان، دانشجویان، سایر صنوف و نیز مسائلی از قبیل آلودگی هوا و معضل ترافیک، سلامت معنوی اسلامی، سلامت اجتماعی و سلامت روان همه مردم اعم از اعضای خانواده و دیگران است و استفاده از این عنوان نامناسب در عمل، اکثر مسئولیت‌ها را لوٹ می‌کند. در پایان پیرو مکاتبات متعدد این فرهنگستان (نامه‌های شماره ۱۰۰/۸۶۵۱ مورخ ۱۴۰۲/۱/۳۱، شماره ۱۰۰/۸۳۶۰ مورخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۳، شماره ۶۷۵۷/ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۱۱ و شماره ۶۰۳۷/ف ع پ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲۱) با ریاست محترم جمهوری و وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به موضوع اهمیت تقویت و توسعه و ارتقا شبکه بهداشتی درمانی کشور پرداخته است، اکیداً پیشنهاد می‌گردد عنوان از "برنامه سلامت خانواده و ارجاع" به "برنامه توسعه و تقویت شبکه بهداشتی درمانی" تغییر یابد و منبع توصیه می‌شود از عنوان‌های سلیقه‌ای استفاده نشود.

پیوست ۱: مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی: تاکید بر ارتقاء شبکه بهداشتی درمانی با اجرای مطلوب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (۱۴۰۲/۱/۳۱) (همین جلد کتاب مجموعه مستندات)

پیوست ۲: مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت ا... جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی: تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه مردم از طریق استقرار کامل شبکه بهداشتی درمانی

(۱۴۰۱/۱۱/۲۳) (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل چهارم)

پیوست ۳: مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت ا... جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی: توسعه، تقویت، کارآمدسازی و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی در راستای سیاست های کلی سلامت (۱۴۰۰/۶/۲۱) (جلد اول کتاب مجموعه مستندات فصل ششم)

پیوست ۴: مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت ا... جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی: تقویت شبکه بهداشتی درمانی پزشکی خانواده و نظام ارجاع (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل چهارم)

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۹/۱۲)

نظر اعضای مجمع عمومی فرهنگستان در مورد طرح سلامت خانواده و

ارجاع

در جلسه مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی که در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۹ برگزار گردید اعضای محترم مجمع عمومی با تاکید بر این که طرح اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان "سلامت خانواده و ارجاع" که بنظر میرسد نوعی جایگزین برای شبکه بهداشتی درمانی تصور شده است، متأسفانه به دلیل دارا بودن ضعف‌های بنیادین و غیر قابل اصلاح آن (که در نامه شماره ۱۰۰/۹۴۴۶ مورخ ۱۴۰۲/۸/۲۹ به استحضار رسید)، درست بر خلاف اصول شبکه، علاوه بر تحمیل هزینه های بیشتر به کشور، احتمال بروز خسارت‌های جانی و سقوط تقریباً قطعی شاخص‌های سلامت جامعه و نارضایتی مردم وجود داشته و با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی و توصیه های مکرر مقام معظم رهبری و نیز دستورات و پیگیری‌های خود حضرتعالی در مورد تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور مغایرت کامل دارد. متأسفانه برنامه "سلامت خانواده و ارجاع"، تنها به قسمت محدودی از وظایف گسترده از مجموعه برنامه های شبکه بهداشتی درمانی کشور مربوط می شود، در حالی که ابعاد بسیار مهمی از سلامت نظیر بهداشت مساجد، بهداشت اماکن، سلامت مدارس، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، بهداشت دهان و دندان، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی، آموزش عمومی سلامت، بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، عوامل اجتماعی سلامت، پاسخگویی، آموزش پزشکی جامعه نگر، همکاری های بین بخشی، مشارکت مردم و بسیاری از ظرفیت‌ها و توانائی‌های حیاتی

شبکه بهداشتی درمانی کشور یعنی ادغام آموزش و پژوهش در شبکه بهداشتی درمانی کشور را مطلقاً بر نخواهد گرفت و ضربه بزرگ و غیر قابل جبرانی به مسئله بسیار مهم ادغام آموزش و پژوهش در شبکه بهداشتی درمانی و در نتیجه به جامعه نگر کردن آموزش علوم پزشکی که از ارکان سیاست‌های کلی سلامت است، خواهد زد و عملاً آن را غیر ممکن می‌سازد. ظاهراً فقط سلامت خانواده در قالب شبکه منظور شده ولی دهها برنامه دیگر جداگانه و بی ارتباط با شبکه و با تحمیل هزینه‌های خیلی بیشتر و رضایت بسیار کمتر باقی خواهد ماند. لازم به تذکر است که اگر حتی عنوان شبکه بهداشتی - درمانی نوشته شود ولی در عمل فقط به برنامه سلامت خانواده و ارجاع منحصر شود چون سایر برنامه‌ها که متعدد و بسیار مهم هستند را شامل نمی‌شود، علاوه بر ایجاد بدبینی جامعه موجب بدنامی شبکه بهداشتی درمانی کشور و اضمحلال کامل آن در آینده نزدیک خواهد شد که در انظار بین‌المللی بازگشت به دهها سال قبل تلقی خواهد شد و ناتوانی کشور را در تامین، حفظ و ارتقاء سلامت همه جانبه جامعه نشان خواهد داد. اعضای محترم مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی کماکان بر اجرای برنامه پزشکی خانواده فعال (و نه غیرفعال) و محله محور از طریق تقویت کمی و کیفی شبکه بهداشتی درمانی کشور (که سلامت خانواده جزء کوچکی از آن به حساب می‌آید) تأکید دارد و ضمن درخواست از حضرتعالی مبنی بر حذف کامل عنوان طرح مذکور و استفاده انحصاری از عنوان "**شبکه بهداشتی درمانی کشور**" که شهرت بین‌المللی تقریباً ۴۰ ساله دارد، آمادگی خود را برای هرگونه همکاری در راستای تقویت، تعمیم و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور و تعمیق و تکمیل ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی اعلام می‌دارد.

مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت ا... جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۹/۲۸)

انتقاد از طرح سلامت خانواده و ارجاع

با عنایت به ارزش والایی که شرع مقدس برای سلامت جامعه قائل است که در همین راستا پیامبر اعظم (ص) فرموده‌اند: "نعمتان مجهولتان، الصحة و الامان" که بر اولویت تامین سلامت و امنیت تاکید دارد و یا در فرازی دیگر می‌فرمایند: "العلم علما، علم الادیان و علم الابدان". و آنکه مقام معظم رهبری در تاریخ ۱۳۹۱/۱۰/۱۱ فرمودند: اگر دو یا سه اولویت در کشور ما وجود داشته باشد بدون شک یکی از آنها سلامت است و با توجه به لازم الاجرا بودن سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری که بدون شک راهنمای علمی بی‌نظیر و فوق‌العاده ارزشمندی برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت همه جانبه نسل کنونی و بلکه نسل‌های آینده است و افزون بر این‌ها، مقام معظم رهبری به دفعات به اجرا کردن مهم‌ترین اولویت‌های سیاست‌های کلی سلامت یعنی اولویت پیشگیری و بهداشت بر درمان، روز آمد و تکمیل کردن شبکه بهداشتی درمانی کشور و تعمیق و تکمیل ادغام آموزش و پژوهش در عرصه شبکه بهداشتی درمانی کشور به بعضی از وزرای محترم گذشته بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و به خصوص به دفعات بیشتری به برادر گرامی جناب آقای دکتر عین‌اللهی چه در جمع و چه در جلسه خصوصی توصیه داشته‌اند. شخص جنابعالی هم به دفعات تاکید بر اجرا و تکمیل هرچه سریع‌تر اولویت‌های مزبور را در بیانات خود فرموده‌اید و قریب به یک سال قبل در مذاکره تلفنی به اینجانب فرمودید که جناب آقای دکتر عین‌اللهی در جلسه‌ای با حضور جناب عالی و جناب آقای دکتر مخبر قول داده‌اند که سطح اول شبکه بهداشتی درمانی کشور را تا پایان سال ۱۴۰۱ و تمام سطوح یعنی کل شبکه را در سال ۱۴۰۲ به پایان برسانند.

متأسفانه علیرغم آنکه فرهنگستان علوم پزشکی به دفعات به صورت کتبی و شفاهی آمادگی خود را برای در اختیار قرار دادن توان علمی و تجربی خود به ایشان اعلام نموده و ایشان هم حتی در چند نوبت، با دعوت از حضورشان در فرهنگستان و ارائه برنامه‌های اجرایی شان موافقت کردند ولی این وعده‌ها متأسفانه تاکنون عملی نشده و حتی در مقابل درخواست‌های مکرر شفاهی و کتبی فرهنگستان و حتی درخواست از جناب آقای دکتر اسماعیلی رئیس

دفتر حضرت عالی برای برگزاری جلسات در دفتر جناب آقای دکتر عین اللهی هم تاکنون بی‌ثمر مانده است.

موضوع تاسف بار اینکه، با کمال ناباوری در هفته‌های اخیر شایع شده است که به جای روزآمد و تکمیل نمودن شبکه بهداشتی درمانی کشور که مسئول ارائه کلیه ابعاد وسیع مراقبت‌ها و خدمات سلامت همه جانبه به کل جامعه و نهادهای مختلف کشور است، متأسفانه وزارت متبوع جزء بسیار محدود و کوچکی از این مسئولیت‌های متعدد و گسترده را تحت عنوان "سلامت خانواده و ارجاع" در دستور کار خود قرار داده است. بدین ترتیب معلوم نیست، بقیه وظایف شبکه بهداشتی درمانی کشور را چه کسی و چه سازمانی باید اجرا و عملیاتی کند.

از آنجا که این طرح ناقص و غیرعلمی است و احتمالاً هم تحت عنوان شبکه مطرح می‌شود که اگر واقعاً این گونه باشد، نوعی تدلیس به حساب می‌آید. این طرح مسلماً به شکست منجر خواهد شد، و در نتیجه اصل شبکه پرافتخار کشور، در اذهان جامعه، مسئولین و سیاستگذاران بدنام شده و هم در سطح بین‌المللی بعنوان شکست بزرگی در زمینه سلامت برای نظام مقدس جمهوری اسلامی مطرح خواهد شد.

از آنجا که معاون محترم وزارتخانه اظهار می‌داشتند که این طرح مصوبه هیئت محترم دولت است، در آخرین جلسه هیئت امنای فرهنگستان‌ها که به ریاست جناب آقای دکتر مخبر معاون اول ریاست جمهوری تشکیل شد، اینجانب موضوع را مطرح نمودم ولی جناب آقای دکتر مخبر تصویب چنین مطلبی را تکذیب کردند.

قابل تقدیر است که دولت محترم هدف تکمیل پروژه‌های نیمه تمام دارد اما قابل ذکر است که پروژه‌های نیمه تمام مربوط به سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی، اکثراً ساختاری نیست و عملیاتی است نظیر روزآمدی و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و نیز تعمیق و تکمیل ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی و نیز احیای طرح داروی ژنریک.

علیرغم صرفه جوئی‌های خارق العاده‌ای که فقط از همین سه طرح (که از اولویت‌های سیاست‌های کلی سلامت هستند) عاید خواهد شد، ولی متأسفانه همچون بیمارستان سازی نمی‌توان از نمایش آن در تلویزیون استفاده تبلیغاتی کرد و در نتیجه اولویت‌های سیاست‌های کلی سلامت به فراموشی سپرده شده است.

احکام مندرج در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی، حدود ۹۵٪ آنها پروژه‌های عملیاتی بوده و شاید کمتر از ۵٪ ساختاری است که نیاز به بودجه، ساختمان سازی و تجهیزات دارد. وزارت بهداشت باید به فریاد ۹۵٪ پروژه‌های عملیاتی برسد و نه بیمارستان سازی و تجهیزات هزینه بر که خود عامل افزایش هزینه‌ها و سقوط کیفیت مراقبت‌ها و خدمات شده و مسیر نیل به عدالت در سلامت را نیز معکوس خواهد کرد.

متواضعانه ولی مصرانه باز از حضرت‌عالی درخواست دارم، ستادی با ریاست حضرت‌عالی و دبیری جناب آقای دکتر عین‌اللهی و با عضویت کارشناسان سلامت و مسئولین سایر بخش‌های ذیربط تشکیل شود، تا بلکه سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و به ویژه سه طرح مورد اشاره (تکمیل شبکه، تکمیل ادغام و طرح داروی ژنریک) با یاری خداوند متعال، اجرائی شود.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۸/۲۹)

نگرانی از اجراشدن طرح ناقص "سلامت خانواده و ارجاع"

وفق مفاد سیاست‌های کلی سلامت و فرمایشات صریح مقام معظم رهبری به وزیر محترم قبلی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز در روز پرستار سال گذشته به جناب آقای دکتر عین‌اللهی وزیر محترم کنونی. همچنین دستورات معظم له، در ملاقات حضوری جناب

آقای وزیر و معاونین محترم وزارت، در مورد اجرائی کردن نوسازی و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور، و از قراری که جناب آقای وزیر به اینجانب فرمودند، حضرت آقا فرموده بودند که درست است که درمان مهم است ولی بهداشت و پیشگیری خیلی مهمتر است، به استحضار می‌رساند بازسازی، توسعه و تعمیم شبکه بهداشتی درمانی کشور وظیفه‌ای واجب و هر نوع تاخیر در اجرا و یا اتخاذ سیاست‌های تضعیف کننده، و یا با تصور جایگزینی آن با برنامه‌های کوچک و محدودی نظیر سلامت خانواده و ارجاع، و یا مشابه آن، خسارتی جبران ناپذیر به نظام سلامت کشور است. توجه داشته باشیم که شبکه بهداشتی درمانی و ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت از دستاوردهای عظیم انقلاب اسلامی و دارای شهرت بین المللی است.

طرح اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که شاید نوعی جایگزین برای شبکه بهداشتی درمانی تصور شده است، تحت عنوان سلامت خانواده و ارجاع، متأسفانه بدون مشورت با صاحب نظران سلامت اتخاذ شده و چنانچه وفق مصاحبه وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار باشد که جایگزین شبکه فعلی گردد، به دلیل دارا بودن ضعف‌های بنیادین و غیر قابل اصلاح آن، فرهنگستان علوم پزشکی اعتقاد دارد برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع درست برعکس شبکه، علاوه بر تحمیل هزینه‌های سنگین به کشور، موجب خسارت‌های جانی و سقوط شاخص‌های سلامت جامعه و نارضایتی مردم شده و به دلایل زیر با سیاست‌های کلی سلامت و توصیه‌های مکرر مقام رهبری و نیز دستورات و پیگیری‌های خود حضرت‌عالی در مورد تقویت شبکه بهداشتی درمانی کشور مغایرت کامل دارد:

۱- در برنامه سلامت خانواده و ارجاع، حتی در صورتیکه به طور کامل اجرا شود، برعکس شبکه بهداشتی درمانی که کلیه مراقبت‌ها و خدمات سلامت همه جانبه آموزش پزشکی جامعه نگر و پژوهش‌ها را دربردارد و با کاهش هزینه‌ها هم توأم بوده و در حقیقت نوعی اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت محسوب می‌شود. لذا به دلائل گوناگون و از جمله دلائل

زیر "طرح سلامت خانواده و ارجاع" که قاعدتاً فقط به ارائه مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی خانواده آنهم به صورت غیرفعال محدود می‌شود. یعنی خانوارها در هنگام بیماری و احياناً برای مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده، به پزشک یا مراقب سلامت مراجعه می‌کنند. در حالی که در "شبکه بهداشتی درمانی کشور"، اساس و پایه، بر ارتقای سلامت همه جانبه جامعه و محیط زیست و بر پایه مشارکت آگاهانه و سازمان یافته مردم و حمایت‌طلبی برای همکاری‌های گسترده بین بخشی می‌باشد. در کنار فعالیت اصلی فوق الذکر، مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی به صورت جامع و کامل و با استفاده از راهبرد ارجاع و بازخوراند با کمک بیمه‌ها و بخش خصوصی و با استفاده از داوطلبین محلی سلامت، بصورت فعال ارائه خواهد شد. بعلاوه سلامت محیط زیست و سلامت اجتماعات محلی از قبیل مهدکودک‌ها، کودکان‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها، مساجد، کارگاه‌ها و کارخانه‌های صنعتی و فروشگاه‌ها و معابر با کمک مردم و نهادهای دیگر مورد توجه می‌باشد و مسئولان بیماری‌های واگیر و نیز بیماری‌های غیرواگیر برای پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مزبور، تلاش مستمر دارند و از همه مهمتر اینکه شبکه بهداشتی درمانی کشور، عرصه مناسب و منحصر بفرد برای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و تحقیقات کاربردی نافع برای نظام سلامت دارد. فرهنگستان علوم پزشکی کماکان بر اجرای برنامه پزشکی خانواده فعال (و نه غیرفعال) و محله محور از طریق تقویت کمی و کیفی شبکه بهداشتی درمانی کشور (که سلامت خانواده جزء بسیار کوچکی از آن به حساب می‌آید) تأکید دارد و آمادگی خود را برای هرگونه همکاری در اجرای آن اعلام داشته است.

۲- متأسفانه برنامه سلامت خانواده و ارجاع، تنها به قسمتی از وظایف گسترده از مجموعه شبکه بهداشتی درمانی یعنی سلامت خانواده و نظام ارجاع به طور ناقص تأکید دارد، در حالی که ابعاد بسیار مهمی مانند بهداشت مساجد، بهداشت اماکن، سلامت مدارس، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت

معنوی و آموزش سلامت و بسیاری از ظرفیت‌ها و توانائی‌های شبکه بهداشتی درمانی را در بر نخواهد داشت.

موجب امتنان است به عنوان رئیس محترم دولت مردمی و به احترام دستاوردهای انقلابی سلامت و بمنظور جلوگیری از تعجب صاحب نظران عرصه بین الملل و نیز کشورهایی که ده‌ها سال است در حسرت چنین شبکه‌ای به سر می‌برند و تصور این اقدام که عقب گرد و واپس گرایی به حساب می‌آید، دستور فرمایید از هر نوع اقدام شتاب زده که موجب تضعیف شبکه بهداشتی درمانی کشور و تخریب شاخص‌های سلامت شده و موجب تحمیل خسارت سنگین و غیرقابل جبران به سلامت همه جانبه مردم و موجب بدبینی مردم و نارضایتی از مسئولین کشور می‌گردد، اجتناب شود و مسئولین محترم وزارت متبوع

مکاتبه باریس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۱۱/۹)

انتقاد از جایگزینی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع بجای شبکه

بهداشتی درمانی

پیرو نامه شماره ۱۰۰/۹۵۰۷ مورخ ۱۴۰۲/۹/۱۲ فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آنکه پاسخ این نامه توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خطاب به رئیس محترم دفتر رئیس جمهور (طی رونوشت نامه ۱۰۰/۸۰۸ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۶) به این فرهنگستان واصل شده است. لیکن از آنجا که محتوای پاسخ وزیر محترم و پیوست‌های نامه که مشتمل بر پاسخ معاونت محترم بهداشت آن وزارت و شیوه نامه، ساختار و سازماندهی درجهت بسته خدمات سطح اول می باشد، لازم دانستم برخی نکات را در پاسخ به نامه وزیر محترم متذکر گردم.

(۱) در پاسخ وزیر محترم و معاون بهداشتی ایشان توضیح مشخص و واضحی بر آنچه اینجانب در نامه فوق‌الذکر نوشته بودم داده نشده. ایراد اصلی بر غفلت تعجب آور از مفهوم و تضعیف بسیار شدید شبکه بهداشتی درمانی کشور که در مجامع بین‌المللی شناخته شده است، و ابداع برنامه‌ای بسیار ناقص و نادرست و غیرعلمی و مخرب جدید به نام سلامت خانواده و نظام ارجاع است. مفهوم سلامت خانواده کاملاً روشن است. این برنامه جزیی کوچک از برنامه‌های وسیع و جامع تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه در قالب شبکه بهداشتی درمانی است که شامل گروه‌های سنی کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان و مادران است که در قالب اداره کلی ذیل تشکیلات معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مدیریت می‌شود و اطلاق آن به یک برنامه جامع باعث تضعیف بقیه برنامه‌ها، مسئولیت‌ها و فعالیت‌های گسترده شبکه و سردرگمی ادارات ستادی و زیرمجموعه‌های دانشگاهی خواهد شد. اشکال دیگر این عنوان معادل بین‌المللی این عبارت است در ادبیات بین‌المللی برنامه سلامت خانواده که ترجمه اش Family Health خواهد شد جایگاهی مجزا ندارد و تنها برنامه مشابه با نام پزشکی خانواده Family medicine وجود دارد که در مجموعه وسیع برنامه‌های نظام‌های سلامت است که در قوانین و اسناد بالادستی کشور با همین عنوان ذکر شده است و حتی در لایحه تقدیمی برنامه هفتم توسعه دولت محترم و مصوبه مجلس محترم هم همین عنوان برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مورد تاکید قرار گرفته است و اثری از عنوان سلامت خانواده نیست. بنابراین اصرار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر این عنوان ابداعی عجیب، غیر موثر، هزینه‌زا و غیر علمی بوده و تضعیف و تخریب شبکه بهداشتی درمانی کشور و نیز ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی را بدنبال خواهد داشت. که مغایرت کامل با سیاست‌های کلی سلامت و تاکیدهای مکرر و موکد مقام معظم رهبری دارد. ایشان به دفعات فرموده‌اند چرا بعضی می‌خواهند اقداماتی را

که خود مبدع آن بوده ایم و از آن نفع بسیار برده ایم نقض کنند. لذا با دستور ایشان، چند بار از اقدامات مشابه، توسط بعضی از وزرای قبلی جلوگیری بعمل آمد.

۲) در مکاتبه مورد اشاره که در پاسخ نامه فرهنگستان ارسال گردیده است، عنوان گردیده، که شیوه نامه برنامه (سلامت خانواده) با استفاده از نظرات کلیه صاحب نظران و از جمله اعضای فرهنگستان علوم پزشکی صورت گرفته است. حتی در شیوه نامه و مجموعه ساختار و سازماندهی و در ترکیب ستاد ملی (در عنوانش ستاد ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع است) نام رییس فرهنگستان علوم پزشکی و در ترکیب قرارگاه پزشکی خانواده (ستاد هماهنگی) رئیس یا نماینده فرهنگستان به عنوان عضو ذکر نشده و بنده کاملاً بی اطلاعم که در طی ده ماه گذشته که این شیوه نامه ها صادر شده آیا جلسه ستاد ملی برای تصویب این شیوه نامه های مهم تشکیل گردیده است؟ و اگر جلسه ستاد هماهنگی (قرارگاه) تشکیل شده است چرا از این فرهنگستان دعوتی به عمل نیامده است؟

۳) در گزارش معاون بهداشت وزارت، در خصوص اجرای برنامه موصوف ذکر گردیده است که برنامه در ۹۳ شهرستان بلوک بندی، انتخاب مراقب سلامت و سرشماری انجام شده است و بقیه مراحل در حال انجام است. جای بسی تأسف است که با گذشت ۱۰ ماه از اجرای یک برنامه در گزارش به این حداقل کار بسنده شود. متأسفانه فرصت ها با سرعت از دست رفته و می رود و فرصت فعالیت های این دولت محترم هم در حال اتمام است. آنچه در انتظار عموم ارائه می شود، افتتاح مراکز فوق تخصصی و تخت های بیمارستانی (بدون کارایی لازم و فاقد نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات) است و آمارهایی هم که در خصوص افتتاح یا توسعه مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت داده می شود بسیار ناچیز و محدود است. از جنابعالی درخواست می نمایم با اعزام بازرسان ویژه و آگاه، وضعیت ارائه مراقبت ها و خدمات را در حوزه بهداشت و نیز بیمارستان های تازه افتتاح شده بصورت نامحسوس مورد بررسی قرار دهید.

۴) فرهنگستان علوم پزشکی بر اساس اساسنامه خود و راهبردهایی که تدوین شده است، بطور مستمر با تشکیل جلسات در گروه‌های علمی و شورای آینده نگاری و مجمع عمومی خود بیانیه‌ها، خلاصه‌های سیاستی و راهکارهای اجرایی برون رفت از وضعیت موجود را طی دوره دولت محترم سیزدهم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جنابعالی منعکس نموده است که برخی از اهم آنها به پیوست تقدیم می‌گردد. علیرغم درخواست‌های کتبی و شفاهی فرهنگستان علوم پزشکی برای برقراری جلسات با وزیر محترم و معاونین ایشان، وزارتخانه فقط به تشکیل یک جلسه در اردیبهشت ماه سال جاری اکتفا کرده و جناب آقای وزیر در پایان جلسه فرمودند اینجانب بعنوان وزیر و معاونین و روسای دانشگاه‌ها الان ۲۰ ماه تجربه اجرایی داریم و خداوند هم فرموده است پس از انجام مشورت خودتان تصمیم بگیرید و همانطوری که عرض شد علیرغم تذکرات تلفنی و ارسال پیام‌ها از طریق مشاوران و معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و حتی جناب آقای دکتر اسماعیلی و پیگیری‌های زیاد، توفیق برگزاری هیچ جلسه دیگری را پیدا نکردیم که کاملاً مورد تعجب و تاسف است که مفهوم آن این است که نیاز به مشورت با دیگران ندارند.

در انتها، این نکته را متذکر می‌گردم که همه این نکات و مطالبی که در جلسات حضوری و یا مکاتبات بیان می‌شود، به دلیل احساس تکلیف و دلسوزی، احساس مسئولیت، و تجربه بیش از چهار دهه کار اجرایی و سیاست‌گذاری و تقنین است. حدود یکسال قبل، در تماس تلفنی حضرتعالی با اینجانب فرمودید که در جلسه‌ای که جناب آقای دکتر عین‌اللهی قول داده‌اند که تا پایان اسفند ۱۴۰۱ سطح اول شبکه بهداشتی درمانی کشور را تکمیل فرمایند و تکمیل بقیه سطوح و کل شبکه را قبل از پایان سال ۱۴۰۲ انجام خواهند داد. حال متأسفانه نه تنها تعهد قبلی اصلاً اجرایی نشده، بلکه نگرانی از این است که با انتخاب نام جعلی "سلامت خانواده و ارجاع" (بهداشت خانواده جزء کوچکی از کل نظام سلامت به حساب می‌آید)، به جای تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و تعمیق و تکمیل ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی کشور، (که یکی از بندهای مهم سیاست‌های

کلی سلامت و زیر بنای سایر اقدامات مربوط به سلامت همه جانبه جامعه است و به دفعات مورد تاکید مقام معظم رهبری بوده و در محافل بین المللی و مقالات عدیده در نشریات و مجلات علمی سازمان جهانی بهداشت (WHO)، فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME) و امثال آن، ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در شبکه بهداشتی درمانی کشور ما به عنوان الگوی سایر کشورها در قرن حاضر معرفی شده و در تعداد قابل توجهی از کشورها و از جمله کشور آمریکا (در حد شهرستانها و بعضی استانها تقلید شده است) نظام سلامت را به مسیر نادرست هدایت نمایند. به هر حال جناب آقای رئیس جمهور، فرصتها می گذرند و عدم توجه به راهکارهای اصلاحی اساسی که همه آنها در سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ آمده است، باعث ناکارایی نظام سلامت و خدای نکرده تلقی نا کارآمد بودن دولت خواهد بود. تقاضا می کنم در صورت صلاحدید و تا خیلی دیر نشده است، دستور فرمایید جلسه ای با حضور آن مقام محترم برای بررسی مشکلات متعدد بخش سلامت تشکیل گردد و ضمن بررسی پیشنهادات اصلاحی، مصرا نه توصیه می نمایم دستور توقف برنامه های بی ثمر و احياناً مضرى چون سلامت خانواده و ارجاع گرفته شود و راهبرد اساسی یعنی تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی کشور و تعمیق و تکمیل ادغام در دستور کار و مسیر اجرا قرار گیرد.

پیوست ۱: بیانیه مجمع عمومی: تاکید بر تداوم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در عرصه مراقبت ها و خدمات بهداشت و درمان (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل چهارم)

پیوست ۲: بیانیه مجمع عمومی: اولویت های بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در چارچوب سیاست های کلی سلامت (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل اول)

پیوست ۳: بیانیه مجمع عمومی: اولویت های مهم بخش سلامت، راهبرد ها و راهکارها(بخش سوم همین کتاب)

پیوست ۴: بیانیه مجمع عمومی: پزشکی خانواده، راهبرد اصلی برای تحقق بهره مندی همگان از مراقبت ها و خدمات عادلانه سلامت (جلد دوم کتاب مجموعه مستندات فصل چهارم)

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی
(۱۴۰۲/۴/۱۷)

گروه علوم دارویی فرهنگستان علوم پزشکی، مراتب نگرانی و هشدار جدی خود نسبت به حذف داروساز را اعلام نموده و درخواست اصلاح فرایند را خواستار است:

نقش داروساز در داروخانه

نامه گروه علوم دارویی

همانطور که مستحضرید وفق اسناد، آیین نامه ها و دستورالعمل های بالادستی، و براساس قوانین و مقررات مربوطه، وظایفی از سوی نظام سلامت بر عهده داروسازان در سطح اول خدمات دارویی گذارده شده است که به مواردی از قبیل کنترل و تطبیق داروهای تحویلی به بیمار با نسخه پزشک، هماهنگی باپزشک معالج در صورت نیاز به هرگونه تغییر در داروی تجویزی، کنترل نسخ از منظر تداخلات، عوارض و ناسازگاریهای فیزیکوشیمیایی و بیولوژیکی داروهای تجویزی، نظارت بر شرایط و نحوه نگهداری و انبارش استاندارد داروها، ارائه مشاوره های دارویی و پاسخگویی به سوالات دارویی بیمار و تیم درمان، ایفای نقش به عنوان عضوی از تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده، مشارکت در برنامه های اصلاح سبک زندگی و ارتقای سلامت جامعه، مشارکت در برنامه های

غربالگری و شناسایی و ارجاع بیماران به پزشک، پایش برنامه درمان دارویی بیماران مبتلابه بیماریهای مزمن با هدف افزایش تبعیت دارویی بیمار و موفقیت درمان، آموزش بیماران و ارتقای سطح سواد دارویی و سواد سلامت آنها، و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیماران، میتوان اشاره نمود. این در حالی است که در کشورهای پیشرو و براساس توصیه های سازمان جهانی بهداشت، ویژگیهای علمی-حرفه ای تحت عنوان داروساز ۷ ستاره و داروساز ۱۰ ستاره، از بیش از دو دهه پیش تعریف و توصیه شده است که همگی به نوعی تاکید بر جایگاه موثر داروساز در نظامهای سلامت دنیا می باشد.

نگاهی گذرا به آمارهای حیرت انگیز و تاسف بار در میزان خطاهای دارویی و یا تبعات و عواقب عدم توجه لازم به عوارض داروها، خود مبین نقش و تأثیری بدیلی است که حضور داروساز در تیم درمان میتواند داشته باشد. گزارش سال ۲۰۲۳ در کشور آمریکا حاکی از بروز بیش از ۷ میلیون خطای دارویی با هزینه ای بالغ بر ۴۰ میلیارد دلار در سال می باشد. همچنین، براساس آمار موجود از کشورهای مختلف دنیا، سالانه بیش از صدها هزار مورد مرگ، و میلیونهامورد پذیرش بیمارستانی و مراجعه به بخش اورژانس بیمارستانها در نتیجه واکنشهای نامطلوب دارویی گزارش شده است. این در حالی است که تا ۷۰ درصد موارد واکنشهای نامطلوب دارویی، قابل پیش بینی و پیشگیری میباشند. با اینهمه، مایه تاسف است که بعضاً برنامه های نظام سلامت کشورمان با تضعیف و حتی نادیده گرفتن کامل داروساز، طراحی و اجرا میگردند. این امر، بی شک مسئولیت قانونی، شرعی، انسانی، اخلاقی و حرفه ای ما و کلیه دست اندرکاران نظام سلامت برای اصلاح فرایندهای مذکور و ادای وظیفه و جبران مافات را دوچندان مینماید. در همین رابطه، درخصوص حضور و نقش داروسازان در شبکه های بهداشت کشور براساس بررسی های انجام شده، نکاتی چند به شرح ذیل به استحضار میرسد:

شبکه های بهداشت و درمان زیرمجموعه معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی می باشند که مراکز جامع خدمات سلامت، پایگاههای بهداشت و خانه های بهداشت نیز

تحت نظر این معاونتها میباشند. در پایگاههای سلامت روستایی و پایگاههای سلامت شهری، مراقبان سلامت حضور دارند و به ارائه خدمت میپردازند و برخی مکملها و داروها را در اختیار مردم قرار میدهند. در چارت آنها داروخانه و داروساز وجود ندارد. بهورزها در خانه های بهداشت در روستاها مستقر بوده و ارائه دهنده خدمات هستند که میتوانند حدود ۶۰ قلم دارو (با احتساب واحد و شکل دارویی) را تجویز نمایند که شامل مکملها و استامینوفن و ... میباشد. علاوه بر خانه های بهداشت، در چارت سازمانی مراکز جامع خدمات سلامت شهری در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، داروخانه دیده شده است که علیرغم امکان عرضه ۴۳۶ قلم دارو، لزوماً با حضور دکتر داروساز اداره نمیشود. این لیست مشتمل بر داروهایی نظیر آلدرونا، آسیکلوویر، آلوپورینول، آلپرازولام، آمیتریپتیلین، آملودیپین، بیزاکودیل، بیسموت ساب سیترات، بوسپیرون، کاربامازپین، کارودیلول، سیپروفلوکساسین، کوتریموکسازول، دیکلوفناک، دیگوکسین، ارگوتامین سی، فیناستراید، کتوکونازول، لیتیوم، ریسپریدون، وارفاین، والپروات سدیم و بسیاری داروهای دیگر میباشد که دارای نکات احتیاط و هشدارهای جدی از منظر عوارض و تداخلات دارویی یا شرایط مصرف خاص و قابل توصیه به بیمار میباشند. علاوه بر این، درخصوص بیماران دیابتی، فشار خون بالا، اعصاب و روان، و قلبی-عروقی در صورتیکه داروهایشان ابتدا توسط متخصص تجویز شده باشد، پزشک عمومی مرکز خدمات جامع میتواند با قید عبارت "ادامه تمدید درمان" در نسخه، نسبت به تکرار تجویز آنها اقدام و داروخانه طرف قرارداد که الزاماً واجد داروساز نمیباشد موظف به تحویل آنها میباشد.

نکته مهم دیگر این است که در صورتیکه داروخانه های خصوصی تمایل به انعقاد قرارداد همکاری با مرکز خدمات سلامت نداشته باشند، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی داروخانه در مرکز خدمت سلامت است که متأسفانه در دستورالعمل مربوطه هیچگونه الزامی به حضور داروساز در این داروخانه ها نیز نشده است. در این داروخانه های دولتی، ارائه خدمات توسط فردی به عنوان "دارویار" انجام میگردد و در صورت

عدم وجود دارویارمیتوانند از بهیاری، پرستار یا ماما برای این منظور استفاده نمایند! با توجه به اینکه براساس قوانین موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان غذا و دارو مصوب ۱۳۳۴ عرضه و ارائه هر نوع دارویی صرفاً در صورت حضور دکتر داروساز در داروخانه، مجاز میباشد، لذا عملکرد فعلی برخی مراکز جامع خدمات سلامت شهری که دارای داروخانه و فاقد حضور دکتر داروساز میباشد، براساس قوانین فوق غیرمجاز بوده و مستلزم اصلاح میباشد. لذا با توجه به موارد پیشگفت در مقدمه این مرقومه درخصوص اهمیت حضور داروساز در کنار تیم مراقبت از بیمار و ارائه خدمات سطح یک، بطور جدی توصیه میگردد که حداقل در مراکز جامع خدمات سلامت شهری که مقرر گردیده بیش از ۴۰۰ قلم دارو به بیماران ارائه گردد، حضور دکتر داروساز الزامی باشد. بنظر میرسد که در اجرای برنامه های مذکور، نظام سلامت، بدلیل کمبود منابع و اجتناب از هزینه برای استخدام داروسازان به عنوان خبرگان ارائه دهنده مشاوره های دارویی، اصل صیانت از سلامت عمومی مردم در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر را با خدشه مواجه نموده است. حتی یک نگاه گذرا به داروهای موجود در فهرست ۴۳۶ قلمی و سایر داروهای دارای پتانسیل تجویز و مصرف در این داروخانه ها، مهر تاییدی بر ضرورت توجه ویژه بر این موضوع میباشد.

در پایان پیشنهاد میشود: از پتانسیلهای موجود شامل طرح نیروی انسانی و سربازان وظیفه جهت تامین داروساز مورد نیاز در شبکه استفاده گردد.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین الهی
(۱۴۰۲/۴/۲۱)

نگرانی از نرم افزارهای نسخ الکترونیکی

مکاتبه رئیس محترم گروه علوم دارویی:

براساس گزارش بعضی از همکاران پزشک و داروساز برخی از نرم افزارهای مرتبط با نسخ‌الکترونیک که در مطب‌ها، کلینیک‌ها، و داروخانه‌ها نصب شده است بطور غیررسمی از سوی برخی از شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی داخلی یا خارجی مورد حمایت قرار گرفته و نانوشته رابطه حامی مالی بین آن‌ها برقرار است. در این نرم افزارها برندهای یک یا چند شرکت خاص در صدر فهرست‌ها قرار داده شده و در زمانی که پزشک اقدام به نسخه‌نویسی و یا داروساز نسخه را ثبت و اقلام دارویی را انتخاب می‌کند به طور ناخودآگاه برندهای پیشنهاد شده را انتخاب می‌نماید.

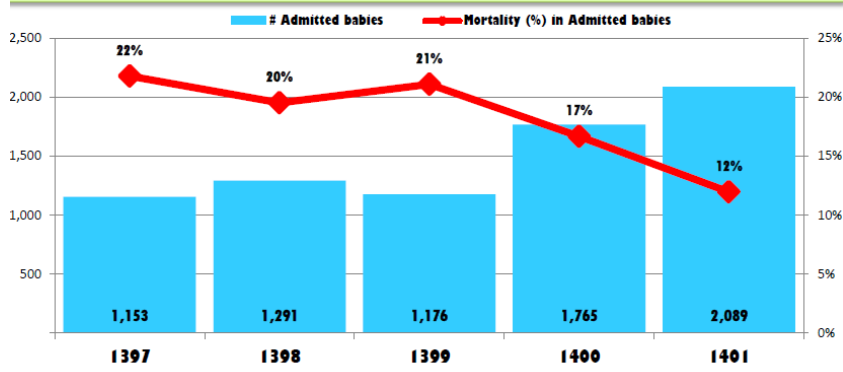
مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی (۱۴۰۲/۴/۶)

حمایت از سلامت نوزادان استان سیستان و بلوچستان

ضمن تقدیم تصویر مطالبی در مورد بهبود نسبی وضع اسفبار نوزادان استان سیستان و بلوچستان، از آنجا که جناب آقای دکتر حیدرزاده را از دورانی که دستیار فوق تخصص نوزادان در بیمارستان کودکان مفید بودند، می‌شناسم، هم در آن دوران و هم پس از آن بعنوان رئیس اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت‌های دلسوزانه و پیگیرانه‌ای برای بهبود وضع نوزادان کشور بعمل آوردند و حقیقتاً خود و خانواده ایشان در طی این سال‌ها برای هدف مقدسشان فداکاری و ایثار کردند. ایشان که عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند، فعلاً برای بهبود وضع نوزادان استان سیستان و بلوچستان در زاهدان مستقر شده‌اند. خواهشمند است درصورت صلاحدید و با توجه به محرومیت‌های استان، دستور فرمائید هرگونه مساعدتی برای ارتقاء سلامت نوزادان استان و کاهش مرگ و میر آنان از طرف آن وزارت محترم و دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مقدور است، بعمل آورند

پیوست

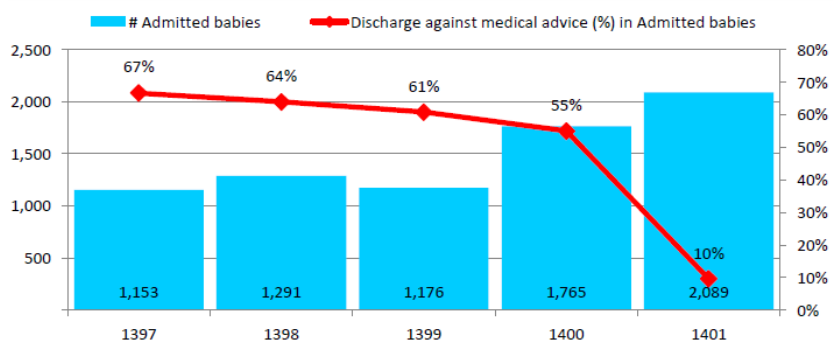
روند ۵ ساله فراوانی مرگ نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان امام علی زاهدان



همان طور که در نمودار فوق مشاهده می شود میزان مرگ نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان کاهش چشمگیری (۱۲ درصد در سال ۱۳۴۰۱ نسبت به ۲۱ درصد در سال ۱۳۹۹) داشته است. این کاهش علی رقم افزایش تعداد نوزادان بستری در بیمارستان بوده است.

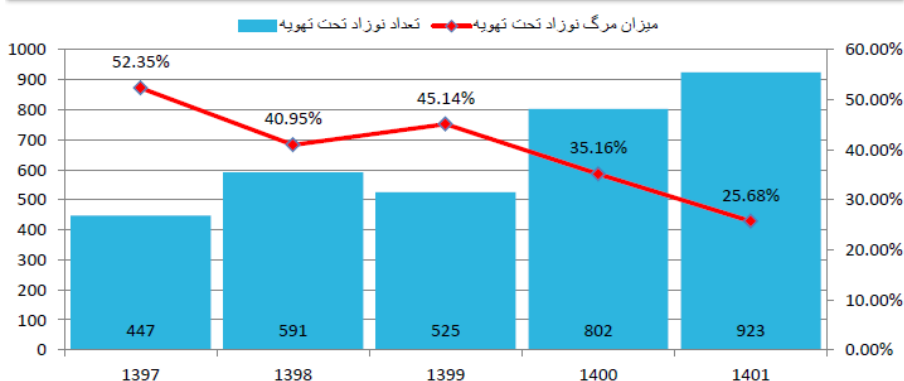
همان طور که در نمودار فوق مشاهده می شود میزان مرگ نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان کاهش چشمگیری (۱۲ درصد در سال ۱۳۴۰۱ نسبت به ۲۱ درصد در سال ۱۳۹۹) داشته است. این کاهش علی رقم افزایش تعداد نوزادان بستری در بیمارستان بوده است.

روند ۵ ساله فراوانی ترخیص نوزادان با رضایت شخصی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان امام علی زاهدان



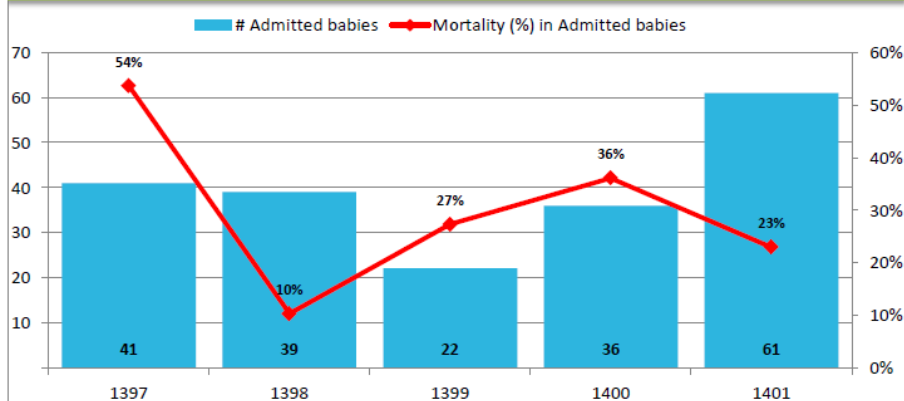
در نمودار فوق کاهش قابل توجه رضایت شخصی در نوزادان بستری مشاهده می شود. میزان رضایت شخصی ۵۵ درصد در سال ۱۴۰۰ تبدیل به ۱۰ درصد شده است.

روند ۵ ساله فراوانی مرگ نوزادان تهویه مصنوعی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان امام علی زاهدان

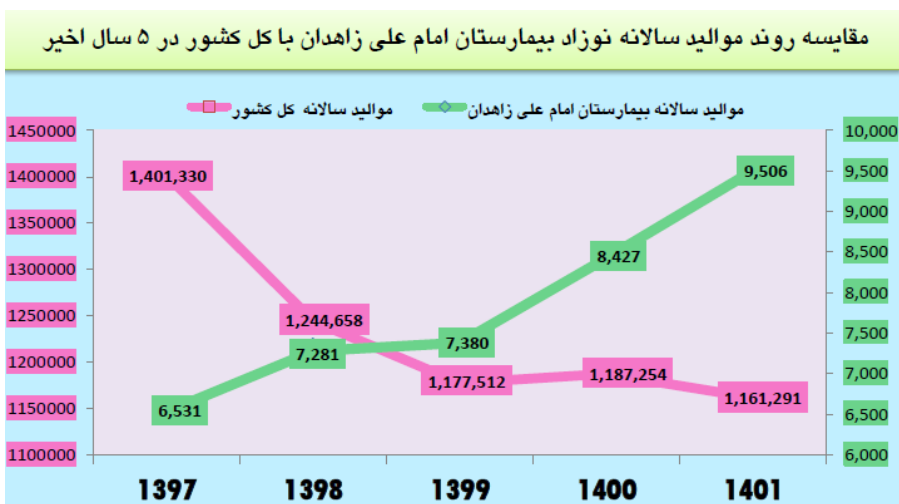


در سال ۱۴۰۲ میزان مرگ نوزاد تحت تهویه مصنوعی ۲۵ درصد است. در حالی که در سال ۱۳۹۹ این میزان ۴۵ درصد بوده است. در حالی که تعداد نوزاد نیازمند تهویه مصنوعی در این بیمارستان در چند سال اخیر در حال افزایش بوده است. به طور مثال تعداد نوزاد تحت تهویه مصنوعی در سال ۱۳۹۹ ۵۲۵ نوزاد بوده در حالی که در سال ۱۴۰۱ این تعداد به ۹۲۳ نوزاد افزایش یافته است.

روند ۵ ساله فراوانی مرگ نوزادان تحت عمل جراحی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان امام علی زاهدان



در نمودار فوق تعداد نوزاد تحت عمل جراحی به صورت بارچارت آبی به نمایش در آمده است. همانطور که مشاهده می شود در سال ۱۴۰۱ بیشترین عمل جراحی نسبت به سال های قبل صورت گرفته است. همچنین میزان مرگ متعاقب عمل جراح به شکل معنی داری کاهش یافته است.



با توجه به قانون جوانی جمعیت لازم به ذکر است که به اطلاع آن مقام مسئول رسانده شود که بیمارستان امام علی زاهدان بیشترین رشد موالید سالانه نوزاد را به خود اختصاص داده و نسبت به سال ۱۳۹۷ در سال ۱۴۰۱ به میزان ۲۱ درصد افزایش موالید داشته است در حالی که کل کشور در همین بازه زمانی ۱۵ درصد کاهش موالید را تجربه کرده است.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۳/۶)

تأمین فضای نگهداری از فرزندان مادران شاغل

با همت دولت سیزدهم، اجرایی شدن قانون جوانی جمعیت در دستور کار دستگاه‌های مسئول قرار گرفته است. یکی از موارد مهم مشوق فرزند آوری که در ماده ۲۲ این قانون مورد تاکید قرار گرفته است، تأمین فضای مناسب برای نگهداری فرزندان مادران شاغل در دستگاه‌های اجرایی در محل خدمت، در ساعات اشتغال است. پرواضح است که این موضوع از دغدغه‌های مهم زنان شاغل در همه عرصه‌های تولید و خدمات است. ضمن تاکید بر اجرای این ماده قانونی، خواهشمند است با ابلاغ بخشنامه‌ای، اجرایی شدن این مهم مورد پیگیری قرار گیرد.

مکاتبه با قائم مقام محترم رئیس سازمان صداوسیما در امور فرهنگی و دبیر ستاد تحول رسانه ملی جناب آقای وحید جلیلی (۱۴۰۲/۵/۷)

تأکید بر ارتقاء سواد سلامت جامعه و ابعاد مختلف سلامت همه جانبه

جامعه در رسانه ملی

در جلسه مورخ ۱۴۰۲/۴/۲۷ خدمت حضرت عالی و همکاران محترمتان بودیم و امید بسیار به ورود هرچه بیشتر شما بزرگواران به امر حیاتی ارتقاء سواد سلامت جامعه و ابعاد مختلف سلامت همه جانبه جامعه (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) و با بینش ارتقائی و پیشگیرانه به جای تمرکز بر بعد بسیار گران درمان (هم از نظر هزینه و هم تحمل درد و الم توسط بیماران) و با هدف نهائی عدالت در سلامت (برخوردارى آحاد مردم از مطلوب‌ترین حد سلامت همه جانبه)، که انشاءالله ماجور درگاه خداوند متعال خواهد بود.

ضمناً به پیوست دو جلد کتاب روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس تألیف جناب آقای دکتر سید عباس فروتن عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، به‌مراه پنج نسخه از کتاب نشانی جهت هرگونه بهره برداری ارسال می‌گردد. لازم بذکر است، کتاب تاریخ پزشکی دفاع مقدس در بیستمین دوره انتخاب بهترین کتاب سال دفاع مقدس برگزیده شد و مجموعه مستند پنج قسمتی تحت عنوان "طبیبان مهاجر" برگرفته از روایت‌های بخشی از کتاب مذکور در مهرماه سال ۹۹ از شبکه یک صدا و سیما پخش گردید. بدیهی است مستندات موجود در کتاب مذکور و تصاویر و فیلم‌هایی که توسط مولف تهیه شده است، می‌تواند منبع خوبی برای تهیه مستندات و فیلم‌های مرتبط با واقعیت‌های جنگ تحمیلی در صداوسیما باشد.

مکاتبه با رئیس محترم سازمان صدا و سیماى جمهوری اسلامی ایران جناب آقای دکتر پیمان جبلی
(۱۴۰۲/۲/۲۵)

نقد فرهنگستان از سند تحول سازمان صدا و سیما در افق ۱۴۰۵

مرور سند " تحول سازمان صدا و سیما در افق ۱۴۰۵ " نشان از تلاش برای ارائه تصویر حقیقی و واقعی انقلاب شکوهمند اسلامی داشت. باتوجه به فرموده حضرت رسول اکرم (ص): "نعمتان مجهولتان، الصحه و الامان" و کلاً تأکیدی که قرآن کریم، احادیث، روایات و اعتقادات اسلامی به کرات به آن پرداخته‌اند سلامت همه جانبه جامعه موضوع بسیار مهمی است و بنا به فرمایش مقام معظم رهبری "سلامت محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در عرصه معنویت بخواهد رشد کند باید فرد سالمی باشد."

با عنایتی که در سند تحول سازمان صدا و سیما نسبت به مسائل اعتقادات اسلامی و انقلاب اسلامی و مردم انقلابی و ... فرموده‌اید که جای خرسندی بسیار است، اما جای تعجب و تاسف است که مطلب حیاتی "سلامت همه‌جانبه جامعه" مورد توجه لازم قرار نگرفته است. هرچند "سلامت" باید به عنوان محوری بسیار مهم و اولویت‌دار در همه نوشته‌ها و برنامه‌ها منظور شود، اما متأسفانه نه تنها این نعمت بزرگ الهی به فراموشی سپرده شده است بلکه حتی در مطالب مربوط به عدالت و عدالت گستری هم که "عدالت در سلامت" محور مهمی است، مورد بی‌توجهی قرار گرفته است و همچنین در مورد "سبک زندگی خانواده" که بهتر است "سبک زندگی سالم اسلامی ایرانی" نامیده شود و توجه خاص به همه ابعاد سلامت یعنی سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و به ویژه معنوی که کاملاً مغفول مانده است، در دستور کار قرار گیرد. لذا تقاضا دارم دستور فرمائید در این سند تحول ارزشمند، به نعمت سلامت همه جانبه عنایت لازم بفرمایند. همانطور که استحضار دارید "انسان سالم" محور پیشرفت و توسعه محسوب می‌شود ولی متأسفانه به دلیل پایین بودن سطح سواد سلامت جامعه و حتی پاره‌ای از مسئولین، آن‌گونه که باید به این امر مهم پرداخته نشده است. حال تقاضا دارم دستور فرمائید که صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران که حضرت امام راحل (ره) به درستی تعبیر دانشگاه از آن داشتند، برای ارتقاء هرچه بیشتر دانش، بینش و کنش جامعه در زمینه سلامت همه جانبه و ارتقای سواد سلامت، تلاش لازم بعمل آورند. در پایان

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران آماده هرگونه همکاری در این زمینه است.

مکاتبه با رهبر عظیم الشان انقلاب اسلامی حضرت آیت... العظمی خامنه‌ای (۱۴۰۲/۴/۱۹)

تقویت و توسعه جایگاه سلامت در رسانه ملی

در مکاتبه ۴ امضایی وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان، رئیس سازمان نظام پزشکی و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی تقویت و توسعه جایگاه سلامت در رسانه ملی و نیز تقویت کمی و کیفی فعالیت‌های شبکه تلویزیونی سلامت و احیای شورای سیاستگذاری سلامت مورد تاکید قرار گرفته است.

بخش دوم: همکاری بین بخشی

سازمان بهداشت جهانی حداکثر سهم مدیریت نظام سلامت از سلامت را ۲۵٪ می‌داند و سهم اعظم (۷۵٪) را برعهده سایر سازمان‌ها و نقش آفرینی آنها گذاشته است. همین موضوع بر اهمیت همکاری بین بخشی در جهت اعتلای سلامت آحاد مردم تأکید می‌نماید. بخشی از فعالیت‌های فرهنگستان در جهت حمایت طلبی از سازمان‌های مختلف در جهت مشارکت در امور مرتبط با سلامت است.

مکاتبه با

رئیس محترم سازمان برنامه و بودجه جناب آقای دکتر داود منظور
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی
وزیر محترم کار، تعاون و رفاه اجتماعی جناب آقای دکتر سید صولت مرتضوی
رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهریار
رئیس محترم کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر ولی اسماعیلی
رئیس محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدی گلپایگانی
(۱۴۰۲/۹/۲۲)
ارسال خلاصه سیاستی تهیه شده توسط گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی:

خلاصه سیاستی ۶- نقش تامین منابع مالی پایدار در ارتقاء سلامت

اجتماعی

مقدمه

سلامت از حقوق اصلی و تبعیض ناپذیر هر انسانی در جهان به شمار می‌رود. نشست آما آتا (۱۹۷۸) بینش جهانی را نسبت به سلامت تغییر داد و آن را به عنوان حقوق بشر اعلام کرد و در نشست آستانه (۲۰۱۸) بار دیگر بر حق اساسی همه ی انسانها برای برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دسترس سلامت بدون هیچ گونه تبعیض و متعهد بر تمام اصول

و ارزش های انسانی به ویژه عدالت تأکید موکد شد. سلامت با وضعیت اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی انسانها ارتباط بسیار نزدیک و قوی دارد. سلامت عنصر کلیدی پیشرفت و ارتقاء جامعه است.

سلامت اجتماعی عبارت است از "کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه". نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی، و عدم تامین آن موجب افزایش آسیب های اجتماعی خواهد بود.

تعالی انسان ها مهم ترین عنصر در تحقق توسعه است و از الزامات تحقق عدالت در جامعه توزیع عادلانه ثروت و از بین بردن فقر است. تامین منابع مالی پایدار برای تحقق اهداف توسعه ای همه جانبه وظیفه حاکمیت است. این منابع عمومی لازم است برای محرومیت زدایی و بسط عدل در جامعه هزینه شوند. حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه های سلامت باید از اهداف اصلی نظام های سلامت باشد. بدیهی است که توانمند سازی آحاد جامعه از طریق افزایش آگاهی و سواد سلامت آنها و حل مشکلات معیشتی شان، آنان را از آسیب های اجتماعی دور نموده و باعث ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه خواهد شد.

فرهنگستان علوم پزشکی با نگاه بر مشکلات پیش روی نظام حکمرانی در حوزه سلامت و آثار آن بر سلامت اجتماعی بمنظور واکاوی ابعاد مختلف و ارائه خط مشی مناسب به حوزه های سیاستگزاری و برنامه ریزی و دستیابی به راهکار های اجرایی و عملیاتی، گردهمایی علمی را با عنوان آثار ناپایداری منابع مالی سلامت بر سلامت اجتماعی برگزار نمود. مطالبی که در ادامه آمده است؛ نتیجه مباحثات این نشست است.

➤ اهمیت تامین منابع مالی پایدار در استحکام و تقویت مولفه های اثرگذار بر سلامت اجتماعی

- تجربه کشورهای موفق در حوزه سلامت اجتماعی نشان می دهد که با شناسایی علل و عوامل اثرگذار بر سلامت و سلامت اجتماعی می توان بسیاری از مشکلات پیش

روی آنها را برطرف نمود. یکی از ارکان اثر گذار در توسعه سلامت اجتماعی توجه به تامین منابع مالی پایدار برای حمایت از گروه های آسیب پذیر و کم درآمد است. با این اقدام می توان فقر و نابرابری های اجتماعی را کاهش داده و شاخص های عدالت در سلامت را بهبود بخشید.

- جمهوری اسلامی ایران، کشوری با پوشش جمعیتی و فرهنگی متنوع، با چالش های مهمی در حوزه های نابرابری های اقتصادی-اجتماعی و دسترسی به مراقبت های بهداشتی درمانی مواجه است.
- دسترسی عادلانه و برابر به مراقبت ها و خدمات سلامت صرف نظر از برخورداری های اقتصادی-اجتماعی می تواند به عنوان رویکردی مهم در ارتقای سلامت اجتماعی موثر باشد.

➤ مشکلات ریشه ای در حوزه سلامت اجتماعی

۱. فقدان استراتژی روشن و ناکافی بودن تعهد سیاسی: علی رغم وجود تکالیف و تعهدات در اسناد بالادستی از جمله قانون اساسی، سند چشم انداز، سیاست های کلی سلامت، اقتصاد مقاومتی، بدلیل فقدان استراتژی روشن و ناکافی بودن تعهد سیاسی، شاخص های عدالت در سلامت و همچنین حوزه تامین مالی نه تنها رشد نداشته بلکه سقوط هم نموده است. یعنی مداخلات حمایتی و حفاظتی از جامعه خصوصا گروه های کم درآمد نتوانسته منجر به کاهش نابرابری ها گردد. از طرفی ناترازی های اقتصادی موجود باعث شده تا در عرضه و تقاضا در خدمات اجتماعی، بی انضباطی و بهم خوردگی ایجاد شود که تبعات آن می تواند در افزایش سهم پرداخت مردم از جیب برای دریافت خدمات سلامت و بالا رفتن شاخص هزینه های کمرشکن و فقرزا به واسطه درمان برخی از بیماری ها شود. نکته دارای اهمیت در حوزه سلامت اجتماعی توجه به پایداری و استمرار مراقبت ها و خدماتی است که می بایست در حوزه سلامت بصورت عادلانه برای آحاد مردم فراهم شود.

این امر می تواند باعث در جهت اعتمادسازی، امیدبخشی برای همراهی و هم سویی هرچه بیشتر جامعه در جهت مشارکت آگاهانه در مداخلات سلامت . اما علی رغم وجود تعهدات و تکالیف متاسفانه در طی دو دهه گذشته با تاکید مفاد اسناد بالادستی در خصوص سامان دهی مدیریت منابع اتفاق قابل قبولی هنوز رخ نداد و همچنان مدیریت منابع با وجود محدودیت، با مدیریت جزیره ای و غیرهدفمند مواجه می باشد. این اتفاق چالش های زیادی را برای پیاده سازی سیاست های سلامت به خصوص در حوزه اجتماعی ایجاد کرده است.

۲. ناهماهنگی بین بخشی و برون بخشی: از نکات مهم و قابل ذکر دیگر، وجود ناهماهنگی های بین بخشی و برون بخشی، عدم توجه به سازمان های مردم نهاد به عنوان تبلور تشکل های مدنی و همچنین گسترش بی ضابطه بخش غیردولتی و نبود نظارت اثرگذار بر آن می باشند.

۳. نابرابری های اقتصادی: نابرابری درآمدی و نابرابری های اجتماعی-اقتصادی از چالش های مهم دیگرند. بخشی از جمعیت کشور با دسترسی محدود به آموزش، اشتغال و امکانات اولیه معیشتی مواجه هستند که می تواند منجر به کاهش رفاه اجتماعی، گسترش فقر و شاخص های بهداشتی کاهش یافته شود.

۴. نابرابری های آموزشی: علیرغم پیشرفت های قابل توجه در امر آموزش، نابرابری ها در دسترسی به آموزش کیفی، به ویژه در مناطق روستایی و حاشیه نشین همچنان ادامه دارد. فرصت های آموزشی محدود می تواند مانع از توانایی افراد برای تصمیم گیری آگاهانه در امور سیاسی، اقتصادی-اجتماعی و سلامت فرد شود.

۵. بیکاری و کم کاری: سطح بالای بیکاری به ویژه در میان جوانان به ناامنی اقتصادی، آسیب های روانی و اجتماعی (مانند مصرف مواد مخدر و ...) منجر شود. از سوی دیگر ایجاد بی انگیزگی، در آن افراد که در مشاغل کار می کنند که با

مهارت ها یا آرزوهای آنها مطابقت ندارد، می تواند بر سلامت روان، فرسودگی شغلی، ناکارآمدی سیستم ها و در مجموع رفاه کلی تأثیر بگذارد.

۶. دسترسی به مراقبت های سلامت: در حالی که جمهوری اسلامی ایران در بهبود زیرساخت ها و دسترسی به مراقبت های سلامت گام های مهمی برداشته است، نابرابری ها به ویژه بین مناطق شهری و روستایی و خصوصاً حاشیه شهرها، همچنان ادامه دارد. دسترسی و بهره مندی محدود به خدمات و مراقبت های

سلامت می تواند منجر به تأخیر در دریافت خدمات سلامت و افزایش مخاطرات حاصل از آن شود.

۷. کم توجهی به سلامت روان: کم توجهی و عدم آگاهی در مورد مسائل مربوط به سلامت روان می تواند خانواده و جامعه را با چالش های متعددی مواجه کند که اگر به آنها توجه نشود، می تواند تأثیرات سوءگستردهای بر رفاه اجتماعی و سلامت همه جانبه بگذارد. ۸

۸. سیستم های حمایت اجتماعی ناکافی و محدود: برخی از گروه های جمعیتی، مانند افراد مسن، معلولان و جوامع حاشیه نشین، از پوشش شبکه های حمایتی اجتماعی کافی برخوردار نیستند. این موضوع احساس انزوا را تشدید کرده که میتواند بر سطح سلامت روانی و عاطفی و روابط اجتماعی آنها تأثیر گذار باشد.

۹. نابرابری های جنسیتی: نابرابری های جنسیتی و خشونت های خانوادگی می تواند بر دسترسی زنان به آموزش، اشتغال و مراقبت های سلامت تأثیر گذاشته و فرصت های آنها را برای رفاه اجتماعی محدود کند.

۱۰. عوامل محیطی: مسائل زیست محیطی مانند آلودگی هوا و بهداشت نامناسب می تواند منجر به مشکلات بهداشتی شده و بر شاخص های سلامت اجتماعی به ویژه برای جمعیت های آسیب پذیر تأثیر بگذارد.

➤ چالش ها و مشکلات نظام رفاه و تامین اجتماعی، حمایتی و بیمه ای عبارتند از:

- پایداری منابع
- کسری نقدینگی ناشی از عدم تعادل در مصارف و منابع و وابستگی صندوق های بازنشستگی کشوری،
- لشگری به بودجه عمومی
- کاهش سن بازنشستگی در کنار افزایش سن امید به زندگی
- کاهش نسبت پشتیبانی در صندوق های بازنشستگی (کاهش نسبت تعداد بیمه پردازان به مستمری بگیران) افزایش سالمندی و کاهش نرخ باروری و اثرگذاری بر روی سنوات دریافت مزایای بازنشستگی اعمال قوانین بدون رعایت اصول و محاسبات بیمه ای که باعث تحمیل بار مالی به صندوق های بیمه ای شده (مانند متناسب سازی، بازنشستگی پیش از موعد) (نا کفایتی مزایا بالا بودن نرخ جایگزینی در صندوق های بازنشستگی
- عدم کفایت مستمری ها در پرداخت هزینه های زندگی مستمری بگیران علیرغم نرخ جایگزینی بالا
- تورم پیشرونده و افزایش سطح عمومی قیمت ها و بیشتر شدن جمعیت نیازمند به کمک دولت
- کارآمدی
- تعدد مراجع تصمیم گیری در خصوص صندوق ها (مجلس شورای اسلامی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، هیات امنای دانشگاه ها، هیات وزیران و انباشته شدن بدهی دولت به سازمان تامین اجتماعی و صندوق بیمه تامین اجتماعی کشاورزان، روستاییان
- عشایر
- عدم پرداخت تعهدات سالانه دولت به صندوق ها

- الزام افزایش حقوق بازنشستگان بدلیل استمرار شرایط تورمی افزایش نرخ بیکاری و کاهش بیمه شدگان

- بازدهی پایین سرمایه گذاری ها و نبود حاکمیت شرکتی
- وجود برخی قوانینی که کارامدی نظام بازنشستگی را تحت تاثیر قرار می دهند از جمله دریافت همزمان دو حقوق وظیفه توسط تک بازمانده، برخورداری بیشتر گروه های بالاتر درآمدی از حق بیمه سهم دولت
- چالش های عمده بخش حمایتی و حفاظتی:

- پراکندگی منابع، ساختار و دستگاه های حوزه حمایتی و امداد اجتماعی
- پرداخت مستمری به مددجویان توسط نهادهای حمایتی و عدم پرداخت به ذینفع نهایی

- عدم یکپارچگی ساز و کار و نحوه شناسایی نیازمندان و جامعه هدف
- عدم تکافوی منابع دولتی برای اجرای قوانین حوزه حمایتی
- عدم پوشش کامل جمعیتی معلولان، کودکان و زنان بی سرپرست و بد سرپرست، نیازمندان و آسیب دیدگان اجتماعی

- افزایش جمعیت سالمند و عدم پیش بینی خدمات مورد نیاز آنها
- عدم پوشش بیمه ای خدمات توانبخشی معلولان و عدم توان پرداخت هزینه های درمانی توسط معلولان

➤ راهکارهای اصلاحی :

✓ تعهد سیاسی و اجرایی دولت به تحقق شاخص های عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی تدوین شده

بازنگری در شاخص های عدالت در سلامت و به روز رسانی آنها مطابق با نیازهای روز ضروری است، هماهنگی بین سازمانی، رفع چالش های موجود در جمع آوری داده های

مورد نیاز، و بالاتر از همه نیاز به تعهد سیاسی و اجرایی دولت برای رفع چالش های موجود در مدیریت و جمع آوری شاخص های عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی ضرورت دارد.

✓ مساعدت های حمایتی-اجتماعی، حفاظت مالی

تامین بسته های خدمت ویژه اقشار نیازمند که بسته ها شامل کمک معیشت، بیمه درمان، خدمات توانبخشی، مشاوره، تسهیلات اشتغال، کمک هزینه تحصیلی. این بسته ها از طریق سازمان هایی مانند کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی کشور به جمعیت گروه های هدف (زنان، کودکان، سالمندان، معلولان) ارائه می شود. اگر چه نیاز به گسترش جمعیت تحت پوشش و رفع چالش ها و موانع ارائه این بسته ها به ذی نفع نهایی ضروری می باشد. در حال حاضر از ۲۵،۵ میلیون نفر جمعیت ۳ دهک اول، تنها ۷ میلیون نفر تحت پوشش دستگاه های حمایتی می باشند و بسته های حمایتی حال حاضر پاسخگوی نیازهای جمعیت تحت پوشش (۷ میلیون نفر) نمی باشد.

➤ در سه دهک پایین درآمدی سه سناریو پیشنهادی نظام حمایتی توصیه میشود.

۱. سناریوی حداقلی: پوشش سه دهک پایین درآمدی بر اساس نیازهای اولیه (امنیت غذا و تغذیه و نیازهای دیگر اقشار کم برخوردار) و توانمند سازی آنان. بار مالی سناریوی حداقلی، مبلغ ۲۲۴ هزار میلیارد تومان می باشد. بسته های تعریف شده در این سناریو شامل بسته های تغذیه و بهداشت، مراقبت، مستمری، بیمه پایه، بیمه تکمیلی و کمک هزینه آموزش می باشد.

۲. سناریوی میانه: پوشش سه دهک پایین درآمدی براساس حداقل دستمزد سال ۱۴۰۲ به مبلغ ۵،۴ میلیون تومان. بار مالی سناریوی میانه با کسر یارانه نقدی ۱۲ ماهه پرداختی به سه دهک پایین و کسر مستمری و سایر خدمات پرداختی

افراد تحت پوشش دستگاه های حمایتی (۲۰۳ هزار میلیارد تومان در مجموع)، ۳۳۲ هزار میلیارد تومان می باشد.

۳. سناریوی حداکثری: پوشش سه دهک پایین درآمدی بر اساس خط فقر برآوردی خانوار سه نفره وزارت ن، کار و رفاه اجتماعی به مبلغ ۸،۷ میلیون تومان برای سال ۱۴۰۲ بار مالی سناریوی حداکثری با کسر یارانه نقدی ۱۲ ماهه و کسر مستمری و سایر خدمات پرداختی افراد تحت پوشش ۶۵۸ هزار میلیارد تومان می باشد.

نتیجه گیری :

اولویت دادن سلامت اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران یک رویکرد راهبردی برای ارتقای عدالت، بهبود کیفی و ارتقاء پیامدهای سلامت و بهبود کیفیت کلی زندگی برای شهروندان است که با اجرای سیاست هایی که به آموزش، اشتغال، مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی و حمایت اجتماعی می پردازد تامین می شود. هر شهروندی بتواند برای آینده خود در آن فرصت رشد داشته باشد، تلاش کند. به دلیل اهمیت لازم به تکرار است که تلاش های مشترک میان نهادهای دولتی، جامعه مدنی و آحاد جامعه برای دستیابی به پیشرفت های پایدار در ارتقاء سلامت اجتماعی در سراسر کشور کلیدی است.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم ریسی
(۱۴۰۲/۴/۱۸)

حمایت طلبی ۲- کمبود وسایل کمک شنوایی در کشور و ارائه راهکار

های اجرایی

سلامت شنوایی یکی از اصول اصلی سلامت انسان‌ها به شمار می‌رود و در کشورهای رو به سالمندی نیز اهمیت آن دو چندان می‌شود. آثار سوء کم شنوایی بسته به میزان و ماهیت آن، بر جنبه‌های مختلف رشد، تکامل و مسائل ارتباطی مبتلایان از جمله رشد، تکامل و توسعه‌ی زبان و گفتار، مسائل عاطفی-روانی، روابط شغلی و حرفه‌ای، پیشرفت‌های آموزشی، شخصیتی، مهارت‌ها و توانمندی‌های فردی، تولیدی و اقتصادی آنان اثرگذار است. از دستاوردهای مهم نظام سلامت در سال‌های گذشته در زمینه خدمات سلامت شنوایی، حفظ وسایل کمک شنوایی به عنوان یکی از کالاهای استراتژیک و تامین ارز دولتی برای ارایه خدمات بهتر به جامعه کم شنوای کشور بوده است ولی کمبود واردات سمعک و عدم تخصیص بودجه متناسب با نیاز جامعه موجب عدم دسترسی بیماران به کالای سمعک و ورود کالاهای قاچاق با قیمت‌های نجومی و افزایش فشار بار مالی بر قشر آسیب‌پذیر کم شنوای جامعه گردیده است.

لذا به پیوست نتایج بررسی‌های کارگروه فنی فرهنگستان علوم پزشکی در زمینه نیاز به خدمات این حوزه و مشکلاتی که توانخواهان مرتبط چه در گروه سنی کودکان، گروه‌های پرخطر کاری (مانند کارگران ساختمانی و کسانی که با مته‌های سنگین کار می‌کنند) و سالمندان، و کمبود وسایل کمک شنوایی و راهکارهای پیشنهادی برای تامین وسایل کمک شنوایی متناسب با نیاز جامعه ارائه شده است. بدیهی است با توجه به اهمیت سلامت شنوایی در کشور و با در نظر گرفتن روند رشد سالمندی در کشور، ضمن لزوم حفظ کالای سمعک به عنوان یک کالای استراتژیک و لزوم تامین ارز مناسب برای واردات سمعک متناسب با نیازهای جامعه، علیرغم پیچیدگی‌های پردازش‌های صوتی در مغز و نیاز به دانش بالای آکوستیک صوت و پردازش‌های شناختی مدنظر در وسایل کمک شنوایی، با توجه به توان بالای متخصصین ایرانی در علوم مهندسی و پزشکی لازم است زمینه‌سازی برای ایجاد بستر مطالعات مورد نیاز در راستای تولید سمعک در داخل کشور در سال‌های

آینده زیرنظر معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش بنیان ریاست جمهوری اسلامی ایران ایجاد گردد.

پیوست ۱

راهکارهای ارتقای سطح سلامت شنوایی در کشور

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ضمن بررسی چالش های موجود در زمینه ارایه خدمات سلامت شنوایی به افراد کم شنوا و ناشنوا، راهکارهای توسعه و گسترش پوشش و افزایش پاسخگویی نظام سلامت در خصوص این خدمات را پیشنهاد می نماید.

مقدمه

سلامت شنوایی یکی از ارکان های نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد و در کشورهای رو به سالمندی نیز اهمیت آن دو چندان می شود. آثار سوء کم شنوایی بسته به میزان و ماهیت آن، بر جنبه های متعدد رشدی و ارتباطی مبتلایان از جمله رشد و توسعه ی زبان و گفتار، مسائل عاطفی-روانی، روابط شغلی و حرفه ای، پیشرفت آموزشی، شخصیت و توانمندی های فردی و اقتصادی آنان اثرگذار است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۱، ۷۰۰ میلیون نفر در جهان یعنی از هر ۱۰ نفر جمعیت یک نفر نیازمند توانبخشی جدی در زمینه جبران کاهش عملکرد شنوایی می باشد .

در ایران، آمارها حاکی از شیوع ۳ تا ۵ درصدی کم شنوایی های متوسط تا عمیق می باشد. روزانه حداقل بالغ بر ۱۰ نوزاد کم شنوا در کشور به دنیا می آید. ازدواج های فامیلی و قومی در ایران، یکی از علل اصلی شیوع کم شنوایی های ژنتیکی در کشور می باشد. مداخله زودهنگام در دوران طلایی رشد گفتار و زبان اهمیت ویژه ای دارد و انتخاب وسیله کمک شنوایی مناسب در دوران طلایی می تواند منجر به رشد گفتار و زبان طبیعی در کم شنوایان

و امکان ادامه فعالیت برای آنها در کنار جامعه شنوای کشور شود. علاوه بر این انتخاب صحیح و به موقع وسیله کمک شنوایی می تواند موجب کاهش نیاز به انجام کاشت حلزون شنوایی و کاهش هزینه های نظام سلامت در بخش کاشت حلزون شنوایی گردد.

در حال حاضر در کشور بالغ بر ۴۶۰۰ دانش آموز دارای کم شنوایی خفیف، متوسط، شدید و عمیق در مدارس عمومی و ویژه در حال تحصیل می باشند که موفقیت تحصیلی و استقلال فردی و اجتماعی آنان وابسته به استفاده از وسایل کمک شنوایی مناسب به ویژه سمعک می باشد.

علاوه بر این، هم اکنون بیش از ۱۰ درصد جمعیت کشور یعنی بالای ۸ میلیون نفر از جمعیت را سالمندان تشکیل می دهند. آمارها حاکی از جمعیت سالمند در حدود ۲۶ میلیون نفر یعنی یک چهارم جمعیت در سال ۱۴۳۰ می باشد. از هر سه بزرگسال بالای ۶۰ سال یک نفر به کم شنوایی ناتوان کننده مبتلا می باشد و شیوع آن در سنین بالاتر بسیار بیشتر است. کم شنوایی در سالمندان موجب انزوای خانوادگی و اجتماعی، گوشه گیری و افزایش افسردگی و دمانس در سالمندان می گردد. لذا، افزایش سطح خدمات سلامت شنوایی برای سالمندان همواره باید از اولویت های نظام سلامت کشور باشد.

با محاسبه سرانگشتی و تعمیم آمار جهانی در کمینه و همچنین ادغام آن با آمار منتشره داخلی می توان گفت به ازای هر ۱۰ نفر در ایران ۱ نفر نیازمند دریافت توانبخشی جدی شنوایی است. بدون در نظر گرفتن فاکتور افزایش شیوع ناشی از نژاد و پیرگوشی حداقل ۸ میلیون نفر در ایران نیازمند توانبخشی جدی هستند که معادل ۱۶ میلیون سمعک خواهد بود. با در نظر گرفتن افزایش سن، افزایش ریسک افت شنوایی تولد نوزادان جدید، با افت شنوایی مادرزادی، عمر ۵-۳ ساله سمعک، تامین بین ۴۰۰ هزار الی ۵۰۰ هزار سمعک در سال میتواند راهگشای مشکلات تامین سلامت شنوایی باشد.

دستاوردها

از دستاوردهای مهم نظام سلامت در سال های گذشته در زمینه خدمات سلامت شنوایی، حفظ وسایل کمک شنوایی به عنوان یکی از کالاهای استراتژیک و تامین ارز دولتی برای ارایه خدمات بهتر به جامعه کم شنوای کشور بوده است که امکان دسترسی بیشتر بیماران به وسایل کمک شنوایی از قبیل سمعک و کاشت حلزون را در سطح کشور فراهم نموده و امکان پوشش خدمات سلامت برای بیماران در این زمینه را میسر ساخته است.

چالش ها

۱. عدم واردات کافی سمعک متناسب با نیاز جامعه
۲. افزایش واردات غیرقانونی سمعک از کشورهای همسایه با قیمت های نجومی و فشار مضاعف بر قشر آسیب پذیر کم شنوای کشور.
۳. عدم اختصاص کافی ارز دولتی برای واردات سمعک
۴. وجود سقف یورویی برای واردات مدل های مختلف سمعک که منجر به کاهش کیفیت سمعک و افزایش بار مالی بر دولت در سال های آتی خواهد شد. هم چنین افزایش کیفیت و قابلیت سمعک ها می تواند منجر به افزایش کارایی سمعک برای بیمار و کاهش کاندیداتوری کاشت حلزون در کم شنوایی های شدید تا عمیق گردد.
۵. پوشش بیمه ای تنها یک گوش در بازه زمانی ۱۰ ساله که موجب افزایش فشار مالی بر بیماران گردیده است.

پیشنهادهای اجرایی:

۱. لزوم حفظ کالای سمعک و پروتز کاشت حلزون به عنوان یکی از کالاهای استراتژیک حوزه سلامت و افزایش حمایت های دولتی در این زمینه

۲. فراهم آوردن بستر برای تامین حدود ۴۰۰ هزار الی ۵۰۰ هزار سمک در سال (به جای ۱۰۰ هزار سمک در سال های اخیر) برای پوشش همگانی کودکان و سالمندان کم شنوا و ناشنوا
۳. تلاش برای جلوگیری از کاندیداتوری های اجباری برای کاشت حلزون شنوایی با تامین سمک مناسب برای کودکان و کاهش بار مالی دولت در تامین پروتزهای کاشت حلزون
۴. لزوم افزایش سرانه ارز دولتی برای تامین وسایل کمک شنوایی از قبیل انواع سمک های مرسوم و استخوانی
۵. تشکیل کارگروه فنی جهت بررسی کیفیت وسایل کمک شنوایی مورد نیاز کشور و ابلاغ آن به سازمان های ذیربط و تصمیم گیری در مورد مکان کارگروه فوق در ساختار وزارت بهداشت
۶. بررسی امکان پوشش سمک های دوطرفه از سوی سازمان های بیمه گر پایه برای بیماران
۷. اصلاح کدهای خدمات شنوایی شناسی در ارتباط با ارزیابی و فیت سمک در کتاب ارزش نسبی خدمات و افزودن کدهای جدید مرتبط
۸. ایجاد کارگروه نظارتی در جهت نظارت بر عملکرد توزیع کنندگان وسایل کمک شنوایی در کشور در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۹. لزوم فرهنگ سازی در جامعه برای استفاده از وسایل کمک شنوایی در سالمندان و تجویز به موقع سمک در جهت رشد زبان و گفتار در دوران طلایی کودکان
۱۰. تهیه و تصویب برنامه ملی پیشگیری و مداخله زودهنگام شنوایی در کشور از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با همکاری وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی کشور، سازمان بهزیستی و سازمان آموزش
استثنائی

۱۱. با توجه به بررسی های صورت گرفته تولید سمعک نیازمند دسترسی به
تکنولوژی های بسیار پیشرفته و پیچیده و استراتژیک است و ضرورت دارد
در مورد امکان تولید آن در داخل کشور، کارگروه تخصصی در یکی از
دانشکده ها و دانشگاه های فنی- مهندسی با حمایت معاونت علمی، فناوری
و اقتصاد دانش بنیان ریاست جمهوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی تشکیل گردد.

۱۲. ایجاد بانک اطلاعاتی منسجم و دقیق از افراد دارای کم شنوایی کشور و
وسایل کمکی مناسب مورد نیاز آنها

پیوست ۲

خلاصه سیاستی توسعه خدمات توانبخشی با تمرکز بر افراد دارای ناتوانی و معلولیت جهت ارتقاء سلامت در راستای پوشش همگانی سلامت

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ضمن بررسی چالش های خدمات
توانبخشی افراد دارای معلولیت و ناتوانی، راهکارهای توسعه و گسترش پوشش و افزایش
پاسخگویی نظام سلامت در خصوص این خدمات را پیشنهاد می نماید.

مقدمه:

از دستاوردهای مهم نظام سلامت در پرتو انقلاب اسلامی، افزایش امید به زندگی و کاهش
مرگ و میر کودکان و نوزادان است. توسعه مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی توسعه

یافته، افزایش رشد جمعیت سالمند و تغییر الگوی بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر را در پی داشته است؛ ضمن اینکه آمار بالای سوانح و تصادف جاده‌ای، وجود حوادث و بلایای طبیعی، افزایش تولد کودکان نارس، افزایش اختلالات تکاملی و افزایش افراد دارای بیماری‌های مزمن، و نیز وجود جانبازان به جا مانده از جنگ تحمیلی، نیاز مبرم به خدمات توانبخشی را بیش از پیش مطرح می‌کند.

پاسخگویی به نیازهای افراد دارای ناتوانی و معلولیت خصوصا نیازهای مرتبط با خدمات سلامتی آنها از مهمترین تعهدات حکومت‌هاست. با توجه به مفاد سیاست‌های ابلاغی در حوزه سلامت و تامین اجتماعی، سند تحول دولت و برنامه عملیاتی ناتوانی از سوی سازمان جهانی بهداشت و تصویب قانون حمایت از حقوق معلولان در سال ۱۳۹۶ در مجلس شورای اسلامی انجام این تعهد بیش از پیش در دستورکار مجامع داخلی قرار گرفته است. در قوانین بالادستی داخلی و تجربیات بین المللی، نگاه ویژه‌ای به ادغام و یکپارچه سازی خدمات توانبخشی در نظام مراقبت ها و خدمات بهداشتی درمانی صورت گرفته و توجه خاص به ابعاد پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه ای و ارائه خدمات مستمر و ادامه دار مورد تاکید قرار گرفته است.

پیشنهادهای اجرایی:

- همان‌گونه که تجربیات برخی از کشورهای موفق در حوزه توانبخشی نشان داده است، ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی و معلولیت نیازمند ارائه یکپارچه خدمات توانبخشی در ابعاد توانبخشی پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه ای می باشد. مطابق قوانین موجود در کشور، دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلفی از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و هلال احمر در حوزه توانبخشی فعالیت دارند. لذا وجود یک شورای هماهنگی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جهت رصد و برنامه ریزی کلان در راستای توسعه خدمات توانبخشی و پوشش همگانی آن ضروری به نظر می‌رسد.

- با توجه به ضرورت وجود اطلاعات دقیق، به روز و قابل اعتماد و همچنین نقص درسامانه ها و نظام های ثبت جامع و اقدامات پراکنده و ناهماهنگ که هم اکنون توسط بخش های مختلف ارائه می گردد، توصیه میشود در این خصوص یک نظام ثبت اطلاعات ملی یکپارچه برای افراد نیازمند به خدمات توانبخشی مبتنی بر نظام ارجاع از سطح یک خدمات تا سطوح بالاتر ایجاد و توسعه یابد.
- از آنجا که ادغام خدمات توانبخشی در سطح اولیه مهمترین اقدام توصیه شده جهت تشخیص و مداخله به هنگام برای کاهش بار ناتوانی و معلولیت می باشد، لذا توصیه می گردد اقدامات لازم جهت طراحی و توسعه بسته های خدماتی توانبخشی در سطح یک خدمات سلامت صورت پذیرد.
- توصیه می شود بخش های بستری و سرپایی در سطح ثانویه نظام سلامت با تاکید بر مناطق کم برخوردار توسعه یابد.
- علیرغم اینکه در سال های اخیر اقدامات مثبتی از سوی وزارت بهداشت، سازمان های بیمه گر و سازمان بهزیستی در راستای افزایش پوشش خدمات توانبخشی صورت گرفته است، اما با توجه به طولانی و هزینه بر بودن این خدمات، توسعه پوشش بیمه ها با هدف کاهش پرداخت از جیب افراد دارای ناتوانی و معلولیت با تاکید بر بسته های خدمت در بیماری ها و معلولیت های دارای اولویت پیشنهاد می شود.
- از آنجا که فناوری های کمکی جزء لاینفک خدمات توانبخشی و توانمند سازی است، در راستای توسعه فناوری های کمکی توانبخشی اقدامات ذیل صورت پذیرد:
 - لیست فناوری های استاندارد و دارای اولویت جهت توسعه ، ساخت و پوشش بیمه های توانبخشی احصا گردد .
 - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی با همکاری معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و شرکت های دانش بنیان کانال های مختلف سرمایه گذاری داخلی و بین المللی را برای بهبود و گسترش ظرفیت تولید داخلی فناوری های کمکی با کیفیت و بادوام در کشور طی برنامه های مدون فعال نمایند .

- آموزش‌های مهارتی توانبخشی ویژه ارائه دهندگان خدمات سلامت در تمامی سطوح نظام سلامت از سطح یک و بالاتر در حوزه های مختلف سلامت توسعه یابد.
- نظر به افزایش جمعیت سالمندان و در راستای بالابردن امید به زندگی سالم، پیشنهاد می شود برنامه تخصصی خدمات توانبخشی سالمندان با رویکرد پیشگیرانه تدوین و اجرا گردد.
- از آنجا که بخش مهمی از خدمات توانبخشی اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی از جمله اعطای کمک هزینه های توانبخشی، کمک هزینه تامین وسایل کمکی توانبخشی، حق پرستاری، مستمری ها و ... از طریق سازمان بهزیستی و با توزیع نسبتاً عادلانه در کشور ارائه می گردد و نظر به اینکه تورم سال‌های گذشته و حال تاثیر قابل توجهی بر هزینه های تمام شده این خدمات داشته است لذا توصیه می گردد در سر جمع اعتبارات این سازمان متناسب با این ماموریت‌ها بازنگری و افزایش مناسبی در نظر گرفته شود.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۳/۲۲)

بیانیه ۳- ارتقای سلامت همه جانبه از طریق مهار تورم و رشد تولید

وتحکیم سایر بنیان های اقتصاد مقاومتی

مقام معظم رهبری:

**در سال ۱۴۰۲ هم مسئله اصلی و هم محوری مسئله
اقتصاد است.**

مقدمه

تلاش‌های دانش‌بنیان و ارزش‌محور، به‌منظور ارتقای سلامت همه جانبه (جسمی، معنوی، روانی و اجتماعی)، و پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث و سوانح، با مراعات راهبردهای اقتصاد مقاومتی، از ضروریات قطعی پیشرفت کشور است. این بیانیه همراستا با تلاش‌های ملی، برای تحقق بیانات مقام معظم رهبری در مورد مهار تورم و رشد تولید، در حوزه حیاتی سلامت، توسط مجمع عمومی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تنظیم شده است.

جهت‌گیری‌ها

- تبیین، رهیافت و ترویج مبانی ارزشی، فرهنگی، معنوی و حرفه‌ای سلامت، با تأکید بر ایفای نقش محوری استادان و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور؛
- اجرائی کردن کامل **سیاست‌های کلی سلامت**، ابلاغی مقام معظم رهبری؛
- **تحقق عدالت در سلامت** (از مهمترین راهبردهای آن اولویت پیشگیری بر درمان، گسترش شبکه بهداشتی درمانی، آموزش پزشکی جامعه‌نگر، تکمیل و تعمیق ادغام، احیای کامل و گسترش طرح ژنریک است)؛
- **ارتقای سلامت جامع و همه جانبه جامعه و آحاد آن**، بصورت پاسخگو، عدالت‌محور، مبتنی بر شواهد متقن علمی (با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و سوانح و حوادث، پرداختن هرچه بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت و ارتقای فرهنگ و سواد سلامت جامعه (از طریق همکاریه‌ای بین بخشی)؛
- **اصلاح آموزش عالی سلامت** به منظور پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه و با تأکید بر مهارت‌های ضروری مورد نیاز پزشکان خانواده (و با تکیه هرچه بیشتر بر شرح حال صحیح، معاینه دقیق، استفاده از راهنماهای بالینی، پرهیز از آزمایش‌های غیر ضروری و...؛
- پوشش کامل مراقبت‌ها خدمات پایه سلامت، (بویژه در امور ارتقائی و پیشگیری)؛

- شناخت و تحلیل عوامل مهم و تأثیرگذار بر اقتصاد ملی سلامت، تقویت اعتماد به نفس ملی، (بویژه در جوانان و سرمایه‌گذاران)، بموازات شناسایی و اصلاح نقاط ضعف در حوزه اقتصاد سلامت؛

راهِبردها

۱. تحول و دقت در قانونگذاری و اجرائی نمودن هرچه سریع‌تر و کامل‌تر سیاست‌های کلی سلامت، در برنامه هفتم توسعه، برنامه‌های سالیانه و سایر قوانین مرتبط با حوزه سلامت،
۲. ارتقاء مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی، در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همه جانبه جامعه و آحاد مردم؛
۳. تاب آوری (صبر و استقامت) در مقابل توطئه‌ها؛
۴. حمایت همه‌جانبه از تولیدات ملی به‌طور اعم و تولیدات حوزه سلامت بطور اخص؛
۵. توسعه و ارتقاء عزت‌مند، هدفمند و برنامه ریزی شده روابط بین‌المللی،
۶. التزام به استفاده از راهبرد مشاوره با صاحب‌نظران دلسوز و با تجربه سلامت،
۷. تقویت نظارت جدی در همه امور، بویژه اجرای صحیح و کامل سیاست‌های کلی سلامت؛

الزامات و اقدامات (به تفکیک راهبردها)

راهبرد ۱

- تهیه و اجرای برنامه‌های زمان بندی شده و اولویت بندی شده برای تحقق احکام قانونی
- تحکیم قانونمند راهبردهای اصلی و اولویت دار سلامت، بویژه "گسترش و اعتلای سلامت معنوی"؛ "گسترش و بازسازی شبکه بهداشتی درمانی"؛ "تعمیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات سلامت"؛ "طرح ژنریک و نظام ملی دارویی کشور"؛ "گسترش مراقبت‌ها و خدمات پیشگیری (نظیر واکسیناسیون، غربالگری، توقف تبلیغات در مورد کالاهای و عوامل آسیب رسان به سلامت و ...)

"ارتقای سلامت همه جانبه، پاسخگو و عدالت محور"؛ "پیشگیری از تقاضاهای القایی و برخورد قاطع با آن"؛ "توزیع عادلانه تجهیزات و امکانات، صرفاً بر مبنای سطح بندی مراقبت ها و خدمات ضروری سلامت"؛ "ارتقای سواد و فرهنگ سلامت جامعه"؛ "توجه ویژه به عوامل اجتماعی سلامت"، "تأمین عدالت در سلامت و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر که بیشترین موارد مرگ و میر را موجب می شوند"؛

راهبرد ۲

- کاهش تصدی گری و افزایش نظارت از سوی دولت در تولید و عرضه؛
- فرهنگ سازی و حصول اطمینان از مشارکت مردم در برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر همه امور سلامت، (بصورت شفاف و پاسخگو و رصد کلان آن در برنامه های توسعه)؛
- تشویق و تسهیل بهره بردن از نظرات و مشورت های جوانان،
- "ارتقای همکاری های بین بخشی"؛

راهبرد ۳

- اعمال قاطعانه، قانونمند و نظارت مند اقتصاد مقاومتی سلامت با مؤلفه ها و ویژگی های ضمیمه ۱ بیانیه، بویژه موارد ذیل؛
 - ارتقای کیفی و کمی سرمایه انسانی، به عنوان محور اصلی ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت؛
 - تلاش برای صرفه جوئی و کاهش هزینه های تشخیص (پاراکلینیک)، درمان، دارو، تجهیزات پزشکی، و توانبخشی؛
 - اولویت پیشگیری، بهداشت و ارتقای سلامت؛
 - رشد دانش بنیان فناوری های سلامت و نیز ارزیابی فناوری های سلامت؛
 - بازسازی و گسترش شبکه بهداشتی درمانی کشور (شامل پزشکی خانواده، نظام سطح بندی و ارجاع)؛

- اجرا و تعمیم طرح ژنریک و نظام ملی دارویی و حذف داروهای مشابه از لیست دارویی (فارماکوپه) کشور؛
- تبیین، ترویج و نهادینه سازی سبک زندگی سالم، با الگوی اسلامی-ایرانی؛
- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران و سایر مفاد بند ۱۲ سیاستهای کلی سلامت و مفاد سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی
- نظارت دقیق و مبارزه جدی با مصادیق زیانبار در اقتصاد سلامت (نظیر اسراف، تجمل‌گرایی، تقاضاهای القایی، تعارض منافع، رانت‌خواری، قاچاق و انجام انواع آزمایشات پاراکینیک بجای شرح حال و معاینه دقیق و ...)

راهبرد ۴

- سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های تولید در حوزه سلامت
- کاهش واردات و افزایش صادرات در حوزه دارو، واکسن، مواد بیولوژیک، تجهیزات و ملزومات پزشکی؛
- تشویق، تسهیل و تکریم سرمایه‌گذاری مردم، صرفاً در زمینه‌های مورد نیاز سلامت؛
- فرهنگ‌سازی و برنامه‌های جامع برای ارتقای سواد و فرهنگ سلامت مردم، در مصادیقی نظیر پیشگیری از بیماری‌ها، سوانح و حوادث، تجویر منطقی و حداقلی داروها، استفاده از کالاهای داخلی سلامت، خود مراقبتی، اجتناب از مصرف‌گرایی و تجمل‌گرایی، اسراف و نظایر آنها؛
- خودکفایی و ارتقای کیفی و کمی مراقبت‌ها و خدمات سلامت، با اولویت طبقات و مناطق محروم؛

راهبرد ۵

- تبادل تجربیات مفید، از طریق ارتباطات علمی عزتمند با همسایگان، جهان اسلام و نیز کشورهای پیشرفته؛
- ایفای نقش پیشگام، گسترده‌تر و مؤثرتر در برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت؛
- عضویت فعال و تأثیرگذار در مجامع بین‌المللی معتبر در حوزه سلامت؛

راهبرد ۶

- ترویج و فرهنگ سازی اصل مشاوره در امور سلامت؛
- الزامی نمودن مشاوره توسط سیاستگذاران، برنامه ریزان و مدیران ارشد؛
- نقادی سیاست ها، قوانین و برنامه ها، توسط مشاوران و صاحب نظران و منتقدان حوزه سلامت؛

راهبرد ۷

- الزامی نمودن رصد کلان برنامه ها و اجرای صحیح آنها در حوزه سلامت؛
- ارتقای برنامه های ارزشیابی و نظارت با راهبردهای آموزش، پژوهش و فرهنگ سازی

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

(۱۴۰۲/۱۲/۲۳)

حوزه توانبخشی از موارد مغفول در ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت است و توجه جدی به این حوزه، بخصوص مشکلاتی که باعث افزایش پرداخت از جیب مردم و بخصوص محرومین می گردد، از اولویت هایی است که در سیاست های کلی سلامت (بند ۱ و ۸-۳) مورد تاکید مقام معظم رهبری قرار گرفته است.

ارسال خلاصه سیاستی بهبود دسترسی افراد نیازمند، به فناوری ها و وسایل کمکی توانبخشی تهیه شده توسط کارگروه توانبخشی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و با مشارکت ذینفعان و دستگاه های مختلف :

خلاصه سیاستی ۷-بهبود دسترسی افراد نیازمند، به فناوری ها و وسایل

کمکی توانبخشی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ضمن بررسی وضعیت موجود و چالشهای دسترسی به فناوریها و وسایل کمکی توانبخشی، راهکارهای بهبود دسترسی افراد نیازمند به این فناوریها را پیشنهاد میکند .

مقدمه :

افراد در طول زندگی خود در معرض خطر محدودیتهای عملکردی قرار میگیرند که اثرات قابل توجهی از نظر کیفیت زندگی و هزینه های اجتماعی و اقتصادی ایجاد میکند. فناوریهای کمکی علاوه بر ارائه وسایل کمکی، خدمات و نظامهایی که برای آموزش استفاده از آنها به کار میرود را شامل میشود. هدف اصلی این فناوریها، حفظ یا بهبود عملکرد و دستیابی به حداکثر استقلال فردی در زندگی روزمره افرادی است که به هر دلیل، دچار اختلال یا محدودیت عملکردی هستند. افزایش دسترسی افراد نیازمند به فناوریهای کمکی به یک اولویت جهانی تبدیل شده است .

بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، در جمهوری اسلامی ایران، بیش از ۱۱ میلیون نفر دارای ناتوانی هستند؛ علاوه بر این انتظار میرود که با توجه به منحنی (ساختار) جمعیتی کشور، بیماریهای مزمن و پیامدهای بلایایی مانند سیل، زلزله، حوادث رانندگی و غیرترافیکی افزایش یابد. پرداخت از جیب، اصلیتترین منبع تأمین منابع مالی وسایل کمکی است و متأسفانه بخش عمومی و دولتی نقش ناچیزی در تأمین منابع مالی وسایل کمکی و تجهیزات توانبخشی در ایران به عهده دارد .

باتوجه به اطلاعات به دست آمده در سطح ملی و استانی با تمرکز بر موارد ذیل :

۱. نقش تسهیل کننده وسایل کمکی و فناوریهای توانبخشی در ایجاد فرصتهایی برای افراد دارای ناتوانی، در راستای بهرهمندی از حقوق اولیه انسانی،

۲. تأثیر مثبت آن بر سلامت و رفاه، هزینه اثربخش بودن این فناوریها و کاهش چشمگیر هزینه های سلامت،

۳. ضروری بودن دسترسی مناسب به این فناوریها برای رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت، توجه بیش از پیش سیاستگذاران حوزه سلامت به حوزه وسایل کمکی و فناوریهای توانبخشی را میطلبد. پیشنهادات :

- تشکیل «کارگروهی» در رابطه با "فناوریهای کمکی" در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور توسعه دانش علمی و عملی در این حوزه

- استانداردسازی وسایل کمکی مورد نیاز با فناوری پیشرفته (High tech) در کشور توسط اداره کل تجهیزات پزشکی معاونت درمان

- تدوین راهنماهای بالینی علمی و استفاده از این وسایل توسط معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- طراحی و توسعه ابزارهای نوین (از جمله واکرهای هوشمند، انواع ردیابها و...) توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، با همکاری معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری از طریق شرکتهای دانش بنیان و فناوران

- تهیه بسته های خدمتی و استانداردهای خدمات

- اقدام به هماهنگی با شورای عالی بیمه سلامت و سازمان های بیمه پایه در مورد بالا بردن پوشش بیمه

- تشکیل شورایی تحت عنوان "شورای هماهنگی توسعه فناوریها" با هدف سیاستگذاری در امر تولید، توسعه و توزیع عادلانه آن با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (با توجه به اینکه توسعه فناوریها، نیاز به عزم جدی سایر دستگاههای مرتبط از جمله سازمان بهزیستی، سازمان هلال احمر، بنیاد شهید، سازمان آموزش و پرورش استثنایی و سایر نمایندگان بخش خصوصی فعال که در زمینه زنجیره ارائه خدمات از جمله تولید، توزیع، عرضه و تجویز فعال هستند)
- تشکیل کارگروه مرتبط با فناوریهای کمکی در معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری با حضور ذینفعان مختلف
- تهیه فهرست فناوریهای توانبخشی کمکی دارای اولویت در دفتر تجهیزات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تسهیل فرایند استانداردسازی وسایل کمکی و ارائه مجوزهای لازم در خصوص وسایل کمکی
- راه اندازی نظام ثبت اطلاعات ملی یکپارچه برای افراد مبتلا به اختلالات عملکردی با هدف بهبود ثبت دقیق اطلاعات مربوط به این افراد و ارائه خدمات مناسب
- فعال شدن مسیرهای مختلف سرمایه گذاری داخلی و بین المللی برای بهبود و گسترش ظرفیت تولید داخلی فناوریهای کمکی با کیفیت بالا و بادوام در کشور، طی برنامه های مدون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با استفاده از ظرفیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای تقویت همکاریهای بین بخشی
- حمایت لازم هیئت امنای ارزی جهت تخصیص ارز کافی برای واردات فناوریها و وسایل پیشرفته و به روز جهت انجام مهندسی معکوس

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

وزیر محترم تعاون، کار و رفاه اجتماعی جناب آقای دکتر سیدصورت مرتضوی

معاون محترم علمی، فناوری و اقتصاد و دانش بنیان رئیس جمهوری جناب آقای دکتر روح‌الله دهقانی
فیروزآبادی

دبیر محترم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق (۱۴۰۲/۶/۱۳)

متن خلاصه سیاستی با عنوان «حمایت از توان بخشی افراد دارای معلولیت» در گروه سلامت و همکاری‌های بین‌الملل فرهنگستان علوم پزشکی تهیه شده است:

خلاصه سیاستی ۸- حمایت از توانبخشی افراد دارای معلولیت

خلاصه اجرایی

در ایران بیش از ۱۱ میلیون نفر از یکی از شکل‌های ناتوانی جسمی یا روانی رنج می‌برند که تعداد آنان در کشور رو به افزایش است. افراد دارای معلولیت جزء گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند که معمولاً هم نادیده گرفته می‌شوند. متأسفانه عدم همکاری مؤثر بین دستگاه‌های مسئول، دسترسی ناکافی افراد کم‌توان به خدمات سلامتی، توان‌بخشی و وسایل کمکی استاندارد و اجرای ناکامل قانون حمایت از معلولین موجب شده است که افراد دارای معلولیت از حقوق اساسی خود محروم گردیده و نتوانند به‌عنوان عضو مؤثر جامعه ایفای نقش نمایند.

پیشنهادهایی برای رفع این چالش‌ها عبارت‌اند از: پیشگیری از بروز و یا شدت معلولیت، تقویت هماهنگی و همکاری درون بخشی و بین بخشی، رفع موانع دسترسی به مراقبت‌های ضروری بهداشتی، خدمات توان‌بخشی و وسایل کمکی استاندارد، توسعه پوشش بیمه و حمایت مؤثر دولت از افراد دارای معلولیت نیازمند،

توسعه نظام آموزشی توان‌بخشی دانشگاهی، بهینه‌سازی تربیت و توزیع نیروی انسانی، برقراری ارتباط افقی و عمودی بین ارائه‌کنندگان خدمات توان‌بخشی، رفع انگ و انزوای اجتماعی، استقرار مکانیسم پاسخگویی با هدف اطمینان از اجرای کامل قانون حمایت از معلولین و استقرار نظام ارجاع و نظام جامع ثبت اطلاعات معلولین.

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

مقدمه و اهمیت موضوع:

بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت از هر هفت نفر در دنیا حداقل یک نفر، و در ایران بیش از ۱۱ میلیون نفر از یکی از شکل‌های ناتوانی جسمی یا روانی رنج می‌برند که متأسفانه تعداد آنان در کشور عمدتاً به دلیل روند افزایشی جمعیت سالمند، شیوع بیماری‌های غیر واگیر و تصادفات جاده‌ای رو به افزایش است.

در ایران در هر ۱۰۰ هزار نفر حدود ۱۵۰ نفر سکته مغزی، ۴۴ ضایعه نخاعی، ۵۳۰ فلج مغزی، ۵۱ ام‌اس، ۱۲۶ قطع عضو و به ازای هر ۲۰۰ تولد زنده یک کودک مبتلا به اوتیسم وجود دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد با احتساب افرادی که به‌طور موقت دچار ناتوانی می‌شوند (به‌عنوان مثال پس از جراحی) ۲۵ درصد از جمعیت کشور، حداقل در دوره‌ای از زندگی خود، نیازمند دسترسی به تجهیزات و فناوری‌های توان‌بخشی هستند.

توصیف وضعیت موجود:

میزان بالای بروز و شیوع معلولیت در کشور و روند افزایش آن

تقریباً ۲۵ درصد از ایرانیان در یکی از شش بعد عملکردی دارای مشکل هستند. این روند رو به افزایش است که رشد سریع جمعیت سالمندی (که در بیست سال آینده ۲,۵ برابر خواهد شد)، روند رو به افزایش بیماری‌های غیر واگیر در کشور و معلولیت دائم حدود ۴۰ هزار نفر به دنبال حوادث ترافیکی و افزایش امکان تولد کودکان نارس و

دارای معلولیت به دنبال تغییر سیاست‌های مرتبط از مهم‌ترین دلایل آن به شمار می‌روند.

مشکلات اجتماعی، اقتصادی افراد دارای معلولیت

افراد دارای معلولیت بیش از دیگران در معرض آسیب‌های اجتماعی و فشارهای اقتصادی قرار دارند و جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، از جمله دسترسی کمتر به آموزش و خدمات سلامت، شانس کمتر برای اشتغال، دستمزد پایین‌تر، هزینه‌های زندگی بالاتر و درنهایت نرخ فقر بالاتر در این گروه مشاهده می‌شود. همچنین دسترسی آن‌ها به وسایل نقلیه عمومی، ساختمان‌ها و فضاهای فیزیکی و مجازی بسیار کمتر از دیگران است. معمولاً معلولیت همراه با برچسب و انگ اجتماعی است و متأسفانه این بخش از جامعه نادیده گرفته می‌شود.

علاوه بر آن خطر برخوردهای ناشایست و خشونت کلامی و فیزیکی اطرافیان با افراد دارای معلولیت بیشتر است. پیامدهای معلولیت در برخی از گروه‌های جمعیتی مانند مهاجران، افراد بی‌سرپناه، زندانیان، زنان و کودکان بیشتر است. کودکان دارای معلولیت سه برابر بیش از کودکان عادی در معرض خشونت و سوءاستفاده جنسی، ۳۶ برابر بیشتر در معرض خشونت فیزیکی و دو برابر بیش از آنان در معرض سوءتغذیه هستند. ۳۰ درصد کودکان خیابانی از معلولیت رنج می‌برند. معلولیت در زنان نابرابری بیشتری را ایجاد می‌کند و زمینه طرد اجتماعی و تجربه رفتارهای نامناسب و سوءاستفاده را افزایش می‌دهد.

حقوق افراد دارای معلولیت بخشی از حقوق بنیادین بشر محسوب می‌شود و این مسئولیت دولت است تا از سلامت این افراد حفاظت کند و شرایطی به وجود آورد که معلولان بتوانند به‌عنوان یک عضو مؤثر در جامعه فعالیت کنند. قانون حمایت از حقوق معلولین متضمن حقوق اساسی آنان است اما متأسفانه به‌طور کامل اجرا نمی‌شود.

عدم همکاری درون بخشی و بین بخشی مؤثر بین سازمان‌های

مسئول

در ایران سازمان‌های مختلف مسئول ابعاد مختلف توان بخشی هستند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت توان بخشی درمانی و مداخلات پزشکی، سازمان

بهزیستی مسئولیت توان بخشی اجتماعی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی مسئولیت توان بخشی آموزشی، و وزارت رفاه مسئولیت توان بخشی شغلی را بر عهده دارند. متأسفانه همکاری و هماهنگی مؤثر بین سازمان های مذکور وجود نداشته که منجر به موازی کاری گردیده و عدم ارتباط ارائه کنندگان خدمت در دستگاه های مختلف و نبود نظام ارجاع بین آنان موجب ارائه خدمات ناهماهنگ شده است.

همچنین بین سطوح اول و دوم پیشگیری در نظام سلامت ارتباط وجود ندارد. به عنوان مثال غربالگری شنوایی و اختلالات تکاملی در حوزه بهداشت انجام می شود اما به دلیل نبود سازوکار ارجاع، درمان موارد شناسایی شده دارای معلولیت در حوزه درمان به صورت فعال پیگیری نمی شود.

وجود موانع در دسترسی به مراقبت های ضروری بهداشتی و خدمات

سلامتی افراد کم توان در شرایط عادی و شرایط اضطراری

داده های سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که افراد دارای معلولیت در مقایسه با افراد عادی سه برابر بیشتر از دریافت خدمات و مراقبت های بهداشتی درمانی محروم هستند، همچنین ۵۰ درصد بیشتر به دلیل هزینه های کمرشکن درمانی به زیر خط فقر سقوط می کنند و احتمال برخورد ناشایست با آنان در نظام سلامت چهار برابر بیشتر از افراد عادی است.

دسترسی ناکافی به خدمات توان بخشی و وسایل کمکی استاندارد

بررسی ها در کشور نشان می دهد که ۲۷ درصد افراد دارای معلولیت از هیچ وسیله کمکی استفاده نمی کنند. بخش عمده هزینه تأمین وسایل کمکی نیز عمدتاً توسط خود کاربران پرداخت می شود. پوشش بیمه ای در حوزه توان بخشی بسیار ضعیف بود و تنها ۷ درصد هزینه این تجهیزات توسط دولت و بیمه ها تأمین می شود که کمترین میزان در مقایسه با قریب به اتفاق کشورهای دنیا است. متأسفانه دورنمای حل این مشکل امیدوارکننده نیست و در لایحه بودجه سال جاری ردیف بودجه ای کمک به ارتقای دسترسی افراد نیازمند به فناوری های توان بخشی حذف شده است.

در بعد خدمات توان بخشی تخصصی نیز مشکلات عدیده ای مشاهده می شود. ارائه خدمات توان بخشی به گروه های مبتلا به اختلالات پیچیده از جمله سکتة مغزی، اسکلتی-عضلانی و اختلالات حسی نیازمند تدابیر ویژه و همکاری گروهی متخصصین

مختلف است که متأسفانه این مهم هنوز در کشور به شکل ساختارمند نهادینه نشده است. همچنین به ازای هر یک میلیون نفر فقط ۰.۹٪ تخت توان بخشی تخصصی وجود دارد که فاصله بسیار زیادی با نیاز کشور دارد.

متأسفانه نبود استاندارد ملی در مورد بسیاری از تجهیزات کمکی و خدمات توان بخشی موجب شده است که کیفیت وسایل کمکی و خدمات مورد نیاز در حد مطلوب نباشد. علاوه بر آن نابرابری در توزیع خدمات توان بخشی در مناطق مختلف کشور وجود دارد.

کمبود منابع انسانی

تربیت نیروی تخصصی بسیار محدود است و نیروهای تخصصی عمدتاً در مراکز استان ها فعالیت می کنند و بسیاری از شهرستان های محروم کشور با کمبود نیروی انسانی متخصص مواجه هستند. همچنین فارغ التحصیلان توان بخشی مشمول طرح نیروی انسانی اجباری نیستند و با توجه به پایین بودن تعرفه های دولتی این افراد به بخش خصوصی جذب می شوند. از این رو بخش های دولتی عموماً از به کارگیری نیروهای تخصصی محروم هستند.

عدم وجود نظام جامع ثبت اطلاعات معلولین، خدمات و تجهیزات

متأسفانه نظام جامع ثبت اطلاعات معلولین و نیز نظام ثبت خدمات و تجهیزات کمکی و توان بخشی در کشور وجود ندارد. این مشکل موجب شده است که معلولین بسیاری در نقاط محروم و در خانواده های فقیر شناسایی نشوند و هیچ خدمتی دریافت نکنند. از سوی دیگر برخی افراد خدمات مشابه را از مراکز مختلف دریافت می کنند.

توصیه ها:

پیشگیری از بروز و شدت معلولیت

کاهش تصادفات رانندگی و ارتقای کیفیت خودروها یک ضرورت ملی می باشد. همچنین با کنترل بیماری های غیر واگیر از جمله دیابت و فشارخون و نیز کنترل عوامل خطر این بیمارها از جمله استعمال دخانیات، فعالیت بدنی ناکافی، سو استفاده از الکل و تغذیه ناسالم می توان روند فزاینده معلولیت در کشور را کند کرد. علاوه بر آن با احیای مشاوره های قبل از ازدواج می توان از تولد موارد مادرزادی پیشگیری نمود و با

غربالگری در مراحل اولیه رشد و تکامل کودک و غربالگری‌های هدفمند در دهه ۶۰ زندگی می‌توان با شناسایی زودهنگام مشکلات از بروز معلولیت‌های دائمی پیشگیری کرد و یا از شدت آن کاست.

تقویت هماهنگی و همکاری درون بخشی و بین بخشی

تهیه برنامه ملی توان‌بخشی با مشارکت همه ذینفعان و ایجاد ساختار هماهنگی کشوری خدمات توان‌بخشی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با حضور تمامی دستگاه‌های ذی‌ربط و سازمان‌های مردم‌نهاد یک ضرورت ملی است. ساختار مزبور می‌تواند هم‌افزایی بین دستگاه‌های اجرایی در امر سیاست‌گذاری، همکاری در اجرا و حمایت‌طلبی را محقق سازد. همچنین ضرورت دارد جهت ایجاد وحدت رویه در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت و ارزشیابی در داخل بخش سلامت نیز مکانیسمی برای تقویت هماهنگی درون بخشی در سطح وزارت بهداشت و متناظر با آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجاد گردد. علاوه بر آن برقراری ارتباط مؤثر عمودی بین سطوح اولیه، ثانویه و ثالثه ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی و توان‌بخشی و برقراری نظام ارجاع افقی بین دستگاه‌های مختلف ارائه‌کننده خدمات توان‌بخشی یک ضرورت حیاتی است.

رفع موانع دسترسی به مراقبت‌های ضروری بهداشتی و خدمات

سلامتی در شرایط عادی و شرایط اضطراری

ضرورت دارد موانع موجود در دسترسی افراد دارای معلولیت در مناطق مختلف کشور به مراقبت‌های بهداشتی ضروری و خدمات سلامتی شناسایی گردد و تدابیر لازم برای تسهیل دسترسی به این خدمات فراهم گردد. فرهنگ‌سازی، آموزش نیروی انسانی و تهیه استانداردها و منشور حقوق افراد دارای معلولیت ازجمله اقدامات توصیه‌شده می‌باشد.

رفع موانع دسترسی به خدمات توان‌بخشی و وسایل کمکی استاندارد

ادغام خدمات توان‌بخشی پزشکی در نظام سلامت، راه‌اندازی کلینیک‌های تخصصی برای ارائه خدمات به افراد دارای معلولیت‌های پیچیده، ادغام خدمات تخصصی توان‌بخشی در بیمارستان‌های کشور، ظرفیت‌سازی و تسهیل خدمات‌رسانی

سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی برای ارتقا پوشش خدمات در مناطق محروم و بهره‌گیری از ظرفیت خیرین سلامت باید در اولویت سیاست‌گذاران و دستگاه‌های دولتی قرار گیرد. علاوه بر آن تهیه فهرست وسایل کمکی اولویت‌دار به‌منظور تسهیل تأمین منابع مالی متوازن و ارتقای پوشش بیمه خدمات توان‌بخشی حیاتی است. همچنین تهیه استانداردهای ملی برای وسایل کمکی و خدمات توان‌بخشی، ایجاد ساختار نظارتی ارزشیابی و اعتباربخشی و راه‌اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توان‌بخشی به ارتقای کیفیت خدمات منجر خواهد شد.

به‌علاوه ضرورت دارد با استفاده حداکثری از ظرفیت شرکت‌های دانش‌بنیان، مراکز تحقیقاتی، صنعتی و علمی و نیز با انتقال تکنولوژی‌های روز دنیا با بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های بین‌المللی مستقر در کشور توسعه فناوری‌های نوین و زیرساخت‌های توان‌بخشی از راه دور تسهیل گردد. در این راستا از تحقیقات کاربردی باید حمایت بایسته صورت پذیرد و بخشی از منابع مراکز تحقیقاتی به این مهم تخصیص یابد.

توسعه نیروی انسانی

اعمال طرح اجباری نیروی انسانی برای فارغ‌التحصیلان توان‌بخشی، اتخاذ سیاست توزیع عادلانه نیروی انسانی با هدف پوشش منطق محروم و اتخاذ سیاست‌های تشویقی برای ماندگاری نیروهای تخصصی به‌ویژه در مناطق محروم و کم‌برخوردار توصیه می‌شود. همچنین توسعه دانشکده‌های توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تعیین ظرفیت آنان و تعیین شرایط پذیرش دانشجو باید بر اساس آمایش سرزمینی صورت پذیرد. ایجاد رشته‌های بین‌رشته‌ای توان‌بخشی متناسب با نیاز جامعه، بازنگری در کریکولوم و سرفصل‌های آموزش توان‌بخشی در سایر رشته‌های حوزه سلامت نیز اکیداً توصیه می‌شود.

رفع انگ و انزوای اجتماعی افراد دارای معلولیت

اهتمام جدی در اجرای قانون حمایت از معلولین، رفع موانع مشارکت فعال آنان در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی، تسهیل دسترسی آنان به فضاهای فیزیکی و مجازی و حمایت اجتماعی از آنان در برابر خشونت‌ها و آزار دیگران یک ضرورت است. سازوکار قانونی پاسخگویی برای تضمین اجرای قانون باید توسط دستگاه‌های نظارتی و نیز سطوح بالای دولت محقق شود. همچنین آموزش افراد دارای معلولیت، خانواده و

مراقبین آن‌ها و آموزش جامعه می‌تواند در ارتقای حقوق افراد دارای معلولیت و انگ زدایی مؤثر باشد.

استقرار نظام فراگیر ثبت اطلاعات معلولین، خدمات و تجهیزات

نظام فراگیر ثبت اطلاعات معلولین با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط باید ایجاد شود. همچنین از ظرفیت موجود بخش سلامت و نیز سازوکارهای جامعه‌محور سازمان بهزیستی، هلال احمر و شهرداری‌ها برای شناسایی افراد کم‌توانی که از دریافت خدمات محروم هستند باید استفاده گردد. همچنین ضروری است اطلاعات موجود بین دستگاه‌های ذی‌ربط نیز به اشتراک گذاشته شود به نحوی که همه خدمات‌دهندگان به اطلاعات وضعیت فرد معلول و خدمات دریافتی دسترسی داشته و امکان ارجاع بین آن‌ها فراهم گردد.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

توانبخشی بعنوان یکی از سطوح مهم مراقبت‌ها و خدمات سلامت شمرده می‌شود و علی‌رغم تأکیدات جدی در سیاست‌ها و قوانین بالادستی، توجه به ابعاد مختلف آن همواره مورد غفلت بوده است. در این ارتباط کارگروه توانبخشی فرهنگستان علوم پزشکی با نظرخواهی از کارشناسان دستگاه‌های مسئول و صاحب‌نظران، خلاصه سیاستی را جهت تقویت موضوع ادغام مراقبت‌های توانبخشی در سایر سطوح مراقبت‌ها و خدمات سلامت تهیه نموده است:

خلاصه سیاستی ۸- ادغام خدمات توانبخشی در نظام سلامت

و رفاه اجتماعی

مقدمه:

مهمترین مشخصه نظام سلامت کارآمد، ارائه مراقبت‌ها و خدمات باکیفیت و ایمن در تمام ارکان و سطوح سلامت به همه مردم بطور یکسان، در زمان و مکان مورد نیاز آنهاست. به همین دلیل در دهه گذشته، ورود مفهوم ارائه خدمات ادغام یافته و یکپارچه، یکی از مهمترین اصلاحات بخش سلامت بوده است. در سال ۲۰۰۳، سازمان جهانی بهداشت، خدمات ادغام یافته و یکپارچه را به عنوان یک راه حل کلیدی معرفی کرد که قادر است نظام سلامت را اصلاح و در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات، یک ارتباط منطقی بین حوزه‌های درمان و توانبخشی برقرار کند. عدم توجه به یکپارچه‌سازی و ارائه خدمات ادغام یافته، به ویژه در ارائه خدمات سلامت، توانبخشی و مراقبتی باعث می‌شود نظام سلامت در ارائه خدمات جامع به جامعه با چالش‌های مهمی روبه‌رو شود و نتیجه آن، چیزی جز سردرگمی بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی بین سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات، تحمیل بار مالی گزاف بر نظام سلامت و پرداخت هزینه‌های کمرشکن از جیب بیماران نخواهد بود. در بسیاری از کشورها، به ویژه کشورهای با درآمد کم و متوسط، زمانی که مداخلات پیشگیرانه یا درمانی با شکست مواجه می‌شوند، توانبخشی به عنوان یک راهبرد جبرانی در نظر گرفته می‌شود. این در حالی است که مداخلات توانبخشی جزئی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های سلامت است که دسترسی به آن، در کنار مداخلات پیشگیرانه و درمانی، به منظور بهبود سلامت تمامی افراد جامعه، و نه فقط افراد دارای ناتوانی و معلولیت، ضرورت دارد. مشکلات گروه‌های خاص سنی مانند نوزادان نارس و دارای معلولیت، سالمندان، مصدومین حوادث ترافیکی و حوادث ناشی از کار و مشکلات ناشی از بیماری‌های رو به افزایش غیرواگیر، همه و همه، ضرورت توجه به ساماندهی را افزون می‌کند.

از سوی دیگر با توجه به اینکه توانبخشی ابعاد گوناگونی از جمله پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای دارد لذا در ارائه این خدمات، توجه به یکپارچه‌سازی آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

است. هم اکنون توانبخشی در کشور ما توسط نهادهای مختلف ارائه می‌شود و این خدمات در هر سازمانی منبعث از قوانین بالادستی است که در دهه‌های گذشته تصویب شده است از جمله مهمترین این قوانین، مفاد سیاست‌های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری (پیوست ۱)، ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (پیوست ۲) قانون تشکیل سازمان آموزش و پرورش استثنایی (پیوست ۳) اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران (پیوست ۴) با توجه به اینکه قوانین فوق، مرزبندی مشخصی را برای فعالیت‌ها تعیین نکرده است و تمامی دستگاه‌های عضو، امکان ارائه خدمات در تمامی ابعاد توانبخشی را دارند و از سوی دیگر، سیاست‌های جهانی و ملی نیز بر ارائه خدمات ادغام یافته تأکید دارد؛ متأسفانه در این زمینه، اکنون کشور با چالش‌های متعددی مواجه است از جمله:

چالش‌ها:

- فقدان تولیت واحد در حوزه توانبخشی
- ادغام خدمات توانبخشی در نظام شبکه، نیازمند منابع مالی و انسانی قابل توجه و تحمیل بار اقتصادی فراوانی بر نظام سلامت است.
- فقدان نظام ارجاع مناسب برای افراد نیازمند به خدمات توانبخشی از سطح اولیه تا ثالثیه
- اتصال نداشتن سامانه‌های موجود ارائه دهنده خدمات و فقدان نظام ثبت یکپارچه خدمات که نه تنها دربرگیرنده سطوح مختلف باشد، بلکه بتواند نظام ارجاع را بین دستگاه‌های مختلف ارائه دهنده خدمت ایجاد کند.
- مشخص نبودن نقش پزشکی خانواده در ارائه خدمات توانبخشی
- فقدان دانش کافی حرفه‌ای در پرسنل ارائه دهنده خدمات و ضعیف بودن محتواهای آموزشی در مورد توانبخشی در برنامه‌های آموزشی رشته‌های پزشکی و مرتبط

پیشنهادهای اجرایی:

- ایجاد ستاد هماهنگ کننده جهت رصد و برنامه ریزی کلان در راستای توسعه خدمات توانبخشی و پوشش همگانی
- استقرار نیروهای توانبخشی در سطح شبکه بهداشتی درمانی
- تدوین نظام ارجاع جهت یکپارچه سازی خدمات بین سطوح نظام سلامت و بین بخشی
- راه اندازی و توسعه یک نظام ثبت اطلاعات ملی یکپارچه برای افراد نیازمند به خدمات توانبخشی مبتنی بر نظام ارجاع از سطح یک خدمت تا سطوح بالاتر
- تدوین بسته خدمتی در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و انجام غربالگری و مراقبت با هدف پیشگیری از ابتلا به بیماری و معلولیت های ناشی از آن
- بازنگری در برنامه های آموزشی و دوره های رشته های پزشکی و پیراپزشکی با توجه به محتوای توانبخشی در معاونت آموزش وزارت بهداشت

پیوستها:

پیوست ۱: مفاد سیاست های کلان سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت، مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی - اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه
- اولویت پیشگیری بر درمان
- روزآمد کردن برنامه های بهداشتی و درمانی
- ارتقای شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی
- تفکیک و وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم
- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع

• تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقای سلامت و توانمندسازی آنان

• تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان

پیوست ۲: جزء ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

سازمان بهزیستی کشور، متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مداخله در بحران‌های اجتماعی، ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی به کلیه معلولان، مددجویان و گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل زنان، کودکان، سالمندان نیازمند جامعه است. همچنین مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت در امور زیر است:

مهدهای کودک، مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی سرپرست و خیابانی، خانه سلامت دختران و زنان، مجتمع‌ها و مراکز خدمات بهزیستی، کلینیک‌ها و اورژانس‌های مددکاری اجتماعی و روانشناسی، مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی اجتماعی، مراکز توانبخشی معلولان، مراکز حرفه‌آموزی معلولان، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، مراکز درمانی و بازتوانی معتادان و نیز انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی و خیریه که در راستای اهداف سازمان بهزیستی کشور فعالیت می‌کنند.

پیوست ۳: قانون تشکیل سازمان آموزش و پرورش استثنایی

ماده واحده - با توجه به اهمیت و ویژگی‌های توانبخشی تعلیم و تربیت کودکان و دانش‌آموزان استثنایی اعم از نابینایان، نیمه‌بینایان، ناشنوایان، نیمه‌شنوایان، عقب‌ماندگان ذهنی و ناسازگاران عاطفی، معلولان حسی حرکتی و چند معلولیتی به موجب این قانون

مؤسسه دولتی بنام «سازمان آموزش و پرورش استثنایی» وابسته به وزارت آموزش و پرورش تشکیل می‌شود.

ماده ۲- اهداف سازمان به شرح زیر است:

(۱) طراحی سیستم آموزشی، پرورشی و توانبخشی به نحوی که ناتوانی‌های ذهنی و جسمی کودکان و دانش‌آموزان استثنایی جبران شود و آن‌گونه کودکان و دانش‌آموزان بتوانند پس از گذراندن مراحل تحصیلی خود موقعیت اجتماعی و اقتصادی مناسب شرایط خویش را به دست آورند؛

(۲) تغییر و اصلاح مداوم آموزش و پرورش استثنایی با توجه به روش‌های نوین آموزش و پرورش استثنایی در جهان و نیازهایی که آن‌گونه کودکان و دانش‌آموزان در ارتباط با شرایط خاص جامعه دارند؛

(۳) آموزش و پرورش گروه‌های مختلف کودکان و دانش‌آموزان استثنایی با توجه به نیازهای خاص هر گروه در سطوح قبل از دبستان، ابتدایی، راهنمایی و متوسطه و با تأکید خاص بر آموزش حرفه‌ای و تلاش برای تحت پوشش قرار دادن کلیه این‌گونه کودکان و دانش‌آموزان؛

(۴) کمک به پیشگیری از بروز ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، قبل از تولد، هنگام تولد و بعد از تولد از طریق بالا بردن سطح آگاهی عمومی در زمینه عوامل بروز معلولیت‌ها و خصوصیات کودکان استثنایی.

ماده ۳- سازمان در جهت تحقق اهداف مذکور در ماده ۲ وظایف زیر را به عهده دارد:

(۱) تهیه مجموعه‌ای از مقیاس‌ها و معیارهای سنجش توانایی‌ها و استعدادها و کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛

(۲) اجرای طرح‌های شناسایی و گزینش کودکان و دانش‌آموزان استثنایی کشور؛

(۳) تهیه و تنظیم برنامه‌های مربوط به آموزش و پرورش ویژه برای گروه‌های مختلف کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛

- ۴) تهیه و تنظیم طرح‌های توسعه کمی و کیفی آموزش و پرورش کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛
- ۵) تهیه کتب درسی و برنامه آموزشی و درسی خاص متناسب با توانایی‌های ذهنی و جسمی گروه‌های مختلف کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛
- ۶) تهیه و اجرای طرح‌های پژوهشی در زمینه آموزش و پرورش گروه‌های مختلف کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛
- ۷) برقراری ارتباط مداوم با مؤسسات داخلی و سازمان‌های بین‌المللی ذی‌ربط به منظور کسب تازه‌ترین اطلاعات مربوط به آموزش گروه‌های مختلف کودکان و دانش‌آموزان استثنایی و بهره‌برداری از آخرین پژوهش‌های علمی جهان در تهیه برنامه‌های آموزشی و پرورشی؛
- ۸) برنامه‌ریزی‌های لازم در جهت آموزش حرفه‌ای دانش‌آموزان استثنایی متناسب با توانایی‌های ذهنی و جسمی آنان و تأمین وسایل فنی، حرفه‌ای و توانبخشی لازم برای مراکز آموزشی از طریق واحدهای ذی‌ربط به منظور اشتغال؛
- ۹) تأمین و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز سازمان و تنظیم و اجرای برنامه‌های لازم برای آموزش ضمن خدمت نیروی انسانی شاغل در سازمان و مراکز وابسته به آن با همکاری و هماهنگی معاونت آموزش و پرورش در امور تأمین و تربیت نیروی انسانی؛
- ۱۰) ارزشیابی کار معلمان و مربیان کودکان و دانش‌آموزان استثنایی و همچنین مسئولان مراکز و آموزشگاه‌ها و آموزش و راهنمایی آنان در جهت حل مشکلات و مسائل مربوط به آموزش و پرورش استثنایی؛
- ۱۱) ایجاد امکانات لازم در جهت طراحی، تولید، تهیه و توزیع وسایل کمک آموزشی؛
- ۱۲) فراهم کردن زمینه‌های لازم جهت تألیف و ترجمه و نشر کتاب‌های سودمند و سایر امکانات برای پدران، مادران و معلمان کودکان استثنایی؛
- ۱۳) جلب کمک‌های مادی و معنوی مردم، سازمان‌ها، مؤسسات و انجمن‌های توانبخشی برای بهبود وضع آموزش و پرورش کودکان و دانش‌آموزان استثنایی؛
- ۱۴) برنامه‌ریزی و تعیین ضوابط مربوط به نحوه مشارکت بخش خصوصی در آموزش و پرورش استثنایی و ترغیب آنان به این امر و اعمال نظارت لازم بر فعالیت آنان؛

۱۵) هماهنگی، همکاری و ارتباط با دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی داخل به‌منظور سوق دادن تحقیقات آنان به سمت نیازهای سازمان و استفاده هر چه بیشتر از استادان و دانشجویان رشته‌های مرتبط با کودکان استثنایی؛

۱۶) تهیه طرح‌های تأمین، تکمیل، توسعه و تجهیز مراکز آموزش و پرورش استثنایی کشور از طریق مطالعه، بررسی و استفاده از تجربیات سایر کشورها در آن گونه مراکز.

پیوست ۴: اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

بر اساس ماده واحده قانون وظایف و مسئولیت‌های جمعیت هلال احمر مصوب ۱۳۶۲/۱۰/۲۰ مجلس شورای اسلامی، جمعیت هلال احمر (جمعیت شیر و خورشید سرخ سابق دارای شخصیت حقوقی مستقل است و به کلیه تعهدات و قراردادهای مصوب بین‌المللی مربوط به اهداف، وظایف و مسئولیت‌های جمعیت هلال احمر و صلیب سرخ جهانی و مقررات اتحادیه جهانی صلیب سرخ و هلال احمر که با سیاست‌ها و قوانین جمهوری اسلامی ایران مغایرت نداشته باشد پایبند بوده و روابط خود را در چارچوب سیاست خارجی کشور با کلیه جمعیت‌های هلال احمر و صلیب سرخ در جهان محفوظ داشته و در مسائل امدادی برون مرزی و درون مرزی و تعهدات مربوطه بر طبق اساسنامه‌ای که به پیشنهاد جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی و ۲* با تأیید وزارت بهداشت به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد، عمل می‌کند.

وظایف جمعیت:

بند ۵- وظایف: کمک به امر توانبخشی و ارائه خدمات اجتماعی در جهت تسکین آلام آوارگان، پناهندگان، مرضی و معلولان و ایجاد حس تعاون، تفاهم، دوستی و نیکوکاری بین مردم.

بند ۸- وظایف: کمک به تهیه دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی مورد نیاز مراکز بهداشتی، درمانی و آموزشی کشور با موافقت وزارت بهداشت و با همکاری هلال احمر و صلیب سرخ جهانی که عضو اتحادیه بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر جهانی هستند.

مکاتبه با

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف (۱۴۰۲/۱۱/۳)

موضوع توانبخشی بعنوان یکی از سطوح مهم مراقبت‌ها و خدمات سلامت شمرده می‌شود و علی‌رغم تاکیدات جدی در سیاست‌ها و قوانین بالادستی، توجه به ابعاد مختلف آن همواره مورد غفلت بوده است. در این ارتباط کارگروه توانبخشی فرهنگستان علوم پزشکی با نظرخواهی از کارشناسان دستگاه‌های مسئول و صاحب‌نظران، خلاصه سیاستی پیوست را جهت تقویت موضوع مشکلات تعرفه‌ای و پوشش بیمه‌ای خدمات و مراقبت‌های توانبخشی تهیه نموده است.

پیوست:

خلاصه سیاستی ۹- خدمات توانبخشی و توسعه پوشش بیمه‌ای

و منطقی کردن تعرفه‌های خدمات توانبخشی

مقدمه:

طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، ۱۵ درصد از افراد جامعه به نوعی ناتوانی و معلولیت را تجربه میکنند که نیاز به خدمات توانبخشی دارند. شواهد موجود نشان میدهد، ارائه خدمات

توانبخشی برای بازیابی، نگهداری و ارتقای عملکرد بدنی و ذهنی، در کاهش ناتوانی و افزایش کیفیت زندگی افرادِ نیازمند به این خدمات، ضروری است و به همین دلیل توسعه خدمات قابل ارائه و پوشش گسترده خدمات و اطمینان از دسترسی کافی افراد نیازمند به خدمات، باید در اولویت نظام سلامت قرار گیرد،

پاسخگویی به این نیاز مهم جز با برنامه ریزی و توسعه منابع از جمله منابع مالی و انسانی، میسر نمیشود. روشهای اصلی تأمین مالی حوزه توانبخشی در ایران شامل بودجه های عمومی، کمک هزینه های خدمات، بیمه های خصوصی، بیمه تکمیلی و پرداختهای مستقیم از جیب خانوارهاست.

بر اساس شواهد موجود، از اوایل دهه ۸۰، تأمین مالی خدمات توانبخشی محدود به سازمانهای دولتی از جمله سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و غیره بوده است و منابع مالی نهادهای مذکور نیز بهصورت بودجه های عمومی سالانه تعیین میشود و به آنها تخصیص می یابد. مقایسه روند کل هزینه های عمومی سلامت در سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶ نشان میدهد سهم هزینه های توانبخشی از هزینه های سلامت از ۱/۶۵ درصد در سال ۱۳۸۱ به کمتر از ۰/۲۲ درصد در سال ۱۳۹۶ رسیده است که نشاندهنده کاهش ۶۱ درصدی سهم این هزینه ها از هزینه های کل سلامت کشور است. محدودیت اعتبارات، زمینه را برای افزایش سهم پرداختها از جیب برای دریافت خدمات توانبخشی و به تبع آن مواجهه خانوارها با هزینه های کمرشکن را فراهم می کند. اما خوشبختانه با تصمیمات اتخاذ شده در سالهای ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، نقش نهادهای بیمه گر نظیر بیمه سلامت و بیمه های تکمیلی دولتی در این حوزه نسبت به سالیان گذشته افزایش یافته است؛ گرچه اقدام مذکور شروع خوبی در این زمینه بود ولی هنوز، ارائه این خدمات با چالشهای مهمی مواجه است.

چالشها:

➤ برخی از خدمات هنوز تعرفه مشخصی ندارند، از جمله خدمات اورتز، پروتز و خدمات توانبخشی مبتنی هوش مصنوعی (Robotic Rehabilitation)

- مهمترین چالشهای مرتبط با به کارگیری نیروی انسانی توانبخشی، نامتناسب بودن تعرفه ها است؛ بررسی ها نشان میدهد که درصد افزایش K حرفه ای خصوصی تا سال ۲۱۴۰، ۹۸ درصد و K حرفه ای دولتی ۸۲۱ درصد افزایش یافته است، در حالیکه حقوق کارگر روزمزد ۶۴۵ درصد افزایش داشته است و این موضوع، باعث بی انگیزگی به اشتغال نیروی انسانی توانبخشی و مهاجرت آنها شده است؛ زیرا با این تعرفه، ارائه خدمات توانبخشی برای درمانگر و بیمارستان، مقرون به صرفه نیست.
- برخی از خدمات توانبخشی بیمه ندارد و همین موضوع باعث دسترسی نداشتن به خدمات و پرداخت زیاد از جیب افراد و مواجهه با هزینه های کمرشکن شده است؛
- اگر چه با اقدامات ارزشمند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بیمه سلامت در قالب ۵۹ کد خدماتی، برخی از خدمات توانبخشی از طریق صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج تحت پوشش بیمه قرار گرفت ولی به نظر میرسد، بدون در نظر گرفتن کدهای بیمه در بیمه های پایه این بخش از اعتبارات، ثبات لازم را نخواهد داشت؛
- رعایت نکردن نسبت جزء فنی و حرفه ای در برخی از خدمات توانبخشی به طور مثال در خدماتی مانند گفتاردرمانی؛
- برخورداری نامناسب مددجویان سازمان بهزیستی از پوشش خدمات بیمه ای توانبخشی؛ اگر چه کل مددجویان بهزیستی در سامانه بیمه ای جهت دریافت خدمات با سوبسید بیمه نشاندار شده اند، ولی به دلیل اینکه مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی امکان عقد قرارداد با بیمه را ندارند، عملاً امکان دسترسی به خدمات بیمه برای این مددجویان با چالشهای بسیاری مواجه است. لازم به ذکر است این مراکز دارای کمک هزینه های مراقبتی هستند که در حال حاضر، یک سوم قیمت تمام شده خدمات است و عملاً خدمات توانبخشی پزشکی را پوشش نمی دهد.
- تعریف نشدن کدهای توانبخشی برای بیماران نیازمند خدمات توانبخشی با پیچیدگی های درمانی مورد نیاز؛ به طور مثال توانبخشی یک بیمار برای درد دست یا یک بیمار ضایعه نخاعی چهار اندام یکسان دیده شده است.
- مهاجرت قابل توجه نیروی انسانی توانبخشی.

پیشنهادهای اجرایی:

- مشخص کردن تعرفه برای خدمات توانبخشی که تعرفه مشخصی ندارند؛
- افزایش تعرفه های توانبخشی در بخش دولتی و خصوصی و بازنگری در جزء فنی و حرفه ای خدمات؛
- تعیین فهرست خدمات اولویت دار توانبخشی و تهیه شناسنامه خدمت و بسته پوشش بیمه برای این خدمات؛
- تعریف کدهای بیمه پایه خدمات توانبخشی؛
- پوشش صد درصد بیمه خدمات توانبخشی سرپایی و بستری برای سه دهک اول جامعه؛
- بهره مندی مددجویان مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی اعم از روزانه، آسایشگاه و توانبخشی در منزل از پوشش بیمه ای از طریق انعقاد قرارداد سازمانهای بیمه گر با این مراکز.

مکاتبه با رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی
(۱۴۰۲/۹/۱۳)

درخواست تشکیل جلسه در خصوص در خصوص اهم موضوعات حوزه سلامت

پیرو نامه شماره ۷۴۱۰/ف ع پ مورخ ۱۴۰۱/۴/۱۲، با توجه به نقش فرهنگستان علوم پزشکی در دیده بانی و رصد کلان سلامت کشور و نظر به اهمیت اجرای سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بدینوسیله از جناب عالی درخواست می شود تا در صورت امکان، به هیئت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی فرصتی داده شود تا درخصوص اهم موضوعات حوزه سلامت به ویژه بازسازی، توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی و نیز تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، در جلسه ای حضوری، نقطه نظرات فرهنگستان علوم پزشکی در ارتباط با سلامت جامعه به استحضار حضرت عالی برسد.

پیوست

مکاتبه (۱۴۰۱/۴/۱۲)

رئیس محترم جمهور حضرت آیت‌اله جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر سید سعید رضا عاملی

معاون محترم رئیس جمهور و رئیس سازمان برنامه و بودجه جناب آقای دکتر سید مسعود میر کاظمی

با توجه به نقش فرهنگستان علوم پزشکی در دیده‌بانی و رصد کلان سلامت کشور و نظر به اهمیت اجرای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بدینوسیله از جناب‌عالی درخواست می‌شود تا در صورت امکان، به هیئت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی فرصتی داده شود تا درخصوص اهم موضوعات حوزه سلامت به ویژه بازسازی، توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی و نیز تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، در جلسه‌ای حضوری، نقطه نظرات فرهنگستان علوم پزشکی در ارتباط با سلامت جامعه به استحضار حضرت‌عالی برسد.

مکاتبه با

رئیس محترم حوزه‌های علمیه کشور حضرت آیت الله جناب آقای علیرضا اعرافی

رئیس محترم پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی حضرت آیت الله جناب آقای دکتر علی اکبر رشاد

دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر عبدالحسین خسرو پناه

رئیس محترم نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر مصطفی رستمی (۱۴۰۲/۱۱/۱۶)

درخواست دریافت پیشنهاد‌های اجرایی در آموزش عالی سلامت

همانطور که مستحضرد در بند ۱ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی- اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه» تکلیف شده است. در سایر بندهای این سند مهم حوزه سلامت نیز، بر جنبه‌های ارزشی، اخلاقی، فرهنگی و معنوی اسلامی، در نظام سلامت و بویژه کنشگران آن و خاصه استادان، دانشجویان و مدیران سلامت، تأکید و تصریح شده است. در سایر اسناد راهبردی حوزه‌های علم، فناوری، فرهنگ، و سلامت، (نظیر سیاست‌های کلی علم و فناوری، نقشه جامع علمی کشور، سند مهندس فرهنگی کشور، سند اسلامی شدن دانشگاه‌ها) و سایر اسناد راهبردی مرتبط نیز، رعایت موازین دینی، اخلاقی، فرهنگی، و معنوی اسلامی، با گزاره‌های شفاف و الزام‌آور تصریح شده است.

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، به استناد اساسنامه مصوب و وظایف ذاتی، نسبت به تحقق موازین اخلاقی، فرهنگی، حرفه‌ای و معنوی، مبتنی بر تعالیم و آموزه‌های دین مبین اسلام، در همه تعاملات سلامت جامعه، مسئولیت مستقیم دارد و در فعالیت‌های قبلی نیز تلاش‌های ارزشمندی انجام داده است. در شرایط جاری و آینده، علاوه بر جنبه‌های علمی، نظری، توصیفی و ترویجی، در حوزه‌های مهم اخلاق، فرهنگ و سلامت معنوی با رویکرد اسلامی، راهکارهای عملی و اجرایی و شیوه‌های شهودی و تأثیرگذار، نیز اولویت داشته و باید نسبت به آنها اهتمام شایسته صورت پذیرد.

در این راستا، از نهادهای محترم و شخصیت‌های عالیه صاحب‌نظر استعانت طلبیده، درخواست داریم دیدگاه‌ها، تجربیات موفق و پیشنهادات اجرایی و عملیاتی ارزشمند خود را، که برای طرح و نهادینه‌سازی در آموزش عالی سلامت و سایر تعاملات نظام سلامت، مناسب و قابل اجراء باشند، به این فرهنگستان منعکس فرمائید. قبلاً از مساعی ارزشمند عموم نهادها و صاحب‌نظران مشارکت‌کننده در این تلاش ارزشمند ملی، سپاسگزاری می‌شود.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی (۱۴۰۲/۸/۳)

درخواست جلسه با موضوع ارائه راهکارهای فوری و قابل انجام در

تعمیق و تعمیم ادغام

مقام معظم رهبری حفظه الله علاوه بر دستوری که در بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت در ارتباط با شبکه بهداشتی درمانی کشور و در بند ۱-۸ راجع به ادغام آموزش و پژوهش در شبکه بهداشتی درمانی کشور، فرموده‌اند در مناسبت‌های مختلف نیز در مورد توسعه، تقویت و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی توصیه مکرر فرموده‌اند و نیز از زمان تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاکنون پیوسته از ادغام، حمایت فرموده و با مطلب انتزاع به دفعات مخالفت نموده‌اند. ایشان به دفعات فرموده‌اند "که ما باید افتخار کنیم که مبدع این ادغام هستیم و از آن بسیار منفعت برده‌ایم". ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران نیز بارها نسبت به ارتقای مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و شبکه بهداشتی درمانی تأکید نموده‌اند. حضرت‌عالی نیز از مدافعان و متفکران طرح ادغام بوده و هستید و حتی برای دفاع از ادغام، انجمن آموزش پزشکی را تاسیس کرده و انتشارات انجمن پیوسته در حمایت از ادغام و مخالفت با انتزاع بوده است. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز با پیروی از منویات مقام معظم رهبری مراتب را بارها در مکاتبات و خلاصه‌های سیاستی خود منعکس نموده است. در تماس تلفنی جناب آقای دکتر باقری فرد با اینجانب، ذکر کردند که جناب آقای وزیر، انتظار ایفای نقش جدی‌تر و متمرکزتری از فرهنگستان در این ارتباط دارند و قرار شد ایشان مکتوب این مطلب را برای فرهنگستان بفرستند ولی احتمالاً فراموش کردند. کارگروه راهبردی فرهنگستان علوم پزشکی در نشست‌های اخیر، مهمترین موضوع نظام سلامت را «تعمیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در مراقبت‌ها و خدمات همه جانبه سلامت» تشخیص داده است و طی جلساتی در حال بررسی راهکارهای اجرایی آن می‌باشد و تا حدی به جمع بندی هم رسیده است. اعضای کارگروه که از صاحب‌نظران پیش کسوت و دلسوز سلامت کشور می‌باشند، درخواست دارند تا در اولین فرصت ممکن جلسه‌ای با حضور شخص حضرت‌عالی و معاونین محترم و احیاناً مسئولان و صاحب‌نظران دیگری که حضرت‌عالی تشخیص و دعوت می‌فرمائید، برگزار شود تا در مورد موضوع راهکارهای فوری

و قابل انجام در تعمیق و تعمیم ادغام بحث و تبادل نظر شود. موجب امتنان است که مدت کافی حدود ۳ ساعت برای این جلسه مهم اختصاص فرمائید.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی (۱۴۰۲/۸/۳)

اعلام آمادگی همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نامه شماره ۱۳۶۴۷۶ مورخ ۱۴۰۲/۸/۳ جناب آقای دکتر اسماعیلی رئیس محترم دفتر رئیس جمهور خطاب به جناب عالی درخصوص رهنمودهای رئیس جمهور محترم در مراسم تجلیل از دستاوردهای نظام سلامت ملاحظه گردید. ضمن تشکر از دولت محترم در تمرکز و اولویت دادن به نظام سلامت و عنایت رئیس جمهور محترم به نکات کلیدی این حوزه، این فرهنگستان آمادگی کامل خود را برای همکاری‌های لازم اعلام داشته و نکات مهم زیر را مورد تاکید قرار می‌دهد.

- توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی مهمترین اولویت نظام سلامت بوده و سایر اصلاحات نظام سلامت باید در راستای این مهم انجام شود.
- فعال شدن جدی دبیرخانه شورای عالی سلامت، با همکاری همه جانبه همه دستگاه‌های همکار، از الزامات تحقق بندهای ۳ و ۴ مندرج در نامه رئیس دفتر محترم رئیس جمهور است.
- موضوع توجه همه جانبه به همه ابعاد نظام سلامت، چنانچه در بند آخر نامه موصوف آمده است، بسیار مهم است. توجه جدی به بعد معنوی سلامت نباید مورد غفلت قرار گیرد.

بر اساس سیاست‌های 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، ایجاد هرگونه ساختار جدای از این وزارت، مغایر با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی است. این مهم در مورد طرح "تشکیل سازمان طب سنتی - اسلامی" و "تشکیل سازمان نظام طب مکمل جمهوری اسلامی ایران" نیز که سابقا در مجلس شورای اسلامی مطرح شده بود؛ بطور صریح بیان شده بود. (جلد اول مجموعه مستندات فصل سوم)

مکاتبه با رئیس محترم جمهور حضرت آیت ا... جناب آقای دکتر سید ابراهیم رئیسی (۱۴۰۲/۱۰/۴)

انتقاد از ایجاد تشکیل شورای عالی طب ایرانی و مکمل

همانطور که مستحضرید در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری به تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین و نیز تولید نظام سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاکید شده است، همچنین در بند ۱۲ به روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی ایران توجه شده است. لذا تشکیل شورای عالی طب ایرانی و مکمل که توسط دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی پیشنهاد شده است (موضوع نامه شماره ۱۴۰۲/۱۵۶۸۸/دش مورخ ۱۴۰۲/۸/۱۶)، مجموعه‌ای موازی و جدا از مجموعه سلامت ایجاد نموده و علاوه بر تحمیل هزینه‌ها، باعث هدررفت منابع حوزه سلامت می‌شود و از همه مهمتر با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری مغایرت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد موضوعات مرتبط با طب ایرانی که همه زیرمجموعه سلامت می‌باشند، قبل از طرح موضوع، از کمیسیون سلامت شورای عالی انقلاب فرهنگی که به تازگی زیر نظر مستقیم دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی تشکیل شده است و اعضای آن از صاحب نظران حوزه سلامت می‌باشند، استعلام نظر کارشناسی گردد تا منجر به مصوباتی مغایر با اسناد بالادستی نشود.

مکاتبه با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی
(۱۴۰۲/۹/۱)

نظر اعضای محترم هیئت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص

سخنان وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دومین

نشست نمایشگاه روایت پیشرفت

پیرو سخنان جناب عالی در روز چهارشنبه مورخ ۲۴ آبان ۱۴۰۲ در دومین نشست نمایشگاه روایت پیشرفت در سالن همایش ایتار مرکز فرهنگی و موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس قم درمورد اینکه "یکی از سیاست‌هایی که به دست عوامل خارجی طرح‌ریزی و توسط

عوامل داخلی اجرا شد، تنظیم خانواده بوده است"، فرمودید که در دفاع مقدس و تحریم‌ها صدمه نخوردیم بلکه قوی‌تر شدیم ولی در تنظیم خانواده صدمه خوردیم. همانطور که مستحضری موضوع موالید و تحدید نسل بر اساس نظر امام خمینی (قدس سره) چنین بوده که تابع آن است که حکومت چه تصمیمی بگیرد. لازم به یادآوری است که در جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۱۳۷۲/۲/۲۶ قانون تنظیم خانواده مشتمل بر ۴ ماده و ۲ تبصره در مجلس شورای اسلامی تصویب شده و در دوم خرداد ماه ۱۳۷۲ به تایید شورای نگهبان رسیده، بنابراین موضوع مذکور یک تصمیم حکومتی و قانونی بوده است و مایه تاسف است که جنابعالی آن را برنامه‌ریزی عوامل خارجی دانسته‌اید.

همچنین همانطوری که مستحضری مقام معظم رهبری در دیدار با کارگزاران نظام در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۳ ضمن تاکید بر لزوم بازنگری سیاست کنترل جمعیت فرمودند: "در اوایل دهه ۷۰ اجرای این سیاست مبنی بر مصالحی صحیح بود اما ادامه آن در سال‌های بعد خطا بوده، معظم له در همان سال در سفر به استان خراسان شمالی در تاریخ ۱۳۹۱/۷/۱۹ فرمودند: این مسئله تهدید نسل از اواسط دهه ۷۰ به این طرف باید متوقف می‌شد. البته اولی که سیاست تحدید نسل اتخاذ شد، خوب بود و لازم بود، اما ادامه آن از اواسط دهه ۷۰ اشتباه بود، مسئولین کشور و از جمله رهبری در این اشتباه سهیم هستند و باید از خداوند طلب عفو بکنند.

به هر حال آنچه که مسلم است سخنان جنابعالی مبنی بر اینکه در دهه ۶۰ یا دوران دفاع مقدس و اوایل دهه ۷۰ که سیاست تنظیم خانواده با طراحی عوامل خارجی و اجرای عوامل داخلی بوده با توجه به اینکه سیاست حکومتی بوده است یعنی به عبارتی سیاست، در دولت تصویب و به صورت لایحه به مجلس شورای اسلامی رفته و پس از تصویب قانون، شورای نگهبان قانون اساسی هم آنرا تأیید نموده لذا با سخنان حضرت‌عالی، دولت، مجلس و شورای نگهبان و مصوبات آنها زیر سوال رفته و بدتر از آن برخلاف نظرات حضرت امام (ره) که در پاسخ به سوالات شرعی در مورد تنظیم خانواده و کنترل جمعیت، هم در فرانسه و هم در جمهوری اسلامی ایران فرموده‌اند که این امر یک تصمیم حکومتی است و همانطوریکه عرض شد مقام معظم رهبری هم در چند نوبت تصریح فرموده‌اند که این اقدام در زمان خود درست بوده و بعداً باید متوقف می‌شد که نکردیم، لذا لازم است آنرا اصلاح بفرمائید.

در پایان به پیوست مجموعه‌ای از نظرات و بیانات حضرت امام خمینی و مقام معظم رهبری در خصوص موضوع جمعیت جهت هرگونه بهره برداری خدمتتان ارسال می‌گردد.

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران حضرت آیت‌الله جناب آقای دکتر سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم قوه قضائیه حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای غلامحسین محسنی اژه‌ای

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

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

وزیر محترم امور خارجه جناب آقای دکتر حسین امیرعبداللہیان

رئیس محترم سازمان صدا و سیما جناب آقای دکتر پیمان جبلی

ریاست محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای محمدی

گلیپاگانی (۱۴۰۲/۷/۱۹)

انتقال کمک‌های پزشکی و مداوای مردم بی‌دفاع و مظلوم فلسطین

نامه درخصوص "اقدام عاجل در فراهم کردن مسیری امن برای انتقال کمک‌های پزشکی و مداوای مردم بی‌دفاع و مظلوم فلسطین"، به آقای آنتونیو گوترش دبیرکل سازمان ملل متحد :

دبیر کل محترم سازمان ملل متحد

عالیجناب آنتونیو گوترش،

همانطور که می‌دانید رژیم استعماری آپارتاید در اقدامی جنایتکارانه و بی سابقه دستور محاصره کامل غزه را صادر کرده است. تمام منابع آب و برق و همچنین ورود غذا و دارو به غزه را قطع کرده است. در همین حال، در این شرایط حاد، زنان و کودکان بی‌دفاع فلسطینی از طریق بمباران کورکورانه و گسترده ساختمان‌های مسکونی قتل عام می‌شوند.

این رفتار جنایتکارانه در میان سکوت سازمان های حقوق بشر تحت کنترل غرب، به ویژه سازمان های وابسته به سازمان ملل، صورت می گیرد .
عالیجناب، مسئولیت شما به عنوان دبیرکل سازمان ملل متحد، شما را از نظر قانونی و اخلاقی مسئول فراهم کردن مسیر امن برای انتقال کمک های پزشکی و معالجه جمعیت بی دفاع و مظلوم فلسطین می کند. بدیهی است که پاسخ شما به این جنایات وحشیانه رژیم اسرائیل در تاریخ ثبت خواهد شد.

Professor Richard Horton,

Editor-in-Chief of the Lancet Medical Journal

Respectfully, following the letter dated November 14, 2022, and referring to your Lancet magazine article regarding Miss. Mahsa Amini, we are very disappointed to see the republishing of completely false information about the Islamic Republic of Iran, especially regarding doctors and the health service delivery system, in a magazine that is known as a scientific magazine. Unfortunately, your article does not have any scientific documentation. Once again I wish you, who claim to include real and scientific content in your magazine, would address the issue of the cruel sanctions imposed by the United States and the West against the children, women, and men of Iran, and what serious damage it has caused to the health of the people. I wish you had for once exposed the enormous support of Western countries and the US for Saddam Hussein, who committed unique and historical crimes with chemical weapons against our people, including Iranian and Iraqi Kurds residing relatively close to where Mahsa Amini lived. All carried out amidst the deadly silence of western dominated scientific and international bodies. It seems that there are material and political interests in writing such false reports, which question the scientific value of that journal. As I wrote to you in the previous letter, if the accusations mentioned in that article were supposed to be based on

science, they would at least been quoted from sources that are not so utterly hostile to our people and country. The Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran, which consists of educated scientists and leading professors of the country's medical sciences universities, considers the contents of the article to be completely false and based on the material and political interests of those involved in its publication. The contents of the article are an insult to the community of health care and services providers, especially doctors, who have shown their unparalleled services to the people during the war imposed by Saddam against Iran, as well as during the cruel sanctions of the United States and Western countries that remained in place during the Covid-19 pandemic. We expect a correction from the magazine regarding the falsehoods in the article as swiftly as possible.

مکاتبه با

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

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

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

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

وزیر محترم امور خارجه جناب آقای دکتر حسین امیرعبداللهمیان

رئیس محترم سازمان صدا و سیما جناب آقای دکتر پیمان جبلی

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

(۱۴۰۲/۸/۲۷)

نامه‌ای درخصوص "جنايات رژيم صهيونيستي در غزه"، به آقای آنتونیو گوترش دبیرکل سازمان

ملل متحد :

پیوست

16 Nov.2023

United Nations Secretary General
His Excellency, António Guterres,

During the past forty days, the countries of the world have witnessed the great crime of the Zionist apartheid regime, which may be unprecedented in history. The unique nature of this catastrophe is that defenseless children, women and men are completely surrounded in their own land and in a very small area and are bombarded with all kinds of bombs and weapons of mass destruction in front of the eyes of billions of people across the world. Residential buildings, hospitals, schools, and refugee camps in this small piece of land have been destroyed by bombs equivalent to more than several atomic bombs that the criminal American regime used against Japanese citizens in Hiroshima. So far, the bombings has left more than 12,000 dead, more than 5,000 of whom were children and more than 3,000 were defenseless women, and more than 30,000 people who are besieged in their land have been severely injured. All these have taken place as access to water, electricity, food, and medicine has been cut off by the criminal Zionist regime for these oppressed people. Doctors and medical staff do not have any safe places left to treat the injured either.

Your Excellency,

These unique historical crimes are all happening as you are the representative of the countries of the world as the head of the United Nations, and it is unfortunate that you have not taken any effective measures to prevent these crimes. These dark days will be recorded in history. The least you can do is to stand among the oppressed and helpless people of Gaza and on behalf of the international community order international aid to be sent to Gaza. Doctors across the world, with the support of UN forces, are ready

to go by land, sea, and air to Gaza and treat these oppressed people.

Your Excellency,

At this critical historical moment, every fearless and effective action you take to prevent the crimes of the Zionist apartheid regime will be recorded in the minds of the people of the world and in history. Another course of action is for you to resign as the Secretary General, so that at least you will not be complicit in the continuation of these crimes.

پیوست فارسی

دبیر کل محترم سازمان ملل متحد

عالیجناب آنتونیو گوترش،

کشورهای جهان طی چهل روز گذشته شاهد جنایت بزرگ رژیم آپارتاید صهیونیستی بوده اند که شاید در تاریخ بی سابقه باشد. ماهیت منحصر به فرد این فاجعه این است که کودکان، زنان و مردان بی دفاع در سرزمین خود و در یک منطقه بسیار کوچک کاملاً محاصره شده اند و در مقابل چشمان میلیاردها نفر در سراسر جهان با انواع بمب ها و سلاح های کشتار جمعی بمباران می شوند. ساختمان های مسکونی، بیمارستان ها، مدارس و کمپ های پناهندگان در این قطعه زمین کوچک توسط بمب هایی معادل بیش از چندین بمب اتمی که رژیم جنایتکار آمریکا علیه شهروندان ژاپنی در هیروشیما استفاده کرد، ویران شده است. این بمباران تاکنون بیش از ۱۲۰۰۰ کشته بر جای گذاشته است که بیش از ۵۰۰۰ نفر از آنها کودک و بیش از ۳۰۰۰ زن بی دفاع بودند و بیش از ۳۰۰۰۰ نفر که در سرزمین خود محاصره شده اند به شدت مجروح شده اند. همه اینها در حالی صورت گرفته که دسترسی به آب، برق، غذا و دارو توسط رژیم جنایتکار صهیونیستی برای این مردم مظلوم قطع شده است. پزشکان و کادر درمانی نیز مکان امنی برای مداوای مجروحان ندارند.

عالیجناب،

این جنایات تاریخی بی نظیر همه در حالی رخ می دهد که شما نماینده کشورهای جهان به عنوان رئیس سازمان ملل متحد هستید و باعث تاسف است که هیچ اقدام موثری برای پیشگیری از این جنایات انجام نداده اید. این روزهای سیاه در تاریخ ثبت خواهد شد. حداقل کاری که می توانید بکنید این است که در میان مردم مظلوم و درمانده غزه حضور پیدا کنید

و از طرف جامعه جهانی دستور دهید کمک های بین المللی به غزه ارسال شود. پزشکان در سراسر جهان با حمایت نیروهای سازمان ملل آماده هستند تا از طریق زمین، دریا و هوا به غزه بروند و این مردم مظلوم را درمان کنند.

عالیجناب،

در این برهه حساس تاریخی، هر اقدام شجاعانه و موثری که برای جلوگیری از جنایات رژیم آپارتاید صهیونیستی انجام دهید در اذهان مردم جهان و در تاریخ ثبت خواهد شد. اقدام دیگر این است که از دبیرکلی استعفا دهید تا حداقل در ادامه این جنایات شریک نباشید.

مکاتبه با

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

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

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر محمد باقر قالیباف

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

وزیر محترم امور خارجه جناب آقای دکتر حسین امیرعبداللہیان

رئیس محترم سازمان صدا و سیما جناب آقای دکتر پیمان جبلی

ریاست محترم دفتر مقام معظم رهبری حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای

محمدی گلپایگانی (۱۴۰۲/۱۱/۳)

نامه درخواست اقدام قاطع علیه رژیم نژادپرست صهیونیستی در پایان دادن به وضعیت اسفناک نوزادان، کودکان و مادران در غزه"، به وزرای محترم بهداشت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی :

درخواست اقدام قاطع علیه رژیم نژادپرست صهیونیستی

To the Health Ministers of the member states of Organization of Islamic Cooperation

The ongoing humanitarian crisis in Gaza, characterized by intense violence and severe deprivation, demands immediate attention. The relentless attacks by the Zionist regime have caused unimaginable suffering for children, women, and men, resulting in conditions such as depression, severe anxiety, and even severe mental disorders. Deliberate targeting of residential areas, hospitals, schools, and infrastructure, coupled with the siege of essential resources, has created an extremely dire situation that is deeply concerning for billions of people worldwide, especially Muslims. The findings of UNICEF clearly demonstrate the urgent need to rectify the current situation.

Since the beginning of the conflict in Gaza over three and a half months ago, approximately 20,000 children have been born into an environment of genocidal terror. Every 10 minutes, a child is born in this environment, often accompanied by tragic consequences such as maternal and infant mortality. Pregnant women in Gaza face insurmountable challenges in accessing medical care, safe drinking water, nutrition, and adequate care and health protection during pregnancy and childbirth. The high infant mortality rate in Gaza is exacerbated by overcrowding, limited resources, and premature discharge from hospitals following cesarean sections. Pregnant and lactating women and infants in temporary camps endure appalling conditions that lead to diarrheal and gastrointestinal diseases, malnutrition due to drinking contaminated water, various infections, and ultimately death. Moreover, over 135,000 children under two years old in Gaza currently suffer from severe malnutrition and are at risk due to unsafe water sources.

The continuous attacks on Gaza have exacerbated malnutrition and acute illnesses among more than 1.1 million children, perpetuating a deadly cycle of suffering. It is essential to note that UNICEF has declared 2023 as the bloodiest year for Palestinian children due to unprecedented levels of violence against them. Gaza has become the most dangerous place for children worldwide, resulting in a distressing number of child casualties whose value is unfortunately only reduced to mere statistics. We condemn the Israeli regime's war on Gaza as a war against women, children, and non-combatants and call for immediate action.

Respected Health Ministers,

Children in Gaza deserve compassion and support similar to what exists in our own countries. It is our duty to unite and take decisive action against the perpetrators of this humanitarian crisis. The perpetrators of these crimes must be held accountable in international courts. With collective efforts, Islamic countries, along with other nations and supporters of justice worldwide, can work towards ending the suffering caused by Israel's actions in occupied Palestine through various means such as imposing sanctions on their goods, cutting political ties, and other actions such as joint political pressures through the UN Security Council. The future in this world and the hereafter will undoubtedly judge our actions regarding the dire situation of Gaza's children.

وزرای محترم بهداشت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی

بحران انسانی جاری در غزه که با خشونت لجام گسیخته و محرومیت شدید همراه است، توجه فوری را می طلبد. حملات بی امان رژیم صهیونیستی رنج های غیرقابل تصویری را برای کودکان، زنان و مردان به همراه داشته که در نتیجه آن شرایطی مانند افسردگی، اضطراب شدید و حتی اختلالات روانی شدید به وجود آمده است. هدف قرار دادن عمدی مناطق مسکونی، بیمارستان ها، مدارس و زیرساخت ها، همراه با محاصره منابع ضروری، وضعیت بسیار وخیمی را ایجاد کرده است که برای میلیاردها نفر در سراسر جهان، به ویژه

مسلمانان، عمیقاً نگران‌کننده است. یافته های یونیسف به وضوح نیاز فوری به اصلاح وضعیت فعلی را نشان می دهد.

از زمان آغاز درگیری در غزه بیش از سه ماه و نیم پیش، تقریباً ۲۰۰۰۰ کودک در یک محیط ترور نسل کشی به دنیا آمده اند. هر ۱۰ دقیقه یک کودک در این محیط متولد می شود که اغلب با پیامدهای غم انگیزی مانند مرگ و میر مادران و نوزادان همراه است. زنان باردار در غزه با چالش های غیر قابل حلی در دسترسی به مراقبت های پزشکی، آب آشامیدنی سالم، تغذیه و حفاظت لازم از سلامت آنان در دوران بارداری و زایمان روبرو هستند. نرخ بالای مرگ و میر نوزادان در غزه با ازدحام بیش از حد، منابع محدود و ترخیص زودهنگام از بیمارستان ها به دنبال سزارین تشدید می شود. زنان باردار و شیرده و نوزادان در کمپ های موقت شرایط هولناکی را تحمل می کنند که منجر به بیماری های اسهالی و گوارشی، سوءتغذیه به دلیل نوشیدن آب آلوده، عفونت های مختلف و در نهایت مرگ می شود. علاوه بر این، بیش از ۱۳۵۰۰۰ کودک زیر دو سال در غزه در حال حاضر از سوء تغذیه شدید رنج می برند و به دلیل استفاده اجباری از منابع آب ناسالم در معرض خطر هستند.

حملات مداوم به غزه، سوءتغذیه و بیماری های حاد را در میان بیش از ۱,۱ میلیون کودک تشدید کرده است و چرخه مرگباری از رنج را تداوم می بخشد. لازم به ذکر است که یونیسف سال ۲۰۲۳ را به عنوان خونین ترین سال برای کودکان فلسطینی به دلیل سطوح بی سابقه خشونت علیه آنها اعلام کرده است. غزه به خطرناک ترین مکان برای کودکان در سراسر جهان تبدیل شده است و منجر به تعداد ناگوار تلفات کودکان شده است که متأسفانه ارزش آنها تنها در حد آمار صرف کاهش می یابد. ما جنگ رژیم اسرائیل علیه غزه را به عنوان جنگی علیه زنان، کودکان و غیر نظامیان محکوم می کنیم و خواستار اقدام فوری هستیم.

وزرای محترم بهداشت

کودکان غزه سزاوار شفقت و حمایت مشابه آنچه در کشورهای خودمان وجود دارد، هستند. این وظیفه ماست که متحد شویم و علیه عاملان این بحران انسانی اقدام قاطعانه انجام دهیم. عاملان این جنایات باید در دادگاه های بین المللی پاسخگو باشند. با تلاش جمعی،

کشورهای اسلامی در کنار سایر ملت‌ها و حامیان عدالت در سراسر جهان می‌توانند از طرق مختلف از جمله تحریم کالاهای آنها، قطع روابط سیاسی و سایر اقدامات از جمله فشارهای سیاسی مشترک از طریق شورای امنیت سازمان ملل متحد در جهت پایان دادن به رنج ناشی از اقدامات اسرائیل در فلسطین اشغالی تلاش کنند. بدون شک آینده دنیا و آخرت در مورد عملکرد ما در مورد وضعیت وخیم کودکان غزه قضاوت خواهد کرد.

مکاتبه با

رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی
مدیرکل محترم همکاری‌های بین الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر
محمدحسین نیک نام
رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی کشور جناب آقای دکتر محمد رئیس زاده

انتقاد از گزارش سازمان بهداشت جهانی

متأسفانه در گزارش سازمان بهداشت جهانی بدون توجه به جنایات بی سابقه رژیم نژادپرست و جهل صهیونیستی در بمباران بیمارستان‌ها و آمبولانس‌ها و کشتن هزاران کودک و زن و مردم بی‌دفاع و بی‌گناه غزه، حمله به نظام سلامت رژیم اشغالگر قدس را که کاملاً بی اساس و دروغ است را نیز تاکید نموده است. انتظار می‌رود سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با سلامت جمهوری اسلامی ایران در دفاع از مردم مظلوم فلسطین و غزه نسبت به این گزارش یک‌جانبه و ناعادلانه سازمان بهداشت جهانی بصورت رسمی اعتراض نمایند.

پیوست

Conflict in Israel and the occupied Palestinian territory

Since 7 October 2023, the escalating crisis in Israel and the occupied Palestinian territory has caused large numbers of civilian deaths and injuries.

In the Gaza Strip, airstrikes and a lack of medical supplies, food, water and fuel have virtually depleted an already under-resourced health system. Hospitals have been operating far beyond capacity due to rising numbers of patients as well as displaced civilians seeking shelter. The provision of essential health services – from maternal and newborn care to treatment for chronic conditions – has been severely compromised.

In Israel, hundreds of civilians - including children and the elderly - have been taken hostage.

Attacks on health have been reported in Israel and the occupied Palestinian territory, killing and injuring health workers and patients, and damaging health facilities and ambulances.

WHO is working with partners to address the most urgent health needs, including through the provision of life-saving medical supplies. WHO urges all parties to protect health and ensure safe access to health care for their populations.

مکاتبه با رهبر عظیم الشان انقلاب اسلامی حضرت آیت... العظمی خامنه‌ای (۱۴۰۲/۴/۲۰)

عدم ورود فرهنگستان به برنامه ۲۰۳۰

پیرو دستور حضرت عالی به اینجانب در تاریخ پنجشنبه ۱۴۰۲/۴/۱۵ مبنی بر عدم ورود فرهنگستان به برنامه ۲۰۳۰، به استحضار می‌رساند که توصیه و امریه جنابعالی در این زمینه به همکاران و روسای گروه‌های علمی فرهنگستان ابلاغ شد. ضمناً در بررسی‌ها هیچگونه شاهد و یا اثری مبنی بر احتمال طرح بحثی در مورد برنامه ۲۰۳۰ در ماه‌ها و سال‌های اخیر بدست نیامد. تنها یافته فرهنگستان علوم پزشکی در ارتباط با برنامه ۲۰۳۰ در نقد سند مذکور، نامه‌ای است که اینجانب در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۱ (حدود دو ماه قبل از بیانات حضرت عالی در این خصوص در دیدار با معلمان و فرهنگیان) به جناب آقای دکتر

محمد رضا مخبر دزفولی دبیر محترم (وقت) شورای عالی انقلاب فرهنگی نوّشتم و تصوّیر
آن را خدمت ریاست محترم دفتر حضرت عالی و نیز معاون محترم بررسی دفتر و همچنین
مجمع تشخیص مصلحت نظام و جناب آقای دکتر حداد عادل ارسال نمودم که تصوّیر نامه
مزبور به پیوست خدمتتان تقدیم می‌شود.

جمع بندی فصل چهارم

فصل چهارم- حمایت و حمایت طلبی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت

باتوجه به اینکه هدف اصلی حمایت طلبی گسترش عدالت در سلامت و رفع نابرابری های موجود در سلامت برخواسته از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است، هرگونه درخواست تغییر در فرایندهای موثر بر سیاستگذاری سلامت باید با هدف تاثیر گذاری بر سازمانهای تصمیم گیر انجام شود(بخش اول این فصل) یکی از این سازمانها شورایعالی انقلاب فرهنگی است. با همین هدف فرهنگستان طی مکاتبات متعدد درخواست عضویت اعضای آشنا با مقتضیات سلامت، صاحب نظران و خبرگان ذیصلاح سلامت در ترکیب اصلی شورایعالی انقلاب فرهنگی و ساختارهای اصلی آن به عنوان اعضای حقیقی را مطرح نموده است و در مکاتبه جداگانه ۱۰ نفر از اعضای فرهنگستان جهت عضویت در کمیته سلامت شورایعالی انقلاب فرهنگی معرفی شده اند. همچنین فرهنگستان از شورایعالی انقلاب فرهنگی درخواست می نماید که ستادی اختصاصی برای پرداختن به موضوعات سلامت و ارائه توصیه های آگاه از شواهد به شورا با نام ستاد سلامت تشکیل شود.

فرهنگستان یکی از مهمترین اولویت های نظام سلامت را تقویت و گسترش و روزآمدی شبکه بهداشتی درمانی می داند و در مکاتبات به آن تاکید می نماید و از جایگزینی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع بجای شبکه بهداشتی درمانی انتقاد نموده است و آنرا مغایر اسناد بالادستی از جمله سیاست های کلی سلامت دانسته است. این موضوع مورد توجه اعضای مجمع عمومی فرهنگستان نیز بوده است و ایشان با تاکید بر این که طرح اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان "سلامت خانواده و ارجاع" دارای ضعف های بنیادین است، آنرا خلاف اصول شبکه و باعث تحمیل هزینه های بیشتر به کشور و بروز خسارت های جانی و سقوط شاخص های سلامت جامعه و ایجاد نارضایتی مردم دانستند.

تاکید بر گسترش کمی و کیفی شبکه بهداشتی درمانی کشور به عنوان مظهر اجرای اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت و گسترش عدالت در سلامت در مکاتبات فرهنگستان همواره به چشم می خورد در آغاز به کار دولت سیزدهم نیز طی مکاتبه ای به این امر تأکید شده است. نکته دیگر در مورد شبکه بهداشتی درمانی، لزوم حضور دکتر داروساز حداقل در مراکز جامع خدمات سلامت شهری به منظور انجام وظایفی است که از سوی نظام سلامت بر عهده داروسازان در سطح اول خدمات دارویی گذارده شده است این امر طی مکاتبه ای به استحضار وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسانده شد. همچنین هشدار در مورد امکان درج برندهای شرکت های خاص در صدر فهرست های دارویی نرم افزار های نسخ الکترونیکی توسط گروه علوم دارویی مطرح شده است.

میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان یکی از شاخص های مهم بررسی وضعیت سلامت در کشورهاست. به همین دلیل نظام های سلامت برای ارتقا شاخص های سلامت نوزادان برنامه های خاصی را در نظر می گیرند. بهبود وضع نوزادان استان سیستان و بلوچستان، ارتقاء سلامت نوزادان استان و کاهش مرگ و میر آنان طی مکاتبه حمایت طلبی با ارائه مستندات و آمار مورد درخواست قرار گرفته است.

به منظور رفع دغدغه های مادران شاغل و رسیدگی بهتر به فرزندان ایشان، درخواستی مبنی بر تامین فضای مناسب برای نگهداری فرزندان مادران شاغل در دستگاه های اجرایی در محل خدمت، در ساعات اشتغال مطرح شد.

حمایت طلبی در مورد ارتقاء سواد سلامت جامعه و ابعاد مختلف سلامت همه جانبه جامعه (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) و با بینش ارتقائی و پیشگیرانه به جای تمرکز بر بعد درمان و با هدف نهائی عدالت در سلامت (برخورداری آحاد مردم از مطلوب ترین حد سلامت همه جانبه)، از مسئولان صدا و سیما طی جلسات حضوری و مکاتبات متعدد انجام گرفته است و توجه به سلامت همه جانبه در سند تحول صدا و سیما در افق ۱۴۰۵، و تلاش در جهت ارتقاء هرچه بیشتر دانش، بینش و کنش جامعه در زمینه سلامت همه جانبه و ارتقای سواد سلامت، مورد تأکید فرهنگستان بوده است. همچنین در نامه مشترک روسای چهار

فرهنگستان، تقویت و توسعه جایگاه سلامت در رسانه ملی و نیز تقویت کمی و کیفی فعالیت‌های شبکه تلویزیونی سلامت و احیای شورای سیاستگذاری سلامت ذکر شده است.

بخش دوم-حمایت از همکاریهای بین بخشی

در این قسمت فعالیت‌هایی که نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی به منظور ارتقای سلامت همه جانبه آحاد مردم دارد؛ مورد تاکید قرار می‌گیرد. یکی از رویکردهای اصلی نظام‌های سلامت، حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت است. اما دستیابی به این مهم نیاز به عزم ملی، هماهنگی و همکاریهای بین بخشی دارد. بدیهی است که توانمندسازی آحاد جامعه از طریق افزایش آگاهی و سواد سلامت آنها و حل مشکلات معیشتی‌شان، آنان را از خطرات و تهدیدهای سلامت دور نموده و باعث ارتقای سلامت‌شان خواهد شد.

همراستا با تلاش‌های ملی تمامی بخش‌ها، برای تحقق بیانات مقام معظم رهبری در آغاز سال ۱۴۰۲ در مورد مهار تورم و رشد تولید، مجمع عمومی فرهنگستان در حوزه حیاتی سلامت بیانیه‌ای تنظیم نموده است؛ که در تلاش‌های دانش‌بنیان و ارزش‌محور، به‌منظور ارتقای سلامت همه جانبه (جسمی، معنوی، روانی و اجتماعی)، و پیشگیری از بیماریها، حوادث و سوانح، با مراعات راهبردهای اقتصاد مقاومتی، را از ضروریات قطعی پیشرفت کشور دانسته است. در بیانیه مذکور ارتقاء مشارکت مردم و همکاریهای بین بخشی و استفاده از راهبرد مشاوره با صاحب‌نظران به عنوان دو مورد از راهبردهای اساسی بیان شده است.

فرهنگستان علوم پزشکی با نگاه بر مشکلات پیش روی نظام حکمرانی در حوزه سلامت و آثار آن بر سلامت اجتماعی با واکاوی ابعاد مختلف موضوع ناپایداری منابع مالی سلامت و اثرات آن بر سلامت اجتماعی راهکارهای اجرایی و عملیاتی را به منظور ارائه خط مشی مناسب به حوزه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی پیشنهاد نموده است.

ارتقای سلامت شنوایی و توجه به آن به منظور پیشگیری از عوارض و پیامدهای ناشی از به خطر افتادن سلامت شنوایی همواره توصیه شده است. با وجود دستاوردهای مهم نظام سلامت در سال های گذشته، در حوزه خدمات سلامت شنوایی و حفظ وسایل کمک شنوایی به عنوان یکی از کالاهای استراتژیک و تامین ارز دولتی برای ارایه خدمات بهتر به جامعه کم شنوای کشور، مشکلاتی متوجه توانخواهان مرتبط چه در گروه سنی کودکان، گروه های پرخطر کاری (مانند کارگران ساختمانی و کسانی که با مته های سنگین کار می کنند) و سالمندان شده و کمبود واردات سمعک و عدم تخصیص بودجه متناسب با نیاز جامعه موجب عدم دسترسی بیماران به کالای سمعک و ورود کالاهای قاچاق با قیمت های نجومی و افزایش فشار بار مالی بر قشر آسیب پذیر کم شنوای جامعه گردیده است. تاکید بر نیاز به خدمات سلامت شنوایی و وسایل کمک شنوایی و راهکارهای پیشنهادی برای تامین وسایل کمک شنوایی متناسب با نیاز جامعه در قالب مستند حمایت طلبی ارائه شده است. همچنین بدلیل اهمیت موضوع و تاکید سیاست های کلی سلامت بر ارتقاء سلامت و توانمندسازی جانبازان و جامعه معلولان کشور، فرهنگستان ضمن بررسی چالش ها، راهکارهای توسعه و گسترش پوشش و افزایش پاسخگویی نظام سلامت در خصوص خدمات توانبخشی افراد دارای معلولیت و ناتوانی را پیشنهاد نموده است. بعلاوه در مواردی بدلیل عدم همکاری مؤثر بین دستگاه های مسئول، دسترسی ناکافی افراد کم توان به خدمات سلامتی، توان بخشی و وسایل کمکی استاندارد و اجرای ناکامل قانون حمایت از معلولین، افراد دارای معلولیت از حقوق اساسی خود محروم گردیده و نمی توانند به عنوان عضو مؤثر جامعه ایفای نقش نمایند. در همین راستا در مستند دیگری پیشنهادهایی برای رفع این چالش ها ازجمله، پیشگیری از بروز و یا شدت معلولیت، تقویت هماهنگی و همکاری درون بخشی و بین بخشی، رفع موانع دسترسی به مراقبت های ضروری بهداشتی، خدمات توان بخشی و وسایل کمکی استاندارد، توسعه پوشش بیمه و حمایت مؤثر دولت از افراد دارای معلولیت نیازمند، توسعه نظام آموزشی توان بخشی دانشگاهی، بهینه سازی تربیت و توزیع نیروی انسانی،

برقراری ارتباط افقی و عمودی بین ارائه‌کنندگان خدمات توان‌بخشی، رفع انگ و انزوای اجتماعی، استقرار مکانیسم پاسخگویی با هدف اطمینان از اجرای کامل قانون حمایت از معلولین و استقرار نظام ارجاع و نظام جامع ثبت اطلاعات معلولین ارائه شده است.

یکی از شیوه‌های حمایت‌طلبی مذاکره حضوری و ارائه پیشنهادها است؛ اعضای هیئت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی نیز به منظور ارائه نقطه نظرات فرهنگستان علوم پزشکی در ارتباط با سلامت جامعه و به ویژه بازسازی، توسعه و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی و نیز تکمیل و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، طی مکاتباتی خواستار جلسه حضوری با روسای سه قوه، دبیر شورای عالی انقلاب فرهنگی، رئیس سازمان برنامه و بودجه و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند و بر آمادگی فرهنگستان بر گسترش همکاری‌های فیمابین تأکید نموده‌اند. این امر علاوه بر تحکیم روابط و همکاری بین بخشی، دستیابی به زبان مشترک بین سازمانی و در نهایت صیانت از سلامت آحاد مردم را تسریع می‌بخشد. از دیگر موارد، درخواست ارسال دیدگاه‌ها، تجربیات موفق و پیشنهادهای اجرایی و عملیاتی به منظور تحقق موازین اخلاقی، فرهنگی، حرفه‌ای و معنوی، مبتنی بر تعالیم و آموزه‌های دین مبین اسلام، و نهادینه‌سازی آن در آموزش عالی سلامت و سایر تعاملات نظام سلامت، بوده است.

سیاست‌های کلی سلامت خط مشی حوزه سلامت را مشخص می‌نماید؛ پابندی به بندهای مندرج این سیاست‌ها از جمله تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین و نیز تولید نظام سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم می‌باشد. در همین راستا موضوع تشکیل شورای عالی طب ایرانی و مکمل که توسط دبیر محترم شورای عالی انقلاب فرهنگی پیشنهاد شده بود و ساختاری موازی و جدای از مجموعه سلامت است؛ مورد انتقاد فرهنگستان قرار گرفت.

توصیه ها و رهنمودهای دینی همواره بر حمایت از مظلومان سفارش نموده اند. در بیانیه گام دوم انقلاب، نیز پشتیبانی از مستضعفان را از خصوصیات انقلاب اسلامی ایران در طول چهل سال گذشته دانسته و تداوم این موضوع را مورد تاکید قرار گرفته است. حمایت از مبارزه حق طلبانه مستضعفان در برابر مستکبرین در هر نقطه از جهان، در اصل ۱۵۴ قانون اساسی نیز بیان شده است. در همین راستا فرهنگستان طی مکاتباتی از عدم اقدام موثر سازمان ملل متحد برای پیشگیری از جنایات رژیم صهیونیستی در غزه و ارائه گزارش های نادرست سازمان بهداشت جهانی انتقاد نموده است و از وزرای بهداشت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی درخواست اقدام قاطع علیه رژیم نژادپرست صهیونیستی در پایان دادن به وضعیت اسفناک نوزادان، کودکان و مادران در غزه را نموده است.

فهرست موضوعی

صفحه	موضوعات
	آموزش
	ارتقای سلامت
	برنامه هفتم توسعه
	تارایخته
	توانبخشی
	حمایت طلبی
	سلامت
	سلامت اجتماعی
	سلامت جسمی
	سلامت روانی
	سلامت معنوی
	شبکه بهداشتی درمانی
	طب سنتی
	عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
	فرهنگ
	فرهنگ سلامت
	کمیتة سلامت
	محصولات آسب رسان سلامت
	نظام دارویی