

## ویژه‌نامه سلامت

گزارش دستاوردهای  
۲ ساله وزارت بهداشت و درمان  
دولت سیزدهم در حوزه سلامت



وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
در گفت و گو با «ایران» از اقداماتش می‌گوید

ارتقای عادلانه کمی و کیفی خدمات  
سرلوحه کار وزارت بهداشت

با افزایش ظرفیت بومی گزینی، بخش  
عمده‌ای از نیازهای مناطق محروم به  
خدمات پزشکی و دندانپزشکی تأمین  
خواهد شد



گفت‌وگوی دبیر ستاد علم و فناوری  
شورای عالی انقلاب فرهنگی در زمینه  
افزایش ظرفیت آموزش پزشکی

## کار را به کاردان سپردیم



دولت سیزدهم قانون بیمه همگانی را  
بعد از سی سال محقق کرد

## بیمه سلامت برای همه



مشارکت ۹۵ درصدی پزشکان  
در پروژه نسخه الکترونیک

## تحقق سریع نسخه‌نویسی الکترونیک



رئیس سازمان غذا و دارو در گفت و گو  
با «ایران» از دستاوردهای این سازمان  
می‌گوید

## سم مهلک ارز ترجیحی دارو



افزایش ظرفیت رشته پزشکی و دندانپزشکی  
و افزایش ظرفیت آزمون دستیاری بویژه  
در رشته‌های اصلی و مورد نیاز کشور



رکورد تزریق ۱ میلیون و ۶۰۰ هزار دوز در روز  
و هشت میلیون و ۶۰۰ هزار دوز واکسن در هفته



اجرای بیش از ۲۰۰۰ طرح بهداشتی و تکمیل تعداد  
قابل توجهی از ۵۵۰۰ پروژه عمرانی حوزه سلامت



اجرای طرح «دارویار» با هدف تقویت صنعت و  
افزایش صادرات دارو، کاهش کمبود اقلام  
و افزایش پوشش دارویی



بیمه کردن افراد فاقد بیمه بویژه ۳ دهک اول  
جامعه به تعداد شش میلیون نفر

«ایران» در ویژه‌نامه «سلامت» دستاوردهای دولت مردمی  
در حوزه بهداشت و درمان را بررسی می‌کند

# تحول بر مدار عدالت





وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفت و گو با «ایران» از اقداماتش می گوید

# ارتقای عادلانه کمی و کیفی خدمات سرلوحه کار وزارت بهداشت

با افزایش ظرفیت بومی گزینی، بخش عمده‌ای از نیازهای مناطق محروم به خدمات پزشکی و دندانپزشکی تأمین خواهد شد

## ● گفت و گو

نظام بهداشت و درمان قوی از مؤلفه‌های اصلی یک کشور پیشرفته به حساب می‌آید چرا که در کنار امنیت، نعمتی بالاتر از سلامتی برای مردم یک جامعه وجود ندارد. دولت سیزدهم در شرایطی وارد کارزار مدیریت کشور شد که همه‌گیری کرونا در اوج به سمری برد و سرعت واکسیناسیون همگانی نیز بسیار پایین بود. اما وزارت بهداشت دولت سیزدهم با تحقق پوشش همگانی واکسیناسیون کرونا در مدتی کوتاه، گام بلندی در حوزه سلامت مردم برداشت و در ادامه نیز با افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی زمینه تأمین زیرساخت دسترسی عادلانه مردم به ویژه مناطق کم‌برخوردار را به خدمات بهداشتی درمانی فراهم کرد. در همین راستا به منظور گفت و گو پیرامون اقدامات انجام شده در حوزه سلامت به سراغ بهرام عین‌اللهی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رفتیم تا با وی درباره عملکردی که این مدت در مسند وزارت داشته، گفت و گو کنیم. دکتر عین‌اللهی از دولتمردانی است که سابقه معاونت درمان بهداشتی کل سپاه، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، دبیری شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی در کارنامه او به چشم می‌خورد. همچنین عضویت شورای عالی استعدادهای درخشان وزارت بهداشت، دبیری شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور و مشاور سازمان بین‌المللی آموزش پزشکی WFME نیز از سوابق مهم او به حساب می‌آید. عین‌اللهی، استاد چشم‌پزشکی، جراحی آنکساری و قسمت قدامی چشم در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در ایران است. در ادامه مشروح گفت و گو را می‌خوانید.

سلامت داشتیم که فداکاری‌های بزرگی کردند. اولین و فوری‌ترین خواسته مردم از دولت ماهر کرونا بود. درعین حال هیچ واکسنی نداشتیم. فقط ۱۴ میلیون نفر واکسن زده بودند و مردم به کشورهای همسایه برای تزریق واکسن می‌رفتند.

در آن ایام مردم خانه‌نشین شده بودند، مدارس، دانشگاه‌ها، بازار و کسب‌وکار تعطیل بود، ریاست محترم جمهوری اولین گام را در تهیه واکسن کرونا و واکسیناسیون برداشتند و تمام ارکان دولت به‌ویژه وزارت بهداشت، امور خارجه، راه و شهرسازی، بانک مرکزی

زمانی که تصدی وزارت بهداشت به شما پیشنهاد شد، مهم‌ترین مشکلات وزارتخانه و نظام سلامت چه مسائلی بودند؟ نخستین اقدام شما پس از تصدی این مسئولیت چه بود لطفاً شرح دهید؟

زمانی که دولت را تحویل گرفتیم، در بالاترین اوج کرونا بودیم و بنده وقتی به بیمارستان‌ها سمری زدم از حجم آن همه بیمار گاهی وحشت می‌کردم. روزانه ۵۰ هزار مراجعه، هشت هزار بیمار بدحال و مرگ ۷۰۰ نفر را شاهد بودیم. ۳۰۰ شهید مدافع

و سازمان برنامه و بودجه برای تأمین و نیروهای مردمی، جهادی و مسلح در اماکن مختلف از جمله ورزشگاه‌ها و مراکز ورزشی، مذهبی و فرهنگی، برای تزریق گسترده واکسن، وارد عمل شدند.

هفته اول شروع کار دولت، ۱۰ میلیون واکسن وارد و سپس سیل واکسن به کشور سرازیر شد. در واقع سرعت واکسیناسیون، عامل اصلی کنترل ویروس کرونا در کشور بود؛ چرا که ما در مدت کوتاهی توانستیم حجم زیادی از واکسن را تزریق کنیم و همین امر سبب شد ایمنی جمعی در مدتی کوتاه ایجاد شود. در بحث کرونا همه دستگاه‌ها پای کار بودند. دستگاه‌هایی همچون وزارت بهداشت، بانک مرکزی، وزارت راه، هلال احمر و فراتر از دستگاه‌ها ریاست محترم جمهوری، معاون اول و همه ارکان دولت برای مسأله کرونا وارد صحنه شدند. خیلی از رهبران کشورها کاری به کرونا نداشتند؛ اما مقدار زیادی از واکسن‌ها با تماس‌های شخص آیت‌الله رئیسی وارد شد؛ همچنان که هدایت‌ها و توصیه‌های مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) در مسئله کرونا بسیار تأثیرگذار بود. نیروهای مردمی، سپاه و بسیج پای کار آمدند تا واکسن‌ها به سرعت تزریق شود و رکورد واکسیناسیون را به نسبت جمعیت داشته باشیم.

در کشور عزیزمان رکورد تزریق ۱ میلیون و ۶۰۰ هزار دوز در روز و هشت میلیون و ۶۰۰ هزار دُز واکسن در هفته ثبت شد که به اندازه کل جمعیت برخی کشورهای مجاور بود. در ۸۰ روز اول شروع کار دولت، ۸۰ درصد واکسیناسیون را انجام دادیم. از ابتدای کرونا تا آذرماه ۱۴۰۰، حدوداً ۱۳ هزار نفر جان خود را بر اثر کرونا در کشور از دست داده بودند؛ اما با اقدامات ارزشمند دولت در تأمین و گروه‌های جهادی، مردمی و نیروهای مسلح در تزریق واکسن و همچنین استفاده از نظرات صاحب‌نظران برجسته کشور در کمیته



زمانی که دولت را تحویل گرفتیم، در بالاترین اوج کرونا بودیم و بنده وقتی به بیمارستان‌ها سمری زدم از حجم آن همه بیمار گاهی وحشت می‌کردم. روزانه ۵۰ هزار مراجعه، هشت هزار بیمار بدحال و مرگ ۷۰۰ نفر را شاهد بودیم

ما در مدت کوتاهی توانستیم حجم زیادی از واکسن را تزریق کنیم و همین امر سبب شد ایمنی جمعی در مدتی کوتاه ایجاد شود

در این مناطق و کاهش پرداخت از جیب بیماران، تقویت بومی گزینی در دوره پزشکی عمومی و تخصصی، افزایش حقوق و لحاظ کردن کارانه برای دستیاران، کاهش مالیات پزشکان شاغل در مراکز درمانی از ۳۰ به ۱۰ درصد، پذیرش ۴ هزار متقاضی در مقطع دستیاری برای اولین بار و مستثنی کردن رشته‌های طب اورژانس و بیهوشی از طرح دوره تعهد خدمت قبل از آزمون دستیاری و همچنین افزایش حق انتخاب رشته داوطلبان آزمون دستیاری از ۱۰ به ۱۰۰ رشته محل را انجام داد که اثرات آن در سال‌های آینده به خوبی ملموس خواهد بود.

حضور مداوم متخصصان در بیمارستان‌های پرمراجعه دانشگاهی کشور (مقیمی) به منظور دسترسی عادلانه، سریع و بموقع آحاد جامعه به خدمات سلامت در تمام ایام بویژه ایام تعطیل، پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌ها، تعیین تکلیف بیماران در حداقل زمان ممکن، انجام بموقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و عملیات اورژانسی و افزایش رضایتمندی مردم، برنامه ریزی شده است. در این برنامه دسترسی به پزشک متخصص در خارج از ساعات اداری و ایام تعطیل هم فراهم شده است و این خدمات در بیمارستان‌های تک تخصصی توسط پزشک مقیم رشته تخصصی مربوطه و در بیمارستان‌های آموزشی توسط دستیار ارشد و یا متخصص رشته تخصصی ارائه می‌شود و در صورت نیاز به سایر رشته‌های تخصصی غیرمقیم، ارائه خدمت توسط پزشک در دسترس صورت می‌پذیرد. همچنین برنامه ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و کمتر برخوردار به منظور جذب و افزایش انگیزه ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر برخوردار کشور و ساماندهی نظام ارجاع و کاهش پرداخت از جیب مردم اجرایی شده است. توسعه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی هم در دستور کار بوده است و در کمتر از دو سال ۵۳ مرکز دندانپزشکی راه‌اندازی شده است. در سال گذشته همچنین با اعتبارات اختصاص یافته به حوزه بیمه سلامت حدود ۶ میلیون نفر تحت پوشش بیمه رایگان قرار گرفتند. علاوه بر اینها طبق ماده ۴۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت وزارت بهداشت موظف است در هر دانشگاه یک مرکز سطح دو ارائه خدمات درمان ناباروری راه‌اندازی کند. براین اساس دسترسی مردم به خدمات درمان تخصصی ناباروری در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایجاد خواهد شد. باعث افتخار و خرسندی است که در دولت مردمی ۱۰۳ مرکز سطح سه خدمات تخصصی و ۴۰ مرکز سطح دو ناباروری در کشور راه‌اندازی شده است.

وزارت بهداشت در اوایل کار دولت مردمی، برنامه «عدالت و تعالی

نمایشگاه پررونقی از داروها و تجهیزات ایرانی در ونزوئلا برپا شد و با توافق نامه انتقال دارو و تجهیزات پزشکی جمهوری اسلامی ایران به ونزوئلا، شرکت‌های ما به تدریج دارو و تجهیزات پزشکی تولید شده توسط خود را به ونزوئلا صادر خواهند کرد. مسئولان بهداشت و درمان کشور نیکاراگوئه هم از واردات داروها و تجهیزات پزشکی ایران استقبال کردند و در این خصوص توافق‌نامه‌ای برای صادرات محصولات سلامت محور به نیکاراگوئه تدوین شد. همچنین کارگروه مشترک همکاری‌های حوزه سلامت بین جمهوری اسلامی ایران و کشورهای ونزوئلا، نیکاراگوئه و کوبا تشکیل شد و بناسست در نشست‌های مشترک مسائل حوزه سلامت را مورد بررسی قرار دهند و با هماهنگی و محوریت این کارگروه دانشگاه‌های علوم پزشکی هر چهار کشور با یکدیگر همکاری داشته باشند.

**باتوجه به دغدغه ریاست محترم جمهور و جنابعالی در ارتقای دسترسی عادلانه مردم به پزشک و دندانپزشک، وزارت بهداشت در این زمینه چه اقداماتی را انجام داده است؟**

در دولت مردمی به حول و قوه الهی و نگاه ویژه رئیس محترم جمهور به حوزه سلامت، تغییرات مهم و بزرگی اتفاق افتاده است. وزارت بهداشت از ابتدا با شعار عدالت و تعالی نظام سلامت، افزایش دسترسی عادلانه مردم، محرومیت‌زدایی و ارتقای کفی و کیفی خدمات را سرلوحه کار خود قرار داد. طرح‌های متعددی با تلاش وزارت بهداشت به بهره‌برداری رسید و افتتاح این طرح‌ها ادامه خواهد داشت. از ابتدای کار دولت ۱۰۳ بیمارستان عمدتاً در مناطق محروم و کمتر برخوردار تجهیز و یا به بهره‌برداری رسیده است و تاکنون ۱۵ هزار و ۳۳۹ تخت بیمارستانی به تخت‌های بیمارستانی افزوده شده است که این میزان معادل ۱۰ درصد کل تخت‌های بیمارستانی کشور است. به این معنا که در کمتر از دو سال، ۱۰ درصد به ظرفیت تخت بیمارستانی کشور اضافه شده است. همچنین صد درصد پذیرفته‌شدگان سهمیه قانون برقراری عدالت آموزشی به مناطق مورد نیاز و محروم کشور اختصاص یافته و حدود ۲ هزار و ۳۵۱ پزشک متخصص در ۲۱ رشته تخصصی به‌ویژه به مناطق محروم و کمتر برخوردار کشور اعزام شده‌اند.

از سوی دیگر وزارت بهداشت برای تأمین نیروی انسانی تخصصی و فوق تخصصی و جبران کاستی‌های گذشته بویژه در مناطق کمتر برخوردار، اقداماتی از جمله برداشتن سقف کارانه پزشکان در مناطق محروم با هدف افزایش تعداد و ماندگاری پزشکان

علمی کشور کرونا، از آن زمان تاکنون، ۱۵ هزار مرگ و میر بر اثر کرونا در کشور ثبت شده است. به عبارت دیگر در طول ۲۰ ماه از شروع کرونا، ۱۳۱ هزار نفر و ظرف ۱۹ ماه بعد از آن تا امروز، فقط ۱۵ هزار نفر جان خود را از دست دادند. تولید و عرضه واکسن کرونا و مدیریت جهادی در این حوزه برای تشویق مردم به انجام واکسیناسیون توانست به جامعه مصونیت دهد؛ به طوری که از ابتدای سال تا پایان اسفندماه سال گذشته، ۲۳۰ روز معادل ۶۳ درصد از روزهای سال ۱۴۰۱، مرگ و میر کرونایی در کشور تک‌رقمی و صفر بود. سال گذشته ۱۹۴ روز، مرگ و میر تک‌رقمی و ۳۶ روز، بدون فوتی بوده است. همچنین در سه ماهه اول امسال، ۴۸ روز از ۹۳ روز معادل حدود ۵۲ درصد از روزهای فصل بهار سال جاری، مرگ و میر تک‌رقمی و صفر بوده است.

**دستاوردهای وزارت بهداشت در افزایش تولید داخلی واکسن‌های کرونا چه بود و در حال حاضر وضعیت تأمین نیازهای داخلی و صادرات واکسن به چه صورت است؟**

تا وقتی منتظر کمک دیگران بودیم، وضعیت واکسیناسیون بفرنج بود؛ اما امروز شش واحد تولید واکسن در کشور داریم که در انواع گوناگون، واکسن کرونا تولید می‌کنند. تولید واکسن‌های برکت، پاستوکوک، رازی، فخر، نورا و اسپایکوژن در ساختارهای (پلتفرم) متنوع در سال اول دولت و واکسیناسیون سراسری طی مدت کوتاه از توفیقات دولت مردمی آیت‌الله رئیسی است. ما با وجود اینکه در برنامه «واکس» سازمان بهداشت جهانی عضو بودیم و برای واکسن کرونا پول داده بودیم؛ اما تا شهریور ۱۴۰۱ واکسنی ندادند و حداقل واکسیناسیون در کشور انجام شد؛ اما وقتی از تولید داخلی حمایت و کمک‌های دولت انجام شد واکسیناسیون شتاب بی‌نظیری گرفت و زیرساخت‌های موجود نگرانی‌های آینده ما را هم تا حد زیادی برطرف می‌کند. ایران امروز به دلیل فراهم کردن و به وجود آمدن این زیرساخت‌ها از سوی دانشمندان ایرانی به خود می‌بالد. اکنون ما دارای واکنش‌گاه‌های زیستی (بیو راکتور) بسیار پیشرفته‌ای هستیم که در ساخت انواع واکسن‌ها مؤثر خواهد بود.

در حال حاضر ایران صادرات واکسن انجام می‌دهد و به کشورهای آمریکای لاتین واکسن صادر کرده و برای صادرات به کشورهای آفریقایی اعلام آمادگی کرده است. در همین سفر اخیر رئیس جمهور به آمریکای لاتین که از بزرگ‌ترین دستاوردهای نظام جمهوری اسلامی ایران بود؛ تفاهم‌نامه‌های عملیاتی و اثر بخشی در حوزه صادرات دارو و واکسن به امضا رسید.

نظام سلامت» را با هدف ارتقای شاخص‌های سلامت در همه ابعاد، محرومیت‌زدایی و برقراری عدالت در تخصیص منابع مالی، نیروی انسانی، امکانات بهداشتی، درمانی و آموزشی را تدوین کرد که بسیاری از اقدامات انجام شده در طول ۲۲ ماه گذشته، در ذیل این برنامه بوده است. اجرای بیش از ۲۰۰۰ طرح بهداشتی و تکمیل تعداد قابل توجهی از ۵۵۰۰ پروژه عمرانی حوزه سلامت در مسیر تقویت ساختار شبکه بهداشت و درمان و اجرای برنامه «سلامت خانواده» از سال گذشته در شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر و از امسال در ۵۹ شهرستان کشور از جمله اقداماتی است که به توسعه زیرساخت‌های حوزه سلامت و برقراری عدالت در سلامت، منجر می‌شود.

### باتوجه به اینکه افزایش پذیرش ظرفیت پزشکی و دندانپزشکی به صورت بومی گزینی، اقدام تحولی و زیرساختی به شمار می‌آید، این اقدام وزارتخانه چه تأثیری در دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی و ارتقای سلامت مردم خواهد داشت؟

بومی‌گزینی در مقطع دستیاری، یک اقدام نوآورانه بود که در آزمون امسال، لحاظ شد. سال گذشته در مرحله تکمیل ظرفیت و امسال ۳۰ درصد از ظرفیت آزمون بودجه به بومی‌گزینی اختصاص یافته است. سیاست وزارت بهداشت، بومی‌گزینی است تا بتوانیم از پزشکان بومی برای همان منطقه پزشک متخصص تربیت کنیم و بخش عمده‌ای از نیازهای مناطق محروم به خدمات پزشکی و دندانپزشکی از طریق تعهد دستیاران و دانشجویان پذیرش شده تأمین خواهد شد. به طوری که ظرفیت مورد نیاز برای پوشش مناطق محروم، در کمیسیون مشترک معاونت‌های درمان و آموزشی وزارت بهداشت به صورت سالانه براساس نیازسنجی نیروهای مورد نیاز دانشگاه‌ها تعیین و ابلاغ می‌شود. به این ترتیب، خدمات تخصصی پزشکی و دندانپزشکی براساس اولویت‌های تعیین شده در کشور، توزیع خواهند شد که به دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی خواهد انجامید. در مجموع هدف ما تربیت و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز کشور در رشته‌های مختلف است. برای این مهم اقداماتی از جمله افزایش ظرفیت رشته پزشکی (به میزان ۲۰ درصد سالانه) و رشته دندانپزشکی (به میزان ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۱ نسبت به ۱۴۰۰، پانزده درصد در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال گذشته)، افزایش ظرفیت آزمون دستیاری بویژه در رشته‌های اصلی و مورد نیاز کشور، رشد دو برابری پذیرش در مقطع فوق تخصص و ۲۵ درصدی در ظرفیت فلوشیپ انجام شده یا در دستور کار است که نتایج این اقدامات در زمینه تأمین نیاز نیروی انسانی تخصصی و فوق تخصصی، در سال‌های آینده برای همگان ملموس و قابل مشاهده است.

### از آنجایی که بهبود دسترسی به پزشک متخصص بویژه در مناطق کم‌برخوردار از وعده‌های انتخاباتی ریاست محترم جمهور بود و نیز از دغدغه‌های جناب‌عالی، وزارت بهداشت در این خصوص و رفع مشکل کمبود پزشک متخصص چه اقداماتی انجام داده است؟

خوشبختانه پذیرش نیروی انسانی متخصص، تقریباً در تمامی رشته‌های تخصصی در کشور وجود دارد و در حال حاضر اولویت برای پوشش دسترسی به خدمات تخصصی در رشته‌های پایه شامل داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، کودکان، طب اورژانس و بیهوشی است که افزایش جذب در این رشته‌ها در اولویت قرار دارد. در عین حال بازنگری دستورالعمل اجرایی توزیع دانش‌آموختگان رشته‌های تخصصی بالینی در سال ۱۴۰۱ با تغییراتی که عرض خواهیم کرد، موجب افزایش انگیزه و کارایی پزشکان متخصص و بهبود دسترسی به خدمات آنان شده است؛ افزایش امتیاز بومی برای تعیین محل متخصصان متعهد خدمت در مسیر افزایش ماندگاری پزشکان در مناطق کم‌برخوردار و مورد نیاز از ۳۰ به ۵۰ امتیاز دوم، اولویت بخشی به بانوان متخصص متأهل دارای فرزند برای تعیین محل تعهد در جهت تحکیم بنیان خانواده و قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، افزایش ظرفیت پذیرش، افزایش حقوق دستیاران، برداشتن سقف کارانه پزشکان در مناطق محروم و همچنین کاهش مالیات پزشکان شاغل در مراکز درمانی از ۳۰ به ۱۰ درصد، بخشی از این اقدامات بوده است.

### مسئله ارز دارو و کمبودهای دارویی از مشکلاتی بود که شما با آن روبه‌رو بودید، با توجه به اجرای طرح دارو، نتایج این طرح تحولی و اثر آن بر حل مسائل حوزه دارو چه بوده است؟

با بررسی بیش از ۱۰ ماهه برای تحول در حوزه دارو، اجرای طرح «دارویار» از ۲۳ تیرماه سال گذشته با هدف اصلاح سیاست‌های

ارزی دارو، تقویت صنعت و افزایش صادرات دارو، کنترل قاچاق معکوس، کاهش کمبود اقلام و افزایش پوشش دارویی، افزایش پوشش بیمه سلامت برای افراد فاقد پوشش بیمه و بهره‌مندی همه دهک‌های درآمدی از یارانه دارو در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت. البته با مشکلاتی که در تأمین ارز و البته افزایش مصرف آنتی‌بیوتیک در دنیا رخ داد، در سال گذشته مشکلات مقطعی داشتیم؛ اما با افزایش تولید و تأمین آنتی‌بیوتیک از مسیر واردات، در بهمن‌ماه سال گذشته این مشکل برطرف شد. وزارت بهداشت دولت مردمی با تدابیری که برای تأمین دارو و تسهیل دسترسی مردم به داروهای مورد نیازشان اندیشیده، به دنبال برطرف کردن بیشتر مشکلات این حوزه و افزایش ذخایر دارویی است؛ در این زمینه منابع ارزی مورد نیاز برای واردات تأمین دارو، تجهیزات پزشکی و شیرخشک نوزادان در سال ۱۴۰۲ اختصاص داده شده است. همچنین به هر میزان که صادرات دارو توسط شرکت‌های دارویی صورت گیرد، به صورت فصلی، گزارش مربوطه توسط سازمان غذا و دارو به بانک مرکزی ارسال و عدد مزبور به سهمیه ارزی حوزه دارو اضافه می‌شود. سازمان غذا و دارو به عنوان مرجع اصلی اعلام آمار دارو، اطلاعات کمبودهایی را که بعضاً مقطعی یا جهانی است به صورت برخط دارد. این سازمان همچنین برای جلوگیری از قاچاق معکوس و قطع دست‌دلان بازار دارو سعی دارد بسیاری از داروهای مورد نیاز بیماران خاص را با حراز هویت این افراد به صورت مستقیم از طریق داروخانه‌های مورد تأیید به دست آنها برساند. سازمان‌های بیمه‌ای هم عزم و اهتمام خود را به‌کار گرفته‌اند تا شرکت‌های تولیدی و وارداتی در حوزه دارو و ملزومات پزشکی بتوانند در کمترین زمان به نقدینگی لازم برای تأمین دارو و ملزومات پزشکی دست یابند؛ در این خصوص طی توافقی وزارت بهداشت با بانک مرکزی، تسهیلاتی در قالب سرمایه در گردش از طریق بانک‌های عامل به شرکت‌های دارویی اعطا می‌شود. در این توافقنامه مقرر شده است، سازمان غذا و دارو بانک‌های عامل و فهرست شرکت‌های دارویی را به بانک مرکزی معرفی کند تا سهمیه بانک‌های عامل توسط بانک مرکزی تعیین و ابلاغ شود. تا پایان سال ۱۴۰۲ ثبت سفارش‌های ارسالی توسط سازمان غذا و دارو در تالار اول پس از اعمال اولویت از سوی این سازمان و همچنین ثبت سفارش‌های حوزه دارو و تجهیزات پزشکی در تالار دوم بر اساس تاریخ ایجاد گواهی ثبت آماری حداکثر طی ۲۲ ساعت تخصیص می‌یابد. بنا بر آنچه گفته شد، دولت تمام تلاش خود را به‌کار گرفته تا با تمهیدات و برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته، دسترسی مردم به دارو با قیمت متعادل و پوشش بیمه‌ای داروهای پرمصرف تحقق یابد.

**اقدام تحولی وزارت بهداشت در بیمه سلامت سه دهک پایین جامعه چه نتایجی داشته و سایر اقدامات در این خصوص چه بوده؟**

وزارت بهداشت طی دو سال گذشته توانسته خدمات مهم و اثرگذاری را با هدف دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی در اختیار بیمه‌شدگان قرار دهد که می‌توان به حمایت از مادران باردار و فرزندان آنها تا ۵ سالگی در مسیر حمایت از قانون جوانی جمعیت، حمایت از بیماران در قالب طرح سلامت بخش در سه استان کشور برای رایگان شدن هزینه‌های بستری از مسیر ارجاع و سلامت خانواده، رایگان شدن خودپرداختی مددجویان کمیته امداد و سازمان بهزیستی در خدمات بستری در قالب نظام ارجاع در مراکز دولتی، اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک با هدف شفاف‌سازی و مدیریت هزینه‌ها و در جهت برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت خدمات، بیمه‌کردن افراد فاقد بیمه بویژه ۳ دهک اول جامعه به تعداد شش میلیون نفر، راه‌اندازی صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج و حمایت از ۱۰۷ بیماری خاص در جهت کاهش پرداختی از جیب آنها در این صندوق، حمایت از بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی مثل بیماران مبتلا به اوتیسم و سایر بیماری‌هایی از این دست، تعامل و همکاری با گروه‌ها و انجمن‌های پزشکی در مسیر ارائه خدمات‌دهی بهتر و باکیفیت‌تر به بیماران اشاره کرد. بدون شک این سازمان به دنبال آن است که بسته‌های خدمتی به بیمه‌شدگان خود را روزبه‌روز به لحاظ کمی و کیفی افزایش دهد؛ یکی از اهداف وزارت بهداشت دولت سیزدهم، حمایت مالی از بیماران هنگام بیماری است. در این راستا اقدامات گسترده‌ای انجام شده

و در یک سال اخیر گام‌های بلندتری برای پوشش بیشتر خدمات تشخیصی

و درمانی و دارویی برداشته شده است. هیأت وزیران در جلسه پنجم مرداد سال ۱۴۰۱ به پیشنهاد وزارت بهداشت و به استناد بند «ن» تبصره ۱۷ ماده‌واحد قانون بودجه سال گذشته اساسنامه صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج را تصویب کرد. طبق این اساسنامه، صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج با هدف تأمین مالی مطلوب خدمات، دارو و کالاهای سلامت مشمولان و بهبود محافظت مالی از آنان، با استفاده از نیروی انسانی و امکانات موجود سازمان بیمه سلامت ایران و بدون توسعه تشکیلات و نمایندگی و شعبه در سازمان مذکور ایجاد شده است. در این صندوق به بیمار در صورت داشتن هزینه‌های مازاد بر بیمه پایه و تکمیلی و با ارائه مستندات و فاکتورهای لازم تا سقف ۵۰ میلیون تومان پرداخت صورت می‌گیرد. تصمیم‌گیران و سیاستگذاران حوزه سلامت بر این باورند که باید با اتخاذ رویکردهای مناسب و منطقی، پرداخت از جیب بیماران بویژه بیماران صعب‌العلاج کاهش پیدا کند. تاکنون هزینه‌های درمان بیماران صعب‌العلاج بسیار کم‌رشدن بوده که پرداخت آن برای بسیاری از بیماران مشکلاتی را ایجاد کرده است.

### برنامه‌های پیش‌رو وزارت بهداشت در بهبود دسترسی مالی مردم به خدمات از مسیر بیمه و بهبود بسته‌های خدماتی چه هست؟

اقدام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بیمه‌شدن ۳ دهک اول جامعه به صورت رایگان باعث شد که مجموعاً نزدیک به ۶ میلیون نفر از افراد فاقد هرگونه بیمه درمانی که عمدتاً در مناطق حاشیه شهرها زندگی می‌کنند، تحت پوشش بیمه قرار گیرند. خوشبختانه مجلس شورای اسلامی و بویژه کمیسیون تلفیق بودجه در سال گذشته اعتباری بالغ بر ۶ هزار میلیارد تومان برای این طرح در نظر گرفت تا ۳ دهک پایین جامعه تحت پوشش بیمه قرار گیرند. سال گذشته و با معرفی ۳ دهک پایین از سوی وزارت رفاه، این کار آغاز شد و حدود ۶ میلیون نفر یکجا بیمه شدند. ضمن اینکه در سال جاری هم اجرای این قانون ادامه پیدا کرد.

بخش مهمی از بودجه ۶ هزار میلیاردی از محل یارانه‌ها و صرفه‌جویی‌هایی است که در نظام بودجه‌ای کشور رخ می‌دهد. افراد تحت پوشش بیمه رایگان می‌توانند از خدمات دولتی به طور کامل برخوردار شوند. در حال حاضر، افراد در صورت تمایل به استفاده از خدمات بیمه‌ای باید توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ارزیابی وسیع شده و پس از مشخص شدن دهک‌های درآمدی در صورتی که جز سه دهک اول جامعه باشند، خدمات بیمه‌ای را رایگان دریافت کنند.

### باتوجه به دغدغه جناب‌عالی نسبت به مسأله جوانی جمعیت، اقدامات وزارت بهداشت در این زمینه چه بوده و چه برنامه‌هایی در آینده خواهید داشت؟

جمعیت جوان به عنوان یکی از عوامل مهم اقتدار کشورهاست و اساساً سرمایه انسانی از مؤلفه‌های اساسی رشد و پویایی





صد درصد پذیرفته شدگان سهمیه قانون برقراری عدالت آموزشی به مناطق مورد نیاز و محروم کشور اختصاص یافته و حدود ۲ هزار و ۳۵۱ پزشک متخصص در ۲۱ رشته تخصصی به ویژه به مناطق محروم و کمتر برخوردار کشور اعزام شده اند



فراهم شده است. در برنامه سلامت خانواده، به ازای هر ۱۲ هزار و ۵۰۰ نفر تحت پوشش یک پایگاه سلامت، هر ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر تحت پوشش یک مرکز جامع خدمات سلامت قرار می گیرند و بیمارستان ها در سطوح بعدی خدمات قرار دارند که در صورت نیاز، خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماران ارائه می کنند. در این طرح، مشوق پوشش ۹۵ درصدی هزینه های درمان پیش بینی شده است. کسانی که در قالب این طرح خدمات بهداشتی درمانی دریافت کنند، از مشوق های لازم برخوردار می شوند. برای هر فرد پرونده سلامت ویژه توسط کارشناسان مربوطه به صورت خانه به خانه تهیه و تدوین می شود که این پرونده براساس شاخص های سلامت فرد تدوین شده و زمانی که فرد نیاز به مراجعه به درمان داشته باشد، باید به پزشک مورد نظر مراجعه کرده و در صورت نیاز به متخصصین ارجاع داده شود. مهم ترین اقدامات وزارت بهداشت در دولت مردمی را به اختصار بگوئید و اگر نکته ای از نظر حضرتعالی در این مصاحبه فراموش شده، به آن بپردازید.

در این مدت اقدامات متعددی در وزارت بهداشت انجام شده که برخی از مهم ترین آنها علاوه بر مواردی که گفتیم، شامل افتتاح اولین دانشگاه علوم پزشکی بین المللی در خارج از کشور به نام «سپتین» در عراق، ارتقای رتبه ایران در دنیا در تولید علم و جایگاه نخست منطقه، موفقیت در حذف بیماری های سرخک و سرخجه، رونمایی از سامانه باروری سالم برای پایش سلامت مادر و جنین و کودک، افتتاح و پیگیری تکمیل پروژه های حوزه سلامت و خوابگاه های متاهلی دانشجویی، واکسیناسیون کرونا برای ۲/۵ میلیون نفر جمعیت اتباع و مهاجران بیگانه، اجرای تعرفه گذاری خدمات پرستاری، افزایش تعداد پارک های علم و فناوری و مراکز رشد فناوری سلامت، تبدیل وضعیت ۶۹ هزار نفر با قانون ایثارگران، صفر شدن صف انتظار کاشت حلقزون، تامین تجهیزات پزشکی سرمایه ای مورد نیاز در مراکز درمانی، رشد دو برابر شدن تعداد تخت های مراقبت های ویژه کودکان، افتتاح بیمارستان هوشمند حضرت مهدی (عج)، تشکیل شورای فرهنگی در مراکز درمانی و راه اندازی اردوهای راهیان پیشرفت ویژه دانشجویان برای آشنایی با دستاوردهای نظام سلامت است.

نکته ای که در دولت مردمی، مورد توجه و تأکید ویژه ریاست محترم جمهوری و دولتمردان قرار دارد، تقویت دیپلماسی است. دیپلماسی سلامت نیز در این مدت، تقویت شده که نمونه های آن، راه اندازی اولین دانشگاه علوم پزشکی بین المللی در عراق، تقویت مناسبات و تعمیق روابط با کشورهای همسایه، برگزاری چندین دوره اجلاس گروه ۵ یا G5 به میزبانی و ریاست ایران با حضور کشورهای افغانستان، عراق، تاجیکستان و نماینده سازمان جهانی بهداشت، مسئولیت ایران در دبیرخانه سلامت پیمان شانگهای، دیدارهای دوجانبه و چندجانبه با وزرات بهداشت کشورهای مختلف در ایران و در اجلاس های سازمان جهانی و مجمع جهانی بهداشت این سازمان و اخیراً نیز حضور فعال و امضای اسناد همکاری های حوزه سلامت با سه کشور آمریکای لاتین یعنی کوبا، نیکاراگوئه و ونزوئلا بود. خوشبختانه جمهوری اسلامی ایران با دستاوردهای ارزشمند حوزه سلامت، امروز جایگاهی فعال در سلامت دنیا و منطقه دارد.

رویش) از آن جمله اند. همچنین در نظر داریم هر بهورز، مراقب سلامت و ماما به ازای هر تعداد تولد نوزاد جدید بیشتر از تعداد مولید در سال قبل در جمعیت زنان متأهل تحت پوشش خود، فوق العاده ای به صورت پلکانی دریافت کند. هدف از این طرح ها رویش افزایش نرخ باروری کلی کشور از ۱/۶۵ به ۲/۵ در کلیه مناطق کشور است.

**پزشک خانواده نیز از برنامه های مهم نظام سلامت کشور است که متأسفانه دولت های قبل در اجرای صحیح و کامل آن ناکام بوده اند، از جمله نبود تعداد کافی پزشک مورد نیاز طرح و همچنین پرونده الکترونیک سلامت، با توجه به اقدامات تحولی وزارت بهداشت در افزایش ظرفیت پزشکی و اراده بر تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، وضعیت اجرایی این طرح و اقدامات شما و برنامه های آتی شما در زمینه طرح سلامت خانواده چه هست؟**

راهبرد نظام سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان است و این رویکرد نباید به اسناد و مکاتبات محدود شود؛ بلکه لازم است برنامه «سلامت خانواده» در عرصه اقدام و عمل و به معنای مورد انتظار تحقق یابد.

برنامه سلامت خانواده هم اکنون در ۵۹ شهر کشور اجرا می شود که تلاش داریم ظرف ماه های آینده شهرهای بیشتری را تحت پوشش قرار دهیم. پس از بررسی و تحلیل نتایج اولیه سلامت خانواده در شهرهای نمونه، بلافاصله اجرای این طرح را در تمام شهرهای کشور دنبال خواهیم کرد.

اهتمام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای برنامه سلامت خانواده جدی است؛ چرا که وزارت بهداشت متولی سلامت مردم است و اجرای طرح سلامت خانواده در همین مسیر مورد توجه بوده است. همان گونه که در زمان شیوع ویروس کرونا شاهد بودیم، وقتی سلامت کشور به مخاطره بیفتد تمام کارها و فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با مشکل روبه رو می شود که بر این اساس باید توجه به این بخش به عنوان اولویت اصلی در نظر گرفته شود. مداخله گری در بخش سلامت یکی از محورهای اجرای طرح سلامت خانواده است.

برنامه سلامت خانواده در برگزیده اجزایی مانند پزشکی خانواده، نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت است. پزشکی خانواده یکی از تکالیف بر زمین مانده برنامه های توسعه کشور در دوره های قبل بود که در این دوره، اجرای برنامه سلامت خانواده با هدف ارتقای شاخص های سلامت، ایجاد عدالت در سلامت، تغییر رویکرد در درمان محوری به پیشگیری محوری، ارائه مراقبت های فعال به خانواده، ارتقای سواد سلامت جامعه، کاهش پرداختی از جیب، تشخیص زودرس بیماری ها و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، دنبال شد. از سال گذشته این برنامه در شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر و از اسامال با اولویت مناطق محروم، در ۵۹ شهرستان کشور، آغاز شده است.

قرارگاه سلامت خانواده و نظام ارجاع در وزارت بهداشت تشکیل شده و اخیراً هم از سامانه نظام ارجاع الکترونیک، رونمایی شد. در این سامانه امکان ارجاع بیماران در صورت نیاز به سطوح بعدی و همچنین ارجاع از یک متخصص به یک متخصص دیگر،

اقتصاد همه کشورها محسوب می شود. بر این اساس در سال ۱۳۹۳ سیاست های کلی جمعیت از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ و در سال ۱۴۰۰ با ابلاغ قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» بر این مهم تأکید شده است. قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» شامل ۷۳ ماده، ۸۱ تبصره و ۲۳۶ تکلیف قانونی است که ۴۳ ماده قانونی آن (یعنی حدود ۶۰٪) از تکالیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

در این مسیر به عنوان وزارت پیشرو در اجرای قانون، «قرارگاه جوانی جمعیت» را با مسئولیت و فرماندهی بنده در وزارت بهداشت تشکیل دادیم که تاکنون ۱۷ جلسه از آن با حضور نمایندگان مجلس شورای اسلامی برگزار شده است. ۹ کمیته در زیرمجموعه قرارگاه مشتمل بر فرهنگی، بهداشت، درمان و مراقبت، آموزشی، حقوقی، بیمه، رسانه، رصد و پایش تشکیل شده است. در دانشگاه ها هم ساختار متناظر قرارگاه تشکیل و ۶۷۸ جلسه برگزار شده است. وزارت بهداشت در چهارچوب مصوبات این قرارگاه اقداماتی داشته که تشکیل اداره جوانی جمعیت و ارتقای دفتر به مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، راه اندازی مراکز مشاوره ایرانی اسلامی، ابلاغ دستورالعمل پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباروری، یکپارچه سازی سیاست های ترویج زایمان طبیعی و کاهش سالانه ۰/۵٪ از میزان سزارین و ابلاغ برنامه مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خودبه خود از جمله آنهاست.

همچنین ۸ دستورالعمل مرتبط با قانون توسط وزیر و ۲۴ بخشنامه توسط معاونین وزیر ابلاغ شده است که از جمله آنها می توان به اصلاح و ابلاغ دستورالعمل غربالگری ناهنجاری های کروموزومی جنین به منظوری پیشگیری از سقط عمدی جنین (موضوع ماده ۵۳) ابلاغ راه اندازی مراکز درمانی ناباروری در دانشگاه ها برای دسترسی راحت و سریع زوجین نابارور به خدمات درمانی (موضوع ماده ۴۱) ابلاغ پوشش بیمه ای درمان ناباروری به میزان ۹۰٪ خدمات درمانی آن، ابلاغ پوشش رایگان بیمه مادر باردار و شیرده و کودکان تا پایان ۵ سالگی برای حفظ سلامت مادر و کودک، ابلاغ بخشنامه هایی به منظور پرداخت حقوق و مزایا در مدت مرخصی زایمان به مدت ۹ ماه و برای بارداری های دوقلویی و بیشتر به مدت ۱۲ ماه، استفاده از دورکاری و کاهش نوبت کاری شب در مادران شاغل باردار و شیرده و دارای کودک تا ۶ سالگی، ابلاغ بخشنامه هایی به منظور استفاده از آموزش غیرحضوری و مرخصی تحصیلی برای مادران باردار، ابلاغ پیوست فرهنگی خوابگاه های دانشجویی متاهلان برای مناسب سازی محیط خوابگاه ها برای زوج های متأهل و فرزندان آنها، ابلاغ راهنمای آموزشی مادران باردار بلافاصله بعد از اطلاع از بارداری به منظور حفظ سلامت مادر و جنین، ابلاغ شیوه نامه جدید آموزش های هنگام ازدواج، راه اندازی سامانه ملی باروری سالم، ابلاغ راهنمای گام به گام تولید محتوای استاندارد با موضوع خانواده و جوانی جمعیت و ارزشیابی دانشگاه ها بر اساس کارنامه جوانی جمعیت اشاره کرد.

برنامه هایی هم اجرا و ابلاغ شده که آموزش های حین ازدواج (هم نفس)، طرح تخصیص کارانه پلکانی تولد فرزند به کارکنان شبکه بهداشت ویژه بهورزان و مراقبین سلامت (با نام طرح

## اقدامات موفق شبکه درمان کشور برای مهار کرونا

مدیریت  
ظرفیت‌های بیمارستانی



بستری هدمند و تجویز دارو یا ترکیبات دارویی مؤثر

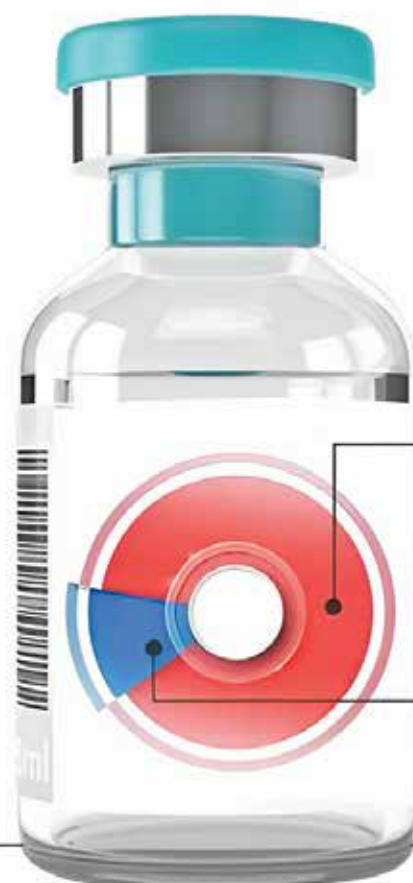
بسیج امکانات در شرکت‌های دانش بنیان برای تولید کیت و روش‌های تشخیصی

ثبت واکسیناسیون در سامانه‌های الکترونیک و صدور کارت دیجیتال دارای QR Code همتراز با کشورهای توسعه یافته به عنوان یک اقدام ارزشمند در برنامه واکسیناسیون عمومی

واکسیناسیون حدود ۲/۵ میلیون نفر از مهاجران و اتباع خارجی علیه بیماری کرونا، از جمله اقدامات دولت برای مهار این بیماری بوده است.



## مقایسه آمار واردات واکسن در دولت دوازدهم و سیزدهم



افزایش ۷ برابری

روند واردات واکسن

در ۵ ماه نخست دولت سیزدهم

۱۳۱/۳۱۴/۱۴۷

دوز واردات  
۵ ماه نخست  
دولت سیزدهم

۱۸/۹۷۴/۶۱۰

دوز واردات  
دولت دوازدهم

# دانشجویان علوم پزشکی، زیرساخت تحول نظام سلامت

## افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی مقدمه ایجاد زیرساخت پیشرفت در حوزه سلامت

### یادداشت

**محمدسینا سمیعی / نیروی انسانی متخصص و مجرب مهم‌ترین زیرساخت جوامع بشری در حوزه‌های گوناگون است. زیرساختی که تأمین آن فرایندی نسبتاً طولانی داشته و خود نیازمند زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری دیگری است. حوزه سلامت از دیرباز متکی به اطبای مجرب بوده و هست و این اتکا خود حاکی از اهمیت نیروی انسانی در این حوزه است؛ موضوعی که با اولویت دادن به آن در دهه ۶۰ زمینه پیشرفت‌های نظام سلامت و خودکفایی در این حوزه را برای جمهوری اسلامی ایران فراهم ساخت. زیرساختی که همچنان دارای اولویت است و مؤلفه‌های راهبردی یک نظام سلامت پیشرفته محسوب می‌گردد. روی کار آمدن دولت سیزدهم با شعار «دولت مردمی، ایران قوی»، پس از نزدیک به یک دهه رخوت در دولت، امیدهای مردم و دغدغه‌مندان پیشرفت کشور را جانی دوباره بخشید؛ امیدی که حاصل آن تحرک مردم و نخبگان، در راستای مطالبه حل مشکلات اولویت‌دار و بر زمین مانده کشور بود. از همین رو مشکل دهه اخیر نظام سلامت یعنی «کمبود پزشک» که به علت بحران کرونا به حاشیه رانده شده بود، دوباره جهت ارائه برنامه عملی از سوی دولت دکتر رئیسی مطرح شد و در دستور کار شورای عالی انقلاب فرهنگی با ریاست رئیس جمهور محترم قرار گرفت.**

### عزمی جدی در تحول حوزه سلامت

دولت سیزدهم در مسأله تأمین واکسن کرونا نشان داد که برخلاف دولت قبل عزمی جدی در حل مشکلات نظام سلامت دارد. واکسیناسیون سراسری در مدتی کوتاه، حاکی از اهمیت سلامت مردم برای تیم رئیسی و نیز نگاه تحولی دولت به این حوزه مهم و راهبردی است. این نگاه تحولی در «سند تحول دولت مردمی» تبلور یافته و کاملاً مشخص است که رئیسی با برنامه‌ای جامع پا به میدان سخت مدیریت اجرایی کشور گذارده است.

سند تحول دولت حاکی از آن است که دولت سیزدهم در برابر مطالبه حل معضل کمبود پزشک نه تنها غافلگیر نشد بلکه برای حل این مشکل راه حل و برنامه مدون داشت. در میحط سلامت سند فوق «افزایش سرانه نیروی انسانی حوزه سلامت و نحوه توزیع آن‌ها در کشور» به عنوان یکی از هفت نشانگر وضعیت مطلوب نظام سلامت معرفی شده و این گویای توجه دولت در برنامه‌های خود به موضوع نیروی انسانی در حوزه سلامت است. اهمیت این موضوع وقتی دوچندان می‌شود که در چرخش‌های تحول آفرین میحط سلامت سند، چرخش «از اعمال محدودیت در ظرفیت ورود به ارائه خدمات سلامت به استفاده حداکثری از ظرفیت‌ها برای تربیت سرمایه انسانی حوزه سلامت» نیز به عنوان یک تغییر رویکرد تحولی در حوزه نیرو انسانی نظام سلامت عنوان شده است.

پنجره باز جمعیتی و جمعیت بالای جوان کشور را می‌توان مهم‌ترین زیرساخت تربیت پزشک و دندانپزشک مورد نیاز مردم دانست، به طوری که سالانه نزدیک به نیم میلیون دانش‌آموز دختر و پسر برای ورود به رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی در آزمون سراسری با یکدیگر رقابت می‌کنند و از این حیث رشته تجربی بیشترین متقاضی را بین رشته‌های تحصیلی در آزمون سراسری دارد و این فرصت بسیار خوبی برای تأمین نیروی انسانی در حوزه سلامت برای سال‌های آتی است که با نیازهای درمانی چهار برابری در بحران سالمندی روبه‌رو خواهیم شد.

ایران با دارا بودن بیش از ۶۸ دانشکده پزشکی، ۱۵۵ هزار تخت بیمارستانی، ۲۲ هزار استاد دانشگاه علوم پزشکی، هزار بیمارستان، ۲۹ هزار مرکز مراقبت‌های بهداشتی در سراسر کشور، زیرساخت بسیار خوبی در زمینه تربیت نیروی انسانی حوزه سلامت بویژه پزشک و دندانپزشک دارد.

### تحولی در راستای دسترسی عادلانه به پزشک

در سند تحول دولت «بهره‌مندی ناکافی و دسترسی ناعادلانه به خدمات پزشکی بویژه در مناطق محروم» به عنوان یکی از چالش‌های مهم حوزه سلامت مورد ریشه‌یابی قرار گرفته است و سه عامل «عرضه ناکافی و توزیع نامناسب نیروی انسانی حوزه بهداشت و درمان»، «فهادینه شدن رویه‌های انحصاری و غیرمردمی در بخش بهداشت و درمان» و «روش‌های ناکارآمد اعطای یارانه‌های بخش بهداشت و درمان برای حمایت از

افراد کم‌برخوردار» را به عنوان ریشه ایجاد چالش فوق مورد واکاوی قرار داده است.

دسترسی به پزشک و خدمات درمانی براساس اصل ۴۴ قانون اساسی بایستی توسط دولت به صورت همگانی و عادلانه برای مردم تأمین گردد. متأسفانه در دولت‌های گذشته بویژه در دهه ۸۰ اقدامات ناصحیح در حوزه نیروی انسانی نظام سلامت، بویژه پزشکی و دندانپزشکی موجب شد تا روند افزایشی دسترسی عادلانه آحاد مردم به این خدمات در دهه ۶۰، کاهش یافته و کشور را با مشکل کمبود پزشک روبه‌رو سازد. متأسفانه از دهه ۷۰ روند افزایشی تربیت پزشک جهت تأمین نیازهای درمانی مردم، متوقف گشت و روند نزولی به خود گرفت. این در حالی بود که زیرساخت‌های آموزش پزشکی کشور در مسیر رشد قرار داشت در نتیجه آن، امروز عرضه ناکافی پزشک و دندانپزشک از عوامل چالش دسترسی ناعادلانه به پزشک به حساب می‌آید.

از همین رو دولت سیزدهم با دو راهبرد «استفاده حداکثری از ظرفیت‌ها برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز، بویژه برای خدمت در مناطق محروم» و «بازنگری در شاخص‌های ورود به پزشکی با اولویت تحصیل در تخصص‌های مورد نیاز» توان خود را در حل این چالش قرار داد. در نخستین اقدام با افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی از طریق بومی‌گزینی زمینه دسترسی عادلانه مردم بویژه در مناطق محروم به پزشک و دندانپزشک فراهم کرد. اقدامی که توانمندی نظام درمانی ایران را در مواجهه با امواج افزایش جمعیت سالمند در آینده نزدیک افزایش خواهد داد.

وزارت بهداشت نیز با بازنگری در شاخص‌های ورود به پزشکی با اولویت تحصیل در تخصص‌های مورد نیاز توانسته



اقدامات تحولی خود را در حوزه آموزش پزشکی عملیاتی کند؛ رشته جراحی قلب که از تخصص‌های مورد نیاز مردم است و متأسفانه از سرانه پایینی نیز در کشور برخوردار است در سال‌های اخیر به علت موانعی که بر سر راه پزشکان جوان در مسیر تحصیل در این رشته وجود داشت؛ تمایل به تحصیل در آن کاهش یافته و این شائبه را تقویت کرده بود که کشور با کمبود جراح قلب روبه‌رو خواهد شد اما دولت سیزدهم با مسأله‌شناسی دقیق و نگاه بن‌بست شکنانه به چالش‌های پیش رو، با تبدیل این رشته فوق تخصصی به تخصص ۵ ساله، راه ورود پزشکان جوان علاقه‌مند به جراحی قلب را هموار ساخت. همچنین شرط گذراندن طرح برای پزشکان عمومی متقاضی تحصیل در رشته‌های تخصص «طب اورژانس» و «بیهوشی» را جهت تسهیل ورود متقاضیان به این رشته‌های پر تقاضا حذف کرد، این اقدام افزایش متقاضیان این تخصص‌های مورد نیاز و نیز افزایش تربیت نیروی انسانی در این حوزه را در پی خواهد داشت.

در اقدامی دیگر، از این پس پزشکان جوان می‌توانند بلافاصله پس از دوره پزشکی عمومی و قبل از گذراندن طرح، در آزمون دستیاری شرکت کنند و در صورت قبولی به تحصیل در رشته تخصصی مورد علاقه خود بپردازند. قبل از این اقدام تنها دانش‌آموختگانی که شرایط خاصی مانند امتیازات نخبگی، تأهل و... داشتند، می‌توانستند قبل از گذراندن طرح، در این آزمون شرکت نمایند. با تسهیل شرایط در سال‌های آتی شاهد افزایش متقاضیان تحصیل در تخصص‌های پزشکی خواهیم بود.

### گام‌های آینده

متأسفانه کم‌توجهی به حوزه پزشکی تخصصی نیز در دهه گذشته باعث شده تا نزدیک به ۴۰۰ شهرستان کشور با مشکل کمبود پزشک متخصص بویژه متخصص خانم روبه‌رو باشند. برای مثال در ۳۸۱ شهرستان فاقد پزشک زن متخصص کلیه و مجاری ادراری است و ۹۱ شهرستان نیز فاقد پزشک زنان و زایمان است. در ادامه روند تحولی دولت در زمینه تقویت حوزه نیرو انسانی نظام سلامت به عنوان مهم‌ترین زیرساخت این بخش، دولت قصد دارد در ادامه مصوبه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی به افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های تخصصی مورد نیاز مردم بویژه در حوزه بانوان بپردازد. دولت با برنامه‌ریزی صحیح در این حوزه و استفاده از ظرفیت پزشکان جوان خواهد توانست با افزایش ظرفیت پذیرش در این حوزه و رفع موانع، زمینه دسترسی عادلانه مردم را به خدمات تخصصی حوزه سلامت فراهم نماید.

همچنین افزایش تعداد دستیاران تخصصی پزشکی موجب کاهش فشار کاری آنها در بیمارستان و بهبود شرایط این نخبگان عزیز خواهد شد. موضوعی که افزایش کیفیت خدمات درمانی و سطح رضایت مراجعان را در بیمارستان‌های دولتی در پی خواهد داشت.

### روی کار آمدن دولت

سیزدهم با شعار «دولت مردمی، ایران قوی»، پس از نزدیک به یک دهه رخوت در دولت، امیدهای مردم و دغدغه‌مندان پیشرفت کشور را جانی دوباره بخشید؛ امیدی که حاصل آن تحرک مردم و نخبگان، در راستای مطالبه حل مشکلات اولویت‌دار و بر زمین مانده کشور بود

گرفت که در کنکور سال ۱۴۰۲، با تأمین زیرساخت‌های لازم، اختصاص ۳۰ درصد سهمیه مناطق محروم در آزمون‌های پزشکی توسط وزارت بهداشت رعایت شود.

به طور کلی کمبود پزشک در سطح کشور محرز است و حتی در صورت عدم تصویب طرح افزایش ظرفیت پزشکی توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی، مجلس خود به سرعت وارد عمل می‌شود و از بروز مشکلات بعدی جلوگیری می‌کند.

**این دستاورد حوزه سلامت از آن دست مصوباتی بود که هم مجلس و هم شورای عالی انقلاب فرهنگی با وحدت رویه پیگیر آن بودند، تجربیات خود را در این خصوص بفرمایید؟**

مشکل اصلی ما در مسیر تصویب این طرح مخالفت بی‌مورد تشکلهای صنفی پزشکی و بدنه وزارت بهداشت دولت قبل بود.

متأسفانه برخی موضع‌گیری‌ها این شائبه را ایجاد می‌کرد که اراده‌ای برای حل مشکلات در بدنه تصمیم‌گیری این وزارتخانه وجود ندارد و دلایل شفاف و روشنی هم برای سرباز زدن از رفع این مشکلات از طرف مسئولان ارائه نمی‌شد.

در مقابل، ورود دکتر عاملی به عنوان دبیر و دکتر برزویی، معاون خط مشی‌گذاری ستاد علم و فناوری این شورا به مسأله، باعث شد که بسیاری از موانع برداشته شود و هیاهوی معدود افراد دچار تعارض منافع، بی‌اثر گردد.

همان‌طور که رهبر انقلاب نیز بارها تأکید کرده‌اند، هیچ مشکلی در کشور بدون راه‌حل نمی‌ماند. این همراهی بین مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و دولت سیزدهم نمونه بارزی از کار کارشناسی قوی و مسأله‌محور بود.

در این سال‌ها مجلس و بدنه نظام همواره با تصمیمات و درخواست‌های وزارت بهداشت جهت بهبود وضعیت سلامت مردم همراه بوده است؛ برای مثال در طرح تحول سلامت همکاری خوبی بین مجلس و وزارت بهداشت شکل گرفت.

اما متأسفانه در عمل دیدیم که تزریق پول و افزایش تعرفه‌ها و ساخت بیمارستان و نوسازی تجهیزات نتوانست تحول خاصی در وضعیت نظام سلامت ایجاد کند و در نهایت هم شکست خورد و موجب افزایش پرداخت از جیب مردم در بخش درمان شد.

به همین دلیل می‌بایست پذیرش دانشجویان بومی در دستور کار قرار می‌گرفت تا پزشکانی که تربیت می‌شوند ضمن سازگاری بیشتری که با شرایط مناطق محروم دارند، مشکلات مردم را نیز بهتر درک کنند. همچنین نیاز بود که روند افزایش ظرفیت پزشکی شتاب بیشتری به خود بگیرد. امروز جامعه ما با سرعت زیادی به سمت سالمندی پیش می‌رود و پیش از آن که نظام سلامت مختل شود، باید اقدام مؤثری برای مقابله با آن در نظر بگیریم.

**غیر از حل مشکل کمبود پزشک و دندانپزشک عمومی در سطح کشور، مصوبه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی چه ثمرات و نتایج دیگری برای مردم خواهد داشت؟**

شاید بتوان تمام فعالیت‌های نظام سلامت کشور را در یک جمله خلاصه کرد: هدف ما این است که مردم جز رنج بیماری، مشکل دیگری نداشته باشند. وقتی توزیع پزشک در سطح کشور نامناسب باشد، مردم مناطق محروم مجبور خواهند بود مسافت‌های طولانی را برای رسیدن به پزشک طی کنند. این مشکل به واسطه هزینه درگیری زیادی که به همراه دارد، باعث می‌شود مردم دیر به پزشک مراجعه کنند و دوره طولانی درمان از دست برود. مراجعه دیرهنگام به پزشک، علاوه بر وخیم شدن بیماری، خود باعث چند برابر شدن هزینه‌های درمانی می‌شود.

از طرفی در این شرایط تحریمی که کشور به سر می‌برد، یکی از ارژآورترین صنایع، گردشگری سلامت است. چرا که مردم کشورهای مختلف برای دریافت خدمات درمانی با کیفیت، مجبور هستند که به ایران سفر کنند. کارشناسان می‌گویند هر فردی که برای درمان به ایران سفر کند، بین ۳ تا ۵ هزار دلار ارزآوری دارد و سلامت افراد قابل تحریم نیست. یکی دیگر از ثمرات این مصوبه این است که نظام سلامت «پیشگیری محور» می‌شود. امروزه بسیاری از همکاران ما در مجلس، از مشکلات طرح پزشک خانواده در حوزه‌های انتخابیه‌شان گله دارند. چرا که این طرح با کمبود پزشک



مشکل اصلی ما در مسیر تصویب این طرح مخالفت بی‌مورد تشکلهای صنفی پزشکی و بدنه وزارت بهداشت دولت قبل بود. متأسفانه برخی موضع‌گیری‌ها این شائبه را ایجاد می‌کرد که اراده‌ای برای حل مشکلات در بدنه تصمیم‌گیری این وزارتخانه وجود ندارد و دلایل شفاف و روشنی هم برای سرباز زدن از رفع این مشکلات از طرف مسئولان ارائه نمی‌شد.

گفت‌وگوی «ایران» با رئیس پیشین کمیسیون اصل ۹۰

# پزشکان مدیر پزشکان نوآور

● گفت و گو

کمیسیون اصل ۹۰ مجلس در سال‌های گذشته نقش مهمی در روند تصویب طرح افزایش ظرفیت پزشکی داشته است. یکی از اعضای تأثیرگذار این کمیسیون دکتر حسن شجاعی، نماینده مردم ابهر، خرمدره و سلطانیه، بود. او در مدت ریاست خود بر این کمیسیون، طی اقدامات مختلفی پیگیر اجرایی شدن طرح افزایش ظرفیت پزشکی بود. در مصاحبه پیش رو تلاش شده است با مرور مسیری که پیموده شده، دورنمایی از ثمرات اجرای این مصوبه ترسیم گردد.

**با توجه به مخالفت‌های فراوانی که در حین تصویب طرح افزایش ظرفیت پزشکی اتفاق افتاد، اجرایی شدن این مصوبه در شرایط فعلی، چه ضرورت‌هایی برای بهبود وضعیت نظام سلامت دارد؟**

در واقع یکی از مشکلات نظام سلامت، مسأله کمبود پزشک است که وزارت بهداشت وقت با کاهش ظرفیت پذیرش در دهه ۸۰ و عدم پیش‌بینی صحیح نیاز کشور به پزشک، باعث بروز این مشکل شده است. در حال حاضر افزایش ظرفیت پزشکی از اصلی‌ترین راه‌حل‌ها است. هم‌اکنون در کشور ما ۱۳ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت داریم. در حالی که سرانه پزشک برای کشورهای منطقه، به ۲۵ پزشک و برای کشورهای پیشرو در حوزه سلامت، این عدد به ۳۵ تا ۴۰ پزشک می‌رسد. این اعداد نشان می‌دهد که ما به شدت با کمبود پزشک مواجه هستیم. این امر باعث شده دسترسی مردم به پزشک دشوار شود. به علاوه بسیاری از مردم مناطق محروم

برای دسترسی به خدمات پزشکی مجبور شوند به مراکز استان‌ها یا پایتخت مراجعه کنند که با دشواری‌های مختلفی همراه است.

البته پیش از این هم مجلس در این باره اقداماتی داشته است. مجلس برای جبران کمبود پزشک و نیروی انسانی متخصص در مناطق کم‌برخوردار، قانون خوبی جهت استفاده از دانشجویان بومی تصویب کرد. اما بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد؛ وزارت بهداشت از سال ۹۲ تا کنون هیچ‌گاه قانون دانشجویان بومی را به طور کامل اجرا نکرده است. تا آنجا که در سال ۱۴۰۰، تنها ۶ درصد از ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی متعلق به داوطلبان بومی بود. این در حالی است که حتی با اجرایی شدن کامل طرح پذیرش دانشجویان بومی، باز هم با سرانه مطلوب در زمینه پزشکی فاصله زیادی خواهیم داشت. این قانون در واقع تکلیف قانونی وزارت بهداشت بود و باید رعایت می‌شد. اما وزارت بهداشت مرتکب تخلف شده است. در جلسه‌ای که سال گذشته برگزار شد، این مورد هم مورد توافق قرار





مواجهه است. با تأمین پزشک بومی برای این طرح، هم ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بیشتر و هم مسأله پیشگیری پرننگ‌تری می‌شود. به تبع با جایگزین شدن پیشگیری به جای درمان، هزینه‌های سلامت کشور نیز کاهش خواهد یافت.

**به نظر شما با توجه به این دستاورد، در چه افق زمانی می‌توانیم از نظردسترسی عادلانه‌آحاد مردم به پزشک و دندانپزشک به سطحی قابل قبول دست پیدا کنیم؟**

طبق آنچه در متن مصوبه آمده است، سرانه پزشک در کشور، از عدد ۱۳ در هر ۱۰ هزار نفر در سال اول اجرا، طی ۱۰ سال به ۲۰ پزشک در هر ۱۰ هزار نفر خواهد رسید. برخی از مخالفان طرح بدون در نظر گرفتن شرایط خاص جامعه پزشکی معتقدند که بدون اجرای طرح افزایش ظرفیت، سرانه پزشک به عدد گفته شده خواهد رسید. اما نگاهی به وضعیت سنی پزشکان نشان می‌دهد که طی ۲۰ سال آینده، به یکبارہ بیش از ۴۵ هزار پزشک به سن بازنشستگی می‌رسند و از چرخه خدمات پزشکی کنار می‌روند. علاوه بر این همواره درصدی از پزشکان به دلیل عواملی از جمله مهاجرت، فوت یا تغییر شغل از ارائه خدمات کنار می‌روند. همچنین افزایش جمعیت کشور و میزان سالمندی در

جامعه، نیاز به پزشک را نیز بیشتر خواهد کرد. چرا که سالمندان به طور معمول با مشکلات جسمانی وسیع تری نسبت به دیگر اقشار جامعه روبرو می‌شوند و به مراقبت‌های بیشتری احتیاج دارند.

**با توجه به اینکه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی اقدامی تحولی و زیرساختی به شمار می‌آید، به زعم شما چه مواردی جهت حفظ و ارتقای این دستاورد مجلس و شورای عالی انقلاب فرهنگی نیاز است؟**

هر قانون برای به ثمر رسیدن باید قابلیت اجرایی نیز داشته باشد. به تبع مصوبه افزایش ظرفیت پزشکی از این قاعده مستثنی نیست و برای رسیدن به هدف خود موانع مختلفی را در پیش دارد.

اولین مسأله، تأمین بودجه مورد نیاز مصوبه است. افزایش پذیرش دانشجویان الزاماً به همراه خود هزینه‌های مختلفی خواهد داشت. تأمین امکانات آموزشی از قبیل وسایل کمک آموزشی، فضاهای آموزشی، تخت‌های بیمارستانی و ... نیازمند بودجه است.

از طرفی امکانات رفاهی همچون خوابگاه، غذا، سرویس ایاب و ذهاب و ... نیز بار مالی روی دوش دانشگاه‌ها می‌افزاید که هر چه تأمین آنها زودتر و بهتر انجام شود،

کیفیت آموزش پزشکی بالاتر می‌رود. مورد مهم دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد، استخدام اساتید جوان و شایسته است. هر کلاس و استاد، تعداد مشخصی از دانشجویان را می‌تواند تحت آموزش قرار دهد. جا دادن تعداد بیش از حد دانشجو در کلاس‌های تئوری و عملی باعث خواهد شد که کیفیت آموزش کاهش یابد.

از طرفی حضور اساتید جوان و پراورزی در کلاس‌های درس، دانشجویان را از «حفظ محوری» دور خواهد کرد و این امکان را فراهم می‌کند که پژوهش و نوآوری در بین پزشکان رواج یابد.

هم‌زمان با اینکه در آینده به پزشکان بیشتری نیاز داریم، با مشکلات علمی و بالینی جدیدی نیز برخورد خواهیم کرد. در نتیجه پزشکی که تربیت می‌شوند بایستی بتوانند پاسخگوی نیازهای روز جامعه در زمینه سلامت باشند.

دانشجویان پزشکی علاوه بر علوم بالینی، بهتر است که در زمینه مدیریت و پزشکی خانواده نیز آموزش‌هایی ببینند. چرا که آنها مسئولیت سلامت جمعیت‌های دو تا سه هزار نفری را برعهده خواهند گرفت و باید بتوانند اعضای گروه پزشکی را مدیریت و در جهت اهداف طرح پزشک خانواده پیش ببرند.

از طرفی طب ایرانی-اسلامی که در سال‌های اخیر از آن به عنوان طب مکمل یاد می‌شود، بایستی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. زیرا این طب مبتنی بر پیشگیری و اصلاح سبک زندگی است و باعث می‌شود که افراد کمتر دچار بیماری‌های مختلف شوند. حتی در صورت بروز بیماری، درمان را سرعت می‌بخشد.

**در پایان از دیگر نکاتی که مدنظر جنابعالی است استفاده کنیم؟**

مصوباتی مانند این طرح، همواره با منافع بخشی از جامعه در تضاد است. کسانی هستند که از انحصار پزشکی نفع می‌برند و از آن برای قدرت و ثروت بیشتر استفاده می‌کنند. در نتیجه در هر مرحله از اجرای آن، اقدام به سنگ اندازی و کارشکنی‌های مختلف می‌کنند تا به هر روش ممکن اختلالی در آن بوجود بیاورند. برخی با ایجاد انحصار در حوزه خدمات دندانپزشکی، به دنبال تأمین منافع شخصی خود هستند و منافع ملی برایشان اهمیتی ندارد. امید می‌رود با همکاری روزافزون دولت و مجلس این طرح نیز به نتیجه نهایی خود برسد و مردم طعم شیرین دسترسی عادلانه به پزشک را بچشند.



همان طور که رهبر انقلاب نیز بارها تأکید کرده‌اند، هیچ مشکلی در کشور بدون راه حل نمی‌ماند. این همراهی بین مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و دولت سیزدهم نمونه بارزی از کار کارشناسی قوی و مسئله محور بود



# پزشک کافی؛ لازمه نظام سلامت قوی

افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی ضرورت دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی

## گزارش

محمدزنگویی

کارشناس نظام سلامت

سلامت جامعه همیشه جزو محورهای اصلی فعالیت در دولت های مختلف بعد از انقلاب بوده است. در سال های اخیر، مسأله کمبود پزشکان، به واسطه نقش مهمی که در نظام سلامت دارند، بر سرزبان ها افتاده است. طی دو سال اخیر با اجرای مصوبه افزایش ظرفیت پزشکی، قدم های بلندی در این جهت برداشته شده است.

### ظرفیت پزشکی به روایت تاریخ

مسأله تعداد پزشکان در کشور جزو اولین مواردی بود که پس از انقلاب فرهنگی و راه اندازی دوباره دانشگاه ها مورد توجه قرار گرفت. به همین واسطه می توان تأسیس دانشگاه های علوم پزشکی شاهرود و رفسنجان را در سال ۱۳۶۱ به عنوان اولین اقدام در زمینه افزایش ظرفیت پزشکی به حساب آورد. با این ابتکار، تعداد دانشکده های پزشکی کشور به عدد ۱۸ و میزان پذیرش دانشجوی پزشکی در سال ۶۲ به ۱۴۹۶ نفر افزایش یافت. این روند افزایشی تا سال ۶۷ ادامه یافت و میزان پذیرش را به عدد ۴۶۴۰ رساند. پس از

آن، ظرفیت پذیرش روند کاهشی گرفت و تا سال ۸۳ به کمترین مقدار خود یعنی ۲۰۹۰ نفر رسید. اما با افزایش تدریجی ظرفیت ها، در سال ۹۰ به ۴۶۳۸ دانشجوی بستنده شد (عددی برابر با ظرفیت سال ۶۷). با تداوم این روند در فاصله سال های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰، ظرفیت پذیرش پزشکی حدود ۵۰ درصد افزایش پیدا کرد و به تعداد ۸۶۵۸ نفر رسید. براساس برنامه وزارت بهداشت تعیین شده بود که این روند تا سال ۱۴۰۸ ادامه یابد. طی چهار سال اخیر زمزمه هایی شنیده شد مبنی بر اینکه ظرفیت پزشکی باید با روند سریع تری افزایش یابد. پس از بحث های کارشناسی

مختلف، سرانجام شورای عالی انقلاب فرهنگی در سال ۱۴۰۰ با تصویب طرح «افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی عمومی» مقرر کرد که طی چهار سال، سالانه ۲۰ درصد به ظرفیت پذیرش پزشکی افزوده شود. با روی کار آمدن دولت سیزدهم روند اجرای این طرح سرعت گرفت و امروز پس از دو سال باید دید لزوم اجرای این طرح چیست؟

### کمیت و کیفیت خدمات پزشکی، دو مؤلفه بهم پیوسته

مقایسه سرانه پزشک ایران با دیگر کشورها، بیانگر پایین بودن این سرانه است. برای مثال در جمع کشورهای گروه ۲۰ که شامل کشورهایی با اقتصاد قوی در سطح جهان می باشند، ایران در رتبه ۳۸، پایین تر از کشورهایی همچون ترکیه، عربستان سعودی، اردن و قبرس، قرار دارد. همچنین در مقایسه با کشورهای همسایه، ایران جزو پنج کشور انتهایی نمودار است. از طرفی براساس گزارش بانک جهانی، میانگین سرانه پزشک در جهان ۱۶ و بالاتر از ایران است. این آمارها از آن جهت مهم است که ایران برای تبدیل شدن به یکی از کشورهای قدرتمند



از طرفی براساس گزارش بانک جهانی، میانگین سرانه پزشک در جهان ۱۶ و بالاتر از ایران است. این آمارها از آن جهت مهم است که ایران برای تبدیل شدن به یکی از کشورهای قدرتمند جهان در زمینه پزشکی، بایستی، علاوه بر کیفیت خدمات، از نظر تعداد پزشک نیز در سطح کشورهای برتر جهان باشد



جهان در زمینه پزشکی، بایستی، علاوه بر کیفیت خدمات، از نظر تعداد پزشک نیز در سطح کشورهای برتر جهان باشد.

### افزایش ظرفیت و بومی‌گزینی راه حل توزیع عادلانه

توزیع نامناسب پزشک در کشور، یکی از معضلات مهم نظام سلامت کشور است. چرا که به واسطه این مشکل از یک طرف دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی کاهش یافته و از طرف دیگر با تحمیل هزینه‌های گزاف برداشتن قشر ضعیف جامعه، آن‌ها را راهی شهرهای بزرگ می‌کند.

نگاهی به توزیع جغرافیایی پزشکان در کشور نیز مویذ این مسأله است. به گونه‌ای که چهار استان برخوردار تهران، یزد، اصفهان و فارس بیشترین سرانه پزشک و استان‌های کردستان، لرستان، هرمزگان و سیستان و بلوچستان نیز کمترین سرانه را به خود اختصاص می‌دهند. به عنوان مثال طبق آمارهای رسمی سازمان نظام پزشکی، در استان سیستان و بلوچستان سرانه پزشک (اعم از پزشک عمومی، متخصص و فوق‌متخصص) به طور میانگین حدود شش پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر است.

این در حالی است که در استان تهران به طور میانگین حدود ۷۰ پزشک به ازای هر صد هزار نفر حضور دارند؛ این یعنی اختلاف بین کم برخوردارترین و با برخوردارترین استان، از نظر میزان پزشک، بالغ بر ۱۰ برابر است.

نخستین راه حل این مشکل تربیت نیروی انسانی کافی است؛ چرا که وقتی کشور با کمبود پزشک روبروست، زیرساخت لازم برای توزیع مناسب آن‌ها یعنی نیروی انسانی متخصص وجود ندارد.

در چنین شرایطی هر قدر هم که برنامه‌ها جهت

توزیع عادلانه پزشکان دقیق و منطقی نوشته شود اما در اجرا به علت نبود زیرساخت با شکست مواجه خواهد شد.

زیرساختی که عدم توجه جدی مسئولان نظام سلامت در دولت‌های قبل موجب شد کشور اکنون پزشک کافی جهت توزیع مناسب آن در سراسر کشور و برقراری دسترسی عادلانه به پزشک را نداشته باشد. از همین رو دولت سیزدهم با ریشه‌یابی صحیح معضل توزیع نامتوازن پزشک در کشور اولویت خود را بر افزایش ظرفیت پذیرش پزشک و تأمین نیروی انسانی کافی به عنوان زیرساخت اصلی اجرای سایر برنامه‌های درمانی قرار داد.

مکمل افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی جهت اصلاح وضعیت توزیع پزشک در کشور، جذب دانشجویان پزشکی به صورت بومی است. چرا که پزشکان بومی، برخلاف پزشکان طرحی، ماندگاری بیشتری در مناطق محروم دارند و آشنایی کامل آن‌ها با مردمان و شرایط منطقه به اجرای طرح «پزشک جامع‌نگر و سلامت‌محور» نیز کمک می‌کند. در متن مصوبه افزایش ظرفیت پزشکی نیز این راه حل گنجانده شده است. به عبارت دیگر، افزایش ظرفیت ایجاد شده از محل این طرح باید ابتدا به دانشجویان بومی همان منطقه تعلق گیرد. در نتیجه این طرح، توزیع نامناسب پزشک در کشور که بارها مورد توجه مقام معظم رهبری نیز قرار گرفته است، به مراتب کاهش خواهد یافت.

### جامعه‌ای که پیر می‌شود

در حال حاضر متوسط سن در کشور به ۳۵ سال و نرخ سالمندی به ۱۰٫۵ درصد رسیده است. نرخ باروری نیز به حدود ۱٫۵۴ کاهش یافته؛ در حالی که برای حفظ جوانی جمعیت بایستی نرخ باروری ۲٫۵

باشد. از طرفی براساس آمارهای منتشر شده، در سال گذشته جمعیت سالمندان کشور (افراد بالای ۶۵ سال) به حدود ۱۰ میلیون نفر رسیده است.

پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۳۰ جمعیت سالمندان کشور دو برابر شود. با همه اینها آنچه اهمیت می‌یابد باری است که در سال‌های آینده، بردوش شبکه سلامت کشور افزوده خواهد شد.

چرا که بسیاری از بیماری‌ها همچون دیابت و فشار خون، در سالمندان شیوع بیشتری دارند. از طرفی برخی بیماری‌ها، همچون آلزایمر و دمانس، به سالمندان اختصاص داشته و نیازهای تشخیصی و درمانی خاصی را می‌طلبند. به همین واسطه طی سال‌های پیش رو، نیاز کشور به پزشکان، پرستاران، تخت‌های بیمارستانی و تجهیزات تشخیصی نیز افزایش خواهد یافت.

بررسی‌ها نشان می‌دهد متوسط سرانه پزشک در سالمندترین کشورهای جهان نیز نزدیک به ۳۹ پزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. با توجه به اینکه این کشورها مانند ژاپن و انگلستان از کشورهای توسعه‌یافته اقتصادی به حساب می‌آیند و از نظر شاخص‌های بهداشتی در جایگاه مناسبی قرار دارند، تعداد پزشک از مؤلفه‌های مهم و زیرساختی در ایجاد یک نظام سلامت قوی و کارآمد است؛ بویژه در مواجهه با بحران سالمندی جمعیت.

از آنجا که در حال حاضر کشور در بسیاری از شهرها با کمبود پزشک روبروست، تداوم اجرای مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی برای حفظ سلامت جامعه، الزامی به نظر می‌رسد. با افزایش مراقبت‌های پزشکی از سالمندان، ابتلا و پیشرفت بیماری در آنها کاهش می‌یابد. در نتیجه بار مالی کم‌تری نیز بر صندوق‌های بیمه تحمیل خواهد شد.

### پزشکانی که بازنشسته می‌شوند

همزمان با افزایش سالمندی در جامعه، پزشکان نیز از این قاعده مستثنی نخواهند ماند. به طور معمول حداکثر سن فعالیت پزشکان را ۶۵ سال می‌دانند. از طرفی با توجه به هرم سنی پزشکان در کشور، تا ۲۰ سال آینده حدود ۳۷ هزار پزشک بازنشسته می‌شوند. این پزشکان شامل عده زیادی از پزشکان ماهر و اساتید برتری خواهد بود که هم‌اکنون در بخش‌های خصوصی و دولتی در حال ارائه خدمات آموزشی و درمانی هستند.

شاید به دلیل وجود همین افراد است که درمان و آموزش پزشکی در کشور، مورد تأیید نهادهای بین‌المللی نیز قرار گرفته است. به همین واسطه، امروز را باید غنیمت شمرد و با فراهم کردن امکانات آموزشی و رفاهی، پیش‌بینی لازم را برای دو دهه آینده انجام داد. در کنار تجهیز بیمارستان‌ها و ارائه آموزش‌های متناسب با نیاز سالمندان به دانشجویان پزشکی، افزایش پذیرش این دانشجویان نیز باعث خواهد شد که کادر درمانی کشور با خلأ کمبود پزشک روبرو نشود.



وقتی کشور با کمبود پزشک روبروست، زیرساخت لازم برای توزیع مناسب آنها یعنی نیروی انسانی متخصص وجود ندارد

# دندان کمبود، کشیده می شود

## مصوبه افزایش ظرفیت پذیرش دندانپزشکی زمینه ساز دسترسی عادلانه

### دسترسی مردم به دندانپزشک افزایش می یابد

نسبت پراکندگی دندانپزشک به وسعت جغرافیایی، در میزان دسترسی افراد به دندانپزشک مؤثر است و نبود دندانپزشک در شهر و محله (به ویژه در کلانشهرها) سکونت، مشکلات و هزینه های بیشتری را بر مردم تحمیل می کند. بر اساس آمار اعلامی از سوی سازمان نظام پزشکی، وضعیت پراکندگی جغرافیایی دندانپزشکان فقط در تهران مناسب است. در واقع سرانه دندانپزشک تهران، تفاوت بسیار زیادی با دیگر استان ها دارد. طبق این آمار حدود یک سوم از دندانپزشکان کشور در این استان تجمع یافته اند. در حال حاضر دندانپزشکی تبدیل به یکی از درمان های دست نیافتنی برای مردم مناطق محروم شده است. مطالعات مختلف نشان می دهد که میزان پوشیدگی دندان در بین کودکان روستایی بیشتر از کودکان شهری و حتی در بین بزرگسالان نیز وضعیت مشابهی وجود دارد. پایش های آماری حاکی از آن است که بزرگسالان روستایی بیشتر به منظور کشیدن دندان به دندانپزشک مراجعه می کنند. علت اصلی این مسئله را می توان در پایین بودن سطح دسترسی به خدمات دندانپزشکی در جوامع روستایی جویا شد. با افزایش دسترسی مردم به دندانپزشک، آگاهی مردم در این زمینه نیز بیشتر می شود و بالطبع بسیاری از عادات نادرست غذایی، بهداشتی و رفتاری از بین خواهد رفت و فرهنگ سازی مناسبی در جهت بهبود وضعیت سلامت دندان جامعه ایجاد می شود.

از آنجایی که مصوبه افزایش ظرفیت دندانپزشکی، به دانشجویان بومی اختصاص یافته است، به این

### گزارش

علیرضایی

خبرنگار سلامت

پس از افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی، شورای عالی انقلاب فرهنگی افزایش ظرفیت دندانپزشکی را مورد توجه قرار داد. در مرداد ۱۴۰۱ این شورا با تصویب ماده واحده «افزایش ظرفیت پذیرش دندانپزشکی در مقطع عمومی» دولت را مکلف کرد که ظرفیت پذیرش دندانپزشک را به صورت پلکانی طی ۵ سال از ۱۷۵۰ به ۳۳۰۰ نفر برساند. دولت سیزدهم بلافاصله این قانون را در آزمون سراسری سال ۱۴۰۱ اجرایی نمود. این گزارش در آستانه سال دوم اعمال این قانون، به چرایی اجرا و تشریح ثمرات این طرح می پردازد.

### سرانه دندانپزشکی افزایش می یابد

در حال حاضر سرانه دندانپزشک در کشور ۳۳ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است، در حالی که میانگین سرانه کشورهای پیشرو در حوزه سلامت ۸۰ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است. همچنین میانگین سرانه دندانپزشک در کشورهای منطقه ۴۲ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است. براساس آمارها، سرانه دندانپزشک در ایران، حتی از کشورهای همچون عربستان سعودی، ترکیه و قبرس نیز کمتر است. اولین نتیجه افزایش سرانه دندانپزشک در کشور، بیشتر شدن دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشت و درمان دهان و دندان است. به علاوه مراجعات درمانی به دندانپزشک، جای خود را به معاینات دوره ای برای پیشگیری از آسیب های دهان و دندان خواهد داد.

از سوی دیگر بیشتر شدن تعداد دندانپزشکان

زمینه را برای گسترش گردشگری سلامت دندان فراهم می کند. در حال حاضر به واسطه کمبود دندانپزشک در کشور، تعداد بیماران خارجی که خدمات سلامت دهان و دندان دریافت می کنند، بسیار کم است.

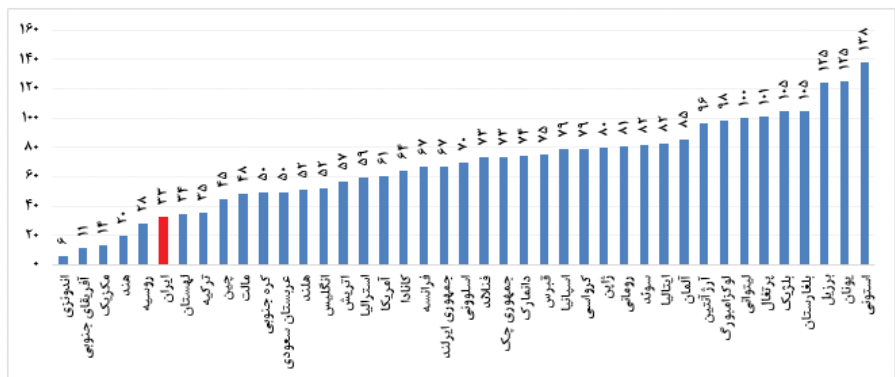
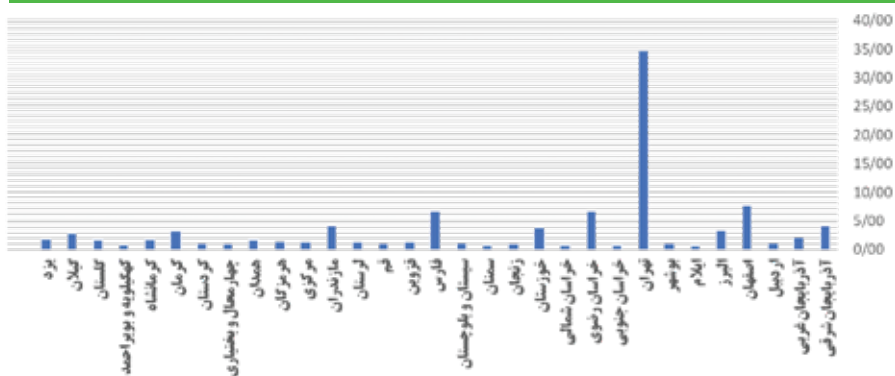
این در حالی است که ترکیه در همسایگی ایران، یکی از مقاصد اصلی گردشگری سلامت دهان و دندان در جهان به شمار می رود. برخی از گزارش ها تعداد بیمارانی که به منظور بهره مندی از این خدمات به ترکیه سفر می کنند را ۱۵۰ تا ۲۵۰ هزار نفر در سال برآورد کرده اند. به طور متوسط هر گردشگر حوزه سلامت بین سه تا پنج هزار دلار ارزآوری نیز به همراه دارد. با توجه به اینکه دندانپزشکی در ایران از کیفیت بسیار بالایی برخوردار است، جذب این گردشگران در درجه نخست در گرو فراهم کردن نیروی انسانی کافی است.



با افزایش دسترسی مردم به دندانپزشک، آگاهی مردم در این زمینه نیز بیشتر می شود. بالطبع بسیاری از عادات نادرست غذایی، بهداشتی و رفتاری از بین خواهد رفت و فرهنگ سازی مناسبی در جهت بهبود وضعیت سلامت دندان جامعه ایجاد می شود



## نمودار توزیع دندانپزشکان در کشور



نمودار ۱- مقایسه سرانه دندانپزشک ایران و کشورهای عضو گروه ۲۰ (دندانپزشک به ازای ۱۰۰ هزار نفر) ۲

به علاوه با توجه به سهم ۷۰ درصدی دستمزد دندانپزشکان از هزینه خدمات دندانپزشکی، کمتر درمانگری به سراغ فعالیت جدی در زمینه پیشگیری می‌رود. در نتیجه بخش زیادی از مردم تا زمانی که مجبور نباشند به دندانپزشک مراجعه نمی‌کنند؛ زیرا توانایی پرداخت هزینه‌های بالای آن را ندارند و در واقع از خدمات این بخش محروم می‌شوند.

با افزایش تعداد دندانپزشکان در هر شهر، مردم مطبی را انتخاب خواهند کرد که درمان را با کیفیت بیشتر و قیمت مناسب‌تر ارائه دهد. افزایش رقابت بین دندانپزشکان، با کاهش جذابیت مالی حوزه درمان آنان را به فعالیت در زمینه ترویج اصول سلامت دهان و دندان و پیشگیری از پوسیدگی نیز سوق می‌دهد. پیشگیری از پوسیدگی دندان نه تنها کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد، بلکه هزینه‌های درمانی زیادی را از روی دوش مردم و بیمه‌ها برمی‌دارد.

### سلامت دهان و دندان ارتقا می‌یابد

کمبود دندانپزشک در کشور، سطح سلامت دهان و دندان را پایین آورده است. همزمان با افزایش جمعیت کشور، بویژه جمعیت سالمندان، کمبود دندانپزشک شرایط دشوارتری نیز خلق خواهد کرد. بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اگر فردی دچار بیماری‌های دهان به خصوص بیماری‌های لثه شود، ریسک ابتلا به بیماری‌های قلبی، ریوی، کلیوی، آرتریت روماتوئید و در خانم‌های باردار، خطر زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن افزایش می‌یابد.

از طرفی طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ۶۰ تا ۹۰ درصد مردم به نوعی درگیر پوسیدگی دندان هستند. این مسأله در ایران نیز به وضوح دیده می‌شود. به طوری که در گروه سنی زیر ۶ سال و در دندان‌های شیری، شیوع پوسیدگی دندان بیشتر از میانگین جهانی است. به عبارت دیگر هر کودک ۶ ساله ایرانی به طور متوسط بیش از ۵ دندان پوسیده دارد. در گروه سنی ۱۲ سال نیز شاخص پوسیدگی دندان‌های دائمی وضعیت مناسبی ندارد و در هر کودک ۱۲ ساله ایرانی، به طور میانگین، نزدیک به دو دندان پوسیده وجود دارد. سلامت دندان در میان بزرگسالان نیز شرایط جالبی ندارد. هر ایرانی به طور متوسط ۳ تا ۳ دندان پوسیده دارد و تا ۷۰ سالگی دندان خود را از دست می‌دهد. این در حالی است که از ابتدای انقلاب به‌رغم صرف بودجه فراوان در حوزه سلامت، آمار پوسیدگی دندان افزایش یافته است.

پوسیدگی دندان از آن جهت اهمیت دارد که ممکن است در مدت زمان کوتاهی، منجر به کشیدن دندان شود. به علاوه ممکن است باعث عفونت دندان نیز بشود. گاهی عفونت دندان، تشکیل ترشحات عفونی و التهاب در محل پوسیدگی را به دنبال دارد. این عفونت می‌تواند از ریشه دندان به سایر بافت‌ها و عمقاً به فک و سایر ساختارهای صورت نیز گسترش یابد. با افزایش تعداد دندانپزشک در جامعه، امکان درمان بموقع برای مردم فراهم شده و پوسیدگی‌های دندان کاهش می‌یابد. همچنین افراد در سنین سالمندی تعداد دندان‌های سالم بیشتری خواهند داشت.

### تأمین زیرساخت‌ها همگام با افزایش ظرفیت

افزایش ظرفیت دندانپزشکی در کنار ثمراتی که به همراه دارد، نیازمند افزایش متناسب زیرساخت‌های آموزشی و رفاهی برای دانشجویان است. سازمان برنامه و بودجه چندی پیش اعلام کرد؛ بودجه آموزشی وزارت بهداشت نسبت به سال گذشته ۸۰ درصد افزایش داشته است. علاوه بر این، در ماه‌های اخیر اقدامات مثبتی در جهت جذب اساتید جوان از سوی وزارت بهداشت صورت گرفته است. در ادامه با تأمین بیشتر امکانات آموزشی و رفاهی، شرایطی فراهم خواهد شد که بدون کاهش کیفیت آموزش، دندانپزشکان بیشتری در کشور تربیت شوند.

ترتیب زمینه حضور پایدار دندانپزشکان در مناطق محروم فراهم شده و توزیع آنها در سطح کشور اصلاح می‌گردد. از طرفی ماندگاری آنها در این مناطق افزایش خواهد یافت و دغدغه مردم در مورد دسترسی عادلانه به دندانپزشک برطرف می‌شود.

### چشم‌انداز ۲۰ ساله دندانپزشکی محقق می‌شود

طبق آمارهای موجود، طی ۲۰ سال آینده جمعیت سالمند کشور حداقل دو برابر خواهد شد. این در حالی است که با بالا رفتن سن افراد، آسیب‌های دهان و دندان (و به تبع آن نیاز به دندانپزشک) به طور مضاعف افزایش می‌یابد. پاسخ‌گویی به این نیاز کشور، بیش از پیش لزوم افزایش ظرفیت دندانپزشکی را روشن می‌کند. دندانپزشکی یکی از بخش‌های پرهزینه حوزه درمان است. از طرفی طبق

اعلام مسئولان بهزیستی کشور، در حال حاضر نیمی از هزینه‌های درمانی کشور به سالمندان اختصاص می‌یابد. با توجه به حرکت شتابان جمعیت کشور به سمت پیری، در آینده‌ای نه چندان دور، کشور شاهد افزایش سرسام‌آور بار مالی خدمات دندانپزشکی سالمندان خواهد شد. یکی از راه‌حل‌های این مشکل، استفاده از قابلیت دندانپزشکان در فعالیت‌های ترویجی برای پیشگیری از پوسیدگی دندان است. بدیهی است با افزایش تعداد دندانپزشکان در کشور، زمینه برای این اقدام نیز فراهم می‌گردد.

### خدمات دندانپزشکی ارزان‌تر، با کیفیت بیشتر

طی سال‌های اخیر، پایین ماندن تعداد دندانپزشکان در کشور منجر به کاهش رقابت بین آنها شده است. این موضوع پیامدهایی نظیر کاهش کیفیت خدمات و افزایش قیمت‌ها را در برداشته و به تبع تمایل مردم برای استفاده از این خدمات را کاهش داده است. با وجود اینکه بیش از ۸۰ درصد دندانپزشکان کشور، در بخش خصوصی فعال هستند، در عین حال رقابت خاصی بین مطب‌های دندانپزشکی وجود ندارد. چرا که در شهرهای مختلف کشور، تعداد کم دندانپزشکان باعث عدم انگیزه در افزایش کیفیت ارائه خدمات شده است.



پایین ماندن تعداد دندانپزشکان در کشور منجر به کاهش رقابت بین آنها شده است. این موضوع پیامدهایی نظیر کاهش کیفیت خدمات و افزایش قیمت‌ها را در بر داشته و بالطبع تمایل مردم برای استفاده از این خدمات را کاهش داده است

گفت‌وگوی دبیر ستاد علم و فناوری شورای عالی انقلاب فرهنگی در زمینه افزایش ظرفیت آموزش پزشکی با «ایران»

## کار را به کاردان سپردیم

● گفت‌وگو

اسفندماه ۱۴۰۱، دکتر برزویی پس از ۱۵ ماه فعالیت در سمت معاونت خط مشی‌گذاری ستاد علم و فناوری شورای عالی انقلاب فرهنگی، به عنوان دبیر این ستاد منصوب شد. در ماه‌های اخیر دکتر برزویی با ایجاد تغییراتی، به دنبال پویاسازی این ستاد بوده است. مصاحبه حاضر، به سابقه اجرایی و برنامه‌های این مجموعه در جهت حل مشکلات نظام سلامت کشور پرداخته است.

**شهریور ۱۴۰۱، شورای عالی انقلاب فرهنگی مصوبه جدیدی را در زمینه «انتقال دانشجویان شاغل به تحصیل در خارج از کشور به دانشگاه‌های داخلی» ابلاغ کرد. چه عواملی باعث شد که شورا به این مسأله ورود کند؟**

در سال‌های گذشته برخی از دانشجویان ایرانی که در دانشگاه‌های خارج از کشور تحصیل می‌کردند، درخواست انتقالی به دانشگاه‌های داخل را داشتند. علت این درخواست به مسائل مالی، خانوادگی و ... بازمی‌گشت. اما به واسطه نواقصی که در قوانین وجود داشت، پذیرش این دانشجویان با مشکلاتی روبه‌رو شد و با اعتراض دانشجویان داخل و خارج همراه گردید. دانشجویان داخلی معتقد بودند که برخی با سوءاستفاده از ضعف قوانین موجود، آزمون سراسری را دور می‌زنند و پذیرش آنها مصداق بی‌عدالتی در آموزش است. در مقابل برای دانشجویان ایرانی که درخواست انتقالی به دانشگاه‌های داخلی را داشتند، چاره‌ای جز بازگشت به کشور باقی نمانده بود. مسئولان برای اصلاح نحوه پذیرش این دانشجویان، طی چند سال پی‌درپی، قوانین مختلفی را ابلاغ کردند. اما در عمل باز هم بخشی از مشکلات باقی ماند. سرانجام شورای عالی انقلاب فرهنگی با همکاری وزارت بهداشت توانست مصوبه فوق را تهیه و ابلاغ کند.

**در این مصوبه چه سازوکاری برای انتقال دانشجویان ایرانی اندیشیده شده است؟ این طرح چه مزایایی به دنبال خواهد داشت؟**

یکی از مواردی که در تهیه این مصوبه مورد توجه قرار گرفت، ارائه راه حلی عادلانه بود. در آزمون سراسری، از بین ۵۰۰ هزار داوطلب رشته تجربی، فقط ۱۰ هزار نفر (دو درصد داوطلبان) در رشته پزشکی قبول می‌شوند. در این مصوبه نیز همین نسبت ملاک عمل قرار گرفت. توضیح بیشتر اینکه بر اساس این مصوبه دانشجویانی می‌توانند در آزمون ارزیابی صلاحیت علمی شرکت کنند، که حداقل ۷۲ واحد درسی را در رشته پزشکی گذرانده باشند. دانشجویانی که بتوانند ۶۰ درصد حد نصاب قبولی را در آزمون کسب کنند، امکان تحصیل در مقاطع دکتری عمومی یا کارشناسی پزشکی را خواهند داشت. فقط دو درصد از تعداد کل شرکت‌کنندگان در آزمون، وارد دوره پزشکی عمومی می‌شوند. بقیه دانشجویان می‌توانند بر حسب ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی، در رشته‌های کارشناسی ادامه تحصیل بدهند.

این طرح از یک طرف مانعی برای دور زدن آزمون سراسری نخواهد بود و از طرف دیگر از ورود دانشجویان با بنیه علمی ضعیف به رشته پزشکی جلوگیری می‌کند. به علاوه دانشجویان ایرانی را که درخواست انتقالی به داخل کشور دارند از سردرگمی خارج می‌کند.

**یکی دیگر از مصوباتی که با پیگیری شورای عالی انقلاب فرهنگی به ثمر رسید، طرح افزایش ظرفیت پزشکی و دندانپزشکی است. مطالعات اجرایی این طرح بر عهده چه نهادی بود؟ آیا از نظرات کارشناسی وزارت بهداشت نیز کمی گرفته شد؟**

با اطمینان می‌توان گفت که بدون مشارکت کارشناسان وزارت بهداشت روند تهیه این مصوبه با مشکل روبه‌رو می‌شد. چرا که در مراحل مختلف، اطلاعات پایگاه داده وزارت بهداشت نقش مهمی در ایجاد تصویری روشن از وضعیت پزشکان کشور ایفا



عکس: عیوض‌الله شمس-ایران

**روی کار آمدن دولت سیزدهم ریاست آیت‌الله رئیسی در شورای عالی انقلاب فرهنگی، چه تأثیری در روند تصویب طرح افزایش ظرفیت پزشکی و دندانپزشکی داشت؟**

طی ۱۵ تا ۲۰ سال اخیر، دولت سیزدهم یکی از دولت‌هایی بوده که تاکنون بیشتر جلسات شورای عالی انقلاب فرهنگی را منظم برگزار کرده است. به عبارت دیگر فقط در مواردی که دکتر رئیسی در سفرهای خارجی به سر می‌برده‌اند، جلسات لغو شده است. علاوه بر این، جلسات «شورای معین» این شورا نیز هر هفته تشکیل می‌شود. این جلسات بسیار پربار هستند و به طور معمول ۴ تا ۵ ساعت بحث کارشناسی را به دنبال دارند. از طرفی جلسات «ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور» نیز هر هفته یا هر ۱۴ روز برگزار می‌شود. شاید بتوان گفت این اولین مرتبه است که جلسات شورای عالی و کمیته‌های مختلف آن، با این جدیت دنبال می‌شود. این تغییرات، حاصل باور جدی آقای رئیس جمهور به کارکرد این شورا است. چرا که رهبری معظم انقلاب نیز تأکیدهای فراوانی بر شورای عالی انقلاب فرهنگی به عنوان «قراگاه علم و فناوری کشور» داشته‌اند. ایشان انتظار بالایی از این شورا دارند و به همین واسطه آیت‌الله رئیسی نیز به طور منظم در جلسات شرکت کرده و پیگیری برگزاری جلسات شورای معین و دیگر کمیته‌ها هستند.

**برنامه شما جهت صیانت از این دستاوردهای تحولی تا اجرای کامل در ستاد علم و فناوری چه خواهد بود؟**

در سال ۱۴۰۲، شورای عالی انقلاب فرهنگی قصد دارد، در موضوعات مختلف «میز کارهای تخصصی» را فعال کند. هدف از ایجاد این میز کارها، تقویت پشتوانه کارشناسی طرح‌ها و برنامه‌ها در این شورا است. در حال حاضر پیش‌آمدهای مختلفی در جهان در حال وقوع است که بایستی برای همراهی و استفاده از آن‌ها، سند‌های جامعی وجود داشته باشد. به عنوان مثال مسأله هوش مصنوعی یا آمایش سرزمینی آموزش عالی از جمله این موارد هستند. اعضای این میز کارها را متخصصان هر موضوع تشکیل می‌دهند. حاصل گفت‌وگوهای این متخصصان، در قالب طرح‌هایی به جلسات شورای عالی ارائه خواهد شد تا در آن‌ها مورد تصمیم‌گیری گردد. راه‌اندازی «میز کار تحول نظام آموزش پزشکی» و «میز کار تحول سلامت»، دو اقدام اصلی شورا در حوزه سلامت است. در قالب این میز کارها با همکاری وزارت بهداشت و مشارکت نخبگان صاحب نظر، مسائلی از جمله جزئیات اجرای مصوبه افزایش ظرفیت پزشکی، دندانپزشکی و پزشکان متخصص و سایر مسائل مرتبط حوزه سلامت در دستور کار خواهد بود.

**در پایان اگر نکته‌ای باقی مانده است، مطرح بفرمایید.**

یک مسأله مهم که شورای عالی انقلاب فرهنگی همواره آن را دنبال می‌کند، اجرای کامل و درست مصوبات این شورا است. به عنوان مثال در مورد مصوبات افزایش ظرفیت پزشکی و دندانپزشکی، این شورا طی نامه‌نگاری‌های پی‌درپی با سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیگیر تخصیص بودجه لازم برای تأمین امکانات آموزشی و رفاهی شد. علاوه بر این سالانه با بررسی گزارش‌های وزارت بهداشت در زمینه افزایش ظرفیت‌ها، بر اجرای کامل این مصوبات نظارت می‌شود. چرا که تداوم این مصوبات بستگی به وضعیت کشور طی این سال‌ها دارد. بایستی از هم‌اکنون شرایط را به گونه‌ای فراهم کرد که پنج سال ابتدایی اجرای این مصوبات، حداکثر دستاوردها را برای نظام سلامت به دنبال داشته باشد. انتظاری که از صداوسیما و رسانه‌های مختلف وجود دارد این است که بیش از پیش اهمیت این طرح‌ها را برای جامعه روشن کنند. اجرای این طرح‌ها بدون همراهی مردم ممکن نخواهد شد. چرا که ایجاد خواست عمومی برای تحقق این تحولات، ضمانت اجرایی آنها است.

می‌کرد. من بارها از این وزارتخانه به واسطه همکاری که در این زمینه با شورا داشته تشکر کرده‌ام. کارشناسان وزارت بهداشت در جلسات شورای عالی انقلاب فرهنگی حضور پررنگی داشته‌اند و در تدوین جزئیات این مصوبه همواره نظرات آنان مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال میزان افزایش سالانه ظرفیت پزشکی یکی از توافقات مهم شورا و وزارت بهداشت بود. ما در شورا ضریب بالاتری را پیشنهاد داده بودیم اما با توجه به امکانات آموزشی-رفاهی و ظرفیت هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، افزایش ۲۰ درصدی به تصویب رسید.

**علاوه بر کمبود پزشک و دندانپزشک عمومی در کشور، دسترسی مردم به پزشکان متخصص نیز بسیار پایین است. در این زمینه آیا برنامه‌ای در دست اجراست؟**

بله، متأسفانه وضعیت دسترسی به پزشک متخصص بحرانی‌تر از دسترسی به پزشک عمومی است. به عنوان مثال طبق آخرین آمارهای سازمان نظام پزشکی، ۲۸۶ شهرستان کشور، جراح مغز و اعصاب ندارند. به علاوه از حدود ۴۵۰ شهرستان کشور، فقط ۲۸ شهرستان «جراح مغز و اعصاب زن» دارند. مثالی دیگر از کمبود متخصص در کشور، تعداد متخصصان زنان و زایمان است. ۹۱ شهرستان کشور از داشتن متخصص زنان و زایمان، محروم هستند. در کنار اینها کمبود تخصص‌هایی از جمله بیهوشی و ارتوپدی در بسیاری از شهرهای کشور، مردم را دچار مشکل کرده است.

طبق توافقی که با وزارت بهداشت شده، شورای عالی منتظر ارائه یک پیش‌نویس در زمینه افزایش ظرفیت پزشکان متخصص از سوی این وزارتخانه است. کارشناسان وزارت بهداشت تاکنون همکاری خوبی در این زمینه داشته‌اند و انتظار می‌رود با ارائه سریع‌تر طرح افزایش ظرفیت پزشکان متخصص، شرایطی فراهم شود که نیاز کشور به این پزشکان در سال‌های آینده تأمین شود.



این طرح از یک طرف مانعی برای دور زدن آزمون سراسری خواهد بود و از طرف دیگر از ورود دانشجویان با بنیه علمی ضعیف به رشته پزشکی جلوگیری می‌کند. به علاوه دانشجویان ایرانی را که درخواست انتقالی به داخل کشور دارند از سردرگمی خارج می‌کند

# بیمه سلامت برای همه

## دولت سیزدهم قانون بیمه همگانی را بعد از سی سال محقق کرد

گزارش

مهدی صابری

خبرنگار سلامت

از ششون مهم دولت، نقش آفرینی مؤثر، پایدار، مستمر و پویا در حوزه سلامت است. شأنی که در اصل ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به صورت شفاف به آن اشاره شده است. بند نهم از سیاست‌های کلی سلامت، با عنوان «توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت»، به جزئیاتی مانند کاهش سهم پرداختی از جیب، توجه به دغدغه‌های مالی همه‌آحاد به ویژه طبقه محروم و اصلاح نظام پرداخت معطوف بر توجه به کیفیت خدمات، می‌پردازد.

### بیمه سلامت رایگان اقشار کم درآمد

دولت سیزدهم در راستای تکالیف قانونی و تحقق سیاست‌های کلی سلامت، در اقدامی فوری، نزدیک به ۶ میلیون نفر از سه دهک کم درآمد جامعه را به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار داد. اقدامی که با وجود تکلیف قانونی، برای اولین بار پس از انقلاب اسلامی، انجام شد. در قالب این طرح، بیمه سلامت برای سه دهک اول رایگان است و بعد از آزمون ارزیابی وسیع، حق بیمه‌ای از آنان دریافت نخواهد شد و دهک‌های دیگر بعد از ثبت نام و آزمون وسیع، بر مبنای دهکی که در آن قرار می‌گیرند باید حق بیمه بپردازند.

با توجه به آئین نامه مصوب هیأت دولت، از افراد دهک ۱۰ مبلغ یک میلیون و ۴۳۵ هزار و ۲۰۰ تومان به صورت کامل دریافت می‌گردد. دهک درآمدی چهارم می‌بایست ۱۰ درصد، دهک درآمدی پنجم ۲۰ درصد، دهک درآمدی ششم ۳۰ درصد، دهک درآمدی هفتم ۴۰ درصد، دهک درآمدی هشتم ۶۰ درصد و دهک درآمدی نهم می‌بایست ۸۰ درصد از این مبلغ را پرداخت کنند.

### تحقق بیمه سلامت همگانی

سازمان بیمه سلامت به ۷ دهک بالای درآمدی نیز جهت بهره‌مندی از پوشش همگانی بیمه سلامت فراخوان داده تا تمامی اقشار درآمدی مردم براساس آزمون وسیع و با پرداخت درصدی از مشارکت در پرداخت حق بیمه تحت پوشش بیمه سلامت قرار گیرند.

از اهداف اصلی این برنامه، کاهش پرداخت از جیب بیماران است، که با این اقدام، آمار مذکور در سه دهک پایین کاهش چشمگیری خواهد داشت. به عنوان مثال در زمینه هزینه‌های بستری در بخش دولتی، ۹۵ درصد هزینه‌ها را سازمان بیمه سلامت پرداخت و پنج درصد از هزینه را نیز مردم پرداخت می‌کنند.

در بخش سرپایی نیز ۸۰ درصد هزینه‌ها سهم سازمان بیمه سلامت و ۲۰ درصد مابقی با مشارکت مردم پرداخت می‌گردد. از دیگر نکات مورد توجه در این برنامه، توجه به اقشار آسیب پذیر و محروم جامعه است. برای مثال در افراد تحت پوشش کمیته امداد و بهزیستی، حق بیمه (فرانشیز) پرداختی مردم در هنگام بستری نزدیک به صفر خواهد بود. همچنین این افراد وقتی از طریق نظام ارجاع (پزشک خانواده) به متخصصان مراجعه می‌کنند، هیچگونه هزینه‌ای را پرداخت نخواهند کرد و این عدد در هزینه‌های خدمات سرپایی هم به ۱۵ درصد کاهش پیدا کرده است؛ یعنی عمده هزینه‌ها توسط دولت پوشش

### عزمی همگانی برای پوشش همگانی

بیمه سلامت سه دهک نخست با همکاری بین بخشی سازمان‌های مرتبط از جمله سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی صورت گرفت. فرایندهای فوق بطور خودکار از طریق سامانه بیمه سلامت و پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان بدون نیاز به حضور مردم صورت گرفته و می‌گیرد. همینطور بیمه افراد در سه دهک اول به صورت خودکار تمدید می‌گردد. نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی نیز در راستای پایدارسازی اجرای طرح، در نشست علنی در تاریخ دوشنبه ۱۵ اسفندماه، در جریان بررسی بخش هزینه‌های لایحه «بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور»، با بند (ک) تبصره (۱۷) ماده واحده این لایحه موافقت کردند. براساس بند فوق سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در فروردین ماه هر سال با استفاده از «پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان»، افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین درآمدی را شناسایی و به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار دهد. همچنین این سازمان مکلف است سایر افراد متقاضی را در صورت تأیید براساس آزمون وسیع (با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان) تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.

### اجرای کامل قانون بعد از سی سال

«قانون بیمه همگانی» در ایران- که پوشش بیمه پایه برای همه ایرانیان را تکلیف کرده بود، به سال ۱۳۷۳ باز می‌گردد. در ماده چهارم این قانون صراحتاً نهادهای اجرایی مکلف شده اند با اولویت دادن به اقشار محروم و روستاییان، اقدام به همگانی کردن پوشش بیمه ای در کشور نمایند. البته در سال ۹۳ در قالب طرح تحول نظام سلامت، اقداماتی در این زمینه صورت گرفت اما فقدان پایگاه اطلاعات در زمینه برآورد نیازها، ایرادات ساختاری در حوزه تأمین مالی آن را با مشکلاتی مواجه کرد و در نهایت با عدم تأمین منابع مالی و مدیریت اشتباه آنها، این تکلیف قانونی تا سال گذشته مغفول مانده بود.

البته در راستای جلوگیری از تجربه‌های ناکام گذشته و جهت اجرای هرچه کارآمدتر این برنامه، سنجش شرایط افراد در این طرح، با توجه به اطلاعاتی خواهد بود که اکنون در قالب طرح اصلاح نظام یارانه‌ها، توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی استخراج می‌شود.

با این حساب پوشش بیمه‌ای و دهک‌ها به شکل دقیق‌تری محاسبه خواهند شد و قاعدتاً جمعیت هدف برای انتخاب در این طرح با دقت بیشتر و خطای کمتری تحت پوشش قرار خواهند گرفت. این نخستین بار بعد از انقلاب اسلامی است که اقدام به پوشش بیمه همگانی در ابعاد کل جمعیت و با شناسایی دقیق دهک‌های درآمدی انجام می‌شود. لازم به ذکر است حفظ و توسعه این برنامه در سال‌های آینده، نیازمند تأمین منابع پایدار جهت ارائه خدمات بهتر و گسترده‌تر در این زمینه است.



دولت سیزدهم در راستای تکالیف قانونی و تحقق سیاست‌های کلی سلامت، در اقدامی فوری، نزدیک به ۶ میلیون نفر از سه دهک کم درآمد جامعه را به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار داد. اقدامی که با وجود تکلیف قانونی، برای اولین بار پس از انقلاب اسلامی، انجام شد





یکی دیگر از اتفاقات مثبت این بود که سبد دارویی بیمه روستایی گسترش یافت. چرا که ۲۰ میلیون بیمه شده روستایی، فقط تعداد خاصی از اقلام دارویی را می‌توانستند تهیه نمایند. این مسئله اصلاح گردید و روستائیان نیز مانند شهرنشینان، از امکانات سبد دارویی نامحدود بیمه سلامت (البته با تجویز پزشک معالج) برخوردار شدند



● عکس: مجتبی عبدالملکی - ایران

رئیس سازمان غذا و دارو در گفت و گو با «ایران» از دستاوردهای این سازمان می‌گوید

## سم مهلک ارز ترجیحی دارو

### ● گفت و گو

در سال‌های اخیر، حوزه دارویی کشور درگیر مشکلات مختلفی بوده است. کمبودهای متعدد، بازار سیاه دارویی، تحریم‌های دارویی، قاچاق و تقلب گوشه‌ای از این معضلات هستند. از ابتدای فعالیت دولت سیزدهم اقدامات مهمی در جهت رفع گرفتاری‌های دارویی کشور انجام شده است. در این مصاحبه، دکتر محمدی، رئیس سازمان غذا و دارو به تشریح گذشته و آینده بازار دارو کشور پرداخته است. دکتر محمدی آبان ماه سال ۱۴۰۱ به این سمت منصوب شده است.

پوشش بیمه‌ای تنها شامل «پایین ترین قیمت داروی موجود در بازار» بود. یکی از اتفاقات خوب سال گذشته این بود که قرار شد برای داروهایی که حداقل ۵۰ درصد سهم بازار را در اختیار دارند، پوشش بیمه‌ای ایجاد شود. به عبارت دیگر، حتی اگر دارویی یک درصد سهم بازار را به خود اختصاص دهد اما قیمت پایین تری داشته باشد، بیمه آن را تحت پوشش قرار می‌دهد. خوشبختانه در طرح جدید این موضوع اصلاح شد. از دیگر اتفاقات خوب حاصل از طرح دارویار، این بود که ۴۶۲ قلم دارو که تا به حال تحت پوشش بیمه نبودند، به صورت یکجا تحت پوشش قرار گرفتند.

همچنین تعداد زیادی از مردم، هیچ‌گونه خدمات بیمه‌ای دریافت نمی‌کردند. بلافاصله بعد از اجرای طرح، نزدیک به ۶ میلیون نفر بیمه شدند. یکی دیگر از اتفاقات مثبت این بود که سبد دارویی بیمه روستایی گسترش یافت. چرا که ۲۰ میلیون بیمه شده روستایی، فقط تعداد خاصی از اقلام دارویی را می‌توانستند تهیه نمایند. این مسأله اصلاح گردید و روستائیان نیز مانند شهرنشینان، از امکانات سبد دارویی نامحدود بیمه سلامت (البته با تجویز پزشک معالج) برخوردار شدند.

باعث شد که ما برسیم به اینکه ارز ترجیحی، آفت بزرگی برای تولید است. در همین راستا از دو سال قبل از آغاز طرح «دارویار» شروع به برنامه‌ریزی برای حذف کامل آن کردیم. متأسفانه دولت قبل حاضر به اجرای آن نشد اما دولت سیزدهم بنا به نظر اکثر کارشناسان اقتصادی مبنی بر اینکه ارز ترجیحی واقعاً سم مهلکی است وارد عمل شد و طرح اجرایی گردید.

#### حال چرادر حوزه سلامت موفق تریبود؟

چون حوزه سلامت دارای نظام بیمه‌ای است، یعنی ما به وسیله آن می‌توانیم افزایش قیمت را جبران کنیم. زیرا طبق قانون قیمت برای مصرف‌کننده، نباید افزایش پیدا می‌کرد. بنابراین ما به نحوی این را اصلاح کردیم که قیمت برای مصرف‌کننده بالا نرود.

در گام اول ۹۷۰۰ قلم داروی تولید داخل، در مرحله دوم نیز ارز ترجیحی نزدیک به ۳ هزار قلم داروی وارداتی را حذف کردیم. در مجموع پس از اتمام طرح، ۱۴۵۰۰ قلم دارو مشمول اصلاح سیاست ارزی شدند.

در نتیجه این اقدامات ابتدا امتیاز انحصاری (رانت) نزدیک به ۳۰۵ تا ۳۰۷ میلیارد دلاری ارز ترجیحی به شدت کاهش پیدا کرد. به علاوه تنها در سال اول اجرای طرح (سال ۱۴۰۱) این عدد به ۱۰۷ میلیارد دلار کاهش پیدا کرد و باعث صرفه‌جویی حدود ۱۰۵ میلیارد دلار ارز ترجیحی گردید. قبل از اجرای طرح،

اقدام دولت در حوزه اصلاح سیاست‌های ارزی دارو و اقدام در راستای سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها چه دستاوردهایی در حوزه دارو برای مردم داشته است؟

ارز ترجیحی مشکلات زیادی برای حوزه دارو ایجاد کرده بود. برای مثال یکی از مشکلات اساسی این بود که خود ارز ترجیحی در دسترس نبود؛ چون ارز ترجیحی، ارز حاصل از فروش نفت خام و مشمول مشکلات تحریمی بود و دسترسی نداشتیم. انتقال آن نیز دشوار بود. معمولاً ارز نامرغوب را به ما می‌دادند. اختلاف قیمت ارز ترجیحی و آزاد، باعث می‌شد که قاچاق معکوس خیلی زیاد باشد. طبق برآورد ما در سال ۱۴۰۰، ۵ هزار میلیارد تومان قاچاق معکوس اتفاق افتاده است.

در این شرایط تولیدکننده داخلی خیلی ضربه می‌خورد. زیرا وقتی یک محصول با ارز ترجیحی وارد می‌شود، به کل اجزای محصول ارز ترجیحی تعلق می‌گیرد؛ اما تولیدکننده داخلی فقط برای ۲۰ تا ۳۰ درصد محصول (یک جزء کوچک از آن)، ارز ترجیحی دریافت می‌کند. بقیه مواد مورد نیاز را با قیمت آزاد از بازار می‌خرد. در حالی که واردکننده کاملاً از ارز ترجیحی استفاده می‌کند و در نتیجه واردات به صرفه‌تر بوده و تولیدکننده ضربه می‌خورد. همه این عوامل و خیلی از عوامل دیگر

#### سازمان غذا و دارو در ماه‌های آتی چه اقداماتی در

زمینه اصلاح قوانین و سیاست‌های دارویی خواهد

داشت؟

هنوز حوزه تجهیزات پزشکی مشمول ارز ترجیحی است. بعد از اصلاح زیرساخت‌ها، امکان اصلاح در این حوزه نیز فراهم می‌گردد. تأمین نقدینگی شرکت‌های تولیدکننده یکی از این زیرساخت‌ها است. تاکنون اقدامات خوبی در این زمینه انجام شده است. امسال مصوب شد که بانک مرکزی ۳۰ هزار میلیارد تومان مازاد بر تسهیلات قبلی، به شرکت‌های دارویی وام بدهد. این رقم در سال گذشته ۴۲ همت بود که امسال نسبت به سال ۱۴۰۰ رشد داشته و به عدد ۷۲ همت رسیده است.

#### با توجه به بروز کمبودهای دارویی به ویژه در زمینه

آنتی بیوتیک‌ها، اقدامات و دستاوردهای سازمان



### در مدیریت این کمبودها و پیشگیری از بروز آنها چه بوده است؟

در برهه‌ای که بنده مسئولیت گرفتم، کمبودهای زیادی در حوزه دارو وجود داشت. ذخایر دارویی نیز کاهش یافته بود. نمی‌توان گفت که فقط کم‌کاری وزارت بهداشت باعث این مشکلات شده بود. البته تولید دارو با وزارت بهداشت است، اما دستگاه‌های دیگر نیز در نتیجه رسیدن این طرح نقش دارند. برای مثال بانک مرکزی، تأمین‌کننده ارز، وزارت صمت، مسئول صدور پروانه‌های مربوط به ماشین‌آلات، گمرک، تسهیل‌کننده ترخیص داروها و سازمان‌های بیمه‌ای نیز تسویه‌کننده بدهی‌ها هستند.

با اصلاح سیاست‌های ارزی، قیمت مواد اولیه افزایش یافت. در نتیجه برای ترغیب تولیدکننده‌ها به تولید بیشتر، نیاز بود که تولید دارو به‌صرفه شود. در همین راستا مصوب شد که مواد اولیه، داروها و تجهیزات از پرداخت مالیات معاف باشند. این اقدام باعث شد خیلی از داروهایی که در گمرک معطل مانده بودند، ترخیص شوند و عرضه در داروخانه‌ها افزایش یافت.

از دیگر اقدامات ما پیگیری اختصاص ۱۵ همت تسهیلات به شرکت‌های دارویی بود تا سرمایه در گردش این شرکت‌ها تأمین شود. همچنین تعدادی از اقلام دارویی را که زیان‌ده بودند، در کمیسیون مجدد قیمت‌گذاری کردیم.

تأمین ماده اولیه توسط شرکت‌ها و سپس تولید دارو بسیار زمان‌بر بود. در نتیجه مجبور به واردات فوری تعدادی از اقلام شدیم تا نیاز جامعه به‌طور کامل تأمین شود. برای مثال سقف تولید ما برای سرم ۱۶ میلیون عدد است اما در آن بازه زمانی، نیاز کشور به ۲۱ میلیون عدد سرم رسیده بود. در نتیجه کمبود سرم کشور را از طریق واردات برطرف کردیم. در زمینه تولید هم در برخی از شرکت‌ها، خطوط تولیدی آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی و تزریقی، سه شیفته و شبانه‌روزی شدند تا نیاز رفع شود.

برای پیشگیری از بروز چنین کمبودهایی به شرکت‌ها اعلام کردیم که اگر در سامانه سازمان غذا و دارو، وضعیت موجودی داروی خود را ثبت نکنند، هنگام بروز کمبود در بازار، به سرعت مجوز واردات داروی مورد نظر را صادر خواهیم کرد.

### رهبر معظم انقلاب سال ۱۴۰۲ را سال «مهار تورم، رشد تولید» نام‌گذاری کرده‌اند. سازمان غذا و دارو چه برنامه‌ای برای تحقق این شعار در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی دارد؟

سازمان غذا و دارو، به منظور حمایت از تولید دانش بنیان، «دفتر دانش بنیان» را ایجاد کرده است. طی نامه‌نگاری‌هایی که انجام شد، شرکت‌های دانش بنیان به بازوهای مشورتی این دفتر متصل شدند. به علاوه این امکان فراهم شد که دفتر دانش بنیان به محلی برای حل مشکلات این شرکت‌ها تبدیل شود.

برنامه دیگری که امسال به نتیجه می‌رسد، طراحی فرایندی برای برون‌سپاری فعالیت‌های سازمان است. با اجرای این برنامه بخشی از فرایندهای زائد سازمان حذف می‌گردد. به

علاوه این امکان فراهم می‌شود که تعدادی از فرایندهای غیرحاکمیتی سازمان، برون‌سپاری شود. قصد داریم بیش از گذشته با دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی همکاری داشته باشیم. از طرفی تشکیل کمیته‌های مشورتی با اصناف و صنعتگران، زمینه را فراهم می‌کند تا در تصمیمات از آنان راهنمایی بگیریم. چرا که افراد باتجربه هر صنفی بهتر می‌توانند در سیاست‌گذاری‌ها به سازمان مشورت بدهند.

همه این اقدامات با هدف حمایت از تولیدکننده‌های داخلی دارو انجام می‌شود. انتظار می‌رود بتوانیم با ارائه تسهیلات و رفع موانع قانونی و اجرایی تولید، زمینه را برای فعالیت و پیشرفت این تولیدکننده‌ها فراهم نماییم.

### سازمان غذا و دارو در زمینه تسهیل مجوزهای کسب و کار چه اقداماتی کرده است؟

یکی از اقدامات مهم ما در این زمینه، ارائه بیشتر مجوزهای سازمان در سامانه صدور مجوز است. در حال حاضر این امکان وجود دارد که هر شخصی با مراجعه به این سامانه نسبت به گرفتن مجوز اقدام نماید. با این اقدام، فرایند صدور مجوزها سرعت می‌گیرد. پیگیر هستیم که مشکلات باقی‌مانده را نیز برطرف کنیم.

### در حال حاضر تعداد داروخانه‌ها به چه میزان رسیده و نسبت به گذشته چقدر رشد داشته است؟ برنامه سازمان برای بهبود دسترسی به این خدمات چیست؟

در دولت سیزدهم، حدود دو هزار داروخانه جدید در کشور راه‌اندازی شده است. افزایش تعداد داروخانه‌ها باعث ایجاد رقابت مثبت بین آنها می‌شود. این رقابت کیفیت خدمات را بالا می‌برد. البته این رقابت نباید منجر به افزایش مصرف دارو گردد. به هر حال یک داروخانه وقتی رقیب پیدا کند، سعی خواهد کرد که چیدمان قفسه‌ها زیباتر، فرایند پاسخگویی سریع‌تر و ارائه خدمات بهتر شود.

علاوه بر این با اصلاح آیین‌نامه قبلی تأسیس داروخانه‌ها، مدت زمان معطلی داروسازان برای دریافت سهمیه داروخانه کاهش پیدا کرد. تا پیش از این، داروسازان جوان برای دریافت این سهمیه، گاهی تا ۳۰ سال در نوبت می‌ماندند. به واسطه این اقدامات در بسیاری از مناطقی که نیاز به داروخانه داشتند، مشکل برطرف شد.

### اقدامات سازمان در زمینه توسعه محصولات دانش بنیان در حوزه تجهیزات پزشکی و دارو چه بوده است؟ چه برنامه‌ای جهت توسعه این محصولات دارید؟

در حوزه دارویی برای اولین بار سال گذشته داروهای بی‌هوشی در کشور تولید شدند و پس از رونمایی، روانه بازار گردیدند. به علاوه برای اولین بار یک داروی مربوط به سلول درمانی در کشور تولید و عرضه شد که برای درمان بیماری ویپلیگیو

(لک و پیس) کاربرد دارد.

در سال‌های گذشته، بر اثر تحریم‌های دارویی، داروی تشخیص و صرع مقاوم به درمان برای کودکان در دسترس نبود. پس از تولید این دارو در داخل کشور و پخش آن در داروخانه‌ها، به‌طور تقریبی مشکل کمبود این دارو برطرف شد. این دارو به‌طور معمول در کودکانی مصرف می‌شود که سن کمی دارند و از مشکلات عصبی و تشنج رنج می‌برند. تو حوزه تجهیزات پزشکی ما دستگاه الکتروشوک را برای اولین بار توسط یک شرکت دانش بنیان تولید کردیم. علاوه بر این، در زمینه ساخت دستگاه‌های ECG، با نوار قلب، نیز نوآوری‌هایی شده است. پیش از این، دستگاه‌های بزرگی برای گرفتن نوار قلب در کشور بومی‌سازی شده بود. اخیراً یک شرکت دانش بنیان دستگاه‌های کوچکی طراحی کرده که قابلیت اتصال به گوشی تلفن همراه را دارد. رابط‌های این دستگاه به بدن متصل می‌شوند و نوار قلب را روی صفحه گوشی نمایش می‌دهد. گزارش نوار قلب را می‌توان برای پزشک ارسال کرد تا بررسی و تصمیم‌گیری نماید. علاوه بر این، مواردی همچون CT scan، MRI، و شتاب دهنده‌های خطی، دستگاه‌هایی هستند که برای اولین بار توسط شرکت‌های دانش بنیان تولید شده‌اند. این دستگاه‌ها در مرحله نهایی توسعه قرار دارند و بزودی عرضه خواهند شد. به‌طور کلی پیشرفت‌های خوبی در زمینه داروسازی اتفاق افتاده که همکاران ما در مجموعه سازمان غذا و دارو به دنبال افزایش آن‌ها هستند.

### در پایان در مورد صادرات دارو و تجهیزات پزشکی در دولت سیزدهم صحبت کنید. صادرات کشور در این حوزه نسبت به گذشته چه میزان رشد داشته و برنامه‌های آتی سازمان در این زمینه چیست؟

در سال‌های گذشته، اختصاص ارز ترجیحی برای مواد اولیه باعث تولید داروهای ارزان قیمت یارانه‌ای می‌شد. به واسطه تفاوت قیمت دارو با خارج از کشور، بسیاری از گردشگران خارجی از ایران دارو می‌خریدند و با خود از کشور خارج می‌کردند. در واقع یارانه مردم ایران به جیب مردم کشورهای دیگر می‌رفت. از طرفی صادرات این داروهای یارانه‌ای ممنوع بود.

پس از گفت‌وگوهای بسیاری، توانستیم قوانین را در این زمینه تغییر بدهیم. جمع‌بندی بحث‌ها این شد که یا داروهای یارانه‌ای نباید صادر شوند و یا اگر شرکتی قصد صادرات آن‌ها را دارد، باید مابه‌التفاوت نرخ ارز آزاد و ترجیحی را پرداخت نماید. البته فقط دارویی مجوز صادرات می‌گیرد که تولید داخلی، از مصرف آن پیشی گرفته باشد. بعد از اجرای طرح دارویار و برداشته شدن ارز ترجیحی، محدودیت صادرات نیز حذف شد. با این اقدام، صادرات کشور در حوزه دارو از ۴۵ میلیون دلار، به ۷۰ میلیون دلار رسید. صادرات تجهیزات پزشکی نیز در این مدت افزایش یافته است. هدف‌گذاری این سازمان بیش‌تر از این اعداد است و امیدواریم با تلاش مداوم همکارانم در سازمان غذا و دارو به این اهداف برسیم.



امسال مصوب شد

که بانک مرکزی

۳۰ هزار میلیارد

تومان مازاد بر

تسهیلات قبلی، به

شرکت‌های دارویی

وام بدهد. این رقم

در سال گذشته ۴۲

همت بود که امسال

نسبت به سال ۱۴۰۰

رشد داشته و به عدد

۷۲ همت رسیده

است



# «تیتک»، دستاوردی در حکمرانی هوشمند

سامانه‌ای برای ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت اقلام سلامت محور که در دولت مردمی ارتقا یافته است

استفاده سیاستگذاران قرار گیرد.

## درگاه تجارت داخلی

به منظور رصد اطلاعات صدور پروانه اقلام، مجوزهای ورود اقلام به کشور، اطلاعات اشخاص حقیقی و حقوقی و مکان‌ها ایجاد شده است. این درگاه همچنین نحوه توزیع دارو و تجهیزات پزشکی بین شرکت‌های تأمین کننده، شرکت‌های پخش و مراکز عرضه از جمله داروخانه‌ها را در تمامی شهرها و استان‌های کشور به صورت برخط رصد می‌کند از این رو امکان کشف احتکار اقلام، خروج اقلام از زنجیره رسمی و قاچاق معکوس توسط این درگاه فراهم است (پیوست ۲: تصویری از داشبوردهای مدیریتی درگاه تجارت داخلی).

## درگاه اصالت سنجی

مهم ترین درگاه سامانه که با استفاده از آن از فروش بیمه‌ای اقلام تقلبی و قاچاق در مراکز عرضه که از مبادی غیررسمی وارد زنجیره تأمین شده‌اند، جلوگیری می‌شود. در حال حاضر صرفاً اقلام دارای برچسب اصالت معتبر امکان فروش بیمه‌ای در مراکز عرضه را دارند و چنانچه محصولی با برچسب تقلبی یا فاقد برچسب اصالت باشد، بیمه‌های درمانی از پرداخت هزینه برای آن خودداری می‌کنند و مرکز عرضه مجبور به ارجاع آن اقلام به شرکت‌های پخش یا تأمین کننده می‌گردد. از نظر فنی، سامانه شامل ۵ کلان سامانه و ۱۹ زیرسامانه است (شکل زیر). سامانه‌های پایه شامل اطلاعات پروانه‌های اقلام و اطلاعات ذینفعان شامل شرکت‌های تأمین کننده و توزیع کننده و سامانه‌های مجوزدهنده شامل اطلاعات کلیه مجوزهای صادره از طریق سامانه است. سامانه‌های زنجیره تأمین به ثبت اطلاعات تبادلات مالکیتی و مکانی اقلام سلامت محور پرداخته و سامانه‌های ارزش افزوده با استفاده از اطلاعات سامانه‌های پایه خدمات ارزش افزوده تولید می‌کنند. در حال حاضر سامانه به عنوان یک کلان سامانه به ۲۳ ذینفع حاکمیتی و خصوصی متصل و از طریق تبادل داده با این دستگاه‌ها به رصد هوشمند زنجیره تأمین و توزیع می‌پردازد.

## دستاوردهای تیتک

### کشف سامانه‌های تخلفات

فرایندهای سامانه بصورتی است که رعایت نشدن قاعده‌های سیاستگذار توسط مراکز ارائه خدمات، مراکز متخلف شناسایی می‌گردد. برای مثال از آنجا که هنگام فروش اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، سامانه بصورت خودکار تاریخ انقضای این اقلام را بررسی کرده و همراه ثبت سابقه فعالیت مرکز عرضه از فروش اقلام تاریخ گذشته نیز جلوگیری می‌کند. بدین ترتیب مراکز که بیشترین میزان استعمال اقلام تاریخ گذشته را دارند به عنوان مراکز پرخطر شناسایی می‌شوند. سامانه

## تحلیل

### دکتر حسین بانکی

#### کارشناس سلامت الکترونیک

حکمرانی هوشمند از جمله نیازهای اساسی سیاستگذاران و تصمیم‌گیران حوزه سلامت کشور به شمار می‌رود. وجود بیش از ۱۷۰ هزار مرکز ارائه خدمات سلامت شامل بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و ... و نیم میلیون ارائه دهنده خدمات شامل پزشک، پرستار، پیراپزشک و ... ضرورت استفاده از سامانه‌های الکترونیکی برای مدیریت هوشمند زنجیره تأمین را دوچندان می‌کند. گستردگی زنجیره تأمین و توزیع اقلام سلامت محور (شامل دارو، تجهیزات پزشکی، اقلام آرایشی و بهداشتی، غذا و آشامیدنی، طبیعی و مکمل) با بیش از ۷۴۰۰ شرکت تأمین کننده و ۹۰۰ هزار نوع محصول، با نقش آفرینی همزمان ذینفعان بخش حاکمیتی و خصوصی، ضرورت استفاده از روش‌های نوین مدیریت زنجیره را بیش از پیش برای سیاستگذاران آشکار ساخته است. سامانه ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت اقلام سلامت محور که به اختصار «تیتک» نامیده می‌شود به منظور مدیریت هوشمند زنجیره تأمین اقلام سلامت محور در سازمان غذا و دارو توسعه داده شده است.

### مشکلات زنجیره تأمین و توزیع اقلام سلامت محور

مشکلات را بصورت کلی می‌توان ذیل سه عنوان «ارزی»، «تأمین و توزیع و عرضه» و «اصالت اقلام» دسته‌بندی نمود (شکل ۱).

#### مشکلات ارزی

تأمین ارز برای واردات دارو و تجهیزات پزشکی و ... از دغدغه‌های مستمّر سازمان غذا و دارو و سایر دستگاه‌های حاکمیتی از جمله بانک مرکزی است. تخصیص ارز ترجیحی (یارانه) با نرخ ۴۲۰۰ تومانی به شرکت‌های واردکننده با هدف کاهش قیمت تمام شده اقلام برای بیماران و تفاوت نرخ ارز ترجیحی با بازار آزاد، لزوم رصد دقیق تخصیص ارز را دوچندان می‌سازد. دستگاه‌های حاکمیتی از جمله سازمان غذا و دارو، بانک مرکزی و گمرک بایستی میزان ارز تخصیصی برای هر شرکت برای واردات هر قلم دارو و تجهیزات پزشکی را از طریق تبادل اطلاعات بصورت مستمر پایش نمایند اما در برخی از موارد اختلافات آماری بین این دستگاه‌ها باعث بروز مشکل در سیاستگذاری تأمین اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی می‌گردد.

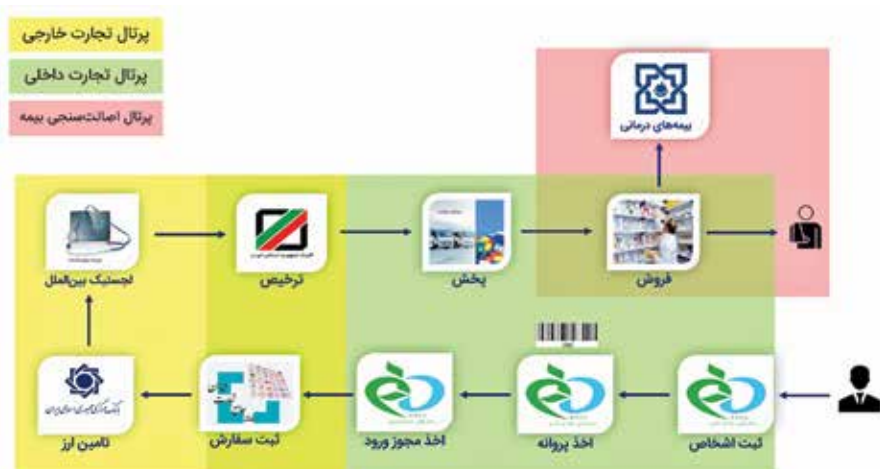
#### مشکلات تأمین و توزیع و عرضه

تأمین کافی و بموقع اقلام سلامت محور برعهده سازمان غذا و دارو است اما با این حال کمبودهای مقطعی این اقلام باعث ایجاد مشکلات فراوان برای بیماران و کادر درمان می‌شود. کمبود شیرخشک در سال ۱۴۰۲، کمبود سمعک در سال ۱۴۰۱، کمبود آنتی بیوتیک‌ها و سرم در سال ۱۴۰۱، کمبود انسولین در سال ۱۳۹۹ و ... تنها بخشی از کمبودهای سالیان گذشته است.

#### مشکلات اصالت اقلام

اصالت اقلام مورد استفاده توسط بیماران و مراکز درمانی از

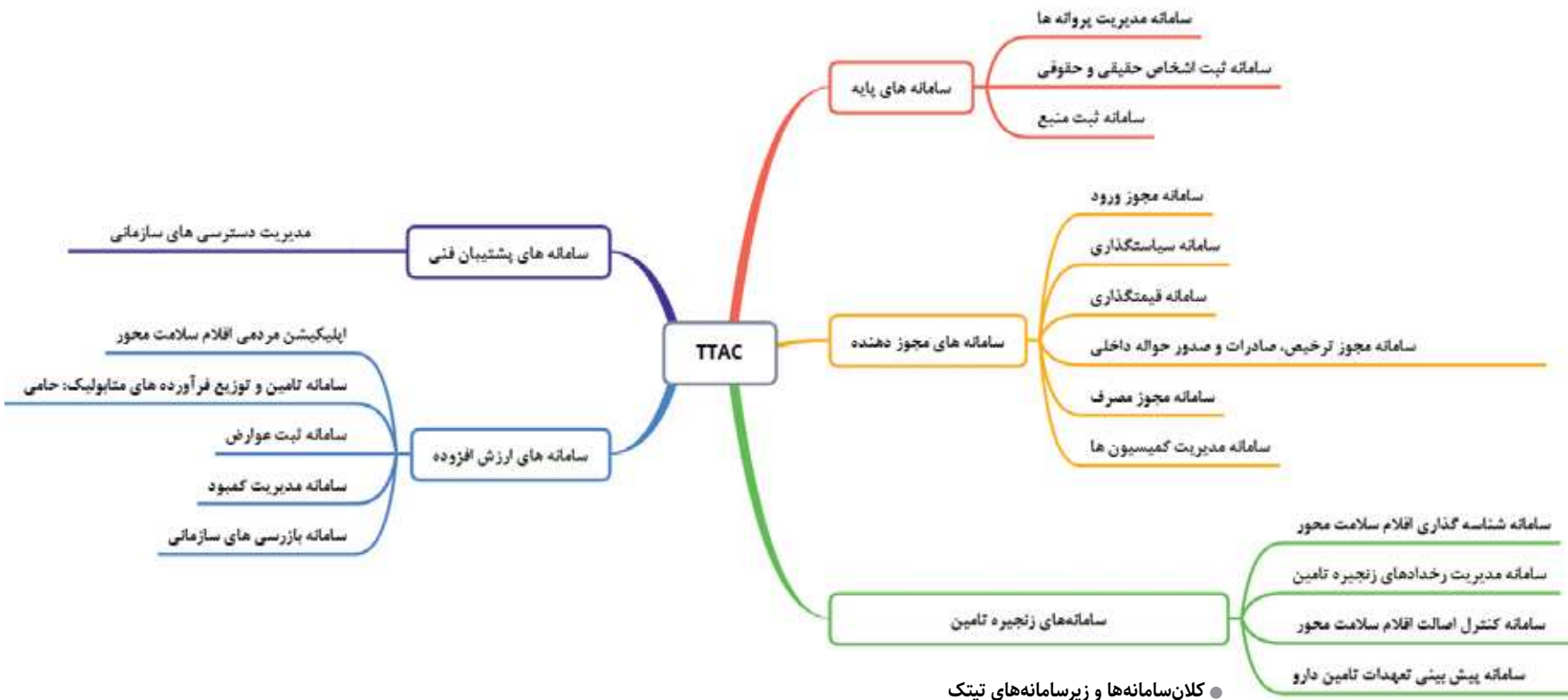
1-Track and Trace and Authentication Control (TTAC)



شکل ۲: زنجیره تأمین اقلام سلامت محور و نحوه رصد الکترونیک آن در سامانه با استفاده از درگاه‌های سامانه



شکل ۱



● کلان سامانه ها و زیرسامانه های تیتک

و قیمتی به اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی در سامانه که با سایر فرایندها (نظیر فرایند صدور مجوز ورود و مجوز ترخیص) در ارتباط است بصورت سامانه ای انجام شده است.

**بازرسی هوشمند**

انجام بازرسی های میدانی از ذینفعان متعدد و متنوع نظام سلامت به منظور برخورد و پیشگیری از وقوع تخلفات، در صورتی که مبتنی بر اطلاعات و هدفمند نباشد، بی تأثیر خواهد بود.

سامانه از طریق ثبت اطلاعات و ارائه شاخص های ارزیابی

انسانی از طریق حذف ادارات زاید نیز شده است؛ برای مثال اداره واردات و صادرات سازمان که پیشتر امور مرتبط با مجوزها را پیگیری می نمود، پس از توسعه سامانه و سیستمی سازی صدور مجوزها از ساختار اداره دارو حذف گردید. همچنین با حذف امضاهای طلایی بی ضابطه، پیشگیری از وقوع فساد را در پی داشته است.

**اصلاح فرایندها**

تیتک توانسته بیش از ۱۰۰ فرایند کلیدی سازمان غذا و دارو را الکترونیکی سازد. به عنوان نمونه، فرایند سیاست دهی تعدادی

تاکنون جلوی فروش ۴۰ میلیارد تومان داروی تاریخ گذشته و همچنین با فروش ۵۰۰ میلیارد تومان دارو به بیمه های درمانی توسط داروخانه های متخلف را گرفته است.

سامانه امکان اعمال تنبیه را برای سیاستگذاران فراهم کرده و سازمان می تواند از طریق غیرفعال کردن سامانه ای شناسه مکان مراکز (GLN) متخلف، امکان استعلام بیمه ای این اقلام را از آنان سلب و فعالیت اقتصادی این مراکز را محدود سازد. تیتک با بررسی و تحلیل داده های ثبت شده از فعالیت شرکت های تأمین کننده و مراکز ارائه خدمات امکان کشف تخلف را فراهم ساخته و اگر شرکت تأمین کننده ای اقدام به اخذ ارز دولتی نموده و نسبت به واردات دارو اهمال کند، با بررسی داده های تأمین ارز و ترخیص آن شرکت در سامانه، تخلف شرکت محرز و امکان برخورد قانونی فراهم می گردد.

**سیاستگذاری داده محور**

ثبت فعالیت شرکت های ذینفع سامانه، در زمینه تجارت خارجی و تجارت داخلی، باعث فراهم آمدن کلان داده های ارزشمند زمانی ثبت سفارش، تأمین ارز، ترخیص، پخش و ... شده است. کلان داده های فوق، استخراج کلان الگوهای بوم تأمین و توزیع اقلام سلامت محور را جهت اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد و اطلاعات برای سیاستگذاران را فراهم می سازد. از طریق بررسی روندهای زمانی داده های ترخیص دارو و تجهیزات پزشکی می توان نسبت به شناسایی میزان نیاز ارزی و تعدادی این اقلام در کشور با هدف برنامه ریزی برای تأمین در سال های آتی و جلوگیری از وقوع کمبودها اقدام نمود.

همچنین سیاستگذاران امکان بررسی وابستگی کشور به واردات این اقلام و برنامه ریزی برای جایگزینی تولید داخل را در اختیار دارند؛ به عنوان مثال اداره کل تجهیزات پزشکی با بررسی داده های سابقه واردات این اقلام، اقدام به احصاء اولویتهای تولید داخل و انتشار عمومی داشبوردهای مدیریتی در سال ۱۴۰۲ نمود تا مورد استفاده شرکت های تولیدکننده و دانشگاه ها قرار گیرد.

**حذف بوروکراسی اداری**

الکترونیکی سازی فرایندهای کاغذی از یک سو و حذف فرایندهای زاید در تجارت داخلی و خارجی اقلام سلامت محور از سوی دیگر باعث حذف بسیاری از بوروکراسی های اداری زاید شده و تسهیل فرایندها گردد. به عنوان نمونه، در حال حاضر مجوز ورود و مجوز ترخیص تمامی اقلام سلامت محور بدون دخالت عامل انسانی حتی در روزهای تعطیل صادر می گردد؛ بدین صورت که تمامی بررسی ها و تطابق اطلاعات توسط سامانه انجام شده و در صورت نبود مشکل، مجوز مربوطه ظرف مدت چند دقیقه صادر می گردد. سیستمی سازی فرایندها در برخی از موارد منجر به کاهش بار کاری نیروی



● ذینفعان متصل به سامانه برای تبادل اطلاعات

بصورت سیستمی، امکان شناسایی مراکز و ذینفعان پرخطر و متخلف را برای بازرسان فراهم و بدین ترتیب بازرسی پراکنده و کور را به بازرسی هدفمند و نقطه‌زن تبدیل می‌نماید. به عنوان نمونه سازمان غذا و دارو در سال ۱۴۰۲ از طریق بررسی داده‌های توزیع شرکت‌های پخش دارویی در سامانه، مراکز متخلف را شناسایی و نسبت به پلمپ مراکز مذکور اقدام نمود. همچنین زیرسامانه «بازرسی‌های سازمانی» امکان مدیریت جمعیتی را در اختیار بازرسان سازمان قرار داده است.

### گزارشات ارزی

در حال حاضر سامانه رصد تخصیص ارز به بیش از ۹۰۰ هزار قلم کالای سلامت محور و ۷۵۰۰ شرکت واردکننده را به صورت برخط انجام می‌دهد. داشبوردهای مدیریتی سامانه امکان برخط میزان ارز دولتی دریافتی ذیل ادارات کل این سازمان را فراهم ساخته است. علاوه بر رصد برخط تخصیص ارز، گزارشات دوره‌ای از روندهای ارزی منتشر و در اختیار دستگاه‌های حاکمیتی ذینفع قرار می‌گیرد.

### توزیع واکسن کرونا

در دوران کرونا، مدیریت تزریق واکسن از طریق اصالت‌سنجی در سامانه صورت گرفت. بدین ترتیب امکان رصد پراکندگی واکسیناسیون و عوارض واکسن‌های تزریقی به صورت برخط از طریق داده‌های سامانه فراهم شد.

### اصالت‌سنجی اقلام مصرفی توسط مراکز

جلوگیری از مصرف اقلام قاچاق (مشکل مهم زنجیره تأمین و توزیع) از طریق ثبت شناسه‌های اقلام اصیل در سامانه و سپس استعلام شناسه‌ها پیش از مصرف امکان‌پذیر است. در حال حاضر مراکز ارائه خدمات ملزم هستند که پیش از مصرف برای ۱۳۵۰ ژنریک دارویی و ۱۷۰ ایندکس تجهیزات پزشکی، فرایند استعلام اصالت شناسه اقلام را انجام دهند و تنها در صورتی مجاز به ارائه اقلام هستند که پاسخ معتبر از سامانه دریافت کنند. پوشش بیمه‌ای اقلام گرانبه‌تر منوط به استعلام اصالت و دریافت پاسخ معتبر از سامانه شده بنابراین در صورتی که مرکز ارائه خدمت از استعلام استنکاف نماید یا شناسه‌های نامعتبر و تقلبی استعلام نماید، هزینه‌ای از بیمه دریافت نمی‌کند. اصالت‌سنجی و ثبت شناسه رهگیری اقلام برای هر کد ملی این امکان را در اختیار سازمان قرار می‌دهد که مصرف هر بسته دارویی یا تجهیزات پزشکی را در انتهای زنجیره در کشور بصورت تک‌شماری رصد نماید.

### قابلیت‌های عمومی سامانه

تیتک علاوه بر دستاوردهای حاکمیتی در مدیریت هوشمند زنجیره تأمین و توزیع، دارای قابلیت‌های عمومی است که می‌تواند توسط مردم مورد استفاده قرار گیرد.

### آمارنامه‌های برخط

براساس داده‌هایی که شرکت‌های پخش دارویی به سامانه ارسال می‌کنند امکان رصد توزیع ۲۶ هزار قلم دارو در تک‌تک

انبارها و داروخانه‌های کشور وجود دارد. این داده‌ها امکان انتشار آمارنامه‌های دارویی برخط را فراهم کرده است. از آنجا که میزان توزیع این اقلام به تفکیک شهر، استان و داروخانه در دسترس مدیران قرار دارد، می‌توان انواع تصمیم‌های سیاستی درباره این اقلام اتخاذ نمود. آمارنامه دارویی پیش‌تر فقط سالی یکبار و به صورت جمعیتی منتشر می‌شد اما در حال حاضر با توجه به داده‌های سامانه، بصورت روزانه، هفتگی، ماهانه و سالانه در دسترس مدیران و پژوهشگران قرار دارد. علاوه بر دسترسی مدیران، آمارنامه دارویی ماهانه بصورت عمومی در اختیار شرکت‌های پخش دارویی قرار گرفته است تا ضمن ارائه بازخورد به این شرکت‌ها برای اصلاح داده‌های خود در سامانه براساس اطلاعات انبارها، امکان تحلیل بازار و مدیریت توزیع برای خود شرکت‌های پخش فراهم گردد.

شناسه‌گذاری اقلام سلامت‌محور (به ویژه دارو و تجهیزات پزشکی) توسط شرکت‌های تأمین‌کننده و ثبت اطلاعات شناسه‌ها، امکان انتشار آمارنامه مبتنی بر شناسه‌گذاری را براساس اطلاعات شرکت‌های تأمین‌کننده است و آمار مربوط به ابتدای زنجیره تأمین را نشان می‌دهد.

### اصالت‌سنجی اقلام مصرفی توسط مردم

برنامک تلفن همراه سامانه، امکان اصالت‌سنجی اقلام سلامت‌محور را برای عموم مردم پیش از مصرف فراهم کرده و تمامی اقلام وارداتی و تولیدی دارو و تجهیزات پزشکی ملزم به الصاق شناسه اصالت بر روی محصول هستند و چنانچه کالایی فاقد برچسب اصالت باشد یا پس از استعلام از سامانه پاسخ نامعتبر دریافت شد حاکی از تقلبی بودن کالا است. علاوه بر این، مردم می‌توانند از طریق استعلام کالای فرآورده، از مشخصات محصول مطلع گردند.

### جست و جوی داروی کمیاب

تیتک امکان جست و جوی داروهای کمیاب برای عموم مردم فراهم کرده و افراد با انتخاب نام داروی مصرفی و مشخصات جغرافیایی خود روی نقشه، از آخرین فروش داروی مورد نظر در نزدیک‌ترین داروخانه‌های اطراف با خبر می‌شوند.

### روند توسعه تیتک در دولت سیزدهم

تکمیل و بلوغ فرایندی تدریجی با پیگیری مستمر است که اهم اقدامات انجام‌شده برای توسعه و استقرار آن در دولت سیزدهم عبارت است از:

- آغاز اتصال مراکز بستری به طرح کنترل اصالت بیمه‌ای
- آغاز طرح کنترل اصالت بیمه‌ای تجهیزات پزشکی با ۴۰ ایندکس و سپس افزایش به ۱۷۰ ایندکس
- استقرار شناسه‌گذاری تجهیزات پزشکی
- ایجاد داشبوردهای مدیریتی زنجیره تأمین تجهیزات پزشکی و دارو
- آغاز طرح کنترل اصالت شیرخشک‌های رژیمی و

غذای ویژه

- طراحی پروتکل رتبه‌بندی شرکت‌های پخش و استقرار رتبه‌بندی
- افزایش اقلام استعلام اصالت بیمه‌ای دارو به ۱۳۵۰ ژنریک
- طراحی و انتشار گزارشات و داشبوردهای عمومی از جمله آمارنامه‌های دارویی برخط
- تدوین و امضای تفاهنامه همکاری با وزارت صحت در مورد کالاهای سلامت‌محور
- تحلیل و طراحی فرایند ترخیص صادراتی و قیمت‌گذاری دارو
- پشتیبانی داده‌ای و آماری اجرای طرح دارویار

### اقدامات پیش‌رو

از جمله پروژه‌ها و اقدامات فنی جهت توسعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- طراحی و استقرار کارپوشه‌های اعضای زنجیره تأمین برای ثبت اطلاعات تبادل‌ات مالکیتی و مکانی اقلام
- طراحی، بازرراحی، بهینه‌سازی و استقرار فرایندهای جدید تجارت خارجی از جمله صدور سیستمی مجوز صادراتی، صدور سیستمی مجوز ورود، صدور مجوز اموال تملیکی
- افزایش اقلام مشمول طرح کنترل اصالت بیمه‌ای در اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی
- تکمیل استقرار طرح کنترل اصالت در مراکز بستری برای اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی
- بازرراحی ثبت شناسه مکان (GLN) مراکز عرضه اقلام سلامت محور
- طراحی و انتشار آمارنامه تجهیزات پزشکی
- طراحی و استقرار فرایند صدور و تمدید پروانه برای سایر کالاهای سلامت‌محور از جمله فرآورده‌های طبیعی، سنتی، شیر خشک و غذای ویژه
- ایجاد داشبوردهای مدیریتی جدید برای با هدف رصد هوشمند فعالیت‌های زنجیره تأمین از جمله داشبوردهای سیاست‌گذاری، رتبه‌بندی تأمین‌کنندگان، قیمت‌گذاری

### تجربه‌ای برای توسعه سایر سامانه‌ها

تیتک با طی کردن مسیر توسعه در طی ۱۰ سال اخیر، اکنون یکی از سامانه‌های بزرگ کشور در حوزه کالاهای سلامت‌محور است که مورد استفاده ذینفعان بخش حاکمیتی و خصوصی قرار دارد. تجربه‌های اندوخته در مسیر پر فراز و نشیب توسعه و استقرار این سامانه می‌تواند به عنوان الگو و دورنما در توسعه سایر کلان سامانه‌های کشور مورد استفاده قرار گیرد.

## نگاهی به دستاوردهای انستیتو پاستور ایران در دولت سیزدهم

# تولید واکسن استاده در خط مقدم

### تولید واکسن پاستوکوک و پاستوکوک پلاس

انستیتو پاستور ایران در دولت سیزدهم موفق به تولید بیش از ۱۶ میلیون دوز واکسن پاستوکوک و پاستوکوک پلاس شد.

### تولید واکسن ب‌ت‌ژ و فراورده اینتراویکال لیوفلیزه (پاستوسیس)

فراورده استراتژیک ضد سرطان اینتراویکال لیوفلیزه پاستوسیس به میزان بیش از ۸۰ هزار ویال به نظام سلامت عرضه شده است.

### تولید واکسن هیپاتیت ب

در طول فعالیت دولت سیزدهم بیش از ۵ میلیون دوز واکسن هیپاتیت ب ۱۰ دوزی اطفال تولید کرده است.

### نصب و راه اندازی واکنش گاه‌های زیستی خط تولید صنعتی واکسن‌ها و کشت سلول‌های جانوری

راه اندازی ۲ بیوراکتور ۵۰۰ لیتری کشت سلول از نوع پرفیوژن و وجود دانش فنی تولید پروتئین‌های نوترکیب با استفاده از سلول‌های سوسپانسیون توان انستیتو پاستور ایران را در تأمین نیازهای سلامت محور کشور در راستای توسعه تولید سایر واکسن‌ها و فرآورده‌های زیستی بر پایه کشت سلول به صورت چشمگیری ارتقا داد

### تولید واکسن هاری دامی

اولین سری ساخت واکسن هاری دامی در دولت سیزدهم با تلاش‌های مستمر بخش تولید واکسن‌های ویروسی پس از بهینه‌سازی فرایند فعال سازی ویروس در حدود ۲۰ هزار دوز تولید شد.

### تولید محلول‌های تزریقی

با توجه به نیاز بیمارستانی به محلول‌های تزریقی این مجتمع بیش از ۲ میلیون ویال از محصولات مختلف شامل سولفات منیزیم، لیدوکائین، پتاسیم کلراید در زمان استقرار دولت سیزدهم تولید و عرضه شده است.



● داشبوردهای مدیریتی درگاه تجارت داخلی سامانه

کیت تشخیصی غربالگری واریانت آمیکرون

با ظهور سویه آمیکرون در کشور آفریقای جنوبی که نسبت به سویه های قبلی سرایت پذیری بالایی داشت، سیستم بهداشتی را بر آن داشت که غربالگری سریع و به دنبال آن اقدامات کنترلی و بهداشتی مؤثر در کنترل این واریانت را در کشور مد نظر قرار دهد ساخت کیت غربالگری واریانت آمیکرون توسط انستیتو پاستور ایران انجام شد.

کیت تشخیص همزمان آنفولانزا و کووید-۱۹

به دنبال افزایش آمار موارد مثبت کروناویروس در کشور و همچنین با نزدیک شدن به فصول سرد سال محققان آزمایشگاه مرجع کشوری COVID-19 کیت تشخیص مولکولی همزمان ویروس آنفولانزا و کرونا ویروس را طراحی و تولید نمود که در آبان ماه ۱۴۰۰ در کل شبکه تشخیص مولکولی COVID-19 توزیع و مورد استفاده قرار گرفت.

تولید کیت غربالگری آبله میمونی

کیت غربالگری آبله میمونی بر اساس روش Real time PCR سایبرگرین طراحی شد. انستیتو پاستور ایران از اوایل خردادماه کیت غربالگری ارتوپاکس ویروس را تولید کرد که در اختیار ۱۴ دانشگاه علوم پزشکی کشور به عنوان قطبهای دانشگاهی قرار گرفت که به عنوان آزمون غربالگری برای شناسایی اولیه بیماران مشکوک مورد استفاده قرار می گیرد.

صادرات اولین محموله واکسن هیپاتیت ب و پوٹ و ژانستیتو پاستور ایران به کشور ونزوئلا

اولین واکسن های صادراتی انستیتو پاستور ایران بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، به مقدار ۲۰۰ هزار دوز واکسن ب و ۲۰۰ هزار دوز واکسن هیپاتیت ب به کشور ونزوئلا صادر و فروخته شد.

کیت تشخیص مولکولی بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

تشخیص قطعی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو تنها از طریق بررسی آزمایشگاهی محقق می شود. این کیت در ۱۰ استان با در نظر گرفتن پراکندگی جغرافیایی و بیشترین موارد مثبت گزارش شده تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در سال های گذشته، توزیع شد.



# در مسیر انضباط مالی

اتصال دانشگاه‌های علوم پزشکی به حساب واحد خزانه جهت انضباط مالی حوزه درمان

## یادداشت

امیرحسین صالحی

پژوهشگر اقتصاد سلامت

دولت، در حالی یکی از بزرگترین مشکلات اقتصادی ایران است که تاکنون، حتی ابزار برآورد نیازهای واقعی هر دستگاه دولتی به منابع مالی در دسترس نبوده و دولت‌ها از میزان واقعی بودن مصارف خود مطلع نبوده‌اند. از این جهت، ائتلاف و انحراف منابع یکی از معضلات همیشگی در دستگاه‌های دولتی بوده که در دهه‌های اخیر، با خلق پول و در نتیجه تورم، به آن پاسخ داده می‌شد.

براساس اصل ۵۳ قانون اساسی باید کلیه دریافت‌های دولت در حساب‌های خزانه‌داری کل متمرکز شود و همه پرداخت‌ها نیز باید در حدود اعتبارات مصوب به موجب قانون انجام گیرد. از این رو، طبق بند (ب) ماده ۱۷ قانون ششم توسعه، جهت افزایش سرعت و کارایی گردش حساب‌های درآمدی و هزینه‌ای دولت همچنین جهت شفاف‌سازی درآمدها و پرداخت‌های دولت، شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی و ایجاد امکان نظارت برخط بر آنها، کلیه حساب‌های بانکی اعم از ریالی و ارزی باید صرفاً از طریق خزانه‌داری کل کشور و نزد بانک مرکزی افتتاح شود و دستگاه‌های مربوطه نیز موظفند کلیه دریافت‌ها و پرداخت‌های خود

سود سپرده یا موارد دیگر، حقوق کادر درمان را با ۱۶ ماه تأخیر واریز می‌کردند. براساس گزارش «تفریح بودجه ۶ ماهه ۱۴۰۱» دیوان محاسبات، ۲۹ دانشگاه علوم پزشکی، حساب غیرمجاز در شبکه بانکی داشتند. دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، گیلان، تبریز، قزوین، خراسان شمالی، کرج، ایران و آذربایجان غربی به ترتیب با بیشترین تعداد حساب غیرمجاز، در مجموع ۱۹۳۵ حساب غیرمجاز داشتند. بنابراین، این مشکلات از نبود یک سازگار نظارت بر دخل و خرج دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها خبر می‌داد.

### ائتلاف یا کمبود بودجه

کسری بودجه یا به عبارتی ناهمخوانی درآمدها و مصارف

بهمین ماه ۱۴۰۱ بود که عبدالله دیده‌بان، رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان قزوین، در یک مصاحبه بیان کرد: پزشکان متخصص استان قزوین ۱۶ ماه است که کارانه خود را دریافت نکرده‌اند و به همین خاطر اغلب پزشکان متخصص تمایل به همکاری با بیمارستان‌های دولتی ندارند. از طرف دیگر، مدیرکل امور دانشجویی وزارت بهداشت، در اسفند ۱۴۰۱، با اشاره به بدهی انباشته دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه تغذیه گفت: دانشگاه‌های علوم پزشکی ۱۵۰۰ میلیارد تومان به پیمانکاران بدهی دارند! این در حالی بود که طبق گزارش تفریح بودجه دیوان محاسبات، دانشگاه علوم پزشکی قزوین بیش از ۲۰۰ حساب غیرقانونی در بانک‌های خصوصی داشت. از این رو، با انتقال بودجه تخصیص داده‌شده دانشگاه به این حساب‌ها برای کسب



اجرای قانون حساب واحد خزانه و ایجاد سازوکار پرداخت به ذی نفع نهایی، این امکان را به دولت‌ها می‌دهد که بتوانند بر مصارف و درآمدهای خود اشراف کامل داشته باشند. قانونی که توسط بیش از ۹۰ درصد دستگاه‌های دولتی اجرایی شده است



این قانون از این جهت مهم است که تأثیر بسزایی در انضباط مالی دولت و ایجاد سازوکارهایی برای مدیریت جریان نقدینگی و هزینه کردهای دولت دارد و می تواند از شدت کسری بودجه دولت کاسته و از استقرار دولت مرکزی و شبکه بانکی جلوگیری کند

در ارتباط است و انحراف در آن، ضررهای هنگفتی را به کشور وارد می کند. از این جهت باید این بخش از بودجه تحت نظارت نهادی خارج از دانشگاهها قرار می گرفت که در موقعیت تعارض منافع در امر نظارت بر فعالیت خود نباشد؛ از این رو امکان سپردن اختیار تصمیم گیری، ریل گذاری و نظارت بر عملکرد دانشگاهها به یک نهاد درون دانشگاه نبود.

### دانشگاههای علوم پزشکی متعهد به اجرای حساب واحد خزانه

طبق بند «ب» تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۴۰۲، دانشگاههای علوم پزشکی و بیمارستانهای تحت پوشش این دانشگاهها موظف گشتند که مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم، تجهیزات و ملزومات پزشکی را پس از گردش خزانه، منحصراً جهت بازپرداخت هزینههای تأمین و تدارک، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی به داروخانهها و شرکتهای پخش تأمین کننده پرداخت کنند و سازمانهای بیمه ای مکلفند هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی را به حساب جداگانه ای که دانشگاه اعلام می نماید واریز کنند. بر همین اساس و در راستای قانون با پیگیریهای صورت گرفته در دولت سیزدهم، بیش از ۹۰ درصد دستگاههای دولتی از جمله چند دانشگاه علوم پزشکی به خزانه بانک مرکزی پیوستند. وزیر اقتصاد نیز در همین مورد بیان داشت که «یکی از پرونده های ما در وزارت اقتصاد شلختگی حسابهای دستگاههای دولتی بود که در سال ۱۴۰۱ با تدابیر سختگیرانه و وزارت اقتصاد توانستیم چهار هزار حساب باقی مانده در این بخش را به کمتر از ۱۰۰ حساب برسانیم و ۶۱ دانشگاه علوم پزشکی نیز تمام تعهدات خزانه را متعهد شدند که تا پایان اردیبهشت ۱۴۰۲ انجام دهند.» تکمیل اتصال تمامی دانشگاههای علوم پزشکی کشور به حساب واحد خزانه گام بلند وزارت بهداشت در راستای انضباط مالی و افزایش بهره وری است. اقدامی که زیرساختی مهم جهت تحولات نظام سلامت و پیشگیری از بر زمین ماندن مطالبات کادر خدمت بهداشت و درمان کشور است.

خود در خارج از خزانه بانک مرکزی را مسدود کرده و به حسابشان نزد خزانه داری بانک مرکزی منتقل کنند. همچنین در قانون ذکر شده است که عدم اجرای این قانون، در حکم تصرف غیرقانونی در اموال عموم است.

### دانشگاههای علوم پزشکی، در مسیر قانون

با این وجود، دانشگاههای علوم پزشکی با استناد به ماده یک «قانون احکام دائمی برنامه های توسعه» در دولت های قبلی از ذیل تمامی قوانین و دستگاههای نظارتی خارج گردیده بود؛ بنابر این ماده، دانشگاهها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستانها و پارکهای علم و فناوری که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی ربط می باشند بدون رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاههای دولتی و فقط در چهارچوب مصوبات و آیین نامه های مالی، معاملاتی، اداری، استخدامی و تشکیلاتی مصوب هیأت امنا که حسب مورد به تأیید وزیران علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می رسد، عمل می کنند.

این مسأله هیأت امنای دانشگاهها را به ماشین امضا و تأییدکننده هزینه هایی که در راستای توسعه دانشگاهها نیست بدل کرده بود. درحالی که معنا و مفهوم هیأت امنایی بودن نظارت بر هزینه کرد دانشگاهها صرفاً در چهارچوب کارهای آموزشی، تحقیقی و پژوهشی دانشگاههاست و این مسأله ارتباطی با بخش اقدامات درمانی دانشگاهها ندارد. ضمن اینکه باید تأکید کرد که در دانشگاههای علوم پزشکی، بخش عمده ای از درآمدها ربطی به حوزه آموزشی آنها ندارد و اکثریت آن مربوط به حوزه درمانی است. به عبارت دیگر، منظور قانونگذاران از واگذاری نظارت بر هزینه کرد دانشگاهها به هیأت امنای هر دانشگاه، تنها معطوف به بخش آموزشی، تحقیقاتی و پژوهشی آنهاست که البته مقدار قابل توجهی از بودجه آنها بخش مهمی از بودجه این دانشگاهها صرف امور درمانی می شود، یعنی مستقیم با سلامت و درمان مردم



را فقط از طریق حسابهای افتتاح شده نزد بانک مرکزی انجام دهند.

### حساب واحد خزانه، ابزار کنترل اتلاف منابع

اجرای قانون حساب واحد خزانه و ایجاد سازوکار پرداخت به ذی نفع نهایی، این امکان را به دولت ها می دهد که بتوانند بر مصارف و درآمدهای خود اشراف کامل داشته باشند. قانونی که توسط بیش از ۹۰ درصد دستگاههای دولتی اجرایی شده است.

حساب واحد خزانه از مقدمات شفافیت و استانداردهای بین المللی مدیریت دولتی است. بنابر تعریف صندوق بین المللی پول، حساب واحد خزانه، ساختاری یکپارچه از حسابهای بانکی دولت است که استفاده بهینه از منابع نقدی دولت را ممکن می کند. در واقع با اجرای حساب واحد خزانه، حسابهای دولتی از بانکهای تجاری مسدودی و به بانک مرکزی منتقل می شود؛ از این رو، هرگونه حساب دستگاهها و شرکتها و مؤسسات دولتی نزد بانکی غیر از بانک مرکزی، خلاف قانون است مگر اینکه براساس مجوز خزانه داری و تنها جهت ایجاد حساب تنخواه گردان باشد.

این قانون از این جهت مهم است که تأثیر بسزایی در انضباط مالی دولت و ایجاد سازوکارهایی برای مدیریت جریان نقدینگی و هزینه کردهای دولت دارد و می تواند از شدت کسری بودجه دولت کاسته و از استقرار دولت از بانک مرکزی و شبکه بانکی جلوگیری کند.

از این رو، طبق قوانین بودجه سالهای ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ که مربوط به اجرای حساب واحد خزانه است، تمامی دستگاههای دولتی مکلف شدند تا تمامی حسابهای



شورای گسترش آموزش پزشکی  
به دنبال جبران «کمبود جراح قلب کشور» است

# جراحی آموزش قلب

● گزارش

محمد ستاری

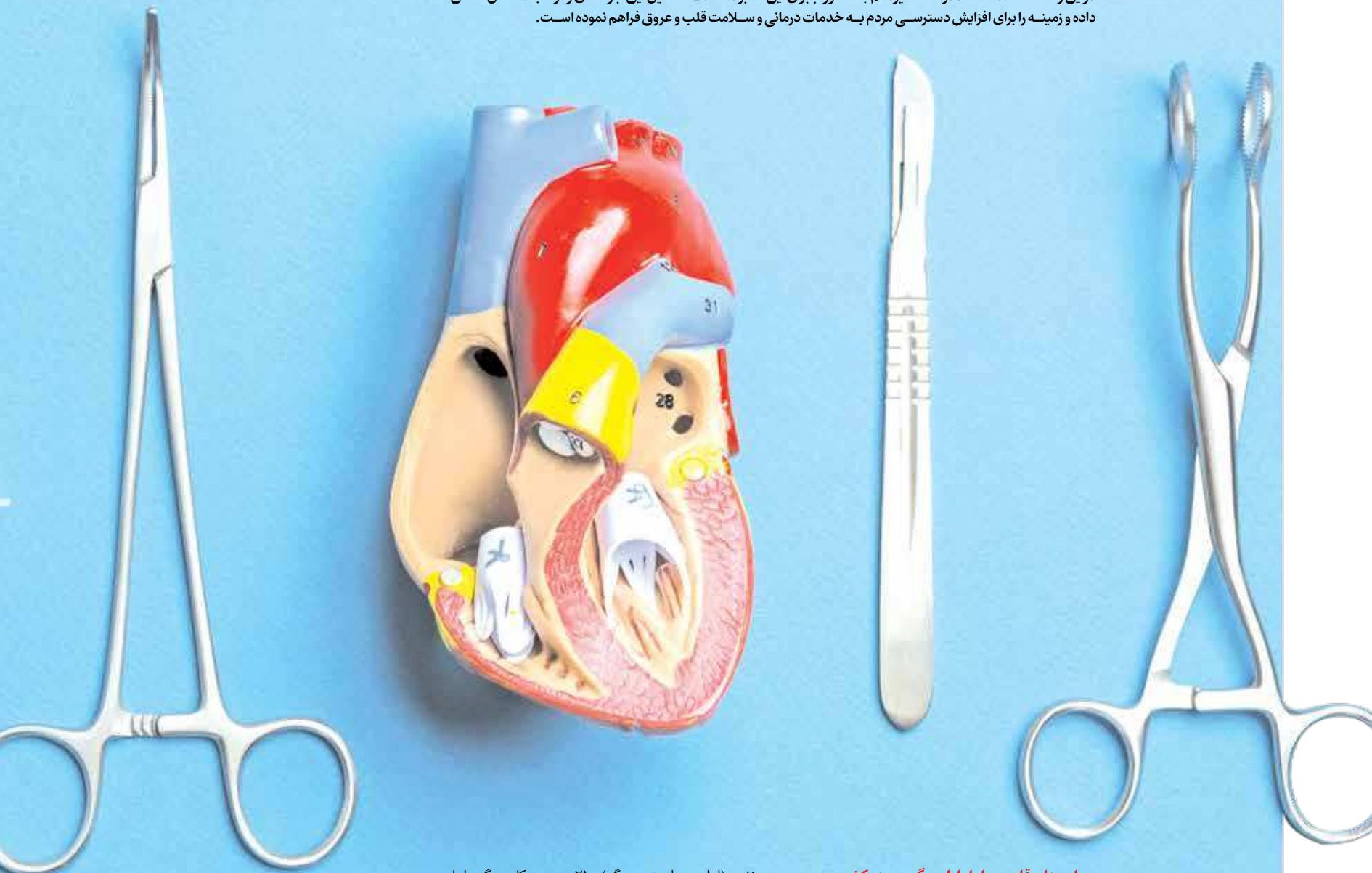
پژوهشگر سلامت

در سال‌های اخیر مسیر طولانی تبدیل شدن به یک جراح قلب و فشار کاری آن، باعث کاهش استقبال پزشکان از تحصیل در این رشته شده است. دولت سیزدهم به منظور جبران این کمبود، مدت تحصیل این جراحان را از ۷ به ۵ سال کاهش داده و زمینه را برای افزایش دسترسی مردم به خدمات درمانی و سلامت قلب و عروق فراهم نموده است.

## جراحان قلب؛ کم، نایاب و البته مسن

براساس آمارها، رشته جراحی قلب در دهه ۶۰ تا ۷۰، ۶۰ نفر و در دهه ۷۰ تا ۸۰، ۱۱۰ نفر فارغ‌التحصیل داشته و در حال حاضر تعداد جراحان قلب به ۲۵۰ نفر رسیده است. از این تعداد، ۲۰ جراح بازنشسته شده‌اند. همچنین بیش از ۲۰ نفر نیز مهاجرت کرده‌اند. این در حالی است که براساس میانگین سرانه تعداد جراح قلب در کشورهای پیشرو حوزه سلامت، اکنون بایستی در ایران بیش از ۱۰۰۰ جراح قلب فعال حضور داشته باشد.

مشکل دیگر جراحان قلب، توزیع نامتناسب آنها در سطح کشور است. آمارهای سازمان نظام پزشکی بیانگر این است که پنج استان کشور فاقد جراح قلب بوده و در ۱۰ استان دیگر نیز تنها یک جراح قلب حضور دارد. علاوه بر تأمین زیرساخت‌های حضور این متخصصان در نقاط مختلف کشور، افزایش تعداد آنان



نفر (اولین علت مرگ) و ۲۱ درصد کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است. سبک زندگی مردم نیز بر میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی مؤثر است. عواملی همچون زندگی شهری، کم تحرکی، چاقی، مصرف زیاد نمک، پرفشاری خون، مصرف سیگار و قلیان باعث افزایش احتمال ابتلا به این بیماری‌ها می‌شوند. در همین زمینه آمارها نشان می‌دهد که بیش از ۵۱ درصد افراد بالای ۱۸ سال دچار کم تحرکی هستند. به علاوه ۳۰ درصد افراد جامعه به فشار خون بالا و ۱۲ درصد به دیابت مبتلا هستند. با افزایش روزافزون این بیماری‌ها، مسأله پیشگیری بیش از پیش اهمیت می‌یابد. از سوی دیگر، نیاز جامعه به جراحان قلب نیز بایستی تأمین شود.

نیز زمینه را برای افزایش دسترسی به خدمات آن‌ها فراهم می‌کند. افزایش سن جراحان قلب نیز باعث ایجاد مشکلاتی شده است. همان‌طور که گفته شد، بسیاری از این جراحان در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ وارد بازار کار شده‌اند. به تبع جراحان مسن ساعات کمتری را می‌توانند به ارائه خدمات سلامت اختصاص دهند. علاوه بر این طی ۲۰ سال آینده، حدود ۶۵ درصد آنان بازنشسته خواهند شد. طی این مدت با دوبرابر شدن درصد سالمندان کشور، شیوع بیماری‌های قلبی نیز افزایش می‌یابد. به همین واسطه جامعه جراحان قلب نیازمند اضافه شدن اعضای جوانی است تا بتوانند جایگاه بالای ایران را در این حوزه حفظ نمایند.

## بیماری‌های قلبی، عامل اول مرگ و میر در کشور

طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت عامل اصلی مرگ و میر در تمام دنیا، بیماری‌های قلبی است. در یک مقایسه کلی می‌توان گفت تعداد مرگ و میر بر اثر این بیماری‌ها، فقط در سال ۲۰۲۲، تقریباً ۲۰.۵ برابر کسانی است که تا به حال بر اثر کرونا جان خود را از دست داده‌اند.

مطالعات انجام شده در ایران نیز نتایج مشابهی را نشان می‌دهد. یک پژوهش آماری در سال ۱۳۹۸ روی میزان شیوع مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر نشان می‌دهد که بیش‌ترین آمار مرگ و میر در جامعه، حاصل از سکته‌های قلبی است. براساس داده‌های این پژوهش، مرگ ناشی از سکته‌های قلبی به ترتیب ۹۴ مرگ در ۱۰۰ هزار



دستاوردهای دولت در تکمیل و توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی

# تکمیل کرد

مدیریت ساخت بیش از ۵ هزار و ۴۰۰ پروژه بهداشتی درمانی در سراسر کشور

تکمیل بهره‌برداری و افتتاح ۲۱۴۸ پروژه بهداشتی و درمانی تا پایان سال ۱۴۰۱

تکمیل و تحویل ۴۷ پروژه پایگاه اورژانس و پد بالگرد زیر بنا ۲۳۲۰۷ متر مربع

توسعه سرمایه گذاری خارجی به منظور ساخت ۵۰ خانه بهداشت و ۵۰۰ تخت دیالیز در سطح کشور با اولویت مناطق محروم

توسعه دفاتر خدمات سلامت از ۳۰۰ دفتر خدمات سلامت به ۴۶۵ دفتر در سراسر کشور



تجهیز و راه اندازی و افتتاح ۱۰۸۰۰ تخت بیمارستانی در سراسر کشور شامل:

تکمیل، تحویل و افتتاح / آماده افتتاح ۳۳ پروژه بیمارستانی

تکمیل و تحویل ۱۶ پروژه اورژانس بیمارستانی ویژه با زیر بنای معادل ۲۷۰۰۰ مترمربع

تکمیل و تحویل ۱۶ پروژه کلینیک ویژه با زیر بنای معادل ۳۴۴۰۰ مترمربع

۳ پروژه مرکز تشخیص و درمان غربالگری سرطان با زیر بنای ۲۱۰۷ مترمربع



تأمین منابع و آغاز پروژه خرید حدود ۵۰۰ دستگاه آمبولانس با اولویت مناطق محروم و کم برخوردار

تأمین ۶۴ دستگاه آمبولانس پیش بیمارستانی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و توزیع در سطح دانشگاه‌های کشور

تأمین اعتبار و اجرای تعرفه گذاری خدمات پرستاری بعد از ۱۴ سال برای اولین بار در کشور با بودجه ۵ هزار میلیارد تومانی

به منظور نظارت و ارزیابی روند پیشرفت پروژه‌های بهداشتی درمانی و آموزشی؛ انجام بیش از ۴۱ سفر استانی و بازدید از ۱۲۵ شهرستان



## چرا پزشکان نمی‌خواهند جراح قلب شوند؟

جراحی قلب و عروق برای بسیاری از پزشکان عمومی پیش از ورود به دوره تخصص جذابیت زیادی دارد. اما با توجه به اینکه این رشته فقط در دوره فوق تخصص ارائه می‌شود، چند مسأله مانع ادامه تحصیل پزشکان در این رشته می‌شود.

اولین مانع این است که فقط پزشکان متخصص جراحی داخلی، امکان شرکت در آزمون ورودی جراحی قلب را دارند. اما از آنجا که در تخصص جراحی داخلی

از این، مدت تحصیل برای کسب فوق تخصص جراحی قلب، حداقل ۱۵ سال بوده است. این در حالی است که پس از فارغ التحصیلی نیز حداقل ۶ سال باید در مناطق محروم دوره طرح پزشکی خود را بگذرانند. به عبارت دیگر در بهترین حالت، یک جراح قلب در سن ۴۰ سالگی وارد بازار کار می‌شود. این در حالی است که دوره دستیاری پزشکی (رزیدنتی) فشار کاری زیادی را بردانشجو تحمیل می‌کند. بالطبع تن دادن به دوره فوق تخصص که با دشواری‌های بیشتری همراه است، آسان نخواهد بود.

## راهکار، تخصص پنج ساله است!

برخی معتقدند برای افزایش جذابیت رشته جراحی قلب، بایستی در تعرفه‌های پزشکی تجدید نظر شود. به عبارت دیگر برخی این‌گونه استدلال می‌کنند که اگر درآمد این جراحان افزایش یابد، تمایل به تحصیل در این رشته نیز افزایش می‌یابد. این در حالی است که تجربه طرح تحول سلامت نشان داده است که تأمین منابع پایدار برای اجرای این مصوبه در بیشتر مناطق کشور ناممکن است. از طرفی افزایش دریافتی این پزشکان، فقط برای مدت کوتاهی خواهد توانست مشکل را حل کند. در نتیجه راهکار پیشنهادی بایستی درعین حال که مدت تحصیل را کاهش می‌دهد، بتواند کیفیت آموزش را حفظ کرده و حتی ارتقا دهد.

سال ۹۷، شورای آموزش پزشکی و تخصص در نودمین جلسه خود مصوب کرد که رشته جراحی قلب به صورت یک دوره تکمیلی تخصصی ارائه شود. پس از گذشت چهار سال، با روی کار آمدن دولت سیزدهم، در اسفندماه ۱۴۰۱، بار دیگر در نود و هشتمین نشست این شورا این مصوبه در دستور کار معاونت آموزشی قرار گرفت. براساس این مصوبه، رشته جراحی قلب به صورت یک دوره پنج ساله ارائه می‌شود. دو سال ابتدایی این دوره مربوط به برنامه آموزشی جراحی داخلی و سه سال انتهایی براساس برنامه آموزشی جراحی قلب و عروق است. با این تغییر از یک سو بسیاری از پزشکانی که علاقه مند به جراحی قلب هستند، می‌توانند بصورت مستقیم از دوره تخصص، وارد این رشته شده و ادامه تحصیل بدهند. از سوی دیگر با کاهش مدت تحصیل و حذف آزمون ورودی دوره فوق تخصص، تحصیل در این رشته در دسترس‌تر می‌شود و زمینه برای تأمین جراحان قلب مورد نیاز کشور فراهم می‌شود. امید می‌رود با اجرای این مصوبه، ظرفیت رشته جراحی قلب که در سال‌های گذشته به طور معمول خالی می‌ماند، تکمیل شود و زمینه دسترسی عادلانه مردم به خدمات جراحی قلب ارتقا پیدا کند.

نیز کشور کمبود نیرو دارد و بازار کار خوبی برای این متخصصان فراهم است، کمتر کسی حاضر است سه سال دیگر را، به ازای درآمدی کمتر، برای تحصیل صرف کند. با توجه به اینکه فشار کاری جراحی قلب، بسیار بیشتر از جراحی داخلی است، بی‌علاقگی به ادامه تحصیل بیش‌تر نیز می‌شود. یکی دیگر از عواملی که ادامه تحصیل را برای پزشکان دشوار می‌کند، جذابیت پایین جراحی قلب نسبت به دیگر رشته‌های مقطع فوق تخصص است. برای مثال رشته جراحی پلاستیک که در مقطع فوق تخصص ارائه می‌شود، برای پزشک مسئولیت کمتر و درآمد بیشتری را به همراه خواهد داشت. همچنین فشار کاری در جراحی پلاستیک بسیار کمتر از جراحی قلب است. سن ورود به بازار کار جراحان قلب به طور معمول بالای ۳۰ تا ۳۵ است. به عبارت دیگر، تا پیش





# فرصت‌ها و نیازها

## افزایش سرانه پزشکان در کنار فرصت‌ها نیازهایی نیز دارد

● تحلیل

امیرحسین حاتمی  
کارشناس سلامت

حاصل تلاش چندین ساله شورای عالی انقلاب فرهنگی با همراهی مجلس شورای اسلامی و همکاری وزارت بهداشت و اندیشه‌ورزان سیاستگذاری سلامت کشور، سرانجام با تصویب طرح افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی در سال ۱۴۰۰، به نتیجه رسید. اما این دستاورد راهبردی نظام سلامت، در مسیر اجرا برای رسیدن به اهداف خود، نیاز به حمایت مداوم مسئولان داشته که توجه بیشتر به آنها، می‌تواند ثمردهی این طرح را بیش از پیش تضمین نماید. حمایتی که استمرار آن زمینه دسترسی عادلانه مردم به خدمات پزشکی را در آینده‌ای نزدیک فراهم می‌سازد.

که در دهه شصت ظرفیت پذیرش پزشکی از ۱۴۹۶ نفر در سال ۶۲ به عدد ۴۶۴۰ نفر و تعداد دانشکده‌های پزشکی نیز از عدد ۷ در سال نخست انقلاب اسلامی به ۲۷ دانشکده پزشکی در سال ۶۷ رسید. این دستاورد عظیم جمهوری اسلامی ایران باعث خودکفایی کشور در تربیت پزشکان عمومی و متخصص و سایر اعضای کادر درمان و بی‌نیازی از حضور پزشکان هندی، فیلیپینی و ... جهت درمان مردم گردید. همچنین زمینه رشد سریع و چشمگیر علمی ایران را در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی فراهم و سبب شد که در حال حاضر میانگین رشد علمی کشور در حوزه علوم پزشکی ۱۴۶ درصد باشد.

متأسفانه اما تربیت نیروی انسانی بدون توجه به آینده از سال ۶۹ روند کاهشی به خود گرفت، طوری که در سال ۸۳ به نصف میزان سال ۶۷ رسید. این در حالی بود که جمعیت کشور تقریباً نسبت به دهه ۶۰ دوبرابر و جمعیت جوان متقاضی جهت تحصیل در رشته‌های پزشکی نیز به شدت افزایش یافته بود.

ادامه این روند اشتباه موجب شد هدف دسترسی عادلانه همه مردم به پزشک در سال‌های اخیر با مشکل مواجه و مشکل کمبود پزشک بار دیگر به مسأله یک نظام سلامت کشور تبدیل گردد. حال در ابتدای اجرای طرح افزایش ظرفیت پزشکی، بایستی با مدنظر قرار دادن فرصت‌ها و زیرساخت‌های موردنیاز، شرایطی فراهم شود که این طرح با کمترین آسیب و بیشترین بازدهی تا ایجاد دسترسی پایدار و عادلانه مردم به پزشک به اجرا درآید.

### زیرساخت اجرای کامل طرح پزشک خانواده

طی بیست سالی که از شروع اجرای طرح پزشک خانواده گذشته است، همواره یکی از موانع اجرای سراسری این طرح، کمبود پزشک بوده است. مشکلی که کماکان مردم و نظام سلامت را آزار می‌دهد. با توجه به اینکه جمعیت شهری کشور در حال حرکت به سمت سالمندی هستند، نیاز به پزشک خانواده نیز بیشتر می‌گردد. چرا که سالمندان به واسطه افزایش سن، با بیماری‌های جسمی متعددی روبرو می‌گردند و بیشتر به پزشک نیاز دارند. علاوه بر این ماندگاری پایین پزشکان طرحی در مناطق محروم، باعث شده است که بطور مداوم شبکه بهداشت و درمان در تکاپوی تأمین پزشک برای این مناطق باشد و به ناچار در برخی از برهه‌های زمانی، این مناطق بدون پزشک مانده‌اند.

در طرح افزایش ظرفیت پزشکی، پذیرش فقط به صورت بومی صورت می‌گیرد. با توجه به اجرای سراسری پزشک خانواده از اردیبهشت ۱۴۰۲، تربیت پزشکان بومی، چند مزیت را به دنبال دارد. از یک طرف سازگاری آنان با مردم و شرایط مناطق روستایی و محروم بیشتر است. از طرف دیگر حضور طولانی‌تری در این مناطق خواهند داشت. این دو باعث خواهند شد که شرایط برای اجرای «پزشک سلامت محور و جامع نگر» فراهم شده و دسترسی مردم به خدمات درمانی باکیفیت نیز افزایش یابد.



بشود؛ بهداری که اول مرتبه احتیاجی است که مردم به آن دارند، طوری باشد که برای همه مهیا باشد و [اینطور نباشد] برای یکی تشریفات و برای یکی هیچی نباشد.»

از همین رو با توجه به فقر سلامت جدی در سراسر کشور و از همه مهم‌تر کمبود شدید پزشکان ایرانی و ظرفیت پایین تربیت پزشک در کشور، ستاد بازنگری برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی در اولین سال‌های تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی شکل گرفت و وضعیت آموزش پزشکی را از نظر کمی و کیفی مورد بررسی قرارداد. حاصل فعالیت این ستاد گزارشی بود که در آن کمبود چشمگیر نیروی انسانی سلامت به ویژه پزشکان به عنوان یکی از مشکلات اساسی حوزه سلامت مطرح گردید. با توجه به اهمیت فراوان این مشکل در رفع فقر مردم ایران و با هدف خودکفایی در تأمین نیروی انسانی حوزه سلامت، مجلس شورای اسلامی در سال ۶۴ کلیه اختیارات و وظایف وزارت فرهنگ و آموزش عالی در حوزه آموزش پزشکی به وزارت بهداری و بهیجستی منتقل و «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» شکل گرفت.

حاصل این تغییر ساختاری و عزم جدی دولت باعث شد



### دستاوردی که مورد بی‌مهری قرار گرفت

در دوران پهلوی برای کل جمعیت ۳۶ میلیونی ایران به وسعت تمام شهرهای کشور فقط تعداد محدودی پزشک وجود داشت و روستاهای کشور تنها با ۱۵۰۰ مرکز بهداشت درمانی روستایی از نبود پزشک و متخصص رنج می‌برد. حدود ۷ دانشکده پزشکی در دانشگاه‌ها ایجاد شده بود و پزشکان موجود در کشور اعم از پزشک عمومی و متخصص رشته‌های مختلف در سال ۱۳۵۷ حدود ۱۴ هزار نفر بود، این در حالی است که بخش قابل توجهی از این رقم هم شامل پزشکان خارجی و بیگانه می‌شد. با پیروزی انقلاب اسلامی، انقلابیون و در رأس آن حضرت امام (ره) عمده تمرکز خود را بر رفع فقر و استضعاف مردم در حوزه‌های مختلف قرار دادند و با یاری توده مردم بویژه جوانان برای حل این مشکلات بسیج شدند. امام خمینی (ره) بهمین سال ۵۸ در هنگام ترخیص از بیمارستان قلب تهران در پیامی تلویزیونی با تأکید بر این موضوع خاطر نشان کردند: «من وقتی خوشحال می‌شوم که بفهمم آقایان درصدد این هستند که این زاغه نشینان شهرها و این چادر نشینان شهرها که در زمان طاغوت بهشان هیچ عنایتی نشده بود، در این زمان عنایت



با اجرای طرح افزایش ظرفیت پزشکی و افزایش بومی‌گزینی، در مناطق محروم کشور، تعداد پزشکان افزایش خواهد یافت. با توجه به اینکه در دوره تخصص پزشکی هم بومی‌گزینی در اولویت قرار گرفته است، نظام ارجاع در مناطق محروم تکمیل می‌شود. با تکمیل این نظام در مناطق محروم، رنج سفرهای درمانی از روی دوش مردم برداشته خواهد شد



### سفرهای درمانی کمتر

خیابان‌های اطراف بیمارستان‌های تهران و کلانشهرهای کشور، همواره میزبان خانواده‌هایی است که در چادر یا ماشین، زندگی را می‌گذرانند. در واقع آن‌ها از شهرهای مختلف کشور برای درمان عزیزانشان راهی تهران یا مراکز استان‌ها شده‌اند. حال باید چند روزی را در شهر غریب، پشت در بیمارستان سپری کنند.

همانطور که گفته شد، با اجرای طرح افزایش ظرفیت پزشکی و افزایش بومی‌گزی، در مناطق محروم کشور، تعداد پزشکان افزایش خواهد یافت. با توجه به اینکه در دوره تخصص پزشکی هم بومی‌گزی در اولویت قرار گرفته است، نظام ارجاع در مناطق محروم تکمیل می‌شود. با تکمیل این نظام در مناطق محروم، رنج سفرهای درمانی از روی دوش مردم برداشته خواهد شد و ریشه اصلی سفرهای درمانی که علاوه بر هزینه زیادی که برای مردم دارد، خطرات مختلفی همچون تصادفات جاده‌ای، سرقت اموال و... را نیز به همراه دارد، به تدریج کم‌رنگ خواهد شد.

### زیرساخت توسعه گردشگری سلامت

جمعیت نزدیک به ۵۰۰ میلیونی و رو به رشد کشورهای همسایه و اشتراکات فرهنگی، دینی، اجتماعی فراوان این کشورها با ایران زمینه بسیار مناسبی برای توسعه گردشگری سلامت در استان‌های مرزی مانند کردستان، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، هرمزگان و استان‌های مقصد گردشگری مانند خراسان رضوی، فارس، اصفهان و... است.

براساس گزارش مؤسسه جهانی تندرستی در سال ۲۰۱۸ درآمد بازار جهانی گردشگری سلامت تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰۶۲ میلیارد دلار می‌رسد، این درحالی است که متأسفانه در گزارش مرکز منابع

بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۲۰ جایگاه ایران در گردشگری پزشکی در جهان انتهای جدول و بعد از کشورهای کویت، گواتمالا و لبنان در جایگاه چهل و ششم جهان قرار دارد. همچنین آمارها حاکی از آن است که ۴٪ تا ۷٪ از گردشگران ورودی به کشور جزو گردشگران سلامت‌اند درحالی که براساس سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ این رقم باید به ۱۰٪ تا ۱۵٪ برسد.

دره‌های کشورهای با جذب گردشگر سلامت بالا، سرانه پزشک بیش از ایران است برای مثال: انگلستان با ۲۸۰، اسپانیا با ۳۸۰، کانادا با ۲۳۰ و لبنان با ۲۱۰ پزشک به ازای صد هزار نفر از مقاصد مهم گردشگری سلامت به حساب می‌آیند. این موضوع خود نشان‌دهنده آن است که در کنار سایر عوامل سرانه نیروی انسانی حوزه سلامت عاملی زیرساختی در توسعه این حوزه است؛ زیرساختی که با اجرای کامل مصوبه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی، اکنون می‌تواند پیش از پیش برای توسعه گردشگری سلامت ایران برنامه‌ریزی کرد.

### نیازهای رفاهی دانشجویان جدید

به گفته مسئولان وزارت بهداشت، برای تربیت هر دانشجوی پزشکی طی ۷ سال، با فرض ثابت ماندن شرایط اقتصادی، در حدود یک میلیارد باید هزینه شود. این بودجه در بخش‌های مختلفی صرف می‌گردد. تجهیزات آزمایشگاهی، تأمین و نگهداری جسد‌های قابل تشریح، تجهیزات شبیه‌سازی و کمک آموزشی و... یکی از این زمینه‌ها است. همزمان با تربیت دانشجوی بیشتر باید آزمایشگاه‌ها و وسایل کمک آموزشی نیز تکمیل و تجهیز گردند. به طور کلی در ۴ سال ابتدایی دوره پزشکی عمومی، عمده آموزش‌ها بصورت علوم پایه و غیر بالینی ارائه می‌شود. یکی از مسائلی که از روز اول ورود دانشجو به دانشگاه ایجاد می‌شود، تأمین امکانات رفاهی و خوابگاهی است. چرا که با تأمین هر چه بیشتر این امکانات می‌تواند از مشغولیت‌های بی‌مورد برای دانشجویان جلوگیری کرد و شرایط بهتری را برای آموزش فراهم نمود.

ساخت خوابگاه‌های جدید علاوه بر هزینه زیاد، زمان زیادی نیز نیاز دارد. علاوه بر این تعویض مداوم خوابگاه نیز باعث برهم زدن آسایش دانشجویان می‌شود. به همین دلیل به نظر می‌رسد در سال‌های ابتدایی اجرای طرح، با اجاره ساختمان‌های جدید و اختصاص آنها به خوابگاه دانشجویان، بخشی از دغدغه‌های رفاهی آنها نیز مرتفع خواهد شد. البته همزمان با این موضوع باید روند ساخت خوابگاه‌های دانشجویی نیز در دستور کار قرار گیرد. به تبع با پیگیری مداوم برای ساخت سریع و استاندارد این خوابگاه‌ها دیگر مانعی در این زمینه باقی نخواهد ماند. به همین دلیل در حین اجرای این طرح

توسط وزارت بهداشت با نظارت شورای عالی انقلاب فرهنگی، باید با همکاری سازمان برنامه و بودجه می‌توان انتظار داشت که فرصت آموزش کافی برای همه دانشجویان، حتی با افزایش تعداد آنها، مانند سال گذشته فراهم شود.

### افزایش زیرساخت آموزش پزشکی با بهره‌برداری از تخت‌های بیمارستانی

با ورود دانشجویان پزشکی بیشتر به عرصه آموزش بالینی، باید تعداد بیمارستان‌ها و به تبع تعداد تخت‌های موجود در بیمارستان‌ها نیز افزایش یابد. چرا که هر کدام از دانشجویان در طول مدت آموزش در یک بخش، نیاز دارد که با روند درمان تعداد بیمار مشخصی درگیر شود. به عبارت دیگر یک دانشجو برای یادگیری کامل یک موضوع باید با بیمارستان متنوعی روبرو شود و در جریان اقدامات درمانی آنان قرار گیرد. هرچه نسبت دانشجویان فعال در یک بخش به بیمارستان آن بخش بیشتر باشد، کیفیت آموزش بیشتر خواهد شد. طبق اعلام وزارت بهداشت، در دو سال اخیر ۱۵ هزار تخت بیمارستانی جدید، به ظرفیت درمانی کشور افزوده شده است. همچنین در حال حاضر در شهرهای مختلف بیمارستان‌های دیگری در حال ساخت هستند. برای مثال فقط در استان فارس حدود سه هزار تخت جدید در دست ساخت است و در شهر تهران نیز بیمارستان هزار تختخوابی حضرت مهدی (عج) افتتاح و بیمارستان ۸۲۰ تختخوابی شهدای تجریش نیز بزودی افتتاح می‌گردد.

### لزوم افزایش جذب اساتید جدید

با افزایش تعداد دانشجویان، نیاز به استاد نیز افزایش می‌یابد. این مسئله هم در دوره علوم پایه و هم عرصه بالینی، اهمیت زیادی دارد. چرا که بار اصلی آموزش، بر دوش اساتید است. در صورتی که تعداد دانشجویان یک کلاس افزایش یابد، امکان رسیدگی استاد به هر دانشجو کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر استاد نمی‌تواند به اندازه کافی روی آموزش هر دانشجو وقت بگذارد، (یا دانشجو ممکن است با استفاده از شلوغی کلاس، بیش از حد مجاز غیبت و تأخیر داشته باشد) به تبع کیفیت آموزش نیز ممکن است کاهش یابد.

از طرفی در عرصه بالینی با افزایش دانشجویان و کمبود اساتید، گروه‌های آموزشی مجبور خواهند شد از یک طرف طول مدت آموزش در هر بخش را کاهش دهند و از طرف دیگر دانشجویان بیشتری را به صورت همزمان در بخش جای دهند. در نتیجه استاد نیز ممکن است نتواند آموزش‌های لازم را به دانشجویان منتقل کند.

در ماه‌های اخیر اقداماتی در زمینه جذب اساتید جدید در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شده است. با تداوم افزایش ظرفیت پزشکی، باید بطور مداوم بر تعداد اساتید افزوده شود تا پاسخگوی نیاز آموزشی دانشجویان باشند. از طرفی با وجود نیاز مبرم دانشگاه‌ها به استخدام اساتید، نباید از استانداردهای تأیید آنها غفلت شود. چرا که کاهش سطح علمی و توانایی آموزش اساتید، هر چند تعدادشان افزایش یافته باشد، کیفیت آموزش را کاهش خواهد داد.



### جمعیت نزدیک

به ۵۰۰ میلیونی

و رو به رشد

کشورهای همسایه

و اشتراکات

فرهنگی، دینی،

اجتماعی فراوان

این کشورها با

ایران زمینه بسیار

مناسبی برای

توسعه گردشگری

سلامت در

استان‌های مرزی

مانند کردستان،

آذربایجان

شرقی، سیستان

و بلوچستان،

هرمزگان و

استان‌های مقصد

گردشگری مانند

خراسان رضوی،

فارس، اصفهان و

است...



## مشارکت ۹۵ درصدی پزشکان در پروژه نسخه الکترونیک

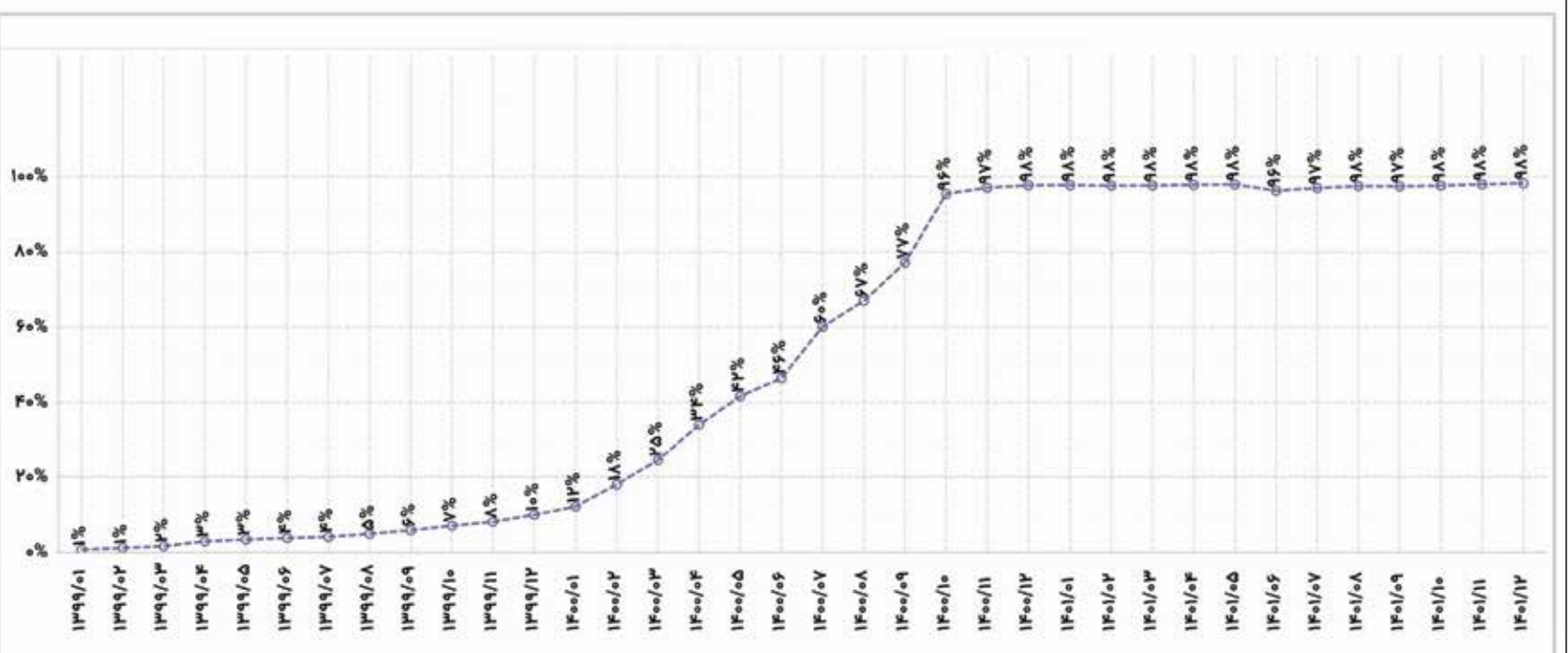


بر اساس اعلام مسئولان سازمان بیمه سلامت تاکنون بیش از ۹۵ درصد پزشکان در پروژه نسخه الکترونیک مشارکت دارند که آمار بی نظیری است. با تلاش های دولت اکنون ۹۸ درصد نسخه نویسی بیمه شدگان سلامت به صورت الکترونیکی نسخه نویسی برخط انجام می شود.

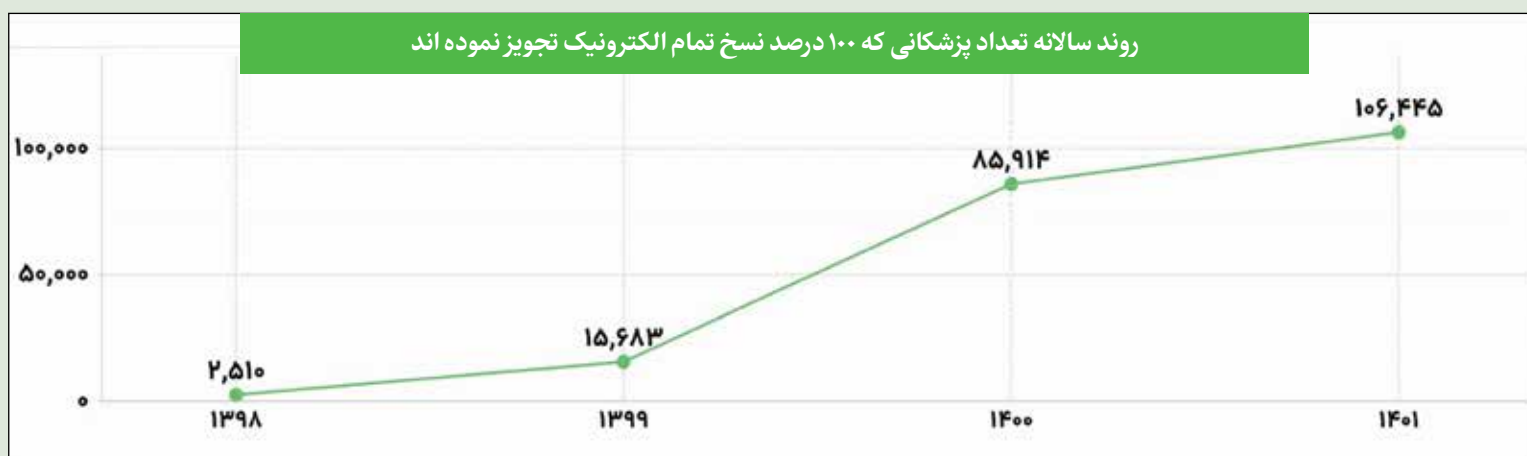
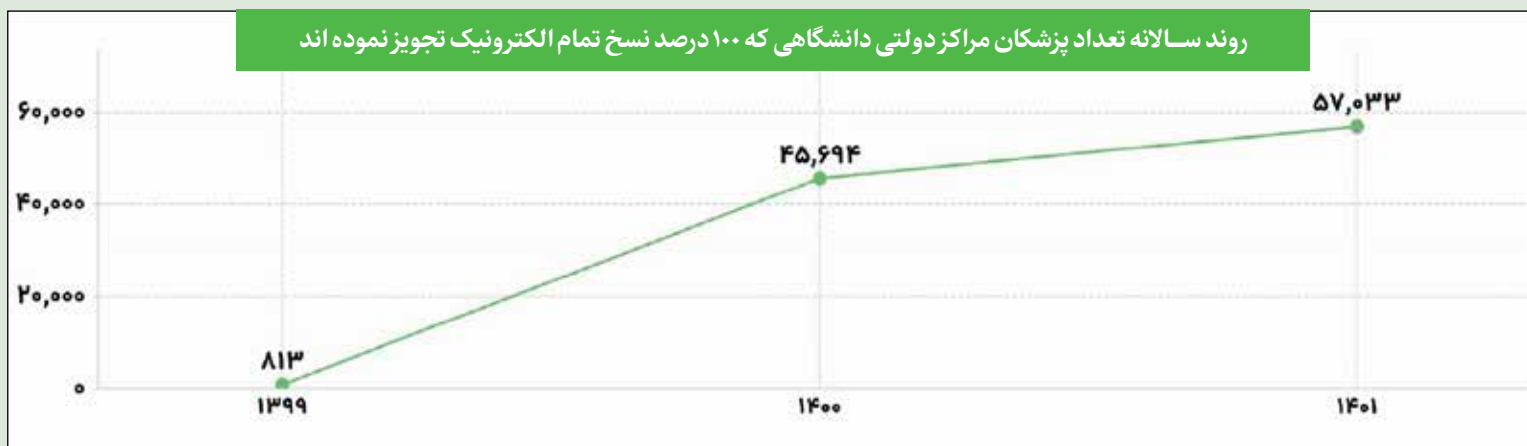
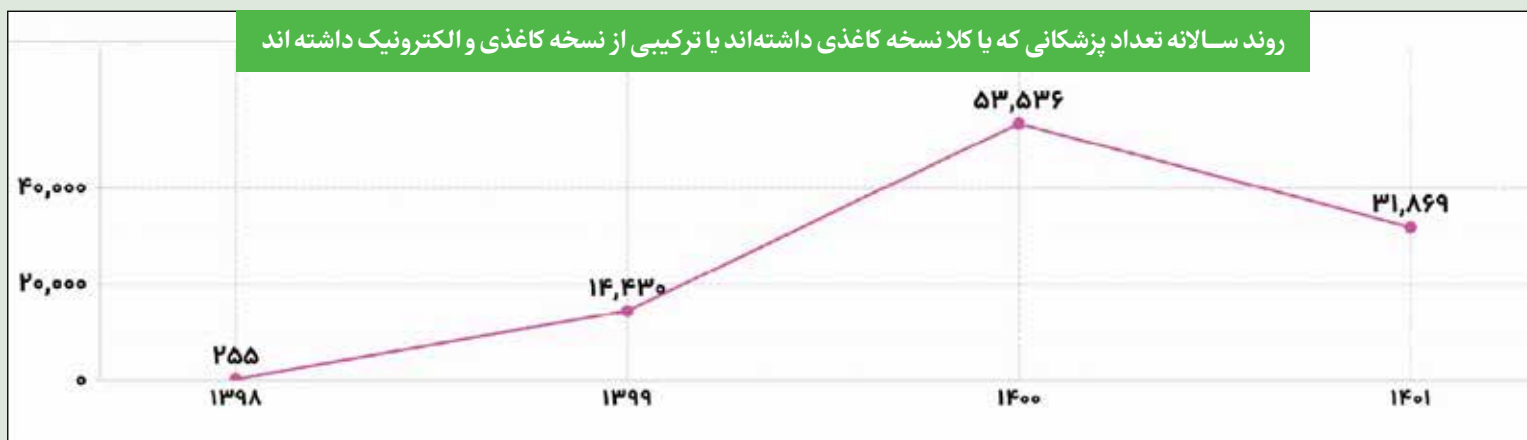
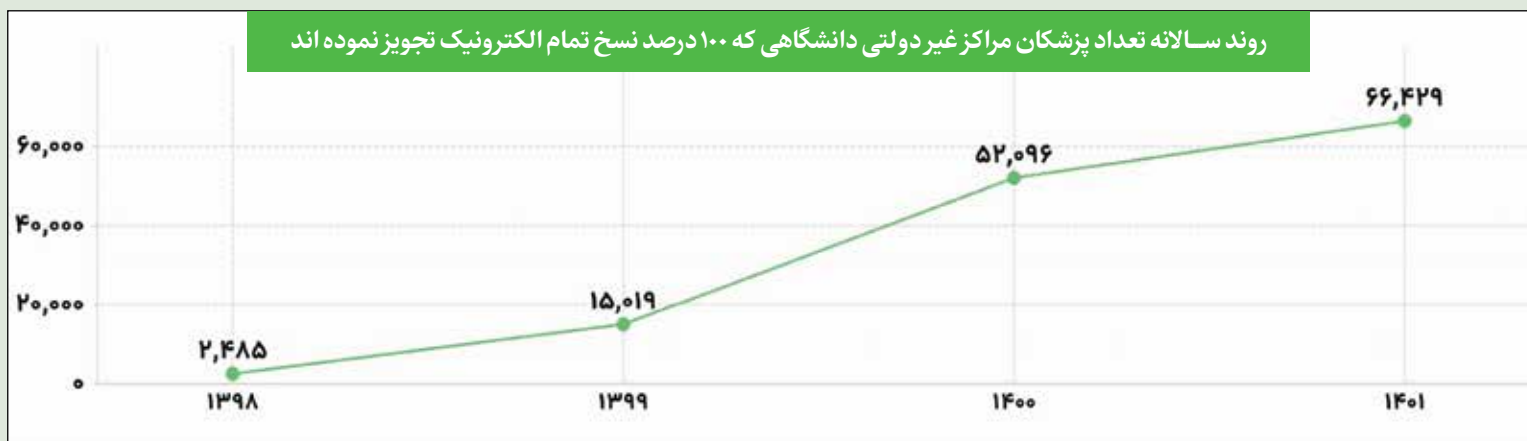
این اقدام که در ۶ سال گذشته بر زمین مانده بود با همکاری وزارتخانه های بهداشت ارتباطات و بیمه ها تا پایان سال ۱۴۰۱ به طور کامل اجرایی می شود این برنامه از طرح های ملی کشور است که در دولت سیزدهم به سرانجام رسید



### رند ماهانه شاخص درصد تحقق نسخه الکترونیک کل مراکز در کشور



## تحقق سریع نسخه نویسی الکترونیک





# آغازی بریک پایان

کاهش امتیاز پروانه طبابت آغازی بر تسهیل اشتغال پزشکان جوان

## گزارش

علی ترکمنی

پژوهشگر اقتصادی

به دنبال اقدام دولت مبنی بر تسهیل مجوزهای کسب و کار، در شهریور سال گذشته، شرایط صدور «مجوز طبابت» بعد از چهار دهه مورد بازبینی قرار گرفت. در نهایت وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی نسبت به کاهش امتیازبندی این مجوز اقدام کردند. این اقدام را باید آغازی بر پایان بن بست اشتغال پزشکان جوان و حل مشکل توزیع غیرعادلانه پزشک در کشور دانست، اقدامی که با تفکیک «پروانه طبابت» از «پروانه مطب» تکمیل شده و زمینه تحول در حوزه اشتغال پزشکان جوان را فراهم خواهد کرد.

## مجوزی نیازمند بازبینی

در حال حاضر، تنها مجوز در زمینه فعالیت پزشکان، «مجوز طبابت» است و هر پزشکی که قصد فعالیت درمانی داشته باشند ملزم به دریافت این پروانه است؛ البته فعالیت پزشکان مشمول خدمت نظام وظیفه، طرح نیروی انسانی، تخصص و فعالیت در قالب قرارداد با دانشگاه علوم پزشکی مثل پزشک خانواده می‌تواند بدون اخذ پروانه باشد. در خارج از این شرایط، هرگونه فعالیت پزشکان و دندانپزشکان نیاز به اخذ پروانه دارد.

در طول چهار دهه اخیر، پزشکان به منظور اخذ مجوز طبابت موظف به جمع‌آوری امتیاز از طریق فعالیت در بخش دولتی شده‌اند. این محدودیت با هدف هدایت پزشکان جوان به سمت مراکز دولتی مناطق محروم و تضمین دسترسی مردم این نواحی به خدمات پزشکی صورت گرفته است. با توجه به تغییرات چشمگیر در وضعیت نیروی انسانی و زیرساخت‌های

درمانی کشور در دهه‌های گذشته، بررسی اثربخشی اعمال این سیاست در صدور پروانه پزشکان و بازبینی قواعد مربوطه در دستور کار دولت سیزدهم قرار گرفت.

## اثربخشی پایین شرط امتیازبندی در توزیع پزشک

بررسی وضعیت توزیع پروانه طبابت‌های فعال در کشور نشان می‌دهد که رویه گذشته، با وجود تضمین حضور موقت پزشکان در مناطق محروم، به توزیع پایدار پزشکان در این مناطق ختم نشده است. اگرچه حدود ۲۰ درصد پذیرفته‌شدگان سالانه رشته پزشکی از ۵ کلانشهر بزرگ هستند، اما نزدیک ۵۰ درصد پزشکان فعال در این ۵ کلانشهر (با ۲۰٪ جمعیت کشور)، حضور دارند.

نکته حائز اهمیت در رفع مشکل توزیع نامتوازن پزشک، درک این واقعیت است که پزشکانی که در شهرهای بزرگ مشغول به کار هستند قابل انتقال به صورت پایدار به مناطق محروم

نیستند. این مسأله یکبار در طرح تحول سلامت دولت قبل آزموده شد و با شکست سنگینی مواجه گردید؛ درحالی که برای جذب پزشک به مناطق محروم حقوق پزشکان تا پنج برابر افزایش یافت اما در نهایت طبق گفته دکتر قاضی زاده هاشمی (وزیر بهداشت وقت) تنها ۱۵۰۰ نفر داوطلب خدمت در این مناطق شدند.

همچنین به گفته نمایندگان صنفی متخصصان طرحی، اغلب پزشکان پس از پایان طرح خود خواهان خروج از آن مناطق هستند و تمایلی به ماندن و ادامه طبابت در آن مناطق ندارند و الزام پزشکان به جمع‌آوری امتیاز برای اخذ مجوز طبابت، به جز تشویق پزشکان به یک تا چند سال اقامت اجباری بیشتر در مناطق محروم حاصل دیگری نداشته است.

## تعمیم غیرقانونی امتیازبندی تاسیس مطب به طبابت

در سال ۱۳۶۲ ماده واحده «قانون اجازه تأسیس مطب» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید که طبق آن، هر نوع مطب و درمانگاه پزشکان، دندانپزشکان و متخصصین رشته‌های مختلف پزشکی و تغییر محل مطب نامبرندگان از شهری به شهر دیگر باید با اجازه وزارت بهداشت و کسب پروانه باشد. طبق ماده یک آیین نامه اجرایی قانون فوق که در سال ۱۳۶۳ به تصویب هیأت وزیران رسید، مطب به محلی اطلاق می‌شود که پزشک در آن محل اعم از بخش خصوصی یا خیریه به طبابت می‌پردازد. بنابراین طبابت در مراکز درمانی موجود، منوط به اخذ مجوز تأسیس نیست. با این وجود در طول سال‌های بعد از تصویب این آیین نامه، وزارت بهداشت، مفاد آن را به هرگونه طبابت پزشک در بخش خصوصی تعمیم داده است.

این حکم که شرط اشتغال آزاد پزشکان در شهرها و مراکز



## بررسی وضعیت

### توزیع پروانه

### طبابت‌های فعال در

### کشور نشان می‌دهد

### که رویه گذشته،

### با وجود تضمین

### حضور موقت

### پزشکان در مناطق

### محروم، به توزیع

### پایدار پزشکان در

### این مناطق ختم

### نشده است



سال گذشته، موضوع شرایط انحصاری صدور مجوز طبابت بعد از چهار دهه مورد بازبینی قرار گرفت. در نهایت بعد از چند ماه، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی نسبت به کاهش امتیازبندی این مجوز اقدام کردند. طی این اقدام وزارت بهداشت، امتیازات لازم برای اخذ پروانه طبابت در ۵ شهر بزرگ (تهران- اصفهان- مشهد- تبریز و شیراز) از ۲۶۰ امتیاز به ۲۵۰ امتیاز و امتیاز لازم برای اخذ پروانه در سایر مراکز استان ها از ۲۵۰ امتیاز به ۱۷۰ امتیاز کاهش یافت. اگرچه کاهش امتیاز صدور مجوز طبابت موجب تسریع نسبی فرایند اخذ مجوز برای پزشکان جوان شد، اما همچنان بستر کسب امتیاز در بخش دولتی پاسخگوی تعداد افزایشی فارغ التحصیلان این رشته نیست.

بنابراین در گام بعدی دولت با تفکیک «پروانه طبابت» از «پروانه مطب» فرصت‌های قابل توجهی برای اشتغال آزاد پزشکان جوان فراهم خواهد کرد. در نتیجه پزشکان می‌توانند بعد از گذراندن تعهدات قانونی خود، حق انتخاب آزاد برای طبابت در بخش دولتی یا خصوصی داشته باشند.

با اعمال تفکیک، طبابت غیررسمی و زیرزمینی پزشکان، عملاً حذف خواهد شد؛ زیرا که دیگر برای طبابت پزشکان نیازی به کسب امتیاز نیست و می‌توانند بلافاصله پس از گذراندن طرح به طبابت بپردازند. برای افزایش انگیزه پزشکان جوان به فعالیت در مراکز درمانی دولتی نیز، اقدام دولت برتری دادن سابقه فعالیت درمانی برای کسب امتیاز تأسیس مطب، در بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی خواهد بود.

باتوجه به وضعیت نامطلوب توزیع پزشک در کشور، دولت به دنبال آن است تا شرط کسب امتیاز برای تأسیس مطب در شهرهایی که دچار کمبود پزشک هستند حذف شود و با تسهیل شرایط، انگیزه بازگشت پزشکان به شهرهای بومی خود افزایش پیدا کند؛ چرا که نزدیک ۸۰ درصد پذیرفته شدگان پزشکی از مناطق ۲ و ۳ کنکور بوده و مهاجرت معکوس و پایدار این گروه بایستی اصلی‌ترین هدف در تنظیم توزیع پزشک با صدور مجوز تأسیس مطب باشد. در پایان بایستی یادآور شده که کاهش امتیازبندی مجوز طبابت تنها گام نخست ایجاد تحول در ورود آسان پزشکان به حوزه خدمت‌رسانی به مردم عزیز ایران است و دولت سیزدهم با عزمی راسخ به دنبال تکمیل زنجیره اقدامات خود تا رفع تمامی موانع سرراه پزشکان جوان ایرانی است.

عارضه دیگری که در انحصار صدور مجوز طبابت مشاهده می‌گردد، رواج امضاها و طلایی در فرایند صدور آن، کارشناس محور بودن بررسی امتیازات متقاضیان و همچنین وابستگی تأیید سوابق پزشکان به ارائه گواهی از مراکز درمانی محلی، زمینه‌ساز گسترش فساد در این حوزه بوده است. طی ماه‌های گذشته نیز شبکه گسترده فساد در صدور مجوز طبابت توسط نهادهای نظارتی شناسایی شد. به گفته سرپرست اداره ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات سازمان نظام پزشکی، از بین افرادی که در این سال‌ها شماره نظام گرفتند به طور تصادفی ۵۱۰ پرونده از میان شماره نظام پزشکی‌های ۱۳۰ هزار به بالا مورد بررسی قرار گرفت که ۶۸ پرونده مشکل داشت و بررسی‌ها نشان داد که اقداماتی مانند اخذ رشوه، جعل نامه و... صورت گرفته است.

**ضرورت بازبینی دولت در شرایط صدور پروانه طبابت**

مسئله انحصار در صدور پروانه طبابت به شکل مستقیم پزشکان جوان را تحت تأثیر قرار داده و مانع اشتغال مستقل آنها بلافاصله بعد از گذراندن تعهدات آموزشی و قانونی خود می‌گردد. باتوجه به افزایش قابل ملاحظه تعداد پزشکان کشور نسبت به چند دهه پیش و تأمین بخش عمده نیاز مراکز دولتی از طریق بکارگیری پزشکان بومی، محدودسازی امکان طبابت پزشکان جوان با سازوکار فعلی توجیهی نداشته و ندارد؛ زیرا باعث توزیع پایدار خدمات پزشکی در مناطق محروم نگردد.

با ورود اولین پزشکان بومی مناطق محروم به بازار خدمات پزشکی، که از اواسط دهه ۹۰ پذیرش شده‌اند، مسئله دسترسی به پزشک در مناطق محروم نیز تا حدود زیادی در حال حل شدن است و ظرفیت مراکز دولتی این مناطق برای اشتغال پزشکان و کسب امتیاز محدودتر خواهد شد. این پزشکان موظفند بعد از اتمام تحصیل به مدت ۱۰ سال (۷،۵ سال برای متخصصین) در مناطق محروم طبابت کنند. همچنین روند افزایشی پذیرش بومی پزشکان با مصوبه «افزایش ظرفیت پزشکی عمومی» سال ۱۴۰۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی به طور قابل توجهی تأمین نیاز مناطق محروم را تسریع می‌نماید.

**دولت به دنبال حذف کامل موانع اشتغال پزشکان جوان**

به دنبال نامه رئیس مرکز ملی مطالعات، پایش و بهبود محیط کسب‌وکار به رئیس سازمان نظام پزشکی در شهریور

غیردولتی، منوط به جمع‌آوری امتیاز باشد، امری نادر و غیرمنطقی است؛ در دیگر رشته‌های نظام سلامت نیز امر اشتغال دانش‌آموختگان، منوط به اخذ امتیاز نیست. همچنین در قانون «اجازه تأسیس مطب» مصوب سال ۱۳۶۲ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب سال ۱۳۶۳ نیز، بحثی از «پروانه طبابت» مطرح نشده و صرفاً «پروانه تأسیس مطب» منوط به جمع‌آوری امتیاز شده است و تعمیم حکم قانون درباره «پروانه تأسیس مطب» به «پروانه طبابت» توسط وزارت بهداشت، بدون پشتوانه قانونی و حتی مصوبه هیأت وزیران بوده است.

**تبعات صدور پروانه طبابت بر اساس امتیازبندی**

در سازوکار قبلی، فعالیت در مراکز درمانی دولتی، اصلی‌ترین بستر اخذ امتیاز است. این در حالی است که ظرفیت پایین بخش دولتی برای فعالیت بیش از ۵ هزار پزشک جوان که سالانه دانش‌آموخته می‌شوند، موجب گسترش فعالیت‌های غیررسمی آنان در درمانگاه و مطب‌های خصوصی کلانشهرها یا افزایش انگیزه‌های مهاجرت نیز شده است که این مسئله از عوامل دشواری دسترسی به خدمات پزشکی در مناطقی از کشور است. اگرچه فعالیت غیررسمی پزشکان جوان در درمانگاه‌های خصوصی درآمد بهتری نسبت به بخش دولتی برای آنها به همراه دارد، اما برنده این وضعیت صرفاً درمانگاه‌های خصوصی هستند؛ چرا که بعد از مدتی به سوءاستفاده از پزشکان بدون پروانه روی می‌آورند. برای مثال در برهه زمانی که درآمد یک درمانگاه خصوصی کاهش پیدا می‌کند، پزشکان بدون پروانه تبدیل به ابزاری برای تجویزهای غیرمنطقی اقلامی چون سرم و داروهای نیازمند تزریق و یا القای خدمات دیگر به منظور درآمدزایی برای بخش‌های دیگر درمانگاه خصوصی می‌شوند.

از سوی دیگر، باتوجه به اینکه تأسیس مراکز درمانی جدید مثل درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود نیازمند مشارکت پزشکان دارای پروانه طبابت است، می‌توان گفت محدودیت در صدور مجوز طبابت نه تنها به خروج پزشکان جوان از فعالیت‌های رسمی و قانونی می‌انجامد، بلکه مانعی برای گسترش زیرساخت‌های درمانی و افزایش بستریهای اشتغال پزشکان در کشور نیز بوده است. این در حالیست که با گسترش درمانگاه‌ها و دیگر مراکز ارائه خدمات به صورت گروهی، هزینه‌های زیرساختی پزشکان کاهش یافته و باتوجه به فعالیت شبانه‌روزی این مراکز، میزان دسترسی مردم به خدمات درمانی نیز افزایش می‌یابد.

**اگرچه فعالیت غیررسمی پزشکان جوان در درمانگاه‌های خصوصی درآمد بهتری نسبت به بخش دولتی برای آنها به همراه دارد، اما برنده این وضعیت صرفاً درمانگاه‌های خصوصی هستند؛ چرا که بعد از مدتی به سوءاستفاده از پزشکان بدون پروانه روی می‌آورند**



شهرستان	جمعیت شهرستان	پروانه طبابت فعال	درصد جمعیت از کل	درصد پروانه طبابت فعال از کل
تهران	۹,۰۳۹,۵۰۰	۲۰,۳۶۸	۱۱	۲۸
مشهد	۳,۶۱۹,۸۱۷	۴,۶۶۲	۴	۷
شیراز	۱,۹۵۵,۵۰۰	۳,۸۱۰	۲	۵
اصفهان	۲,۱۷۸,۷۰۰	۳,۷۰۳	۳	۵
تبریز	۱,۸۵۱,۸۰۰	۲,۴۰۱	۲	۴
مجموع ۵ کلانشهر	۱۸,۶۴۵,۳۱۷	۳۴,۹۴۴	۲۲	۴۹
کل کشور	۸۴,۰۵۶,۲۶۵	۷۱,۷۴۱	۱۰۰	۱۰۰

# درمان ناباروری در دسترس همه

## دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری در دولت سیزدهم محقق شد

### گزارش

محمد مهدی صابری نسب  
پژوهشگر سلامت

پس از همگانی شدن بیمه پایه، بیمه خدمات ناباروری هم در همه سطوح ارائه خدمات ناباروری، با مصوبه دولت در مردادماه ۱۴۰۱، همگانی شد و براساس این مصوبه، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف به تحت پوشش قراردادن همه زوجین نابارور فاقد بیمه شد.



### توجه به ناباروری، زمینه ساز جوانی جمعیت

یکی از مشکلات کنونی کشور مسأله جمعیت و حرکت آن به سمت سالمندی است. مسأله‌ای که اگر به طور فوری و با اتخاذ سیاست‌های صحیح حل نشود، در آینده‌ای نه چندان دور، کشور با بحران جمعیتی و به دنبال آن بحران اقتصادی و اجتماعی روبرو خواهد شد. از سویی دیگر متأسفانه شاهد کاهش چشمگیری در نرخ باروری در ایران هستیم. این در صورتی است که یکی از راهکارهای برطرف کردن مسأله جمعیت، توجه به حدود ۳ میلیون زوج با مشکل ناباروری و تسهیل باروری آنان است. از مشکلات شایع در این زمینه می‌توان به هزینه‌های بالای خدمات درمانی ناباروری اشاره کرد. با توجه به هزینه‌های بالای درمان، لواز و داروهای آن، عدم تناسب این هزینه‌ها با سطح معیشت مردم و همچنین بحران کلان جمعیتی که گریبانگیر کشور شده؛ لازم بود تا دولت به عنوان متولی اصلی این حوزه به صورت جدی ورود کرده و بستریهای لازم برای تسهیل این امر را فراهم سازند.

### پوشش هزینه‌های ناباروری، تکلیفی بر زمین مانده

پوشش بیمه‌های هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان در بند ۳ «سیاست‌های کلی جمعیت» ابلاغی رهبر معظم انقلاب در سال ۱۳۹۳ مورد تأکید قرار گرفته و در قانون «برنامه ششم توسعه» نیز تمهیدات لازم از قبیل ارائه تسهیلات جهت افزایش سلامت ازدواج و درمان ناباروری در قالب بودجه سنواتی تکلیف شده است. همچنین مکرراً در قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در چندین ماده، بر لزوم تسهیل‌گری در این امر با روش‌ها و سیاست‌های مختلفی تأکید شده است. به طور اختصاصی در ماده ۴۳ این قانون آمده است: «در راستای بندهای «ح» و «د» ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه زوج‌هایی که علی‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند، از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.»

### هزینه بالا، مشکل زوج‌های نابارور

همان‌طور که پیش‌تر نیز ذکر شد از اهم مسائل ناباروری، مشکلات مالی مرتبط با این حوزه است. برای مثال هزینه هر چرخه خدمات درمانی ناباروری (سطح سه خدمات ناباروری) در مراکز دولتی حدود ۷ تا ۸ میلیون تومان و دوره کامل سه دوره در سال، حدوداً ۲۱ تا ۲۴ میلیون تومان است. در مراکز درمانی خصوصی هزینه هر چرخه ۱۸ میلیون تومان تخمین زده شده است که هزینه دوره کامل مبلغی بین ۴۹ تا ۵۴ میلیون تومان خواهد شد. برای مثال هزینه روش IUI (تلقیح داخل رحمی اسپرم) در حدود ۱ تا ۳ میلیون تومان، هزینه IVF (لقاح خارج از رحم) حدود ۱۰ تا ۲۰ میلیون تومان برآورد شده

است. باید به این مبالغ هزینه‌های دیگر شامل ایاب ذهاب، اسکان، دارو و تجهیزات جانبی و... را نیز اضافه کرد. طبق آمارها، افرادی که برای درمان نازایی اقدام می‌کنند، باید درآمد یک سال خود را خرج درمان این بیماری کنند. با این اوصاف هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری بدون پوشش بیمه‌ای بسیار بالا و غیرقابل پرداخت خواهد بود. مهم‌ترین آسیب این مسأله جدای از امکان مواجهه خانواده‌ها با هزینه‌های فقرزای سلامت، جلوگیری از فرزندآوری توسط خانواده‌های دارای توانایی بالقوه باروری است. بدین صورت هیچ گونه ترمیم و اصلاحی در نرخ باروری و به تبع آن نرخ جایگزینی جمعیت رخ نخواهد داد. طبیعتاً از مهم‌ترین اقدامات و دخالت‌های دولت در این زمینه، مکلف کردن بیمه‌ها به خصوص بیمه‌های پایه برای ایجاد پوشش حداکثری هزینه‌ها همراه با دربرگرفتن جمعیت قابل توجهی از زوج‌های نابارور، خواهد بود.

### تحت پوشش قرار گرفتن مراکز خصوصی

از مهم‌ترین نکات این مصوبه، توجه به میزان و کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین در نظر گرفتن پوشش همه‌جانبه بیمه برای مراکز دولتی و خصوصی است. در این راستا در مصوبه مذکور دو تصمیم در این رابطه اتخاذ شد: در ابتدا بیمه تأمین اجتماعی علاوه بر مراکز دولتی مکلف به عقد قرارداد با مراکز خصوصی در این حوزه گردید. از سوی دیگر الزامات قانونی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمان ناباروری جهت عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه‌گر پایه، از دیگر اقدامات مثبت در نظر گرفته شده در این مصوبه است. در ماده ۲ این مصوبه آمده: «در اجرای جزء (۵) بند (ک) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، همه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمان ناباروری موظف به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه هستند. تمدید پروانه این مراکز و بیمارستان‌ها منوط به عقد قرارداد با



### دسترسی عادلانه مالی به درمان ناباروری

از مهم‌ترین اقدامات دولت در حوزه سلامت، تأمین دسترسی عادلانه مالی به خدمات درمانی ناباروری بود که در سال گذشته با مصوبه هیأت دولت، مبنی بر مکلف کردن سازمان بیمه سلامت ایران نسبت به پوشش بیمه‌های همه زوجین نابارور فاقد بیمه پایه مطابق آیین‌نامه «بند الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه» محقق شد. همچنین هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری و خدمات تخصصی ناباروری شامل (IUI, IVF, FET, ICSI) براساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه و خصوصی طرف قرارداد تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت.

در راستای قانون جوانی جمعیت، سه سطح خدماتی برای ناباروران در نظر گرفته شده است: سطح اول خدمات برای ناباروران، پیشگیری است، سطح دوم، تشخیص به‌هنگام است و سطح سوم خدمات درمانی ناباروری است. در حدود ۲۲ میلیون نفر از زنان کشورمان که در سنین باروری هستند از این بسته‌های خدماتی برخوردار خواهند شد و حتی دختران نوجوان پایش خواهند شد تا اگر دچار مشکلات ناباروری باشند، اقدامات درمانی را دریافت کنند تا با ناباروری پس از ازدواج مواجه نشوند.

بیمه‌های پایه است. «میزان پوشش خدمات در مراکز خصوصی توسط بیمه‌ها، برابر با حداکثر پوشش مراکز دولتی است (این عدد هم‌اکنون نزدیک به ۹۰ درصد در مراکز دولتی است). از دیگر موضوعاتی که در ماده پنجم مصوبه مورد توجه واقع شده، ثبت اطلاعات مادران نابارور برای غربالگری و اقدامات آتی است. براساس مصوبه هیأت وزیران، همه افراد صاحب صلاحیت شامل فلوشیپ نازایی، متخصص زنان و زایمان دوره‌دیده مراکز ناباروری (دارندگان گواهی مورد تأیید وزارت بهداشت) و متخصصان کلیه و مجاری ادراری، مکلفند مطابق استاندارد ارائه خدمات ناباروری نسبت به نشان‌دار کردن زوجین نابارور، با رعایت محرمانگی اطلاعات در سامانه نسخه الکترونیک اقدام و سازمان‌های بیمه‌گر پایه هم مکلفند زیرساخت لازم برای این منظور را فراهم کنند. همچنین در بند هشتم مصوبه فوق بر رایگان بودن هزینه «زایمان طبیعی» یا تکلیف بر سازمان بیمه سلامت ایران، تأکید شده و سازمان‌های بیمه‌گر مکلف‌اند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به پوشش تعرفه زایمان طبیعی در مراکز دولتی و خصوصی اقدام کنند. این اقدامات دولت سیزدهم زمینه دسترسی عادلانه همه زوج‌های نابارور را به درمان باکیفیت فراهم خواهد کرد و در بلندمدت با کمک به افزایش نرخ باروری، زمینه جوانی جمعیت را بیش از پیش فراهم خواهد ساخت.



از اهم مسائل ناباروری، مشکلات مالی مرتبط با این حوزه است. برای مثال هزینه هر چرخه خدمات درمانی ناباروری (سطح سه خدمات ناباروری) در مراکز دولتی حدود ۷ تا ۸ میلیون تومان و دوره کامل سه دوره در سال، حدوداً ۲۱ تا ۲۴ میلیون تومان است

تحریریه: محمد زنگویی، علیرضا زیاری، محمد ستاری و محمد مهدی صابری نسب  
عکس: آژانس عکس ایران  
صفحه آرایی: حجت حکیمی (دبیر)، محمد عباسپور و شکوفه مهاجری  
تصحیح و ویراستاری: محسن جانی‌پور (دبیر)، داریوش کمالی‌پور آژاد

ایران

منابع امتیاز: خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایران)  
مدیر مسئول: محمدحسن روزی‌طلب  
معاون اجرایی: هاشم سروش‌پور  
دبیر ویژه‌نامه: محمدسینا سمیعی