



مجدد جعفری / ایران

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در گفت‌وگو با «ایران» عنوان کرد

پزشکی خانواده؛ نسخه ملی عدالت درمانی

گفت وگو

مجدد جعفری
گروه اجتماعی

عدالت در سلامت مهم‌ترین اصل راهبردی در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت هر کشوری محسوب می‌شود. عدالت درمانی یکی از شاخصه‌های عدالت سلامت و به معنای تضمین دسترسی تمام اقشار جامعه، بویژه افراد

هفته اول شهریور که هفته دولت هم هست را با روز پزشک آغاز کردیم. با خدا قوت به تمامی کادر درمان که در روزهای سخت همواره پشت مردم ایستادند، وزارت بهداشت برای چالش‌ها و مشکلاتی که در حوزه پزشکی وجود دارد، چه اقداماتی انجام داده‌است؟

پزشکان به عنوان قشری دانشمند و تحصیل‌کرده همیشه در بحران‌ها پرچم خدمت به مردم را برافراشته نگه داشته‌اند. بر هیچ کس پوشیده نیست که در زمان جنگ هشت ساله، همه‌گیری کرونا و همین جنگ جهانی اول، پزشکان و پرستاران با تمام توان خود در کنار بیماران و خانواده‌هایشان ایستادند. امروزه نیز، با چالش‌ها و مشکلاتی که در حوزه پزشکی وجود دارد، چه اقداماتی انجام داده‌است؟

تجربه شما از دوران دفاع مقدس هشت ساله چقدر توانست در مدیریت جنگ تصمیمی ۱۲ روزه اخیر کمک کننده باشد؟

تجربه مثل چراغی برای روشن نگه داشتن مسیر پیش رو است. افرادی که موقعیت‌های مثل جنگ را دیده‌اند، از احتمالات و نیازهای دوران بحران به خوبی آگاه هستند، قطعاً در مقابل حوادث مشابه یا دید بازتری عمل می‌کنند و درک بهتری از چالش‌های مدیریت دارند. به همین دلیل می‌توانند تصمیمات بهتری اتخاذ کنند. قطعاً در بحران‌هایی مثل جنگ ۱۲ روزه، فردی که تجربه دارد، روش‌های سازماندهی و مدیریت بحران را به صورت عملی و تجربی می‌داند، اگر بتواند در عرصه وارد شود، اطمینان خاصی برای حفظ احترام، جایگاه و شأن این افراد زیرمجموعه می‌داند. با کسی کار نمی‌کنند که تجربه دارد. برای مدیریت بحران نیاز به نگرش علمی داریم و در کنار آن برخورداری از تجربه کافی سبب می‌شود عملکرد بهتری در مواجهه با خطرات پیش رو داشته باشیم. باید بر اساس مانی علمی هنگامی که تعداد مجروحان زیاد می‌شود، با معادل درمانی خاص به آنها رسیدگی کنیم. از دیدگاه علمی وقتی یک نفر مجروح می‌شود، با مجروح شدن تعداد زیادی از انسان‌ها متفاوت است. در کتاب‌های مختلف بحث‌هایی برای موقعیت‌های تروما داریم؛ اینکه هنگام روبه‌رو شدن با حجم انبوهی از

مجروحان چه عملکردی داشته باشیم تا در کمترین زمان ممکن به وضعیت مجروحان رسیدگی کنیم. آموخته‌ها و تجربیات در جنگ و عملیاتی مثل کربلای چهار و پنج به ما کمک کرد تا بهترین عملکرد را در جنگ اخیر داشته باشیم. مثلاً زمانی که بیمارستان‌ها و منطقه اوپن را بمباران کردند، تعداد مجروحان بالای ۱۵۰ نفر بود که باید به فوریت به وضعیت همه رسیدگی می‌شد.

در شرایط جنگی که قرار داشتیم، با کمبود نیروی‌های درمان روبه‌رو نشدید؟

سازماندهی خوبی انجام دادیم تا تقسیم وظایف شود و توانستیم انعطافی در نیروها ایجاد کنیم. مثلاً اگر در مرکز درمانی با کمبود ارتوپد روبه‌رو می‌شدیم، تیم سیار داشتیم تا اعزام شوند و کمبود بلافاصله جبران شود. این امر در مورد تیم پرستاری هم صدق می‌کند. هرچا دچار چالش نیرو بود، نیروها را دیگر مناطق به آن مرکز مورد نظر اعزام می‌شدند. برای خلوت‌تر شدن اورژانس و اتاق‌های عمل، عمل‌های غیرضروری موقتاً انجام نمی‌شد. مثلاً فردی که باید تعویض مفصل زانو انجام می‌داد خیلی ضروری نبود که در آن شرایط به بیمارستان مراجعه کند به همین دلیل این گونه اعمال جراحی را به تعویق انداختیم، چون باید تخت‌های ICU و تخت‌های ویژه را حفظ می‌کردیم. هماهنگی این اقدامات را انجام دادیم و با حضور میدانی در مراکز که آسیب می‌دیدند، قوت قلبی برای همکارانمان در نظام سلامت می‌شدیم و کمبودها چه به لحاظ نیروی انسانی و چه لجستیک دارو و تجهیزات را به شکل میدانی

بررسی و برای تأمین آن برنامه‌ریزی می‌کردیم.

با شروع حملات در تهران حدود شش میلیون نفر به شهرهای دیگر جابه‌جا شدند، همین مسأله باعث چالش‌هایی در تأمین شیرخشک و داروهای بیماران خاص شد.

در جنگ ۱۲ روزه همه غافلگیر شدیم. طبیعی است که در برنامه‌ریزی اختلال‌هایی ایجاد شود. از جمله مواردی که غیرمترقبه رخ داد، جابه‌جایی تعداد بالای جمعیت تهران به سمت شهرهای گیلان، مازندران، اردبیل و... بود. طبیعی بود تغییراتی در نیازهای افراد این منطقه ایجاد شود. با مسافرت بیش از ۶ میلیون نفر به این شهرها، نیاز و توازن آن منطقه به محصولاتی مثل شیرخشک، داروها، انسولین، سانتارل دیالیز و... با اختلال روبه‌رو شد که با برنامه‌ریزی و هماهنگی با سازمان غذا و دارو و دانشگاه‌های علوم پزشکی در عرض دو روز نیاز مردم را تأمین کردیم. روز سوم، نیاز همه استان‌ها در همه مقوله‌هایی که ارزیابی کردیم، تأمین شد و دیگر کمبودی به ما اعلام نشد. هنگامی که چنین رویدادی رخ می‌دهد، امکانات را باید از مناطقی که کمتر نیاز دارند به مناطق شلوغ‌تر منتقل کنیم تا تعادل به عرصه و مصرف بازگردد.

در جنگ ۱۲ روزه شاهد وفات کادر درمان و مردم برای کمک به مجروحان هم بودیم؟

شرایطی که کادر سلامت و مردم داشتند، نمایه کاملی از وفات ملی بود. اگر بخواهیم وفات ملی را نشان دهیم، می‌توانیم حادثه میدان تجریش را به تصویر بکشیم. در آن روز به دلیل خرابی آسفالت خیابان و آبرفتگی معابر، عبور خودروه‌ای اورژانس امکان‌پذیر نبود و مردم عادی حاضر در صحنه به همراه تیم سلامت، مجروحان را از ماشین پیاده و با برانکارد به بیمارستان شهدای تجریش منتقل می‌کردند. با سرعت عملی که وجود داشت، حدود سه ساعت بعد شرایط تحت کنترل درآمد.

مجروحان تحت درمان قرار گرفتند. حتی وقتی به عیادت خانم پزشکی که در اوپن کشیک بودند رفتیم، تعریف می‌کردند روز حمله به زندان اوپن داخل حیاط زندان در ماشین گیر افتادند، ماشین در حال سوختن بود و زندانیان اوپن نجاشات دادند. این همان نماد وفات ملی است.

در دفاع مقدس دوم، چند نفر مجروح شدند؟

در دوازده روز دفاع مقدس حدود ۵ هزار و ۷۰۰ مجروح در سطح کشور به بیمارستان‌ها منتقل شدند و تحت درمان قرار گرفتند. بیش از ۱۲۰۰ عمل جراحی انجام دادیم. البته این امار حدودی است و امکان دارد بعضی از مجروحان چندبار برای مداوا به بیمارستان مراجعه کرده باشند.

چه نمره‌ای به خدمات کادر درمان و اورژانس در روزهای جنگ می‌دهید؟

من به عنوان همکار در این صحنه‌ها حضور داشتم. آن چیزی که از فداکاری، ایثار و ماندگاری همکارانم دیدم، فراتر از وظیفه‌ای نبود به همین دلیل به همه آنان نمره بالایی می‌دهم. این نمره را به پرستاری می‌دهم که سه شب پشت سر هم برای ایران و مردمش در بیمارستان طالقانی حضور داشت و مشغول خدمات‌رسانی بود. نمره خوبی هم برای تأمین تجهیزات، دارو، سرم، کیسه خون و همه امکانات و نیازهایی که در جنگ لازم داشتیم و موجود بود به نظام سلامت می‌دهم؛ چون در آن دوران هیچ کمبودی احساس نشد. حتی وقتی با یکی از مسئولان کشتی جلسه داشتیم، او می‌گفت «از مراکز بازدید می‌کرده و حتی یک مورد گزارش

نارضایتی از خدمات حوزه سلامت به او گزارش نشده بود.»

دولت چهاردهم، شخص رئیس‌جمهوری و وزارت بهداشت اولویت کاریشان را برای عدالت درمانی گذاشتند. برای رسیدن به این عدالت درمانی تاکنون چه اقداماتی انجام داده‌اید؟

اسمش را عدالت سلامت بگذارید؛ چرا که هم درمان دارد و هم بهداشت. عدالت سلامت مبانی خاصی دارد، بخشی از آن در حوزه سلامت و بخش دیگری مربوط به حاکمیت و جامعه است. در مجموع این دو بخش با هم می‌توانند عدالت در سلامت را تأمین کنند. اگر فردی تغذیه خوب و امکان ورزش نداشته باشد و فقر بر او حاکم باشد، در حوزه سلامت قطعاً آسیب‌پذیر خواهد بود. بنابراین فقط بحث درمان نیست. باید مشکلاتی را که از عدم رسیدگی و عدم تأمین شرایط لازم برای زندگی مناسب برایش ایجاد شده در درمان جبران کنیم. آنچه که در حوزه سلامت باید تأمین شود، ساختار مناسب و تأمین منابع مالی کافی است تا عدالت در سلامت امکان‌پذیر باشد. همه کشورها به دنبال این ساختار هدفمند هستند، ایران هم در قانون برنامه هفتم توسعه این ساختار را به عنوان پزشکی خانواده و نظام ارجاع تعریف کرده است. هر فردی یا هر میزان درآمدی در این مسیر قرار گیرد، در ساختار سلامت می‌تواند مسیر مطمئن، ارزشمند و با کیفیت را با احترام تا آخر طی کند.

یعنی عدالت درمانی برای مناطق محروم و کم‌برخوردار کشور را با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع محقق می‌کنید؟

هنگامی که فرد از مرحله اول و دوم درمانی تشخیصی بگذرد به مرحله سوم ارجاع داده شده و بعد دوباره بازخورد داده می‌شود به پزشک خانواده تا پیگیر روند درمان او باشند. این ساختار در دنیا تجربه شده و اجرا می‌شود. بنابراین ما هم مصمم هستیم این ساختار را در کشور اجرا کنیم. چون با کاهش هزینه‌های درمان هم روبه‌رو خواهیم شد و پرداختی از جیب مردم کمتری می‌شود، به طوری که فرد قادر گرفتن در این مسیر برای دارو، تصویربرداری، MRI و... درصد بسیار اندکی پرداخت می‌کند و مابقی از جیب دولت و بیمه کسری می‌شود. بعد از تشخیص ابتدایی بیمار به سطح دوم یعنی کلینیکی درمانی فرستاده می‌شوند، اگر لازم باشد در مرحله سوم به اتاق عمل و بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند. بنابراین این تأمین منابع به درستی انجام شود، مسیر مطمئن برای سلامت، چه اورژانس و چه موارد غیر اورژانس فراهم شده است.

اما به نظرم بخش اول بسیار مهم است چرا که سلامت را باید در ابعاد اجتماعی، سیاسی، اقتصادی ببینیم. چون آلودگی هوا می‌تواند موجب آسیب به سلامت افراد شود و فقط در حوزه سلامت نیست. این کنترل باید در بحث خودرو، جاده‌ها و کارخانه‌ها هم انجام شود همچنین مرگ و میرهای جادای می‌تواند سبب آسیب به حوزه سلامت شود. در این میان کالاهای آسیب‌رسان نباید غافل‌شیم. سازمان بهداشت جهانی WHO اخیراً بحث‌نامه‌ای ابلاغ کرده است مبنی بر اینکه عوارض کالاهای آسیب‌رسان از جمله سیگار و الکل باید افزایش پیدا کند تا مصرف کاهش یابد. بنابراین اگر فاکتورهای سلامتی دیده شوند، مقوله عدالت سلامت به حد کافی که هر حکومتی می‌تواند برای مردم خودش ایجاد کند، تأمین می‌شود.

صحبت از پزشک خانواده شد، طرح پزشکی خانواده در دوره‌های

گذشته هم اجرا شد، اما آنطور که باید نتیجه مطلوب نداشته است. در این دولت به چه شکل اجرایی می‌شود؟

برنامه پزشکی خانواده در هر جایی از دنیا که اجرا شده، حداقل ۸ تا ۱۰ سال طول کشیده تا بتواند به طور کامل همه افراد کشور را پوشش بدهد. حتی اجرای این طرح در انگلستان بیش از ۲۰ سال طول کشید تا به شکل کامل اجرایی شود. بنابراین پزشکی خانواده ایجاد ساختار جدید با فرهنگ‌سازی جدید و اطلاع‌رسانی جدید است و باید به تدریج اجرا شود. برای ایجاد مسیر جدید باید آموزش داده شود و فرهنگ‌سازی کنیم تا مردم به این فرآیند اعتماد کنند و با ایجاد منابع پایدار برای طرح حاصل آن برداشت شود.

این طرح از چه زمانی اجرایی می‌شود؟

طرح پزشکی خانواده از شهریورماه شروع شده، اما به تدریج با مقاطع کوچک از هر استان ادامه پیدا می‌کند. اول باید اطمینان حاصل کنیم استان‌ها، به لحاظ سطح یک «مراکز بهداشت، خانه بهداشت»، سطح دو «کلینیک‌ها» و سطح سه «بیمارستان‌ها» آماده هستند. همچنین از نظر مبانی الکترونیک سلامت برای ارجاع الکترونیک، نسخه‌نویسی الکترونیک، بازخورد الکترونیک هم باید آمادگی لازم و در بستری مشخص وجود داشته باشد. بنابراین برای اجرای این طرح، اول آمادگی‌ها کنترل می‌شود بعد از فراهم شدن، کار در آن استان گسترش بیشتری پیدا می‌کند. براساس آخرین جلسه‌ای که در این رابطه با رؤسای دانشگاه‌ها برگزار کردیم دستورالعمل‌ها مورد بررسی قرار گرفت. اتفاقاً آقای رئیس‌جمهوری هم در این جلسه حضور داشتند و نظام مالی، نظام پرداخت و همه مواردی را که مورد نیاز اجرایی شدن این برنامه است، مجدداً بررسی کردند. شما گفتید، در دوره‌های قبل این برنامه اجرا شد و ناموفق بود؛ اما به نظر من این طور نیست. بجز دو استان که خواستند اجرا کنند، بقیه موارد در سطح یک قرار داشت که فقط پزشکی خانواده بود و نظام ارجاعی در آن طرح دیده نشده بود.

برای اجرای پزشکی خانواده در کل کشور چقدر بودجه نیاز است؟

الان نه می‌خواهم و نه می‌توانم رقمی را به آن کمب و شایم و به علت تغییرات نرخ ارز و... محادلات دستخوش تغییر می‌شود اما آن چیزی که برای امسال پیش‌بینی کردیم، حدود ۴۵ هزار میلیارد تومان است. سعی می‌کنیم تا آنجایی که مطمئن هستیم منابع کافی است، طرح را گسترش بدهیم. به تدریج هر چقدر طرح گسترش پیدا کرد برای آن تأمین منابع هم انجام می‌شود. تلاش می‌کنیم با اصول کوهنوردی پیش روییم یعنی حتماً پای‌مان را جایی بگذاریم که محکم باشد، هر موقع هم مطمئن شدیم، قدم بعدی را برمی‌داریم؛ چرا که برنامه پزشکی خانواده زمانی موفق است که پرداختی‌ها به پزشک خانواده در سطح یک و همچنین پزشکی که بیمار در سطوح دو سه به آنها ارجاع می‌شود، به موقع و سره‌ام انجام شود. هر پزشک براساس قراردادی مشخص وارد برنامه می‌شود و این قرارداد باید جذاب باشد، تأمین معیشت‌شان را به دنبال داشته باشد و پرداخت‌ها بر اساس قرارداد به موقع انجام شود. اگر کار را این طور پیش ببریم، مشکلی نخواهیم داشت.



برای مشاهده فیلم این گفت‌وگو بازگرد را اسکن کنید

دیپلماسی علمی؛ نیازمند گذار از راهکارهای خرد به راهبردهای کلان

یادداشت



دکتر کوروش جعفریان
معاون بین الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران

حوزه آموزش عالی و سلامت، به دلیل ظرفیت بی‌بدیل در صدور دانش فنی، تربیت متخصصان و ارتآوری، نیازمند نگاهی ویژه و راهبردی است. دانشگاه‌ها به عنوان سفیران علمی ایران، پتانسیل عظیمی برای تقویت جایگاه کشور دارند؛ اما تحقق کامل این ظرفیت، نیازمند تدوین راهبردهای کلان ملی، رفع موانع ساختاری و اعطای اختیارات متناسب به بازیگران اصلی این حوزه، یعنی دانشگاه‌های پیشرو است.

مهم‌ترین چالش: فقدان استراتژی ملی و حاکمیت قوانین داخلی

بزرگ‌ترین چالش وزارت بهداشت در مسیر بین‌المللی‌سازی، نه کمبود توانمندی علمی، بلکه فقدان یک «برنامه استراتژیک ملی» در این حوزه است. توسعه در این عرصه باید پایدار و همه‌جانبه باشد، اما در عمل، به

از درک صحیح شرایط و گامی مثبت برای رفع موانع است. این اقدامات، هرچند ارزشمند، اما برای ایجاد یک جهش واقعی نیازمند تکمیل شدن با یک راهبرد ملی منسجم هستند.

فرصت‌های پیش‌رو: جهش در صورت رفع چالش‌ها

حال تصور کنیم اگر چالش اصلی، یعنی فقدان استراتژی واحد و قوانین دست‌وپاگیر داخلی، مرتفع شود و به دانشگاه‌های تراز اول استقلال عمل بیشتری داده شود، چه فرصت‌های عظیمی پیش‌روی ما گشوده خواهد شد: **اعتباربخشی بین‌المللی:** یکی از فوری‌ترین و مؤثرترین اقدامات، کمک وزارت بهداشت به دانشگاه‌ها برای کسب اعتبار در نظام آموزشی کشورهاست. به عنوان مثال، بسیاری از دانشگاه‌ها ما در کشور چین تأیید شده، نیستند و این امر مانع جذب دانشجو می‌شود. رفع این مانع به تنهایی می‌تواند تعداد دانشجویان بین‌المللی را بیش از دو برابر افزایش دهد. **تأسیس شعب دانشگاهی:** دانشگاه‌ها ما به درجه‌ای از اعتبار رسیده‌اند که کشورهای منطقه خواستار تأسیس شعبه آنها هستند و سرمایه‌گذاران بین‌المللی نیز آماده حمایت‌اند. رفع موانع داخلی و تسهیل‌گری وزارت بهداشت، فرصتی برای نفوذ علمی، فرهنگی و اقتصادی از این طریق فراهم می‌آورد. هر شعبه دانشگاهی به کانونی برای همه فعالیت‌های بین‌المللی، از صادرات محصولات دانش‌بنیان تا تبادل فرهنگی، بدل

خواهد شد.

تأسیس صندوق‌های مشترک پژوهشی: ایجاد صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک با کشورهای منطقه، راه را برای تعریف پروژه‌های بزرگ علمی هموار کرده و ایران را به قطب علمی تبدیل می‌کند.

شبکه نخبگان ایرانی: ایجاد یک شبکه منسجم و ملی برای ارتباط با نخبگان ایرانی خارج از کشور، ظرفیت بی‌بدیل این عزیزان را برای توسعه صادرات دانش‌بنیان، تعریف پروژه‌های مشترک و حتی جذب کمک‌های خیرین بین‌المللی فعال می‌کند.

توسعه پایدار بین‌المللی: با تمرکز بر جذب دانشجویان تحصیلات تکمیلی (دکتری و پس‌دکتری) و دوره‌های فلوشیپ، می‌توان روابط علمی عمیق و پایداری را شکل داد که به مراتب ارزشمندتر از افزایش صرف تعداد دانشجویان است.

در پایان، پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت با اعطای استقلال عمل بیشتر به دانشگاه‌های تیپ یک در حوزه بین‌الملل و عدم الزام آنها به تبعیت از قوانین یکپارچه‌ای که برای فعالیت‌های داخلی طراحی شده‌اند، راه را برای جایگی بیشتر باز کند. همچنین تشکیل کارگروهی دائمی با حضور دانشگاه‌های پیشرو برای رصد مستمر مشکلات و ارائه راهکارهای عملیاتی، امری ضروری است. سرمایه‌گذاری در آموزش عالی بین‌المللی، یک استراتژی کلان برای افزایش امنیت، اعتبار و توسعه پایدار کشور است.