

# گزارش اجمالی عملکرد سی ساله

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



ویرایش اول

ویدایش اول

# گزارش اجمالی عملکرد سی ساله

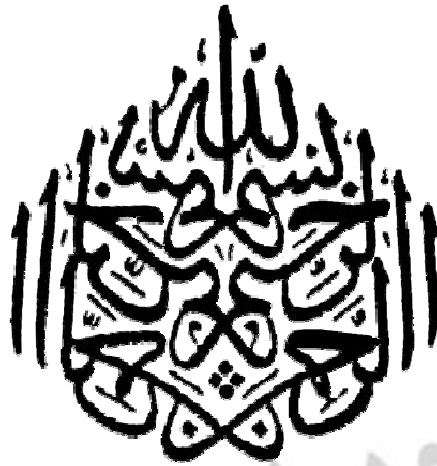
## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزارش اقدامات و دستاوردها در زمینه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ویژه ایستادگی اول

ویژه سی سالگرد پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی ایران

اداره کل روابط عمومی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



عنوان کتاب: سه دهه تلاش؛ در عرصه نظام سلامت کشور

تهیه و تدوین: دکتر عباس زارع‌نژاد و دکتر مجید اکبری

با همکاری زهرا یزدی‌زاده

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره کل روابط عمومی

تاریخ انتشار: اسفند ماه 1387

شمارگان: 100 نسخه

آدرس: تهران - خیابان حافظ - تقاطع جمهوری اسلامی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - طبقه 6 -

اداره کل روابط عمومی - تلفن: 66705436

وب سایت: [www.behdasht.gov.ir](http://www.behdasht.gov.ir)



## پیش‌گفتار

- توسعه بیمه خدمات درمانی
- پزشک خانواده و نظام ارجاع

## کلیات

- جایگاه سلامت در قانون
- تاریخچه و ساختار تشکیلات
- منابع مالی - مصرفی در بخش سلامت
- توسعه نیروی انسانی
- عضویت در سازمان‌های بین‌المللی
- گسترش ارتباطات بین‌المللی
- تقویت جایگاه زنان در سلامت و آموزش پزشکی

## غذا و دارو

- ارتقای سطح ایمنی و کیفیت غذا
- برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه
- ساختار و سیاست‌های ملی دارویی
- صنعت داروسازی در ایران
- تأمین داروی مورد نیاز کشور
- توسعه صادرات دارو
- توسعه داروهای طبیعی
- تضمین کیفیت و اثر بخشی دارو
- فراهمی و در دسترس بودن دارو

## پیش‌گیری و بهداشت

- ارتقای مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C)
- اطلاع‌رسانی و ارتقای فرهنگ سلامت
- جلب مشارکت‌های مردمی
- داوطلبین سلامت
- مدیریت بیماری‌های واگیر
- برنامه گسترش ایمن‌سازی
- ریشه‌کنی فلج اطفال
- مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان
- وضعیت اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران
- مدیریت بیماری‌های غیرواگیر 1
- مدیریت بیماری‌های غیرواگیر 2
- پیش‌گیری از آسیب‌های ناشی از حوادث و سوانح
- سلامت محیط و کار
- پروژه شهر سالم - روستای سالم
- برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
- طرح بیمارستان‌های دوست‌دار کودک
- تنظیم خانواده و کنترل رشد جمعیت
- چهره مرگ و میر در کشور
- ارتقای سلامت روان
- پیش‌گیری و درمان سوء مصرف مواد

## آموزش پزشکی

- ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی
- تربیت گروه پزشکی مورد نیاز
- گسترش رشته‌های تخصصی پزشکی
- تبادل و اعزام دانشجو به خارج از کشور
- ارتقای کیفیت آموزش پزشکی
- آموزش مداوم جامعه پزشکی

## تحقیقات پزشکی

- گسترش تحقیقات پزشکی
- فناوری اطلاعات در پزشکی
- تولید رده سلول‌های بنیادی

## منابع

## مراقبت و درمان

- گسترش خدمات تشخیصی - درمانی
- بهینه‌سازی اورژانس بیمارستانی
- تقویت مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
- گسترش درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی
- پیوند اعضا

## پیش‌گفتار

# بسم الله الرحمن الرحيم

دسترسی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تأمین سلامتی و بهره‌مندی از زندگی سالم، حق مسلم همه ملت‌هاست، و ایجاد شرایط لازم برای این مهم و حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه، وظیفه خطیر دولت‌مردان آن جامعه است.

در راستای برنامه‌های توسعه دولت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی «حفظ و ارتقای سلامت جامعه» از طریق تربیت نیروی انسانی، تأمین و توزیع تجهیزات و امکانات لازم و فراهم کردن سرمایه کافی برای تحقق این هدف انسانی است. به منظور تحقق این هدف و ارتقاء و دسترسی عادلانه و فراگیر آحاد ملت به خدمات بهداشتی - درمانی مناسب، از سوی وزارت متبوع و سازمان‌های همکار، همواره تلاش‌های وسیعی صورت گرفته و دستاوردها و موفقیت‌های عظیمی حاصل شده است که بعضاً مورد تقدیر سازمان‌های بین‌المللی نیز قرار گرفته است.

در بخش بهداشت، گام‌های مؤثری برای کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیر و غیرواگیر صورت گرفته و موفقیت‌های چشم‌گیری در این زمینه کسب شده است. در زمینه درمان، نسبت به گسترش بیمه خدمات درمانی، برقراری نظام ارجاع و پزشک خانواده، سامان‌دهی شبکه اورژانس کشور، تأمین تجهیزات پزشکی مورد نیاز اقدام شده و به پیشرفت‌های بسیار خوبی نیز در درمان بیماری‌ها دست یافته‌ایم که ترمیم ضایعات نخاعی، پیوند اعضا، پزشکی هسته‌ای، تولید رده سلول‌های بنیادی، درمان نازایی و ... تنها نمونه‌ای از آنهاست.

از مهم‌ترین دستاوردهای بخش غذا و دارو نیز می‌توان به خودکفایی در تولید دارو و امنیت دارویی و ایمنی مواد غذایی اشاره کرد. در آموزش پزشکی نیز موفقیت‌های چشم‌گیری حاصل شده و ادغام عرصه آموزش در شبکه‌های بهداشتی - درمانی و برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکی ایران زبان‌زد جهانیان شده است. زمینه مناسبی برای تحقیقات سلامت نیز فراهم شده و تلاش‌های گسترده‌ای در این خصوص صورت گرفته است که توسعه مراکز تحقیقات پزشکی و افزایش پژوهشگران از آن جمله است. سیاست کلی نیز بر کاهش تصدی‌گری در امور اجرایی و تفویض اختیار به سطوح محیطی و دانشگاه‌ها و تقویت نقش سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و افزایش مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی بنا شده است.

هرچند در این مجموعه تصویر کلی از اقدامات و کارکردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منعکس شده است، اما مسلماً آرایه تمام موفقیت‌ها و انتقال تجربیات در این مجموعه نمی‌گنجد. امید است در آینده گزارش جامع‌تری در این زمینه ارائه دهیم.

### جایگاه سلامت در قانون

برنامه پنج‌ساله چهارم به طور روشن وظایف بخش سلامت در خصوص تحقق عدالت را مشخص کرده است. در ماده 84 موضوع امنیت غذا و تغذیه در کشور و تأمین سبد غذایی مطلوب و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه مورد توجه قرار گرفته است.



در ماده 40 همین قانون موضوع تأمین عدالت اقتصادی در سلامت مورد توجه قرار گرفته و به صراحت بیان کرده است که سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی باید از 5/7 درصد تا پایان برنامه پنج‌ساله چهارم به 7 درصد برسد و سهم پرداخت مردم به 30٪ کاهش یابد و سهم بودجه عمومی به 70 درصد ارتقاء یابد.

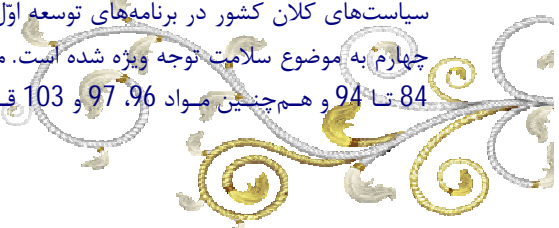
ماده 91 قانون بر برقراری نظام پزشک خانواده و ارجاع و ماده 92 بر درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی تأکید دارد. ماده 86 و 97 برنامه چهارم توسعه، دولت را مکلف به اجرای برنامه کاهش آسیب در معتادان و گروه‌های آسیب‌پذیر و در اولویت قرار دادن برنامه‌های کاهش آسیب کرده است. ماده 96 نیز تأمین غذای سالم و کافی و توانمند کردن مردم و موضوع نیازهای اساسی توسعه را مورد توجه قرار داده است.

در راستای اجرای قوانین فوق تلاش‌های گسترده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های مرتبط روز به روز در حال سرعت و شتاب است.

قوانین هر کشور گویای جایگاه سلامت نزد حاکمیت آن کشور است. با توجه به نقش سلامت در توسعه و پیشرفت کشور و نهادینه شدن شعار «انسان سالم؛ محور توسعه پایدار» در تدوین و تصویب قوانین، به موضوع سلامت اهمیت ویژه داده شده است. در اصول 3، 21، 29، 30، 43 و آموزش تأکید شده است. اصل 29 قانون اساسی، تأمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را وظایف دولت برشمرده و آورده است: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند».

در اصل 43 قانون اساسی، تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده و در بند 12 اصل 3، برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت و تعمیم بیمه مورد تأکید قرار گرفته است. حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی‌سرپرست در اصل 21 قانون اساسی یادآوری شده است. اصل 3 و اصل 30 قانون اساسی بر فراهم کردن آموزش و تحصیلات عالی تا حد خودکفایی کشور تأکید دارد.

از طرفی به دلیل اعتقاد مبنایی انقلاب اسلامی در تأمین عدالت اجتماعی و تأمین سلامت برای همه، در سیاست‌های کلان کشور در برنامه‌های توسعه اول تا چهارم به موضوع سلامت توجه ویژه شده است. مواد 84 تا 94 و همچنین مواد 96، 97 و 103 قانون



تدوین شد که به تصویب سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور رسید.

در حال حاضر این وزارتخانه در سطح ستاد مرکزی دارای 8 معاونت شامل معاونت سلامت، آموزشی، امور دانشجویی و فرهنگی، تحقیقات و فناوری، غذا و دارو، توسعه مدیریت و منابع، معاونت هماهنگی و معاونت امور مجلس است. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی نیز مستقیماً زیر نظر وزیر اداره می‌شوند. هم‌اکنون 40 دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی در سطح کشور فعال است که بر حسب جمعیت تحت پوشش خود در سه تیپ تقسیم‌بندی شده و دارای ساختار تشکیلات متفاوتی هستند. به منظور استقلال عمل دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی «قانون هیئت امناء» تصویب و اجرا شده است. زیر نظر هر دانشگاه شبکه‌های بهداشتی - درمانی، دانشکده‌های آموزشی و بیمارستان‌ها فعالیت دارند. تعداد مراکز بهداشت شهرستان‌ها نیز به 346 مرکز می‌رسد. در حوزه شبکه بهداشت و درمان نیز، خانه‌های بهداشت، مراکز و پایگاه‌های بهداشتی - درمانی پیش‌بینی شده است.

با توجه به اهمیت موضوع سلامت، در اوایل سال 1384 شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ایجاد شد که با مسئولیت رئیس‌جمهوری و دبیری وزارت متبوع و عضویت تعدادی از وزرا و رؤسای سازمان‌ها هر 3 ماه یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را مورد بازبینی قرار داده و مشکلات آن را برطرف می‌کند. ساختار مشابهی نیز در استانها این وظیفه را به عهده دارد.

با توجه به مشارکت بسیاری از سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها در زمینه‌های مختلف مرتبط با سلامت، سطح همکاری و تعامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های مرتبط مطلوب است و در جلسات یکدیگر فعالانه حضور دارند.



### تاریخچه و ساختار تشکیلات

در نگاهی گذرا به تاریخچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توان از تأسیس «اداره کل صحنه» در سال 1305 یاد کرد که چند سال بعد به «اداره کل بهداری» تغییر نام یافت. در سال 1320 با تغییر ساختار اداره کل بهداری، «وزارت بهداری» تأسیس شد. برای اولین بار در سال 1346 نمودار سازمانی و تشکیلات تفصیلی وزارت بهداری توسط سازمان امور اداری و استخدامی تصویب شد. در سال 1355 وزارت بهداری به «وزارت بهداری و بهزیستی» تغییر نام داد و در همان سال تشکیل «سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌ها» تصویب شد. در سال 1358، بهزیستی از وزارت بهداری تفکیک شد و نهایتاً با تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و ادغام شبکه‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در سال 1364 تأسیس شد.

در سال 1372 تمام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت منحل و در دانشگاه‌های علوم پزشکی ادغام شد و در نتیجه، دانشگاه‌های علوم پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تغییر نام داد. در سال 1379، با اجرای طرح مطالعاتی، ساختار جدید وزارت بهداشت بازبینی و الگوی جدیدی برای آن



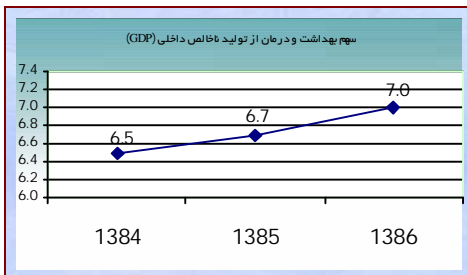
## منابع مالی - مصرفی در بخش سلامت

صورت می‌گیرد. طرح «بهداشت و جمعیت» در قالب 5 پروژه در طی سال‌های 82-72 با اعتبار 294 میلیون دلار اجرا شد که 152/6 میلیون دلار آن سهم دولت ایران و 141/1 میلیون دلار سهم بانک جهانی بود، که به صورت وام با نرخ ثابت 1750 ریال توسط بانک مرکزی در اختیار طرح قرار گرفت.



طرح «بهداشت و تغذیه» نیز دومین پروژه مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بانک جهانی است که در قالب 9 پروژه از سال 1381 شروع و تا پایان 1387 ادامه یافت. کل اعتبارات این طرح 124 میلیون دلار است که از این مقدار، 37 میلیون دلار سهم دولت ایران و 87 میلیون دلار سهم بانک جهانی بود که به صورت وام در اختیار دولت ایران قرار گرفت.

سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال 1386 به 7٪ رسید.



سرمایه‌گذاری در بخش سلامت به عنوان راهبرد کلی توسعه و کاهش فقر شناخته شده و تأمین منابع مالی کارآمد در بخش بهداشت و درمان به منظور دسترسی آحاد جامعه به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های فردی به گونه‌ای که بدون فشار اقتصادی بتوانند هزینه‌های بهداشتی - درمانی خود را پرداخت کنند، مورد توجه قرار گرفته است.

میزان اعتبارات بخش بهداشت و درمان در طی ده سال اخیر (85-1376) به طور متوسط سالانه 22.8٪ رشد داشته است که بیشترین میزان رشد مربوط به سال‌های 83 و 84 با رشد 39 و 51 درصد نسبت به سال قبل بوده است. سهم اعتبارات جذب شده در بخش بهداشت و درمان (مردم و دولت) در طی سال 1382، 71/087 میلیارد ریال بوده است که با توجه به میزان 1/095/717 میلیارد ریال تولید ناخالص داخلی کشور، سهم آن از تولید ناخالص داخلی (GDP) کشور 6/49 برآورد می‌شود.

اعتبارات اختصاصی بخش سلامت بطور متوسط سالانه 11/6٪ بیش از رشد درآمد عمومی آن و 5/4٪ بیشتر از اعتبارات بیمه خدمات درمانی بوده است و از طرفی اعتبارات بیمه خدمات درمانی نیز کمتر از رشد درآمد اختصاصی است، بنابر این سهم هزینه مردم در تأمین سلامتی به تدریج افزایش یافته است. هم اکنون سرانه هزینه سلامت در کشور حدود 110 دلار است.

تدوین حساب‌های ملی استانی بهداشت (NHA)، اجرای مکانیزاسیون اطلاعات بودجه‌ای بخش بهداشت و درمان، همکاری با کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت و تشکیل تیم GMH در ایران از جمله فعالیتهای صورت گرفته در بخش بودجه بهداشت و درمان است. هم‌چنین بخشی از فعالیتهای حوزه سلامت کشور از طریق اعتبارات طرح‌های مشترک با بانک جهانی

## توسعه نیروی انسانی

مشاغل بهداشتی - درمانی و سایر کارکنان و ارتقای سطح خدمات رفاهی کارکنان اقدام شده است. با توجه به تعداد پزشکان، دندان‌پزشکان، داروسازان و پیراپزشکان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هم اکنون نسبت پزشک شاغل به جمعیت 33/2 درصد هزار نفر و نسبت دندان‌پزشک، داروساز و پیراپزشک شاغل در وزارتخانه نیز به ترتیب برابر با 3/7، 1/8 و 232/1 درصد هزار نفر جمعیت است.

## تعداد کارکنان، وضعیت استخدامی و میزان تحصیلات آنان (سال‌های 84-78)

سال	تعداد کارکنان	نسبت وضعیت استخدامی (%)						نسبت تحصیلات (%)	
		رسمی	پیمانی	خبر خدمت	کارگری	زیر دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
1378	253,064	81,774	7,192	6,04	4,30	39,56	25,76	15	201
1380	266,827	78,05	7,155	5,57	883	37,64	23,81	2	7,89
1382	272,937	75,23	8,30	6,79	969	33,73	22,28	20,92	212
1384	284,128	78,26	13,4	1	5,3	28,4	23	22,5	29
1387	277,711	54,29	17,53	24,07	4,11	20,92	21,43	29,29	21,21
									114,42

نیروی انسانی شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 277.711 نفر است. ترکیب پرسنل وزارتخانه و دامنه مهارت‌ها و دانش آن‌ها از دوره ابتدایی تا فوق تخصص پزشکی و علوم پایه متغیر است. از این نظر تنها وزارتخانه کشور است که سطح دانش و مهارت‌ها بدین گونه اختلاف دارد، لذا می‌توان گفت بیشترین نیروی انسانی متخصص را در اختیار دارد و در بسیاری از مناطق کشور نیروی انسانی با تحصیلات عالیه به لحاظ دانش و مهارت فنی، مربوط به کارکنان این وزارتخانه است. هم اکنون نزدیک 10% پرسنل، دارای مدرک دکترا بوده و بیش از 10 هزار نفر از پرسنل را نیز اعضای هیئت علمی دانشگاه تشکیل می‌دهند.

در حالی که در سال 1378، حدود 65% کارکنان این وزارتخانه را افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی (دیپلم و غیر دیپلم) تشکیل می‌داد، این رقم هم‌اکنون به 52% کاهش یافته و در عوض تعداد کارکنان با تحصیلات لیسانس، فوق لیسانس و دکترا از 24% به 35% رسیده است.

علی‌رغم اجرای سیاست تعدیل نیروی انسانی و واگذاری امور خدماتی و پشتیبانی به بخش خصوصی، با راه اندازی واحدهای جدیدالاحداث، تعداد کارکنان وزارتخانه در فاصله زمانی نه ساله 87-1378 از 252 هزار به 277 هزار نفر افزایش یافته است.

به منظور توسعه نیروی انسانی، «آموزش کارکنان» همواره مورد توجه جدی قرار گرفته است، در حالی که در سال 1382 به میزان 270 میلیون ریال برای 26 ساعت آموزش برای هر نفر اختصاص یافته بود، در سال 1384 بیش از 1/57 میلیارد ریال برای 60 ساعت آموزش برای هر نفر هزینه شده است. از طرفی به همین منظور نسبت به افزایش ضرایب حقوقی

## عضویت در سازمان‌های بین‌المللی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره در راستای تحقق اهداف و مأموریت‌های خود، ارتباط گسترده‌ای با کشورهای جهان و سازمان‌های بین‌المللی داشته است. جمهوری اسلامی ایران هم-





- 3- رئیس کمیته A پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت در سال 2005 (WHA 58).
- 4- معاون گروه کار بین دولتی مسئول بازنگاری مقررات بهداشتی بین‌المللی (LGWG/IHR).
- 5- عضو کمیته مشورتی پژوهش در سلامت (ACHR) در سه دوره سه ساله.
- 6- عضو گروه مشورتی جهانی (GAG) برنامه توسعه یافته ایمن‌سازی (EPI) در یک دوره.
- 7- انتخاب جمهوری اسلامی ایران به عنوان کمیسیونر «کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت».
- 8- برنامه‌ریزی و هماهنگی با مدیریت اجرایی کمیته JPRM.
- 9- عضویت در کمیته بهداشت کشورهای عضو همکاری‌های اقتصادی اکو (ECO) و هماهنگ کننده فعالیت‌های بهداشتی مرتبط. (مرجع ملی).

#### گسترش ارتباطات بین‌المللی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همه ساله میزبانی هیات‌های عالی‌رتبه خارجی را به عهده دارد. در طی چند سال اخیر حداقل 100 هیات عالی‌رتبه خارجی از ایران بازدید داشته‌اند و بیش از 60 یادداشت تفاهم با کشورهای مختلف در این مدت منعقد شده است و 531 مورد سفر کوتاه مشاوران خارجی (STC) برای ارایه آموزش‌های فنی و تخصصی انجام شده است. از طرفی در طی همین مدت، ایران در بیش از 100 اجلاس و کمیسیون مشترک با کشور با اعزام بیش از 1600 نفر از مشاوران و کارشناسان شرکت داشته است.

اکنون در سازمان جهانی بهداشت (WHO)، برنامه جهانی پژوهش و آموزش در بیماری‌های گرمسیری (TDR) و فدراسیون جهانی انجمن‌های بهداشت (WFPHA) حضور فعال دارد و با سازمان‌هایی از قبیل صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)، صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، برنامه مبارزه با ایدز ملل متحد (UNAIDS)، دفتر مبارزه با جرم و اعتیاد ملل متحد (UNODC)، صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (GFATM)، بانک جهانی (World Bank) و ... ارتباط و همکاری نزدیکی دارد.



ایران در چند کمیته فنی و اجرایی سازمان جهانی بهداشت عضو بوده و نقش مؤثری در هیأت حکام (Governing Bodies) سازمان جهانی بهداشت (WHO/HQ) داشته است که از جمله آن می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- 1- معاون هیأت اجرایی (Executive Board) سازمان جهانی بهداشت در یک دوره یک ساله و عضو هیأت مذکور در سه دوره سه ساله.
- 2- رئیس هیأت هماهنگ کننده (JCB) برنامه پژوهش و آموزش در بیماری‌های گرمسیری (TDR) در سال‌های 2005 و 2006 و معاون این هیأت در سال 2004 و عضویت در سه دوره سه ساله.



کنفرانس منطقه‌ای تنظیم خانواده صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، چهارمین اجلاس کمیسیونهای عوامل اجتماعی بر سلامت (1384)، برگزاری نشست وزرای بهداشت کشورهای عضو اکو- یونیسف (1373) و ... اشاره کرد.

- تقویت فعالیت‌های مشترک با صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، در زمینه‌های جمعیتی و بهداشت باروری که از سال 1362 به صورت برنامه‌های 2 و 3 ساله و از سال 1372 تاکنون در قالب برنامه‌های مشترک پنج‌ساله در حال اجراست.
- هماهنگی و شرکت در جلسات کمیته‌های تخصصی وزارت امور خارجه و تدوین گزارش‌های کشوری کنفرانس‌های مرتبط.
- مشارکت در تدوین چارچوب کمک‌های توسعه‌ای سازمان ملل متحد (UNDAF 9-2005) و شرکت در جلسات کمیته ملی اهداف توسعه هزاره (MDGs).
- انعقاد تفاهم‌نامه همکاری پنج‌جانبه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ایران، پاکستان، افغانستان، عراق و سازمان جهانی بهداشت و استقرار دبیرخانه این تفاهم‌نامه در ایران (G5).

### جایگاه زنان در سلامت و آموزش پزشکی

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با ارایه تصویر روشنی از جایگاه زن در اسلام، بر فراهم کردن زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت، سلامت و احیای حقوق مادی و معنوی زنان تأکید کرده است. حمایت از مادران به ویژه در دوران بارداری از جمله مواردی است که مشخصاً در ارتباط با سلامت زنان در



تهیه 21 طرح بهداشتی، درمانی برای بازسازی افغانستان، همکاری با سازمان جهانی بهداشت در تدوین برنامه پنج‌ساله مشترک با آن سازمان و مشخص کردن اولویت‌های بهداشتی کشور (CCS)، هماهنگی برای امضاء معاهده جهانی کنترل دخانیات و تصویب آن در هیأت وزیران، برگزاری ده‌ها کارگاه آموزشی از اعتبارات JPRM و ... از جمله سایر فعالیت‌های بین‌المللی ایران در حوزه سلامت است. گفتنی است با تعامل خوب جمهوری اسلامی ایران با سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای جهان، تاکنون از بسیاری از طرح‌های بهداشتی، درمانی و آموزش پزشکی کشور تقدیر شده و چندین شخصیت برجسته کشور معرفی و مورد تجلیل قرار گرفته‌اند، که از جمله آن می‌توان اعطای جایزه جمعیت سازمان ملل متحد، اعطای جایزه سندرم داون سازمان جهانی بهداشت، اعطای فلوشیپ شوша در زمینه سلامت محیط و کار و ... به چند نفر از محققین کشور اشاره کرد.

هم‌چنین در زمینه گسترش ارتباطات بین‌المللی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- برگزاری چندین اجلاس و کنفرانس بین‌المللی که از جمله آن‌ها می‌توان به برگزاری اجلاس 54 و 53 وزرای بهداشت کشورهای منطقه مدیترانه شرقی - EMRO (1385 و 76)، دومین اجلاس مقدماتی تحقیقات بهداشتی (1386)،





حدود 90 درصد کل افراد رسیده است. بر اساس آخرین آمار، 20892 پزشک عمومی، 6392 پزشک متخصص، 6271 دندانپزشک و 5135 داروساز زن در کشور فعالیت می‌کنند. درصد زنان فوق تخصص به تمام فوق تخصص‌ها از 9% در دهه اول انقلاب به 30% رسیده است.

در سطح مدیریتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های 1375 و 1380 به ترتیب با میزان 32/5% و 25/6% از سهم کل مدیران، بیشترین تعداد مدیران زن را به خود اختصاص داده بود.

دفتر امور زنان با هدف توجه دادن به برنامه‌ریزی با رویکرد جنسیتی و ایجاد فرصت‌های برابر در سال 1372 تشکیل و از آن زمان تاکنون فعالیت‌های چشم‌گیری را انجام داده است. اجرای طرح‌ها و پروژه‌های مختلف در زمینه ارتقای سلامت زنان، انجام طرح‌های تحقیقاتی مربوط به ارتقای سطح سلامت زنان، برگزاری کارگاه‌های متعدد، تقویت تشکلهای غیردولتی بهداشتی زنان، تلاش برای اصلاح فرهنگ تغذیه دختران و زنان، آموزش مهارت‌های ارتباطی برای زوجین جوان و... از جمله فعالیت‌های صورت گرفته در این زمینه است.

از سوی دیگر اداره سلامت مادران نیز در ارتقای شاخص‌های سلامت زنان می‌کوشد. با تلاش‌های صورت گرفته شاخص‌های سلامت زنان ارتقاء یافته است. براساس آمار سال 1384، پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (حداقل 6 بار) از 60/5 درصد در سال 76 به 94/3 درصد رسیده است و نتیجتاً میزان زایمان توسط افراد آموزش ندیده به 1/7% کاهش یافته و متقابلاً زایمان در مراکز زایمانی به 92/8% رسیده است. هم‌اکنون میزان مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان (MMR)، 24/6 درصد هزار تولد زنده است. در عین حال میزان سزارین در مقایسه سال‌های 84 - 1379 از 35 درصد به 42% افزایش یافته است.

قانون اساسی مطرح شده است. در این راستا و به منظور تأمین سلامت زنان و جلب مشارکت آنان در تأمین سلامت خانواده و جامعه اقدامات گسترده‌ای از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته است.



براساس آمار سال 1386، بیش از 95 هزار نفر یعنی 55% کل کارکنان و 71% کارکنان رسته خدمات پرستاری و مامایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های وابسته را زنان تشکیل می‌دهند. آمار زنان فوق تخصص، پزشکان و دندان‌پزشکان متخصص زن و متخصصین زنان و زایمان شاغل در وزارتخانه، به ترتیب 197، 3675 و 1089 نفر گزارش شده است. هم‌چنین زنان دارای مدارک دکترای حرفه‌ای و PhD شاغل در وزارت متبوع به ترتیب 5545 و 347 نفر می‌باشد و 3779 نفر یعنی حدود یک سوم اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی را زنان تشکیل می‌دهد.

دسترسی به سطوح مختلف آموزشی و بهداشتی برای زنان و مردان ایرانی یکسان است. نرخ باسوادی در جمعیت زنان 6 ساله و بالاتر، بیش از 80% است. 53/4% ترکیب کل دانشجویان کشور را دختران تشکیل می‌دهند و این نسبت در دانشجویان گروه پزشکی و دانشجویان پزشکی به 78% نیز در طی سال‌های اخیر رسیده است. آمار دختران فارغ‌التحصیل گروه علوم پزشکی که تعهدات خود را شروع کرده‌اند، رو به افزایش بوده و در سال 1386 به





### ارتقای مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C)

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C)، اساسی‌ترین گام در رسیدن به هدف «بهداشت برای همه» و جزء لاینفک توسعه اقتصادی و اجتماعی هر جامعه است. رایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور با تشکیل گروه‌های ستار مبارزه با مالاریا، سل، آبله و ... در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم آغاز شد. بعدها طرح‌های «تربیت بهداشت» و «سپاه بهداشت» اجرا شد. در سال 1351 طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی با هدف استقرار یک نظام رایه خدمات و استفاده از نیروهای غیرپزشک در واحدهای محیطی به اجرا درآمد. هم‌چنین طرح‌های تحقیقاتی مشابهی نیز انجام شد.

در اولین سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سیاست‌های اساسی بهداشت و درمان کشور تدوین شد. طی سال‌های 61-62 طرح اجرایی شبکه بهداشتی - درمانی کشور تهیه و نهایتاً در سال 1363 برنامه اجرایی «گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

خط مشی‌های اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در ایران عبارتند از: محوریت رایه خدمات بهداشتی اولیه، اولویت مناطق محروم و روستاها بر مناطق برخوردار و شهرها، اولویت پیش‌گیری بر درمان و اولویت درمان سرپایی بر درمان بستری.

در نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بعد از خانواده اولین سطح رایه خدمات را در روستاها، خانه‌های بهداشت و در شهرها، پایگاه‌های بهداشتی و گاهی مراکز درمانی تشکیل می‌دهند. مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی سطح دوم و بیمارستان‌ها و پلی‌کلینیک‌های تخصصی سطح سوم رایه خدمات هستند. سطح چهارم رایه خدمات نیز بیمارستان‌های دانشگاهی با خدمات فوق تخصصی است

شبکه بهداشتی - درمانی کشور شهرت بین‌المللی دارد و به کرات مورد بازدید و تمجید کارشناسان سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است. این شبکه در حال حاضر از طریق حدود 17 هزار خانه بهداشت، 2400 مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، 2200 مرکز بهداشتی - درمانی شهری و فعالیت بیش از 30 هزار بهورز، دسترسی مستقیم 100% جمعیت شهری و بیش از 95% جمعیت روستایی (بالغ بر 20 میلیون نفر) را به «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» فراهم کرده است. در طی سال‌های اخیر در طرح‌های نظام شبکه بهداشتی و درمانی بازنگری صورت گرفته و برنامه‌های جدیدی به نظام شبکه افزوده شده است. هم‌اکنون مراقبت‌های بهداشتی اولیه، از قبیل مراقبت مادر و کودک، تنظیم خانواده، بیماریابی و پیگیری، خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس و بهداشت دهان و دندان، بهداشت روان و ... از طریق خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی صورت می‌گیرد.

یکی از ویژگی‌های قابل توجه شبکه مراقبت‌های بهداشتی، نظام اطلاعات بهداشتی و دسترسی به آمارهای دقیق بر اساس ثبت روزانه فعالیت‌ها، ذیح حیاتی، گردونه آماری و فرم‌های گزارش ماهانه خانه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی، درمانی است.

از دستاوردهای مهم رایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C) می‌توان به کنترل بیماری‌ها و بهبود چشم‌گیر شاخص‌های بهداشتی اشاره کرد. در نتیجه

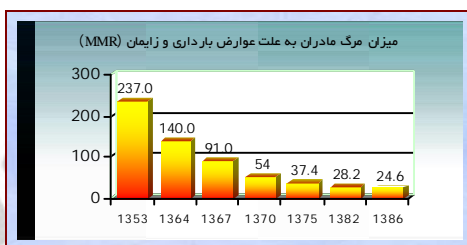


از طریق شبکه بهداشتی - درمانی حتی در دورترین نقاط کشور، آموزش‌های لازم به مردم داده می‌شود. هم‌اکنون صدا و سیما، جمهوری اسلامی، آموزش و پرورش، ائمه محترم جمعه و جماعات، بسیج، شهرداری‌ها، سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد و بسیاری از سازمان‌های دیگر در آموزش و ارتقای فرهنگ سلامت مشارکت فعال دارند. «رادیو سلامت» اختصاصاً در زمینه ارتقای سلامت می‌کوشد و به‌طور روزانه برنامه‌های متعدد کارشناسی از برنامه‌های مختلف صدا و سیما پخش می‌شود. هم‌چنین چندین سریال مرتبط با همکاری وزارت متبوع تهیه و پخش شده است. برای ارتقای آموزش‌های بهداشت باروری و سلامت جنسی استراتژی مشخص وجود دارد و آموزش‌هایی یکسان برای دختران و پسران در سطح دبیرستان‌ها ارائه می‌شود و مفاهیم ضروری مرتبط با سلامت در کتب درسی گنجانده شده است. کمیته اطلاع‌رسانی ایدز فعالیت‌های آموزشی در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز را هدایت می‌کند.



از سوی اداره کل روابط عمومی وزارتخانه در طی چندسال اخیر بیش از 100 تیزر انیمیشن با مضامین ارتقای فرهنگ سلامت تولید و از سیما، جمهوری اسلامی پخش شده است. با ایجاد نگرش مثبت برای اصحاب رسانه، خبرنگاران و روزنامه‌نگاران مشارکت آنان در برنامه‌های سلامت جلب شده و در نتیجه،

خدمات ارائه شده، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک‌سال (IMR) از 104 هزار تولد در سال 1358 به 18/9 (در هزار تولد زنده) در سال 1386 رسیده است. هم‌چنین میزان مرگ نوزادان (NMR) و مرگ کودکان زیر پنج سال به ترتیب به 12/9 و 22 در هزار تولد زنده کاهش یافته است. میزان مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان (MMR) نیز به 24/6 در صدهزار تولد زنده در سال 1386 رسیده است.



### اطلاع‌رسانی و ارتقای فرهنگ سلامت

خدمات پیش‌گیرانه و ارتقای فرهنگ سلامت یکی از سیاست‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و در تمام برنامه‌های مرتبط با سلامت، بر آموزش و اطلاع‌رسانی تأکید خاص شده است. تاریخچه برنامه‌های آموزش سلامت در ایران به سال 1330 بر می‌گردد که اداره تبلیغات در وزارت بهداشتی شروع به کار کرد. در این زمان کارکنانی برای آموزش مالاریا تربیت شدند و به مناطق مختلف اعزام شدند. در سال 1351 این اداره به دفتر آموزش بهداشت عمومی تغییر نام یافت و فعالیت‌های آن گسترده‌تر شد و در سال 1357 ادارات کل و دفاتر آموزش بهداشت راه اندازی شد.

با ایجاد شبکه‌های بهداشتی - درمانی در کشور «آموزش بهداشت» به عنوان یکی از اصول مراقبت - های بهداشتی اولیه (PHC) و با تأکید بر «مشارکت جامعه» در نظام شبکه بهداشتی - درمانی ادغام شد.

سلامت از جمله برنامه‌هایی است که از سوی دفتر مدیریت ارتباطات و آموزش سلامت در حال اجراست.



### جلب مشارکت‌های جامعه در برنامه‌های نظام

#### سلامت

در قانون اسلامی جمهوری اسلامی ایران بر مشارکت مردم در عرصه سلامت جامعه تأکید شده و آمده است: «سلامت حق مسلم جامعه است و تأمین آن از وظایف دولت است که باید با مشارکت مردم عملی شود.»

بی‌شک کشور ایران به واسطه حمایت و مشارکت مردم در قالب نیروهای بسیجی در هشت سال دفاع مقدس در جنگ تحمیلی بیش از هر کشور دیگری، طعم شیرین مشارکت مردمی را چشیده است. مشکلات مردم در توسعه برنامه‌های بهداشتی - درمانی از دیرباز مورد توجه بوده است و این همکاری در قالب کمک‌های انفرادی همانند اهدای زمین، وقف و اهدای تجهیزات درمانی و یا در قالب تشکیل مؤسسات و سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد صورت گرفته و همچنان تداوم دارد. ضمن آن‌که در طی

اخبار و مطالب آموزشی مطبوعات و خبرگزاری‌ها در این زمینه افزایش یافته است.

چندین وب سایت اختصاصی، اطلاع‌رسانی در زمینه سلامت را به عهده دارند و آموزش فرهنگ سلامت از این طریق رو به افزایش است، از طرفی فعالیت‌های چاپی و انتشاراتی در زمینه سلامت همچنان حفظ شده و رو به افزایش است. همه ساله هزاران پوستر، میلیون‌ها بروشور و پمفلت در سراسر کشور چاپ و توزیع می‌شود.

همه ساله در آستانه «روز جهانی بهداشت و هفته سلامت» بسیج‌های اطلاع‌رسانی سلامت برگزار می‌شود و به مناسبت‌های روزهای اختصاصی مرتبط با سلامت نیز اختصاصاً در زمینه مربوطه اطلاع‌رسانی می‌شود. در سال 1382 بسیج اطلاع‌رسانی پیش‌گیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز با همکاری یک میلیون بسیجی و با سخنرانی رئیس جمهوری وقت برگزار شد و طی آن 25 میلیون بروشور در سطح کشور توزیع شد. نقش مهم آموزش و اطلاع‌رسانی در کاهش رشد جمعیت، پوشش وسیع برنامه‌های واکسیناسیون، افزایش میزان آگاهی جوانان در زمینه رفتارهای مخاطره‌آمیز و ... غیرقابل انکار است.

به منظور تربیت نیروهای متخصص مورد نیاز برای آموزش سلامت، نسبت به راه‌اندازی دوره‌های آموزش بهداشت در سطوح کارشناسی، کارشناسی ارشد، MPH، PhD و بازآموزی کارکنان حوزه بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام شده و طرح ایجاد رشته کارشناسی ارشد و PhD ارتباطات سلامت نیز تدوین شده است. هم‌اکنون در سطح ستاد مرکزی وزارتخانه، اداره کل روابط عمومی، دفتر مدیریت ارتباطات و آموزش سلامت و برخی کمیته‌های اطلاع‌رسانی در زمینه ارتقای فرهنگ سلامت جامعه فعالیت می‌کنند. توانمندسازی کارشناسان آموزش سلامت و کارکنان بهداشتی، توانمندسازی اقشار مختلف جامعه و توسعه محیط‌های حمایت‌کننده

لازم به ذکر است «برنامه داوطلبین سلامت» نیز یکی از نمونه‌های خوب مشارکت‌های مردمی است که در ادامه به شرح مختصر آن می‌پردازیم.

### داوطلبین سلامت

در پایان دهه 60 با انگیزه رفع مشکلات بهداشتی حاشیه‌نشین‌های شهری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اولین بار اقدام به طراحی و اجرای طرح رابطان بهداشت به صورت آزمایش در جنوب تهران کرد.

این تجربه از چهار مرکز در حاشیه شهری با 160 نفر مادر داوطلب تحت عنوان رابط بهداشت شروع شد و سپس به 10 مرکز افزایش یافت و رفته‌رفته با جلب مشارکت مردم به شهرهای دیگر گسترش یافت.

این طرح با توجه به موفقیت چشم‌گیری که به همراه داشت، از سال 1372 تحت عنوان «برنامه داوطلبین سلامت» در تمام نقاط شهری به اجرا درآمد.

برنامه داوطلبین سلامت در ایران نمودی از مشارکت مردم در ارتقای سلامت جامعه است که کارنامه 17 سال فعالیت صادقانه در جامعه شهری و روستایی را پشت سر دارد.

این برنامه با روند چشم‌گیری گسترش پیدا کرد، به طوری که هم اکنون در 42 دانشگاه و دانشکده، 385 شهرستان، 2830 واحد بهداشتی فعال شهری و 3705 روستا در حال اجراست. بیش از 126 هزار داوطلب سلامت در این برنامه مشارکت داشته و حدود 4 میلیون خانوار را تحت پوشش دارند.

جلب مشارکت مردم در این طرح فقط محدود به شهر نبوده و هم اکنون 550 نفر رابط عشایر و 20.000 رابط بهداشت روستایی نیز در اجرای این برنامه مشارکت دارند.

سال‌های اخیر با حمایت‌های دولت، نقش جامعه مدنی و سازمان‌های غیردولتی در پیش‌برد برنامه‌های سلامت افزایش یافته است.

به منظور سامان‌دهی مشارکت‌های مردمی، در آبان ماه 1384 دفتر مشارکت‌های غیردولتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأسیس شد که هم‌اکنون بیش از 100 انجمن غیردولتی (NGO) برای مشارکت در برنامه‌های سلامت، با این دفتر ارتباط دارند. در آستانه روز جهانی بهداشت سال 1385، از سوی این دفتر 5 انجمن غیردولتی به عنوان حامی سلامت معرفی و از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آن‌ها لوح تقدیر اهداء شد. هم‌چنین همه ساله در آستانه هفته سلامت از خیرین سلامت نیز تجلیل می‌شود.

از عمده فعالیت‌های سازمان‌های غیردولتی مختلف می‌توان به مشارکت در تدوین و ارزیابی برنامه‌های کشوری سلامت، راه‌اندازی مراکز مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، ایجاد مراکز تنظیم خانواده، ایجاد مراکز گذری (DIC) و تشکیل تیم‌های کمک‌رسان سیار (Outreach)، ایجاد مراکز ترک اعتیاد، اجرای برنامه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی سلامت و ... نام برد.

از برنامه‌های دیگر در خصوص تقویت سازمان‌های غیردولتی می‌توان به تشکیل مجمع انجمن‌های غیردولتی سلامت، افزایش میزان کمک‌های مالی به آن‌ها، تداوم نشست‌های انجمن‌های غیردولتی با وزیر و معاونین و چاپ کتاب انجمن‌های غیردولتی مرتبط با سلامت اشاره کرد. هم‌چنین در طی سال‌های اخیر از سوی دفتر ارتباطات و آموزش سلامت طرح "نظام جامع جلب مشارکت‌های جامعه در توسعه و تعمیق برنامه‌های نظام سلامت" طراحی و در سطح ملی اجرا شده است که نتایج و دستاوردهای ارزنده‌ای را به دنبال داشته است.





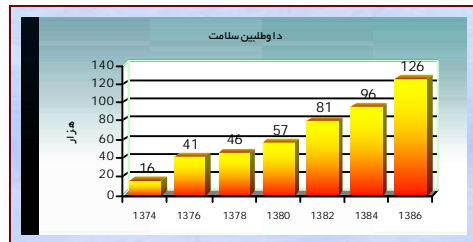
نام اداره کل بیماری‌های واگیردار تغییر نام یافت. متعاقباً با ادغام این اداره کل در سال 1373 تشکیلاتی که برای مدیریت بیماری‌های واگیر در سال 1370 ایجاد شده بود، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها تشکیل شد که بعدها به عنوان «مرکز مدیریت بیماری‌ها» تغییر نام یافت. هم‌اکنون کنترل و مدیریت بیماری‌های واگیر در مرکز مستقلی صورت می‌گیرد.

الف- مالاریا: مالاریا مهم‌ترین بیماری انگلی در ایران است که در سال 1336 عملیات ریشه‌کنی آن شروع شد و در سال 1364 از ریشه‌کنی به «کنترل» تغییر نام یافت و در سال 1367 برنامه کنترل مالاریا در نظام خدمات بهداشتی- درمانی ادغام شد. در حال حاضر در بخش وسیعی از کشور انتقال مالاریا مشاهده نمی‌شود و صرفاً در نواحی محدودی در جنوب شرق کشور همچنان شاهد ادامه انتقال مالاریا هستیم. در سال 1385 تعداد 16 هزار مورد مالاریا با تأیید آزمایشگاه در کشور گزارش شد که بخش قابل توجهی از آن را افراد تبعه کشورهای همسایه تشکیل می‌دادند. درحالی‌که در سال 1358 میزان بروز مالاریا در صد هزار نفر، بیش از 100 نفر بود، هم- اکنون کمتر از 40 نفر است. با توجه به گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه و توسعه مناطق مالاریاخیز و روند قابل توجه کاهش موارد، در سال 1383 امکان حذف مالاریا با مشارکت سازمان جهانی بهداشت بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و برنامه عملیاتی آن تهیه شده است که هدف برنامه از سال 1385، حذف بیماری است.

ب- سل: با تلاش‌های صورت گرفته در طی سال‌های اخیر، جمهوری اسلامی ایران موفق شده است به هدف اختصاصی سازمان جهانی بهداشت، یعنی موفقیت درمان حداقل 85% موارد جدید مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت دست یابد. هم‌اکنون میزان بروز بیماری سل به 13/9 درصد هزار نفر

به منظور توانمندسازی داوطلبین سلامت تاکنون 1100/000 جلد مجموعه آموزشی در بیش از 30 موضوع آموزشی چاپ و بیش از 4500 کلاس آموزشی نیز برای آنان برگزار شده است که بر اساس آخرین ارزیابی صورت گرفته، 95% موضوعات آموزشی بر اساس نیاز محله بوده است. هم‌چنین در طی همین ارزیابی مشخص شد 82% رابطان فعال هم- چنان تمایل به ادامه هم‌کاری با نظام سلامت دارند. در 55% مراکز نیز کمیته بهداشتی رابطان و تعاونی رابطان تشکیل شده است.

هر داوطلب سلامت به طور متوسط 50 خانوار در همسایگی محل سکونت خود را تحت پوشش دارد و ارتباط با آنان در زمینه آموزش هنجارها، باورها و رفتارهای سالم اقدام می‌کند. روش آموزش داوطلبین سلامت، تلفیقی از آموزش مشارکتی و تعلیمی با رویکرد آموزش همسالان (Peer Education) است.



### مدیریت بیماری‌های واگیر

تاریخچه مدیریت بیماری‌های واگیر در ایران به سال 1300 شمسی بر می‌گردد که در آن زمان بیماری مالاریا مورد مطالعه قرار گرفت و چند سال بعد برنامه ریشه‌کنی مالاریا آغاز شد. از طرفی در سال 1320 قانون شیوه جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار به تصویب رسید.

در سال 1359 اداره کل ریشه‌کنی مالاریا و مبارزه با بیماری‌های واگیر تشکیل شد که در سال 1365 به



ه - مراقبت آنفلوانزا: با توجه به وضعیت بیماری آنفلوانزا در جهان و خطر ناشی از بروز احتمالی پاندمی آنفلوانزا، مراقبت آنفلوانزا در سه بخش آنفلوانزای فصلی (انسانی) - آنفلوانزای پرندگان و پاندمی آنفلوانزا از سال 1382 در دستور کار قرار گرفته است. در این راستا پایگاه‌های دیده‌ور در 12 دانشگاه علوم پزشکی راه‌اندازی شد و همچنین آموزش‌های گسترده در سطح کشور به مرحله اجرا در آمد. در این برنامه، مراقبت از طغیان‌ها و اپیدمی‌های تنفسی مشکوک آنفلوانزا نیز در حال اجرا است. علاوه بر این با توجه به اهمیت موضوع، اقدامات مراقبت مرزی (قرنطینه‌های مرزی) و مراقبت بیمارستانی تشدید یافته است.

به‌طور کلی اقدامات وزارت متبوع در قالب برنامه‌ریزی و هماهنگی - پایش وضعیت و ارزیابی - پیش‌گیری و محدودسازی - مداخلات بهداشتی و درمانی - فعالیت‌های ارتباطی و آموزشی در حال پی‌گیری و اجرا است و در این راستا برنامه جامع مقابله با پاندمی آنفلوانزا طراحی شد.

### برنامه گسترش ایمن‌سازی

برنامه ایمن‌سازی همگانی (EPI) با بودجه ویژه در سال 1362 به تصویب رسید. هم‌زمان با گسترش وسیع شبکه‌های بهداشتی - درمانی، پوشش ایمن - سازی افزایش یافت به طوری که در سال 1374 پوشش واکسیناسیون پولیو3 (97 درصد)، ثلاث3 (97 درصد)، سرخک (95 درصد)، ب‌ث‌3 (99 درصد)، کزاز زنان باردار (82 درصد) و هپاتیت B 3 (81 درصد) شد.

جمعیت کاهش یافته است در حالی که این میزان در 12 سال قبل 22/6 و در 40 سال قبل 142 درصد هزار نفر بوده است.

در سال 1384 میزان بروز گزارش سل ریوی با اسمیر خلط مثبت 6/8 در صدهزار نفر جمعیت بوده است و با توجه به این که سازمان جهانی بهداشت این رقم را 12 در صدهزار نفر جمعیت تخمین زده است، میزان کشف بیماران مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت هم اکنون 56/7% موارد مبتلا به سل می باشد که امید است با همکاری بخش‌های خصوصی و سایر سازمان‌های ارایه دهنده خدمات تشخیصی - درمانی، گزارش موارد سل افزایش یابد.

ج - وبا: این بیماری در ایران سابقه نسبتاً طولانی دارد و از سال 1344 تاکنون شاهد 13 مورد اپیدمی بوده‌ایم. با بهبود شاخص‌های توسعه کشور در طی سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی از موارد وبا در کشور کاسته شده به نحوی که دیگر شاهد بروز اپیدمی‌های وسیع نبوده‌ایم. نظام مراقبت بیماری وبا در نظام شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) ادغام شده است و تمام پرسنل بهداشتی - درمانی، آشنایی کامل با چگونگی برخورد با بیماری وبا را دارند. به دلیل شناسایی به موقع بیماری و ارایه خدمات مناسب، میزان مرگ ناشی از بیماری (CFR) همواره کمتر از 1% مبتلایان بوده است.

د - شistosوزومیاژیس: با اجرای برنامه‌های وسیع علیه شistosوزوما هماتوبیوم درحالی که در 27 سال قبل حدود 30 - 25 هزار مورد مبتلا در یکی از استان‌ها گزارش شده بود، موارد مبتلا به شدت کاهش یافته و از سال 1380 نیز تا کنون هیچ‌گونه آلودگی در مناطق اندمیک ایران وجود ندارد و عملاً در مرحله حذف (Elimination) بیماری قرار گرفته‌ایم.





هم‌اکنون پوشش ایمن‌سازی واکسن برای تمام واکسن‌ها به اهداف تعیین شده کشوری یعنی بالای 98% جمعیت هدف رسیده است. حذف کزاز نوزادی از سال 1374 و تعداد مورد صفر فلج اطفال از سال 1380 با اجرای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال تحقق یافته است. حذف سرخک و سندرم سرخجه مادرزادی و کنترل دیفتری و سیاه سرفه و هم‌چنین نگهداری وضعیت صفر فلج اطفال تا ریشه‌کنی جهانی از مهم‌ترین برنامه‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی است.

لازم به ذکر است با توجه دستاوردهای ارزنده برنامه گسترش ایمن‌سازی، برای نخستین بار جشن حذف (Elimination)، کنترل (Control) و ریشه‌کنی (Eradication) بیماری‌های واگیر در سطح ملی در بهمن ماه 87 برگزار شد.



### ریشه‌کنی فلج اطفال

در سال 1988 میلادی سازمان جهانی بهداشت ریشه‌کنی بیماری فلج اطفال تا سال 2000 میلادی را اعلام کرد که با توجه به پاره‌ای از مشکلات، این امر در موعد پیش‌بینی شده محقق نشد و تلاش‌های صورت گرفته در پی آنند که سه سال پس از کشف

در طی سال‌های اخیر علاوه بر برنامه روتین واکسیناسیون، واکسیناسیون‌های تکمیلی از قبیل عکس‌العمل در مقابل طغیان (Outbreak Response) و لکه‌گیری (Mopping Up) در مناطق پرخطر و روزهای ملی ایمن‌سازی علیه فلج اطفال نیز انجام شده است. در سال 1376 یک بسیج ایمن‌سازی کودکان علیه سرخک با واکسیناسیون 6/5 میلیون نفر در گروه سنی 9 ماه تا 15 سال انجام شد. هم‌چنین بسیج واکسیناسیون MR (سرخک، سرخجه) با پوشش 33 میلیون نفر در سال 1382 انجام شد.

فعالیت‌های تشدید یافته در راستای اجرای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال از جمله، روزهای ملی ایمن‌سازی (SNIDs) از سال 1383 در کشور آغاز شد و با انجام ایمن‌سازی‌های لکه‌گیری و SNIDs در حال اجرا است.

تاکنون در برنامه ایمن‌سازی بر حسب ضرورت، هفت بار تغییرات صورت گرفته است. واکسن هیپاتیت B برای نوزادان و گروه‌های پرخطر از سال 1372، واکسن توأم برای تمام دانش‌آموزان دبیرستان از سال 1363 و واکسیناسیون سرخک، سرخجه و اوریون (MMR) به جای سرخک از سال 1383 در برنامه واکسیناسیون قرار گرفت و ادغام واکسیناسیون هموفیلوس آنفولانزا در برنامه ایمن‌سازی همگانی نیز در حال پی‌گیری است. از سال 1385 تاکنون نیز بسیج ایمن‌سازی افراد 18 سال علیه بیماری هیپاتیت B در حال انجام است.





## مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان

به منظور کاهش میزان بروز بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان و کاهش عوارض میزان کشندگی آن‌ها یکی از برنامه‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان» است.

در این راستا تاکنون جلسات منظم کمیته‌های فنی بیماری‌های هاری، لیشمانیوز، تب مالت، CCHF، VCJD و لپتوسپیروز تشکیل و پروتکل‌های تشخیص، درمان و مراقبت این بیماری‌ها تدوین شده است. همچنین در کنار فعالیت‌های آموزشی شامل تهیه برنامه‌های آموزش تلویزیونی، برگزاری کارگاه‌های متعدد کشوری و استانی، آموزش هاری و ... نسبت به اجرای سمینارهای مدون بازآموزی برای پزشکان نیز در این خصوص اقدام شده است.

به دنبال فعالیت‌های صورت گرفته در این زمینه در طی سال‌های اخیر میزان بروز بیماری‌های مشترک کاهش چشم‌گیر داشته است به طوری که در سال 1386، میزان بروز تب مالت به 30 درصد هزار نفر، لیشمانیوز جلدی به 35 در صد هزار نفر، سیاه زخم به 2 درصد هزار نفر و کیست هیداتیک به 0/51 در صد هزار نفر کاهش یافته است و مرگ ناشی از هاری نیز به 10 مورد کاهش یافته است. همچنین درصد و میزان کشندگی بیماری‌های لپتوسپیروز، CCHF و کالآزار نیز از روند نزولی برخوردار است.

گسترش هم‌کاری‌های بین‌بخشی، اجرای گسترده طرح‌های ایمن‌سازی دامی در کشور، پی‌گیری برای عضویت ایران در سازمان MZCC، تقویت سیستم مراقبت و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از ورود بیماری‌های نوپدید زئونوز به کشور از برنامه‌های آتی در این خصوص می باشند.

آخرین مورد بیماری در دنیا، تحقق این هدف را اعلام کنند. این زمان بعداً به سال 2005 تغییر یافت. متعاقباً فعالیت‌های ایمن‌سازی جاری تقویت شده و ایمن‌سازی تکمیلی و تقویت سیستم مراقبت بیماری فلج اطفال در دستور کار قرار گرفت. شاخص‌های متعدد و بسیار دقیق برای مراقبت این بیماری تدوین و در سراسر جهان اجرا شد.

در ایران نیز همانند سایر کشورها فعالیت‌های بسیار زیادی برای ریشه‌کنی فلج اطفال انجام شده است. با توجه به گسترش نظام شبکه‌ای خدمات بهداشتی-درمانی در تمام نقاط ایران، پوشش واکسن OPV3 از سال 1992 به بعد بالای 95 درصد حفظ شده است. علاوه بر پوشش بالای ایمن‌سازی جاری (چهار نوبت خوراکی در کودکان زیر یک سال)، ایمن‌سازی تکمیلی به صورت خانه به خانه در مناطق مرزی کشور در قالب روزهای ملی ایمن‌سازی، واکسیناسیون لکه‌گیری (Mopping-up) و Sub National Immunization Days حداقل دو نوبت و بدون توجه به سابقه واکسیناسیون قبلی برای تمام کودکان زیر پنج سال صورت گرفته است. تقویت سیستم مراقبت‌های بیماری نیز چشم‌گیر بوده است. آزمایشگاه ملی فلج اطفال در آخرین بازدید سازمان جهانی بهداشت 100 درصد امتیاز لازم از نظر کیفیت آزمایش را دریافت کرده است.

با اجرای استراتژی‌های مشخص شده، موارد بیماری از ابتدای سال 2001 به میزان صفر تقلیل یافته و تا هم‌اکنون نیز وضعیت عاری از پولیو حفظ شده است. این موضوع توسط سازمان جهانی بهداشت و بر اساس شاخص‌های عملکرد برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال که در پی کشف هرگونه موارد احتمالی بیماری است، مورد تأیید قرار گرفته است. در طی سال‌های اخیر، سالانه به طور متوسط 3/5 میلیارد ریال برای اجرای عملیات ایمن‌سازی تکمیلی هزینه شده است.





### وضعیت اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران

بر اساس آمار موجود تا دی ماه سال 1387 مجموعاً 18881 نفر فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که 93/5% آنان را مردان تشکیل می‌دهند. هم‌چنین 1592 نفر نیز مبتلا به ایدز شناسایی شده و 2945 نفر نیز در اثر ابتلا به ایدز فوت کرده‌اند. شایع‌ترین علت ابتلا به اچ‌آی‌وی استفاده از تزریق مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با 69/3 درصد و رابطه جنسی با 8 درصد است. راه انتقال در 20/8% از مبتلایان نامشخص است. هم‌چون سایر کشورها در جمهوری اسلامی ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد ابتلاست و تخمین موارد ابتلا در سال 1387 حدود 80 هزار نفر است. هم‌اکنون میزان شیوع اچ‌آی‌وی در ایران، در مرحله شیوع متمرکز (Concentrated) قرار دارد. جمهوری اسلامی ایران، هم‌گام با 188 کشور عضو سازمان ملل متحد در خرداد ماه 1380 (ژوئن 2001) متعهد به کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز شد و در این راستا اقدامات و فعالیت‌های وسیعی را به انجام رسانده است که مورد توجه و تجلیل سازمان‌های بین‌المللی نیز قرار گرفته است. در سال 1381 نخستین برنامه و در سال 1386 نیز دومین برنامه کشوری کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و

ایدز در 10 استراتژی، 75 هدف اختصاصی و 498 فعالیت اصلی تدوین شد. در این برنامه‌های ملی به حوزه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی، تأمین سلامت خون، نظام مراقبت اپیدمیولوژیک، مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT)، کاهش آسیب (Harm Reduction)، پیش‌گیری و درمان عفونت‌های آمیزشی، حمایت از بیماران و خانواده هایشان و... توجه شده است.

در زمینه آموزش و اطلاع‌رسانی آموزش‌های یکسان برای دختران و پسران در سطح دبیرستان‌ها وجود دارد. در سطح دانشگاه‌ها نیز کمیته‌های دانشجویی آموزش اچ‌آی‌وی و ایدز تشکیل شده و برای گروه‌های پرخطر نیز آموزش‌های لازم صورت می‌گیرد. تاکنون صدها فیلم، سریال و برنامه‌های متعدد کارشناسی از شبکه‌های مختلف صدا و سیما پخش شده است. همه ساله هزاران پوستر و بروشور و کتاب چاپ و منتشر می‌شود و ده‌ها کارگاه آموزشی نیز برگزار می‌شود. برنامه‌های آموزشی لازم برای گروه‌های مختلف به ویژه برای جوانان وجود دارد. هم‌چنین برنامه کشوری اطلاع‌رسانی و آموزش ایدز و رفتارهای مخاطره‌آمیز برای جوانان تهیه شده است.

در زمینه برنامه‌های کاهش آسیب (Harm Reduction) تا اواسط سال 1387، 205 مرکز مشاوره بیماری رفتاری، 155 مرکز گذری (DIC)، 220 گروه کمکرسان ستار (Outreach) و 850 مرکز درمان نگهدارنده با متادون (MMT) راه اندازی شده است. هم‌چنین برنامه‌های سرنگ و سوزن (Needle and Syringe Program)، توزیع برنامه درمان نگهدارنده با متادون (MMT)، توزیع کاندوم و راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی (Hot Line) با موفقیت در کشور در حال اجراست.

در زمینه مراقبت و درمان، دسترسی 100% افراد مبتلا به خدمات تشخیصی و پیش‌گیری رایگان و هم‌چنین خدمات تخصصی ضد رتروویروسی و



الف- قلب و عروق: در کشور ایران 167/7 در صدهزار نفر مرگ و میر، 23/4% عمر از دست رفته و 38% کل مرگ ها به علت بیماری‌های قلبی و عروقی است. به منظور پیش‌گیری و کاهش بیماری‌های قلبی- عروقی «برنامه کشوری پیش‌گیری و کنترل فشارخون» در تمام شبکه‌های خدمات بهداشتی- درمانی شهری و روستایی کشور اجرا می‌شود. هم‌چنین «برنامه کشوری پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های قلبی- عروقی» نیز که در سال 1376 تدوین و در سال 1381 بازنگری شده است، در حال حاضر در 7 دانشگاه علوم پزشکی به طور آزمایشی در حال اجراست. از طرفی طرح «اصلاح و بهبود شیوه زندگی» نیز با هدف ایجاد مرکز تندرستی در سال 1384 نهایی شد و از ابتدای سال 1385 به صورت آزمایشی در یکی از مراکز بهداشتی- درمانی شهر تهران اجرا شد. طی اولین بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری غیرواگیر، بیش‌ترین عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی- عروقی در ایران عبارتند از: کم تحرکی (69%)، کلسترول بالای 200 (44%) و اضافه وزن (28%).

ب- دیابت: «برنامه پیش‌گیری و کنترل دیابت» در سال 1375 طراحی و تا سال 1378 در 17 دانشگاه علوم پزشکی به صورت آزمایشی به اجرا درآمد. این برنامه در سال 1381 مورد ارزشیابی قرار گرفت و به کل نظام سلامت تعمیم داده شد. هم‌اکنون حدود سه میلیون نفر از جمعیت کشور مبتلا به بیماری دیابت هستند و بر اساس نتایج یک غربال‌گری، شیوع دیابت در شهرها 5% و در روستاها 3/03% و میزان دیابت حاملگی (Gestational Diabetes Mellitus) نیز در روستاها 0/9% است.

در حال حاضر 200 واحد دولتی و 12 درمانگاه تخصصی خصوصی در کشور در حال ارائه خدمات به بیماران دیابتی هستند و این درحالی است که کشور به 700 واحد دیابت نیاز دارد که اقداماتی در این

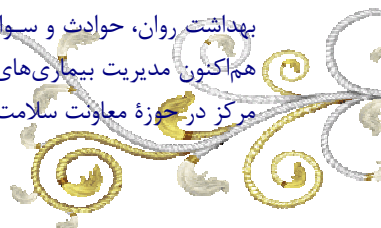
خدمات مشاوره‌ای رایگان از اهداف برنامه است. هم- اکنون در اکثر شهرستان‌های کشور حداقل یک مرکز با توانایی ارائه خدمات درمانی راه‌اندازی شده است و درمان بستری بیماران نیز در تمام بیمارستان‌های کشور رایگان انجام می‌شود.

تجلیل سازمان جهانی بهداشت از فعالیت‌های کاهش آسیب، معرفی ایران به عنوان بدعت‌گذار هم‌کاری مشترک با زندان‌ها و اجرای موفق برنامه‌ها در زندان- ها، معرفی نظام مراقبت و تحقیقات کاربردی ایران به عنوان بهترین تجربه در بین کشورهای منطقه، تقدیر و تشویق آقای پیترو پیتو رئیس ستاد برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز از برنامه‌های پیش‌گیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران، دریافت جایزه ویژه Japanese Aids Research Society توسط محققین ایرانی برای انجام مطالعات پژوهشی در زمینه ایدز و سوء مصرف مواد مخدر، انتخاب جمهوری اسلامی ایران به عنوان عضو هیأت هماهنگ کننده برنامه‌های مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز از سال 2008 به مدت 3 سال و... نمونه‌ای از موفقیت‌ها و افتخارات جمهوری اسلامی ایران در زمینه کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز است.

## مدیریت بیماری‌های غیرواگیر 1

### (قلب و عروق، دیابت، سرطان)

تا قبل از سال 1370 مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تشکیلات خاصی نداشت و گروه‌ها و انجمن‌های تخصصی در این برنامه‌ها مشارکت داشتند. در این سال اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر تشکیل شد و در زمینه بیماری‌های فشارخون، دیابت، بهداشت روان، حوادث و سوانح و... فعالیت داشت. هم‌اکنون مدیریت بیماری‌های غیرواگیر در قالب یک مرکز در حوزه معاونت سلامت صورت می‌گیرد.



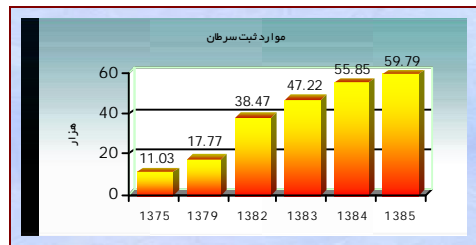
مشاوره ژنتیک و خدمات مولکولی همراه با آموزش عمومی و کارکنان نظام سلامت، طی ده سال گذشته، بروز موارد تالاسمی رو به کاهش بوده و از 1200 مورد تولد بتا تالاسمی در سال، به کمتر از 400 مورد در سال رسیده است. (75% کاهش در میزان بروز). از طرفی با توجه به بهبود خدمات درمانی، طول عمر بیماران افزایش یافته و در نتیجه شیوع بیماری نیز رو به افزایش است. در حال حاضر بیش از 18000 بیمار تالاسمی ماژور در کشور ثبت شده است.

طرح جامع پیشگیری از بروز موارد جدید تالاسمی در سال 1371 به تصویب رسید و برنامه کشوری پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور در کشور در سال 1376 آغاز شد. با اجرای این برنامه، سالیانه بیش از 700 هزار زوج قبل از ازدواج غربالگری می‌شوند و از میان آن‌ها به طور متوسط 2500 زوج ناقل شناسایی و مشاوره ژنتیک می‌شوند. در پنج سال اول برنامه، حداقل 5000 زوج ناقل از ازدواج صرف نظر کرده‌اند و با افزایش دسترسی مردم به خدمات مولکولی در طی سال‌های اخیر، ناقلین از سمت انصراف از ازدواج به سمت ازدواج و انتخاب تشخیص مولکولی پیش از تولد در جنین (PND) گرایش پیدا کرده‌اند. با اجرای برنامه، تولد بیماران از 1200 نفر به 300 نفر در سال کاهش یافته است.

هـ- بیماری‌های ژنتیکی: طی چهار دهه گذشته، متوسط میزان مرگ و میر شیرخواران (IMR) در کشورهای در حال توسعه از 137 در هزار به 56 در هزار سقوط کرده است. در ایران این کاهش بسیار چشمگیر بوده و این میزان به 18/9 در هزار رسیده است. وقتی این شاخص به کمتر از 50 در هزار می‌رسد، بیانگر این است که 25% موارد مرگ و میر شیرخواران به عوامل ژنتیک مربوط می‌شود. لذا کنترل بیماری‌های ژنتیک در کاهش این شاخص و بهبود شاخص سلامت کشور نقش بسیار مهمی دارد.

خصوص در حال اجرا است. آموزش پرسنل و مردم از استراتژی‌های مهم برنامه است و بر آن تأکید خاص شده است.

ج- سرطان: در سال 1363 قانون «ثبت و گزارش اجباری بیماری‌های سرطانی» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و سه سال بعد طرح کشوری ثبت موارد سرطانی تدوین شد. از سال 1379 تاکنون این برنامه با ارتقای سالیانه مواجهه بوده است به طوری که در این سال 17 هزار مورد سرطان ثبت شد. در سال 1385 این رقم به حدود 60 هزار رسید که میزان پوشش برنامه را به 83% رسانده است. در حال حاضر سرطان‌های شایع مردان در ایران به ترتیب سرطان پوست، معده و مثانه است و سرطان‌های پستان، پوست و معده نیز در زنان بیش‌ترین فراوانی را دارد. میزان بروز خام موارد سرطان در کشور در سال 87، 100 مورد در صد هزار نفر برآورد شده است. برنامه جامع ملی سرطان که در سال 1385 به تصویب رسید، به صورت آزمایشی در چند استان کشور در حال اجرا است.



## مدیریت بیماری‌های غیرواگیر 2 (تالاسمی، بیماری‌های ژنتیکی، کم‌کاری- تیروئیدی مادرزادی)

د- تالاسمی: متوسط ناقلین بیماری تالاسمی در کشور 4/5 درصد است و در صورت عدم مداخله، میزان بروز آن 0/9 در هزار تولد زنده است. با توسعه



## پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث و

### سوانح

«حوادث و سوانح» حجم وسیعی از مرگ، ناتوانی و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم را به جوامع تحمیل می‌کند و دومین علت مرگ در ایران را به خود اختصاص داده است. در ایران هر سال بالغ بر 45 هزار نفر به علت سوانح و حوادث جان خود را از دست می‌دهند و از این تعداد، مرگ حدود 23 هزار نفر مربوط به حوادث ترافیکی است که به طور متوسط هر 23 دقیقه یک مرگ به علت حوادث ترافیکی رخ می‌دهد.

از طرفی همه ساله حدود 4 میلیون سال عمر به دلیل مرگ زود هنگام از دست می‌رود که 26/5% آنها مربوط به حوادث است. روند رو به رشد مرگ‌های ناشی از حوادث طی سال‌های اخیر زنگ خطر جدی برای بخش بهداشت، درمان و اقتصاد جامعه را به صدا درآورده است. از این رو به منظور کاهش و پیشگیری از سوانح و حوادث، طرح پیشگیری از حوادث مبتنی بر الگوی جامعه‌ایمن با هم‌کاری واحدهای بین بخشی تدوین شد. در همین راستا کمیته پیشگیری از سوانح و حوادث نیز تشکیل و مشغول به کار شد. این طرح از سال 76 الی 83 به صورت پایلوت در 5 شهرستان اجرا شد و از سال 1383 به بعد در کشور گسترش پیدا کرد و هم اکنون در بیش از صد شهرستان در حال اجرا است. 95 درصد از جمعیت کشور تحت پوشش این برنامه قرار دارند و تا پایان سال 88 این پوشش به 100% خواهد رسید.

هم‌چنین طرح «پیشگیری از حوادث خانگی» که در سال 1373 تدوین و تصویب شده بود، به منظور پیشبرد برنامه‌های پیشگیری از حوادث و ارتقای سطح ایمنی جامعه تا سال 1378 در 6 استان کشور

کنترل بیماری‌های ژنتیک در ایران با کنترل تالاسمی آغاز شد و با استفاده از این الگو زیرساخت‌هایی هم‌چون ایجاد شبکه کشوری مشاوره ژنتیک و ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی- درمانی، ایجاد شبکه منطقه‌ای تشخیص مولکولی، آموزش کارکنان و ایجاد نظام مراقبت ژنتیک برای توسعه ژنتیک مبتنی بر جامعه تدارک دیده شده است. لازم به ذکر است از سوی سازمان جهانی بهداشت، از جمهوری اسلامی ایران به عنوان یک کشور منحصر به فرد که خدمات ژنتیک را در سطح جامعه عرضه کرده و این خدمات را در شبکه خدمات اولیه بهداشتی- درمانی ادغام کرده است، قدردانی شده است.

و... کم‌کاری تیروئیدی نوزادی: با توجه به آمار بالای کم‌کاری تیروئیدی نوزادی، برنامه غربال‌گری هیپوتیروئیدی مادرزادی نوزادان در سال 1382 طراحی و از سال 1384 در نظام سلامت کشور ادغام شد. از شروع برنامه تاکنون بیش از 900 هزار نوزاد مورد غربال‌گری قرار گرفته که از بین آنها 2108 بیمار تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گرفتند. این بیماران دارای کم‌کاری تیروئید گذرا و دائمی هستند که میزان بروز این دو با هم در ایران 1 در 430 نوزاد زنده است و این در حالی است که به طور کلی میزان بروز بیماری هیپوتیروئیدی در جهان 1 در هر 3000 تا 4000 تولد زنده است. برای تعیین علل این پدیده مطالعاتی در حال طراحی است. لازم به ذکر است در حال حاضر، پوشش برنامه غربال‌گری هیپوتیروئیدی مادرزادی به 88% رسیده است.

ز- تا پایان سال 86، تعداد کل بیماران هموفیلی و مولتیپل اسکلروزیس (MS)، به ترتیب 6800 و 12 هزار نفر است که برای این دو بیماری نیز برنامه‌های خاص خود تدوین و در حال اجرا است.



سیستم هشدار سریع FACT، راه‌اندازی مراکز مدیریت بحران (EOC) و تدوین 5 بسته‌ارائه خدمات سلامتی در بلایا و حوادث غیرمترقبه از قبیل حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا، بهداشت محیط، تغذیه و ... از جمله این فعالیت‌هاست. لازم به ذکر است در طی 8 سال گذشته 924 زلزله 7/3 - 3 ریشتری در کشور اتفاق افتاده است.

### سلامت محیط و کار

با شکل‌گیری انقلاب اسلامی در سال 1357، رسیدگی به وضعیت بهداشتی مناطق محروم از اولویت بالایی برخوردار شد و اعتبارات قابل توجهی برای تأمین آب آشامیدنی، احداث حمام، کشتارگاه، غسل‌خانه و به‌سازی محیط روستاها و به خصوص دفع بهداشتی زباله و فضولات در روستاها صرف شد. در حالی که تا سال 57، دسترسی مردم روستاها به آب آشامیدنی سالم کمتر از 25% بوده، این میزان دسترسی به تدریج افزایش یافت و هم اکنون بیش از 89/3% خانوارهای روستایی به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند. 66/7% آنها نیز به سیستم جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله دسترسی دارند. طبق آخرین وضعیت 82/6% نتایج باکتریولوژی آب در مناطق روستایی و 97/6% در مناطق شهری مطلوب است. همچنین در زمینه جمع‌آوری پسماندهای بهداشتی - درمانی سیاست‌های مناسبی اتخاذ شده و هم اکنون در 80/2% بیمارستان‌ها دفع بهداشتی زباله مطلوب است.

به علت وجود بیش از 2500 مرکز پرتونگاری پزشکی، 100 مرکز پزشکی هسته‌ای، 200 مرکز سی‌تی‌اسکن و 30 مرکز پرتو درمانی در کشور، قانون حفاظت در برابر اشعه در سال 1368 از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت و برنامه بهداشت پرتوها تدوین شد که در حال اجراست و 98/5% مراکز پرتو تشخیصی دارای شرایط حفاظت مطلوب هستند.

به اجرا درآمد و پس از آن به کل کشور تعمیم داده شد. در این برنامه بهورزان، منازل تحت پوشش خود را مورد بازدید قرار داده و اصول ایمنی را به مردم آموزش می‌دهند. از طرفی اطلاعات مربوط به مصدومین حوادث خانگی در مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها ثبت و به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می‌شود. در سال 1383 تعداد مصدومین ناشی از حوادث خانگی در کشور 3/6 در هزار یعنی حدود 133 هزار نفر و تعداد موارد مرگ به این دلیل 1/4 درصد هزار یعنی 625 نفر بوده است.



از سوی دیگر با توجه به زلزله‌خیز بودن ایران و مرگ 120 هزار نفر در طی 20 سال اخیر با تصویب قانون تشکیل «کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی» در سال 1370 از سوی مجلس شورای اسلامی، فعالیت‌هایی در این زمینه آغاز شد. کمیته بهداشت و درمان به عنوان یکی از 9 کمیته فرعی این کمیته، در سال 1384 آغاز به کار کرد که با تصویب طرح جامع امداد و نجات کشور در سال 1382، کمیته مذکور تحت عنوان «کار گروه بهداشت و درمان در حوادث و سوانح غیرمترقبه» بر گستره فعالیت‌های خود افزوده است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی، تدوین آیین‌نامه‌ها، طراحی تیم‌های واکنش سریع، طراحی





کنترل شرایط ارگونومی در محیط کار و تربیت متخصص طب کار در کشور از جمله سایر فعالیت‌های صورت گرفته در زمینه طب کار است.

### پروژه شهر سالم - روستای سالم

سازمان جهانی بهداشت اخطار داده است که در قرن 21، رشد و گسترش شهرها بزرگ‌ترین تهدیدکننده سلامت و بهداشت شهروندان خواهد بود. پیش‌بینی عامل بالقوه بلای سریع شهرنشینی و اثر آن روی سلامت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت را بر آن داشت تا در اولین همایش شهرهای سالم در سال 1986 در کشور پرتغال، برنامه شهر سالم را بنیان گذارد.

در ایران در سال 1370 اولین همایش شهر سالم با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کشور، شهرداری تهران و با حضور نمایندگان سازمان جهانی بهداشت برگزار شد و پس از طرح شهر سالم برای اولین بار در کشور به طور آزمایشی در منطقه کوی 13 آبان در تهران اجرا شد. در پی اجرای موفق این طرح در تهران، پروژه شهر سالم در سایر استان‌ها نیز شروع شد و تا سال 1379 در بیش از 56 شهر کشور به اجرا درآمد.

با ارایه استراتژی اجتماع محور (CBI) از سوی سازمان جهانی بهداشت، سه برنامه شهر سالم، روستای سالم و رویکرد نیازهای اساسی توسعه (BDN) مورد توجه قرار گرفت. لذا تغییراتی در پروژه ایجاد شد و برنامه روستای سالم با رویکرد نیازهای اساسی توسعه ادغام شد. هم‌اکنون تعداد 19 شهر سالم و 39 روستای سالم با رویکرد نیازهای اساسی توسعه (BDN) در حال اجرای طرح هستند. این پروژه با هدف دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر، با تحقق «سلامت برای همه» در راستای «توسعه پایدار با محوریت انسان سالم» در حال اجراست.

در حال حاضر 750 هزار مرکز عرضه و تهیه مواد غذایی در کشور وجود دارد که بیش از 96/5% آنها در مراکز شهری و 82/6% آنها در مراکز روستایی، دارای معیارهای به‌سازی و بهداشتی هستند. با اجرای ماده 94 برنامه چهارم توسعه و بهره‌گیری از بخش خصوصی، زمینه مناسب برای پوشش نظارتی تمام این مراکز فراهم خواهد شد. از طرفی در بیش از 87/3% ناوایی‌های کشور برنامه حذف جوش شیرین از نان اجرا شده است.

در راستای توجه به بهداشت اماکن عمومی، اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری و روستایی به ترتیب به 89/6% و 81/1% افزایش یافته است. هم‌چنین به منظور کنترل مصرف دخانیات در مراکز عمومی، قانون کنترل دخانیات در کشور تدوین و تصویب شد.

در زمینه بهداشت حرفه‌ای نیز تلاش‌ها و اقدامات گسترده‌ای صورت گرفته است. با ادغام بهداشت حرفه‌ای در نظام مراقبت بهداشتی (PHC)، تمام کارگاه‌های روستایی تحت نظارت بهورز قرار گرفته و دارای پرونده بهداشتی هستند.

تعداد کارخانجات و کارگاه‌های تحت پوشش در مقایسه سال 59 و 87، از 3% به 64/5% افزایش یافته و بیش از 1400 خانه بهداشت کارگری و 1500 ایستگاه بهگر در این زمینه به کارگران خدمت می‌دهند. هم‌چنین از سال 1375 با اجرای برنامه بهداشت قالی‌بافان روستایی تاکنون 350 هزار کارگاه با جمعیت 600 هزار قالی‌باف تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

در طی سال‌های اخیر به طب کار و مراقبت از بیماری‌های شغلی توجه ویژه شده است و پوشش معاینات شغلی کارگران افزایش چشم‌گیر داشته است. تدوین برنامه نظام سلامت کارکنان، استقرار طرح ملی OHSAS-18001 در محیط کار، ایجاد پایگاه‌های سلامت در پایانه‌های جاده‌ای، اجرای طرح



### برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر

با توجه به نقش مهم «تغذیه با شیر مادر» در پیشگیری از سوء تغذیه و مرگ و میر شیرخواران و برقراری روابط عاطفی مادر و کودک، از سال 1365 ترویج تغذیه با شیر مادر مورد توجه جدی قرار گرفت. در این سال «کمیسون شیر و غذای کودک» تشکیل شد و بخشنامه‌ای از سوی وزیر وقت در خصوص اجرای طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد ابلاغ شد. همچنین فرمول ساخت ده‌ها نوع شیر خشک بررسی و صدور مجوز تولید شیر خشک محدود شد. در سال 1367 آموزش‌های گسترده‌ای در زمینه «تغذیه با شیر مادر» از طریق رسانه‌های گروهی انجام شد.

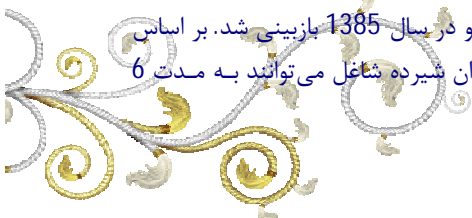
براساس مطالعات صورت گرفته در طی سال‌های 70-1367، «میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا 6 ماهگی» در شهر 8% و در روستا 11% و «میزان تغذیه با شیر مادر حداقل تا یک‌سالگی» نیز در شهر و روستا به ترتیب حداکثر 62% و 72% بود.

در سال 1370 کمیته «ترویج تغذیه با شیر مادر» تشکیل شد و متعاقب آن، مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر تأسیس شد. فعالیت بسیار گسترده این مرکز تحولی در امر تغذیه با شیر مادر به وجود آورد. علاوه بر آموزش عمومی از طریق رسانه‌ها، هزاران کارگاه آموزشی در سراسر کشور برگزار شد. امکان شرکت در امتحان مورد تخصصی اطفال و زنان و زایمان برای دستیاران این دو رشته، منوط به شرکت در کارگاه‌های آموزشی یک هفته‌ای «تغذیه با شیر مادر» شد. مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر به دلیل فعالیت‌های ارزنده خود به مرکز هم‌کار سازمان جهانی بهداشت تبدیل شد.

در سال 1374 قانون تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و در سال 1385 بازبینی شد. بر اساس این قانون مادران شیرده شاغل می‌توانند به مدت 6

از دستاوردهای مهم اجرای این طرح می‌توان به افزایش دانش عمومی در رابطه با مسائل بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی و مشارکت مستقیم و غیرمستقیم مردم در برنامه‌های اجرایی بخش‌های مختلف توسعه اشاره کرد. با ایجاد اشتغال و توانمندسازی مردم شکاف میان نقاط عقب‌مانده و مناطق توسعه‌یافته کاهش یافته و زمینه گسترش عدالت و ارتقای شیوه‌های سالم زیستن فراهم شده است.

از پروژه‌هایی که در راستای این برنامه در دست اجراست، می‌توان به باز یافت زباله در محل، کاهش سرانه تولید زباله، گسترش فضای سبز با ایجاد پارک‌های محله توسط مردم، کاهش میزان بیکاری، تأمین آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فاضلاب، بهبود اعمال ضوابط بهداشتی مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و ... اشاره کرد.







### طرح بیمارستان‌های دوست‌دار کودک

در سال 1991 سازمان جهانی بهداشت و یونسف بیانیه مشترکی با عنوان حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر و نقش ویژه زایشگاه‌ها، ده اقدام برای شیردهی موفق را منتشر کردند و از کشورهای جهان خواستند برای موفقیت شیردهی به ایجاد «بیمارستان‌های دوست‌دار کودک» اقدام کنند.

مهم‌ترین اهداف ایجاد بیمارستان‌های دوست‌دار کودک، تقویت خطمشی حفظ سلامت کودکان با کمک بیمارستان‌ها و آماده کردن زنان برای تغذیه فرزندان‌شان با شیر مادر است. هدف دیگر آن است که این بیمارستان‌ها، اطلاعات، باورها و روش‌های نادرست بیمارستانی را از بین برده و اطلاعات و روش‌های صحیح روز را در زمینه تغذیه با شیر مادر جای‌گزین کنند.

بنابراین اگر بیمارستانی بخواهد به عنوان دوست‌دار کودک شناخته شود، باید ده اقدام برای شیردهی موفق را که معیار جهانی است اجرا کند. در کشور ما راه اندازی بیمارستان‌های دوست‌دار کودک از سال 1370 هم‌زمان با شروع برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز شد و برای اولین بار در سال 1371 تعداد 11 بیمارستان، لوح افتخار دوست‌دار کودک را دریافت کردند و تا سال 1380 تعداد بیمارستان‌های مجری این طرح به 485 زایشگاه و بیمارستان افزایش یافت. هم اکنون نیز بیش از 500 زایشگاه و بیمارستان

ماه از مرخصی زایمان استفاده کنند و سپس تا 20 ماه پس از زایمان، روزانه یک ساعت از مرخصی استفاده کنند.

با مجموعه فعالیت‌های انجام شده، تغذیه با شیر مادر به شدت مورد استقبال مادران قرار گرفت و واردات شیر خشک از 50-70 میلیون قوطی (در سال)، به 8-12 میلیون قوطی (در سال) کاهش یافت، که قریب به 100 میلیون دلار صرفه‌جویی ارزی به دنبال داشت.

در سال 1376 به دنبال تغییرات ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر با اداره کودکان ادغام شد و هم‌چنان فعالیت‌های آموزشی، حمایتی، خدماتی و پژوهشی بسیاری انجام شد.

در مقایسه سال‌های 1367 و 1384، «میزان تغذیه با شیر مادر حداقل تا یک‌سالگی» از رشد خوبی برخوردار بوده و در شهر و روستا به ترتیب به 88/2% و 91/8% افزایش یافته و «تداوم تغذیه با شیر مادر تا 2 سالگی» نیز، به 57/5% رسیده است. هم‌چنین «استفاده از شیر خشک در کودکان زیر یک‌سال» به مقدار 9% نزول کرده است.

در عین حال با توجه به این‌که شاخص «میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا 6 ماهگی» در این فاصله زمانی کاهش داشته و به متوسط 28% رسیده است، اقدامات جدیدی مورد توجه قرار گرفت، احیای کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر، تشکیل کمیته سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرای قانون شیر مادر، تشکیل کمیته کشوری مراقبت مادرانه آغوشی، درخواست تجدید نظر در ذیح سلامت برای گنجاندن اطلاعات شیر مادر، گنجاندن مطالب مرتبط در کوریکولوم آموزشی و... از جمله اقدامات صورت گرفته در طی سال‌های اخیر است.



به منظور پیش‌گیری از این روند رو به رشد، از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نامه‌های متعددی به دولت و مسئولان بلند پایه کشوری نوشته شد. نهایتاً نامه‌ای به حضرت امام خمینی (ره) بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران نوشته شد که با پاسخ ایشان راه بزرگی برای کنترل جمعیت گشوده شد. برنامه پنج ساله کنترل جمعیت و تنظیم خانواده تصویب شد و روش‌های پیش‌گیری از بارداری یکی پس از دیگری مورد تأیید قرار گرفت.

با اجرای این برنامه که به طور جدی از ابتدای برنامه توسعه پنج ساله اول (1368) شروع شد و هم اکنون نیز با همان جدیت ادامه دارد، نرخ رشد جمعیت از 3/2 در سال 1365 به کمتر از 1/6 رسیده است. با اجرای این برنامه میزان ضریب باروری کلی جمعیت (TFR) یا به عبارتی تعداد فرزندان که به‌طور متوسط از یک زن در طول دوره بارداری به دنیا می‌آیند، در مقایسه سال‌های 1357 و 1385 از 6 به 1/9 رسید و هم‌اکنون نیز از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار است. میزان تولد خام (CBR) که در شروع برنامه 35 در هزار بود، در حال حاضر نیز کمتر از 20 در هزار است.

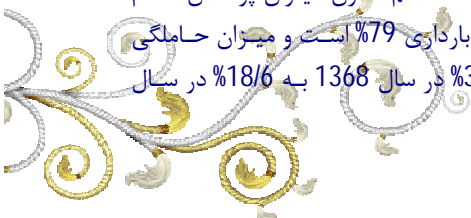
در پیشرفت این برنامه، «آموزش و ارتقای سطح فرهنگ بهداشتی جامعه» نقش مؤثری داشت که در این زمینه از تمامی شیوه‌های آموزشی بهره گرفته شد. از طرفی نقش روحانیون و آموزه‌های دینی و اطمینان یافتن مردم که برنامه مزبور مغایرتی با اعتقادات مذهبی آنان ندارد، در این آموزش نقش مؤثری داشت. در کنار آموزش، دسترسی گسترده، آسان و رایگان به تمام روش‌های پیش‌گیری فراهم شد. در این راستا مراکز متعدد واکتومی و توبکتومی راه‌اندازی شد و کارخانجات تولیدکننده وسایل پیش‌گیری تقویت شدند. هم‌اکنون میزان پوشش تمام روش‌های ضدبارداری 79٪ است و میزان حاملگی ناخواسته از 30٪ در سال 1368 به 18/6٪ در سال

دوستدار کودک وجود دارد. در زایشگاه و بیمارستان‌های دوستدار کودک، کارکنان آموزش‌دیده و ماهر در زمینه تغذیه با شیر مادر به آموزش مادران و کمک به آنان برای شیردهی صحیح می‌پردازند و با تعطیل کردن اتاق نوزادان، هم‌اتاقی مادر و نوزاد اجرا می‌شود و مادر و نوزاد شبانه‌روزی در کنار یکدیگر هستند. تغذیه نوزادان با شیر مادر ظرف یک ساعت اول تولد آغاز می‌شود و به هیچ وجه از شیر خشک، شیشه و پستانک استفاده نمی‌شود. هم‌چنین مادران برای تغذیه مکرر شیرخوار بر حسب میل و تقاضای او تشویق می‌شوند.

در راستای تقویت طرح بیمارستان‌های دوستدار کودک، عملکرد زایشگاه‌ها و بیمارستان‌های دوستدار کودک به طور مستمر ارزیابی می‌شود و در ابتدای سال 1385 به منظور اعمال نتایج ارزیابی بیمارستان‌های دوستدار کودک در ارزشیابی سالانه بیمارستان‌ها، هماهنگی و اقدام لازم صورت گرفت. هم‌چنین در همین سال ضوابط، «بانک شیر مادر» در بیمارستان‌ها تدوین و برای اظهار نظر به انجمن‌های علمی ارسال شد. از طرفی نسبت به تهیه یک مجموعه آموزشی برای کارکنان بیمارستان‌های دوستدار کودک اقدام شد.

### تنظیم خانواده و کنترل رشد جمعیت

نرخ رشد جمعیت در ایران با روندی رو به افزایش، در سال 1345 به 2/7 رسید. طی سال‌های 55-1345 برنامه‌هایی برای کنترل جمعیت اجرا شد و اگر چه نرخ رشد جمعیت کاهش نیافت اما در همان حد 2/7 باقی ماند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی به دلایل مختلف و از جمله روشن نبودن سیاست رشد جمعیت، رشد جمعیت به سرعت افزایش پیدا کرد و در طی سال‌های جنگ تحمیلی از میزان 3/2 نیز فراتر رفت.





در حال حاضر تعداد موارد مرگ در ایران به‌طور متوسط سالانه 300 هزار نفر (روزانه 825-850 نفر) است. نخستین علت مرگ، بیماری‌های قلبی - عروقی است که 38% مرگ‌ها را به خود اختصاص داده و میزان آن به 167/7 در صدهزار نفر رسیده است در حالی که در سال‌های 1350 و 1380 این میزان به ترتیب 42 و 105 در صدهزار نفر بوده است.

«سوانح و حوادث» دومین عامل مرگ در ایران است و 18% علت مرگ‌ها را شامل می‌شود. همچنین 14% مرگ‌ها به علت سرطان، 6% به علت بیماری‌های حول تولّد و 6% نیز به علت بیماری‌های تنفسی است. میانگین سن مرگ به علت بیماری‌های قلبی - عروقی، سوانح و حوادث و سرطان‌ها به ترتیب 68، 35 و 60 سال است و بدین ترتیب اولین عامل در تعداد سال‌های عمر از دست‌رفته «حوادث و سوانح» و عامل دوم آن «بیماری‌های قلبی - عروقی» است.

کاهش «میزان مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان» (MMR) و کاهش «میزان مرگ کودکان 1-59 ماهه» در طی سال‌های اخیر از روند مطلوبی برخوردار بوده است. در طی بیست و سه سال اخیر میزان مرگ مادران ناشی از بارداری از 140 در صدهزار تولّد زنده به 24/6 رسیده است. «میزان مرگ نوزادان» (NMR) نیز در مقایسه 30 سال اخیر (85-1357) از 40 در هزار تولّد زنده به 12/9 رسیده است، «میزان مرگ کودکان زیر یک‌سال» (IMR) نیز در طی همین مدت از 111 در هزار تولّد زنده به 18/9 رسیده است. «میزان مرگ کودکان زیر 5

1384 کاهش یافته است. در مقایسه همین مدت، میزان استفاده از روش‌های مدرن تنظیم خانواده از 27/5% به 59/6% رسیده است.

بر اساس آخرین آمار منتشره از سوی مرکز آمار ایران در سال 1385، جمعیت کشور بالغ بر 70/5 میلیون نفر است که 68/46% آن را ساکنین شهرها و 31/53% را ساکنین روستاها تشکیل می‌دهند. در مقایسه جمعیت فعلی کشور با نتایج سرشماری ده سال قبل، سالانه به‌طور متوسط حدود یک میلیون نفر به جمعیت کشور افزوده شده است.

میزان شاخص‌های مربوط به جمعیت

شاخص	1385	1375	1365	1355	1345
میزان تولّد خام (CBR)	-	20/5	49/6	42/9	-
میزان رشد جمعیت (GR)	1/62	1/47	3/91	2/71	3/3
میزان باروری کلی (TFR)	1/9	2/96	7/1	6/6	-
متوسط بُعد خانوار	4/03	4/84	5/11	5/02	4/99

### چهره مرگ و میر در کشور

با کنترل بیماری‌های عفونی و افزایش شهرنشینی چهره بیماری‌ها و مرگ و میر در کشور تغییر کرده است. در سال 1350 شایع‌ترین علت مرگ، بیماری‌های عفونی با میزان 94 در صدهزار نفر و اسهال و استفراغ با 46 در صد هزار نفر بود و بیماری‌های قلبی - عروقی با 42 در صدهزار نفر در جایگاه بعدی قرار داشت در حالی که هم‌اکنون مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی و اسهال و استفراغ به کمتر از 8 در صد هزار نفر رسیده و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در صدر قرار گرفته است.



کشور تحت پوشش برنامه بهداشت روان قرار گرفته است.

در سال‌های اخیر با توسعه شواهد مربوط به اثربخشی خدمات پیش‌گیرانه و حمایتی و تحولی که در ارائه خدمات درمانی و توانبخشی بیماران روانی در دنیا اتفاق افتاده است، تأثیرات عمده‌ای بر برنامه‌های بهداشت روان کشور داشته است.

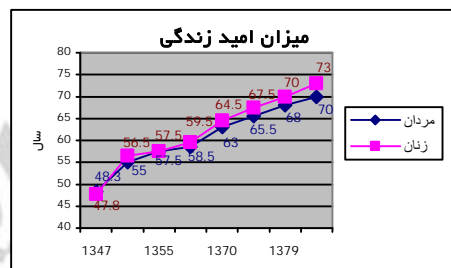
به‌طور کلی برنامه‌های مرتبط با سلامت روان در حال حاضر براساس سیاست‌هایی هم‌چون توجه خاص به برنامه‌های ساختاری بخش بهداشت و ادغام فعالیت‌ها در خدمات عمومی بهداشتی - درمانی، ارتقای کیفیت و تضمین مداومت ارائه خدمات، گسترش خدمات متنوع مبتنی بر جامعه، تأکید بر رویکرد مبتنی بر شواهد و توجه به ویژگی‌های بومی و فرهنگی، توزیع عادلانه امکانات و خدمات در کشور بین اقشار مختلف جامعه و مناطق مختلف کشور، هم‌کاری و مشارکت بین‌بخشی و مؤسسات غیردولتی (NGOs) و استفاده از نیروی انسانی تخصصی دانشگاه‌ها و مراکز علمی تدوین شده است.

بخشی از فعالیت‌ها و اقدامات انجام شده در زمینه برنامه بهداشت روان در طی سال‌های اخیر بدین شرح است:

- تهیه و تصویب میثاق بهداشت روان کشور در شورای سیاست‌گذاری وزارت متبوع
- تدوین سیاست‌ها و پیشنهادات برای تهیه قانون بهداشت روان
- مشارکت در شبکه تحقیقات سلامت روان و کمیته راهبردی آموزش روان‌پزشکی و سوق دادن برنامه‌های پژوهشی و آموزشی به سمت اولویت‌های نظام ارائه خدمات کشور
- تدوین بسته خدمت پزشک خانواده برای سلامت روان در گروه‌های مختلف شامل ارزیابی رفتاری کودکان، اقدامات پیش-

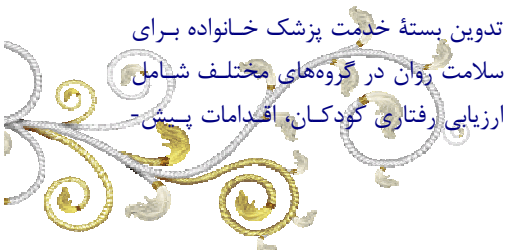
سال» نیز در سال 1386 به 22 در هزار تولد زنده رسیده است.

علی‌رغم افزایش مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی و حوادث و سوانح، «میزان امید زندگی» همواره افزایش داشته و بر اساس آمار معاونت سلامت، در سال 1382، 73/1 سال برای زنان و 70 سال برای مردان رسیده است. متوسط امید زندگی در سال‌های 1335، 1355 و 1375 به ترتیب 37/5، 55/7 و 69/2 سال بوده است.



### ارتقای سلامت روان

ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که در زمینه برنامه‌های خدمات بهداشتی اولیه و برنامه‌های بهداشت روان پیش‌تاز بوده است، برای اولین بار برنامه کشوری بهداشت روان در سال 1365 توسط تیمی از متخصصان صاحب‌نظر تنظیم و مورد تأیید قرار گرفت. اجرای این برنامه از سال 1367 با هدف فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روان قابل دسترس برای همه، گسترش الگوی خدمات بهداشت روان متناسب با ساختار فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران، افزایش آگاهی مردم از مهارت‌های بهداشت روان جامعه از طریق خدمات بهداشت عمومی آغاز شد تا جایی که تاکنون در شبکه بهداشتی - درمانی شهری 11/5 میلیون نفر جمعیت شهری و در شبکه بهداشتی درمانی - روستایی 19/3 میلیون نفر جمعیت روستایی و در مجموع 46 درصد پوشش جمعیت کل



حضور دارد. در همین راستا در سال 1380 در پاسخ به مصوبه 308 شورای عالی امنیت ملی کشور "اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد" در این وزارتخانه آغاز به کار کرد.

بودجه تخصیصی برای برنامه‌های اعتیاد در وزارت متبوع در سال‌های 81 و 82 به طور متوسط 11/5 میلیارد ریال بوده است و در سال 83 به بیش از 28 میلیارد ریال افزایش یافته است. بودجه برنامه‌های اعتیاد در سال 1386 به 66/4 میلیارد ریال افزایش یافت که 4/4 میلیارد آن از اعتبارات وزارت متبوع و 62 میلیارد ریال آن از محل اعتبارات ستاد مبارزه با مواد مخدر است.

یکی از فعالیت‌های مهم صورت گرفته در طی سال‌های اخیر تدوین برنامه راهبردی وزارت متبوع در زمینه اعتیاد است که مشتمل بر فعالیت‌های آموزشی و پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و پژوهش و ... است. در زمینه آموزش و پیشگیری، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در برخی مقاطع تحصیلی مدارس در سطح کشور اجرا شد. از طرفی تاکنون بیش از 1300 رابط بهداشتی و 5000 بهورز نیز مورد آموزش قرار گرفته‌اند. در طی سه سال اخیر، 160 دوره آموزشی ویژه پزشکان متقاضی تأسیس مراکز ترک اعتیاد با پوشش 2400 پزشک برگزار شده است.

در زمینه درمان، تاکنون 151 مرکز از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی تأسیس شده است که هم‌اکنون در هر سال بیش از 28000 بیمار را پذیرش می‌کنند. از طرفی با تصویب و ابلاغ آئین‌نامه تأسیس مراکز درمان اعتیاد در بخش خصوصی در سال 1378 و رشد سریع مراکز خصوصی، میزان پذیرش بیماران در بخش خصوصی نیز به بیش از 140 هزار نفر در سال می‌رسد. در سال 86، بیش از 66 هزار بیمار در مراکز درمان نگهدارنده با متادون و حدود 4000 نفر نیز در زندان‌های کشور تحت درمان نگهدارنده با متادون

گیری در کودکان و نوجوانان، میان‌سالان و سالمندان، مداخلات مربوط به اورژانس‌های کشور و خودکشی

- اجرای برنامه کشوری آموزش مهارت‌های زندگی و ارزیابی آن
- برنامه‌ریزی جامع برای ارزیابی مراقبت‌های روانی اجتماعی پس از بلایا
- راه‌اندازی مرکز حمایت روانی - اجتماعی کودکان و والدین در بیمارستان کودکان
- تدوین طرح جامع اجرایی پیشگیری از خشونت خانگی برای سطوح یک و دو شبکه بهداشتی - درمانی کشور
- تدوین پیش‌نویس نظام اعتباربخشی و استانداردهای خدمات بستری روان‌پزشکی
- تدوین پروتکل جامع مراقبت بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان برای کشور
- برگزاری سالانه هفته بهداشت روان به منظور آگاه‌سازی جامعه و حمایت‌یابی وسیع برای خدمات بهداشت روان

### پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای تمام فعالیت‌های کنترل مواد مخدر در کشور در «ستاد مبارزه با مواد مخدر» متشکل از سازمان‌ها و نهادهای مرتبط و مستقیماً زیر نظر ریاست جمهوری اسلامی ایران و با ریاست معاون رئیس‌جمهور در این امر صورت می‌گیرد. در پی تصویب اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال 1376 و فراهم شدن زمینه ارزیابی خدمات درمان اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وارد عرصه درمان اعتیاد شد و هم‌اکنون به عنوان رئیس کمیته درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی و عضو فعال کمیته کاهش آسیب در «ستاد مبارزه با مواد مخدر»



اجرای آن در 11 شهرستان از جمله دیگر فعالیت‌ها در این زمینه است.

### ثبت خدمات درمان اختلالات مصرف مواد در سال 1386

مراکز دانشگاهی و بیمارستانی	مراکز درمانی	کل بیماران	درمان MMT	سایر درمان‌های سرپایی	درمان بستری
مراکز خصوصی	172	32.444	15.935	15.749	760
مراکز دولتی	780	143.601	50.191	87.880	5.530
جمع	952	176.045	66.126	103.629	6.290

قرار گرفتند. برای اولین بار در سال 1382 طرح جامع ساماندهی و کمک‌رسانی به معتادان با رویکرد درمان و کاهش آسیب به تصویب رسید و طی آن کارشناسان وزارت بهداشت و نیروی پلیس در کنار یکدیگر ساماندهی معتادان را مورد توجه قرار دادند. مرحله دوم طرح در سال 1386 با مشارکت 9 دانشگاه علوم پزشکی در 7 استان کشور ادامه یافت. با اجرای این طرح 13220 نفر شناسایی و تحت درمان قرار گرفتند.

با ریزنی انجام شده با قوه قضائیه در سال 1383، بخشنامه‌ای از سوی ریاست محترم قوه قضائیه ایران صادر شد که در آن اجرای برنامه ملی کاهش آسیب و تجویز متادون و سرنگ و سوزن مورد تأکید قرار گرفته است. در راستای برنامه‌های کاهش آسیب در معتادان خیابانی و گروه‌های پرخطر نسبت به تأسیس 72 مرکز گذری (Drop in center (DIC و تشکیل 117 گروه کمک‌رسان (Outreach اقدام شد، که 30 مرکز آن دارای واحد MMT نیز می‌باشد. در سال 86، مجموعاً حدود 60 هزار نفر به مراکز DIC مراجعه کردند که بار مراجعه به این مراکز 342 هزار نفر بوده است. از طریق این مراکز در طی همین سال 5/8 میلیون سرنگ و سوزن و 640 هزار کاندوم توزیع و به 285 هزار نفر آموزش چهره به چهره داده شد. پنج واحد درمان سوء مصرف مواد نیز در سال 1386، راه اندازی شد. در حال حاضر هزینه درمان جای‌گزین با متادون (MMT) در مراکز دولتی ماهانه 150 هزار ریال و در مراکز خصوصی ماهانه 627 هزار ریال است.

اجرای طرح‌های تحقیقاتی متعدد و هم‌چنین تأسیس مرکز ملی مطالعات اعتیاد در سال 1382 به منظور انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در زمینه سوء مصرف مواد و ادغام برنامه‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شبکه بهداشت و درمان کشور و





## گسترش خدمات تشخیصی - درمانی

با توجه به نقش ارایه خدمات تشخیصی - درمانی مطلوب در تحقق عدالت اجتماعی، فراهم کردن دسترسی به موقع مردم به خدمات تشخیصی - درمانی و ارتقای بهره‌وری در این زمینه، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو در امتداد طراحی شبکه بهداشتی - درمانی کشور، طراحی سامانه خدمات تشخیصی - درمانی کشور به طور جدی در سال 1375 شکل گرفت و در سال 1377 طرح «نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور» تدوین و به مجلس شورای اسلامی ارایه شد. این طرح در ماده 193 قانون برنامه توسعه سوم و آئین‌نامه اجرایی آن و در ماده 89 قانون برنامه چهارم، مبنای عمل قرار گرفته است.

بر اساس این طرح برای پنج سال آینده هر شهرستان برنامه‌ای مشخص و مدون برای تعیین تعداد بیمارستان و تخت بیمارستانی، تجهیزات تشخیصی و درمانی و نیروی انسانی و متخصص‌های مورد نیاز وجود دارد.

مهم‌ترین رکن «نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور» بیمارستان‌هاست. توسعه بیمارستان‌ها در طی سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی و حتی با وجود محدودیت‌های اعتباری زمان جنگ نیز ادامه یافت و سالانه به‌طور متوسط 10 بیمارستان جدید در کشور احداث شده است. در حالی که در سال 1357، تنها 37٪ شهرهای کشور دارای بیمارستان بودند، این رقم هم‌اکنون به بیش از 94٪ رسیده است. هم‌اکنون تعداد بیمارستان‌های فعال کشور و تخت بیمارستانی ثابت به ترتیب 856 و 120 هزار می‌باشد در حالی که در سال 1357 این ارقام 524 و 55 هزار بوده است و با وجود دو برابر شدن جمعیت، اندک تخت (نسبت تخت به هزار نفر) به رقم قابل قبول

1/44 رسیده است. ضریب اشغال تخت نیز در طی سال‌های اخیر بین 64٪ - 58٪ متغیر بوده است.

هم‌زمان با سرمایه‌گذاری هنگفت دولت در امر برپایی تخت‌های بیمارستانی، تحول در اداره بیمارستان‌ها نیز بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت و اقدامات ارزنده‌ای در این خصوص انجام شد. طرح خودگردانی بیمارستان‌ها (Hospital Autonomous) به عنوان یک روش نوین مدیریت بیمارستانی در سال 1374 به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و بخشی از بیمارستان‌های غیرآموزشی به بخش خصوصی واگذار شد. به تدریج سهم مدیران متخصص در اداره بیمارستان‌ها افزایش داده شد و در زمینه مسائل مالی و حقوقی به آن‌ها تفویض اختیار شد. هم‌چنین نسبت به رایانه‌ای کردن اطلاعات بیمارستانی (HIS)، تشکیل کمیته‌های بیمارستانی، زیباسازی بیمارستان‌ها و ... اقدام شد.

12/2٪ تخت‌های بیمارستانی (بیش از 13 هزار تخت) و 135 بیمارستان در اختیار بخش خصوصی است و بخش عمده‌ای از خدمات تشخیصی - درمانی سرپایی بیماران نیز از طریق مطب پزشکان، دندان‌پزشکان و 550 واحد کلینیک و درمانگاه خصوصی صورت می‌گیرد.



تعداد کل مراکز آزمایشگاه تشخیص طبی و مراکز خدمات پرتو نگاری کشور به ترتیب 4570 و حدود 2600 واحد است که هر واحد آن به ترتیب جمعیتی



به علت موفقیت این طرح و افزایش میزان رضایت-مندی مراجعین اورژانس به 70٪، این طرح از سال 1382 در تمام بیمارستان‌های دانشگاهی در حال اجراست.

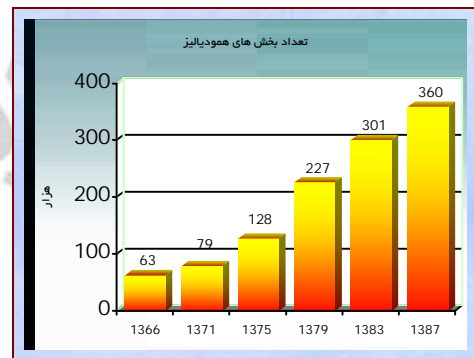
در راستای اجرای این طرح «ستاد هدایت، اطلاع-رسانی و رسیدگی به امور درمان» در تمام دانشگاه-های علوم پزشکی تشکیل و هم‌چنین «سیستم تریاژ» در اورژانس بیمارستان‌ها فعال شده است. از طرفی نسبت به تأمین فضای فیزیکی متناسب با حجم مراجعین و تجهیزات و امکانات لازم و همچنین رفع کمبود کادر پزشکی، پرستاری و خدماتی بخش-های اورژانس بیمارستان‌ها اقدام شده است.

هماهنگی در پذیرش بین بیمارستانی بیماران اورژانس، فعالیت شبانه‌روزی واحدهای پاراکلینیک، تسریع در اعزام به موقع بیماران و تفهیم و تأمین حقوق بیماران از جمله فعالیت‌هایی است که در این خصوص صورت می‌گیرد.

با توجه به اینکه پذیرش و ارائه خدمات اورژانس برای بیماران به هیچ وجه مشروط به تأمین هزینه نبوده و هیچ‌کس حق ندارد به این دلیل وی را از خدمات مورد نیاز محروم کند، چگونگی تأمین منابع مالی این طرح به عهده رئیس بیمارستان و مسئولین ستادی دانشگاه با هماهنگی ستاد مرکزی خواهد بود. از دستاوردهای ارزنده اجرای طرح می‌توان به کاهش زمان ارائه خدمات اورژانس، کاهش زمان ویزیت‌های اولیه، بهبود در چرخه مسیر بیمار در بخش اورژانس (Patient Flow)، پی‌گیری و مدیریت رسیدگی به بیماران و افزایش میزان رضایت‌مندی مراجعین به بخش اورژانس اشاره کرد.

در مقایسه سال‌های 1378 و 1383، شکایت مردم از عدم حضور به موقع پزشک در اورژانس بیمارستان-های کشور از 28٪ به 5٪ کاهش یافته و میزان نارضایتی مردم از نحوه پذیرش در بیمارستان‌ها نیز از 44/5٪ به 4/7٪ رسیده است از طرفی در طی همین

حدود 15 هزار و 27 هزار نفر را پوشش می‌دهد. هم-چنین 100 مرکز پزشکی هسته‌ای و 200 مرکز سی‌تی‌اسکن نیز در کشور فعال است. تاکنون برای 220 مرکز پزشکی هسته‌ای و 465 مرکز سی‌تی-اسکن مجوز تأسیس و موافقت اصولی صادر شده است. تعداد بخش‌های دیالیز کشور نیز از 63 بخش در سال 66 به 360 بخش در سال 87 رسیده است. در راستای دسترسی آحاد مردم به خدمات درمانی طرح «ارجاع خدمات درمانی سرپایی» و «پزشک خانواده» تدوین شد و با پوشش بیمه خدمات درمانی، در حال اجراست.



### بهینه‌سازی اورژانس بیمارستانی

بخش اورژانس بیمارستان به عنوان قلب سیستم درمان بوده و اصلاح آن موجب بهبود فعالیت و عمل-کرد سایر بخش‌های درمان خواهد شد. به منظور تقویت سیستم اورژانس بیمارستانی و ارتقای مستمر کیفیت خدمات درمانی طرح «بهینه‌سازی بخش اورژانس بیمارستان‌های کشور» در سال 1380 تدوین شد. هدف از اجرای این طرح اعاده سلامت به بیماران بخش اورژانس با بهترین کیفیت و در کوتاه‌ترین زمان و افزایش میزان رضایت‌مندی آنان عنوان شده است. طرح بهینه‌سازی اورژانس بیمارستانی در سال 1381 در 30 بیمارستان کشور به صورت پایلوت اجرا شد که





دقیقه در شهرهای بزرگ، 8 دقیقه در شهرهای کوچک و 15 دقیقه در جاده‌های اصلی اشاره کرد.



در طول برنامه سوم توسعه 295 و در طی چهار سال اخیر (84-87)، تعداد 700 پایگاه اورژانس 115 راه‌اندازی شد و هم‌اکنون تعداد کل پایگاه‌های اورژانس به 1582 پایگاه رسیده است. در فاصله سال‌های 87-83 جمعاً 1718 آمبولانس به ناوگان آمبولانس کشور افزوده شد. تا پایان سال 1387، تعداد آمبولانس‌های فعال کشور به 2641 آمبولانس رسید که بدین ترتیب نسبت جمعیت به یک آمبولانس به 26.700 نفر رسیده است. به‌طور متوسط روزانه 2560 (سالانه 935 هزار) مأموریت اورژانس صورت می‌گیرد که 500 مأموریت آن مربوط به تصادفات است. هم‌اکنون مدت زمان رسیدن آمبولانس به بالین بیمار در شهرهای کوچک 7 دقیقه، در شهرهای بزرگ 10 دقیقه و در جاده‌ها به 14 دقیقه کاهش یافته است.

از سایر فعالیت‌های صورت گرفته در زمینه تقویت اورژانس کشور می‌توان از تجهیز شبکه اورژانس به سیستم‌های مخابراتی و رادیویی و راه‌اندازی سیستم اتوماسیون، رشد چشم‌گیر در تعداد آمبولانس‌های کشور به ویژه در طی سال‌های اخیر، راه‌اندازی بخش آموزشی - درمانی اورژانس، راه‌اندازی رشته تخصص طب اورژانس، راه‌اندازی اورژانس دریایی و راه‌اندازی هلی‌کوپتر امداد پزشکی در شهرهای بزرگ یاد کرد.

فاصله زمانی، میزان رضایت‌مندی مردم از بیمارستان‌های کشور از 53% به 86% افزایش یافته است. هم‌چنین در حالی که در سال 1379، 30% داروی مورد نیاز بخش اورژانس از خارج بیمارستان تهیه می‌شد، این رقم در سال 1383 به 5% کاهش یافته است. ایجاد شبکه Online برای ثبت الکترونیکی اطلاعات بیماران اورژانس‌های بیمارستانی، برنامه‌ریزی برای مقابله با بلایا و حوادث غیرمترقبه در اورژانس بیمارستانی و زمینه‌سازی برای جلب مشارکت‌های مردمی از جمله برنامه‌های آتی اورژانس بیمارستانی است.



### تقویت مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

به دنبال فرو ریختن سقف فرودگاه مهرآباد در سال 1353 و برجاگذاشتن خسارات جانی، دولت تصمیم به تأسیس اورژانس گرفت و در سال 1354 مرکز اورژانس تهران با 7 پایگاه راه‌اندازی شد و متعاقباً در چند استان پایگاه‌های اورژانس شروع به کار کرد. تدریجاً با رشد جمعیت، ایجاد صنایع و توسعه راه‌ها و وقوع حوادث ناشی از آن‌ها و بروز حوادث غیرمترقبه نیاز به گسترش و جمعیت شبکه اورژانس عینیت یافت.

از اهداف اورژانس کشور می‌توان به مواردی هم‌چون رسیدن به بالین بیمار در 80% موارد به حدود 10

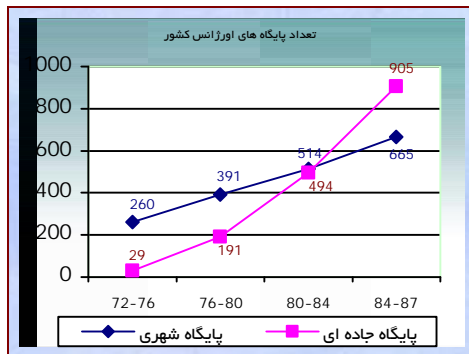


سیاست‌گذاری گردش‌گری سلامت ایجاد و طرح جامع گردش‌گری سلامت تدوین شده است. در سال 1384 در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ساختار مشاوران توربسم‌درمانی در معاونت سلامت ایجاد شد.

از طرفی با افزایش تعداد متخصص با تجربه در کشور و گسترش خدمات فوق تخصصی در طی سال‌های اخیر، کاهش میزان اعزام بیمار به خارج از کشور سرعت بیشتری پیدا کرده است. به‌طوری که در سال 1384 تنها 40 بیمار با صرف حدود 753/000 دلار به خارج از کشور اعزام شده‌اند و این درحالی است که 15 سال قبل (سال 1369)، 2968 بیمار با صرف نزدیک 16 میلیون دلار برای ادامه درمان به خارج از کشور اعزام شده‌اند. بنابر این 98/4 درصد کاهش اعزام بیمار در طی این فاصله رخ داده است.

از سال 1383 طرحی به نام «طرح عدم اعزام برای فراهم‌سازی درمان بیماران در داخل کشور» پی‌ریزی شد که از سال 1384 تاکنون با اجرای درمان جراحی بیماران مبتلا به پارکینسون مقاوم به درمان و اسکولیوز پیشرفته، 15 بیمار پارکینسون و اسکولیوز در کشور مورد درمان قرار گرفتند و حدود 3.8 میلیارد ریال صرفه جویی شد. با صرفه‌جویی ارزی حاصله از کاهش اعزام بیمار به خارج از کشور، تاکنون 3/3 میلیارد ریال از اعتبارات مربوط به بخش اعزام بیماران در جهت تقویت و تجهیز مراکز فوق تخصصی داخلی هم‌چون تجهیز رشته جراحی قلب اطفال، تجهیز رشته رادیولوژی، تجهیز بخش پیوند مغز استخوان و تجهیز مرکز درمان جراحی صرع مقاوم به درمان دارویی استفاده شده است.

هم‌اکنون تعداد پزشکان متخصص و فوق تخصص به بیش از 25 هزار نفر رسیده است.



### گسترش درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی

با گسترش رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی و تربیت پزشک مورد نیاز در کشور، امروزه پیشرفته‌ترین درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی در تمام زمینه‌ها در داخل کشور صورت می‌گیرد. پیشرفت شگفت‌انگیز پزشکان ایرانی در ترمیم ضایعات نخاعی با استفاده از سلول‌های شوان، تولید رده سلول‌های بنیادی، و موفقیت‌های حاصله در زمینه شبیه‌سازی از جدیدترین موفقیت‌های حاصله در زمینه درمان و تحقیقات پزشکی است.

موفقیت‌های پزشکان ایرانی در زمینه‌های جراحی قلب، چشم پزشکی، درمان نازایی و سایر درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی، تجهیزات پزشکی مناسب و پایین بودن هزینه درمان در کشور باعث جذب هزاران بیمار از سایر کشورهای جهان شده است. در سال 1384 حدود 17/5 هزار بیمار خارجی پذیرش شده‌اند که به ازای هر نفر توربسم درمانی، حدود 5 - 4 هزار دلار درآمد عاید کشور شده است. در حال حاضر 10-12 بیمارستان کشور جزو مراکز جذب توربسم درمان هستند و با توجه به شاخص‌های جذب بیمار خارجی، دست‌کم 50 بیمارستان کشور می‌توانند با رسیدن به استانداردهای معین بیمار خارجی پذیرش کنند. با هماهنگی سازمان میراث فرهنگی و گردش‌گری با دیگر دستگاه‌ها، شورای



نسبت به سال 1379، به میزان 6% رشد داشته و به 290 پیوند در سال 1384 رسیده است.

در عین حال باید توجه داشت که جدا از پیوند اعضا از جسد، هم‌اکنون سالانه به‌طور میانگین 1900 مورد پیوند کلیه و 4500 پیوند قلب در کشور انجام می‌شود و ایران از پیشگامان پیوند اعضا در منطقه به شمار می‌رود و جمهوری اسلامی ایران پذیرای بیماران از سایر کشورها هم‌چون آذربایجان، عمان، افغانستان، عربستان، عراق و امارات بوده است. خوشبختانه مراکز دانشگاهی ایران توانایی آموزش تخصصی پیوند اعضا را دارند و به همین دلیل امکان رشد سریع پیوند در ایران فراهم آمده است.

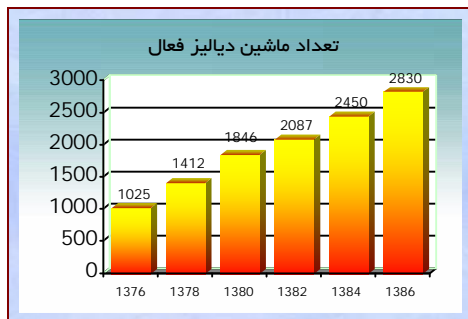
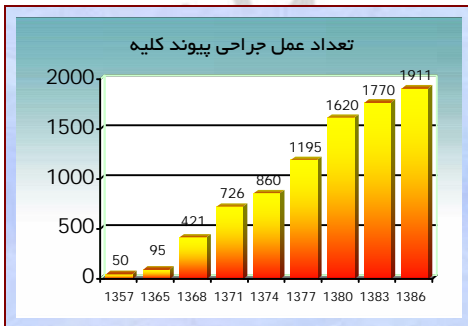
مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص ضمن سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت، برای گسترش زمینه‌های پژوهش و آموزش در موضوعات مختلف پیوند مانند مرگ مغزی، آموزش گروه‌های هماهنگ-کننده و پرستاری تلاش می‌کند.



### پیوند اعضا

پیوند اعضا؛ اقدامی حیاتی‌بخش در مبتلایان به نارسایی پیشرفته اعضا بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. این پدیده یکی از پویاترین و کاربردی‌ترین دستاوردهای علم پزشکی در جهان است و از نشانه‌های مهم ارتقای سطح دانش پزشکی و توانمندی‌های علمی و فنی مراکز پزشکی تلقی می‌شود. اولین پیوند کلیه در ایران در سال 1347 در شیراز انجام شده است. در سال‌های اخیر با پیشرفت به‌وجود آمده، پیوند کلیه و سایر اعضا در ایران به‌طور چشم‌گیر افزایش یافته است. اولین بخش پیوند کلیه در تهران در سال 1363 تأسیس شد که پس از آن با حضور نیروهای متخصص داخل کشور و آموزش مستمر و نگرش واقع‌بینانه مدیران و مسئولان، تعداد این بخش‌ها افزایش یافت به‌طوری‌که هم‌اکنون بیش از 90 مرکز پیوند اعضا و نسوج در کشور فعال است.

در سال 1379 قانون «مرگ مغزی و پیوند اعضا از جسد» در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که با تصویب این قانون امکان انجام تمام شیوه‌های پیوند اعضا در کشور میسر گردید. از آغاز فعالیت تا پایان سال 1384 از 460 اهداء کننده مرگ مغزی، عضو دریافت شده است و تعداد 821 پیوند کلیه از جسد، 230 پیوند کبد، 104 پیوند قلب و 13 پیوند ریه انجام شده است. این در حالی است که تعداد موارد پیوند کلیه، کبد، قلب و ریه از جسد یا مرگ مغزی



### توسعه بیمه خدمات درمانی

در اصل 29 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در موادی از قانون برنامه چهارم توسعه، بر توسعه بیمه خدمات درمانی در کشور تأکید شده است. زمانی که لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی مطرح شد، ماده‌ای به آن اضافه شد که دولت را مکلف کرد تا لایحه بیمه همگانی خدمات درمانی را تقدیم مجلس کند. در سال 1373 قانون بیمه همگانی از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت و پس از تصویب اساسنامه آن، از مهر ماه 1374 سازمان بیمه خدمات درمانی با هدف تعمیم پوشش بیمه خدمات درمانی در کشور تشکیل شد و مأموریت یافت تا در راستای تأمین امکانات بیمه درمانی برای کارکنان دولت، روستائیان، عشایر، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و سایر گروه‌های اجتماعی گام بردارد.

در سال 1375 بالغ بر 1/2 میلیون نفر خویش‌فرما در این سازمان بیمه شدند و بیمه روستایی نیز در همین سال شروع به کار کرد. با اجرای طرح بیمه خدمات درمانی و طرح سامان‌دهی بیمه روستائیان، 100% روستائیان و عشایر کشور با جمعیت بیش از 23 میلیون نفر تحت پوشش بیمه قرار گرفته و 75% هزینه‌های بستری و 70% هزینه‌های سرپایی تخصصی آنان نیز بدون دریافت حق سرانه پرداخت می‌شود. طرح بیمه خدمات درمانی به شکل وسیعی گسترش یافت و هم‌اکنون بیش از 38 میلیون نفر از اقشار مختلف تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دارند.

از طرفی از سوی «سازمان تأمین اجتماعی» نیز بالغ بر 28 میلیون نفر شهری و روستایی تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند و برای دریافت خدمات درمانی از آن بهره‌مند می‌شوند. سازمان تأمین اجتماعی پس از پیروزی انقلاب اسلامی با

تصویب شورای انقلاب و تغییر ساختار صندوق تأمین اجتماعی تشکیل شد. این سازمان، کارگران را از طریق بیمه اجباری و خویش‌فرمایان را از طریق عقد قرارداد تحت پوشش بیمه خود دارد. هم‌چنین این سازمان بیش از 1/2 میلیون نفر مستمری‌بگیر و بازنشسته را تحت پوشش خود دارد. سازمان تأمین اجتماعی از طریق 78 بیمارستان و دی‌کلینیک و 296 مرکز درمانی، خدمات درمانی رایگان به بیمه‌شدگان خود ارائه می‌دهد که در سال 1384 بیش از 43 میلیون نفر به‌طور سرپایی و بیش از 690 هزار نفر به صورت بستری، از خدمات درمانی این سازمان بهره‌مند شده‌اند.

توسعه کمی جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه درمان از 40% جمعیت کشور در سال 1373 به 95% جمعیت کشور در سال 1381 رسید و هم‌اکنون نیز بیش از این تحت پوشش بیمه‌های درمانی هستند. بیش از 90% پزشکان و مؤسسات تشخیصی - درمانی و 99% آزمایشگاه‌های کشور و مراکز سی‌تی‌اسکن و MRI با سازمان بیمه خدمات درمانی قرارداد هم‌کاری دارند. تعداد پزشکان و دندان‌پزشکان طرف قرارداد بیمه خدمات درمانی به بیش از 35 هزار نفر رسیده و بیش از 10 هزار مرکز پاراکلینیک، 750 بیمارستان، 6700 داروخانه طرف قرارداد بیمه هستند. هم‌چنین بیش از 28 هزار پزشک و 16 هزار مؤسسه درمانی نیز با بیمه تأمین اجتماعی قرارداد هم‌کاری دارند.

لازم به ذکر است با تدوین و تصویب قانون «ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» از سوی مجلس شورای اسلامی، در سال 1383 وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تأسیس شد که از جمله وظایف این وزارت-خانه، تشکیل صندوق بیمه روستائیان و عشایر عنوان شده است. سازمان تأمین اجتماعی از آن زمان از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منفک و زیر نظر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی قرار گرفته است.



ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب این برنامه، شبکه‌های بهداشتی - درمانی است که در بیش از 73% مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، پزشک استقرار یافته است. با اجرای این برنامه 6600 نفر پزشک، 4600 نفر ماما مشغول به کار شده اند که 2856 نفر از پزشکان و 3612 نفر از ماماها از بخش خصوصی جذب شده‌اند.

با استقرار کامل این طرح پیش بینی می‌شود، میزان رضایت از خدمات سلامت افزایش یافته و بر اصلاح فرهنگ دارو، نظام سلامت و عدالت در سلامت تأثیر مثبتی بگذارد.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به‌عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت و پی‌گیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند.



### خدمات پرستاری در جمهوری اسلامی ایران

نخستین آموزشگاه پرستاری در ایران 93 سال قبل (سال 1294) در شهرستان ارومیه گشایش یافت که متقاضیان با گذراندن یک دوره آموزشی سه ساله حرفة پرستاری را می‌آموختند. در سال 1338 برنامه تحصیلی مدارس پرستاری و بهیاری به شورای عالی فرهنگ ارایه شد. اولین رشته تخصصی پرستاری نیز در سال 1346 در شیراز ایجاد شد و در سال 1355 نظام جدید آموزش پرستاری تصویب شد. در همین

### پزشک خانواده و نظام ارجاع

یکی از مهم‌ترین روش‌های افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت، «برنامه پزشک خانواده» است. این برنامه با سابقه 70 ساله در بسیاری از کشورها، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز، اصلاح نظام سلامت و افزایش عدالت در سلامت را به دنبال خواهد شد.

به منظور استقرار «برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع» بسترهای قانونی لازم تدوین شد و در مواد 96، 91، 90، 81 قانون برنامه چهارم توسعه بر آن تأکید شده است. در ماده 91 این قانون تصریح شده است؛ شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم کند.

از طرفی در تبصره 14 قانون بودجه 1384، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی روستایی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر 20 هزار نفر جمعیت، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد.

این برنامه از ابتدای سال 1384 تاکنون در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال اجراست.

با اجرای این برنامه، تاکنون 25 میلیون نفر جمعیت ساکن روستاها و شهرهای زیر 20 هزار نفر تحت پوشش ارائه خدمات پزشک خانواده قرار گرفته‌اند و نسبت پزشک به جمعیت از حدود 1 برای هر 9000 نفر در مناطق روستایی به حدود 1 برای هر 4395 نفر روستایی رسیده است که موجب افزایش پوشش و دسترسی روستایی به میزان 100 درصد شده است.



از برنامه‌هایی که در طی سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. تشکیل کمیته تحقیقات علوم پرستاری در سال 1368 و تأسیس 1000 مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل است که از سال 1378 شروع شده و سالانه بیش از 250 تقاضای تأسیس این مراکز بررسی می‌شود.

لازم به ذکر است حرفه پرستاری در ایران از جایگاه خاصی برخوردار است و مردم و مسئولان برای پرستاران ارزش و احترام ویژه قایل هستند و بر اساس نتایج آخرین مطالعات صورت گرفته، حتی در سخت‌ترین شرایط 80/6 درصد بیماران، عملکرد پرستاران را بسیار خوب توصیف کرده‌اند. در تقویم جمهوری اسلامی نیز یک روز به نام «روز پرستار» نام‌گذاری شده است و همه ساله با برپایی مراسم ویژه از خدمات آنان تجلیل می‌شود.



### تأمین تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی مورد نیاز

کشور ما نه تنها از نظر تجهیزات پزشکی حتی در زمینه ساده‌ترین ملزومات پزشکی هم تا سال‌های اخیر منحصراً وابسته به واردات بود و از خود تولیدی نداشت. سرمایه‌گذاری عمده در راستای ساخت تجهیزات پزشکی در سال‌های پایانی جنگ انجام گرفت و در سال 1368 شرکت تولید صنایع پزشکی

سال اولین رشته کارشناسی‌ارشد پرستاری نیز دایر شد.

به منظور ساماندهی امور پرستاری، در سال 1347 اداره پرستاری وزارتخانه تشکیل شد که در سال‌های بعد نیز با تجدید نظر و اصلاح ساختار مواجهه بوده است. هم‌چنین «شورای پرستاری» نیز متشکل از پرستاران در سال 1375 تشکیل و شروع به کار کرد. از طرفی با پی‌گیری زیاد مسئولان و کارشناسان، قانون ایجاد «سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران» نیز در سال 1380 به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و با هدف استقلال حرفه پرستاری و ایجاد تشکیلات صنفی، «نظام پرستاری» نیز ایجاد شد که در حال حاضر بیش از 55 هزار پرسنل پرستاری عضو این سازمان می‌باشند. این سازمان پی‌گیری امور صنفی، رفاهی و حقوقی پرستاران را به عهده دارد.

در حالی که در سال 1358 تعداد پرستاران 7100 نفر بود و با کمبود نیروی انسانی در این زمینه مواجهه بوده‌ایم، با گسترش تعداد دانشکده‌های پرستاری و افزایش پذیرش دانشجوی پرستاری، تعداد پرستاران در سال 1375 به 32500 نفر افزایش یافت و در حال حاضر نیز بالغ بر 54 هزار پرستار مشغول ارائه خدمات در مراکز دولتی هستند. هم‌اکنون نسبت پرستار به 100 تخت بیمارستانی به عدد 95 رسیده است. تعداد بهیاران بیمارستان‌های دولتی نیز 9500 نفر است. سیاست سال‌های اخیر تجدید نظر در شرح وظایف کادر پرستاری مطابق با پیشرفت‌های روز و امکانات کشور و تخصصی کردن امور پرستاری است به‌طوری که پذیرش دانشجوی در مقطع کاردانی پرستاری قطع شده و به مقاطع کارشناسی، کارشناسی‌ارشد و دکترای توجه بیشتر شده است. لذا تعداد پرستاران کارشناس و کارشناس‌ارشد افزایش و تعداد بهیاران و کمک-بهباران کاهش محسوس داشته است.

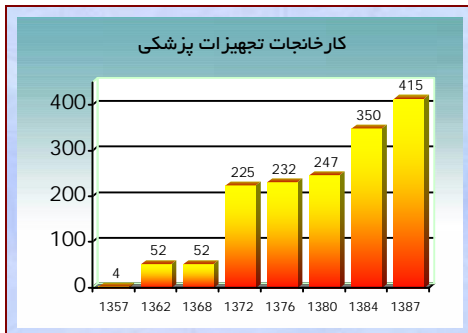
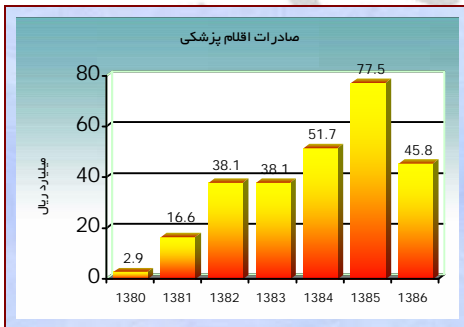




طرفی در طی سال‌های اخیر تجهیزات و وسایل پزشکی و آزمایشگاهی کشور در نمایشگاه‌های بین‌المللی خارج از کشور از فروش خوبی برخوردار بوده و زمینه مناسبی برای صادرات آن‌ها فراهم شده است.

بازار مصرف تولید داخل بیش از 120 میلیون دلار برآورد می‌شود که سالانه در حدود 7 میلیون دلار صادرات تجهیزات پزشکی به سایر کشورها انجام می‌شود و کل بازار مصرف تجهیزات پزشکی در کشور 650 میلیون دلار برآورد می‌شود.

اجرای طرح ساماندهی و مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی، طرح شناسنامه و رتبه‌بندی شرکت‌های تجهیزات پزشکی، اختصاص بودجه مناسب برای نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانی از جمله سایر اقدامات صورت گرفته در این زمینه است.



تأسیس شد که ساخت و تولید ابزار پزشکی را به عهده داشت. در طول جنگ و دوران سازندگی در کشور، تمام صنایع رشد چشم‌گیری یافتند و تولید تجهیزات پزشکی نیز در کشور آغاز شد. از سال 1372 اداره کل تجهیزات پزشکی، ایجاد و کنترل کیفی و سیاست‌گذاری تولید تجهیزات پزشکی را به عهده گرفت که هم‌اکنون این مأموریت توسط «مرکز مدیریت و هماهنگی امور بازرگانی» انجام می‌شود.

با حذف انحصار و ایجاد رقابت سالم بین شرکت‌های تولیدی و تجاری تعداد کارخانجات تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و تعداد محصولات آن‌ها از رشد کمی و کیفی محسوسی برخوردار شده است. به طوری که تنها تعداد کارخانجات تجهیزات پزشکی با رشد فزاینده‌ای در طی سه دهه اخیر از 4 مورد در سال 57 به 415 مورد در سال 1387 رسیده است که بالغ بر 520 محصول مورد نیاز را در داخل کشور تولید می‌کنند. تعداد کارخانجات آزمایشگاهی و محصولات آن‌ها نیز از چنین رشدی برخوردار بوده است.



در حال حاضر بیش از 85٪ از ملزومات پزشکی یک-بار مصرف، کیت‌های آزمایشگاهی، وسایل دندان-پزشکی و تعداد چشم‌گیری از تجهیزات پزشکی با کیفیت بسیار خوب در داخل کشور تولید می‌شود که صرفه‌جویی ارزی زیادی را به همراه داشته است. از

جسمی حرکتی، 172 مرکز سالمندی، 10 کلینیک توانبخشی سالمندان، 100 مرکز روانی مزمن و 18 مرکز توانبخشی و آموزش خانواده از جمله مراکز فعال غیردولتی کشور محسوب می‌شوند.

از خدماتی که در زمینه پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی و ارتقای رفاه اجتماعی گروه‌های آسیب‌پذیر ارایه شده است، می‌توان به راه‌اندازی و گسترش مراکز ارایه خدمات به آسیب‌دیدگان اجتماعی اشاره کرد به‌طوری که تعداد این مراکز از 62 مرکز در سال 1378 هم‌اکنون به 225 مرکز می‌رسد. این مراکز شامل 53 مرکز اورژانس اجتماعی، 22 مرکز خانه سلامت دختران، 42 مرکز سامان‌دهی کودکان خیابانی، 36 مرکز بازپروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی و 72 مرکز مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق در کشور و ... است، که در زمینه پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند.

مراکز حمایت‌های اجتماعی

ع.ج	مرکز	1378	1380	1382	1384
1	مرکز اورژانس اجتماعی	9	39	52	53
3	خانه سلامت دختران	9	21	27	22
4	مرکز سامان‌دهی کودکان خیابانی	16	33	41	42
5	مرکز مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق	15	55	68	72
7	مرکز بازپروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی	13	33	28	36
-	مجموع مراکز	62	151	216	225



## ارایه خدمات توانبخشی و پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی

سازمان بهزیستی کشور در زمینه توانبخشی معلولان و رفاه اجتماعی گروه‌های آسیب‌پذیر جایگاه مهم و ویژه‌ای دارد. این سازمان که پس از پیروزی انقلاب اسلامی تا سال 1383 زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داشت، گام‌های بسیار مثبتی را در این زمینه برداشته است.

بر اساس تحقیقات دانشگاه علوم به‌زیستی و توانبخشی کشور، میزان معلولیت‌های ذهنی 12 در هزار، معلولیت جسمی 11 در هزار، نابینایی 7 در هزار، ناشنوایی 3 در هزار و سالمندان بالای 60 سال 6/6 درصد جمعیت کشور است.

با اجرای برنامه خدمات توانبخشی، معلولان تحت پوشش سازمان تاکنون از خدمات مختلف توانبخشی در زمینه‌های خدمات توانبخشی و پیراپزشکی، خدمات توانبخشی اجتماعی، خدمات توانبخشی حرفه‌ای و خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه بهره‌مند شده‌اند. تعداد واحدها و مراکز سرویس‌دهی و افراد خدمت‌گیرنده رشد فزاینده‌ای داشته و برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در شهرستان‌ها گسترش یافته و با شناسایی افراد معلول در این مناطق، ارایه خدمات توانبخشی به معلولین کشور انجام می‌شود. این برنامه با هدف بازتوان کردن افراد معلول از طریق مشارکت آنان و به کارگیری امکانات موجود در محیط و تطبیق آن با روش‌های علمی و عملی توانبخشی با هم‌کاری دفتر سازمان جهانی بهداشت صورت می‌گیرد.

در کنار مراکز دولتی توانبخشی، ارایه خدمات توانبخشی در مراکز غیردولتی نیز افزایش یافته است. 669 مرکز توانبخشی و آموزش ذهنی، 21 مرکز

فقط 3 درصد خون به صورت کامل در کشور مصرف شده است و مابقی به صورت فرآورده‌های مختلف خونی تهیه و توزیع شده است.

### تأمین خون سالم

گسترش فعالیت‌های مرکز تحقیقات انتقال خون، توسعه تجهیزات فنی و آزمایشگاهی، تکنولوژی استفاده از Mak-System، کسب مجوز از موسسه پل اریخ، بازبینی شبکه خون‌رسانی کشور و تجهیز سیستم حمل و نقل خون و صادرات پلاسما برای تأمین داروهای مشتق از پلاسما از جمله سایر فعالیت‌های صورت گرفته در این زمینه است.



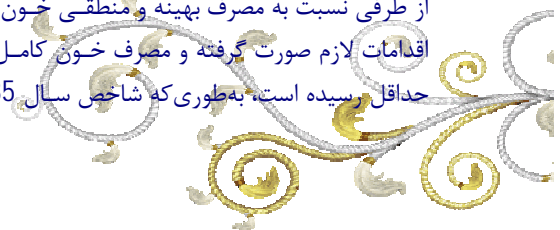
### طرح احداث پالایشگاه خون

احداث پالایشگاه پلاسمای خون به منظور استحصال داروهای بیولوژیک مشتق از پلاسمای خون انسان با ظرفیت پالایش پلاسما به حجم 80 هزار لیتر در سال، در زمینی به مساحت حدود 4 هکتار در سال 1369 آغاز شد. در این مجتمع علاوه بر ساختمان اصلی پالایشگاه، ساختمان حیوانات و تقطیر الکل، منبع ذخیره آب و تأسیسات مورد نیاز پیش‌بینی شده است. ماده اولیه این کارخانه، پلاسمای سالم انسانی است که از اهداءکنندگان داوطلب گرفته می‌شود که پس از منجمد شدن در کیسه‌های پلاستیکی و در یک سیستم بسته و استریل به پالایشگاه وارد می‌شود.

«سازمان انتقال خون ایران» به عنوان تنها متولی تأمین‌کننده خون و فرآورده‌های خونی کشور در سال 1353 تأسیس شد و رفته‌رفته توسعه یافت. پس از انقلاب اسلامی و به ویژه طی دوران دفاع مقدس و نیاز روزافزون مراکز درمانی، آهنگ توسعه و پیشرفت سازمان شتاب فزاینده‌ای یافت به گونه‌ای که در تمام استان‌های کشور پایگاه‌های انتقال خون ایجاد شد. هم‌اکنون مراکز اهدای خون کشور بالغ بر 364 مرکز می‌باشد که 60 پایگاه انتقال خون، 144 مرکز موقت خون‌گیری، 128 مرکز ثابت خون‌گیری و 32 مرکز تهیه و فرآوری را شامل می‌شود.

به منظور تأمین خون سالم و افزایش ضریب امنیت و کیفیت خون، طرح حذف خون جای‌گزین و دریافت خون داوطلبانه در کشور در دستور کار قرار گرفت. این طرح ابتدا در سال 1376 و در سطح استان‌هایی از کشور که وابستگی کمتری به سیستم اهدای خون جای‌گزین داشتند، اجرا شد و به تدریج تا پایان سال 1379، سازمان انتقال خون ایران موفق شد در 9 استان کشور سیستم خون جای‌گزین را حذف کند. پی‌گیری طرح در سال‌های بعد با جدیت بیشتری دنبال شد به‌طوری‌که شاخص اهدای داوطلبانه در کل کشور در سال 85 به 99 و هم‌اکنون به 100 درصد رسیده است.

هم‌اکنون ایران با میزان بیش از 1.7 میلیون واحد خون‌گیری در سال و با شاخص کشوری 25 واحد به ازاء هر هزار نفر جمعیت در تأمین خون و فرآورده‌های خونی به حد خودکفایی رسیده است و هیچ‌گونه کمبود خونی در بیمارستان‌ها وجود ندارد و از طرفی نسبت به مصرف بهینه و منطقی خون نیز اقدامات لازم صورت گرفته و مصرف خون کامل به حداقل رسیده است. به‌طوری‌که شاخص سال 1385



سرمایه‌گذاری و مشارکت بخش خصوصی برای احداث پالایشگاه‌های جدید شاهد رونق قابل توجه این صنعت در آینده نزدیک باشیم.



این پلاسماها از نظر آلودگی‌های میکروبی و ویروسی نظیر HCVAb, HIVAb, HBSAg و تست‌های تشخیص آلودگی به سیفیلیس در صورت عاری بودن از هرگونه آلودگی، برای مصرف در پالایشگاه استفاده می‌شوند.

از دیگر مواد اولیه خط تولید، آب مقطر عاری از پیروژن است که در این کارخانه تهیه و در قسمت‌های مختلف خط تولید این داروها استفاده می‌شود. در بخش فرآیند، پلاسمای منجمد خرد و ذوب شده و فاکتورهای 8 و 9 جداسازی می‌شود. سپس با استفاده از روش COHN، دیگر پروتئین‌های اصلی پلاسما از جمله؛ ایمونوگلوبولین‌ها و آلبومین جداسازی می‌شود. از تمام مراحل خط تولید و محصول نهایی نمونه‌هایی برای انجام آزمایشات کنترل کیفیت بر روی حیوان گرفته می‌شود و پس از تأیید کیفیت داروها مطابق با استانداردهای بین‌المللی و فارماکوپه‌ها برای توزیع آماده می‌شود.

این کارخانه مجهز به ماشین‌آلات مدرن در خط تولید است و از سیستم‌های نیمه اتوماتیک و تمام اتوماتیک برای کنترل پارامترهای تولید از جمله PH، درجه حرارات، افزودن بافرها، اتانل و غیره استفاده شده است.

حاصل پالایش پلاسما در طی چهار سال اخیر تولید 4/1 میلیون کیسه گلبول قرمز متراکم، 1/3 میلیون کیسه کرایو، 2/3 میلیون کیسه پلاسمای تازه منجمد، 1/1 میلیون کیسه پلاکت، 410 هزار کیسه گلبول قرمز شسته شده و 635 هزار کیسه خون کامل است.

در نظر است با افزایش قابل توجه میزان خون‌گیری در سراسر کشور، تأمین پلاسما به منظور تولید فرآورده‌های پلاسمایی و داروهای مربوطه از 72000 لیتر پلاسمای ایرانی به صورت Total Manufacturing و عقد قرارداد با کشورهای صاحب این صنعت، افزایش داده شود و در کنار آن با



های صورت گرفته در زمینه ارتقای سطح ایمنی و کیفیت غذا است.

در کنار فعالیت‌های مذکور نسبت به توسعه آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو که به عنوان ابزار مهم نظارتی در بخش دارو و فرآورده‌های غذایی، آرایشی و بهداشتی عمل می‌کند اقدام شده است و در این راستا تأسیس واحد تضمین کیفیت در سال ۱۳۷۹، اصلاح شیوه عملکرد آزمایشگاه کنترل و سطح‌بندی آزمایشگاه‌های کنترل دانشگاه‌ها صورت گرفته است.

به منظور سامان‌دهی برخی فرآورده‌های جدید از جمله مکمل‌ها و غذاهای ویژه، از سال ۱۳۸۴ اداره‌ای برای نظارت و کنترل فرآورده‌های مذکور تشکیل شد که علاوه بر تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه، نظارت، کنترل و پایش در هنگام واردات، تولید و عرضه را نیز مدیریت می‌کند. نشان ایمنی سلامت که بیان‌گر سلامتی فرآورده‌های غذایی از دیدگاه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است در سال ۱۳۸۵ به تصویب رسید از آن پس بر روی بسته‌بندی مواد غذایی مورد تأیید، درج می‌شود.



#### برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه

با توجه به پیامدهای زبان‌بار سوء تغذیه، برنامه‌های حمایتی و بهبود تغذیه و کاهش سوء تغذیه در اولویت

#### ارتقای سطح ایمنی و کیفیت غذا

با رشد روز افزون واحدهای تولیدی صنایع غذایی و آشامیدنی و تغییرات سریع در تکنولوژی تولید، فرآوری و بسته‌بندی، تأمین سلامت و کیفیت غذا مورد توجه خاص قرار گرفت و فعالیت‌های وسیعی در این زمینه صورت گرفته است که از جمله آن می‌توان به تشکیل شورای عالی غذا و تغذیه و آموزش و استقرار سیستم HACCP یاد کرد. با عنایت به تأکید مکرر سازمان جهانی بهداشت، اقدامات اولیه برای آموزش استقرار این سیستم در سال ۱۳۷۶ شروع شد و در سال ۱۳۷۹ با تشکیل کمیته کشوری هماهنگی و برنامه‌ریزی اجرای سیستم HACCP نسبت به ایجاد هماهنگی بین‌بخشی و سازمان‌دهی این سیستم اقدام شده است. این کمیته علاوه بر سیاست‌گذاری و تأمین ایمنی غذا از طریق سیستم مذکور، تغییر نگرش و روش‌های سنتی به سیستم‌های جدید، تضمین کیفیت، ایجاد هماهنگی برای اجرای برنامه‌های آموزشی در سطوح مختلف و اتخاذ روش مناسب در ممیزی HACCP در صنایع غذایی را به عهده دارد.

به منظور ارتقای سطح ایمنی و کیفیت غذا، برای کارشناسان حوزه غذا و صنایع به عنوان نمونه تنها در طی دو سال اخیر ۱۷۷۴ ساعت/ نفر آموزش مدون در نظر گرفته شده و از طرفی ایجاد سرفصل «بهداشت مواد غذایی و تغذیه سالم» در رشته‌های دانشگاهی به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری پیشنهاد و مجوز لازم اخذ شده است. هم‌چنین اجرای طرح‌های ملی غنی‌سازی مواد غذایی، طرح درجه‌بندی تولیدکنندگان، مشروط کردن پروانه صلاحیت مسئولان فنی واحدهای تولیدی مبنی بر آموزش سالانه و کسب ۱۲۵ امتیاز در طی ۵ سال، تدوین فهرست افزودنی‌های مجاز و افزایش نظارت بر فرآورده‌های غذایی - آشامیدنی از جمله سایر فعالیت‌



استان کشور به صورت آزمایشی به اجرا درآمد و از سال 1380 با موافقت رئیس جمهوری این طرح در مناطق محروم 6 استان کشور به اجرا درآمد و در سال 1382 این طرح به 24 استان کشور و با تحت پوشش قرار دادن بیش از 6 میلیون دانش آموز گسترش یافت. در حال حاضر بیش از 8 میلیون دانش آموز تحت پوشش این برنامه قرار دارند. از طرفی در راستای ارتقای سطح سلامت دانش آموزان، نسبت به اجرای برنامه ارتقای سطح سلامت دختران دانش آموز دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی، بهبود وضعیت تغذیه دانش آموزان مدارس شبانه روزی و بهبود وضعیت بوفه های مدارس با هم- کاری آموزش و پرورش صورت گرفته است.

از جمله برنامه های دیگری که در زمینه کاهش سوء تغذیه انجام شده است، می توان به طرح غنی سازی شیر با ویتامین D، طرح غنی سازی روغن با ویتامین- های D و A و تعیین وضعیت کمبود ریزمغذی های آهن، روی، ویتامین A و D در 11 منطقه کشور و تجویز کیسول مگادوز ویتامین A در کودکان زیر پنج سال و مادران زایمان کرده در 8 استان محروم اشاره کرد. اجرای برنامه ترویج نمک پیدار و حذف اختلالات ناشی از کمبود ید از جمله فعالیت های دیگری است که بارها توسط سازمان ها و موسسات بین المللی مورد توجه قرار گرفته است.

شاخص های مربوط به تغذیه کودکان زیر 6 سال

شاخص	1374	1377	1383
شیوع کم وزنی در کودکان زیر 6 سال	16.6	10.9	5.2
شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر 6 سال	19.7	15.4	4.7
شیوع لاغری در کودکان زیر 6 سال	7.1	4.9	3.7
مادرانی که کارت رشد را می شناسند	--	52.6	81
کودکانی که فاقد کارت رشد هستند	--	31	4.2

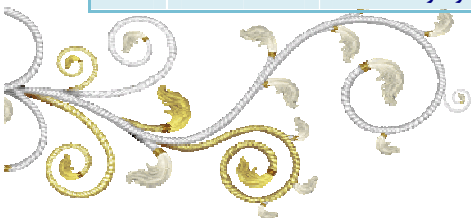
برنامه های بهداشتی قرار گرفته و در برنامه چهارم توسعه بر ارتقای امنیت غذایی تأکید شده است.

کارت پایش رشد از سال 1343 در کشور مورد استفاده بوده است. در سال 1377 نتایج بررسی کشوری نشان داد؛ 31 درصد از کودکان کشور کارت پایش رشد ندارند و در مجموع فقط 17/5 درصد از کودکان کارت رشد دارند که وزن آن ها به طور منظم روی آن ثبت شده است. تهیه و تدوین و چاپ کارت پایش رشد جدید از سال 1380 برای تمام مراکز بهداشتی- درمانی و خانه های بهداشت آغاز شد و این کارت در اختیار مادران قرار گرفت. از سال 1375 طرح پیش گیری از سوء تغذیه پروتئین- انرژی با مشارکت بخش های مختلف به صورت پایلوت در سه استان کشور به اجرا درآمد و منجر به کاهش سوء تغذیه کودکان به میزان بیش از 50% شد که بنا به نتایج این طرح، در حال حاضر این برنامه در چندین شهرستان در حال اجراست.

از جمله برنامه های صورت گرفته در زمینه بهبود تغذیه، تدوین «راهنمای غذایی کشور» است که حاوی نکات کاربردی و قابل فهم برای عموم مردم است و ابزاری مهم برای یکسان سازی آموزش همگانی تغذیه است. علاوه بر این به برگزاری کارگاه های کشوری بهبود تغذیه و رشد کودکان برای آموزش Trainers Master همّت گماشته شد.

پس از برگزاری اجلاس های غنی سازی در عمان و لبنان، جمهوری اسلامی ایران با توافق سه جانبه MI، WHO و UNICEF غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک را از سال 1380 شروع کرد. تاکنون 40 میلیون نفر تحت پوشش این برنامه قرار دارند. در راستای برنامه غنی سازی آرد با آهن، طراحی و ساخت دستگاه میکرو فیدر و تولید پرمیکس توسط محققین جوان کشور صورت گرفت.

به منظور ترویج فرهنگ مصرف شیر، برنامه توزیع شیر رایگان در مدارس در مناطق محدودی از 10





### ساختار و سیاست‌های ملی دارویی

وزیر بوده و معاونین وی نیز شخصاً در جلسات حضور می‌یابند. با تدوین فهرست نهایی داروهای ایرانی از سوی این شورا، همه ساله فهرست داروهای ایرانی در اختیار گروه پزشکی قرار می‌گیرد تا بر اساس ماده 93 قانون برنامه چهارم توسعه، از تجویز داروهای خارج از فهرست خودداری شود. همچنین فهرست داروهای مورد نیاز در حوادث غیرمترقبه و فهرست داروهای بدون نسخه (OTC) نیز تدوین شده است.

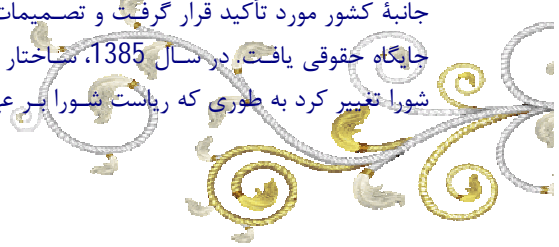


### صنعت داروسازی در ایران

پیشینه تاریخی تولید دارو در ایران به دوران باستان باز می‌گردد. داروهای گیاهی قرن‌ها پیش در ایران در دسترس مردم بوده‌اند. اما در واقع تاریخچه صنعت داروسازی در ایران و تولید داروهای شیمیایی در ایران به تأسیس مدرسه دارالفنون و ایجاد رشته داروسازی در آن مدرسه باز می‌گردد. سال 1325 آغاز ورود لابراتوارهای مجهز به صحنه صنعت داروسازی کشور است. در سال‌های بعد نیز لابراتوارهای مشابهی تأسیس شدند که برخی از آن‌ها با ورود شرکت‌های چند ملیتی از صحنه خارج شدند. به عبارتی علی‌رغم تلاش چند شرکت دارویی ایرانی، عملاً نبض بازار دارویی در دست شرکت‌های خارجی بود و حداکثر 25 درصد داروی مورد نیاز در داخل تولید می‌شد.

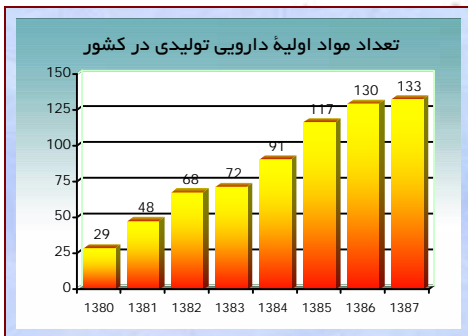
از لحاظ ساختاری مسئولیت سیاست‌گذاری و تأمین داروی کشور به عهده معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در دانشگاه-های علوم پزشکی نیز در حال حاضر 35 معاونت غذا و دارو و 6 مدیریت مستقل غذا و دارو، مسئولیت تأمین داروی شهرستان‌ها را بر عهده دارند. با توجه به نیازهای روز جامعه، همواره اصلاح ساختار تشکیلاتی مد نظر قرار دارد که از جمله آن تشکیل اداره بیولوژیک، تشکیل کمیته تدوین SOPs و کمیته کشوری HACCP در طی سال‌های اخیر است. تعداد کارشناسان این حوزه 326 نفر است که 25 نفر دارای مدرک تحصیلی PhD و 160 نفر دارای دکترای حرفه‌ای و کارشناسی ارشد هستند.

به منظور روشن شدن سیاست‌های کلی نظام دارویی کشور و جهت‌گیری کلی آن، در سال 1374 شورای برنامه‌ریزی امور دارویی کشور با هدف بازنگری در ساختار دارو و تدوین سیاست‌های ملی دارویی با حضور صاحب‌نظران دارویی کشور تشکیل و آغاز به کار کرد. در سال 1382 برای نخستین بار سیاست ملی دارویی کشور به عنوان مهم‌ترین سند شفاف سازی سیاست‌های نظام دارویی در 13 اصل تدوین و در جلسه مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب رسید. از زمان تصویب تاکنون این مجموعه مبنای عملکرد نظام دارویی ایران بوده است. این مجموعه در سال 1387 بازنگری و اصلاح شد. در همین راستا «شورای بررسی و تدوین فهرست داروهای ایرانی» که از ابتدای پیروزی انقلاب اسلامی و بعد از استقرار نظام نوین دارویی ایران فعالیت خود را آغاز کرده بود، در برنامه سوم و چهارم توسعه همه جانبه کشور مورد تأکید قرار گرفت و تصمیمات آن جایگاه حقوقی یافت. در سال 1385، ساختار این شورا تغییر کرد به طوری که ریاست شورا بر عهده



### تأمین داروی مورد نیاز کشور

یکی از امور مهم و حساس در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دارو و مسائل مربوط به آن است. تدارک و تأمین داروی مورد نیاز جامعه حتی در بحرانی‌ترین شرایط کشور از اولویتهای خاصی برخوردار است. پس از پیروزی انقلاب اسلامی گام‌های بلندی در زمینه خودکفایی در تهیه و توزیع مناسب دارو برداشته شده است که می‌توان از جمله به استقرار نظام نوین دارویی (طرح ژنریک) در کشور اشاره کرد. بر این اساس، فهرست داروهای موجود در بازار ایران مورد بازنگری جدی قرار گرفت و تولید داخلی و واردات داروهایی که در کشور ساخته نمی‌شد، صرفاً به داروهای موجود در فهرست منحصر شد.



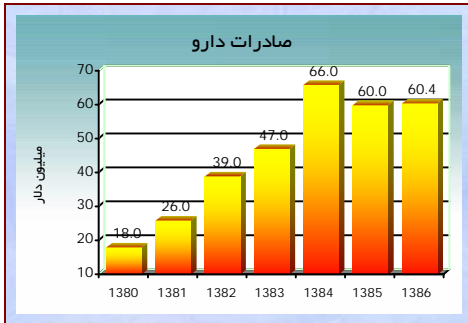
در حال حاضر تمام اشکال دارویی توسط شرکت‌های داروسازی داخلی قابل تولید است و بیشتر از 15 سال است که 95 درصد داروی مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود و البته باید توجه داشت با توجه به تولید داروهای جدید در جهان و عدم صرفه اقتصادی به دلیل مصرف کم در داخل، این میزان هیچ‌گاه به 100% نخواهد رسید و این رقم بسیار ایده آل است. هم‌اکنون 1200 قلم دارو در کشور تولید می‌شود. تعداد پروانه‌های ساخت دارو نیز به حدود 3800 مورد می‌رسد. هم‌چنین تعداد مواد مؤثر دارویی که در حال حاضر در کشور تولید می‌-

با پیروزی انقلاب اسلامی در سال 1357، واحدهای جدید داروسازی تأسیس و آغاز به کار کرد. طی سال‌های 1367 تا 1372 صنایع داروسازی به بخش‌های خصوصی و نیمه‌خصوصی واگذار شد و در سال‌های بعد نیز مشوق‌های لازم برای سرمایه‌گذاری در بخش صنایع داروسازی صورت گرفت. هم‌اکنون تعداد کارخانجات داروسازی در ایران به 70 کارخانه می‌رسد که 10 کارخانه آن تنها در طی هشت سال اخیر افزوده شده است. علاوه بر این، سیاست حمایت از تولید مواد اولیه و واسطه دارویی برای صنایع داروسازی همواره مورد تأکید بوده است و در این راستا در سال 1376 کمیته مواد اولیه و بسته‌بندی ایجاد شد. به تدریج تعداد کارخانجات تولیدکننده مواد اولیه نیز افزایش یافت که در سال 1383 به 21 شرکت و در حال حاضر نیز به 44 شرکت رسیده است.

در راستای حمایت از صنایع داروسازی داخلی در طی سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی هم‌چون آزادسازی و لغو انحصار در تولید، تغییر الگوی قیمت‌گذاری داروها، اعمال تعرفه بر داروهای وارداتی، ایجاد شرایط مناسب برای هم‌کاری‌های مشترک بین‌المللی و بستر سازی لازم برای کاهش دخالت دولت در صنایع داروسازی صورت گرفته است.



یافته است. این میزان صادرات دارو در سال 1387، معادل 60/4 میلیون دلار و به 50 کشور بوده است.



### توسعه داروهای طبیعی

به منظور توسعه و قانونمند شدن فعالیت‌های مربوط به تولید و واردات فرآورده‌های طبیعی «شورای بررسی و تدوین داروهای طبیعی» و هم‌چنین «اداره داروهای طبیعی» در حوزه معاونت دارو و غذا تشکیل شد. در سال 1376 مقررات، آئین نامه‌ها و ضوابط اجرایی مربوط به داروهای طبیعی تدوین شد که این امر در کنار اقبال مردم و جامعه پزشکی به مصرف داروهای طبیعی مورد تأیید، باعث افزایش تعداد واحدهای تولید فرآورده‌های طبیعی و گرایش برخی از صنایع تولیدکننده داروهای شیمیایی به تولید داروهای طبیعی شده است. هم‌اکنون بیش از 45 کارخانه داروسازی در کشور، داروی طبیعی تولید می‌کنند و تعداد پروانه‌های ساخت داروهای طبیعی به 366 فقره و تعداد پروانه‌های ساخت مواد اولیه داروهای طبیعی به 131 فقره افزایش یافته است. مواردی نظیر داروهای گیاهی، فرآورده‌های طب سنتی، داروهای هومیوپاتی و فرآورده‌های تشخیص آرژی در زمره فرآورده‌های طبیعی جای می‌گیرند. هم‌اکنون تولید اقلام داروهای طبیعی به 283 قلم می‌رسد.

شود به 133 قلم رسیده است و این درحالی است که پانزده سال قبل این رقم 18 قلم و پنج سال قبل، 91 قلم بوده است. در سال 1383 تعداد 3 قلم دارو با فناوری بیوتکنولوژی در کشور تولید شد و پروژه بسیار مهم تولید داروهای ضد سرطان در کشور نیز در سال 1385 به ثمر نشست. تاکنون 10 قلم دارو با فناوری بیوتکنولوژی و 18 قلم داروی ضد سرطان در کشور تولید شده و پروژه‌های بسیار مهم دیگری در قالب سرمایه‌گذاری مشترک با شرکت‌های چند ملیتی در خصوص تولید داروهای تحت انحصار به ثمر نشست است.

لازم به ذکر است در کنار تأمین داروی مورد نیاز، به منظور تجویز مصرف منطقی دارو، علاوه بر تأسیس 30 مرکز اطلاع‌رسانی دارویی و چاپ کتاب، بروشور و پوسته‌های ضروری، در سال 1375 کمیته کشوری «تجویز و مصرف منطقی دارو» تأسیس شد که دستاورد آن کاهش میانگین تجویز اقلام دارویی به میزان 3/25 قلم در هر نسخه، کاهش مصرف آنتی-بیوتیک و داروهای تزریقی و صرفه‌جویی میلیاردها ریال بوده است.

### توسعه صادرات دارو

توسعه صادرات داروهای تولید داخل، همواره از اهداف بلندمدت صنایع داروسازی و مسئولین نظام دارویی کشور بعد از انقلاب اسلامی بوده است. در اواخر دهه 70 که توسعه صادرات غیرنفتی در دستور کار دولت قرار گرفت، رشد قابل توجهی نیز در صادرات محصولات دارویی به وجود آمد. به طوری که میزان صادرات اقلام دارویی که تا قبل از 1376 حداکثر به 2 تا 3 میلیون دلار در سال می‌رسید، در سال 1382 بر اساس آمار گمرک ایران معادل 34/5 میلیون دلار و به 24 کشور جهان بوده است و در سال 1383 نیز به بیش از 35 میلیون دلار افزایش

از جمله اقدامات دیگری که در زمینه کیفیت و اثر بخشی دارو شده است می‌توان به اجرای سیستم تضمین کیفیت فرآورده‌های دارویی (QA)، اجباری- شدن ثبت داروها، ثبت منابع مواد اولیه و انجام آزمایش‌های هم‌سنگی زیستی نام برد. انجام آزمایش‌های هم‌سنگی زیستی که از سال 1370 آغاز شده، در سال 1376 با نظم و ترتیب بیشتری توسعه یافت و اجباری شد و از آن زمان تاکنون به 1076 مورد رسیده است. تاکنون 30 مطالعه کارآزمایی بالینی در خصوص اثربخشی و عوارض جانبی داروهای جدید در داخل کشور انجام شده است.



### تضمین کیفیت و اثر بخشی دارو

به موازات گسترش صنایع داروسازی و تولید دارو، بر کیفیت و اثربخشی دارو نیز توجه خاص شده و فعالیت‌هایی در این زمینه صورت گرفته است که از جمله آن می‌توان به کنترل کیفیت و اثر بخشی محصولات دارویی در بازار (PMS)، افزایش کمی و کیفی بازرسی‌های GMP کارخانجات، تدوین فارماکوپه ایران، نام‌گذاری ژنریک اختصاصی داروها (Branded Generic)، تأسیس مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارویی (ADR) و فعال- کردن آزمایشگاه‌های کنترل کیفیت صنایع داروسازی اشاره کرد.

از ابتدای سال 1376 تا پایان سال 1387 تعداد 923 قلم از داروهای تولید شده در داخل کشور با روش PMS ارزیابی شده و 5/9 درصد آنها مورد تأیید قرار نگرفتند. از بدو تشکیل مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR) در سال 1375 تاکنون، بیش از 18 هزار مورد گزارش عارضه دارویی از سراسر کشور جمع‌آوری و به ثبت رسیده است و از سال 1384 معاونت غذا و دارو با رأی کمیسیون قانونی ساخت و ورود داروها، شرکت‌های داروسازی را موظف به جمع‌آوری و گزارش ADR مربوط به داروهای خود کرده است.



### فراهمی و در دسترس بودن دارو

به منظور افزایش دسترسی بیماران به داروهای مورد نیاز، در کنار افزایش تولید دارو، سیاست‌ها و تدابیر خاصی اندیشیده شده است که کاهش انحصار در تولید یا واردات داروها از آن جمله است. در حالی که در حدود ده سال قبل تعداد 500 قلم از داروهای تولید داخل به طور انحصاری توسط یک شرکت داروسازی تولید می‌شد، هم‌اکنون تعداد داروهای با تولید انحصاری به 220 قلم کاهش یافته است. این اقدام نیز به طور عمده داروهایی هستند که جدید تولید شده و یا میزان مصرف کمی دارند. حذف یارانه‌های دارویی در بخش تولید، مشارکت بخش خصوصی در واردات دارو و اعمال سیاست‌های تشویقی برای حمایت از تولید داروهای جدید نیز از





جمله فعالیت‌های مهمی است که به فراهمی و در دسترس بودن دارو کمک کرده است. از طرفی به همین منظور، تعداد داروخانه‌های کشور نیز از 1800 باب در سال 1357 به 8000 باب در سال 1387 افزایش یافته است و این درحالی است که تنها 4000 باب آن در طی 15 سال اخیر افزوده شده است. البته جدای از این آمار، تعداد زیادی داروخانه در مراکز بیمارستانی و مراکز بهداشتی-درمانی نیز مشغول ارائه خدمات می‌باشند. اجرای طرح مکانیزاسیون داروخانه‌ها نیز به طور جدی در دستور کار قرار دارد. تا ابتدای سال 1384 بیش از 60% داروخانه‌های کشور و هم‌اکنون تقریباً تمام داروخانه‌های کشور به امکانات نرم‌افزاری و سخت-افزاری لازم تجهیز شده‌اند. در حال حاضر به ازای هر 6000 نفر جمعیت، مجوز تأسیس یک داروخانه داده می‌شود.

تعداد شرکت‌های توزیع‌کننده دارو نیز با رشد 6 برابر نسبت به 15 سال قبل، هم‌اکنون به 28 شرکت توزیع سراسری و 73 شرکت توزیع استانی می‌رسد. به منظور تأمین داروهای اساسی مردم که در داخل کشور با کمبود مواجه است، «مراکز فوریت‌های دارویی» در سال 1379 تأسیس و رو به گسترش است.

حجم بازار دارویی کشور در سال 1385 معادل 1/5 میلیارد ریال دلار و سرانه مصرف دارو 20 دلار بوده است. هم‌چنین در راستای نظارت صحیح بر تجویز و مصرف منطقی دارو در کشور، کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی دارو (RUD)، مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR) و چندین مرکز اطلاع‌رسانی دارویی و سموم (DPIC) در کشور راه-اندازی شده است.





از صاحب‌نظران آموزش پزشکی و سازمان‌های بین‌المللی مطرح شده است.

پروژه ارزشیابی و اعتباربخشی دانشکده پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز و شهید بهشتی در سال 1380 از طرف فدراسیون جهانی آموزش پزشکی به عنوان پروژه پایلوت پذیرفته شدند که دلیل عمده آن ادغام آموزش پزشکی و نظام سلامت بوده است.

هم‌اکنون 42 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی در سراسر کشور وجود دارد که به سه تیپ نوع I, II, III تقسیم‌بندی شده‌اند و بر حسب نوع، دارای معاونت‌های آموزشی، بهداشتی، درمانی و ... می‌باشند و به ارائه خدمات آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و فعالیت‌های پژوهشی سلامت مشغولند.

از دستاوردهای این طرح می‌توان به تأمین پزشک مورد نیاز، اعضای هیأت علمی مورد نیاز، آموزش تحصیلات تکمیلی و حذف پست‌های سازمانی به میزان 20% و به تعداد 21989 پست سازمانی، کاهش شاخص‌های مرگ و میر و ... اشاره کرد.

### تربیت گروه پزشکی مورد نیاز

آموزش پزشکی در سال‌های پس از انقلاب اسلامی در روند تکاملی خود دگرگونی‌های فراوانی پیدا کرد. موضوع مهمی که در سال‌های 59 و 60 به عنوان اولویت خاص مطرح شد، کمبود شدید نیروی انسانی پزشکی در اکثر نقاط کشور بود، به گونه‌ای که در بعضی از نقاط کشور برای هر 18 هزار نفر یک پزشک وجود داشت و این موضوع باعث جذب هزاران پزشک خارجی شده بود. علاوه بر این تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستان‌های تخصصی وابسته به

دانشگاه‌ها انجام می‌شد و با وزارت بهداشتی و کل جامعه ارتباطی نداشت و این امر سبب شده بود که

### ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات

#### بهداشتی - درمانی

الگوی ایجاد شبکه بهداشتی - درمانی و ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یک طرح جامع و کارشناسی ارائه شده است. این الگو بعد از انقلاب با توجه به فراهم بودن زمینه اجرایی از نظر برقراری عدالت اجتماعی به منظور فراهم کردن دسترسی مردم به خدمات بهداشتی - درمانی و توسعه شبکه بهداشتی - درمانی کشور، در سال 1363 در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. به منظور نزدیکی عرصه آکادمیک و خدمات، بهره‌گیری از امکانات و منابع این دو در جهت افزایش پذیرش دانشجو به منظور تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، بهره‌گیری از توان علمی و تخصصی دانشکده‌های گروه پزشکی و استفاده از امکانات فیزیکی و توان‌بخشی بهداشت و درمان کشور برای تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، کمک به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سطح سلامت جامعه، دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال 1364 در کشور تشکیل شد. در نتیجه این ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی از تجربیات ارزنده فنی، سازمان‌های بین‌المللی مانند (WHO, UNICEF, UNFPA) بهره‌مند شدند. این روند از سال 1364 سیر تکاملی خود را به لحاظ توسعه شبکه آموزش و تحقیقات و نزدیکی دو عرصه علم و عمل طی کرد.

به طوری که پروفیسور والتون رئیس سابق فدراسیون جهانی آموزش پزشکی در بازدیدی که در سال 1372 از ایران داشت، الگوی ایران که در آن سیاست ادغام کامل عرصه آکادمیک و خدمات به تصویب و اجر درآمده است را الگوی آموزش پزشکی قرن 21 می‌نامد و می‌نویسد: «دنیا علاقه‌مندانه به ادغام بی- نظیر آموزش پزشکی و نظام سلامت در ایران چشم دوخته است». این موضوع به کرات از طرف بسیاری





است و در حال حاضر به طور متوسط سالانه 29 هزار دانشجو در این سه رشته در حال تحصیل هستند. در زمینه تربیت نیروی متخصص پزشکی، رشته‌های تخصصی گسترش یافت و پذیرش دانشجو در این مقاطع افزایش داده شد. هم‌اکنون سالیانه 1780 دستیار تخصصی بالینی، 400 دانشجوی فوق تخصص و فلوشیپ، 320 دانشجوی PhD و 820 دانشجوی کارشناسی‌ارشد در زمینه‌های مختلف پزشکی تربیت می‌شوند. در راستای توجه به تحصیلات تکمیلی هم-اکنون شاخص دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان کشور به 6/5 درصد رسیده است.

پذیرش دانشجو در ایران همه ساله از طریق برگزاری آزمون سراسری صورت می‌گیرد. در سال 1383 از مجموع 1437000 نفر شرکت‌کننده در این آزمون، 564000 نفر (39%) به دانشگاه‌ها راه یافتند که از این تعداد، 32 هزار نفر (6%) در رشته‌های گروه علوم پزشکی پذیرفته شده‌اند. در همین سال تعداد کل دانشجویان کشور به 2/118000 نفر و تعداد دانشجویان گروه پزشکی شاغل در دانشگاه‌های دولتی به 91000 نفر رسید، در حالی‌که در سال 1357 تعداد آنها 14 هزار نفر بود.

در دهه اول انقلاب اسلامی، نسبت دانشجو به جمعیت سنی 24-18 سال یعنی شاخص ثابت نام ناخالص آموزش عالی، عدد یک رقمی بود که در سال 1383 به 18/2% ارتقاء یافت و در پایان برنامه چهارم توسعه (1388) قرار است به 30% برسد. هم‌چنین در طی همین مدت، شاخص تعداد دانشجو در صدهزار نفر جمعیت از زیر 500 نفر به 3139 نفر ارتقاء یافته و شاخص نرخ پذیرش از داوطلبان آزمون سراسری دانشگاه‌ها نیز از 10% به 39% افزایش یافته است.

هم‌اکنون تعداد پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان کشور به ترتیب حدود 95.000، 19.000 و 13.000 نفر است که نسبت آنها به هزار نفر جمعیت به ترتیب برابر با 1/3، 0/26 و 0/18 است.

آموزش پزشکی فاقد جنبه‌های جامعه‌نگر باشد. با تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی در سال 1359، گروه پزشکی این ستاد، بازنگری برنامه‌های آموزش پزشکی را به عهده گرفت و پس از بررسی‌ها و پژوهش‌های فراوان، نهایتاً در سال 1364، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و متعاقب آن دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال 1365 ایجاد شد و به این ترتیب آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت و ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه در همه ابعاد مستحکم‌تر شد.



تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی و تعداد دانشکده‌ها به ویژه در مناطق محروم افزایش یافت و پذیرش دانشجو و اعضای هیئت علمی نیز از روند رو به رشدی برخوردار شد. تعداد دانشکده‌های گروه علوم پزشکی با رشد 10 برابر نسبت به سال 1357، هم-اکنون به 150 دانشکده رسیده است که 77 دانشکده پزشکی، دانشکده داروسازی و دانشکده دندانپزشکی جزئی از آن است. ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته پزشکی در طی سال‌های دهه 60 افزایش چشم‌گیر داشت و از سال‌های دهه 70 به بعد، با تعدیل نسبی سالیانه 4500-3500 دانشجو در مقطع دکترای حرفه‌ای (پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی) در دانشگاه‌های دولتی و غیر دولتی پذیرفته می‌شوند. دکترای حرفه‌ای در ایران به مدت 7 سال پیوسته

آمار پذیرفته شدگان / فارغ التحصیلان / کل  
دانشجویان و دانشجویان دکترا در سال تحصیلی  
1383-84

رسیده است. هم‌چنین به منظور شناسایی  
استعدادهای برتر دانشجویی، همه ساله دانشجویان  
نمونه کشوری انتخاب و معرفی می‌شوند.

### گسترش رشته‌های تخصصی پزشکی

تربیت نیروهای متخصص بالینی از دهه 30 در  
دانشکده پزشکی دانشگاه تهران آغاز شد و سپس  
در سایر دانشکده‌های پزشکی بزرگ گسترش  
یافت. تا سال 1364 (سال تأسیس وزارت  
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) گسترش  
رشته‌های تخصصی پزشکی محدود بود و در فاصله  
ده ساله 64 - 1354 با رشد 20 درصد، تعداد  
پذیرش سالانه دستیاران تخصصی بالینی به 510  
نفر رسید. در حالی‌که با گسترش رشته‌های  
تخصصی پزشکی هم‌اکنون سالانه 1780 نفر در  
رقابتی فشرده با حضور 14 هزار نفر پزشک  
عمومی، وارد رشته‌های تخصصی بالینی پزشکی  
می‌شوند. هم‌اکنون تعداد رشته‌های تخصصی  
بالینی به 28 رشته تخصصی می‌رسد.

از طرفی رشته‌های فلوشیپ تخصصی پزشکی و  
رشته‌های فوق تخصصی پزشکی از رشد چشم-  
گیری برخوردار بوده است. در حالی‌که در سال  
1357 در این مقطع هیچ رشته تحصیلی وجود

نداشت، هم‌اکنون تعداد رشته‌های فلوشیپ تخصصی  
پزشکی به 41 رشته و تعداد رشته‌های فوق تخصصی  
پزشکی به 22 رشته تحصیلی رسیده است.

هم‌چنین در سال 1357 فقط در یک رشته تحصیلی،  
دکترای تخصصی PhD دانشجو تربیت می‌شد که  
هم‌اکنون از سوی 12 دانشگاه علوم پزشکی، 35 رشته  
تخصصی PhD ارائه می‌شود و سالانه 320 نفر  
دانشجو از طریق آزمون ویژه وارد دوره‌های تخصصی  
PhD پزشکی می‌شوند. تعداد رشته‌های تخصصی  
دندان پزشکی نیز به 12 رشته افزایش یافته است.

گروه تحصیلی	دولتی / غیردولتی	پذیرفته‌شدگان	فارغ التحصیلان	کل دانشجویان	دانشجویان دکتری حرفه‌ای	دانشجویان دکتری تخصصی
گروه علوم پزشکی	دولتی	23/000	24/000	91/000	22/000	8/000
	غیردولتی	9/000	7/000	41/500	7/000	800
	جمع	32/000	31/000	132/500	29/000	8/800
تمام گروه‌های تحصیلی	دولتی	253/000	141/500	975/500	30/000	14/000
	غیردولتی	311/000	221/400	1/142/500	11/000	3/000
	جمع	564/000	362/900	2/118/000	41/000	17/000

### توجه به مسایل رفاهی و فرهنگی دانشجویان

در کنار تربیت دانشجو، همواره به مسایل رفاهی و  
فرهنگی دانشجویان نیز توجه لازم شده است. اعطای  
وام‌های دانشجویی، توسعه خوابگاه‌های دانشجویی،  
ایجاد مراکز مشاوره دانشجویی، برگزاری المپیادهای  
علمی، فرهنگی و ورزشی از جمله این فعالیت‌هاست.  
تا ابتدای سال 87، تعداد تشکلهای دانشجویی به  
173 تشکل و نشریات دانشجویی به 670 نشریه



مجلس شورای اسلامی و آئین‌نامه‌های تدوین شده صورت می‌گیرد.

با اعزام سالانه 40-60 نفر دانشجوی بورسیه دوره‌های بلند مدت، جمعاً از سال 1369 تاکنون 2007 دانشجوی در مقاطع مختلف تحصیلی برای ادامه تحصیل به خارج از کشور اعزام شده اند که 227 نفر در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی و 1260 نفر در مقطع PhD بوده است. در طی سال‌های اخیر با توجه به گسترش دوره‌های دکترای تخصصی در داخل کشور، اعزام دانشجوی در دوره‌های بلند مدت کاهش یافته و بر اعزام دانشجویان دوره‌های تخصصی و اعضای هیئت علمی برای دوره‌های کوتاه مدت تأکید شده است.

هم‌اکنون دانشجویان شاغل به تحصیل در دوره‌های دکترای تخصصی PhD و رتبه‌های برتر فوق تخصصی داخل، برای یک دوره 6 ماهه تکمیلی به خارج از کشور اعزام می‌شوند و از طرفی استفاده از بورس تحصیلی برای دانشجویان داخل کشور نیز از روند صعودی برخوردار شده است. اعزام دانشجو به خارج از کشور هم‌اکنون از طریق برگزاری آزمون علمی صورت می‌گیرد و دانشجویان پذیرفته‌شده به مدت 4 سال از تسهیلات رایگان برخوردار می‌شوند. این دانشجویان فقط مجاز به ادامه تحصیل در دانشگاه‌های مورد تأیید ایران هستند.

تأیید دانشگاه‌های خارجی بر اساس رعایت استانداردهای آموزشی، بازدیدها و ارزشیابی‌های مکرر صورت می‌گیرد. دانشگاه‌های مورد تأیید ایران در زمینه علوم پزشکی به بیش از 300 دانشگاه در 30 کشور جهان می‌رسد و اکثریت دانشجویان ایرانی به کشورهای انگلیس (810 نفر)، کانادا (340 نفر) و استرالیا (221 نفر) اعزام شده‌اند.

از طرفی در راستای تبادلات علمی - فرهنگی همه ساله دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پذیرای تعدادی دانشجوی غیرایرانی نیز هستند، به‌طوری که هم‌اکنون

همچنین رشته‌های تحصیلی کارشناسی ارشد پزشکی نیز به 42 رشته در 28 مرکز دانشگاهی افزایش یافته و سالانه 820 نفر از میان 38000 نفر متقاضی پذیرفته می‌شوند.

مدت تحصیل در تمام رشته‌های تخصصی بالینی و PhD چهار سال و در رشته‌های فلوشیپ تخصصی پزشکی یک سال است. ادامه تحصیل در تمام رشته‌های تخصصی بالینی، PhD، فلوشیپ، فوق-تخصص و کارشناسی ارشد از طریق برگزاری آزمون-های اختصاصی صورت می‌گیرد و نه تنها هیچ هزینه‌ای از پذیرفته‌شدگان دریافت نمی‌شود، بلکه پذیرفته‌شدگان رشته‌های تخصصی بالینی پزشکی و دندان پزشکی از حقوق ثابتی نیز برخوردار می‌شوند. لازم به ذکر است ایجاد رشته‌های تخصصی پزشکی و PhD با پیشنهاد دانشگاه‌های علوم پزشکی و تصویب شورای عالی برنامه‌ریزی با در نظر گرفتن ضوابط و استانداردهای موجود صورت می‌گیرد.



### تبادل و اعزام دانشجو به خارج از کشور

سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره بر راه‌اندازی و تقویت دوره‌های تخصصی مورد نیاز در داخل کشور است. در عین حال برای تربیت برخی گروه‌های پزشکی مورد نیاز، نسبت به اعزام دانشجو به خارج از کشور اقدام شده است. اعزام دانشجو به خارج از کشور بر اساس مصوبه سال 1364

کیفیت آموزش پزشکی در نظر گرفته شد. در قانون برنامه سوم توسعه، مشخصاً در 11 بند بر ارتقای کیفیت آموزش تأکید و راه کارهای اجرایی پیشنهاد شده است.

به همین منظور تغییراتی در ساختار سازمانی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجاد شد و علاوه بر تأسیس مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC) در سال 1376 و تأسیس مراکز مهارت‌های بالینی (Skill Lab) در اکثر دانشگاه‌ها، نسبت به تشکیل دبیرخانه شورای پزشکی عمومی، دبیرخانه و شورای عالی قطب‌های علمی علوم پزشکی، تشکیل واحد مطالعات نیروی انسانی گروه پزشکی، تشکیل کمیته‌های تدوین و ارزشیابی برنامه‌های دستیاری، ایجاد ستاد رفاهی اعضای هیئت علمی و ... اقدام شده است.

از طرفی در طی چند سال اخیر به منظور بهبود کیفی آموزش پزشکی، برنامه‌هایی هم‌چون تعدیل ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، توسعه آموزش‌های تکمیلی و PhD و فراهم کردن فرصت‌های مطالعاتی برای اعضای هیئت علمی، بازنگری برنامه‌های درسی و استفاده از روش‌های جدید آموزشی، بازنگری در آئین‌نامه‌های آموزشی، اصلاح ساختار طراحی سوالات و برگزاری آزمون‌ها و فعال کردن انجمن‌های علمی تخصصی پزشکی و ... اجرا شده است.

تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها نیز با رشد 440% نسبت به سال 1357، به 13108 نفر رسیده و شاخص نسبت دانشجو به عضو هیئت علمی در سال 1384 به 10 رسیده است و این در حالی است که این شاخص در اواخر دهه 60، 17 بوده است. هم‌چنین با برگزاری سالانه 200-250 سمینار و کنگره پزشکی، کارگاه‌های روش آموزش و روش تحقیق، افزایش مجلات علمی پزشکی و افزایش 300% در حقوق و مزایای اعضای هیئت علمی به توسعه علمی

بیش از 2200 دانشجوی غیرایرانی از 44 کشور جهان مشغول به تحصیل در 15 دانشگاه علوم پزشکی بوده، در حالی که در سال 1376 این رقم تنها 400 نفر بود. تعداد 589 نفر از این دانشجویان دارای بورسیه تحصیلی هستند. در حالی که این رقم قبل از انقلاب 50 نفر بود. بودجه مصوب برای دانشجویان غیرایرانی به بیش از 35 برابر نسبت به سال 68 رسیده است و در طی چهار سال اخیر بیش از 13 میلیارد ریال بوده است.

تدوین طرح شیوه‌های پذیرش دانشجویان خارجی، پرداخت هزینه کلاس‌های زبان و اعطای تسهیلات ویژه برای کمک به دانشجویان خارجی از جمله سایر اقدامات مربوط به این بخش است.

لازم به ذکر است بر اساس مفاد قانون برنامه سوم و چهارم توسعه کشور، به دانشگاه‌ها تا سقف حداکثر 20 درصد آخرین ظرفیت پذیرش دانشجو، مجوز پذیرش دانشجوی خارجی به صورت غیر بورسیه و با هزینه شخصی تفویض شده است. سالانه بیش از 1200 پرونده مدارک تحصیلی دانش‌آموختگان خارج از کشور در رشته‌های علوم پزشکی ارزشیابی می‌شود. دانشجویان بورسیه اعزام به خارج، متعهد به بازگشت به کشور پس از پایان دوره تحصیلی خود هستند و خوشبختانه اکثر دانشجویان اعزامی پس از فراغت از تحصیل برای خدمت به کشور باز می‌گردند. در عین حال در طی سال‌های 84 تا 87، بیش از 58 میلیارد ریال از محل تعهدات دانشجویان بورسیه مستنکف از انجام تعهد به حساب خزانه دولت واریز شده است.

### ارتقای کیفیت آموزش پزشکی

پس از برنامه‌ریزی مناسب برای رفع نیاز نیروی انسانی پزشکی، ضرورت اطمینان از کیفیت آموزش و نحوه ارزیابی آن احساس شد و دهه 70 برای ارتقای



از سال 84 تاکنون 19 موسسه صندوق رفاه اعضای هیأت علمی در 19 دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور تأسیس شده است.



### آموزش مداوم جامعه پزشکی

نظر به اهمیت و لزوم توجه به آموزش پزشکی به صورت یک طرح سامان داده شده و همگانی، طرح بازآموزی جامعه پزشکی در سال 1368 به مجلس شورای اسلامی ارائه شد و پس از طی مراحل خاص و اصلاحات لازم در مهر ماه 1369 با پنج سال اجرای آزمایشی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. با پایان یافتن دوره پنج ساله اول بازآموزی جامعه پزشکی کشور و اتمام مدت قانون یاد شده، در آبان ماه 1374 بازنگری و اصلاح قانون و آئین‌نامه در جلسات پیاپی انجام و پیش‌نویس قانون تهیه شد و در اردیبهشت ماه 1375 با قید دو فوریت به تصویب نهایی رسید. در مدت پنج ساله اول (74-70) در حالی که کیفیت برنامه هم مد نظر بود، به همه سازمان‌ها، مراکز و دانشگاه‌ها اجازه برگزاری برنامه‌ها داده شد تا تعداد برنامه و پوشش تمام امتیازات مشمولان قانون به حد مطلوب رسیده و با برگزاری برنامه‌ها آشنا شوند و در مجموع در این مدت 2140 برنامه اجرا شد. طی پنج سال اول 898 برنامه بازآموزی برای پزشکان عمومی، 224 برنامه برای

اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها کمک شده است. در مقایسه ده ساله 73-63، تعداد تخت بیمارستانی آموزشی با 6 برابر افزایش به 68000 تخت رسید و نسبت تخت آموزشی به دانشجو از کمتر از 1 به 2 افزایش یافت. در سال 1380 تخت‌های بیمارستانی آموزشی به 75 هزار تخت افزایش یافت و پس از آن نیز از رشد مثبتی برخوردار بوده است.

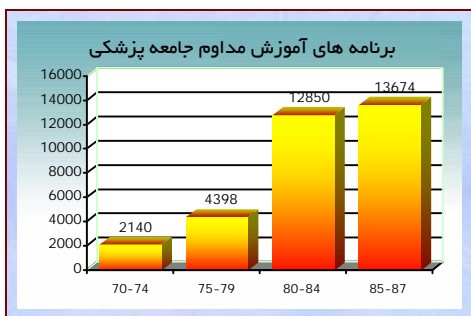
علاوه بر این در طی چند سال اخیر طرح‌های بسیار مؤثری در زمینه ارتقای کیفیت آموزش پزشکی اجرا شده است که از جمله آن می‌توان به طرح توسعه کیفی آموزش پزشکی کشور، طرح جامع حضور مؤثر اعضای هیئت علمی در دانشگاه‌ها، طرح سطح‌بندی خدمات آموزش پزشکی که نتایج آن در 10 جلد کتاب منتشر شده است، طرح اعتباربخشی و استانداردسازی برنامه‌های آموزش تخصصی، طرح تعیین قطب‌های علمی علوم پزشکی کشور، طرح ارزیابی درون دانشگاهی و طرح ایجاد شبکه آموزش از راه دور رایانه‌ای پزشکی (DLN) برای اعضای هیئت علمی اشاره کرد.

در راستای اثبات جدیت در ارتقای کیفیت آموزش پزشکی، همین بس که در کنفرانس‌های چهار سالانه فدراسیون جهانی آموزش پزشکی دانمارک از 174 مقاله شفاهی و پوستر از 74 کشور، 37 مورد آن (21%) از ایران بود و رئیس فدراسیون این را نشان از فعالیت‌های پویای ایران تلقی کرد و اظهار امیدواری کرد که از سیستم آموزشی ایران دیدن کند. در طی سال‌های اخیر، سیاست تمرکززدایی و تفویض اختیار به دانشگاه‌های علوم پزشکی، به رسمیت شناختن استقلال دانشگاه‌ها، افزایش اختیارات برنامه‌ریزی درسی و تصویب هیئت‌های امانت دانشگاه‌ها نیز مورد توجه قرار گرفته که در بهبود کیفیت آموزش پزشکی تأثیر گذار بوده است.





کیفیت آموزش پزشکی کشور ایفا کرده است. در حال حاضر تمام پزشکان و متخصصان برای اشتغال در حرفه پزشکی و تمدید پروانه مطب خود نیاز به کسب حداقل 125 امتیاز در 5 سال (25 امتیاز در سال) دارند.



### گسترش تحقیقات پزشکی

گرچه تا چهار دهه قبل، برخی مؤسسات و محققان توانستند سبب ارتقای کمتی و کیفی پژوهش‌های پزشکی شوند، اما پژوهش در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی نهادینه نشده بود و بیشتر فعالیت‌های تحقیقاتی وابسته به فرد بود.

با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ایجاد پست معاونت پژوهشی زمینه مناسبی برای فعالیت‌های تحقیقات سلامت (Health System Research) فراهم شد و تلاش‌های گسترده‌ای در این خصوص در سطح کشور و به ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی به عمل آمد. افزایش سهم بودجه تحقیقات در برنامه توسعه اول از 0/1 به 0/4 درصد و در برنامه دوم توسعه تا 2 درصد، تشکیل شورای پژوهش‌های علمی کشور، ایجاد دفتر ارتباط تحقیقات پزشکی با صنعت، ایجاد و تقویت کمیته‌های دانشجویی، گسترش فرهنگ تحقیق و فراهم کردن تسهیلات برای نخبگان و پژوهش‌گران از جمله این تلاش‌هاست.

دندان‌پزشکان و 205 برنامه برای داروسازان اجرا شد و مجموعاً 43 هزار نفر در این برنامه شرکت کردند. در پنج سال دوم آموزش مداوم، تقویت سیستم ارزشیابی مورد تأکید قرار گرفت و با تجدید نظر در برنامه اول، برای تأمین کیفیت برنامه‌های آموزشی مداوم اقدام شد. از دستاوردهای پنج ساله دوم این طرح (75-79) می‌توان به برگزاری 4398 برنامه آموزشی مداوم اشاره کرد. همچنین در پنج ساله سوم برنامه (80-84) بیش از 12 هزار برنامه آموزش مداوم در قالب برگزاری سمینار، برنامه مدون، کنفرانس علمی، کارگاه و خودآموزی برگزار شده است و این درحالی‌است که تعداد برنامه‌ها در سه سال اخیر (85-87)، نیز 13,674 برنامه بوده است. گسترش و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی و ترغیب دانشگاه‌ها به فعالیت‌های پژوهشی و تصویب طرح ملی ارزشیابی برنامه آموزش مداوم و واگذاری اختیار صدور مجوز برنامه‌ها به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی از فعالیت‌های چند سال اخیر در این خصوص است. علاوه بر این، دستورالعمل اجرایی آیین‌نامه تأسیس و برگزاری دوره‌های آموزش مداوم در سال 1386 تصویب و برنامه‌های یاد شده از سال 87 توسط مراکز مجاز برگزار می‌شود.



آنچه مسلم است قانون بازآموزی و نوآموزی گروه پزشکی کشور و برنامه‌های آموزشی مداوم که یکی از موفقیت‌ها و افتخارات جمهوری اسلامی ایران بوده و مورد تأیید و قدردانی سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است، نقش مهم و به سزایی را در ارتقای



تحقیقات نیز میزبانی برگزاری دوره‌های فرصت مطالعاتی برای اعضای هیئت علمی دانشگاه را در داخل کشور به عهده دارند. تعداد و کیفیت مقالات علمی پزشکی از شاخص‌های مهم ارزیابی پژوهش است که در فواصل سه دوره پنج ساله پس از انقلاب، به ترتیب 9، 28 و 63 درصد از کل مقالات پانزده سال را تشکیل داده است. از طرفی تعداد نشریات علوم پزشکی نیز افزایش چشم‌گیر داشته است و هم‌اکنون به 142 عنوان رسیده است. تعداد مقالات علمی محققین علوم پزشکی کشور در ژورنال‌های معتبر بین‌المللی نیز در شش سال اخیر 10 برابر شده و به 7347 مقاله رسیده است.

افزایش سرانه ارز خرید کتاب و مجلات برای اعضای هیئت علمی، افزایش ارز نمایشگاه‌های نظام تخصصی و تأمین اطلاعات علمی، راه اندازی نظام نوین آماری، برگزاری جشنواره‌های تحقیقاتی علوم پزشکی در کشور از جمله سایر فعالیت‌های بخش تحقیقات پزشکی است.

لازم به ذکر است علاوه بر دانشگاه‌های علوم پزشکی، انستیتو پاستور ایران و پژوهشکده‌های وابسته به جهاد دانشگاهی نیز در زمینه تحقیقات پزشکی فعالیت دارند که «تولید انواع واکسن و فرآورده‌های نو ترکیب»، «تولید رده سلول‌های بنیادی» و انجام طرح‌های تحقیقاتی دیگر از دستاوردهای فعالیت آنهاست. هم‌چنین در حوزه‌های سلامت و توسعه مدیریت و منابع، دبیرخانه کاربردی تأسیس شده که در زمینه‌های مرتبط، پژوهش‌های کاربردی انجام می‌دهند.



تنها در طی چهار سال اخیر 275 کارگاه آموزشی با حضور 8800 نفر از پژوهش‌گران علوم پزشکی در زمینه‌های مختلف روش تحقیق برگزار شده است. در سال 1370 با تصویب شورای پژوهش‌های علمی، اساسنامه تأسیس مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده‌های کشور تدوین و مراکز تحقیقاتی در زمینه پزشکی راه‌اندازی و گسترش یافت. به‌طوری که هم‌اکنون بیش از 203 مرکز تحقیقاتی مصوب در این زمینه فعالیت دارند و این درحالی است که در سال 1373 فقط 4 مرکز تحقیقاتی مصوب فعالیت داشت. هم‌چنین 11 شبکه تحقیقاتی پزشکی از قبیل شبکه پزشکی مولکولی کشور، شبکه بیوتکنولوژی پزشکی، شبکه آزمایشگاهی نانو، شبکه تحقیقات سرطان، شبکه تحقیقات علوم اعصاب، شبکه تحقیقات طب سنتی و ... که در هر کدام از شبکه‌های مذکور چندین مرکز تحقیقاتی عضو فعال می‌باشند، نیز تأسیس شده است. علاوه بر این، پایگاه‌های تحقیقات بالینی نیز در کشور از سال 1381 شروع به کار کرد و هم‌اکنون 30 پایگاه تحقیقات بالینی در کشور وجود دارد. از طرفی پایگاه‌های تحقیقات جمعیتی نیز توسعه داده شد و نسبت به ایجاد 7 مرکز رشد در زمینه فرآورده‌های دارویی و بیوتکنولوژی و مهندسی ژنتیک و لوازم و تجهیزات پزشکی برای تحقیقات پزشکی اقدام شد.

در طی سال‌های اخیر، سالانه 4500 الی 6000 دکترای حرفه‌ای، 700 الی 1800 دکترای تخصصی و فوق تخصصی و 300-750 کارشناس ارشد و PhD از دانشگاه‌های علوم پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند، اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی نسبت به سال 1357، 4/4 برابر شده و اکنون به 13108 نفر رسیده و این روند باعث افزایش نیروی پژوهش‌گر شده است.

فرصت‌های مطالعاتی زیادی برای پژوهش‌گران و اعضای هیئت علمی فراهم شده است و 9 مرکز

## فناوری اطلاعات در پزشکی

استاندارد هستند. علاوه بر این وبسایت‌های اطلاع‌رسانی سلامت ایران، سلامت جوانان، بانک اطلاعات غذا و دارو، بانک اطلاعات تجهیزات پزشکی و ... راه‌اندازی شده است. وبسایت HBI هم‌اکنون نزدیک 5000 صفحه دارد و تعداد کتاب‌های این وبسایت به 270 کتاب می‌رسد. علاوه بر این نسبت به طراحی نرم‌افزارهای کاربردی فراوان در زمینه پزشکی و سلامت و استقرار سیستم‌های اتوماسیون اداری و نصب شبکه فیبر نوری بیمارستان‌های پایلوت، اقدام شده است.

ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، شناسنامه سلامت دانش‌آموزان، ثبت بیماران جراحی قلب، نارسایی مزمن کلیه و بیماران خاص، راه‌اندازی پورتال ملی سلامت و سیستم‌های تبادل اطلاعات بیمارستانی، راه‌اندازی سیستم‌های متعدد تلفن گویا و پست صوتی، طراحی و نصب شبکه LAN و WAN در ستاد مرکزی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و افزایش پهنای باند از جمله سایر اقدامات در این زمینه است. راه‌اندازی پورتال وزارتخانه، استقرار نظام اتوماسیون اداری و توسعه نظام مدیریت اطلاعات بخش بهداشت و درمان کشور (MIS) از جمله سایر فعالیت‌ها است. لازم به ذکر است از سال 1387، مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارتخانه مستقیماً زیر نظر وزیر قرار گرفته و فعالیت‌های این حوزه چشم‌گیرتر شده است.



از آنجائیکه استفاده مطلوب از اطلاعات از پایه‌های مهم علمی و توسعه جامعه محسوب می‌شود، ایجاد و توسعه نظام اطلاعاتی مناسب به منظور اعتلای نظام بهداشت و درمان و ارتقای سطح سلامت جامعه مورد توجه قرار گرفته است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور فراهم کردن دسترسی مخاطبان به منابع اطلاعاتی فعالیت‌های نسبتاً وسیعی را در زمینه حمایت از آموزش و اطلاع‌رسانی، تحقیقات و پژوهش، تقویت کتابخانه‌ها، فراهم‌آوری امکان دسترسی به پایگاه عرصه اطلاعات پزشکی و ... رایج داده است.

تاکنون 62 پایگاه عرصه اطلاعات پزشکی در کشور راه‌اندازی شده است. طرح راه‌اندازی «کتابخانه ملی الکترونیک» و امکان سرویس‌های مختلف نظیر Document Delivery و Resource Sharing Service در چند دانشگاه در حال انجام است و در 23 دانشگاه امکان دستیابی به اطلاعات از طریق وب مهیا و 3 دانشگاه اقدام به برقراری سرویس انتقال مستندات کرده‌اند. چپش کتابخانه‌ها بر اساس استانداردها، تغییر داده شده است و کتابخانه الکترونیک سلامت نیز در حال شکل‌گیری است.

علاوه بر این نسبت به ایجاد بانک‌های اطلاعاتی علوم پزشکی کشور اقدام شده است. در حال حاضر این مجموعه دارای 10 پایگاه اصلی و 4 پایگاه فرعی است. پایگاه نشریات خارجی پزشکی بیش از 24 هزار رکورد، پایگاه کتب پزشکی خارجی و فارسی 9200 رکورد، پایگاه پایان‌نامه‌ها 4000 رکورد، پایگاه دیسک‌های نوری 3600 رکورد، پایگاه محققین علوم پزشکی 11000 رکورد و پایگاه کتابخانه‌ها 430 رکورد دارد.

تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی، حوزه‌های مختلف وزارت متبوع و مراکز وابسته دارای وبسایت‌های

### • تولید رده سلول‌های بنیادی

پژوهشکده رویان به دنبال فعالیت‌های پژوهشی در زمینه علوم سلولی، در سال 1377 از سوی شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی تأیید و مجوز آن اخذ شد. این مرکز با داشتن 10 عضو هیأت علمی و 13 کارشناس، مطالعات خود را در 3 محور جنین‌شناسی، ژنتیک و سلول‌های بنیادی متمرکز کرد. تاکنون حاصل این مطالعات چاپ 29 مقاله بین‌المللی، 104 مقاله داخلی در مجلات علمی-پژوهشی و ارایه 200 مقاله در کنفرانس‌های داخلی و خارجی، انجام 108 طرح پژوهشی در زمینه‌های پایه و بالینی، انجام بیش از 60 پایان‌نامه دوره کارشناسی-ارشد و رساله دوره دکتری، انتشار مجله علمی-پژوهشی یاخته به صورت فارسی و انگلیسی، تألیف و ترجمه هفت عنوان کتاب بوده است.

گروه سلول‌های بنیادی پژوهشکده رویان پس از یک دهه فعالیت در زمینه علوم سلولی در سال 81-1380 با تلاش پژوهش‌گران متخصص و کارآمد با هدف استقرار رده‌های سلول‌های بنیادی جنینی و تمایز آن‌ها به انواع سلول‌ها، شامل سلول‌های عضله قلبی، سلول‌های بتای انسولین‌ساز و سلول‌های عصبی تأسیس شد؛ این مرکز گروه‌های عمده تحقیقاتی هم-چون گروه‌های بیولوژی سلول‌های بنیادی بالغ و جنینی، سلول‌های عصبی، سلول‌های بتا، سلول‌های زایا، سلول‌های قلب، سلول‌های کبد، و فاکتورهای فیزیوشیمیایی را شامل می‌شود که همه تلاش‌های آن‌ها قرار دادن ایران به عنوان پیش‌گام تحقیقات سلول‌های بنیادی در منطقه و پیشرفت شانه به شانه با کشورهای پیشرفته دنیا است.

تولید رده‌های سلول‌های بنیادی جنینی انسانی و موشی و کاربردی کردن سلول‌های بنیادی و پیوند آنها به قلب، چشم، کبد و تأسیس بانک خون بندناف، راه‌اندازی تولید جنین همانندسازی شده گوسفند و گاو و انتقال آن به رحم از اهم فعالیت‌های پژوهشکده

رویان است. در مجموع فعالیت‌های پژوهشکده در دو بخش پایه و بالینی ارایه می‌شود. که اکنون بعد از سال‌ها تلاش و تحقیق، این فعالیت‌ها وارد عرصه‌ای شده است که یافته‌های علمی و پایه را در مطالعات بالینی برای درمان بیماران به کار گیرد. در همین راستا اولین مطالعه بالینی گروه سلول‌های بنیادی پژوهشکده رویان در سال 1384 با پیوند سلول‌های بنیادی مغز استخوان به 18 بیمار مبتلا به سکتة حاد قلبی کاندید جراحی عروق قلبی، با هم‌کاری مرکز قلب تهران آغاز و بعد از 24 ماه تلاش به پایان رسیده و نتایج آن نیز در مجلات معتبر دنیا عرضه شده است. انجام پروژه دیگری بر روی بیماران مبتلا به سیروز کبدی با استفاده از سلول‌های واجد CD34 نیز وضعیت مشابهی دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که علاوه بر ایمن‌بودن و اثربخشی استفاده از این روش‌ها در درمان بیماران، کشور و از جمله پژوهشکده رویان دارای پتانسیل اجرای طرح‌های بالینی در زمینه سلول‌های درمانی است. هم‌اکنون بیش از 7 مطالعه بالینی برای بررسی اثربخشی استفاده از سلول‌های بنیادی در درمان بیماری‌هایی هم‌چون بیماری‌های قلبی، ایسکیمی عروق محیطی، کبد، کلیه و چشم در پژوهشکده رویان با هم‌کاری مراکز پژوهشی مختلف در حال اجرا است.

هم‌چنین بانک خون بند ناف، با دو کاربری عمومی و خصوصی تأسیس شده است. در بانک خون بند ناف خصوصی، افراد داوطلب بعد از ثبت نام در بانک به هنگام زایمان کودک خویش، نمونه خون بند ناف را برای ذخیره‌سازی تحویل بانک می‌دهند که بعد از انجام آزمایشات اولیه و اثبات کارایی آن در بانک ذخیره می‌شود. در حال حاضر که 4 سال از تأسیس این بانک می‌گذرد بیش از 1700 نمونه در آن ذخیره شده است و هم‌اکنون حداقل در 4 مورد، خانواده‌ها برای استفاده از آن مراجعه کرده‌اند. این نمونه‌ها برای 15 سال آینده ذخیره می‌شوند.



در بانک بند ناف عمومی، هدف ذخیره‌سازی خون بند نافی است که معمولاً در بیمارستان‌ها دور ریخته می‌شود. این نمونه‌ها بعد از کسب رضایت از والدین کودک جمع‌آوری شده و استفاده آن‌ها عمومی خواهد بود. شبیه‌سازی درمانی برای پیوند بافت‌ها و اعضا، تأسیس بانک رده‌های سلول‌های بنیادی و ایجاد مرکز سلول درمانی از جمله سایر دستاوردهای حاصله در این زمینه است.



ویدایش اول

## منابع:

- 1- سلامت در جمهوری اسلامی ایران؛ دکتر علیرضا مرندی، دکتر فریدون عزیزی، دکتر باقر لاریجانی و دکتر حمیدرضا جمشیدبیگی
- 2- شاخص‌های سلامتی در جمهوری اسلامی ایران؛ دکتر محمد اسماعیل اکبری
- 3- سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران؛ دکتر عباس زارع‌نژاد و دکتر مجید اکبری
- 4- 24 طرح شاخص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دکتر مجید اکبری
- 5- گزارش ملی آموزش عالی ایران - 1383؛ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
- 6- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آینه قضاوت- ناشر؛ اداره کل روابط عمومی
- 7- گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی (79 - 1376)، ناشر؛ اداره کل روابط عمومی
- 8- چشم‌انداز 4 سال خدمت در یک نگاه، ناشر؛ اداره کل روابط عمومی
- 9- وضعیت اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران؛ دکتر مجید اکبری- دکتر عباس صداقت
- 10- خلاصه عملکرد معاونت آموزشی و امور دانشجویی (83 - 1380)
- 11- گزارش تحلیلی معاونت غذا و دارو 84 - 1376
- 12- گزارش‌های دفاتر و ادارات کل حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- 13- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- 14- قانون برنامه توسعه چهارم جمهوری اسلامی ایران
- 15- قانون برنامه توسعه سوم جمهوری اسلامی ایران
- 16- گزارش عملکرد اداره پیش‌گیری و درمان سوء مصرف مواد؛ دکتر محسن وزیریان



ویدایش اول

ویدایش اول

ویدئو ایست اول