

پزشک خانواده، تحقق عدالت در سلامت با رویکردی به آرای امام خمینی (س)

سید محمد موسوی بجنوردی^۱

محسن داورزنی^۲

چکیده: در این مقاله حق بر سلامتی به عنوان یکی از مهم‌ترین حقوق انسانی که عاملی برای توسعه یافتگی کشورها نیز به شمار می‌رود، مطرح شده است. حق بر سلامتی همانند سایر حقوق انسانی قابل مطالبه است و دولت‌ها موظف به محترم شمردن و حمایت از آن هستند. سازمان بهداشت جهانی با توصیه به ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده در کشورهای عضو، موضوع برابری در دسترسی به خدمات سلامت بدون هیچ نوع تبعیضی را مورد توجه قرار داده است. عدالت در سلامت و مفهوم توسعه بر مبنای آرای امام خمینی در زمینه اهمیت عدالت اجتماعی در اسلام و حمایت از محرومین و نیازمندان در جامعه اسلامی بررسی شده است. سیر تحول پزشک خانواده به عنوان مجری عدالت در سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نیز آمده است.

کلیدواژه‌ها: حق بر سلامتی، پزشک خانواده، توسعه، عدالت در سلامت، جامعه اسلامی

مقدمه

از آنجا که اساس کار حقوق بشر را کرامت انسانی تشکیل می‌دهد، اگر بخواهیم منشأ این اندیشه را در تاریخ جستجو کنیم باید به زمان شکل‌گیری اجتماعات انسانی مراجعه نماییم. نخستین اسناد

۱. استاد دانشگاه خوارزمی و مدیر گروه‌های دین و فلسفه، حقوق و علوم سیاسی دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم)

E-mail: moosavi@ri-khoomeini.com

E-mail: davari1730@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری فقه و حقوق خصوصی دانشگاه خوارزمی تهران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۵

پژوهشنامه متین/سال هفدهم/شماره شصت و شش/بهار ۱۳۹۴/صص ۵۱ - ۲۷

مکتوب که به حقوق انسان‌ها پرداخته‌اند شامل قوانین حمورابی، منشور کورش کبیر، اندیشه‌های سقراط و افلاطون است (هاشمی ۱۳۸۸: ۱۸۰).

پس از آن ادیان الهی، یهود، مسیحیت و سرانجام اسلام به بیان حقوق انسان‌ها و کرامت والا و ممتاز آدمی، برابری، برادری، نوع دوستی و عدالت پرداخته‌اند (ولقد کرنا آدم...).

بررسی تاریخی نشان می‌دهد که اصطلاح حقوق بشر برای نخستین بار توسط مجلس مؤسسان فرانسه پس از وقوع انقلاب کبیر فرانسه (۱۷۸۹) مطرح گردید. سال‌ها پس از جنگ دوم جهانی، عملکرد رژیم نازی در خلال جنگ و تجربه‌های تلخ ناشی از این جنگ ویرانگر اندیشه‌های چاره‌جویی و جلوگیری از این خشونت‌ها در آینده را به ارمغان آورد به طوری که در منشور آتلانتیک و اعلامیه‌های متفقین بر لزوم رهایی انسان از فقر و ترس و حمایت از زندگی، حفظ حقوق انسانی و عدالت و برابری تأکید شد. به تدریج زمینه شکل‌گیری سازمان ملل متحد فراهم شد. در سال ۱۹۴۵ در ماده ۵۶ منشور ملل متحد^۱ احترام به رعایت جهانی حقوق بشر و آزادی انسان‌ها بدون توجه به نژاد، جنس، زبان و مذهب الزامی شناخته شد (هاشمی ۱۳۸۸: ۱۸۰) در همان سال با تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی نیز تأسیس شد (رحیمی ۱۳۸۹: ۵۳). سرانجام در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر با مقدمه و ۳۰ ماده انتشار یافت (هاشمی ۱۳۸۸: ۱۸۲-۱۸۰). اعلامیه حقوق بشر پس از انتشار با مخالفت برخی از صاحب نظران وقت از جمله کارل مارکس^۲، جرمی بنتهام^۳ و ادموند برک^۴ رو به رو شد (والتر ۱۳۸۴: ۱۶۶).

از نگاه منتقدان، این اعلامیه دستاویزی است در جهت اجرای مقاصد غرب. غرب هرگاه آن را با مصلحت خویش سازگار می‌بیند بدترین و رسواترین تخلفات حقوق بشری را در کشورهای زیر نفوذ خود نادیده می‌گیرد و برعکس در کشورهایی که نشانی از مقاومت در برابر فشارهای سیاسی و اقتصادی غرب می‌یابد از گاهی کوه می‌سازد و از مسئله حقوق بشر استفاده می‌کند (موحد ۱۳۸۱: ۲۱).

امام خمینی نیز در سخنان خود محتوای حقوق بشر را مورد حمایت قرار داده اما با تأیید آن توسط دولت‌هایی که آن را امضاء کرده‌اند مخالف بودند:

1. United Nation Charter
2. Karl Marx(1818-1883)
3. Jeremy Bentham(1748-1832)
4. Edmond Burke(1739-1797)

از اول مسلمین بلکه همه بشر، از اول گرفتار اینهایی بوده‌اند که امضا کردند و تصویب کردند این اعلامیه حقوق بشر را... همین آمریکایی که اعلامیه حقوق بشر را - به اصطلاح - امضا کرده است، شما ببینید چه جنایاتی بر این بشر واقع کرده است... نه اینکه یک واقعیتی دارد. یک چیز خیلی خوش نمای با زرق و برقی را می‌نویسند، سی ماده می‌نویسند که همه‌اش موادی است که خوب به نفع بشر است، و یکی‌اش را هم عمل نمی‌کنند! در مقام عمل، یکی‌اش عمل نمی‌شود (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۳: ۳۳۲).

موضوع حق بر سلامتی^۱ بخشی از ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، مصوب ۱۹۴۸، است. به موجب آن هر کس حق دارد که سطح زندگی و سلامتی و خانواده‌اش را از حیث خوراک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، معلولیت، بیوگی، پیری یا تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان وسایل امرار معاش از دست رفته باشد از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. همچنین، مادران و کودکان استحقاق مراقبت و مساعدت ویژه دارند. همه کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند حق دارند که از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند (اعلامیه حقوق بشر ۱۳۸۶: ۱۰).

حق بر سلامتی مانند سایر حقوق انسانی که در این اعلامیه ذکر شده جزو تعهداتی است که دولت‌های جهان آن را پذیرفته و در جهت ارائه آن تلاش می‌کنند. حق بر سلامتی مانند حقوق دیگر انسانی اگر بخواهد یک قاعده حقوقی باشد باید به طور دقیق تعریف شود تا مشخص گردد که چه استحقاق‌های قابل مطالبه‌ای را در بر می‌گیرد و چگونه می‌توان عدم اجرای آن را پیگیری کرد (حبیبی مجنده ۱۳۸۸: ۱۳).

به عبارت بهتر پیش از هر چیز باید تکلیف استحقاق فرد و جامعه تعیین شود. به خصوص در مورد عدالت در سلامت، عدالت برای استرداد حق مورد توجه قرار گرفته است. بر این اساس پذیرش سلامت به عنوان کالای عمومی^۲ حقی را برای مردم ایجاد می‌کند که صرف نظر از جنس، سن، قومیت و مذهب برای همگان قابل مطالبه خواهد بود. موضوع دیگر، مسئولیت به تکلیف

1. Right to Health
2. Public Goods

است. به این معنا که اگر حقی وجود دارد مسئول و پاسخگو نیز وجود داشته باشد و فراهم آوردن زمینه سلامت به عنوان اصلی ترین سرمایه انسانی تکلیف حاکمیت است (صفی خانی ۱۳۸۶: ۲۲۵).

تأمین خدمات بهداشتی برای عموم افراد یک جامعه، ایجاد جامعه سالم را نتیجه می دهد پیشرفت و توسعه در جامعه برخوردار از سلامتی امکانپذیر است جامعه سالم چگونه جامعه ای است؟ و معیارهای تشخیص آن چیست؟ و دولت چه نقشی در این راستا دارد؟ مدیریت سلامت جامعه چگونه برقرار می شود؟ و اصولاً مفهوم موضوعی حق بر سلامتی انسان چیست؟ سلامت فردی و حق بر سلامتی هر فرد چگونه تعریف می شود؟ و راهبرد جامعه و فرد در جهت احقاق آن چیست؟ که بتوان مطالبه آن را از نهادهای تأمین سلامت جامعه داشت و دیدگاه های امام در این راستا چه هستند؟ چگونه می توان خدمات بهداشتی را در دسترس همگان قرار داد چگونه می توان عدالت در سلامت را برقرار نمود؟ باتوجه به آنکه بهترین ابزار برای مدیریت سلامت جامعه، تدارک و تقویت پزشک خانواده در سطح جامعه است. آیا پزشک خانواده می تواند پاسخگویی بر مطالبات فوق باشد اینها مفاهیمی هستند که در این مقاله بدانها پرداخته می شود و در ادامه اجرای طرح پزشک خانواده در ایران و دیگر کشورهای جهان مورد بررسی قرار می گیرد.

سلامتی حق انسانی

کرامت انسانی یک عطیه الهی است. قطع نظر از اعتقادات، اعمال و رفتار، شغل و موقعیت اجتماعی، انسان دارای کرامت و در خور احترام و برخورداری از منافع انسانی است (هاشمی ۱۳۸۸: ۱۸۵).

موضوع اهمیت کرامت انسانی بارها در کلام خداوند، قرآن کریم، (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ...) (اسراء: ۷۰) و پیامبر اسلام (ص) ^۱ و معصومین ^۲ بیان شده است.

در اسلام کرامت دو نوع است: کرامت ذاتی و کرامت اکتسابی. کرامت ذاتی، حیثیت طبیعی همه انسان هاست. در حالی که کرامت اکتسابی ارزشی است که از به کارگیری استعدادها و نیروهای مثبت آدمی در مسیر رشد و کمال و خیرات ناشی می شود (جعفری ۱۳۸۵: ۲۷۹).

امام خمینی درباره کرامت انسان فرمودند:

۱. هیچ چیز نزد خداوند گرامی تر از انسان نیست (محمدی ری شهری ۱۳۸۸ ج ۱: ۲۱۰).

۲. وَ اسْتَأْذَى اللَّهُ سُبْحَانَهُ الْمَلَائِكَةَ وَ دِيْعَتَهُ لَدَيْهِمْ وَ عَهْدَ وَصِيَّتِهِ إِلَيْهِمْ فِي الْإِدْعَانِ بِالسُّجُودِ لَهُ وَ الْخُشُوعِ لِتَكْرِمَتِهِ.

بدان که ایمان نیز از کمالات روحانیه‌ای است که به حقیقت نوریه آن کمتر کسی آگاه گردد. حتی خود مؤمنین تا در عالم دنیا و ظلمت طبیعت هستند، از نورانیت ایمان خود و کراماتی که در پیشگاه مقدس حق برای آنهاست مطلع نیستند (امام خمینی ۱۳۸۱: ۵۵۳).

خداوند شما را با کرامت خلق کرده است، آزاد خلق کرده است. خداوند همان طوری که قوانینی برای محدودیت مردها در حدود اینکه فساد بر آنها راه نیابد دارد، در زنها هم دارد. همه برای صلاح شماست (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۶: ۳۰۱).

کرامت انسانی در دائرة المعارف آکسفورد با واژه dignity آمده که از واژه لاتین Dignitas

به معنای شرافت، حیثیت، افتخار و استحقاق احترام گرفته شده است (رحیمی نژاد ۱۳۹۰: ۱۱۶). موضوع کرامت انسان در قانون اساسی که با تأکیدات مستمر امام خمینی از قوانین اسلام سرچشمه گرفته است، یکی از مبانی نظام جمهوری اسلامی ایران به شمار می‌آید. در اصل سوم دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف یاد شده در اصل دوم، همه امکانات خود را برای برطرف ساختن... هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و بیمه به کار برد.

در نسخه نظام سلامت کشور به ارائه خدمات پزشکی در شأن و منزلت انسانی اشاره شده است:

رسالت آموزش و ارائه خدمات پزشکی در جامعه اسلامی رسالتی است که در قالب طب متناسب با آموزه‌های اسلامی شکل می‌گیرد... پس از عبور دادن از صافی اصول و مبانی دینی یا به عبارت دیگر تطهیر پیشرفته‌ترین و مطمئن‌ترین اطلاعات پزشکی در هر عرصه و زمان در زلال ساختار اندیشه و رفتار اسلامی در پزشکی است که با حذف محرمات و رعایت اصول عمده‌ای همچون اصل کرامت انسان، ضمانت طیب و کارکنان خدمات سلامت، صحیح‌ترین و منطقی‌ترین خدمات پزشکی را با محترمانه‌ترین و مسئولانه‌ترین کیفیت به گیرندگان خدمات ارائه می‌نماید (نسخه علمی نظام سلامت ۱۳۸۹: ۲۵).

در نسخه جامع علمی سلامت کشور سلامتی به عنوان حق عمومی افراد جامعه بیان شده و لازم است که دولت علاوه بر نقش حاکمیتی، در موارد تأمین، توزیع و پرداخت منابع مالی نقش

تصدی گری نیز برای حمایت از آحاد مردم و اطمینان از تضييع نشدن حقوق آنها ایفا کند (نسخه علمی نظام سلامت ۱۳۸۹: ۱۸).

یکی از مهم‌ترین پیشنهادات جهانی در راستای پیگیری حق سلامتی به طور عادلانه، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به منظور حرکت در جهت احقاق حق بر سلامتی افراد جامعه است. بدین ترتیب پیرو فرمایشات امام، انسان، موجودی که جلوه گاه نور مقدس حق تعالی است، شایسته رسیدگی و توجه ویژه در امر بهداشت، درمان و سلامت است که حق بر سلامتی انسان را خاطر نشان می‌سازد.

حق بر سلامتی

موضوع حق بر سلامتی بر پایه همین ماده قانونی در معاهدات حقوق بشری دیگر هم، در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای مورد توجه قرار گرفته است.

در سطح بین‌المللی می‌توان به ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی اشاره کرد که دولت‌های عضو را متعهد می‌سازد حق هر فردی را نسبت به سلامت عمومی، مراقبت پزشکی، تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی تضمین کنند (Convention 1965 Doc : A/6014).

در ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان هم، دولت‌های عضو متعهد شده‌اند که دسترسی به خدمات مراقبت سلامت برای مردان و زنان را به صورت برابر تضمین کنند (International Convention 1966 Doc A /Res/34/180).

در سطح منطقه‌ای، پیرو ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق بر سلامتی در ماده ۱۷ اعلامیه قاهره (۱۹۹۰) با موضوع حقوق بشر در اسلام و منشور اجتماعی اروپا (۱۹۶۱) ذکر شده است.

عبارت «حق بر سلامتی» از دو بخش تشکیل شده است: حق و سلامتی. حق در متون حقوقی جهانی با واژه Rights بیان شده است. مکاتب مختلف از دیدگاه خود حق را بیان کرده‌اند. به طور مثال، مکتب حقوق طبیعی معتقد است که انسان‌ها از آغاز خلقت حقوقی دارند که تغییر نمی‌کند و در بنیاد طبیعت انسانی مستتر است. اثبات‌گرایان بر این باورند که از آغاز هیچ حقی وجود نداشته و بعد از تکامل فکری انسان و تشکیل اجتماعات انسانی، اراده دولت‌ها این حقوق را به رسمیت شناخته است (هاشمی ۱۳۸۸: ۱۸۲) در اصطلاح فقهی، حق را می‌توان امری اعتباری برشمرد که به موجب آن هر ذی حقی شایستگی بهره‌وری از امتیازی خاص می‌یابد که بر دیگران نیز مراعات آن لازم است (میر موسوی ۱۳۷۶: ۱۵۷).

بخش دوم عبارت «حق بر سلامتی» سلامتی است. سلامتی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی به معنای وضعیت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی است، نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (حبیبی مجنده ۱۳۸۶: ۹).

البته اگر تعریف یاد شده مورد بررسی قرار گیرد، تعریفی کلی و گسترده به نظر می‌رسد که هدفی را نشان می‌دهد؛ ولی تعریف دقیقی از سلامتی به دست نمی‌دهد. در دانشنامه بریتانیکا، سلامتی به معنای میزان توانایی مستمر جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی برای سازگار شدن فرد با محیط خود بیان شده است (حبیبی مجنده ۱۳۸۶: ۱۱).

بررسی ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر هم نشان می‌دهد که سلامتی موضوع حق نیست بلکه معیار تحقق حق بر حداقل استاندارد زندگی به شمار آمده است (حبیبی مجنده ۱۳۸۶: ۱۳) یعنی حق داشتن یک زندگی آبرومند و در شأن انسان را بیان کرده است.

بدین ترتیب اگر قرار باشد که عبارت حق بر سلامتی همه ابعاد مرتبط با سلامتی را در بر بگیرد با مراجعه به تعریف میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۱ (ماده ۱۲)، به تعریف جامعی از حق بر سلامتی برمی‌خوریم که مشتمل بر ابعاد مختلف سلامت است (موارد ذکر شده جنبه حصری ندارد و به عنوان نمونه بیان شده است):

۱. دولت‌های عضو میثاق حاضر حق هر کس را به بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.

۲. اقداماتی که دولت‌های عضو میثاق حاضر باید برای دستیابی به تحقق کامل این حق اتخاذ کنند شامل انجام اقدامات ضروری در موارد زیر است:

- پیش‌بینی برای کاهش میزان مرده زایی و مرگ و میر کودکان و رشد و تکامل سالم کودک

- بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی

- پیشگیری و درمان و کنترل بیماری‌های واگیردار، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها، ایجاد شرایطی که خدمات پزشکی و مراقبت سلامت در صورت بیماری را برای همگان تضمین کند (حبیبی مجنده ۱۳۸۶: ۱۵).

1. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000

عدالت در سلامت

اگر ارائه خدمات سلامت با رعایت عدالت همراه نباشد شکاف طبقاتی جوامع را بیشتر کرده و تبعات نامطلوبی را در پی خواهد داشت. مسئولیت تحقق جامعه سالم بر عهده دولت‌هاست.

عدالت در سلامت بدین معناست که فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد. به طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود. هدف عدالت در سلامت حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست، بلکه باید عواملی کاهش یافته یا حذف شود که قابل پرهیز بوده و یا نامناسب است. این مفهوم برای اولین بار توسط ارسطو بیان شد. از نظر وی عدالت به دو نوع است افقی یا عمودی. عدالت افقی یعنی برابرها بایستی برابر درمان شوند. عدالت عمودی یعنی نابرابرها باید نابرابر درمان شوند. نوع اول یعنی درمان برابر برای شرایط برابر و نوع دوم یعنی افراد نابرابر در جامعه باید به روش نابرابر و متفاوت درمان شوند (به کارگیری روش‌های مختلف برای درمان بیماری‌های مختلف).

مفهوم عدالت این است که آیا هر خانوار متناسب با استطاعت مالی و درآمدی‌اش در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارد یا اینکه مشارکت خانواده‌ها متناسب منطقی با سطح رفاهی در آمدیشان ندارد. ملاک محاسبه عدالت، نسبت مشارکت به ظرفیت و توان درآمدی خانوارهاست، نه میزان مطلق رقم پرداختی از سوی خانوارها (حسن‌زاده ۱۳۸۷: ۳۳).

عدالت از منظر امام خمینی

عدالت یک هدف چند بعدی است که تحقق هر یک از آنها می‌تواند هدف باشد، بُعد بشری و بُعد الهی. بُعد بشری خود به دو بخش بعد فردی و اجتماعی تقسیم می‌شود. بنا بر تعابیر امام عدالت خواست خداست، عدالت علت و هدف بعثت انبیاست. عدالت ویژگی خاص حکومت اسلامی در مقایسه با سایر نظام‌هاست (عزتی ۱۳۸۹: ۹-۱۰).

مهم‌ترین جنبه عدالت مفهوم اجتماعی آن است ایشان موضوعات عدالت اجتماعی را شامل اعطای حق (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۶: ۵۲۵) مراعات شایستگی‌ها (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۹: ۷۲)، مساوات (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۷: ۳۲۸، ج ۱۱: ۳) توازن اجتماعی (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۱۱: ۳۱۶-۳۱۵) انجام صحیح و بایسته امور (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۵: ۱۱۸-۱۱۷)، انصاف (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۳: ۳۷۰) و

بی‌طرفی (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۱۱: ۲۹۲-۲۹۱) دانسته‌اند در بیان ایشان خروج از اعتدال، عدالت الهی و صراط مستقیم انحراف نامیده شده است (امام خمینی ب ۱۳۸۵: ۲۱۹).

سلامتی عامل توسعه یافتگی کشورها

به غیر از کرامت انسانی که به سبب آن حق سالم بودن و بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت لازمه زندگی انسانی به شمار می‌رود، توجه به اهمیت نقش سلامتی در توسعه کشورهاست.

موضوع سلامت یکی از مهم‌ترین بخش‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را تشکیل می‌دهد به طوری که از اهداف هشتگانه توسعه هزاره (۲۰۰۰) ملل متحد، چهار مورد به سلامت و بهداشت اختصاص یافته است: کاهش مرگ و میر کودکان، مبارزه با HIV/AIDS، مالاریا و بیماری‌های دیگر، تضمین محیط زیست پایدار و بهبود سلامت مادران باردار.

از دیدگاه امام خمینی توسعه در سه سطح مد نظر است. سطوح اقتصادی، اجتماعی و معنوی. از دیدگاه ایشان توسعه معنوی مقدم بر همه اهداف دیگر است. توسعه اجتماعی شامل اهدافی می‌شود که مقدمات لازم برای ارتقای معنوی را فراهم می‌کند، مانند کرامت، آزادی، شرافت انسانی، بهداشت عمومی، سلامت اجتماعی، رفع تبعیض و محرومیت‌ها و غیره. اهداف توسعه اقتصادی هم وسیله‌ای برای تحقق اهداف اجتماعی و اهداف معنوی است (عزتی ۱۳۸۹: ۴) از این منظر اگر پیشرفت معنوی هدف غایی انسان‌ها باشد، توسعه اجتماعی و پس از آن توسعه اقتصادی زمینه ساز و ابزاری برای تکامل معنوی خواهد بود. به همین سبب است که تأمین مایحتاج افراد جامعه از قبیل سلامتی، بهداشت، رفع فقر و بیسوادی عاری از هر گونه تبعیض نژادی، جنسی و طبقاتی جهت تحقق اهداف معنوی بشری لازم به نظر می‌رسد.

سنجش میزان توسعه یافتگی

تا قبل از دهه ۱۹۷۰ در آمد سرانه کشورها به عنوان مبنای سنجش میزان توسعه یافتگی آنان در نظر گرفته می‌شد. ولی پس از آن به غیر از بُعد اقتصادی، ابعاد دیگری هم مد نظر قرار گرفت از جمله ابعاد اجتماعی و فرهنگی. بدین ترتیب شاخص توسعه انسانی با اندازه‌گیری میانگین سه بعد

اساسی، زندگی طولانی توأم با سلامتی، دانش و استاندارد شایسته زندگی (GDP)^۱ محاسبه می‌شود. شاخص توسعه انسانی (HDI)^۲ مقادیر حداکثر یک و حداقل صفر دارد. هر قدر مقدار آن به یک نزدیک باشد، کشور توسعه یافته و اگر به صفر نزدیک باشد، کشور با توسعه پایین به شمار می‌رود. در سنجش میزان توسعه یافتگی، سلامتی از ارکان اصلی محسوب می‌شود (دقیقی اصلی و همکاران ۱۳۸۹: ۳۰). زیرا توسعه یافتگی به معنای تأمین منابع لازم برای یک زندگی خوب و پر ثمر است که در نهایت به مشارکت بیشتر در زندگی جمعی می‌انجامد (صفی خانی ۱۳۸۶: ۲۲۵). سلامتی یکی از استانداردهای دوازده گانه زندگی است که سازمان ملل در سال ۱۹۵۴ آنها را بیان کرده است (صفی خانی ۱۳۸۶: ۲۳۰).

بنابراین، از آنجا که توسعه مهم‌ترین هدف ملت‌ها و سیاستگذاران به شمار می‌رود، رفع فقر و حفظ سلامت افراد جامعه همواره مهم‌ترین هدف دولتمردان بوده است تا بتوانند کیفیت زندگی را در کشور خود ارتقا بخشیده و مسیر توسعه یافتگی را هموار سازند. بر همین مبنا عبارت «عدالت در سلامت» شکل گرفته و مطرح شده است.

رابطه حق بر سلامتی و پزشک خانواده

موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و نقش پزشک خانواده در ارائه آنها برای نخستین بار در سال ۱۹۷۵ توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شد و می‌توان سازمان یاده شده را بنیانگذار اقدامات پیگیر سلامت در جهان دانست. در بیست و هشتمین گردهمایی سازمان بهداشت جهانی WHO^۳ (۱۹۷۶) موضوع فوریت تهیه برنامه‌های ملی مراقبت سلامت مطرح گردید. سال بعد در گردهمایی سازمان بهداشت جهانی در مسکو، دکتر مالر^۴ که در آن زمان مدیریت کل سازمان بهداشت جهانی را بر عهده داشت در سخنرانی خود بر لزوم تحول نظام سلامت در جهان تأکید کرد و با بیان شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ اظهار داشت:

1. Gross Determination of development = تولید ناخالص داخلی

2. Human Development Indicator

3. World Health Organization

4. Halfdan T. Mahler

برای رسیدن به این هدف لازم است که یک تغییر بنیادین صورت بگیرد. بیشتر تحولات و انقلاب‌های اجتماعی زمانی روی می‌دهند که ساختارهای اجتماعی در حال فروپاشی و زوال هستند. علائم موجود حاکی از فروپاشی و اضمحلال ساختارهای علمی و فنی بهداشت عمومی است (Cueto 2004:1870).

سازمان بهداشت جهانی پس از برگزاری گردهمایی‌های یاد شده و بیان پیشنهادات خود مبنی بر لزوم تحول در سلامت مردم جهان و تغییر نظام سلامت کشورها با هدف «سلامت برای همه» سی و دومین نشست خود را با حضور ۳۰۰۰ نفر اعضای ۱۳۴ کشور و ۶۷ سازمان بین‌المللی از سرتاسر جهان در آلماتا - قزاقستان برگزار کرد (۱۹۷۸). سال بعد در نشست ژنو نیز تنها راه رسیدن به سطح قابل قبول سلامت را ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت عنوان نمود. سپس توصیه‌های زیر را مبنای تحول نظام سلامت برشمرد:

- انجام اقدامات ساده و کم هزینه از قبیل تأمین آب آشامیدنی سالم
- واکسیناسیون نوزادان
- آموزش سبک زندگی سالم
- راه‌های پیشگیری از بیماری‌های مسری

راهکارهای توصیه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی مورد توجه نمایندگان کشورهای عضو قرار گرفت، اما با انتقادات برخی از صاحب‌نظران وقت نیز روبه رو شد. یکی از مخالفان دکتر مارکوس کوتو^۱ بود که با اصل شعارهای «سلامت برای همه» و «سلامت تا سال ۲۰۰۰» مخالفت کرد و معتقد بود که بیانیه سازمان بهداشت جهانی آرمان‌گرایانه و بسیار وسیع‌الطیف است. محدوده زمان بندی این برنامه غیر واقعی است و امکان تحقق این شعارها وجود ندارد؛ زیرا عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت^۲ به شمار آورده نشده است (Cueto 2004:1872).

با این همه دوازده شاخص سلامت برای ارزشیابی و مقایسه کشورها به عنوان حداقل معیارهای جهانی به شرح زیر تعیین شد (سهیلی ۱۳۸۵:۳):

- سلامت برای همه توسط مقامات سطح اول کشور به عنوان یک سیاست کلی پذیرفته شده

باشد.

1. Marcos Cueto
2. Social Determinations of Health

- تدابیر لازم در جلب مشارکت مردم در تأمین سلامت اتخاذ شده باشد. مانند گسترش سازمان‌های غیر دولتی (NGO)^۱؛
 - حداقل ۵٪ از تولید ناخالص داخلی (GDP)^۲ به سلامت اختصاص یابد.
 - درصد منطقی از بودجه ملی سلامت به مراقبت‌های سلامت سطح اول در هر منطقه اختصاص یابد (خانه بهداشت، مراکز بهداشت و درمان شهرستان، مراکز بهداشت و درمان استان و شهرها)؛
 - توزیع عادلانه بودجه (سرانه و امکانات) در مناطق شهری و روستایی؛
 - استراتژی دقیق برای دستیابی به سلامت برای همه، تخصیص منابع کافی و تعیین میزان نیاز به کمک‌های خارجی تدوین شود و امکانات لازم الاجرا بودن برنامه فراهم باشد.
 - برخورداری کل جمعیت از مراقبت‌های اولیه سلامت؛
 - تغذیه مناسب کودکان؛
 - میزان مرگ و میر نوزادان زیر یک سال (IMR)^۳ کمتر از ۵۰ در هزار نفر؛
 - امید به زندگی بیشتر از ۶۰ سال در بدو تولد؛
 - باسوادی مردان و زنان بزرگسال (بیشتر از ۷۰ درصد جمعیت)؛
 - سرانه تولید ناخالص ملی بیش از ۵۰۰ دلار آمریکا.
- همه موارد یاد شده به افزایش امید به زندگی، ارتقای کیفیت زندگی، عدالت در سلامت در بین کشورها و در داخل کشورهای جهان کمک می‌کند و دسترسی همگانی به خدمات سلامت (خدماتی که توسط اداره بهداشت جهت ارتقای سلامت افراد به خانواده‌ها و مردم ارائه می‌شود) را از اهداف نوین سازمان بهداشت جهانی در قرن بیست و یکم می‌شناسد.
- خدمات سلامت در سه سطح ارائه می‌گردد. سطح اول نخستین نقطه تماس بیمار با نظام سلامت است و با حضور پزشک خانواده ارائه می‌شود. در سطح دوم بیمار به متخصص ارجاع داده شده و در سطح سوم هم خدمات تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان‌ها ارائه خواهد شد.

1. Non - Governmental Organization

2. Gross Domestic Product

3. Infants Mortality Rate

سازمان بهداشت جهانی تنها راه رسیدن به اهداف یاد شده را، ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ در مراکز و پایگاه‌های بهداشت و درمان روستاها و شهرها تحت سرپرستی پزشک خانواده می‌داند.

اهمیت حرفه پزشکی و انجام اقدامات پیشگیرانه از منظر امام خمینی

امام خمینی در بیانات خود بر اهمیت رشته پزشکی در امور درمان و پیشگیری تأکید کرده‌اند.

شما پزشکید... شما مثل یک پدری نسبت به مریضها باید باشید که علاقه‌مند به این باشید که این خوب بشود. همان‌طور که اگر خدای نخواستہ فرزندان مریض بشود چطور علاقه‌مند و از روی محبت این کار را می‌کنید. اینها هم برادر شما هستند، خواهر شما هستند (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۱۱: ۲۸۳).

از امور لازم قضیه جلوگیری از بیماری است، آن اهمیتش بیشتر از خود معالجه است. ما بتوانیم، شماها بتوانید که طوری بکنید که مریض کم بشود، یک طوری بشود در کشور که آبها از آلودگی بیرون بیاید. غذاهای آلوده نباشد آن طوری که پزشکان دستور می‌دهند کاری بشود که مرض نیاید. نه ما منتظر باشیم که مرض بیاید بعد رفعش بکنیم (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۱۸: ۲۳۶).

در امور بهداشتی و بهزیستی و اینها باید خودمان در فکر خودمان باشیم، منتظر نباشیم مثل سابق هی به خارج برویم و از خارج بیاوریم (امام خمینی الف ۱۳۸۵ ج ۱۸: ۲۳۶-۲۳۵).

پزشک خانواده از منظر سازمان بهداشت جهانی

دیدگاه سازمان بهداشت جهانی از پزشک خانواده در سخنرانی دکتر مارگارت چان^۲ کنگره جهانی پزشکان خانواده (۲۰۱۳ - پراگ) به شرح زیر بیان شد:

نخستین پزشکان در تاریخ پزشکی، پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی بوده‌اند. سلامت انسانها در جهان امروز تحت تأثیر نیروهای قدرتمندی قرار گرفته است از جمله، رشد سریع شهرنشینی، جهانی شدن سبک زندگی

1. Primary Health Care (PHC)
2. Chan, Margaret

ناسالم، افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های مزمن نسبت به مبتلایان به بیماری‌های عفونی و مقاومت دارویی. بیانیه آلتا آتا بر موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت تأکید داشت و موارد برابری، یکپارچگی و دسترسی به مراقبت‌های سلامت را دربرگرفته است. مراقبت اولیه سلامت تخته‌پرشی است برای توسعه اجتماعی و سیاسی کشورها. پزشکان خانواده با صرف کمترین هزینه، بالاترین میزان رضایتمندی بیماران را فراهم کرده‌اند. در کشورهایی که بیماری‌های مزمن بار سنگینی را بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌کند، پزشکان خانواده با صرف ۵ درصد از بودجه کشور، ۹۵ درصد از مشکلات بیماران را حل کرده‌اند. پزشک خانواده در جایگاهی قرار دارد که می‌تواند رابطه‌ای طولانی و ماندگار با بیمار خود برقرار کند. تداوم این رابطه انگیزه‌ای در بیمار ایجاد می‌کند تا مسئولیت فردی در قبال حفظ سلامت خود را بر عهده بگیرد. پیشرفت فناوری‌ها و ارتباطات از راه دور نمی‌تواند جایگزینی برای ارتباط بین پزشک خانواده و بیمار باشد (chan 20 th world Conference 2013).

پزشک خانواده در ایران

همزمان با اجلاس جهانی آلتا آتا و تعیین هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی و تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی تعدادی از دلسوزان و متفکران کشور را بر آن داشت تا نظامی گسترده و پویا را برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سراسر کشور طراحی کنند. نخستین گام در پی ریزی نظام سلامت ایران از سال‌های ۱۳۶۱ با گسترش کمی شبکه‌های بهداشت و درمان برداشته شد که تا سال ۱۳۶۳ ادامه یافت و در این مدت شبکه‌های بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های کشور مستقر شدند.

سپس در تدوین برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (تا سال ۱۴۰۴)، اصلاح نظام سلامت مورد توجه قرار گرفت. برنامه ارتقای سلامت و ارائه آن در سه سطح از ابتدا با اجرای قانون خصوصی سازی در برنامه پنج‌ساله اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور با درج تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی، رسیدگی به نقاط محروم و روستاها با اولویت اشتغال و بهداشت و آموزش در خط مشی‌های اساسی و واگذاری خدمات دانشگاه‌های

علوم پزشکی به بخش غیر دولتی با تأکید بر خصوصی سازی در برنامه سوم مطرح گردید. در فصل ۲۵ ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه، به افزایش کارآیی و توسعه خدمات بهداشتی - درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات به موارد رایگان شدن کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، ارائه خدمات سرپایی در روستاها (واحدهای موجود) و شهرها (مراکز بهداشت و درمان) ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان اشاره شده است. همچنین به وزارت بهداشت و درمان اجازه داده شد تا برای ارتقای کارآیی و مشارکت کارکنان و مردم در مورد امکانات بهداشتی و درمانی با رعایت ضوابط اقدام به واگذاری یا خرید خدمت کند.

در برنامه چهارم توسعه به حمایت‌های اجتماعی و بیمه‌های سلامت نگر و استراتژی‌های کاهش مشارکت هزینه‌های بیمار (پرداخت از جیب) و توزیع عادلانه سلامت اشاره شده است. در ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه، وزارت بهداشت و درمان مکلف شد تا از راه سطح بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی را عادلانه و منطقی سازد.

ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه نیز بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید ورزیده است. پس از پیگیری‌های کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، با همکاری وزارت بهداشت وقت، در تبصره ۱۴ قانون بودجه ۱۳۸۴ سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد تا برای همه ساکنان مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت دفترچه بیمه سلامت به طور رایگان صادر کند و امکان بهره‌مندی آنها از خدمات سلامت فراهم شود. بدین ترتیب، شبکه‌های بهداشتی و درمانی موجود در کشور تکمیل و تجهیز شدند و قرار شد مبتنی بر نظام ارجاع و با سرپرستی و همکاری پزشک خانواده عمل کنند.

در سال ۱۳۸۵ بر اساس بند الف، تبصره ۱۵ قانون بودجه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، مکلف شد تا ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه را اجرا کند و همه روستاییان و اهالی شهری زیر ۲۰ هزار نفر را که بیمه نیستند به طور رایگان تحت پوشش خدمات درمانی قرار دهد. سپس این موضوع در بند (ذ) تبصره ۱۴ قانون بودجه ۱۳۸۶ درج گردید.

در بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ مقرر شد تا بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطح اول و دوم، اقدام‌های استقرار پزشک خانواده و تکمیل نظام ارجاع در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت تا پایان سال و با امکانات بخش غیر دولتی انجام شود.

بدین ترتیب برنامه پزشک خانواده پس از طی چند مرحله در کشور ایران به اجرا در آمد. مرحله اول، مرحله مطالعاتی و بررسی اقدامات انجام شده و تجارب کشورهای دیگر را در برداشت. مرحله دوم شامل آماده سازی اقدامات اجرایی بود. در این مرحله جلسه های متعدد کارشناسی با سازمان بیمه خدمات درمانی برگزار شد تا تفاهم نامه ای در مورد دستورالعمل اجرایی تهیه شود. در مرحله سوم مراکز بهداشت شهرستان ها با اداره های کل بیمه خدمات درمانی استان ها قرارداد سالانه بستند و تکلیف شیوه ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی، عقد قرارداد با پزشکان و ماماها مشخص گردید. مرحله بعدی استقرار پزشک خانواده را شامل می شد که تا نیمه اول سال ۱۳۸۶ انجام شد. در مرحله آموزش هم برگزاری کارگاه های آموزشی توجیهی، دوره های آموزشی پودمانی و از راه دور و دوره های تخصصی پزشک خانواده مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفت. مرحله آخر، پایش عملکرد پزشک خانواده را در برداشت. در این مرحله بسته های خدمات سلامت از سوی اداره های معاونت سلامت و وزارت بهداشت و درمان طراحی شد و پس از بازنگری در استانداردها و نحوه استمرار برنامه، تفاهم نامه جدیدی بین وزارت رفاه و وزارت بهداشت و درمان تنظیم شد (مزید آبادی فراهانی و حاجیها ۱۳۸۸: ۱۳-۹). در مورد برنامه پزشک خانواده در نسخه جامع علمی سلامت کشور، توسعه منابع انسانی آمده است:

پاسخگویی سامانه آموزش پزشکی در زمینه توسعه نیروی انسانی مورد نیاز
 نظام ارائه خدمات سلامت با تمرکز ویژه بر ساختار خدمات تیم سلامت و
 پزشک خانواده و حفظ انعطاف سامانه آموزش پزشکی برای پاسخگویی
 نیروی انسانی به اولویت های ملی و منطقه ای سلامت و برخورداری از دانش
 روز برای مواجهه با مشکلات سلامت (نسخه علمی نظام سلامت ۱۳۸۹: ۵۰).

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (مواد ۳۲ و ۳۵) بر لزوم ارائه برنامه نظام درمانی کشور در چارچوب یکپارچگی بیمه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع از سوی وزارت بهداشت و درمان به هیأت وزیران و استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و ساماندهی اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی مرکز آمار ایران و سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید شده است (برنامه پنجم ۱۳۸۹: ۶۳-۵۸).

پزشک خانواده در کشورهای جهان

الف) کشورهای پیشرو

پزشک خانواده در آمریکا

پزشک خانواده به پیشنهاد فرانسیس پی بادی^۱ - پروفیسور دانشگاه هاروارد - در سال ۱۹۲۳ به نظام سلامت دنیا معرفی شد. در دهه ۱۹۶۰ پیشرفت‌های زیادی در حوزه‌های خارج از پزشکی به وقوع پیوست. این تحولات برای پزشکان عمومی هم، فرصتی بود تا یک هویت تازه پیدا کنند. آمریکایی که پس از جنگ، بهداشتی از هم گسیخته و حتی غیر انسانی داشت به پزشکان خانواده رو آورد. دولت و مسئولان استانی به حمایت از رزیدنت‌ها و تعلیم آنها پرداختند. سپس رشته پزشک خانواده در دانشگاه‌ها تدریس شد و به این ترتیب جامعه آمریکا تحت پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی قرار گرفت. در کشور آمریکا پزشک خانواده با رویکرد تلفیقی به بیمار می‌نگرد. وی با مراقبت سلامت، پیشگیری از بروز بیماری و آسیب دیدگی‌ها، واکسیناسیون و ارائه رهنمودهای متناسب با سن و جنس، انتظارات بیماران و خانواده ایشان را بدون تبعیض برآورده می‌کند (Taylor 2006: 3).

پزشک خانواده در کانادا

نظام سلامت کانادا با محوریت پزشک خانواده ابتدا در سال ۱۹۴۷ در استان ساسکاچوان^۲ به اجرا درآمد. سپس در استان‌های دیگر هم اجرا شد و در سال ۱۹۷۱ یک طرح جامع مراقبت سلامت جهانی^۳ جایگزین طرح منطقه‌ای شد. بیش از نیمی از پزشکان عمومی در کانادا پزشک خانواده هستند. پزشکان خانواده در گاه نظام سلامت این کشور را تشکیل می‌دهند. آنها بیماران را به خدمات تخصصی ارجاع می‌دهند. دستمزد پزشکان به صورت FFS^۴ است. بدین معنا که برای انجام هر یک از خدمات تعیین شده دستمزد دریافت می‌کنند. جداول قیمت پس از مذاکره بین نماینده دولت در استان و نماینده انجمن پزشکان عمومی تهیه می‌شود. ساکنان کشور کانادا

1. Francis Weld Peabody (1881-1927)

2. Saskatchewan

3. Universal Health Care Plan

4. Fee for service

خودشان پزشک خانواده خود را انتخاب می کنند. پزشکان هم در مورد الگوی درمانی روش کارشان خودمختارند (Kao-Ping 2005-2006).

پزشک خانواده در دانمارک

کشور دانمارک از یک نظام سلامت غنی برخوردار است. همه مردم این کشور به طور رایگان درمان می شوند. آنها می توانند به صورت رایگان به پزشک عمومی، چشم پزشک، متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنند و خدمات اورژانس بیمارستان را دریافت کنند. پزشک عمومی در کشور دانمارک هم در گاه ورودی به بخش های تخصصی است. اگر ارجاع بیمار از طریق پزشک خانواده یا پزشک عمومی مسئول باشد دسترسی به خدمات تخصصی در مطب های خصوصی هم رایگان است. فهرست هر پزشک خانواده با ۱۶۰۰ بیمار تکمیل می شود. پزشک خانواده در گاه نظام سلامت است و خدمات درمانی باید تحت پوشش پزشک خانواده و با مراقبت و تداوم و پیگیری وی ارائه شود. پزشکان خانواده خویش فرما هستند و با مسئولان سرمایه گذار دولتی قرارداد می بندند. قرارداد آنها هر دو سال یک بار تمدید می شود. در سال ۲۰۰۷ سهم سلامت دانمارک از تولید ناخالص داخلی ۹/۷ درصد بود (Pedersen 2012).

پزشک خانواده در فرانسه

پزشکان عمومی در کشور فرانسه در بیمارستان های خصوصی و دولتی مشغول به کار هستند. ۳۶ درصد از پزشکان عمومی در بیمارستان های دولتی کار می کنند. آنها بر اساس تعرفه تعیین شده حقوق می گیرند. به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۳/۳۷ نفر پزشک وجود دارد. با تحول نظام سلامت در سال ۲۰۰۵ پزشک عمومی^۱ در گاه نظام سلامت شناخته می شود. بیمار به پزشکی که از قبل در فهرست وی ثبت نام کرده است مراجعه می کند. اگر پزشک اصلی حاضر نباشد می تواند به پزشک جایگزین مراجعه کند. تغییر پزشک خانواده امکانپذیر است ولی باید اطلاع داده شود. پزشک مشاور^۲ یا پزشکی که بیمار به وی ارجاع داده شده است پزشک متخصصی است که مسئولیت معاینه و بررسی وضعیت بیمار را برعهده دارد و باید اطلاعات را به پزشک عمومی ارجاع دهنده

1. m`edicinetrainant

2. Dr.correspondent

برساند تا مورد پیگیری قرار داده و جهت ادامه درمان استفاده کند. خدمات زنان و زایمان، دندانپزشکی و چشم پزشکی نیاز به ارجاع ندارد. بیمار با ارائه کارت سلامت^۱ خود می‌تواند در همه نقاط فرانسه خدمات سلامت را خریداری کند. مبلغ پرداخت شده در مدت ده روز به حساب وی واریز می‌شود. به طور متوسط ۷۰ درصد از هزینه ویزیت پزشک خانواده یا متخصص، ۹۵ درصد از هزینه جراحی‌های بزرگ، ۸۰ درصد از هزینه جراحی‌های کوچک، ۹۵ تا ۱۰۰ درصد از هزینه زایمان و ۷۰ درصد از هزینه تصویربرداری با اشعه ایکس پرداخت می‌شود. البته درصد پرداخت از سوی بیمار بر اساس وضعیت جسمی و توان مالی وی تعیین می‌شود. به طور مثال بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و دیابت وابسته به انسولین ۱۰۰ درصد از هزینه‌های درمانشان تحت پوشش بیمه قرار دارد. افراد کم درآمد هم از سوی خدمات تأمین اجتماعی حمایت می‌شوند و ۱۰۰ درصد از پرداخت هزینه‌ها معاف هستند (Squires and Thamson 2013:45).

ب) در کشورهای در حال توسعه

پزشک خانواده در مصر

کشور مصر در امر پزشکی تجربه بسیار کهنی دارد. قدیمی‌ترین سند پزشکی جهان - متعلق به ۱۶۰۰ سال پیش از میلاد - که روی پاپیروس به طول ۵ متر نوشته شده مربوط به این کشور است. در این سند ۴۸ مورد درمان زخم در نواحی سر، گردن، قفسه سینه و شانه، درمان شکستگی و ابزارهای جراحی، آناتومی اندام‌های جنسی، تعیین جنسیت جنین به چشم می‌خورد.

اما نظام سلامت مصر در عصر حاضر با مشکلات متعددی مواجه است. از سویی با رشد روز افزون جمعیت روبه روست و از سوی دیگر باید با بیماری‌های ناشی از فقر و بیسوادی مبارزه کند. دسترسی به ارتباطات جهانی هم سبب بروز بیماری‌های ناشی از زندگی شهری و مدرن شده است. میزان تولد بالاست و امید به زندگی در این کشور افزایش یافته است. در نتیجه پاسخگویی به نیازهای جامعه کاری بس دشوار خواهد بود. نظام سلامت مصر شامل سه بخش مهم است، نظام سلامت عمومی، بسته خدمات سلامت در سطوح مختلف و موضوعات مربوط به نظام سلامت و کیفیت درمان. نظام سلامت مصر توسط بخش خصوصی، نیمه خصوصی و دولتی اداره می‌شود.

1. carte vitale

وزارت بهداشت و جمعیت مصر (MOHP)^۱ اقدامات اصلی شامل برنامه‌ریزی، نظارت، مدیریت بر اجرای برنامه را انجام می‌دهد. خدمات اصلی شامل پیشگیری، مراقبت‌های اولیه سلامت و درمان است. در نظام سلامت مصر ۵۰۰۰ پایگاه سلامت و ۸۰ هزار تخت بستری وجود دارد. سیستم ارجاع اجرا می‌شود. خدمات بر اساس جغرافیایی در سطح شهری و روستایی ارائه می‌شود. از سال ۱۹۵۳ برنامه‌های کنترل جمعیت به اجرا در آمده است. واکسیناسیون، مراقبت از مادران باردار و نوزادان، کنترل بیماری‌های حاد تنفسی و عفونی از خدمات تعریف شده نظام سلامت مصر است که توسط پزشکان عمومی ارائه می‌گردد (http://dhsprogram.com:13-18).

پزشک خانواده در ترکیه

نظام سلامت یا مراقبت‌های اولیه بهداشتی از دهه ۱۹۹۰ در کشور ترکیه مطرح شد ولی مرحله اصلی اجرای برنامه سلامت یا انقلاب سلامت در این کشور از سال ۲۰۰۳ و تحت عنوان برنامه تحول سلامت (HTP)^۲ می‌باشد.

قانون مصوب سال ۱۹۶۱ در مورد همگانی شدن خدمات بهداشتی، سبب شد که مراکز بهداشت جمعیت ۵ هزار تا ۱۰ هزار نفر در روستاها و ۳۰ هزار تا ۵۰ هزار نفر در استان‌ها را تحت پوشش خود قرار دهند. اعضای تیم سلامت شامل پزشک عمومی، ماما، پرستار، بهورز، تکنسین‌های بهداشت محیط بود. همگانی سازی خدمات سلامت با هدف تلفیق مراقبت‌های اولیه با خدمات بهداشت عمومی در دورترین مناطق و روستاهای شهر ارائه شد.

در سال ۱۹۶۳ از مناطق محروم شروع شد و تا ۱۹۸۳ همه کشور را در بر گرفت. در طول این دوره از حمایت کافی سیاستگذاران و مسئولان بهره‌مند نشد. معرفی مدل پزشک خانواده خدمات مراکز بهداشت را به دو دسته تقسیم کرد: مراکز بهداشت خانواده و مراکز بهداشت جامعه. مراکز بهداشت خانواده مسئول ارائه خدمات پیشگیرانه (واکسیناسیون و پایش زنان باردار و نوزادان) و تشخیص، درمان، بازتوانی و خدمات مشاوره‌ای در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت هستند. مراکز بهداشت جامعه مسئول ارائه خدمات بهداشتی در سطح جامعه به شمار می‌روند. این خدمات شامل

1. Minister Of Health and Population
2. Health Transformation Program

جمع آوری آمار بهداشتی، کنترل بیماری‌های واگیردار، خدمات بهداشت حرفه‌ای و محیط، ارتقاء سلامت و آموزش است.

برنامه پزشکی خانواده برای نخستین بار در یک طرح پایلوت در سال ۲۰۰۵ معرفی شد و به تدریج تا سال ۲۰۱۰ همه کشور را دربرگرفت. در این برنامه پزشکان عمومی و متخصصان پزشکی خانواده به ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت می‌پردازند از نظر دسترسی به خدمات بهداشت و سلامت بخشی از مردم ترکیه که مرتب مهاجرت می‌کنند نمی‌توانند به طور مستمر تحت پوشش خدمات مراکز بهداشت باشند. نظام ارجاع در ترکیه به طور کامل اجرا نمی‌شود. هنوز هم برخی از بیماران، اول به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند. بیشتر مردم از خدمات ارائه شده در زمینه‌های واکسیناسیون و مراقبت از زنان باردار رضایت کامل دارند (Sabahattin 2006:20-48).

پزشک خانواده در عربستان سعودی

پیشینه مراقبت‌های اولیه سلامت در عربستان سعودی به سال ۱۹۴۹ بازمی‌گردد زمانی که فقط ۱۱۱ پزشک و کمتر از ۱۰۰ تخت بیمارستانی در این کشور وجود داشت. از آن سال تا کنون پیشرفت‌های بسیار چشمگیری در حوزه سلامت در این کشور دیده می‌شود که در مقایسه با آن زمان تعداد پزشکان و پرستاران ۲۵ برابر شده است. وزارت بهداشت متولی سازماندهی نظام سلامت است. ارائه خدمات پیشگیری از دهه ۱۹۵۰ آغاز شده است. در آن زمان شرکت نفت ARAMCO با همکاری سازمان بهداشت جهانی در ریشه‌کن کردن مالاریا به وزارت بهداشت عربستان کمک می‌کرد. اقدامات بسیار مهمی هم در پیشگیری از بیماری‌های سل، تراکوما و سالک انجام شد. پایگاه‌های مراقبت سلامت هم از سال ۱۹۷۸ تأسیس شدند و از سال ۱۹۸۳ با همکاری و سرپرستی پزشک خانواده به عنوان نقطه تماس مردم با نظام سلامت فعالیت‌های خود را ادامه دادند. در حال حاضر ۶۰ درصد از خدمات سلامت به صورت رایگان ارائه می‌شود. در سال ۱۹۹۸ سرانه درمان ۱۰۸ دلار آمریکا در سال تعیین شد. در حال حاضر توسعه نظام سلامت با به خدمت گرفتن فناوری اطلاعات و شبکه‌های ارتباطی جهت برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی نظام سلامت و تقویت خدمات پیشگیری مورد توجه دولتمردان این کشور است (sebai 2001).

بحث و تفسیر

مدیریت سلامت جامعه با ایجاد نهاد پزشک خانواده که نهاد اصلی برقراری ارتباط بین افراد یک جامعه و نظام سلامت است، امکانپذیر می‌گردد و گسترش این نهاد در سرتاسر کشور اعم از شهرها و روستاها برای تأمین سلامت جامعه ضروری می‌باشد.

پزشک خانواده مرجعی است که مسئولیت ارائه خدمات تعریف شده در نظام سلامت از جمله خدمات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی را بر عهده دارد و با فراهم شدن دسترسی همگان به پزشک و دریافت خدمات سلامتی امکان تأمین عدالت در سلامت فراهم می‌شود.

جهت برقراری عدالت در سلامت افراد جامعه، توجه به این نکته ضروری است که هیچ فردی نباید از دستیابی به سلامت بالقوه محروم شود و منظور از عدالت به یک سطح و یک کیفیت رساندن سلامت در افراد مختلف نیست بلکه می‌باید متناسب با نیاز روانی، اجتماعی، جسمی افراد مختلف، محیط زیست و محیط کار آنها برنامه‌ریزی صورت گیرد و رده بندی افراد جامعه از لحاظ درآمد، سواد، جنس و نژاد سبب نابرابری و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌شود.

انتظار می‌رود که با طراحی و اجرای نظام پزشک خانواده امکان دسترسی همگان به پزشک خانواده با حداقل هزینه فراهم گردد. گران بودن هزینه تأمین سلامت سبب می‌شود که افراد با درآمد بیشتر از خدمات سلامت محروم شده و بدین ترتیب تبعیض در سلامت رخ خواهد داد و منتهی به شیوع بیماری‌ها در کشور شده و با آسیب رسیدن به سرمایه‌های انسانی، اثرات سوء آن بر اقتصاد و توسعه کشور آشکار می‌گردد.

بنابراین عدالت در سلامت با اجرایی شدن پزشک خانواده در کشور محقق می‌گردد و حمایت مالی دولت و بخش خصوصی کمک مؤثری به اجرایی شدن آن خواهد بود.

با طراحی تدابیر ویژه در این امر و استفاده از بیمه‌های درمانی کشور و ترغیب مردم به مراجعه به پزشک خانواده با تبلیغات مؤثر رسانه ملی، اطلاع رسانی دیگر رسانه‌ها و توجیه منطقی و رایگان نمودن مراجعه به این پزشکان و اعمال تخفیف‌های مؤثر برای دریافت خدمات تخصصی که توسط پزشک خانواده ارجاع یافته باشد می‌توان راه عملیاتی شدن این طرح را هموار ساخته و بیمه‌های درمانی کشور را مکلف به پذیرش هزینه‌های مربوطه کرد. این خود گامی در جهت

کاهش هرچه بیشتر هزینه‌های حفظ سلامتی در جامعه خواهد بود. ضمن آنکه با محدود شدن گسترش بیماری‌های مزمن هزینه‌های تحمیلی به دولت و ملت هم کاهش می‌یابد. پزشک خانواده با تهیه و تدارک شناسنامه سلامتی برای هر فرد و فراهم نمودن امکان دسترسی به سوابق سلامتی و بیماری وی مانع از تشخیص‌های بعضاً نادرست شده و بدین ترتیب کمک مؤثری در جلوگیری از شیوع بیماری‌های مزمن و مرگ و میر خواهد بود.

علاوه بر سودمندی‌های ذکر شده، برقراری طرح پزشک خانواده، انگیزه و حس مسئولیت‌پذیری افراد نسبت به حفظ سلامتی خویش را نیز تقویت می‌کند و از چند سو در حفظ سلامتی فردی و اجتماعی مؤثر خواهد بود. تعریف سلامتی حدود و ثغور مسئولیت پزشک خانواده را مشخص می‌سازد. آنگاه که سلامتی به معنای آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی منظور می‌گردد و صرفاً به نبودن بیماری یا نقص عضو اطلاق نمی‌شود، در آن صورت سلامتی در ابعاد روانشناختی هم مطرح می‌گردد؛ بنابراین پزشک خانواده مجبور است به طور عمده‌ای به سلامت روان جامعه و فرد، شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر هم بپردازد و برای پیشگیری از اختلالات روانی، اصول سلامت و مهارت‌های زندگی را به افراد تحت پوشش خود آموزش دهد.

تعریف دقیق‌تر سلامتی و طراحی خدمات و بسته‌های سلامت برای بیماری‌های مختلف و حق بر سلامتی و توصیف حقوق و مسئولیت‌های پزشک خانواده و مردم در مقابل هم و نظام سلامت، اجرای طرح پزشک خانواده را ایمن‌تر و مستحکم‌تر خواهد ساخت و امید است پیشنهاد قوانین جدید متناسب با فرهنگ عمومی جامعه ایران برای نهاد پزشک خانواده، رهگشای موفقیت بیشتری در این باب شود و پاسخگوی مناسبی بر دغدغه‌های امام در تأمین رفاه و سلامتی عامه مردم از جمله محرومین و مستضعفین کشور باشد.

منابع

- اعلامیه جهانی حقوق بشر. (۱۳۸۶) تهران: مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد.
- امام خمینی، سید روح الله. (۱۳۸۲) *امام خمینی و اندیشه‌های اخلاقی - عرفانی*، قم: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

- _____ . (۱۳۸۱) *چهل حدیث (ربعین حدیث)*، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، چاپ بیست و پنجم.
- _____ . (الف ۱۳۸۵) *صحیفه امام*، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، چاپ چهارم.
- _____ . (ب ۱۳۸۵) *کلمات قصار: بندها و حکمت*، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، چاپ هشتم.
- _____ . Barnamepanjom.pdf (۱۳۸۹) برنامه پنجم.
- _____ . جعفری، محمد تقی. (۱۳۸۵) *حقوق جهانی بشر تحقیق و تطبیق از دیدگاه اسلام و غرب*، تهران: مرکز تدوین و نشر آثار علامه محمد تقی جعفری.
- _____ . حبیبی مجنده، محمد. (۱۳۸۶) «حق بر سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر»، *مجله حقوق بشر*، شماره ۳، صص ۷-۳۸.
- _____ . حسن زاده، علی. (۱۳۸۷) «مبانی نظری عدالت در سلامت، بررسی عدالت در سلامت ایران»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال نهم، شماره ۲۸، صص ۱۱-۴۲.
- _____ . دقیقی اصلی، علیرضا و همکاران. (زمستان ۱۳۸۹) «برآورد فازی شاخص توسعه انسانی با استفاده از شاخص GDP و آموزش»، *فصلنامه علوم اقتصادی*، شماره ۱۳، صص ۲۵-۴۸.
- _____ . رحیمی، غلامرضا. (۱۳۸۹) «سازمان بهداشت جهانی (WHO)»، *مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، شماره ۱.
- _____ . رحیمی نژاد، اسماعیل. (۱۳۹۰) «نگرش اسلامی به کرامت انسانی»، *مجله معرفت حقوقی*، شماره ۱.
- _____ . سهیلی، ثریا. (۱۳۸۵) *بهداشت عمومی*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- _____ . صبحی صالح، (معادیخواه، عبدالمجید). (۱۳۷۴) *نهج البلاغه*، نشر ذره.
- _____ . صفی خانی، حمید رضا. (بهار ۱۳۸۶) «سلامت از دیدگاه اسلام»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، شماره ۲۸، صص ۲۲۵-۲۴۶.
- _____ . عزتی، مرتضی. (۱۳۸۹) *توسعه و عدالت از دیدگاه امام خمینی*، تهران: پایگاه اطلاع رسانی و خبری جماران.
- _____ . محمدی ری شهری، محمد. (۱۳۸۸) *منتخب میزان الحکمه*، قم: مؤسسه فرهنگی دارالحدیث.
- _____ . مزید آبادی فراهانی، مجید و فرنوش حاجیها. (آبان ۱۳۸۸)، روند اجرای طرح پزشک خانواده از ابتدا تا کنون، *مجله برنامه*، شماره ۳۴۱، صص ۹-۱۴.
- _____ . موحد، محمدعلی. (۱۳۸۱) *دره‌های حق و عدالت (از حقوق طبیعی تا حقوق بشر)*، تهران: نشر کارنامه.
- _____ . میرموسوی، سید علی. (پاییز و زمستان ۱۳۷۶) «مبانی نظری حقوق بشر در اسلام»، *مجله قیاسات*، شماره ۶ و ۵، صص ۱۷۵، ۱۵۴.
- _____ . *نسخه علمی نظام سلامت (۱۳۸۹)* وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.
- _____ . والتز، سوزان. (بهمن و اسفند ۱۳۸۴) «احیاء و بازسازی تاریخ اعلامیه جهانی حقوق بشر»، تهران: *مجله مصباح*، شماره ۶۱، صص ۱۹۲-۱۶۱.

- هاشمی، سید یحیی. (زمستان ۱۳۸۸) «مبانی و مفاهیم حقوق بشر در اسلام و حقوق بشر معاصر» *مجله فلسفه و کلام سفیر*، شماره ۱۲، صص ۱۷۹-۲۱۰.
- "Bulletin of WHO (World Health Organization) " .(2008) vol.86, no. 8,pp:577-656.
- Chan, Margaret. (2013) "The Rising Importance of familymedicine" ,World Organization of Family Doctors (WONCA) 20th World Conference; June 25, 2013; Prague, Czech.
- Cueto , Marcos. (2004) "Origin of Primary Health Care and SelectivePrimary Health Care" , Am J Public Health; 94 (11) pp:1864-1874.
- "International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination", G.A. res. (2106) (XX), Annex, 20 U.N. GAOR Supp. (No. 14) at 47, U.N. Doc. A/6014 (1966), 660 U.N.T.S. 195, entered into force Jan. 4, 1969.
- Kao-Ping, Chua ,AMSA Jack Rutledge Fellow. (2005-2006) "Canadian Healthcare system", fact sheet.
- Pedersen , Moller, Kjeld .(2012) "General Practice and Primary HealthCare in Denmark",J Am Board Fam Med March-April , vol. 25 no. Suppl 1, S34-S38.
- "Overview of the health system in Egypt" .(2002) ,http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA5/02chapter_02.
- Sabahattin , Aydin ,et al. (2006) "Family medicine :A Turkish Model", Ankara , Ministry of Health ,pp:20-48.
- Sebai, Zohair A. (2001) "Health Care Services in Saudi Arabia: Past, Present and Future", J Family Community ,no.8(3):19-23.
- Squires, David , Osborn, Robin and Thomson , Sarah , 2013,"International profiles of Health" ,The Common wealth Fund.
- Taylor, Robert B. (2006)" The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and the Age of Aquarius", J. Am. Board Fam .Med. vol. 19 , no. 2, pp:183-190
- United Nations General Assembly , "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women" UN.Doc.No.A/ Res/34/180, 1979.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی