مروری بر دستاوردهای بهداشت و درمان بعد از انقلاب

24 شهریور 1403

محسن تبریزی

چکیده:

انسانها محور تمامی فعالیت های بشری هستند و تمامی تلاش ها جهت حفظ سلامتی، یا ارتقاء کیفیت سلامت درجامعه است چرا که انسان سالم محور توسعه پایدار است و این امر باعث می شود که آگاهی هایی در تمامی زمینه ها بدست آورند. برقراری ارتباط با گروه های مختلف سنی جنسی و نژادی و...کارساده ای نیست و هرکسی از عهده آن بر نمی آید. و برای اینکار باید آموزش های بهداشتی صورت پذیرد تامین سلامت جسم و روان نه تنها ابزاری برای تکامل انسان است بلکه از دیدگاه اقتصادی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. چرا که توجه به بهداشت و پیشگیری علاوه بر اینکه از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است، پرورش انسان هایی رابه دنبال دارد که از نظر فکری و جسمی نیرومند هستند، افرادی که کارآیی بیشتری داشته و درجهت دستیابی و ارتقاء سطح زندگی مردم قدمهای مؤثری برمی دارند پس با این حساب هزینه کردن درآموزش بهداشت سرمایه گذاری برای جامعه جهانی است.

مقدمه:

پیروزی انقلاب اسلامی مردم ایران در بهمن 57، در همه زمینه‌ها باعث ارتقا و پیشرفت شد که یکی از این پیشرفت‌ها، در حوزه بهداشت رقم خورد. براساس آمار، بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، در حوزه‌های مختلف از جمله بهداشت و سلامت، پیشرفت‌های فراوانی حاصل شد که نسبت به دوران حاکمیت رژیم پهلوی از رشد کمی و کیفی فراوانی برخوردار بود. در زمان پهلوی سرانه پزشک به ازای جمعیت بسیار پایین بود و بخش عمده‌ای از همین آمار کم را نیز پزشکان خارجی تشکیل می‌دادند، اما جمهوری اسلامی ایران اکنون علاوه بر بی‌نیازی از پزشکان خارجی، رتبه اول تولید علم را در منطقه دارد.بهبود وضعیت سلامت عمومی شهروندان، افزایش محصولات درمانی و پزشکی در نقاط مختلف کشور، افزایش سطح امید به زندگی و کاهش مرگ و میر از جمله مواردی است که نشان دهنده رشد و پیشرفت در حوزه سلامت است. این نوشتار به بررسی دستاوردهای انقلاب اسلامی در حوزه بهداشت و سلامت می‌پردازد.

نگاهی به عوامل موثر بر سلامت پس از انقلاب اسلامی

ایران جزو کشورهای دارای درآمد «متوسط – بالا» در طبقه بندی جهانی است. در این کشور، دولتها مسوول اصلی مراقبتهای بهداشتی و سایر خدمات اجتماعی از جمله بازنشستگی، حمایت از افراد در برابر ناتوانی ها، حوادث و آسیب ها هستند ؛ هر چند که سازمانهای غیردولتی همچون انجمنهای بیماری

های صعب العلاج و بیماری های خاص، بنیادهای خیریه نیکوکاری و .... در این زمینه نقش مهمی ایفا می کنند.

نرخ باروری طی سالهای ۱۹۸۵ تا **۲۰۲۴**از ۶/۵ تولد به ازای هر زن، به ۱/۸ رسیده است اما این کشور شاهد افزایش چند برابری جمعیت و رسیدن شمار آن به بیش از ۸۲ میلیون نفر است. جمعیتی که عمدتا بزرگسال و شهرنشین است و نرخ شهرنشینی در این کشور، به دلیل افزایش نرخ مهاجرت روستاییان به شهرها، ، از ۳۰ درصد به ۷۰ درصد رسیده و ناهماهنگی های زیادی بین زیرساختهای شهری با رشد جمعیت ایجاد کرده است.

با وجود پوشش ۹۵ درصدی تحصیلات عمومی رایگان در مناطق شهری و روستایی ایران، اما این کشور هنوز شاهد برخی کاستی ها در این زمینه بویژه در برخی مناطق محدود روستایی است.

نکته قابل توجه، اما، افزایش نرخ سواد عمومی در ایران است که از ۱۰ درصد و ۳۰ درصد در زنان و مردان، به بیش از ۸۴ درصد و ۹۱ درصد رسیده است! همچنین شمار دانشجویان در ایران با رشد بسیار قابل توجهی روبه رو بوده و از ۳۱۲ هزار در ۱۹۹۰ به ۴ میلیون نفر در 2024 رسیده است. نرخ بیکاری در ایران برای مردان ۱۰/۹ درصد و برای زنان ۱۸/۶ درصد است و بالاترین نرخ بیکاری به جوانان فارغ التحصیل دانشگاه ها اختصاص دارد که یکی از مهمترین دلایل آن افزایش حضور زنان در آموزش عالی و سهم کمتر آنها در بازار کار به علل مختلف است.

از مهمترین دستاورد هاي كسب شده:

1. شاخص امید به زندگی

براساس گزارش برنامه توسعه ملل متحد، از سال ۱۳۳۹ تا ۱۳۵۷ شاخص امید به زندگي در بدو تولد از ٥/ ٤٩ سال در سال ابتدايي به ٥/ ٥١ سال به سال انتهايي رسيد؛ يعني اميد به زندگي در بين ايرانيان در آستانه پيروزي انقلاب اسلامي جزو پايين‌ترين رتبه‌ها در جهان بوده است. در حالي كه بعد از پيروزی انقلاب هر چند ۸ سال درگير جنگ بوديم اما اميد به زندگي در ايران در سال ١٣٦٧ به ٥/ ٦١ سال رسيده است. يعني در ۱۰ ساله اول بعد از پيروزی انقلاب ۱۰ سال اميد به زندگي ايرانيان بيشتر شده

است.[1]

گزارش بانک جهانی نشان می‌دهد، امید به زندگی مردم ایران از ابتدای انقلاب تاکنون 22 سال افزایش یافته است. آمار بانک جهانی نشان می‌دهد در سال 1355 مردم ایران به طور متوسط تنها 55 سال عمر می‌کردند که در سال 1396 به 2/ 76سال افزایش یافته است.

2. کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیردار

با پیشرفت پزشکی و نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، علل مرگ و میر کمتر شده و فوت ناشی از بیماري هاي واگيردار و مشكلات بارداري و زايمان در ايران كاهش يافته است. افزایش خدمات بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران، موجب تغییر در ترکیب مرگ و میر و دگرگونی در ترکیب بروز بیماري‌ها شده است[2]شاخص مرگ‌ومیر خام در کشور ایران بر اساس آمارها از 13 نفر به ازای هر 1000 تولد زنده در سال‌های 1354-1349 به رقم 5 نفر در سال‌های 89-1384 کاهش یافته است. براساس مطالعات انجام شده، کاهش عمومی در مرگ‌ومیر کودکان در کشور ایران طی چهار دهه اخیر وجود داشته است.[3]

گسترش شبکه بهداشت عمومی منجر به کاهش فراوان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال هم شده است که نسبت به دوران قبل از انقلاب، رشد چشمگیری داشته است.[4]براساس گزارش بانک جهانی، در دوران رژیم پهلوی سالانه بیش از ۱۴۰ هزار نوزاد جان خود را از دست می‌دادند که این رقم در سالیان اخیر به زیر ۲۰ هزار نوزاد کاهش یافته است.

3. افزایش تعداد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی

در اواخر رژیم پهلوی حدود 558 مؤسسه درمانی با 57927 تخت در سطح کشور وجود داشت که براساس جمعیت کشور آمار نامناسبی محسوب می‌شد.[5] این در حالی است که در دهه چهارم انقلاب اسلامی، مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه (PHC) با ارتقاي پوشش 100 % جمعيت شهري و بيش از 94 % جمعيت روستايي كشور همراه بوده است. در عين حال، ايجاد نظام شبكه بهداشتي- درماني به عنوان يك الگوي جهاني با بيش از 18هزار خانه بهداشت و 5 هزار مركز بهداشتي- درماني به وقوع پيوسته است.[6]این مراقبت‌ها از طریق ارتقاء تعداد مراکز درمانی و بیمارستان‌ها به وجود آمده است و در همین راستا می‌توان توزیع بیمارستان در استان‌های مختلف و رعایت عدالت بهداشتی در تمامی نقاط کشور را مشاهده کرد.[7]

در حالی که در سال ۱۳۵۷، تنها ۳۷ درصد شهرهای کشور دارای بیمارستان بودند، این رقم هم اکنون به بیش از 94 درصد رسیده است. هم اکنون تعداد بیمارستان‌های فعال کشور و تخت بیمارستانی ثابت به ترتیب ۹۱۰ و 148 هزار می‌باشد. در حالی که در سال ۱۳۵۷ این ارقام 556 و 56 هزار بوده است.

4. رشد تعداد پزشکان و متخصصان حوزه سلامت

در دوران پهلوی برای سراسر جمعیت 36 میلیونی ایران به وسعت تمام شهرهای کشور فقط تعداد

محدودی پزشک وجود داشت و روستاهای کشور تنها با 1500 مرکز بهداشت درمانی روستایی بدون پزشک و متخصص رنج می برد.**[8]** تعداد پزشکان موجود در کشور اعم از پزشك عمومی و متخصص رشته‌های مختلف در سال 1357 حدود 14 هزار نفر بود، این در حالی است که بخش قابل توجهی از این رقم هم شامل پزشکان خارجی و بیگانه می‌شد. با این حساب, باز هم به ازای هر ده هزار نفر حدود 3 /9 پزشك وجود داشت .**[9]** براساس گزارش بانک جهانی، شاخص پزشک به جمعیت در دوره پس از پیروزی انقلاب ۶ برابر بهبود یافته است.

کشور ایران در سال 56 با 33 میلیون جمعیت، نیازمند ورود پزشک خارجی از سایر کشورها بوده است، اما هم اکنون با جمعیتی بیش از دو برابر و به تبع آن با نیازی بیشتر به پزشک، با رشد تعداد پزشکان در کشور مواجه است. همچنین در زمینه پزشک متخصص نیز از جمعیت 7000 نفر در سال 57 به جمعیت 72.792 پزشک متخصص در حال حاضر رسیده‌ایم و همچنین باید گفت که مردم بسیاری از کشورها به منظور درمان به کشورمان سفر می‌کنند تا تحت نظر پزشکان ایرانی به درمان خود بپردازند.**[10]**

5. رشد دانشگاه‌های علوم پزشکی

قبل از پیروزی انقلاب حدود ۷ دانشکده پزشکی در دانشگاه‌ها ایجاد شده بود، اما در حال حاضر حدود پنجاه دانشگاه علوم پزشکی در سراسر کشور به فعالیت می‌پردازد. تعداد ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی از حدود ٦٠٠ نفر قبل از پیروزی انقلاب به حدود ٦ هزار نفر در سال افزایش یافت. سال 57، تعداد کل پزشکان دارای کارت نظام پزشکی حدود ۱۷ هزار نفر بود، در حالی که طی سال‌های گذشته، حدود140هزار پزشک در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور تربیت شده‌اند.**[11]** در چهار دهه گذشته رشد برجسته تعداد دانشگاه‌هاي علوم پزشكي در كليه استان‌هاي كشور به ويژه استان‌هاي محروم، افزايش تعداد دانش آموختگان گروه‌هاي علوم پزشكي به ويژه زنان و قوانين مربوط به حضور اين فارغ التحصيلان در مناطق محروم از جمله موفقيت‌هاي بخش آموزش پزشكي است.**[12]** تأسيس بيش از 50 دانشگاه علوم پزشكي، 350 مركز بهداشت شهرستان و 170 دانشكده رشته‌هاي مختلف علوم پزشكي در كشور تا سال 1392 به وقوع پيوسته است.**[13]** همچنین تا سال 96 با توجه به افزایش پزشکان و دانشجویان پزشکی این تعداد در 60 دانشگاه علوم پزشکی درکشور مشغول به فعالیت هستند.

2-5. افزايش تعداد دانشكده هاي پزشكي از ۹ دانشكده در ابتداي انقلاب اسلامي به ۶۴ دانشكده (۵۰ دولتي و ۱۴ دانشگاه آزاد اسلامي) و از ۷ دانشكده دندانپزشكي به ۴۶ دانشكده.

پس از انقلاب ۱۳۵۷ و تغییر در بافت وزارتخانه‌ها در ایران، در سال ۱۳۶۵، تشکیلات آموزش رشته‌های علوم پزشکی از وزارت علوم و آموزش عالی منفک شد و با وزارت بهداری آن زمان ادغام گردید. این مجموعهٔ جدید تحت عنوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کار خود ادامه داد.

دانشگاه‌های جامع کشور نیز به تبع آن به تدریج به دو مؤسسهٔ مستقل با مدیریت جداگانه منفک شدند که یکی از آن‌ها که مربوط به حوزه‌های علوم پزشکی بود، «دانشگاه علوم پزشکی» نام گرفت.[۱۰] فرآیند تأسیس دانشکده‌های علوم پزشکی که با وقوع انقلاب اسلامی متوقف شده بود، در سال ۱۳۶۱ با تأسیس دانشکده‌های علوم پزشکی در شاهرود و رفسنجان از سر گرفته شد و عمدهٔ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور از همان سال تا پایان دههٔ ۱۳۶۰ تأسیس شدند. **[11] [12]**

در حال حاضر ۵۱ دانشگاه و ۱۶ دانشکدهٔ علوم پزشکی دولتی و ۹۶ واحد مجری علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد در کشور فعال هستند. بر اساس آماری در سال ۱۳۹۵، حدود ۲۵۰ هزار دانشجوی علوم پزشکی تحصیل می‌کنند. **[13] [14]**

6- کاهش میزان مرگ مادران باردار از ۲۵۴ در صدهزار در سال ۱۳۵۶ به ۲۵,۱ در صد هزار

در حال حاضرکشور ما جز سه کشور پیشرو در سرعت کاهش این عدد می‌باشد به طوری که در طی ۴۰ سال گذشته کاهش ۱۰ برابری در میزان مرگ و میر مادر باردار را شاهد بودیم و از عدد بالای ۲۰۰ مرگ درصد هزار تولد به ۲۰ رسیدیم این در حالی است که برنامه ریزیهای جهانی در این خصوص با شکست روبرو شد و هدف گذاری کاهش این عدد به ۷۰ تا سال ۲۰۱۶ محقق نشد و الان برای رسیدن به عدد ۷۰ تا سال ۲۰۳۰ برنامه‌ریزی کرده‌اند و کشور ما در حال حاضر به کمتر از یک سوم آرزوی جهانی در سال ۲۰۳۰ رسیده است این در حالیست که در بعضی از کشورهای پیشرفته صنعتی این آمار در طی چند سال اخیر رشد داشته است.در کشور آمریکا علیرغم هزینه‌های سنگین بهداشتی درمانی بر اساس مطالعاتی که خودشان اعلام کرده‌اند این عدد کاهش پیدا نکرده است که آن را ناشی از عدم دسترسی همه مردم به بیمه همگانی و نیز تبعیض نژادی در جامعه آمریکا دانسته‌اند به طوری که آمار مرگ و میر مادر باردار در بین سیاه پوستان سه برابر این آمار در میان سفیدپوستان می‌باشد. **[14]**
پوشش ايمن سازي كودكان به نزديك صد در صد با تأمين واكسن هاي مورد نياز و زنجيره سرد ثابت و سيار به منظور نگهداري و انتقال سالم واكسن ها تا لحظه مصرف.

توسعه برنامه هاي بهبود تغذيه جامعه و كاهش ۵۰ درصدي سوءتغذيه كودكان زير ۵ سال. استقرار حدود ۱۶۰۰ كارشناس تغذيه در مراكز جامع خدمات سلامت شهري به منظور ارائه خدمات رايگان مشاوره تغذيه و رژيم درماني، به منظور پيشگيري و كنترل بيماري هاي غيرواگير مرتبط با تغذيه. كاهش ميزان اسيد چرب ترانس در روغن هاي خوراكي، افزودن ويتامين ها و ريز مغذي ها به رژيم غذايي كودكان. **[15]**

مدیریت تحسین برانگیز بحران کرونا به مدد نیروهاي زبده و ایثارگر بهداشت و درمان با مدیریت و

توليت مناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي. در اين راستا هر زمان كه بر مراقبت ها و خدمات در محيط جامعه و درقالب شبكه بهداشتي درماني تاكيد بيشتري مي شد، كاهش موارد ابتلا و مرگ و مير را به صورت بسيار چشمگيرتري به دنبال داشت. **[16]**

7-ارتقاء تجهیزات پزشکی و درمانی؛ خودکفایی در لوازم پزشکی

در دوران رژیم پهلوی حدود 50 شرکت تولیدی در زمینه تجهیزات پزشکی در سطح کشور وجود داشت که همگی مواد اولیه را از خارج وارد و در داخل ایران مونتاژ می‌کردند، این شرکت‌ها تنها توانایی تامین 3 درصد از نیاز کشور را داشتند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی بیش از 500 شرکت تجهیزات پزشکی مشغول به فعالیت هستند. بر اساس آمار امروزه بیش از 80 درصد از نیاز 910 بیمارستان سراسر کشور را شرکت‌های داخلی و دانش بنیان تهیه می‌کنند. در حال حاضر واحدهای تولید کننده تجهیزات پزشکی در کشور بیش از 8 هزار نوع وسیله پزشکی در کلاس‌های مختلف، تولید و به بازارهای داخلی و خارجی عرضه می‌کنند.

دبیرخانه کارگروه ارزیابی و تشخیص صلاحیت شرکت‌ها و مؤسسات دانش بنیان و نظارت بر اجرا تاکید دارد که ایران در حوزه های مختلف ماشین آلات و تجهیزات پیشرفته در حوزه داروسازی پیشرفت های فراوانی را داشته است که در زمینه های مختلف طراحی و ساخت قابل رویت هستند.**[17]** و برخی از این تجهیزات به قرار زیر است؛

کسب رتبه نخست توليد دارو در سطح منطقه، توليد 97% از داروهاى مورد نياز و و صادرات دارو از جمله داروهاي بيوتكنولوژي، خودكفايي در ساخت انواع واكسن، ريشه‌كني فلج اطفال و ساير بيماری‌های فراگير، پوشش واكسيناسيون از30% به 100%، افرايش تعداد بيمارستان‌ها و مراكز درماني، توسعه بهداشتي كشور و موفقيت در اولويت به پيشگيري بر درمان و در نهايت افزايش اميد به زندگي و كاهش مرگ و مير كودكان زير يک سال سال و كاهش مرگ و مير مادران از ديگر دستاوردهاي علمي در شاخه پزشكي محسوب مي‌شود كه می‌توان از آن به‌عنوان انقلاب پزشکی نام برد.

همچنین اکنون ایران مقام چهارم تولید داروهای نوترکیب را درسطح آسیا داراست و تاکنون ۱۴ دارو از این نوع در کشور تولید شده است. داروی نوترکیب به طور عمده در درمان بیماری‌های صعب العلاج مانند سرطان‌ها، برخی بیماری‌های ویروسی، ام اسوهموفیلی به کار گرفته می‌شود.

سل، دیفتیری، سرخک، حصبه، وبا، سیاه سرفه، جذام و هپاتیت B از بیماری‌های شایع و گریبانگیر مردم در دوره پیش از انقلاب بود. پس از پیروزی انقلاب، پوشش گسترده واکسیناسیون کودکان زیر 5 سال علیه بیماری های واگیردار از 20 درصد به 95 درصد در سال 1380 رسید. اکنون همه کودکان کشور از بدو تولد علیه برخی از این بیماری‌ها حتی در دورافتاده‌ترین منطقه‌ها نیز واکسینه می شوند.

تولید چهار ماده اولیه دارویی برای ساخت داروهای جدید فشار خون ریوی ، ساخت داروهای درمان مشکلات انعقادی و ساخت داروهای شیمی درمانی، ساخت و تولید نخستین نانوداروی تزریقی ضدسرطان با نام تجاری «سینا دوکسوزوم» قابل استفاده در انواع سرطان ناحیه شکمی، تولید داخلی داروی «لووفلوکساسین» برای درمان بیماری‌های عفونی، تولید داروي ضد سرطان «پكلي تاكسل» براي درمان انواع سرطان‌های ریه، پوست، تخمدان و سینه، داروی ضد سرطان «دوکسوروبیسین» با فناوری نانو، داروی «سترورلیکس استات» برای درمان نازایی، داروهای نو ترکیبی برای بیماران ام اس (با عنوان سینووکس)، بیماران خاص (با عنوان اینترفرون بتا، گاما و آلفا) و مبتلایان به هپاتیتC(با عنوان اینترفرون پگنیله) تنها نمونه‌ای از تلاش محققان ایرانی است.

8-بهبود عادلانه وضعیت تغذیه در کشور

سرانه مصرف کالری در کشور از ۲۰۰۰ کالری در قبل از انقلاب با ضریب توزیع پایین به ۳۰۰۰ کالری با ضریب توزیع بالا رسیده است که این امر بیانگر بهبود عادلانه وضعیت تغذیه در کشور است.

9- ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشكي در عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، تجميع توليد و يكپارچگي همه جانبه بخش سلامت و تمركز مسؤوليت ها و پاسخگويي با تشكيل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

10. استقرار شبكه بهداشتي درماني كشور با سياستگذاري و اجراي مبتني بر شواهد علمي، جهت بهره مندي عادلانه آحاد مردم از مراقبت ها و خدمات سلامت همه جانبه. ارتقاي چشمگير كميت و كيفيت مراقبت ها و خدمات سلامت مورد نياز جامعه و آحاد مردم و بهره مندي مناسب از مراقبت ها و خدمات بهداشتي درماني، حركت به سمت عدالت در سلامت و در نتيجه بهبود شاخص هاي بهداشتي كشور، به نحوي كه در بين بالاترين كشور ها در منطقه چشم اندازي قرار گرفته ايم.

11. برنامه ريزي لازم جهت تامين، حفظ و ارتقاي سلامت عادلانه و پاسخگو با تاكيد خاص بر بعد سلامت معنوي اسلامي كه باعث افزايش اميد به زندگي در بدو تولد و كاهش شاخص هاي مرگ و مير شده است. (اميد به زندگي در بدو تولد كه در سال هاي قبل از انقلاب اسلامي، در زنان ۵۳ و در مردان ۵۵ سال بوده است، به ۷۹,۶ سال در زنان و ۷۶,۱ سال در مردان رسيده است).

12. كاهش ميزان مرگ مادران باردار از ۲۵۴ در صدهزار در سال ۱۳۵۶ به ۲۵,۱ در صد هزار

13. كاهش ميزان مرگ نوزادان از ۱۵۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۳ به ۹,۳۴ در هزار تولد زنده

14. كاهش ميزان مرگ كودكان زير يك سال از ۱۹۵ در هزار در سال ۱۳۵۳ به ۱۲,۵۸ در هزار

15. كاهش ميزان مرگ كودكان زير ۵ سال از ۲۲۵ در هزار در سال ۱۳۵۳ به ۱۴ در هزار

16. توفيقات در عرصه بهداشت عمومي و پيشگيري و كنترل بيماريهاي واگير نظير سياه سرفه ، سل، ريشه كني بيماريهاي آبله، فلج اطفال و كرم پيوك، حذف بيماري هاي كزاز نوزادي، جذام، شيستوزوميازيس، سرخك، سرخجه و ديفتري، كاهش موارد هاري و كنترل بيماري هاي اسهالي و كاهش

چشمگير ساير بيماري هاي واگير نظير هپاتيت و عفونت هاي حاد تنفسي و غيره) در كشور
17. پوشش ايمن سازي كودكان به نزديك صد در صد با تأمين واكسن هاي مورد نياز و زنجيره سرد ثابت و سيار بمنظور نگهداري و انتقال سالم واكسن ها تا لحظه مصرف.
18 . كنترل بيماري هاي غير واگير نظير تالاسمي و بيماري هاي رواني و اجراي موفق طرح يددار كردن نمك طعام در كل كشور.
19 . ترويج تغذيه با شير مادر، استفاده بموقع و مناسب از تغذيه كمكي و پايش رشد شيرخواران و كودكان. هدفمندي يارانه هاي اقلام غذايي ضروري، حمايت هاي تغذيه اي مادران باردار و شيرده و كودكان زير ۵ سال نيازمند و مبتلا به سوءتغذيه و نيز اجراي الگوي بسته امنيت غذايي در مناطق محروم كشور.
20 . انجام اقدامات درجهت ارتقاء سلامت عمومي، بخصوص در روستاها و مناطق محروم مانند تأمين آب آشاميدني سالم، دفع بهداشتي فضولات، آموزش بهداشت همگاني، آموزش ماماهاي محلي
21 . ايجاد دفتر سلامت و تندرستي در وزارت آموزش و پرورش و ايجاد معاونت سلامت در سازمان زندان هاي كشور به منظور مبارزه با HIV تزريقي
22 . ايجاد سيستم هاي نرم افزاري و سيستم جمع آوري الكترونيك و اطلاعات مرتبط با بسياري از بيماري ها، راه اندازي سيستم نسخه الكترونيك و نظام اطلاعات بيمارستاني.
23 . راه اندازي نظام غربالگري بيماري هاي ژنتيكي و مادرزادي مانند فينل كتينوري و كم كاري مادرزادي و تالاسميG6PD تيروئيد
24 . راه اندازي نظام جامع، كارآ و پوياي ثبت موارد سرطان بطوري كه ميزان موارد ثبت نشده سرطان در چند سال اخير، به كمتر از ده درصد كاهش پيدا كرده است. اين امر باعث اولويت گذاري در برنامه هاي كنترل سرطان شده و برنامه هاي مداخلاتي لازم در زمينه پيشگيري و كنترل سرطانهاي شايع كشور حسب امكانات در حال انجام است.
25 . تصويب سند ملي بهبود كيفيت آب آشاميدني سالم با همكاري دستگاه هاي ذيربط كه مشتمل بر ۲۲ هدف و ۱۵ راهبرد در زمينه هاي مختلف جهت نيل به اين هدف در كشور شده است و انجام اقدامات لازم در جهت اجرايي شدن سند.
26 . توجه جدي به سلامت دهان و دندان با تربيت نيروهاي حد واسط بهداشت كار دهان و دندان و ادغام خدمات مربوطه در شبكه بهداشتي درماني. تجهيز ۳۴۰۰ مركز ارائه خدمات دندانپزشكي و اجراي برنامه ترميم دندان پوسيده كودكان زير ۱۲ سال
27 . ايجاد خانه هاي بهداشت كارگري در تمام كارگاه هاي داراي بيش از ۵۱ نفر كارگر و ايجاد مراكز بهداشت كار در كارگاه ها و كارخانه هاي داراي بيشتر از ۵۱۱ نفر شاغل
28 . نگارش سند ملي رشد و تكامل همه جانبه ابتداي دوران كودكي و تدوين سند آلودگي هوا و تصويب آن در شوراي عالي سلامت و پيگيري اجرايي شدن اين اسناد.
29 . اجراي برنامه ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت هاي بهداشتي اوليه و استقرار نظام ارجاع بيماران روانپزشكي، با پوشش وسيع و قابل قبول.
30 . استفاده از مديران معتمد، متخصص، جوان و با انگيزه در مديريت سلامت كشور و بكارگيري اساتيد و اعضاي هيأت علمي دانشگاهها در مديريت ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت
31 . توانمند شدن نظام سلامت در سامان دادن و مديريت منابع در بحران هايي مانند همه گيري كووید ۱۹ زلزله و سيل

32 . تخصيص بهينه منابع در نظام سلامت و شبكه مراقبتهاي اوليه بهداشتي درماني كشور براساس سطح بندي خدمات و تخصيص بهينه منابع بخش سلامت به پيشگيري از طريق نشان داركردن آنها
33 . تصويب قانون بيمه همگاني سلامت، تشكيل سازمان بيمه سلامت و افزايش تدريجي پوشش بيمه بهداشتي درماني در سراسر كشور
34 . نگارش سند سلامت اجتماعي ايرانيان و تصويب آن در شوراي اجتماعي كشور و پيگيري اجرايي شدن آن
35 . توجه دادن به اجراي طرح ژنريك- توسعه توليد دارو در داخل كشور،شروع و توسعه توليد تجهيزات پزشكي مصرفي از طريق فن آوري پيشرفته در داخل.
36 . افزايش تعداد ارائه كنندگان مراقبت ها و خدمات بهداشتي درماني در كشور از كمتر از ۱۰۰ هزار به بيش از ۷۰۰ هزار
37 . افزايش تعداد اعضاي هيات علمي دانشكده هاي گروه پزشكي از ۲۹۰۸ درسالهاي اول پس از انقلاب اسلامي به ۲۰۳۸۲ و بهبود نسبت دانشجو به استاد به ده به يك
38 . تامين كمبود شديد نيروي انساني تخصصي و فوق تخصصي پزشكي و دندانپزشكي با افزايش تعداد دانشجويان و دستياران دوره هاي تخصصي و فوق تخصص پزشكي و دندانپزشكي و دوره هاي تكميلي تخصصي باليني و دوره هاي تحصيلات تكميلي و دكتراي تخصصي كه با گسترش متوازن مراكز آموزشي صورت پذيرفته است.
39 . ارتقاي كيفي آموزش و پژوهش، مطابق با نيازهاي سلامت جامعه و ارتقاي كيفي مراقبت ها و خدمات سلامت.
40 . افزايش بسيار چشمگير نسبت دانشجويان زن به مرد و هم چنين شاغلان به خدمت زن به مرد در بخش هاي مختلف آموزشي(هيات علمي و دانشجو) و عرصه ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت، مانند انحصاري شدن رشته تخصصي زنان و زايمان براي بانوان و افزايش قابل توجه متخصصين خانم در رشته هاي داخلي و بخصوص جراحي، جراحي اعصاب و اورولوژي بانوان
41 . اصلاح برنامه هاي آموزشي رشته هاي گروه پزشكي از درماني محض به پيشگيري و درماني و توجه به مسئله پاسخگويي به نيازهاي سلامت جامعه در اين برنامه ها و جامعه نگر شدن دانشجويان گروه پزشكي از طريق حضور آنها در صحنه هاي ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت در جامعه طي دوره هاي تحصيلي آموزشي.
42 . اضافه شدن رشته هاي آموزشي مرتبط با نياز هاي سلامت جامعه در گروه پزشكي (تخصص پزشكي اجتماعي، فوريت هاي پزشكي پيش بيمارستاني، مديريت خدمات بهداشتي درماني، انفورماتيك پزشكي، اخلاق پزشكي، پرستاري اورژانس، پرستاري سالمندي، روان پرستاري، پرستاري مراقبت هاي ويژه،مراقبت هاي ويژه نوزادان، مراقبت هاي ويژه كودكان، تكنولوژي آموزشي در علوم پزشكي، سلامت دهان و دندان و (MPH) مطالعات اجتماعي موثر برسلامت، دوره مديريت بهداشت عمومي دندانپزشكي اجتماعي، آينده پژوهي سلامت، اقتصاد سلامت، سياستگزاري سلامت و چندين رشته ديگر) كه در سايه توسعه متوازن رشته هاي مورد نياز حوزه سلامت شكل گرفته است.
43 . ايجاد مراكز توسعه آموزش پزشكي در دانشگا ه هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني و ايجاد رشته تخصصي آموزش پزشكي در مقاطع كارشناسي ارشد و دكتري تخصصي، با هدف ارتقاي فن معلمي در دانشگاههاي علوم پزشكي. تصويب و اجراي قانون آموزش مداوم گروه پزشكي كه با اجراي برنامه ريزي شده آن تداوم دانش و مهارت دانش آموختگان گروه پزشكي عملياتي خواهد شد.

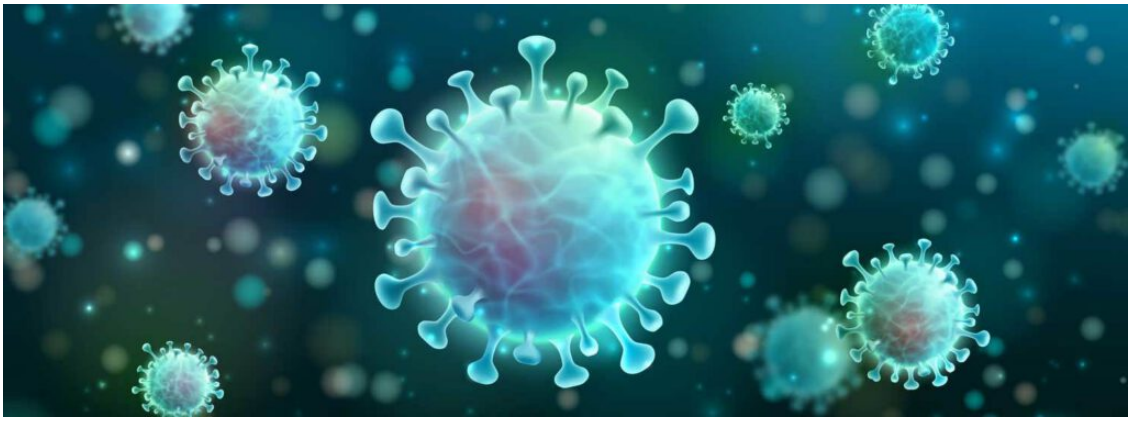
44 . ارتقاي سطح پژوهشي در حوزه گروه پزشكي به نحوي كه با دارا بودن حدود ده درصد از اعضاي هيات علمي و پژوهشگران كشور حدود سي درصد توليدات علمي كشور مربوط به اين حوزه مي باشد و انتخاب عناوين اولويت دار حوزه پژوهش به منظور برطرف كردن نيازهاي جامعه و توسعه مراكز تحقيقاتي و پژوهشكده ها كه با رسالت پاسخگويي به نياز هاي سلامت كشور تاسيس شده اند و ايجاد پايگاه هاي تحقيقات جمعيت به منظور شناسايي به هنگام مشكلات با ارائه راه حل ها. توجه به تحقيقات كاربردي با توجه به بهره بردن از علم توام با تجربه از اعضاي محترم هيات علمي در نظام سلامت كشور.

45 . ارتقاي سطح خدمات درماني كشور به نحوي كه برخلاف سال هاي اول پس از پيروزي انقلاب اسلامي خارجي در كشور طبابت مي كردند و در نتيجه (MBBS) كه چند هزار نفر پزشك و كارشناس پزشكي اعزام بيماران بسيار زيادي براي خدمات درماني و گاهي حتي براي آزمايش هاي تشخيصي به خارج از كشور صورت م يگرفت، در حال حاضر براي هيچ خدمت تخصصي و فوق تخصصي اعزام به خارج از كشور نياز نيست. بسياري از اين گونه خدمات حتي در مناطق كم تر برخوردار و يا مراكز استانها هم ارائه مي شود. لازم به ذكر است كه در حال حاضر بيماران ايراني مقيم خارج از كشور و نيز بيماران خارجي جهت دريافت خدمات درماني به جمهوري اسلامي ايران مراجعه مي كنند و گسترش مراكز پيوند اعضاء در كشور از جمله پيوند كليه، قلب، كبد، ريه، مغز استخوان، قرنيه چشم در منطقه جايگاه بالايي دارند.

46 . توسعه و گسترش پايگاه هاي اورژانس شهري و بين جاده اي كه نقش فوق العاده اي دركاهش مرگ و مير ناشي از تصادفات وتسريع رساندن بيماران اورژانس به بيمارستان ها داشته و ايجاد مراكز مديريت و كمك در مديريت حوادث و بلاياي (Emergency Operation Center) بحران در دانشگا ها طبيعي.

47 . شروع به راه اندازي برنامه پزشكي خانواده و نظام ارجاع روستايي و پايلوت شهري آن در جهت حركت بطرف عدالت در ارائه مراقب تها و خدمات بهداشتي درماني. شروع به تدوين راهنماهاي باليني با مشاركت اعضاي هيات علمي دانشگاه ها.

48 . مديريت تحسين برانگيز بحران كرونا به مدد نيروهاي زبده و ايثارگر بهداشت و درمان با مديريت و توليت مناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي. در اين راستا هر زمان كه بر مراقبت ها و خدمات در محيط جامعه و درقالب شبكه بهداشتي درماني تاكيد بيشتري مي شد، كاهش موارد ابتلا و مرگ و مير را به صورت بسيار چشمگيرتري به دنبال داشت.



چالشهای پیش روی ایران در سلامت

مرکز پژوهش‌هاي مجلس در گزارشي براي نمايندگان دور دهم مجلس، چالش‌ها و فرصت‌هاي نظام سلامت را بررسي کرد. در گزارش خرداد ماه اين مرکز، نظام سلامت و کارکردهاي آن در ايران، وضعيت منابع مالي و نيروي انساني نظام سلامت، اعتبارات وزارت بهداشت و قوانين و اسناد مرتبط بررسي شده و در بخشي از اين گزارش آمده است: «نياز به تحول در نظام ارايه خدمت و بازتعريف قوانين حاکم بر بازار سلامت از زمان تصويب قانون برنامه چهارم توسعه به طور جدي احساس شد و در دستور کار دولت و مجلس قرارگرفت. عدالت در سلامت، پرداخت هزينه نظام ارجاع مبتني بر پزشك خانواده و پوشش همگاني سلامت در اين قانون مدنظر قرار گرفت و در اين راستا، دولت بايد تلاش خود را به پوشش بيشتر هزينه‌ها و مخارج سلامت و خدمات ارايه شده معطوف کرده و در عين حال تلاش کند تا افراد کمتري دچار مخارج کمرشکن و فقرزاي سلامت شوند. همچنين در قانون برنامه پنجم ضمن تاکيد بر نظام ارجاع و سطح‌بندي خدمات، به منع فعاليت همزمان پزشکان در بخش دولتي و خصوصي، بيمه سلامت و تجميع صندوق‌هاي بيمه‌اي نيز پرداخته شد. طرح تحول سلامت هم به عنوان اصلاحات در نظام سلامت از ارديبهشت سال 1393 در دستور کار دولت قرار گرفت. بررسي‌ها نشان مي‌دهد عوامل ژنتيك يا بيولوژي فردي با 15 درصد، وضعيت اجتماعي، اقتصادي با 51 درصد، محيط فيزيکي با 11 درصد و نظام مراقبت سلامت با 25 درصد سهم، بر ابعاد مختلف سلامت تاثيرگذارند در عين آنکه طبقه اجتماعي، محروميت اجتماعي، حاشيه نشيني، استرس، بيکاري، فقر، مسکن، شرايط محيط کار، حمايت اجتماعي، اعتياد، تغذيه، شهرنشيني و مهاجرت از مهم‌ترين مولفه‌هاي اجتماعي تاثيرگذار بر سلامت هستند.»

اين گزارش در توضيح وضعيت منابع مالي و انساني نظام سلامت ايران در سال 94 گفته است: «17 هزار و 915 خانه بهداشت، دو هزار و 551 مرکز بهداشتي درماني روستايي، هزار و 874 مرکز بهداشتي درماني شهري، 9 هزار و 303 تخت روانپزشکي و 118 هزار و 829 تخت فعال در بيمارستان‌هاي دانشگاهي، خصوصي و وابسته به نهادهاي دولتي و عمومي و خيريه موجود است. همچنين اعتبارات وزارت بهداشت در لايحه بودجه 95، حدود 50 هزار ميليارد تومان پيشنهاد شده که 53 درصد اين رقم، درآمد اختصاصي، 8 درصد تملك دارايي‌هاي سرمايه‌اي و 39 درصد هزينه‌هاي عمومي خواهد بود.»در اين گزارش همچنين شاخص‌هاي نيروي انساني و تسهيلات نظام سلامت در کشورهايي همچون ترکيه، لبنان، کويت و قطر که از جمله کشورهاي هدف سند چشم‌انداز هستند، مورد مقايسه قرار گرفته و با وجود آنکه بنا بر گزارش مرکز پژوهش‌ها، ايران در مقايسه با کشورهاي هدف سند چشم‌انداز و با توجه به کل هزينه‌هاي سلامت از توليد ناخالص ملي، بيش از ميانگين اين کشورها بر سلامت سرمايه‌گذاري کرده، اما نسبت هزينه‌هاي پرداخت شده از سوي مردم به کل هزينه‌هاي سلامت در مقايسه با سرمايه‌گذاري دولت‌ها در اين زمينه بيشتر است که در واقع موید بالا بودن نسبي پرداخت هزينه‌هاي درمان از جيب مردم است. چنانکه سهم کل هزينه‌هاي سلامت از توليد ناخالص ملي در ايران 7/6 درصد، ترکيه 6/5 درصد، لبنان 2/7 درصد، کويت 9/2 درصد، قطر 2/2 درصد است اما پرداخت از جيب مردم براي هزينه‌هاي درمان در ايران 5/52 درصد، ترکيه 15 درصد، لبنان 3/34 درصد و کويت 7/15 درصد و قطر 4/8 درصد است.

اين گزارش در مقايسه ديگري درباره سال‌هاي عمر از دست رفته به علت بيماري در ايران و کشورهاي هدف سند چشم‌انداز هشدار داده که اگرچه سال‌هاي عمر از دست رفته در ايران از متوسط آن در

سايركشورهاي مورد بررسي، كمتر است اما بيماري‌هاي غير واگير و صدمات و آسيب‌ها در ايران جمعيت بيشتري را زمينگير كرده و به سوي مرگ سوق داده است.

چنانكه مجموع عوامل، شامل بيماري‌هاي واگير و غير واگير و آسيب‌ها در ايران باعث از دست رفتن 17220 سال عمر در 100 هزار نفر جمعيت مي‌شود در حالي كه اين رقم در تركيه 17160، لبنان 10507، كويت 7067 و قطر 5736 سال است. اين گزارش اشاره كرده كه: «ضعف در ابعاد توليت نظام سلامت، اولويت درمان بر پيشگيري كه به افزايش بار بيماري‌هاي غيرواگير بيش از متوسط جهاني منجر شده، ناپايداري منابع مالي مورد نياز و افزايش كسري اعتبارات سازمان‌هاي بيمه‌گر و عدم رشد متناسب تعرفه‌هاي درمان با سرانه درمان از محل منابع عمومي براي صندوق‌هاي بيمه درماني كه بدهي يا تاخير در پرداخت بيمه‌ها به بيمارستان‌ها و مراكز ارايه‌كننده خدمات را در پي داشته، از جمله چالش‌هاي نظام سلامت است.»همچنين در اين گزارش اشاره شده كه «نظام سلامت با چالش‌هاي ديگري همچون افزايش سهم پرداخت از جيب مردم، بار مالي ناشي از پرداخت‌هاي غيررسمي مردم به ارايه‌دهندگان خدمت، اشتغال همزمان پزشكان در بخش دولتي و خصوصي با وجود تاثيرگذاري منفي چندشغله بودن پزشكان در هزينه‌هاي نظام سلامت، طراحي نظام ارجاع با رويكرد نامناسب و تا سطح ناكامل، عدم استقرار پرونده الكترونيك سلامت، ناكارآمدي برخي قوانين موجود در حوزه سلامت و بي‌تاثير بودن جرايم در نظر گرفته شده در برخي قوانين در مرور زمان و ضعف نظارت بر عملكرد قوانين پنج‌ساله توسعه مواجه است.» اما در عين حال مركز پژوهش‌هاي مجلس اين اشاره را دارد كه نتايج ناشي از تغيير سبك زندگي شهروندان و رواج عادات غلط تغذيه‌اي مانند مصرف سيگار، قليان و الكل، كم تحركي و چاقي، فشار خون بالا و رژيم غذايي ناسالم منجر به تغيير الگوي بيماري‌ها به سمت بيماري‌هاي غيرواگير ازجمله بيماري‌هاي قلبي- عروقي، سرطان‌ها، بيماري‌هاي مزمن تنفسي و ديابت، سلامت روان و حوادث ترافيكي شده در عين حال كه تغيير الگوي انتقال بيماري‌هاي واگيردار ازجمله ويروس ايدز و حاشيه‌نشيني ناشي از مهاجرت، از چالش‌هاي سلامتي مهم در جامعه كنوني ايران به شمار مي‌رود.

مرگهای زودرس در ایران

هر چند که هنوز جراحات ناشی از تصادفات جاده ای در صدر فهرست مرگ جوانان در ایران است؛ اما بیماری های ایسکمیک قلبی، سکته های قلبی و مغزی علت نخست مرگ در بین میانسالان و سالمندان و نیز بیماریهایی با بیشترین سالهای زندگی همراه با ناتوانی در ایران معرفی می شود؛ حتی این بیماریها در ایران، در مقایسه با کشورهای پردرآمد، در سنین پایین تری رخ می دهند. تا آن جا که ایران با دغدغه ای بزرگ به نام مرگهای زودرس عمدتا به دلیل سکته های قلبی و مغزی ناشی از عوامل قابل پیشگیری مواجه شده است به طوری که بر اساس آخرین آمارها، ۴۷ درصد از مجموع ۳۸۰ هزار مرگ در سال ۲۰۱۷، زودرس (زیر ۷۰ سال) بوده که ۱۲۲ هزار مورد آن مربوط به بیماری های غیرواگیر مزمن بوده است. از همین مجموع مرگهای زودرس ایران ، ۸۵ هزار مرگ خیلی زودرس (زیر ۵۰ سال) بوده که سرطان ها در رتبه نخست و بیماری ایسکمیک قلبی در رتبه علل مرگهای زودرس در ایران بوده اند. بنابراین وزارت بهداشت ایران باید اولویت اول را به پیشگیری از مرگهای زودرس بدهد.

کم تحرکی، چاقی، اضافه وزن و رژیم غذایی نامناسب

بر اساس داده های مطالعه بار بیماری های غیرواگیر، ایران در معرض افزایش شدید پرفشاری خون و دیابت است. ۲۰ درصد ایرانی ها مبتلا به فشار خون بالا هستند. چاقی در بزرگسالان رو به افزایش است و در زنان ایران از ۱۳ درصد به ۳۰ درصد و در مردان از ۴ درصد به ۱۷ درصد رسیده است. شیوع بالای چاقی در بین نوجوانان (۱۵ درصد) می تواند بزودی منجر به افزایش شیوع پیش دیابت شود. کم تحرکی، چاقی و اضافه وزن ، رژیم غذایی نامناسب، سلامت ایران را به شدت تهدید می کند

راهکارهای مقابله با چالش های سلامت درایران

اجرای کامل سطح بندی خدمات، برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع واستقرارگام های اجرایی12گانه برنامه

اصالح نظام پرداخت هدفمند یارانه ها و سایر پرداختهای انتقالی دولت

مدیریت وزارت بهداشت بر همه امور مربوط به سلامت

تجدید ساختار بیمه ها و تجمیع آنها در قالب صندوق مشترک

ارتقای کنترل و نظارت وزارت بهداشت بر خدمات بخش خصوصی

ارتقای درآمدهای پایداردولت ازطریق برقراری مالیات سالمت جهت کمک به تأمین مالی طرح تحول سلامت

گسترش و بهبود مستمر زیر ساخت ها با رویکرد مراقبت جامعه محور

بهبود کیفیت مراقبت در راستای افزایش رغبت ورضایتمندی خدمت گیرندگان

نتیجه گیری کلی

چنان که آمار نشان می‌دهد، وضعیت سلامت و بهداشت در جمهوری اسلامی ایران نسبت به رژیم پهلوی رشد کمی و کیفی داشته و وضعیت رفاهی، سلامت و بهداشت مردم بهبود یافته است. در حوزه خدمات درمانی، افزایش سطح کیفی پزشکان، افزایش تعداد پزشکان و پرستاران در مناطق مختلف کشور، تامین داروهای مورد نیاز جامعه، توسعه سلول‌های بنیادی، گسترش تامین اجتماعی و پروژه‌های حمایتی، کاهش دادن هزینه‌های درمانی، کاهش مرگ و میر، افزایش سطح امید به زندگی و... در ایران پس از پیروزی انقلاب دستاوردهای فراوانی قابل لمس و رویت است.

**منابع

1- فرشاد مومنی، «انقلاب امید به زندگي ایرانیان را افزایش داد»، روزنامه اعتماد، شماره4018، چهاردهم بهمن1396، ص14.

2- محسن عباسی اصل و دیگران، «خوشه بندي استان هاي کشور بر اساس شاخص‌هاي سیماي

سلامت»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اسلام، دوره20، شماره چهارم، زمستان1391، ص3.

3- فیروز امانی و دیگران، «روند تغییرات علل عمده مرگ و میر در ایران طی سال‌های 88-1350»، مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي گرگان، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان1389، ص85.

4- GhR Heidari & RN Heidari, Iran Millennium Development Goal's in a Glance. Iranian Journal of Public Health. 2009; Vol 38, p63-64.

5- حمید رفیعی ، زیرساخت‌های اقتصادی در ایران ، تهران، مرکز اسناد انقلاب اسلامی، ص298.

6- مرکز روابط عمومي و اطلاع رساني، مروري بر دستاوردهاي انقلاب اسلامي در عرصه نظام سلامت، تهران، وزارت بهداشت، بهمن1392،ص1.

7- وزارت بهداشت، کارنامهٔ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طی برنامهٔ پنج سال اول توسعه (1371-1367) و مقایسهٔ آن با وضعیت موجود در سال 1357، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،1397.

8- حجت سلیمان دارابی، «انقلاب اسلامی برای ایران چه کرد؟»، فصلنامه 15 خرداد، شماره5، ص109.

9- محسن مرادیان، کارنامه سی‌ساله جمهوری اسلامی ایران ، مجله سوره ، شماره 32 ، ص 27.

10-گروه سیاسی بصیرت، مروری مقایسه ای بر کارکرد حکومت پهلوی با چهار دهه انقلاب اسلامی ایران، بهمن1396، قابل دسترس در؛

/http://basirat.ir/fa/news/309260

11- گروه سیاسی بصیرت، مروری مقایسه ای بر کارکرد حکومت پهلوی با چهار دهه انقلاب اسلامی ایران، بهمن1396.

12- سیدعلیرضا مرندی و دیگران، «تجربه 30 ساله جمهوری اسلامی ایران در مولفه های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت: نقش ها و جهت گیری های آینده مجلس شورای اسلامی»، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره30، شماره سوم، پائیز1391، ص229.

13- مرکز روابط عمومي و اطلاع رساني، مروري بر دستاوردهاي انقلاب اسلامي در عرصه نظام سلامت، تهران، وزارت بهداشت، بهمن1392،ص3.

14- https://irimc.org/news/id/51254

15- بيانيه جلسه زمستان ۱۴۰۱ مجمع عمومي فرهنگستان علوم پزشكي جمهوري اسلامي ايران

16-بيانيه جلسه زمستان ۱۴۰۱ مجمع عمومي فرهنگستان علوم پزشكي جمهوري اسلامي ايران

17- دبیرخانه کارگروه ارزیابی و تشخیص صلاحیت شرکت ها و مؤسسات دانش بنیان و نظارت بر اجرا، فهرست کالا و خدمات دانش بنیان، ویرایش چهارم، تهران، دبیرخانه کارگروه ارزیابی و تشخیص صلاحیت شرکت ها شهریور1396، ص56.