

# اخلاق پزشکی و سیاستگذاری بهداشت و درمان جامعه

دکتر رضا ملک‌زاده \*



نوع تجهیزات پزشکی که بیش از ۷۵۰,۰۰۰ گونه‌های مختلف تجاری دارند می‌شود. این تجهیزات توسط ۱۲۰۰۰ شرکت تولید کننده تجهیزات پزشکی تولید و فروخته می‌شود. از مبلغ ۷۱ میلیارد فقط ۵ میلیارد یعنی ۷ درصد آن سهم کشورهای در حال توسعه است، بقیه مربوط به کشورهای صنعتی است. با وجود پیشرفتهای بدست آمده هنوز مشکلات جدی و مهمی در پیش رو داریم تعداد کل مرگها و ناتوانیهای جسمی و روحی قابل پیشگیری در جهان بشدت بالا است به برخی از ارقام

به برخی از این تغییرات نگاه کنید. طی ۴۰ سال اخیر امید به زندگی در کشورهای جهان سوم از ۴۰ سال در سال ۱۹۵۰ به ۶۳ سال در سال ۱۹۹۰ افزایش یافته است. این امر نشان می‌دهد که کشورهای جهان سوم نیز پیشرفتهای چشمگیری در امر تندرستی داشته‌اند. در جهان تعداد پزشکان از ۱/۲ میلیون نفر در سال ۱۹۵۵ به ۶/۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ نفر رسیده است و تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۵ میلیون تخت در سال ۱۹۶۰ به ۱۷ میلیون تخت در سال ۱۹۸۰ رسیده است. سالانه رقمی نزدیک به ۷۱ میلیارد دلار صرف خرید بیش از ۶۰۰۰

پیشرفتهای سریع و عظیمی که طی نیم قرن گذشته در علوم پزشکی و بیولوژی بوجود آمده و بخصوص استفاده از تکنولوژی پیشرفته در تشخیص و درمان بیماریها، افزایش امکانات درمانی از نظر تخت بیمارستانی و بخشهای ویژه و پرهزینه انجام اعمال جراحی پیشرفته و پیچیده، تنوع دارو و تجهیزات پزشکی باعث گردیده تا هزینه درمان در کشورهای مختلف جهان بخصوص کشورهای صنعتی به شدت افزایش یابد.

\* استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرگهای زودرس و قابل پیشگیری در جهان سوم توجه بفرمائید.

در هر سال نیم میلیون نفر از مادران باردار ۱۱ میلیون نفر کودک و ۷ میلیون نفر بالغین در کشورهای جهان سوم تلف می‌شوند که ۲ میلیون نفر آن فقط به دلیل سل است.

رشد سریع جمعیت در کشورهای جنوب و کاهش منابع کره زمین و خطر جدی که محیط زیست را تهدید می‌کند نیز آینده‌ای هراس‌انگیز را برای اهالی جنوب به تصویر می‌کشد. این در حالی است که اهالی مرفه و مغرور ساکن در شمال نیز که با یک‌پنجم جمعیت جهان بیش از ۸۰ درصد از کل منابع کره زمین را مصرف می‌کنند علاوه بر مشکلات محیط زیستی ناشی از رشد بی‌رویه تکنولوژی و مهاجرت‌های جدی از جنوب به شمال در سالهای اخیر، به دلیل افزایش هزینه‌های درمان و تأمین اجتماعی و رکود اقتصادی با مشکل بیکاری وسیع و علائم (عدم) توانایی در تأمین هزینه‌های مختلف درمان روبرو هستند. با توجه به شرایط فوق‌الذکر امروز نهادها و سازمانهای بین‌المللی این اصل را پذیرفته‌اند که پیشرفتهای بدست آمده طی نیم قرن اخیر گرچه برخی از مشکلات مهم را حل نموده ولی مشکلات و مسائل جدیدی را خلق کرده

است که با توجه به پیوستگی جهان امروز باید با تدبیر خردمندانه و با کمال هوشیاری در اولین فرصت ممکن با همکاری بین‌المللی و منطقه‌ای حل و فصل شده در غیر این صورت بشر در قرن بیست و یکم هم نسل خود و هم کره زمین را در خطر جدی قرار می‌دهد.

در هر نوع سیاستگذاری بین‌المللی و یا جهانی در رابطه با سرنوشت انسان قرن آتی یکی از مهمترین مسائل موضوع سلامتی و روشهای حفظ و ارتقاء آن یعنی بهداشت و درمان و توانبخشی است.

سازمان بهداشت جهانی طی قطعنامه‌ای در سال ۱۹۷۸ در آلمانا استراتژی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را طرح و آن را بطور جدی پیگیری نمود. با وجود موفقیت‌های بدست آمده در بسیاری از کشورهای جهان و کاهش مرگ و میر کودکان، بررسی مجدد وضعیت جهان سوم در سال گذشته نشان داد که بسیاری از این کشورها قادر نخواهند بود به هدف فوق برسند و بروز بحران جمعیت، فقر، قحطی و گرسنگی در برخی از این کشورها و پیش‌بینی بروز چنین بحرانی در تعداد دیگری از آنها این سازمان را به تجدیدنظر و

مطالعه مجدد در استراتژی فوق نزدیک می‌کند.

بدیهی است که در هر نوع سیاستگذاری ملی و بین‌المللی در نظر گرفتن اصول اخلاق انسانی و حقوق بشر بالأخص در امور بهداشت و درمان که در طول تاریخ اصول اخلاق پزشکی از نوع بقراطی بز آن حاکم بوده مطرح می‌شود. در سالهای اخیر وقوع بحرانها که فوق‌العاده در تعدادی از کشورهای جهان سوم برخی از متفکرین و برنامه‌ریزان غربی را به این فکر واداشته که از اصول اخلاقی پذیرفته شده بین‌المللی عدول کنند. ساکنین شمال آماذگی ندارند تا از میزان رفاه و آسایش خود بکاهند، مصرف بی‌رویه خود را کنترل کنند و به دلیل ملاحظات انسانی سهم معقولتری از منابع کره زمین را به محرومین ساکن در جنوب اختصاص دهند. آنها معتقدند که بهتر است در علم اخلاق بقراط را فراموش کنیم و ماکیاوولی را الگو قرار دهیم. برای آنها هدف رفاه اهالی شمال و توسعه پایدار اقتصادی و حفظ محیط زیست در کره زمین است و برای رسیدن به این هدف به جای رعایت عدالت در تقسیم منابع بهتر است جلوی مرگ و میر زودرس در ساکنین جنوب را بگیرند یعنی همان کمکهایی که برای واکسیناسیون و



بهداشت به کشورهای جهان سوم بعمل می‌آید آنها را قطع کنیم تا مرگ و میر کودکان افزایش یابد.

شاید برای برخی از شما شنیدن این حرفها از زبان غربی‌های منادی حقوق بشر تعجب‌آور باشد، ولی تعجب نکنید این اتفاق افتاده است. میزان کمکهای بین‌المللی برای بهداشت از ۷ درصد کل کمکهای بین‌المللی در نیمه اول دهه ۱۹۸۰ به ۶ درصد در نیمه دوم این دهه کاهش پیدا نمود و بحثهای جدی در مقالات مختلف در این مورد مطرح بوده

است. برای مثال توجه شما را جلب می‌کنم به مقاله دکتر کینک در مجله لانست سال ۱۹۹۰ و همچنین میزگردی که در مجله سازمان بهداشت جهانی سال ۱۹۹۳ در این مورد مطرح بوده است.

به نظر اینجانب حاکمیت اخلاق انسانی و روحیه بشردوستی باید بر برنامه‌ریزی بین‌المللی در مورد سلامت بشر حاکم باشد و به جای پیشنهاد ضدانسانی و غیراخلاقی مطرح شده در مقالات مورد اشاره که موجب شرمندگی بشر به اصطلاح متمدن غربی است باید با اتخاذ سیاستها و خط‌مشی صحیح در جهت رفاه کلیه ساکنین کره زمین و ارتقاء سلامتی آنها حرکت کنیم. در این رابطه اقدامات زیر ضروری بنظر می‌رسد.

۱- سرمایه‌گذاری جدی در جهت

توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنوب با حمایت کشورهای شمالی صورت پذیرد. در این رابطه سوادآموزی بخصوص برای بانوان و توسعه مراقبتهای بهداشتی اولیه برای اهالی محروم جنوب در اولویت باشد.

۲- اهالی مرفه شمال به بهای پایین‌آوردن مصرف بی‌رویه خود از منابع زمین سهم مناسب‌تری را برای ساکنین محروم جنوب در نظر بگیرند اگر فقط از تجملات پرهیز کنند و آن را صرف سرمایه‌گذاری در جنوب نمایند مشکلات جمعیتی و زیست محیطی زمین را حل کرده‌اند.

در مقیاس ملی در کشورهای جهان سوم از جمله ایران ما باید تصمیمات مهم و بسیار سختی را اتخاذ کنیم که بعضاً

دارای تبعات سیاسی و اجتماعی است. ما دارای منابع محدود بودجه از طرف دولت هستیم. توانایی مردم در پرداخت هزینه‌ها در بسیاری از نقاط کشور محدود است در حالی که هنوز الگوی تعریف شده و مشخصی از خدمات بهداشتی درمانی که باید مورد حمایت دولت قرار بگیرند نداریم. توقع و انتظار مردم بطور طبیعی دسترسی روزافزون به خدمات پیشرفته درمانی است در حالی که برخی از مناطق محروم کشور هنوز از دریافت مراقبتهای اولیه بهداشتی بصورت مستقیم محرومند.

ساکنین شهرهای بزرگ که معمولاً بنحو مؤثرتری در حاکمیت سیاسی کشور حضور دارند مرتب درخواست خرید تجهیزات پیشرفته چون

# INTERNATIONAL CONGRESS ON MEDICAL ETHICS

1-16 JULY 1993 IRAN TEHRAN



را تحمل کند. ممکن است پدری بخواهد با فروش اموال خود تنها فرزند خود را از مرگ نجات دهد، وظیفه حکومت بخصوص حکومت اسلامی آن است که به او کمک کند.

در سیاستگذارهای بهداشتی-درمانی باید اخلاق پزشکی و انسانی حاکم باشد. بیمار باید حق انتخاب داشته باشد. بدیهی است که منابع دولت باید بیشتر در جایی خرج شود که منافع آن به تعداد بیشتری از آحاد جامعه برسد و از نظر اقتصادی برای مصالح جامعه به صرفه تر باشد.

آنچه ما در طی دو سال گذشته تحت عنوان نظام بیمه خدمات درمانی تدوین نموده و در هیئت دولت به تصویب رسانده ایم در حقیقت با در نظر گرفتن جمیع نکات فوق تهیه و تدوین و نظام جدیدی را براساس مصالح اجتماعی و اصول اخلاق پزشکی پی ریزی می کند. در این طرح نکات مهم عبارتند از:

۱- اولویت در سرمایه گذاری دولت به امور مراقبت های اولیه و پیشگیری است که بصورت رایگان برای آحاد ملت فراهم می شود و هزینه آن را دولت از منابع عمومی تأمین می کند.

۲- در بخش درمان اولویت دولت حمایت از اقشار آسیب پذیر، کارکنان و

سی تی اسکن-ام. آر. آی و احداث بیمارستانهای مجهز و بزرگ را دارند در حالی که ما در برنامه ریزی اولویت را به مراقبت های اولیه بهداشتی برای مناطق محروم داده ایم.

ما از یک طرف با تعداد کثیری از بیماران نیازمند به پیوند مغز استخوان و پیوند کلیه روبرو هستیم که از نظر انسانی و اخلاق پزشکی نمی توانیم آنها را فراموش کنیم (تصور کنید آنها فرزندان شما باشند!) و از سوی دیگر برای تکمیل شبکه بهداشتی در مناطق نیازمند چهار هزار خانه بهداشت کم داریم. برای اطلاع شما باید عرض کنم که با هزینه معالجه یک بیمار برای پیوند مغز و استخوان و یا کبد که مرگ و میر بالایی هم دارد می توان حداقل ۵ خانه بهداشت احداث نمود و مراقبت های اولیه بهداشتی را به ده هزار نفر از مردم ارائه داد و جلوی مرگ حداقل ۱۰۰ کودک را در سال گرفت. کدام را انتخاب کنیم؟ دادن ۵۰ تا ۷۰ درصد شانس برای یک بیمار که زنده بماند و یا دادن جیات به ۱۰۰ نفر؟

فراموش نکنید ما به عنوان یک پزشک قسم می خوریم که باید هر چه می دانیم و می توانیم به بیمار کمک کنیم. نباید قدرت انتخاب را از بیمار بگیریم، حتی اگر دولت نمی تواند هزینه

کارگران و روستائیان است. تمام سوبسیدها به حمایت از این اقشار جهت داده می شود.

۳- حمایت دولت محدود است به بخشی از خدمات بهداشتی-درمانی که اساسی تر است و در همین رابطه باید سوبسیدها را متمرکز کنیم روی سه دسته از خدمات:

- الف - مراقبت های اولیه بهداشتی (Public Health Measure)  
خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی.
- ب- اقلام داروهای اساسی (Essential Drugs) (در داروخانه های دولتی)
- ج- خدمات درمانی اساسی (Essential Clinical Care)  
بیمارستانهای کوچک در بخشها و

شهرهای کوچک. کلینیکهای جراحی  
سریایی.

با ارائه این خدمات در شبکه بیمه  
دسترسی آحاد مردم از فقیر و غنی به  
آنها براحتی امکان پذیر می شود. در این  
برنامه حق به حقدار می رسد چون در  
سیستم بیمه اولویت به افراد آسیب پذیر و  
در عین حال مولد جامعه است. این از  
اصول اخلاق پزشکی و عدالت اجتماعی  
و منطبق بر ارزشها و اعتقادات اسلامی  
ماست.

۴- سرمایه گذاری دولت در بخش  
مراقبتهای پیشرفته بخصوص بیمارستانهای  
رفرال آموزشی که در جهت آموزش و  
پژوهش علوم پزشکی است محدود گردد.  
به توانایی مالی کشور به نحوی که  
ضمن تربیت نیروی انسانی متخصص  
موردنیاز و پژوهش و نوآوری در علوم  
پزشکی از زیاده روی اکیداً پرهیز شود.  
هیچگاه نباید سهم بخش بهداشت و  
مراقبتهای اساسی را قربانی خدمات  
پیشرفته کنیم، این ظلم به اکثریت جامعه  
است برای رفاه اقلیت.

۵- دولت باید بخش خصوصی را  
تشویق کند. برای سرمایه گذاری در ارائه  
خدمات پزشکی با توجه به قیمت‌های  
واقعی از طریق فراهم آوردن تسهیلات  
لازم سیستم بیمه مضاعف را در کنار  
بیمه های اساسی و عمومی تقویت نماید

## ● برای جلوگیری از افت کیفیت خدمات درمانی کنترل تعرفه ها بهترین روش ارائه این خدمات به نحو مناسب در واحدهای دولتی است.

تا برای مردم حق انتخاب وجود داشته  
باشد و برای افسار آسیب پذیر هم  
نهادهای خیریه بخشهای حمایتی و  
مردمی با حمایت دولت امکان دسترسی  
نسبی به خدمات پیشرفته را فراهم آورد.  
۶- برای جلوگیری از افت کیفیت  
خدمات درمانی کنترل تعرفه ها بهترین  
روش ارائه این خدمات به نحو مناسب در  
واحدهای دولتی است. بیمارستانهای

آموزشی که مرکز ارائه خدمات درمانی  
پیشرفته در کشور بوده و از مجهزترین  
تجهیزات و امکانات پزشکی برخوردارند  
می توانند مستقیماً در طرح بیمه اقدام به  
عقد قرارداد نموده و با توجه به حمایتی  
که از نظر بودجه از طرف دولت  
می شوند در ارائه خدمات درمانی پیشرفته  
با بخش خصوصی رقابت نمایند. این  
واحدها می توانند ضمن هماهنگی با  
نهادهای خیریه سهمی از خدمات را برای  
افراد بی بضاعت در نظر بگیرند.

