

Is it Possible to Maintain and Promote Public Health just by Choosing a Proper Minister of Health?

Ali-Asghar Kolahi 

Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

Received: 12 August 2021

Accepted: 20 August 2021

Published: 23 August 2021

How to cite this article:

Kolahi A.A. Is it Possible to Maintain and Promote Public Health just by Choosing a Proper Minister of Health? Salāmat-i ijtimāi (Community Health). 2021; 8(2): 351-358. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v8i2.31485>.

Abstract

Introduction: The article "Components of choosing the Minister of Health and Medical Education" was published on 10 July 2021 on the Tabnak website (1). It seems that even if the Minister of Health is selected based on the components mentioned in the article, it still will not be possible to achieve the goal of providing, maintaining, and promoting health for all of society. Achieving the health goal depends not only on the choice of the Minister of Health but also on more important factors, such as the health system, medical education, and training of health managers. Just as the author of the article on the Tabnak website used the opportunity of the election of a new president in Iran for remembering the goals of a sound health system, the editor of the Journal of SALAMAT-I IJTIMAI also used the opportunity to publish his comments about that article. I recommend reading the article published in Tabnak (1) before continuing to read this commentary.

Materials and Methods: The relationship between current health expenditure per capita and life expectancy was analyzed in this commentary. Gapminder graphs were used to give a general aspect, and the World Bank data provided details.

Results: Among 191 countries, 99 (52%) have health ministers who are non-physicians. However, the distribution of these countries differs among developed and developing worlds. While the health ministers of most developed countries are non-physicians, the health ministers of most developing countries are physicians.

Among the 40 countries with the highest life expectancy globally, the United States, with the highest current health expenditure per capita, has 79.11 years (rank =37). Thirty-six countries achieved a higher life expectancy with a lower budget spent. For example, Japan, which has the highest life expectancy globally, spends only 40%, or Panama, with a similar life expectancy, spends only 11% of the United States.

Conclusion: Although the United States spends the most money on health globally, it has not led to a high life expectancy in that community. At least 40 countries globally have equal or more life expectancy than the United States with less money expenditure. Without a health system, a medical education program tailored to the needs and resources of the country, the Minister of Health alone will not be an influential factor in providing, maintaining, and promoting health for all members of the community. To achieve this goal, it is necessary to review the medical education program based on the needs and resources of the country. Also, the decision-makers of the health system should be changed to persons with related knowledge and qualifications, instead of specialized and sub-specialized physicians, to provide the possibility of changing the health system according to the needs and resources of the country.

Keywords: Health system, Health minister, Current health expenditure per capita, Life expectancy, Medical education, Iran


Conflict of Interest

None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement

We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

آیا اهداف حفظ و ارتقای سلامت جامعه با انتخاب وزیر بهداشت مناسب تامین می شود؟

علی اصغر کلاهی 

دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: مرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: مقاله ای با عنوان " مؤلفه‌های انتخاب وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی " در تاریخ ۱۹ تیر ۱۴۰۰ در پایگاه اطلاع رسانی تابناک منتشر شده است (۱). به نظر می رسد، چنانچه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس مؤلفه های ذکر شده در مقاله انتخاب شود، بازم امکان تحقق هدف ذکر شده در مقاله یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه میسر نخواهد بود. در واقع عوامل رسیدن به هدف سلامت فقط در گرو انتخاب وزیر بهداشت نیست، بلکه عوامل مهم تری همچون انتخاب الگوی نظام ارایه خدمات، آموزش پزشکی و تربیت مدیران سلامت نیز وجود دارد. همان گونه که نویسنده از فرصت انتخاب رئیس جمهور استفاده کرده و هدف نظام سلامت مطلوب را مطرح نموده اند، سردبیر مجله سلامت اجتماعی نیز از فرصت انتشار مقاله ایشان استفاده نموده تا ضمن معرفی آن مقاله، دلایل خود را برای عدم تحقق هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه ارایه نماید. توصیه می شود، قبل از ادامه مطالعه این نوشته، ابتدا مقاله چاپ شده در تابناک (۱) مطالعه شود.

روش و مواد: در این بررسی رابطه هزینه سرانه برای سلامت با امید به زندگی مورد تحلیل قرار گرفت. هزینه سرانه پرداخت برای سلامت و امید به زندگی از داده‌های منتشر شده بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ استخراج شد. رشته تخصصی وزرای کشورهای جهان نیز با جستجوی کشور به کشور تعیین شد. برای تصویر سازی کلی از نمودارهای Gapminder و برای داده‌ها از سایت بانک جهانی استفاده شد.

یافته ها: در بین ۱۹۱ کشور جهان، وزرای بهداشت ۹۹ (۵۲٪) کشور غیرپزشک هستند، ولی این توزیع یکسان نیست. به طوری که وزرای بهداشت اکثر کشورهای توسعه یافته غیر پزشک و در مقابل وزرای بهداشت اکثر کشورهای توسعه نیافته پزشک می باشند. در بین ۴۰ کشور دارای بیشترین امید به زندگی در جهان، ایالات متحده با امید به زندگی ۷۹/۱۱ سال بیشترین هزینه سرانه را برای سلامت صرف می کند. در حالی که به طور مثال ژاپن که بیشترین امید به زندگی را در جهان دارد، فقط ۴۰٪ و یا پاناما با امید به زندگی مشابه فقط ۱۱٪ ایالات متحده برای سرانه سلامت هزینه می کنند.

نتیجه گیری: با اینکه ایالات متحده بیشترین پول را برای سلامت در جهان هزینه می کند، ولی این هزینه موجب امید به زندگی بالا در جامعه آن کشور نشده است. حداقل ۴۰ کشور در جهان وجود دارند که با صرف پول کمتر امید به زندگی برابر یا بیشتر از ایالات متحده دارند. بدون نظام سلامت و برنامه آموزش پزشکی متناسب با نیازها و منابع کشور، وزیر بهداشت به تنهایی عامل مؤثری برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه نخواهد بود. برای رسیدن به این هدف لازم است برنامه آموزش پزشکی بر اساس نیازها و منابع کشور مورد بازنگری قرار گیرد. همچنین ارکان تصمیم گیری نظام سلامت به جای پزشکان متخصص و فوق تخصص به افرادی با دانش و توانمندی های مرتبط تغییر یابد، تا امکان تغییر نظام سلامت متناسب با نیازها و منابع کشور فراهم گردد.

کلید واژه‌ها: نظام سلامت، وزیر بهداشت، هزینه‌ی سرانه سلامت، امید به زندگی، آموزش پزشکی، ایران

مقدمه

مقاله ای با عنوان "مؤلفه‌های انتخاب وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی" در تاریخ ۱۹ تیر ۱۴۰۰ در پایگاه اطلاع رسانی تابناک منتشر شده است (۱). به نظر می‌رسد، چنانچه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس مؤلفه‌های ذکر شده در مقاله انتخاب شود، باز هم امکان تحقق هدف ذکر شده در مقاله یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه وجود نخواهد داشت. رضا داوری اردکانی فیلسوف و متفکر ایرانی، عضو دائم و رئیس فرهنگستان علوم می‌گوید: ایران در حوزه‌های مختلف اعم از اداری، اقتصادی و اجتماعی پر از مشکل است، اما چون به عمق و ریشه آن‌ها پی نبرده‌ایم فکر می‌کنیم حل مشکلات آسان است و علت عدم حل آنها صرف وجود دولت‌های نالایق است بدون توجه به این که با وجود مدیران لایق نیز پیچیدگی امور اصلاحات را دشوار می‌کند (۲ و ۳). در واقع عوامل رسیدن به هدف سلامت فقط در گرو انتخاب وزیر بهداشت نیست، بلکه عوامل مهم‌تری همچون انتخاب الگوی نظام ارایه خدمات، آموزش پزشکی و تربیت مدیران سلامت وجود دارد. که در ادامه دلایل خود را برای عدم تحقق هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه ارایه می‌شود.

وزیران هر کدام بر اساس تقسیم کار و دسته‌بندی وظایف، متصدی امری از امور جامعه هستند، که به موجب قانون در یک وزارتخانه متمرکز شده است. به نظر می‌رسد وزیر یک وزارتخانه باید بر اساس اهداف بالادستی و مصوب، فعالیت‌های اجرایی وزارتخانه خودش را مدیریت نماید (۴). البته در کنار وظایف اجرایی می‌تواند طرح‌های جدیدی را بر اساس شرایط روز در چهارچوب قوانین پیشنهاد نماید. برای انجام این وظایف نیازی به وجود یک وزیر پزشک، آن هم از نوع متخصص و فوق متخصص بالینی نیست. بررسی ما در تیر ۱۴۰۰ نشان داد، در بین ۱۹۱ کشور جهان وزرای بهداشت ۹۹ (۵۲٪) کشور غیرپزشک هستند، ولی این توزیع متعادل نیست. به طوری که وزرای بهداشت اکثر کشورهای توسعه‌یافته غیرپزشک و در مقابل وزرای بهداشت اکثر کشورهای توسعه‌نیافته پزشک می‌باشند. دکتر طریقت منفرد وزیر سابق بهداشت می‌گوید: بنده رزومه ۴۴ وزیر بهداشت ۱۶ کشور اول دنیا را مطالعه کرده‌ام و از این ۴۴ وزیر ۴۱ نفر غیر پزشک هستند و حتی آن تعداد باقیمانده نیز پزشکانی هستند که هیچ فعالیت انتفاعی ندارند (۵). یک بررسی دیگر نشان داده است که از مجموع ۴۰ نفر وزیر بهداشت ۱۴ (۳۵٪) نفر پزشک بوده‌اند (۶). جدول شماره ۱ تحصیلات وزرای بهداشت چند کشور منتخب را نشان می‌دهد (۷).

جدول شماره ۱- رشته تحصیلی وزرای بهداشت کشورهای منتخب

اسپانیا	جامعه شناس
فرانسه	حقوق عمومی
استرالیا	حقوق و هنر
سوئد	بیمه
کانادا	سیاستمدار
آلمان	سیاست گذاری حوزه سلامت
فنلاند	روزنامه نگار
انگلستان	علوم سیاسی
تایلند	دکترای حقوق
دانمارک	سیاستمدار
ایالات متحده	مدیریت عمومی
نروژ	کامپیوتر

روش و مواد

در این بررسی رابطه هزینه سرانه برای سلامت با امید به زندگی مورد تحلیل قرار گرفت. هزینه سرانه پرداخت برای سلامت (۸) و امید به زندگی (۹) از داده‌های منتشر شده بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ استخراج شد. رشته تخصصی وزرای کشورهای جهان نیز با جستجوی کشور به کشور تعیین شد. برای تصویر سازی کلی از نمودارهای Gapminder و برای داده‌ها از سایت بانک جهانی استفاده شد.

یافته‌ها و بحث

نمودار شماره ۱ و ۲ از موسسه Gapminder برداشته شده است (۱۰). ایالات متحده در سال ۲۰۱۰ با صرف حدود ۱۸٪ از GNP (۸۳۶۰ دلار برای هر فرد) دارای امید به زندگی کمتر از ۷۹ سال می‌باشد. در حالی که ژاپن و سنگاپور با صرف کمتر از ۱۰٪ و ۴٪ به ترتیب امید به زندگی بالاتری دارند. ۴۰ کشور در جهان وجود دارد که با صرف پول کمتری امید به زندگی برابر یا بیشتر از ایالات متحده دارند. در نمودار بزرگی حساب معرف جمعیت بیشتر و رنگ‌های سرخ معرف کشورهای آسیایی، سبز آمریکا، زرد اروپا، لاجوردی آفریقا می‌باشد. برای آشنایی با نرم افزار موسسه Gapminder و نمودارها می‌توانید به مقاله شاخص‌های جهانی سلامت: تغییرات و واقعیت‌های جدید مراجعه کنید (۱۱).

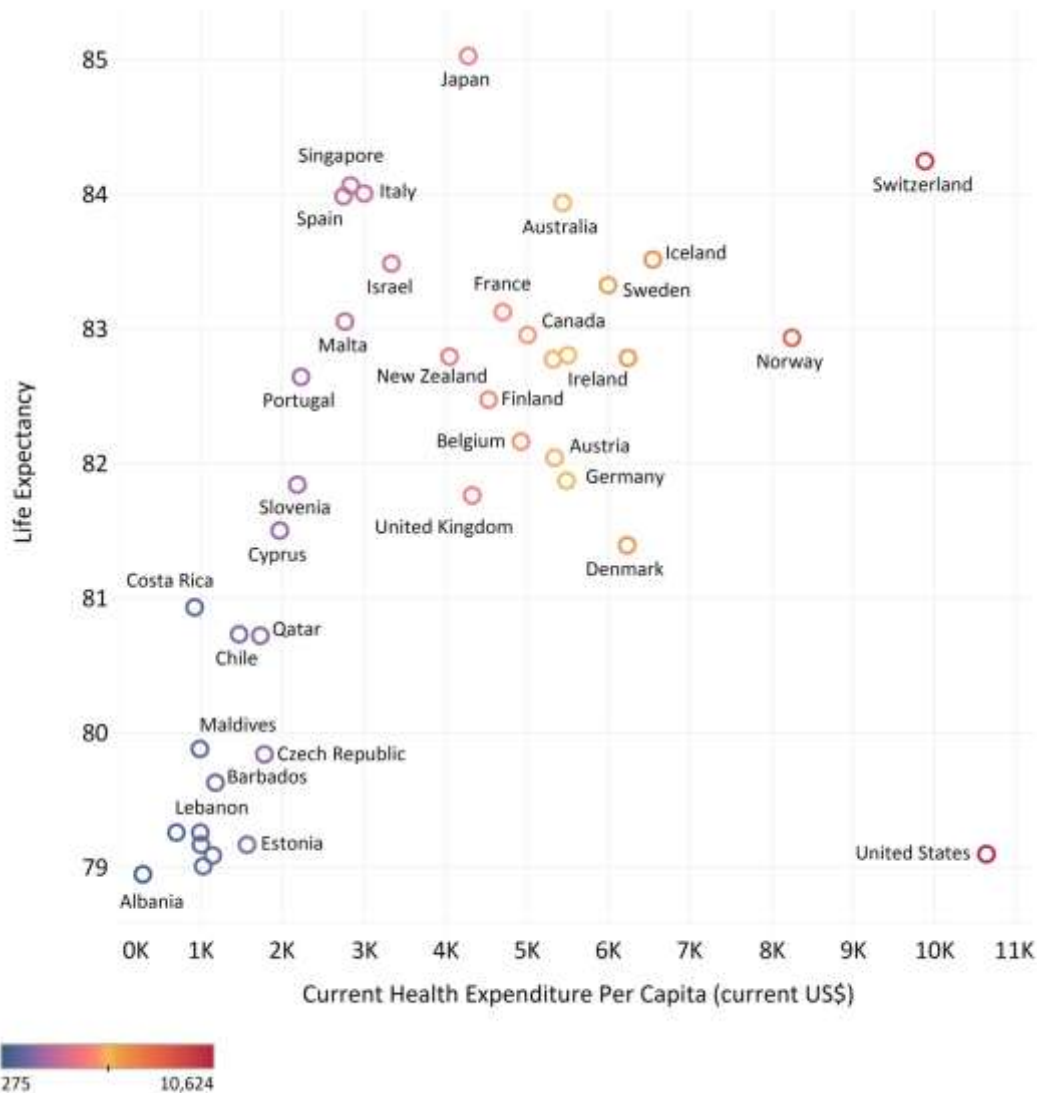


نمودار شماره ۱- رابطه سهم بهداشت از بودجه با امید به زندگی در بین کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰



نمودار شماره ۲- رابطه هزینه سرانه برای سلامت با امید به زندگی در بین کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰

ولی با آخرین داده‌های منتشرشده بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ می‌توان جزئیات بیشتری را توضیح داد. همان گونه که در نمودار شماره ۳ دیده می‌شود، در بین ۴۰ کشور دارای بیشترین امید به زندگی در جهان، ایالات متحده با امید به زندگی ۷۹ سال بیشترین هزینه سرانه را برای سلامت صرف می‌کند. در حالی که به طور مثال ژاپن که بیشترین امید به زندگی را در جهان دارد فقط ۴۰٪ و یا پاناما با امید به زندگی مشابه فقط ۱۱٪ ایالات متحده برای سرانه سلامت هزینه می‌کنند. جزئیات بیشتر در جدول شماره ۱ دیده می‌شود.



نمودار شماره ۳- رابطه هزینه سرانه برای سلامت با امید به زندگی در بین کشورهای منتخب در سال ۲۰۱۸

برای آرایه جدول شماره ۲ مقادیر سرانه پرداخت برای سلامت (۸) و امید به زندگی (۹) استخراج شد. ایالات متحده در جهان بیشترین پول را برای سلامت هزینه می‌کند ولی از نظر امید به زندگی با ۷۹/۱۱ سال در رتبه ۴۱ جهانی قرار دارد. چون برای چهار کشور داده‌ها در سال ۲۰۱۸ موجود نبود، با تنظیم جدول شماره ۲ ایالات متحده در رتبه ۳۷ جهانی دیده می‌شود. ما در این جدول سرانه پرداخت برای سلامت و امید به زندگی ۴۰ کشور را آرایه می‌کنیم. در این جدول کشورها به ترتیب بالاترین امید به زندگی مرتب شده‌اند. ستون سوم مربوط به هزینه سرانه سلامت به دلار آمریکا می‌باشد. در ستون چهارم چنانچه هزینه سرانه ایالات متحده ۱۰۰ فرض شود، هزینه صرف شده سایر کشورها محاسبه شده است. به طور مثال ژاپن ۴۰/۲ و آلبانی ۲/۶ دلار برای سلامت هزینه می‌کنند. این جدول نشان می‌دهد که حداقل ۳۶ کشور در جهان وجود دارد که با صرف هزینه کمتر امید به زندگی بالاتری بدست آورده‌اند.

جدول شماره ۲- رابطه هزینه سرانه برای سلامت با امید به زندگی در بین کشورهای منتخب در سال ۲۰۱۸

ردیف	نام کشور	Current health expenditure per capita (US\$)	درصد هزینه نسبت به ایالات متحده	امید به زندگی
۱	ژاپن	۴۲۶۷	۴۰/۲	۸۵/۰۳
۲	سوئیس	۹۸۷۱	۹۲/۹	۸۴/۲۵
۳	سنگاپور	۲۸۲۴	۲۶/۶	۸۴/۰۷
۴	ایتالیا	۲۹۸۹	۲۸/۱	۸۴/۰۱
۵	اسپانیا	۲۷۳۶	۲۵/۸	۸۳/۹۹
۶	استرالیا	۵۴۲۵	۵۱/۱	۸۳/۹۴
۷	ایسلند	۶۵۳۱	۶۱/۵	۸۳/۵۲
۸	اسرائیل	۳۳۲۴	۳۱/۳	۸۳/۴۹
۹	سوئد	۵۹۸۲	۵۶/۳	۸۳/۳۳
۱۰	فرانسه	۴۶۹۰	۴۴/۱	۸۳/۱۳
۱۱	مالت	۲۷۵۴	۲۵/۹	۸۳/۰۶
۱۲	کانادا	۴۹۹۵	۴۷/۰	۸۲/۹۶
۱۳	نروژ	۸۲۳۹	۷۷/۶	۸۲/۹۴
۱۴	ایرلند	۵۴۸۹	۵۱/۷	۸۴/۸۱
۱۵	نیوزیلند	۴۰۳۷	۳۸/۰	۸۲/۸
۱۶	لوگزامبورگ	۶۲۲۷	۵۸/۶	۸۲/۷۹
۱۷	هلند	۵۳۰۷	۵۰/۰	۸۲/۷۸
۱۸	پرتغال	۲۲۱۵	۲۰/۸	۸۲/۶۵
۱۹	فنلاند	۴۵۱۶	۴۲/۵	۸۲/۴۸
۲۰	بلژیک	۴۹۱۳	۴۶/۲	۸۲/۱۷
۲۱	اتریش	۵۳۲۶	۵۰/۱	۸۲/۰۵
۲۲	آلمان	۵۴۷۲	۵۱/۵	۸۱/۸۸
۲۳	اسلوانی	۲۱۷۰	۲۰/۴	۸۱/۸۵
۲۴	بریتانیا	۴۳۱۵	۴۰/۶	۸۱/۷۷
۲۵	قبرس	۱۹۵۴	۱۸/۴	۸۱/۵۱
۲۶	دانمارک	۶۲۱۷	۵۸/۵	۸۱/۴
۲۷	کاستاریکا	۹۱۰	۸/۶	۸۰/۹۴
۲۸	شیلی	۱۴۵۶	۱۳/۷	۸۰/۷۴
۲۹	قطر	۱۷۱۶	۱۶/۲	۸۰/۷۳
۳۰	مالدیو	۹۷۴	۹/۲	۷۹/۸۹
۳۱	جمهوری چک	۱۷۶۶	۱۶/۶	۷۹/۸۵
۳۲	باربادوس	۱۱۶۵	۱۱/۰	۷۹/۶۴
۳۳	لبنان	۶۸۶	۶/۵	۷۹/۲۷
۳۴	لهستان	۹۷۹	۹/۲	۷۹/۲۷
۳۵	کوبا	۹۸۷	۹/۳	۷۹/۱۸
۳۶	استونی	۱۵۵۳	۱۴/۶	۷۹/۱۸
۳۷	امریکا	۱۰۶۲۴	۱۰۰/۰	۷۹/۱۱
۳۸	پاناما	۱۱۳۲	۱۰/۷	۷۹/۱
۳۹	کرواسی	۱۰۱۴	۹/۵	۷۹/۰۲
۴۰	آلبانی	۲۷۵	۲/۶	۷۸/۹۶

یافته جالب در مورد ۱۱ کشور پائین جدول (رتبه ۳۰ تا ۴۰) است که امید به زندگی در همه آنها مشابه و برابر ۷۹ سال می‌باشد. در حالی که ایالات متحده ۱۰۶۲۴ دلار هزینه می‌کند ولی ۱۰ کشور دیگر از آلبانی با ۲۷۵ (۲/۶٪ ایالات متحده) تا جمهوری چک با ۱۷۶۶ دلار (۱۶/۶٪ ایالات متحده) همین مقدار امید به زندگی را دارا هستند. در همین حال ۱۶ کشور دیگر وجود دارد که با صرف کمتر از ۲۰٪ ایالات متحده امید به زندگی برابر یا بیشتر از ایالات متحده دارند.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که در ایالات متحده هزینه‌های سلامت بین ۶ تا ۳۸ برابر بالاتر می‌باشد. وقتی این هزینه‌های بالا منجر به سطح سلامت بیشتر نشده است، می‌توان سودجویی ارایه خدمات در ایالات متحده را از طریق بازیگران اصلی شامل شرکت‌های سازنده تجهیزات پزشکی، شرکت‌های دارویی، بیمه‌ها و بیمارستان‌های بزرگ مطرح نمود. بازیگران اصلی برای اینکه دست‌شان رو نشود نیاز به پوشش دارند. این پوشش شامل حمایت مالی و هدایت تحقیقات به سوی اهداف خود، هدایت برنامه و منابع آموزشی و خرید سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران می‌باشد. بخشی از وجود فساد در مستند Sicko توسط مایکل مور به تصویر کشیده شده است (۱۲). آنها برای رسیدن به سود بیشتر کالای سلامت را انتخاب کرده‌اند. چرا که کالای سلامت بعد از غذا، از جمله کالاهایی هست که همه مردم و حکومت‌های جهان حاضر به پرداخت هزینه‌های آن می‌باشند. ولی تصمیم‌گیران کشورها باید هوشیار باشند تا در دام این بازیگران اصلی نیافتند و چنانچه ناگزیر به انتخاب یک کشور الگو برای آموزش و ارایه خدمات هستند، از انتخاب‌هایی که در آنها سودجویی کمتر بوده و کارایی بالاتری دارند، استفاده کنند.

بالاترین امید به زندگی گزارش شده با ۸۵/۲۹ سال متعلق به هنگ کنگ است ولی چون مقدار هزینه صرف شده گزارش نشده است در جدول قرار نگرفت. ایران با امید به زندگی ۷۷/۳۳ سال و ۴۸۴ دلار (یک بیست و دوم ایالات متحده) در رتبه ۱۱۳ جهان قرار دارد. بدین معنی که هزینه ارایه خدمات در ایران باید حدود یک بیستم ایالات متحده باشد نه اینکه از نظر تشخیص و درمان با آن برابری کند. جداول کامل در ضمیمه مقاله قابل دسترس می‌باشد.

مدیریت نظام سلامت با چه کسانی هست؟

در حال حاضر وزیر و بدنه تصمیم‌گیری و اجرایی امور مربوط به وزارت بهداشت با پزشکان متخصص و فوق تخصص بالینی می‌باشد که برای ارائه مراقبت‌های پزشکی تربیت شده‌اند. برای اینکه یک پزشک متخصص صلاحیت تصمیم‌گیری و مدیریت را احراز کند، هیچ معیار و دوره آموزشی در کشور وجود ندارد. آموزش‌ها منحصر به دوران تحصیل پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در داخل یا خارج کشور می‌باشد، که در آنها هیچ درس اختصاصی مرتبط با سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و مدیریت وجود ندارد. مشکل اساسی وقتی روشن می‌شود که بدانیم برنامه و متون آموزش پزشکی کشور منطبق با نیازهای کشور تعیین نشده است، بلکه بر اساس نیازهای یک کشور توسعه‌یافته می‌باشد، که آن کشور بیشترین پول را در دنیا برای سلامت یا به بیان بهتر برای بیماری هزینه می‌کند. پزشکی در ایالات متحده یک تجارت و سودجویی است که البته در درون آن به درمان بیماری‌ها توجه فراوان شده است و بیماران بخوبی درمان می‌شوند، ولی صرف آن هزینه‌های کلان منجر به سلامت عمومی جامعه مردم آن کشور و امید به زندگی بالا نشده است.

نتیجه‌گیری

با نظام سلامت، برنامه آموزش پزشکی، فقدان برنامه آموزشی مدیریت نظام سلامت، انتظار اینکه وزیر بهداشت عامل مؤثری برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای همه افراد جامعه میسر نخواهد داشت. برای رسیدن به این هدف لازم است برنامه آموزش پزشکی بر اساس نیازها و منابع کشور مورد بازنگری قرار گیرد. همچنین ارکان تصمیم‌گیری نظام سلامت به جای پزشکان متخصص و فوق تخصص به افرادی با دانش و توانمندی‌های مرتبط تغییر یابد.

چه راه حلی برای مشکل می‌تواند می‌تواند مطرح شود؟

برای تحقق حفظ و ارتقای سلامت جامعه ما ابتدا باید نیروی انسانی خود را متناسب با نیازها و امکانات کشور خود تربیت کنیم. اگر توانایی برنامه و متون پزشکی منطبق با نیازها و منابع کشور در کوتاه مدت وجود ندارد، می‌توانیم به تدریج الگوی آموزشی خود را از ایالات متحده به کشورهای اروپایی تغییر دهیم که در آنها هدف پزشکی به جای خدمات گرانقیمت و

سوداگری بیشتر معطوف به سلامت می باشد. البته با تنیدگی ماهرانه ارایه خدمات درمانی، سرمایه گذاری عظیم برای زیر ساخت‌ها، مقاومت و نفوذ دینفعان، انجام این تحول در شرایط عادی تقریباً غیرممکن است، مگر اینکه یک اراده حاکمیتی یا یک مطالبه عمومی در شرایط اضطراری صورت گیرد، نظیر آنچه برای انگلستان بعد از جنگ جهانی دوم رخ داد. در این مقاله تلاش شد که ابعاد دیگری از موضوع حفظ و ارتقای سلامت طرح شود و حداقل مشکلات را متوجه یک فرد به نام وزیر بهداشت ندانسته و انتظارات غیر عملی نداشته باشیم.

جدول شماره ۳- لیست مخاطبین و درجه بندی اهمیت (تعداد ستاره بیشتر به معنی اهمیت بیشتر است)

ردیف	مخاطبین	زیر مجموعه، توضیحات (رشته، جایگاه)	*
۱	سیاست گذاران	هیات دولت، نمایندگان مجلس، مشاوران حوزه سلامت	*****
۲	مدیران	مدیران اجرائی حوزه سلامت	****
۳	متخصصین	اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، پزشکی اجتماعی، مدیریت خدمات بهداشتی، بیماری‌های عفونی، کارشناسان حوزه سلامت، پزشکان عمومی	****
۴	رسانه‌ها	صدا و سیما، رسانه‌های نوشتاری	****
۵	دانشجویان	گروه پزشکی با تاکید بر پزشکی، آمار حیاتی، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی، مدیریت خدمات بهداشتی	***
۶	سایر	معلمین، دانش آموزان	***

تعارض در منافع

نویسنده اظهار می دارد هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از دکتر محمدرضا ملک پور برای ترسیم نمودار شماره ۳ و از دانشجوی پزشکی آقای جواد خانعلی برای ویرایش تشکر و قدردانی می شود. این طرح با کد ۲۷۴۹۲ مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

REFERENCES

1. Determinants for selecting of Health Minster. Available from: tabnak.ir/004SY0 (Accessed 12 August 2021).
2. Available from: <https://b2n.ir/h16031>. (Accessed 15 August 2021).
3. Available from: <https://b2n.ir/355460>. (Accessed 15 August 2021).
4. Mission of Ministry of Health and Medical Education. Available from: <https://b2n.ir/004435> (Accessed 12 August 2021)
5. Available from: <http://ayaronline.ir/1395/06/208766.html>. (Accessed 12 August 2021)
6. Available from: <https://b2n.ir/w76204>. (Accessed 12 August 2021).
7. Available from: <https://b2n.ir/u31777>. (Accessed 12 August 2021).
8. Gapminder. Available from: <https://www.gapminder.org/>(Accessed 12 August 2021).
9. Azangou-Khiavi, M., & Kolahi, AA. Global Indicators of Health: Changes and New Facts. SALĀMAT-I IJTIMĀĪ (Community Health), 2020, 7(4), 347-359.
10. Current health expenditure per capita (current US\$). Last Updated Date 2021-06-30. Available from: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.CHEX.GD.ZS>. (Accessed 12 August 2021).
11. Life Expectancy of the World Population. Available from: <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>. (Accessed 12 August 2021).
12. Documentary of Sicko by Michael Moore. Available from: <http://ak.sbmu.ac.ir/uploads/SICKO.mp4>. (Accessed 12 August 2021).