

## کنکاشی بر مواضع پزشکان در برابر نسخه‌ی ۰۲ طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

علی‌رغم اعتراضات و انتقادهای گسترده‌ای که از سوی اکثر پزشکان عمومی کشور نسبت به «دستورعمل اجرایی پزشک خانواده و نظام ارجاع- نسخه‌ی ۰۲» ایراد شده است، به‌نظر می‌رسد نکات مبهم و مهمی وجود دارد که تبیین و واکاوی آن می‌تواند در اعلام موضع و تصمیم‌گیری در قبال این طرح کمک شایانی کند؛ باشد که این واکاوی بتواند سبب‌ساز ارتقای حرفه‌ای، اقتصادی، علمی و اجتماعی جامعه‌ی پزشکان به‌ویژه پزشکان عمومی کشور شود. نخست با طرح چند پرسش اساسی آغاز می‌کنم:

### چند پرسش اساسی از دولت:

۱. آیا دولت در سلامت و نسخه‌ی ۰۲ طرح پزشک خانواده خواهان حذف بخش خصوصی است؟
۲. آیا بخش خصوصی با سازوکاری به‌غیر از عرضه و تقاضا و رقابت می‌تواند معنا و موضوعیت یابد؟
۳. آیا می‌توان رشد و بالندگی بخش خصوصی را از کانال دستورعمل‌های دولتی و تصدی‌گری دولتی جست؟

### و چند پرسش اساسی از پزشکان بخش خصوصی و نمایندگان صنفی:

۱. آیا وضع کنونی و کیفیت خدمات پزشکی در بخش خصوصی را نامناسب و بحرانی نمی‌دانید؟
۲. آیا ساختار تشکیلاتی صنفی سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی را کارآمد می‌دانید؟
۳. آیا انتظار دارید دولت برای بخش خصوصی نقشه‌ی راه، برنامه و نسخه بنویسد؟

شالوده‌ی پرسش‌های فوق و نکات ابهام‌آمیز و چالش‌زا در حرکت رو به جلوی نظام سلامت را می‌توان بر محور موضوعات زیر مورد نظر قرار داد:

### تفکیک بنیادی بخش خصوصی و بخش دولتی در عرصه‌ی سلامت و پزشکی

وقتی صحبت از حرفه‌ی پزشکی و اقتصاد درمان می‌شود، به‌مانند بسیاری از حوزه‌های دیگر مرتبط با علم اقتصاد و منابع مالی، دو بخش با تفاوت‌های بنیادی نمایان می‌شوند: بخش دولتی و بخش خصوصی. این تفکیک راهبردی در تمام نظام‌های سیاسی و اقتصادی دنیا، در گستره‌ی دو مکتب بزرگ سیاسی- اقتصادی سوسیالیسم و لیبرالیسم، سهم و نقش خود را در جامعه ایفا می‌کند.

دلیل این دوقطبی بودن در انتخاب یک مکتب اقتصادی تفاوت بنیادی در رویکرد و نحوه‌ی برنامه‌ریزی و اجرای آن است. اقتصاد دولتی و سوسیالیستی، با تأکید بر نخبه‌گرایی مسوولان دولتی، اصل را بر این قرار می‌دهد که کلید پیشرفت جامعه و برون‌رفت از مشکلات اقتصادی تنها در دستان عده‌ی قلیلی از مسوولان با استعدادها و قابلیت‌های ویژه در سطوح بالا قرار دارد و آنان هستند که می‌توانند با اندیشه و تصمیم خود برای مسوولان سطوح پایین‌تر، کارشناسان و آحاد مردم نقشه‌ی راه را برنامه‌ریزی و ترسیم کنند. در این نوع اقتصاد فرایند حل مساله و تصمیم‌گیری عمودی و از بالا به پایین است.

از سوی دیگر، اقتصاد لیبرالیستی که گرایش به مشارکت بهینه‌ی بخش خصوصی دارد، اصل را بر این قرار می‌دهد که دست نامریی بازار و اقتصاد رقابتی خود بهتر از هر مغز متفکر یا گروهی از نخبگان می‌تواند راهگشای معضلات اقتصادی و اجتماعی جامعه باشد و رویکرد «هر چه کوچک‌تر کردن دولت‌ها» را پیش می‌گیرد. در این نوع اقتصاد، تولید و اشتغال بهینه از کنشگری‌های آزادسازی اقتصادی ناشی می‌شود نه افاق فکر مسوولان مثلاً نخبه‌ی دولتی! در این نوع اقتصاد، فرایند حل مساله و تصمیم‌گیری افقی و عمودی است.

### بستر قانونی

براساس اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، نظام اقتصادی ایران بر پایه‌ی سه بخش دولتی، تعاونی و خصوصی برنامه‌ریزی شده است. بر این مبنا سیاست کلان این بوده که دو بخش دولتی و خصوصی هر یک با ظرفیت‌ها و کاربردهای ویژه‌ی خود در روند توسعه‌ی کشور سهمی داشته باشند و در واقع تدوین‌کنندگان قانون اساسی بر این باور بودند که نمی‌توان برای جامعه‌ی ایران از نسخه‌ی خالص سوسیالیسم یا کاپیتالیسم برای رشد و پیشرفت کشور استفاده کرد. ضمن این‌که در سالیان اخیر بر شکوفایی بخش خصوصی در قالب این اصل توسط مسوولان حکومتی و کارشناسان دولتی تأکید فراوان شده است.

## سرگردانی حرفه‌ای

در حوزه‌ی سلامت، مشکل از آن‌جا آغاز می‌شود که هنوز جامعه‌ی پزشکی کشور در گستره‌ی طیف این دو مکتب اقتصادی خود را سرگردان می‌بیند!

از یک‌سو متولیان دولتی سلامت و پزشکی بر اساس قانون برنامه‌ی توسعه‌ی کشور خود را مکلف می‌بینند که دست به اصلاحات اساسی در عرصه‌ی سلامت و پزشکی بزنند و متأسفانه دیدگاه تنگ‌نظرانه و کم‌بینانه‌ای به بخش خصوصی و قابلیت‌های آن برای اصلاح شاخص‌های سلامت و بهبود خدمات پزشکی دارند. به‌تعبیر دیگر، قاطبه‌ی دولت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هنوز دیدگاه شفافی نسبت به عملکرد و موضع بخش خصوصی در طرح نوین پزشک خانواده (نسخه‌ی ۰۲) ندارد. این را می‌توان از نقاط ضعف فراوان این طرح در به‌کارگیری قابلیت‌های بخش خصوصی از جمله مطب‌ها و درمانگاه‌ها و نیز واکنش مملو از نگرانی پزشکان و پیراپزشکان فعال در بخش خصوصی دریافت.

و از سوی دیگر بخش اعظم جامعه‌ی پزشکی کشور که در بخش خصوصی فعال هستند، به‌ویژه نمایندگان انجمن پزشکان عمومی، نگران از تغییرات بنیادی طرح پزشک خانواده و ذکر اشکالات بنیادی آن در محورهای «تجارب گذشته»، «ملاحظات حقوقی»، «ملاحظات تشکیلاتی و صنفی» و «ملاحظات فنی و کارشناسی» نوعی مقاومت صنفی را نسبت به رویکرد جدید دولت در عرصه‌ی سلامت از خود بروز می‌دهند. ضمن این‌که هیچ‌گونه طرح روی میزی برای اصلاح کیفیت خدمات خود ندارند و تاکنون تعامل «سلبی- انتقادی» با دولت داشته‌اند نه «ایجابی- راهکاری»!

## تفاوت حرفه‌ای

منافع ما پزشکان عمومی بخش خصوصی با منافع پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی ماهیت کاملاً جداگانه دارد. پزشکان دولتی حقوق می‌گیرند ولی پزشکان بخش خصوصی نوعی سرمایه‌گذاری حرفه‌ای کرده‌اند. یک پزشک دولتی از تعطیلات رسمی بیشتر خوشحال می‌شود، چون به‌ازای استراحت کاری، افت درآمد پیدا نمی‌کند. اما یک پزشک بخش خصوصی اگر مطب وی فقط روزهای غیرتعطیل باز باشد (مطابق با روزهای کاری رسمی) از افزایش تعطیلات رسمی متضرر می‌شود، چون افت درآمد پیدا می‌کند. پزشک دولتی دغدغه‌ی کاهش درآمد ناشی از ارتقای شاخص‌های سلامت در جامعه را ندارد و نیازمند به بسط بازار کار خود نیست. ولی پزشک خصوصی، به‌ویژه در سیستم بیماری‌محور، برای جذب مشتری و بسط بازار کار خود تلاش کند. برای پزشک دولتی تبلیغ معنا ندارد ولی برای پزشک خصوصی تبلیغ و معرفی خدمات خود مهم است. پزشک بخش خصوصی نوعی سرمایه‌گذاری انجام داده است و مناسبات اقتصادی شغل وی بستگی به کیفیت و کمیت سرمایه‌گذاری وی دارد. در حالی که پزشک بخش دولتی هیچ‌گونه سرمایه‌گذاری اقتصادی انجام نداده است و لذا میزان حقوق وی نمی‌تواند از نیازهای معیشتی و یک زندگی آبرومند فراتر رود. البته تفاوت‌های زیاد دیگری بین فعالیت پزشک دولتی و پزشک خصوصی وجود دارد که در حوصله‌ی این نوشتار نمی‌گنجد. لذا آن‌چه ما از آن دفاع می‌کنیم، باید منافع حرفه‌ای و اقتصادی بخش خصوصی بر محور سازوکار بازار آزاد و رقابتی باشد نه چیز دیگر!

انتقاد در چارچوب موضوعاتی مانند عدم آمادگی فرهنگی مردم یا میزان سرانه‌ی در نظر گرفته شده در نسخه‌ی ۰۲ یا عدم آمادگی جامعه‌ی پزشکی برای طرح پزشک خانواده نشان از نگاه سنتی به فعالیت پزشکی و یکسان‌انگاری پزشکی دولتی و خصوصی دارد. پزشک بخش خصوصی متولی قانون نیست و وظیفه ندارد به همه‌ی افراد جامعه خدمت ارائه دهد. برعکس، پزشک دولتی متولی قانون است و تنها باید منافع عمومی (نه شخصی یا خصوصی) را مد نظر قرار دهد.

## فدرالیسم پزشکی

کشور ایران از تنوع زیاد جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی در استان‌ها و شهرهای خود برخوردار است. این موضوع به‌ویژه از جنبه‌ی فرهنگ پزشکی و سلامت و خدمات مربوطه نیز مصداق دارد. خدمات پزشکی و تعرفه‌ی آن تا حد زیادی به وضعیت رفاه و توسعه‌ی اقتصادی و فرهنگی هر شهر یا جامعه بستگی دارد. آن‌چه را که طبقه‌ای از مردم یک شهر به‌راحتی به‌عنوان هزینه‌ی اولیه‌ی پزشکی پرداخت می‌کنند، ممکن است مردم استان یا شهر دیگر به‌عنوان هزینه‌ی لوکس و گران در نظر بگیرند و برعکس. بنابراین ضمن تایید رویکرد عدالت‌گرایانه برای برخورداری همه‌ی مردم از خدمات سلامت و پزشکی مطلوب، تفاوت‌های اقلیمی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی استان‌ها و شهرهای ایران با یکدیگر ایجاب می‌کند که به‌ویژه بخش خصوصی، فرایند برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری را با دوری از تمرکزگرایی به انجام برساند. در بخش خصوصی منافع اقتصادی حرف اول را می‌زند و میزان کشش عرضه و تقاضا و رقابت در استان‌ها و شهرهای ایران، برای مثال یک خدمت پزشکی یا درمانی خاص، می‌تواند بسیار متفاوت باشد.

## تمایز و تفکیک حوزه‌ها

امکان ندارد بخش دولتی بتواند برای بخش خصوصی نسخه بنویسد. بخش دولتی، دولتی است و بخش خصوصی، خصوصی! بدنه‌ی عریض و طویل کارشناسی و تخصصی دولت هر چقدر هم که قوی باشد، نمی‌تواند سازوکار عرضه و تقاضا و رقابت را برای بالندگی بخش خصوصی دور بزند یا نادیده انگارد. مگر این‌که به‌صراحت دستور حذف بخش خصوصی را در پزشکی بدهد. آن‌گاه باید تمام پزشکان کشور را حقوق‌بگیر خود بکند و این قطعاً چالش بسیار بزرگی پیش پای دولت خواهد گذاشت. اگر دولت و وزارت بهداشت تصمیم به حذف بخش خصوصی در حوزه‌ی پزشک عمومی دارند (که البته مغایر با اصل ۴۴ قانون اساسی خواهد بود) باید این را به‌صراحت اعلام کنند! در غیر این صورت، باید از نسخه نوشتن برای بخش خصوصی دست بکشند و آن را به خود جامعه‌ی پزشکان بخش خصوصی و نمایندگان صنفی واگذارند.

## توان کارشناسی

بخش خصوصی هم با وضع کنونی و ضعف‌های ساختاری نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی، توان هم‌اوردی با بدنه‌ی کارشناسی دولت را ندارد. در واقع به‌دلیل ضعف بنیادی ساختاری در نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی، به‌جز حرکت‌های پراکنده و غیرحرفه‌ای، چیزی به نام گروه‌های کارشناسی نداریم. دولت منابع و اطلاعات و نیروی انسانی فراوان در اختیار دارد، لذا بهتر است بخش خصوصی به‌غیر از منافع خود در چارچوب‌های مشخص، از پرداختن به جزئیات طرح‌ها و نسخه‌های دولتی و وزارتی خودداری کند. دولت حق دارد به نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی خرده بگیرد که با کدام تیم کارشناسی حرفه‌ای به این نتیجه رسیده است که فلان طرح ناقص یا ناکارآمد است. پزشکان بخش خصوصی اگر می‌توانند ساختار صنفی خود را اصلاح کنند، آن‌گاه خواهند توانست واکنش خود را نسبت به طرح‌ها و لوایح دولتی از حالت «سلبی- انتقادی» به «ایجابی- راهکاری» سوق دهند.

## چه باید کرد؟

ما پزشکان بخش خصوصی در یک بزنگاه صنفی و حرفه‌ای قرار گرفته‌ایم و باید در چند موضوع تکلیف خود را روشن سازیم:

**۱. جداسازی صف پزشکان دولتی از صف پزشکان خصوصی:** پزشک بخش دولتی اعم از عمومی، متخصص و فوق تخصص و اعم از هیات علمی و درمانی نباید در بخش خصوصی فعالیت کند و پزشک بخش خصوصی نیز نباید در بخش دولتی کار کند و حقوق‌بگیر دولت باشد. مخلوط کردن این دو حوزه هم به بخش دولتی ضربه می‌زند و هم به فضای رقابتی سالم در بخش خصوصی و به سازوکار عرضه و تقاضا آسیب جدی وارد می‌کند. آن‌گاه نه بخش دولتی بهره‌ور خواهیم داشت و نه بخش خصوصی پیشرفته و بالنده! پزشکانی که در هر دو بخش فعال‌اند از نوعی رانت برخوردارند و نسبت به پزشکانی که تنها در یک بخش فعال‌اند، برتری غیرمولد دارند. بنابراین هر پزشکی باید تنها در یک بخش بر اساس سلیقه و علائق خود فعالیت کند. دولت یعنی خدمات عمومی و بخش خصوصی یعنی منافع خصوصی!

**۲. اصلاح ساختاری نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی (حرفه‌ای‌گری صنفی):** متأسفانه ساختار سنتی و ناکارآمد سازمان‌های صنفی مانند نظام پزشکی در ایران ریشه در این باور یا شعار نادرست دارد که «خدمت، عشق می‌خواهد و نباید مزد گرفت». این باور نادرست بیشترین ضربه را به مسیر پیشرفت حرفه‌ای در پزشکی بخش خصوصی و نظام پزشکی وارد کرده است. امروزه دیگر به‌دلیل پیچیده شدن نیازها و نیاز به بهبود مستمر فرایندها و برنامه‌ریزی‌های روشمند در یک سازمان نمی‌توان صرفاً به عشق و علاقه‌ی تعدادی پزشک و فعال صنفی برای پیشبرد فعالیت‌های صنفی دل‌خوش و متکی بود. عموماً عشق به خدمت به‌تنهایی نمی‌تواند موتور محرکه‌ی یک سازمان در درازمدت باشد. مسوولیت نیاز به اختصاص زمان دارد و زمان هم از منابع بازارش است. هیچ‌کس آن‌قدر عمر طولانی ندارد که عنصر زمان و عمر خود را مجانی بفروشد! مگر این‌که این شایبه پیش بیاید که جبران این زمان را جای دیگر یا جور دیگر خواهد کرد! این شایبه از مهم‌ترین عوامل مشارکت‌زدایی در انتخابات صنفی است. مدیران صنفی باید برای پیشبرد امور سازمان بخشی از اوقات خود را مصروف آن کنند و باید برای این «زمان» حقوق دریافت کنند تا به آن به‌عنوان یک فعالیت اصلی نگاه کنند نه یک فعالیت فوق برنامه! آن‌گاه مسوولیت و تعهد معنای جدی‌تری پیدا می‌کند.

اگر برای عنصر زمان ارزش مالی متناسبی اختصاص دهیم، آن‌گاه میزان شایستگی افراد برای تصدی پست‌های مدیریتی انجمن‌های صنفی و سازمان بر اساس تخصص، تعهد و مسوولیت‌پذیری فرد سنجیده می‌شود نه عشق و علاقه‌ی صرف! آن‌گاه مطالبه‌ی اعضای یک سازمان نسبت به تعهدات صنفی برگزیدگان شکل واقعی و جدی‌تری خواهد گرفت و مشارکت معنای مثبت‌تری خواهد یافت.

تنها در این صورت است که یک صنف، انجمن یا سازمان غیردولتی می‌تواند اقدام به برنامه‌ریزی، سازماندهی، مدیریت و تشکیل گروه‌های کارشناسی کند تا بتواند با ایجاد اصلاحات بنیادی در فعالیت حرفه‌ای اعضای خود باعث رشد و بالندگی اقتصادی، اجتماعی و اعتباری آن شود. در حال حاضر این کاستی یکی از ضعف‌های اساسی سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های صنفی است.

**۳. مدیریت و پزشکی:** این‌جانب هنوز چرایی انتساب بسیاری از پزشکان عمومی، و از آن جالب‌تر پزشکان متخصص و فوق تخصص به سمت‌های مدیریتی در سطوح ارشد سازمان‌ها، بیمارستان‌ها، نهاد و وزارتخانه‌های مربوط به حوزه‌ی سلامت را درک نکرده‌ام. هنوز شاهدیم که بسیاری از تحصیلکردگان سطوح بالای پزشکی که بعضاً حتی در مدیریت مطلوب مطب خود درمانده‌اند، به پست‌های مدیریتی کلان سازمان‌ها،

بیمارستان‌ها، ادارات و نهادهای بهداشتی و پزشکی گمارده می‌شوند. امروزه جایگاه مدیریت، حلقه‌ی گم‌شده‌ی نهادهای صنفی است. اگر افرادی به مدیریت یک NGO یا نهاد گمارده شوند، باید آشنا به دانش مدیریت ساختارمند و پویا باشند تا با تدوین استراتژی، برنامه‌ریزی، سازماندهی، نظارت و رهبری اهداف سازمان را پیش ببرند. این در حالی است که پزشکان عموماً خود را به دلیل قابلیت‌های بالای هوشی و توانایی، مستحق کسب پست‌های مدیریتی سازمان‌ها و ارگان‌های وابسته به پزشکی می‌دانند. این موضوع در عصر حاضر همان قدر نامانوس و متناقض می‌نماید که بسیاری از تحصیلکردگان رشته‌های مدیریت هوس انجام امور پزشکی کنند.

مدیریت یک دانش و حرفه‌ی خاص است و به‌مانند علوم پزشکی مستلزم فراگیری در دانشگاه است. قدمت علوم پزشکی و گستردگی آن نمی‌تواند توجیهی برای توانایی یک پزشک در کسب مهارت‌های مدیریتی باشد. سیستم بدن با سیستم جامعه یا سازمان علی‌رغم تناظر ظاهری، تفاوت‌های فاحش دارد. اگر ما پزشکان به افراد غیرپزشک حتی به‌رغم هوش بالا و علاقه‌شان به امور پزشکی اجازه‌ی دخالت در سیستم بدن انسان را نمی‌دهیم، چگونه است که به خود اجازه‌ی دخالت در سیستم مدیریت (با تمام پیچیدگی‌های آن در روابط انسانی) می‌دهیم؟ آیا صرف خوش‌نامی یک پزشک در امور پزشکی می‌تواند مجوز انتساب وی به مدیریت سازمان باشد؟ بهتر است که پزشکان، مشاور مدیر تصمیم‌گیر باشند تا مدیران، مشاور پزشک تصمیم‌گیر! ما با سعی و خطا و تحمیل هزینه‌های هنگفت بر پیکره‌ی سازمان‌ها و نهادهای پزشکی، که مانند دیگر سازمان‌ها و نهادها از دانش مدیریت طبعیت می‌کنند، نخواهیم توانست در امور حرفه‌ای خود شاهد پیشرفت و کارآمدی قابل ملاحظه باشیم.

**۴. اصلاح بنیادی مناسبات اقتصادی پزشکان عمومی و پزشکان متخصص:** تعارف را کنار بگذاریم. در وضع کنونی کیفیت و کمیت مناسبات اقتصادی پزشکان متخصص و فوق تخصص با پزشکان عمومی تفاوت فاحش دارد. این تفاوت بزرگ‌تر از آن است که منافع پزشکان عمومی را در طرح‌های پزشک خانواده با منافع پزشکان متخصص و فوق تخصص هم راستا سازد. در واقع، مخالفت پزشکان عمومی با طرح پزشک خانواده‌ی دولت از جنس مخالفت پزشکان متخصص و فوق تخصص نیست! اصلاً اقتصاد سلامت‌محور، راهکار اساسی برای حل بحران پزشکان عمومی است نه پزشکان متخصص یا فوق تخصص. بنابراین اگر تحولی بنیادی در اقتصاد درمان صورت نگیرد، پزشکان متخصص و فوق تخصص با حرکت از اقتصاد بیماری‌محور به سوی اقتصاد سلامت‌محور دچار بحران جدی خواهند شد.

این را هم در نظر بگیریم که به‌دلیل همین اقتصاد بیماری‌محور کنونی، رشته‌های پزشکی عمومی، پزشکی تخصصی و فوق تخصصی مزاد بر نیاز واقعی (در اقتصاد سلامت‌محور) اقدام به جذب دانشجو کرده‌اند. به‌عبارت دیگر، در اقتصاد سلامت‌محور تعداد پزشک کمتری مورد نیاز جامعه خواهد بود و این کاهش نیاز به‌ترتیب رشته‌های فوق تخصصی، تخصصی و سپس پزشک عمومی را هدف قرار خواهد داد. یعنی با برنامه‌ی اقتصاد سلامت‌محور، پزشک عمومی کمترین آسیب را خواهد دید؛ برعکس وضع کنونی (در اقتصاد بیماری‌محور) که پزشک عمومی بیشترین آسیب را می‌بیند.

راهکار برون‌رفت از این وضعیت دو سر باخت تنها با ایجاد تغییرات بنیادی در سیستم تعرفه‌گذاری تنگ‌نظرانه‌ی دولت است که سلامت و درمان را که جزو خدمات بسیار ارزشمند آدمی است، بسیار ارزان تعیین می‌کند. به‌تعبیر دیگر، سازمان نظام پزشکی باید خود بر این چالش اقتصادی فایق بیاید، چرا که در بردارنده‌ی نمایندگان تمام گروه‌ها و رشته‌های پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی (هر چند نامتناسب و ناعادلانه) است. حق تعیین تعرفه‌ی بخش خصوصی باید به خود این بخش و سازمان صنفی آن واگذار شود.

...و

در پایان با این‌که به‌نظر می‌رسد تنش و اختلاف بین صنوف پزشکی و کارگزاران دولتی در حوزه‌ی سلامت به‌غیر از جنبه‌ی منفی (از جمله ائتلاف منابع و زمان و اعتمادزدایی) می‌تواند از جنبه‌ی مثبت باعث رشد و بیداری نسبت با اصلاح ساختار عقب‌مانده و ناکارآمد نظام سلامت و درمان شود، با این‌همه، بهتر است با در نظر گرفتن تفاوت‌های بنیادی کارکردها و ویژگی‌های بخش دولتی با بخش خصوصی، این دو بخش از پیچیدن به پای یکدیگر دست بردارند و هر یک در یک فضای مستقل از هم برای اصلاح ساختار خود تلاش کنند. بخش خصوصی با اصلاح ساختار حرفه‌ای و صنفی خود در ارتقای کیفیت خدمات خود و همسویی با منافع جامعه‌ی پزشکی و پیراپزشکی و نیازهای پزشکی و درمانی جامعه بکوشد. دولت و مجلس محترم هم باید طرح‌ها و برنامه‌های سلامت‌محور برای آحاد مردم را با در نظر گرفتن امکانات و ظرفیت‌های مراکز و نیروی انسانی خود پیش برند، ضمن این‌که فعالیت‌های سلامت‌محور در بخش خصوصی را ارج نهاده و صدور مجوز و نظارت بر آن را به خود سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های مربوطه واگذارند.

**دکتر شهرام اروین**

پزشک عمومی

موسسه‌ی پزشکی - تندرستی ساوان

نشانی: رشت، میدان گلسار، ابتدای خیابان نواب  
تلفن: ۷۲۲۵۶۰۴

Website: [www.savan.ir](http://www.savan.ir)  
Email: [shahram.arvin@gmail.com](mailto:shahram.arvin@gmail.com)