

الگوی موفق شیخ فضل اله همدانی در مدیریت نظام سلامت

(با توجه به نحوه ی مدیریت بیمارستان رشیدی در قرن هشتم هجری)

حسین جباری بیرامی^{۱*}، فریبا بخشیان^۲، غلامرضا باطنی^۳، محمدعلی محجل شجاع^۴، فریدون عباس نژاد^۵، مجید خلیلی^۵

مقاله‌ی مروری

چکیده

در عصر تسلط خرافات و تعصبات بر علم پزشکی (قرون وسطی) و شیوع همه‌گیری‌های وحشتناک طاعون، آبله، سل و جذام در اروپا و رکود در علم طب، خردمندانی چون رازی و ابن سینا دوران طلایی تاریخ پزشکی را رقم زدند. اما حملات ویرانگر مغول به ایران بسیاری از نظام‌های اجتماعی را نابود کرد و در حوزه‌ی طب نیز جادوگری و خرافه‌پرستی را گسترش داد. در آن زمان، خواجه رشیدالدین همدانی، وزیر ایلخانی، تلاش بسیاری کرد تا از انحطاط طب ایرانی - اسلامی جلوگیری نماید. الگوی مدیریت سلامت وی در بیمارستان رشیدی با تئوری‌های این زمان برابری می‌کند و برای مدیران حوزه‌ی سلامت آموزه‌های مهمی دارد.

این مطالعه با هدف معرفی موفقیت‌های فوق برای استفاده در نظام سلامت کشور انجام شده است. این مطالعه‌ی «تحلیلی - اسنادی» مستندات تاریخی تجربه‌ی موفق مدیریت سلامت در بیمارستان رشیدی را در چارچوب نگرش مدیریت نظام‌مند تجزیه و تحلیل می‌نماید. مستندات اجرا شده‌ی بیمارستان رشیدی در کارکردهای نظام سلامت (تولیت، تولید منابع، ارائه‌ی خدمات و تأمین مالی) همراه با نوآوری‌هایی چون کار تیمی، تمام وقت بودن پزشکان، مطلوبیت نظام مالی، اقتصاد سلامت، تأمین مالی پایدار، بیمه‌ی همگانی، مراقبت در منزل و جداسازی بیماران عفونی، همه با اصول و ارزش‌های حاکم بر ارائه‌ی خدمات و استراتژی‌های جاری اصلاحات نظام سلامت هم راستا بوده است و تا حدود زیادی با مستندات سازمان‌های جهانی و صاحب‌نظران اصلاحات در سه دهه‌ی اخیر هم‌خوانی دارد.

تجربه‌ی مدیریت بیمارستان رشیدی که با ارزش‌های دینی و فرهنگی و یافته‌های علمی روز مطابقت دارد می‌تواند به‌عنوان الگوی عملی مورد استفاده‌ی مدیران سطوح عالی نظام سلامت کشور قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مدیریت نظام سلامت، بیمارستان ربع رشیدی تبریز، شیخ فضل اله همدانی

^۱ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، همکار مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) تبریز

^۲ کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ کارشناس ارشد، شورای پژوهشی مرکز تاریخ و فرهنگ ایران

^۴ پزشک، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۵ دانشجوی PhD تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نشانی: تبریز، خیابان گلگشت، دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مدیرگروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۴۱۱۳۳۶۴۶۷۳

مقدمه

در قرون وسطی و دوران تاریک علم پزشکی، در حالی که اروپا دستخوش تاخت و تاز بیماری‌ها و همه‌گیری‌هایی چون طاعون، آبله، سل و جذام بود و علم پزشکی به شدت تحت سلطه‌ی خرافات و تعصبات قرار داشت و هیچ پیشرفتی در آن اتفاق نمی‌افتاد، دانشمندان مسلمان ایرانی چون رازی و ابن سینا پلانیته‌دار علم پزشکی بودند (۱). در اواخر دوران تاریک علم که حملات ویرانگر مغولان به ایران و نواحی اطراف (۲) بسیاری از زیر ساخت‌های علمی، اقتصادی و فرهنگی کشور را نابود کرد (۳) و جادوگری، احضار روح و کلاً خرافه‌گری را در عرصه‌ی علم طب گسترش داد (۴)، خواجه رشیدالدین فضل‌اله همدانی، سیاستمدار و پزشک قرن هفتم و هشتم هجری، نقش بسیار بارزی در احیای فرهنگ ایرانی و پیشگیری از انحطاط طب ایرانی و اسلامی بنیان‌گذاری شده توسط رازی و ابن‌سینا ایفا کرد. وی با ایجاد موسسات و سازمان‌های اداری، آموزشی و خدماتی در اقصی نقاط امپراتوری ایلخانی نظام مدیریتی بی‌نظیری را به‌ویژه در نظام سلامت پی‌ریزی کرد که نه تنها در عصر خود در سراسر دنیا بی‌نظیر بود (۵)؛ بلکه امروز هم آموزه‌های کلیدی را برای نظام سلامت کشور در بردارد. خواجه با نبوغ مدیریتی و نگرش جامع به مقوله‌ی سلامت، نه تنها بسیاری از ابنیه‌ی تاریخی تبریز (۶) بلکه مدرسه‌ی رشیدی‌ی یزد، ارزنجان ترکیه، شبانکاره فارس، مدرسه‌ی مراغه و بیمارستان‌های همدان، شیراز، بصره و سایر بلاد را ایجاد و احیا کرد (۵) که در این میان، بیمارستان رشیدی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۴).

بیمارستان رشیدی به منزله‌ی دانشگاهی با چند هزار دانشجو و پزشک خبره از اقصی نقاط عالم مثل هند و چین و شام با مقرری‌های تعیین شده گواهی بر پیشتازی ایرانیان در عرصه‌ی علم و دانش است (۷). مستندات با ارزش وقفنامه‌ی رابع رشیدی جنبه‌های مختلف مشعل‌داری ایرانیان در سراسر جهان آن روز را در طب نشان می‌دهد؛ به‌طوری که جورج

سارتن در کتاب «مقدمه‌ای بر تاریخ علم» می‌نویسد: هسته اصلی تمدن اروپای غربی قرن ۱۳ میلادی، ایرانیان و دانشمندان ایرانی بودند و در نیمه‌ی دوم سده کوشش اصلی در آذربایجان انجام می‌شد (۸).

در حال حاضر که نارسایی‌ها و عدم کارایی نظام سلامت کشورمان در بخش درمان و کارکردهای تولید و تأمین مالی قابل توجه بوده (۹) و مشکلات عدیده و چالش‌های فراوان برخاسته از عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی (۱۰)، طراحی اصلاحاتی اساسی، هدفمند و پایدار را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید، (۱۱) توجه به نمونه‌های عملی تجارب تاریخی بسیار ارزشمند خواهد بود، زیرا در اصلاحات نظام سلامت (کوچک یا بزرگ) نمی‌توان از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه‌ای تبعیت کرد (۱۲) و حتماً باید به متناسب بودن آن با تاریخچه، ارزش‌ها و فرهنگ ملی توجه نمود و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب اقدام کرد (۱۳).

این مطالعه با هدف توضیح الگوی شیخ فضل‌اله همدانی در مدیریت نظام سلامت با رویکرد نظام‌مند انجام شده است تا ضمن معرفی مجد و عظمت گذشته، آموزه‌هایی را برای استفاده‌ی مدیران و دست‌اندرکاران اصلاحات نظام سلامت ارائه کند، زیرا الگوی مدیریتی خواجه با آخرین یافته‌های ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی و صاحب‌نظران اصلاحات نظام سلامت تا حدود زیادی هم‌خوانی دارد و می‌تواند در حرکت به‌سوی اهداف توسعه‌ی هزاره و سند چشم‌انداز نظام مورد توجه و استفاده قرار گیرد.

روش کار

این مطالعه از نوع «تحلیلی - اسنادی» است که منابع مربوطه، به‌ویژه وقفنامه‌ی رابع رشیدی، مجموعه مقالات کنگره‌ی احیای رابع رشیدی، سایر کتب و مقالات انتشار یافته همراه با بهره‌گیری از نظرات خبرگان امر در جریان نشست‌های کارگروه احیای رابع رشیدی، تبادل نظر با اندیشمندان در جریان ارائه‌ی مقاله در کنگره‌ها و مجلات،

به صورت تئوری و بعد از ظهرها به صورت عملی آموزش می‌دیدند و به صورت شبانه‌روزی در آنجا اقامت و در طول سال‌های تحصیل از نظر اخلاقی و درسی به شدت کنترل می‌شدند (۱۴).

در بعد درمانی همکاری بسیار نزدیکی بین پزشک و داروساز وجود داشت، به طوری که طبیب در موقع ویزیت بیماران باید در مقابل درب داروخانه نشسته و بعد از معاینه‌ی بیمار، داروهای مورد نظر را روی کاغذ (نسخه) نوشته و به مسئول داروخانه (خازن) بدهد و خازن همراه شرابدار (دکتر داروساز) داروی مذکور را به بیمار بدهند. جالب‌تر این‌که در بیمارستان رشیدی هیچ‌گونه وجهی از مجاوران، مسافران و سایر بیماران دریافت نمی‌شد و معالجه کاملاً مجانی بود، حال آن‌که داروها با مخارج سنگینی از اقصی نقاط تهیه و در داروخانه و انبار بزرگ و مخصوص نگه‌داری می‌شد (۱۵).

اگر بیماری از ساکنان شهرک نمی‌توانست با پای خود برای مداوا بیاید، طبیب باید به عیادت او می‌رفت و حتی مسئول تهیه‌ی دارو یعنی شرابدار برایش دارو می‌برد. مطبخی (آشپز مخصوص بیمارستان) نیز غذای تجویز شده از طرف طبیب را می‌پخت و برای بیمار می‌برد (۱۶). قسمتی از بیمارستان برای بیماران معمولی و قسمتی هم به بیماران واگیردار اختصاص یافته بود. پنجاه طبیب حاذق از هند، چین، مصر، شام و دیگر ولایات در بیمارستان گرد آمده بودند.

مدیریت آب شهرک در تأمین، توزیع و بهره‌برداری سرمشق بزرگی برای ایران و جهان به‌شمار می‌رود، به طوری که با احداث قنوات متعدد و وقف آن‌ها به منظور تأمین آب آشامیدنی، حمام و سایر نیازهای اهالی، آن هم به طریق بهداشتی و لوله‌کشی اقدامات مفصلی انجام داده که دستورات لازم در وقفنامه آمده است (۱۷). سامانه‌ی آب‌رسانی در شهر به صورت یک شبکه‌ی منظم لوله‌کشی به محلات، باغات و عناصر و مواضع مختلف شهر طراحی شده بود. این روش در تاریخ شهرسازی سنتی ایران بی‌بدیل است؛ به طوری که هم‌همی عناصر شهری، اعم از خانه‌ها، باغچه‌ها، سقایه‌ها، حمام‌ها،

انتشار کتاب مدیریت بهداشت و درمان در ریح رشیدی از یک‌طرف و مجموعه منابع مربوط به نظام سلامت و اصلاحات در آن از منابع اینترنتی و وب‌سایت‌های سازمان‌های بهداشت جهانی و بانک جهانی که برای تدوین رساله‌ی تخصصی تمرکززدایی در نظام سلامت جمع‌آوری شده بودند از طرف دیگر منجر به تکمیل این مقاله در مدت ده سال گردیده است. در این مطالعه مستندات تاریخی تجربه‌ی موفق مدیریت سلامت در بیمارستان رشیدی با چارچوب نظام‌مند نظام‌های سلامت ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، بر اساس تجارب نویسندگان، مقایسه می‌گردد؛ زیرا چارچوب نظام‌مند فوق، ساختار کلی گزارشات جهانی نظام‌های سلامت کشورهای مختلف جهان در دهه‌ی اخیر را تشکیل می‌دهد.

نتایج

مستندات تاریخی در نحوه‌ی مدیریت بیمارستان رشیدی: یکی از واحدهای مهم شهرک اداری-دانشگاهی ریح رشیدی تبریز که توسط خواجه رشید در دوران غازان خان ساخته شد دارالشفاء بود (۴) که عملاً به صورت دانشکده‌ی پزشکی و بیمارستان فعالیت می‌نمود. این مرکز علاوه بر معالجه و تشفی بیماران، یک مرکز آموزش پزشکی هم به حساب می‌آمد، زیرا در آنجا هر پزشکی علاوه بر مداوای بیماران، پنج تا ده دانشجو را تعلیم علم طب می‌داد. پزشکان دارالشفاء به دو گروه تمام‌وقت و پاره‌وقت تقسیم می‌شدند. پزشکان تمام‌وقت در استخدام رسمی بیمارستان رشیدی بوده و حق کار در خارج و خروج بدون اجازه‌ی متولی از ریح را نداشتند. این طبیبان باید صبح‌ها به تدریس و بعد از ظهرها به مداوا مشغول می‌شدند. دانشجویان هم می‌بایست فقط مدت پنج‌سال در آنجا به تحصیل علم طب اشتغال داشته باشند و بعد از این مدت در صورت صلاحیت دانشنامه دریافت کرده و گرنه پنج‌سال به هدر رفته و اجازه‌ی طبابت به آن‌ها داده نمی‌شد. دانشجویان در مواقع مداوای بیماران دستیار طبیب محسوب می‌شدند و به او کمک می‌کردند یعنی صبح‌ها

«جیره‌بندی» و «مدیریت بحران» در چنین مواردی را توصیه و تأکید کرده است (۵).

ویژگی‌های مهم بیمارستان رشیدی شامل موارد زیر بودند:

- تعلیم ۵ تا ۱۰ دانشجو توسط هر پزشک علاوه بر مداوای بیماران
- تقسیم پزشکان به دو گروه نیمه‌وقت و تمام وقت
- تدریس دروس به‌صورت نظری و عملی طبق برنامه‌ریزی دقیق
- پنج سال بودن مدت تحصیل در رشته‌ی پزشکی
- دقت زیاد در گزینش دانشجویان
- رایگان بودن درمان و مراقبت در منزل از بیماران بدحال توسط پزشک، پرستار و...
- تفکیک محل استراحت بیماران به دو بخش معمولی و واگیر
- استفاده از خازن (مسئول داروخانه)، شرابدار (متخصص علم داروسازی)، خادم‌المرضی (پرستار) و مطبخی (آشپز مخصوص بیماران)
- امکان اقامت پزشکان در کوی‌های ویژه «صالحیه» و «معالجان»
- وجود انبار دارویی با صدها خمره‌ی بزرگ داروی تهیه شده از کشورهای مختلف جهان
- مدیریت مشارکتی مرکز
- مدیریت آتیه یا به‌قول امروزی بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۱۹).

بحث

گرچه حفظ و ارتقای سلامت از مهم‌ترین تلاش‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها محسوب می‌گردد، شکل‌گیری نظام‌های سلامت به شکل پیشرفته‌ی امروزی، قدمت زیادی ندارد و تنها طی قرن اخیر، با انقلاب صنعتی، توسعه‌ی فناوری و ارتقای دانش افراد، رشد و توسعه یافته است. در نگرش نظام‌مند، نظام‌های سلامت در برگیرنده‌ی تمام سازمان‌ها، موسسات و منابعی هستند که به ارائه (یا تولید) اقدامات سلامت می‌پردازند. متأسفانه، بررسی جایگاه و رتبه‌ی کشورمان در میان نظام‌های سلامت (رتبه‌ی ۹۸ در جهان) حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به

مساجد، دروازه‌ها و هم‌چنین گازرگاه (رختشویخانه) و کاغذخانه‌ها، حق‌آبه‌ای معین داشتند که به‌وسیله‌ی نظام لوله‌کشی بی‌نظیری آب‌رسانی می‌شدند (۱۸). به‌علاوه، در مستندات به چارپایانی جهت تخلیه و نظیف شهر از فضولات و خاک‌روبه‌ها اشاره شده است.

اداره‌ی این مجتمع علمی - آموزشی توسط سه مقام ارشد (متولی، مشرف و ناظر) صورت می‌گرفت (۱۴). جزئیات اجرت و محل سکونت طبیبان، متعلمین و سایر پرسنل بیمارستان رشیدی در وقف‌نامه به‌دقت کامل قید شده است. طبق این قرارداد طبیبان مبلغی به اندازه‌ی چند برابر بقیه‌ی کارکنان به‌عنوان حق طبابت دریافت می‌کردند و علاوه بر آن مبلغی معادل بیش از حق طبابت نیز به‌عنوان حق آموزش و تدریس دریافت می‌کردند. در وقف‌نامه به صدها خمره‌ی بزرگ در داروخانه اشاره شده که هر یک حاوی ذخیره‌ی داروهای گوناگون برای مصرف چند سال بوده که نام هر دارو روی خمره نوشته شده و در انبار مخصوص که در کنار بیمارستان بود، نگهداری می‌شدند (۱۵). فعالیت بیمارستان شبانه‌روزی بود و پزشکان موظف به حضور نوبتی و دادن کشیک شبانه بودند. خانه ایشان در داخل بیمارستان در محلی به‌نام «دارالطیب» قرار داشت (۱۶).

در زمینه‌ی تأمین اجتماعی نیز از سهم زارعان سالی یک ششم کل درآمد آن‌ها در صندوقی خاص نگهداری می‌شد تا اگر خود و خانواده‌شان دچار حوادث پیش‌بینی نشده گردند و یا بازماندگان‌شان بی‌سرپرست ماندند، از آن صندوق به آن‌ها کمک شود (معادل حق بیمه یا بازنشستگی). این امر تقریباً برای تمام کارکنان شهرک پیش‌بینی شده بود و اجرا می‌شد. در مورد سال‌های خشکسالی یا کمبود علت آن هر چه باشد، می‌نویسد باید به‌دقت از مصارف غیرضروری جلوگیری کرد. نکته‌ی مدیریتی مهم این که رشید تأکید می‌کند متولی باید کلیه‌ی کارکنان ربح و همه‌ی اولاد واقف را که به‌طریقی سهمی دارند، از این کمبود مطلع سازد تا به متولی تهمت ناروایی نزنند و آن‌ها نیز به سهم خود در مصرف افراط نکنند و با سازمان همکاری نمایند و در حقیقت همان شیوه‌ی

- توسط حاکم شرع تبریز (توجه به مدیریت مشارکتی و کنترل).
- ۷- تقسیم کار و تعیین شرح وظایف دقیق هر یک از رده‌های کارمندی (توجه به خط و مشی گذاری).
- ۸- بین‌المللی بودن مجتمع وقفی ربع رشیدی (توجه به طراحی جامع و کامل).
- ۹- توصیه به مدیریت و کنترل منابع انسانی یعنی کنترل شدید کارکنان از همه جهات اخلاقی، اعتقادی، امانتداری و تعهد و کار و کوشش (توجه به ارزیابی عملکرد).
- ۱۰- نسخه‌نویسی بر روی کاغذ (توجه به مستندسازی).
- ۱۱- کنترل مصرف آب با تعیین حق آبه.
- ۱۲- شرح دقیق کلیه اموال در جای جای امپراتوری بزرگ ایران و نیز شرح املاک وقفی (۱۹).

مصادیق فوق توجه و تحقق اجزای کارکرد تولیت را صدها سال پیش در بیمارستان رشیدی نمایان می‌سازد. به‌علاوه، این موارد با اصول و ارزش‌های حاکم بر ارائه‌ی خدمات چون عدالت، مدیریت منابع و استراتژی‌های حاکم بر اصلاحات و مورد بحث در کشور هم‌چون کوچک‌سازی بدنه‌ی دولت، اداره‌ی هیأت امنایی ۲۵ بیمارستان در کشور به‌صورت آزمایشی، تدوین برنامه‌ی استراتژیک در وزارت و دانشگاه‌ها، بحث مدیریت و پزشکی مبتنی بر شواهد مطروحه در سال‌های اخیر، هم‌خوانی دارند (۲۵-۲۳).

ب) تدارک خدمات

اصلی‌ترین وظیفه‌ی مورد انتظار از نظام سلامت همانا ارائه‌ی خدمات مورد نیاز به شکل عادلانه، اثربخش، قابل خرید و در دسترس برای مردم می‌باشد. در غالب موارد نارسایی ارائه‌ی خدمات به‌دلیل سازماندهی نامناسب و نامطلوب نظام سلامت است (۲۶). بنابراین، توجه به نکات زیر در ارائه‌ی خدمات بسیار مهم است:

چه خدماتی ارائه شود؟ این خدمات به چه کسانی ارائه شود؟ در موارد لازم برای سهمیه‌بندی، این کار چگونه صورت گیرد؟ چگونه از نحوه‌ی سازماندهی ارائه‌کنندگان و از وجود انگیزش‌های صحیح در آنان مطمئن شویم؟ (۲۱).

اهداف اساسی نظام علی‌رغم برخورداری و تخصیص مناسب منابع می‌باشد (۲۰). بر اساس چارچوب سازمان بهداشت جهانی که در گزارش جهانی سال ۲۰۰۰ ارائه شده، این نظام وظایف تولید، تولید منابع، ارائه‌ی خدمات و تأمین مالی را بر عهده دارد (۲۱). مقایسه‌ی مبانی ترسیم شده و مورد انتظار گزارش فوق که ساختار تمام گزارشات کشورهای مختلف دنیا را در پانزده سال اخیر تشکیل می‌دهد با یافته‌های مستند بیمارستان رشیدی، پیشتازی ایرانیان در این عرصه و اهمیت توجه به آن را آشکار می‌نماید:

الف) تولیت

سازمان بهداشت جهانی تولیت را به معنی «مدیریت دقیق و مسؤولانه‌ی تندرستی مردم» تعریف و شامل کارکردهای طراحی جامع و کامل نظام، ارزیابی عملکرد، اولویت گذاری، تدوین خط مشی‌های بین بخشی، تدوین مقررات و حمایت از مصرف کننده ذکر می‌کند (۲۲). الگوی خواجه رشید در مقوله‌ی تولیت نشان می‌دهد که:

- ۱- هدف غایی رشید همانا امور خیریه و آخرت اندوزی و گسترش علم و دانش و شریعت اسلامی و تأمین رفاه و آسایش خلق خدا بود (توجه به کارکرد فرعی نگرش جامع به مقوله‌ی سلامت و پرهیز از نگرش مادی به طبابت است).
- ۲- در بیمارستان رشیدی زمان کار و استراحت و ورود و خروج به‌صورت دقیق برنامه‌ریزی شده بود (توجه به تدوین مقررات).
- ۳- تدوین وقف‌نامه به‌عنوان سند چشم‌انداز و برنامه‌ی استراتژیک سازمان (توجه به برنامه‌ریزی جامع).
- ۴- برنامه‌ریزی در امور بیمه‌ی افراد، اموال و پیش‌بینی‌های دائمی برای مقابله با بحران (توجه به پیش‌بینی و آمادگی برای مدیریت بحران).
- ۵- تأکید بر کوچک‌سازی حجم دولت از طریق اجاره دادن املاک وقفی (توجه به سازمان‌دهی مناسب).
- ۶- پیش‌بینی اداره‌ی ربع رشیدی با هیأت مدیره‌ی سه نفره (متولی، مشرف و ناظر) با تایید صلاحیت عمومی آن‌ها

- در این کارکرد، الگوی مدیریت خدمات در بیمارستان رشیدی می‌تواند با ملزومات ذیل شایسته توجه باشد:
- ۱- فعالیت شبانه‌روزی دارالشفای
 - ۲- ارائه‌ی خدمات به‌صورت رایگان
 - ۳- کنترل دارو و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی با پیش‌بینی همکاری نزدیک و کار مشترک پزشک و داروساز در دادن دارو به بیمار
 - ۴- اقامت شبانه‌روزی پزشکان تمام وقت در مجتمع
 - ۵- جداسازی بیماران معمولی و بیماران واگیردار
 - ۶- پذیرایی از کارکنان در صبح اول وقت
 - ۷- ارائه‌ی خدمات برای همه‌ی نیازمندان

موارد فوق، از جمله مسائل مهمی هستند که از نظام‌های سلامت امروزی نیز انتظار برآورد آن‌ها را داریم (۱۹). اما متأسفانه در سراسر جهان تمدن امروز شاهد مشکلات مهمی در این رابطه مثل کیفیت پایین خدمات، هزینه‌های کمرشکن و مداخلات غیرضرور با اثر بخشی کم هستیم.

ج) تأمین مالی

این کارکرد به معنی جمع‌آوری درآمدها از منابع اولیه و ثانویه، انباشت آن‌ها در صندوق‌های یک کاسه و تخصیص آن‌ها به فعالیت‌های تدارک خدمات اطلاق می‌شود (۲۰). تأمین مالی عمده‌ترین چالش بخش بیمارستانی در جهان و ایران بوده و بخش عمده‌ای از تلاش‌های اصلاحات بر آن متمرکز شده‌اند (۲۷). موارد زیر در نحوه‌ی تأمین مالی ربع رشیدی حائز اهمیت و توجه است:

- ۱- بیمه تمام افراد، اموال و بازنشستگی
- ۲- ذخیره‌سازی یک‌سال مایحتاج از کلیه‌ی مواد و نقود در انبارها و خزانه
- ۳- توجه و تنظیم مسائل اداری - مالی و تعیین هزینه‌ها به‌طور دقیق و شگفت‌انگیز، سازمان‌دهی دقیق نگاه‌داری کلیه‌ی اموال از جمله کتابخانه به‌صورت بسیار پیشرفته
- ۴- سازمان‌دهی دقیق امور مالی دارالضیافه و دارالشفای
- ۵- تعیین مقرری برای علما و فضلالی سراسر مملکت
- ۶- تعیین صد دینار برای کفن و دفن وفات یافتگان بی‌کس

- و ناتوان از پرداخت
- ۷- تنظیم دقیق و شفاف بودجه و حقوق ۱۱ رده‌ی کارمندی
 - ۸- اتکا به تأمین مالی پایدار از طریق سنت حسنه‌ی وقف (۱۹)
- موارد فوق همگی حاکی از طراحی نظام منصفانه‌ی مالی است، به‌طوری که اختلاف دریافتی کارکنان حداکثر تا ۵ الی ۶ برابر می‌رسید، نکته‌ای که کشورهای توسعه یافته به آن نزدیک شده‌اند اما نظام سلامت ما از این ناحیه به‌شدت مشکل دارد. گسترش سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی و واگذاری بسیاری از امور به بخش خصوصی، و چالش تمام وقتی پزشکان و کار صرف در یک بخش دولتی یا خصوصی از راهکارهای در دست اجرا در کشور می‌باشند (۲۴).

د) تولید منابع

نظام سلامت وظیفه‌ی تولید ورودی‌های مورد نیاز خدمات به‌ویژه منابع انسانی، فیزیکی، تسهیلات، تجهیزات و دانش را بر عهده دارد (۲۸). یافته‌های زیر در بیمارستان رشیدی توجه کامل به این کارکرد را نشان می‌دهد:

- ۱- تعیین زمان حضور در کلاس درس دانشجویان طب و ویزیت بیماران همراه استاد در بعدازظهرها
 - ۲- جمع‌آوری گیاهان دارویی، روغن‌ها از محل‌های مختلف به شرح دقیق محل تهیه و مدارک و مقدار آن‌ها
 - ۳- توجه به جذب مغزهای متفکر و جلوگیری از فرار مغزها از جمله جذب پنجاه پزشک از مصر، شام، هند و چین و ژاپن برای بیمارستان رشیدی
 - ۴- آشنایی و رواج زبان‌های خارجی متعدد مثل مغولی، عبری و چینی علاوه بر زبان‌های فارسی، ترکی و عربی
 - ۵- ترویج ترجمه‌ی کتب از زبان‌های مختلف
 - ۶- توجه به علم کتابداری و نشر کتاب و حفاظت از آن
 - ۷- توجه به تناسب منطقی بین تعداد استاد و دانشجو
 - ۸- ایجاد و گسترش شبکه‌ای از بیمارستان‌ها در اقصی نقاط امپراتوری بزرگ ایران (۲۹).
- هر کدام از موارد فوق در زمره‌ی فعالیت‌های مورد انتظار از نظام‌های سلامت امروزی است که حاوی نکات کاربردی برای مدیران ارشد نظام سلامت کشور می‌باشد.

نتیجه گیری

تجربه‌ی موفق بیمارستان رشیدی که برخی از اجزای آن در دهه‌های اخیر در آمریکا و اروپا کم و بیش مورد توجه قرار گرفته‌اند نیازمند تأمل و کار بسیار گسترده‌ای هستند. مواردی چون مراقبت در منزل، همکاری نزدیک و کار تیمی پزشک با داروساز در درمان بیمار، بازنگری در فعالیت‌های جاری بیمارستان‌های آموزشی کشور از حالت فعلی به شکل ارائه‌ی خدمات درمانی در بعد از ظهرها و تمرکز آموزش در قبل از ظهرها، تعریف دقیق تمام وقتی پزشکان از مصادیقی هستند که بخش بیمارستانی ما امروز بیش از هر زمان دیگر به آن نیازمند است.

به‌علاوه، موارد شناخته شده‌ی زیر برای مدیران حوزه‌ی سلامت کشور قابل توجه و استفاده است:

- گسترش رویکرد نظام‌مند و پرهیز از بخش‌نگری و جزء‌نگری
- گسترش پوشش بیمه‌ی همگانی
- توجه به امر مشارکت منصفانه مالی (حق بیمه متناسب با درآمد)
- توجه به مدیریت مشارکتی در اداره‌ی امور سلامت به‌ویژه بیمارستان‌ها
- کوچک‌سازی بدنه‌ی دولت و وزارت بهداشت
- احیای سنت وقف به‌ویژه در مورد مراکز درمانی
- اصلاح نظام پرداخت به کارکنان حوزه‌ی سلامت و به حداقل‌رسانی اختلاف‌های درآمدی
- توجه به شایسته‌سالاری در انتخاب مدیران بخش سلامت
- کمک به بیماران نیازمند.

تشکر و قدر دانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از ریاست و کلیه‌ی کارکنان مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) صمیمانه ابراز می‌دارند.

منابع

- ۱- پارک ک. درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، چاپ اول. ترجمه‌ی رفائی شیرپاک خ، افتخار اردبیلی ح. تهران: انتشارات ایلیا؛ ۱۳۸۲، جلد دوم، ص ۱۴.
- ۲- جوینی ع. تاریخ جهانگشای. به تصحیح قزوینی ع، جلد اول. تهران: انتشارات دنیای کتاب؛ ۱۳۸۲، ص ۱۷.
- ۳- زیباکلام ص. ما چگونه ما شدیم؟ تهران: انتشارات روزنه؛ ۱۳۸۲، ص ۱۵۹.
- ۴- کثیری م، دهقان نژاد م. تلاش خواجه رشید الدین فضا اله همدانی در جلوگیری از انحطاط طب اسلامی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (ویژه نامه): ۱۱-۱.
- ۵- بروشکی م. روش اداری و آموزشی ربع رشیدی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی؛ ۱۳۶۵، ص ۸۰-۶۱.
- ۶- الگود س. تاریخ پزشکی ایران، چاپ اول. ترجمه‌ی جاویدان م. تهران: انتشارات اقبال؛ ۱۳۷۱، جلد اول (از دوره باستان تا سال ۱۹۳۴)، ص ۲۴۶.
- ۷- برومند ا. دانش اندیشه در دوره ایلخانی. کتاب خلاصه مقالات کنگره احیای ربع رشیدی و فرهنگ و تمدن ایران عصر ایلخانی. تبریز: انتشارات ستوده؛ ۱۳۸۴، ص ۴۶.
- ۸- پیری اف و. آموزش عالی در تبریزچه زمانی بنیانگذاری شد. کتاب خلاصه مقالات کنگره احیای ربع رشیدی و فرهنگ و تمدن ایران عصر ایلخانی. تبریز: انتشارات ستوده؛ ۱۳۸۴، ص ۶۹.
- ۹- جباری بیرامی ح، بخشیان ف. تمرکز زدایی در کارکرد تولید نظام سلامت کشورهای مختلف و ارائه‌ی الگو برای ایران. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز ۱۳۸۶؛ دوره ۲۹ (شماره ۱): ۸-۷.
- 10- Boelen C. Improving Health systems: The Contribution of Family Medicine. Singapore: Bestprint Printing; 2002, p. 2.
- 11- Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: a comparative analysis of decision space. Health Policy Plan 2002; 17 (1): 14-31.
- ۱۲- بدون نام. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت

- بهداشت درمان و آموزش پزشکی. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، کتابچه شماره ۱. تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۳، ص ۲۳-۷.
- 13-Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right. Oxford: Oxford university press; 2004, p. 24 .
- ۱۴- حاجیلوغ. ربع رشیدی. تبریز: انتشارات ترمه؛ ۱۳۷۹، ص ۲۲.
- ۱۵- مداین ک. ربع رشیدی تبریز. کتاب مجموعه مقالات کنگره بین‌المللی تاریخ پزشکی در ایران و اسلام، چاپ اول. تهران: انتشارات موسسه توسعه دانش و پژوهش ایران؛ ۱۳۷۵، جلد دوم، ص ۱۰۶۳.
- ۱۶- مینوی م، افشار ا. وقفنامه ربع رشیدی، چاپ سوم. تهران: انتشارات انجمن آثار ملی ایران؛ ۱۳۵۱.
- ۱۷- امیدیانی ح. ربع رشیدی مجتمعه بزرگ وقفی علمی و آموزشی در تبریز (قرن هشتم هجری/ سیزدهم میلادی). مجله میراث جاویدان ۱۳۷۸؛ دوره ۷ (شماره ۳): ص ۶۸-۵۱.
- ۱۸- سعید نیا ا. نظام آب و آب‌رسانی شهرستان رشیدی. کتاب خلاصه مقالات کنگره احیای ربع رشیدی و فرهنگ و تمدن ایران عصر ایلخانی. تبریز: انتشارات ستوده؛ ۱۳۸۴، ص ۱۶۷.
- ۱۹- جباری بیرامی ح، بخشیان ف. مدیریت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و تأمین اجتماعی در ربع رشیدی تبریز. تبریز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۸۶، ص ۲۴.
- ۲۰- جباری بیرامی ح. مطالعه تطبیقی تمرکز زدایی در کشورهای منتخب دنیا و طراحی الگوی برای ایران. پایان نامه دکتری تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد؛ ۱۳۸۴؛ ۳۱-۷۸.
- ۲۱- بدون نام. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰. تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای تهران؛ ۱۳۸۲، ۶-۷۲.
- ۲۲- جباری بیرامی ح. مرکز آموزشی و علمی ربع رشیدی. فصلنامه بیمارستان ۱۳۸۵؛ شماره ۲۱ و ۲۲: ۳۸-۴۱.
- ۲۳- بدون نام. متن کامل سند چشم انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران. <http://www.dolat.ir/PDF/20years.Pdf> (accessed in 2011)
- ۲۴- بدون نام. برنامه‌ی پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران. <http://www.tbzmed.ac.ir/news/tose.htm> (accessed in 2011)
- ۲۵- جودتی ا، جباری ح، بخشیان ف. کارآیی ادغام (کوچک سازی) مراکز بهداشت شماره یک و دو شهرستان تبریز و ایجاد مرکز بهداشت واحد شهرستان. فصل نامه مدیریت سلامت ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (شماره ۳۲): ۲۴-۹.
- ۲۶- جباری بیرامی ح، بخشیان ف. مکانیزم تمرکز زدایی در ارائه خدمات سلامت کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران. مجله مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰ (شماره ۲۷): ۳۱-۷.
- 27-Birtran R, Yip WC. A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America. Harvard school of public health collaboration with partnerships for health reform; 1998, p. 5.
- ۲۸- جباری بیرامی ح، بخشیان ف. تمرکز زدایی در نظام سلامت. تبریز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۶؛ ۱۲-۸.
- ۲۹- جباری بیرامی ح. تجربه موفق آموزش پزشکی، بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی در ربع رشیدی. فصلنامه تأمین اجتماعی ۱۳۸۵؛ شماره ۶۰: ۲۵-۱۵۱.
- ۲۱- بدون نام. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی

The Model of Sheikh Fazloallah Hammadani in health system management

Hossein Jabbari Beirami¹, Fariba Bakhshiyani², Gholamreza Bateni³, Mohammad Ali Mohjal Shojaee⁴, Faridoon Abbasnejad⁵, Majid Khalili⁵

¹ Assistant Professor, Health Care Management Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

² MS, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

³ MS, Institutional Review Board of Iranian History and Culture Center;

⁴ MD, Tuberculosis and Pulmonary diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

⁵ PhD Student in History of Medicine, Tuberculosis and Pulmonary diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

In the middle age (500–1500), while European countries were struggling with frightening epidemics such as plague, smallpox, tuberculosis, leprosy, and their medical treatments were based on superstitions and fanaticism, scientists such as Avicenna and Rhazes laid the foundation of the golden period in medicine.

In the late periods of golden centuries, during the Mogul invasion of Iran, Rashidaddin Fazlollah Hamadani devoted a great deal of effort to preserve the knowledge by foundation of the knowledge city of Rabé Rashidi and

Daralshafa (Medical and Health Service College) in Tabriz.

Rashidaddin established a successful health management system which was accordance with the current modern health management systems. The objective of this review is to present a clear perspective of a successful Iranian Islamic model of health delivery system 700 years ago.

The review was conducted in the form of descriptive bases of original documents with a systemic approach.

Findings show a successful management experience in health system in terms of stewardship, resource allocation, provision of health services and financing which appears to be in accordance with the World Health Organization (WHO) declaration in 2000.

Promotion of team working, employment of fulltime and part-time physicians, implementation of a fair and functional economic structure, health economic, sustainable financial mechanisms, public insurance, home care provision, and isolation of communicable diseases in hospitals can be considered as examples of a successful Iranian Islamic health management system.

It can be concluded that as Iranian health management system is faced with many different challenges, gleaning lessons from successful national historical experiences can play a key role in the establishment of a competent system based on our Islamic and national values and in accordance with modern scientific achievements.

Keywords: Rashidaddin Fazlollah Hamadani, health system management, Rashidi Hospital

¹ Email: hosseinhosseinj@yahoo.com