



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر روابط امور بین الملل

مرور سریع طرح تحول سلامت در ایران (اولین ارزیابی)

خلاصه گزارش ارزیابی سازمان جهانی بهداشت در سال دوم برنامه



World Health Organization

دیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



<http://nihr.tums.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خلاصه گزارش ارزیابی سازمان جهانی بهداشت در سال دوم برنامه

طرح تحول سلامت در راستای تحقق یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار، از سال ۱۳۹۳ اجرا شده است. در سال دوم اجرا، به دنبال تمایل وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تعیین میزان پیشرفت برنامه، سازمان جهانی بهداشت مسئولیت ارزیابی خارجی طرح را برعهده گرفت. در همین راستا، در تیرماه سال ۱۳۹۴، هیئت ارزیاب خارجی بازدیدی از این برنامه انجام دادند که متن حاضر، خلاصه نتایج این ارزیابی را ارائه می‌کند. ارزیابی این گروه با رویکرد دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام شده است.

سؤالاتی که برای ارزیابی طرح تحول سلامت در این بازدید مدنظر قرار گرفت:

- آیا طرح تحول سلامت پوشش (بیمه) افراد جامعه را تغییر داده است؟
- حمایت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامتی در طرح تحول سلامت چگونه است؟
- آیا طرح تحول نظام سلامت در بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی عملکرد مؤثری داشته است؟
- آیا طرح تحول سلامت به تقویت نظام مالی سلامت کمک کرده است؟
- آیا طرح تحول سلامت دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت را افزایش داده است؟ آیا این خدمات با کیفیت لازم ارائه می‌شوند؟
- آیا طرح تحول سلامت به ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌کننده خدمات کمک کرده است؟
- آیا طرح تحول سلامت تولید ارائه خدمات سلامت را تقویت کرده است؟
- آیا طرح تحول سلامت منابع مالی پایدار دارد؟

مهم‌ترین نکات گزارش

مهم‌ترین دستاوردها

۱. افزایش بودجه وزارت بهداشت؛
۲. گسترش پوشش بیمه‌ای؛
۳. کاهش پرداخت بیماران در بیمارستان‌ها؛
۴. ارتقای استانداردها و بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی؛
۵. افزایش کیفیت خدمات ارائه‌شده و ارتقای رضایت‌مندی بیماران و ذی‌نفعان.

مهم‌ترین چالش‌هایی که لازم است رسیدگی شود:

۱. ضروری است که طرح تحول نظام سلامت به تصویب مجلس شورای اسلامی برسد و بخشی از برنامه ششم توسعه کشور شود؛
۲. با توجه به اینکه در این مرحله تجهیزات بیمارستانی نوسازی شده است، بهتر است بودجه اضافی به بیمه سلامت تعلق گیرد؛
۳. مداخلات هدفمند برای کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب در بخش سرپایی طراحی شود؛
۴. تلفیق روش‌های پرداخت به ارائه‌دهنده خدمت و نظام پرداخت به‌ازای عملکرد، نیاز به بررسی دارد؛
۵. رویکردهای افزایش بهره‌وری از جمله بهبود پاسخگویی، پرداخت به‌ازای عملکرد و نظام ارجاع پیگیری شود؛
۶. آماده‌سازی بستر لازم برای اجرای طرح پزشک خانواده به‌عنوان یکی از محورهای اصلی طرح تحول سلامت انجام شود؛
۷. تأکید می‌شود اعمال اصلاحات نهادی در سطح وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت انجام گیرد.

سؤال اول. آیا طرح تحول سلامت پوشش (بیمه) افراد جامعه را تغییر داده است؟

مطابق گزارش‌ها قبل از اجرای طرح، ۱۷ درصد از افراد بیمه نداشتند و بعد از اجرای طرح، نزدیک ۹۸ درصد از جمعیت، تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند که این میزان، برابر با چیزی حدود ده میلیون نفر است.

جمع‌بندی

۱. برای ادغام سازمان‌های بیمه، حداقل در سطح عملکردی، تلاش شود و مدیریت اقدامات به سازمان بیمه سلامت ایران سپرده شود؛
۲. برای نوسازی تجهیزات بیمارستانی، بودجه اضافی جذب شود و تلاش شود این بودجه از سمت ارائه‌دهنده خدمت به سمت خریدار خدمت (بیمه‌ها) هدایت شود. مناسب است این امر توسط سازمان بیمه سلامت صورت گیرد و اطمینان حاصل شود که هزینه به دست آمده، به صورت کاملاً مدیریت شده برای بیماران صرف می‌شود؛
۳. ظرفیت‌سازی لازم در سازمان بیمه سلامت برای تبدیل شدن به مهم‌ترین سازمان بیمه‌گر خرید خدمت انجام شود. این یک استراتژی پیشنهادی بلندمدت است و ضرورت دارد ظرفیت سازمانی و فنی، هر دو مدنظر قرار گیرد.

سؤال دوم. میزان حمایت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت، در طرح تحول سلامت چگونه است؟

بعد از اجرای طرح تحول، سهم پرداخت مستقیم از جیب، برای هزینه‌های سلامت، در سطح ملی کاهش یافته است. به‌طور کلی سهم پرداخت از جیب در ایران، مشابه میانگین جهانی و منطقه‌ای است؛ هرچند این سهم در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط کمی بیشتر است. همچنین درصد مواجهه جمعیت با هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز کاهش یافته است. مهم‌تر از همه این است که تمام گروه‌های جمعیتی، در این کاهش منتفع بوده‌اند. در مقایسه با کشورهای دیگر، میانگین هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران، در سطح متوسط ارزیابی شده است. بلافاصله بعد از اجرای طرح تحول سلامت، هزینه‌های فقرزا افزایش یافته است. این شاید به این علت است که سطح کلی فقر در ایران افزایش پیدا کرده است. اما به‌طور خلاصه، با وجود افزایش نسبی فقر، پرداخت مستقیم مردم برای هزینه‌های سلامت و نیز هزینه‌های فقرزای سلامت رو به کاهش است.

جمع‌بندی

۱. پرداخت از جیب در سطح خانوار و ظرفیت پرداخت در ایران، نسبت به متوسط جهانی و منطقه‌ای، کمی بالاتر است؛
۲. کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت در سطح خانوار مشاهده می‌شود؛ اما این کاهش در پنجک غنی بیشتر از سایر پنجک‌ها مشهود است.

سؤال سوم. آیا طرح تحول نظام سلامت در جهت بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی عملکرد مؤثری داشته است؟

دسترسی به خدمات بستری و سرپایی در بیمارستان‌های دولتی، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، افزایش اندکی داشته است و با توجه به شواهد موجود، دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بیمارستانی دولتی با کیفیت، در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد. این دسترسی همچنین با کاهش پرداخت‌های غیررسمی همراه بوده و بررسی رضایت بیماران دریافت‌کننده خدمت بیانگر این موضوع است که روند رضایت از خدمات، در طول اجرای طرح افزایش یافته است.

جمع‌بندی

۱. در بحث تقاضای القایی در سطح بیمارستان‌ها، هنوز مواردی از ابهام به دلیل روش پرداخت به بیمارستان‌ها و ارائه‌کننده خدمت وجود دارد که لازم است بیشتر بررسی شود؛

۲. بعد از طرح تحول سلامت، سازگاری پرسنل و کارکنان بیمارستان با انتظارات بیماران نیاز به توجه بیشتری دارد؛ به طوری که هم‌اکنون شکایات مراجعین از رفتار و برخورد پرسنل است و این در حالی است که قبل از اجرای طرح، بیشترین شکایات مراجعین از هزینه‌ها و هتلینگ بیمارستان بود. حمایت ضمنی از کارکنان بیمارستان، باید از اولویت‌های مهم در این حوزه باشد و لازم است اقداماتی در این زمینه صورت گیرد.

سؤال چهارم. آیا طرح تحول سلامت به تقویت نظام مالی سلامت کمک کرده است؟

بهبود نظام مالی سلامت، ترکیبی از «کسب اطمینان از تأمین هزینه‌های سلامت»، «دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت» و «اطمینان از کیفیت ارائه خدمات» است. طرح تحول سلامت در سال اول اجرا از حمایت سیاسی در رده بالا و افزایش چشم‌گیر بودجه دولتی برای بخش بهداشت و درمان، از مبلغی حدود ۳ میلیارد دلار، بهره‌مند شده است. در مجموع، این افزایش بودجه به سرمایه‌گذاری‌های دولت در بخش بهداشت و درمان، کمک درخور توجهی کرده و پرداخت مستقیم از جیب مردم در دو بخش دولتی و خصوصی کاهش یافته است. نظام سلامت ایران باعث کاهش فاصله طبقاتی بین غنی و فقیر شده و در هر دو گروه، امکان حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سنگین سلامت را فراهم کرده است. از نظر پوشش بیمه‌ای هم مناسب عمل شده است؛ اما توصیه می‌شود بدون ادغام ساختاری، ادغامی مجازی بین نهادهای بیمه‌ای (تأمین اجتماعی و سلامت ایران) انجام شود تا استفاده مؤثری از هزینه‌های دولتی صورت گیرد. با وجود این، تفکیک نهادینه‌شده به شکل یک واحد، به نفع کل جمعیت است که منجر به تضمین برخورداری از حقوق برابر می‌شود. هماهنگی بیشتر در مشارکت مالی در نظام سلامت و تأمین مالی (توانایی پرداخت هزینه‌های سلامت) نیز منجر به تأمین و حفظ عدالت در نظام سلامت می‌شود. از نظر «خرید» خدمات سلامت و براساس کتاب جدید ارزش‌گذاری نسبی تعرفه‌ها، پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌های دولتی، افزایش دو برابر را نشان می‌دهد. تسهیل در ارائه خدمات احتمالاً منجر به کاهش پرداخت‌های زیرمیزی در بیمارستان‌های دولتی می‌شود. در مورد مقدار پرداخت از جیب بیماران در بخش سرپایی لازم است بررسی بیشتری شود. موضوع دیگری که از منظر خرید خدمات سلامت ابزاری مهم و سیاسی تلقی می‌شود، بهبود کیفیت و بهره‌وری خدمات سلامت است. نتایج به‌دست آمده، حاکی از وابستگی شدید درآمد بیمارستان‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر است. بدون در نظر گرفتن یک سقف بودجه برای بیمارستان‌ها، بعضی مسائل مانند تقاضای القایی، کیفیت خدمات مراقبت‌های بیمارستان و کمبود منابع دولتی لازم، تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. با این حال، ۴۰ درصد از پرداخت‌های بیمه، پرداخت مبتنی بر عملکرد است. این ممکن است نقطه شروعی برای بهبود نظام‌های

پرداخت ارائه‌دهنده خدمات تلقی شود؛ اما گاهی اوقات، لازم است سقف بودجه در بیمارستان‌ها تعیین شود تا خطرات روش‌های تأمین منابع مالی، به حداقل میزان ممکن کاهش یابد و بیمارستان انگیزه لازم برای تلاش و مشارکت در جهت بهبود بهره‌وری را داشته باشند. مقایسه با سایر کشورها نشان‌گر این است که ایران در مصرف هزینه‌ها تقریباً عملکرد بهتری داشته است.

جمع‌بندی

۱. روش‌های تلفیقی پرداخت به ارائه‌کننده خدمت بررسی شود و پرداخت‌ها براساس عملکرد صورت گیرد. در این زمینه مسئولیت‌پذیری فرد، پرداخت مبتنی بر عملکرد و نظام ارجاع مدنظر قرار گیرد و بهترین مدل برای این منظور ارائه شود؛
۲. به‌منظور کاهش هزینه‌ها، نظام‌های مشوق مالی برای بیمارستان‌ها برقرار شود؛
۳. لازم است اختصاص بودجه در سطح بیمارستان‌ها به گونه‌ای تنظیم شود که از مشارکت آنها در پذیرش خطرات مالی اطمینان حاصل شود و انگیزه لازم برای ارائه خدمات کارآمدتر فراهم شود؛
۴. حتی بدون ادغام ساختاری دو نهاد بزرگ بیمه (سلامت ایرانیان و تأمین اجتماعی)، یک ادغام مجازی در عملکرد این دو سازمان صورت گیرد. این امر احتمالاً به استفاده بهینه از منابع دولتی کمک خواهد کرد. انتظار می‌رود این ادغام، در نهایت به بهبود عدالت در نظام سلامت مالی کمک کند؛
۵. بررسی رابطه مالی بین خریداران (بیمه‌ها) و ارائه‌دهندگان خدمت (بیمارستان‌ها) با دقت انجام شود؛
۶. از پرداخت به‌موقع منابع مالی از خریداران به ارائه‌دهندگان اطمینان حاصل شود؛
۷. تعرفه خدمات ارائه‌شده، واقعی و منطقی شود

سؤال پنجم. آیا طرح تحول سلامت دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت را افزایش داده است؟ آیا این خدمات با کیفیت لازم ارائه می‌شوند؟

ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی به‌طور کامل دولتی است؛ اما ارائه این نوع خدمات، نیاز به توسعه در شهرها دارد. در این راستا لازم است طرح تحول بر پایه چهار برنامه به این مهم دست پیدا کند:

- برنامه نخست، تقویت ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری (مناطق حاشیه‌نشین، شهرهای کوچک و بزرگ)؛

- سه برنامه خدمات نوین (خودمراقبتی، ادغام برنامه‌های مراقبتی و بهداشت عمومی). انتظار می‌رود در این برنامه‌های استراتژیک، الگوی مؤثر و درک روشنی از چالش‌های موجود در مراقبت‌های بهداشتی کشور (افزایش سن جمعیت، افزایش بیماری‌های غیرواگیر، تغییر شیوه زندگی، مهاجرت و...) مدنظر قرار گیرد. باین‌حال، ایران در آینده برای توسعه بیشتر مراقبت‌های اولیه سلامت، نیازمند چندین طرح و برنامه مؤثر در نظام مراقبت‌های بهداشتی است. این برنامه‌ها عبارت‌اند از:

۱. گسترش دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری برای ساکنین مناطق محروم، مانند مناطق فقیرنشین شهری، مناطق حاشیه شهر و کلان‌شهرها، از طریق ایجاد تیم مراقب سلامتی که باید برای همه افراد و خانوارها در دسترس باشد؛

۲. خدمات مردم‌محور، اساس و پایه ارائه خدمات در مناطق شهری شود و در آن یک پزشک یا پرستار به‌عنوان اولین سطح تماس مردم با نظام ارائه خدمات سلامت معرفی شوند. در مدل بسته جامع خدمات برای پیشبرد اهداف یادشده، باید نکات زیر سرلوحه کار قرار گیرد:

- بازنگری ارائه مراقبت‌های بیمارستان و مدیریت بهینه مراقبت‌های اولیه، برای حمایت هرچه بیشتر از خدمات سلامت و برآورده کردن انتظارات عامه مردم و برقراری توازن در نظام سلامت، بر پایه مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشکان واجد شرایط؛

- توسعه مستمر برنامه، با:

- برنامه‌ریزی و افزایش نیروی انسانی؛

■ مدیریت و توزیع نیروی انسانی با تأکید بر آموزش پزشکان خانواده و راهاندازی تیم‌های پزشک خانواده: این آموزش‌ها می‌بایست زیر نظر اعضای هیئت‌علمی برجسته صورت گیرد تا موجب افزایش شایستگی نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت و ارتقای سطوح مهارتی در پزشکان شود؛

■ تجدیدنظر در استخدام پزشکان در شرف فارغ التحصیلی: لازم است دولت در جذب و نگهداشت پزشکان عمومی در حوزه بهداشت و پزشکان خانواده، اقدامات حمایتی و تشویقی انجام دهد تا نگهداشت این گروه در مناطق محروم میسر شود. برای این منظور، یک استراتژی چندسطحی پیشنهاد می‌شود که شامل بخش‌های زیر است:

● در سطح سیاستی: به افرادی که در این برنامه مشارکت می‌کنند، به چشم افرادی نوآور و محترم نگریسته شود؛

● استراتژی مالی: افرادی که رشته پزشک خانواده را انتخاب می‌کنند، بورسیه شوند و هزینه‌های آنها پرداخت شود؛

● توسعه هم‌زمان تیم‌های بالینی، تسهیلات و آموزش مداوم: در امکانات و آموزش با رشته‌های تخصصی دیگر قابل مقایسه باشد؛

● ارائه پروژه‌های آموزشی در سطح بالا که می‌توان برای این منظور از کارشناسان خارجی نیز کمک گرفت؛

● ایجاد دپارتمان مرتبط در دانشکده پزشکی و افزایش ظرفیت پژوهشی در این گروه. ناکارآمدی استفاده از پزشک خانواده در نظام بهداشتی، ممکن است به این دلایل باشد: ۱. نداشتن مهارت‌های بالینی لازم که منجر به استفاده بیش‌ازحد از آزمایش‌های تشخیصی و داروها می‌شود؛

۲. استفاده بیش‌ازحد از نظام ارجاع، برای استفاده از مراقبت‌های بیمارستانی، چه تشخیصی و چه خدمات درمانی تخصصی که تبدیل به یک فرهنگ عامه‌پسند شده است؛

در کشورهای دیگر، استفاده از متخصصان پزشک خانواده جامعه‌محور، باعث می‌شود که تجربه بالینی و رهبری حرفه‌ای به خدمات افزوده شود و این موضوع در جوامع محلی و همکاران بیمارستانی به یک ارزش تبدیل شده است. به هر دو تخصص بالینی

و تخصص حرفه‌ای با دیدی وسیع در جامعه و بیمارستان نگریسته می‌شود. هزینه‌های اضافی تربیت این گروه متخصص، بهره‌وری را افزایش داده و به علت مراقبت مؤثرتر در مراحل اولیه مشکلات سلامتی، هزینه‌ها را کاهش می‌دهد؛ در نتیجه استفاده از خدمات بیمارستانی کاهش می‌یابد و به دنبال آن، استفاده از داروهای نامناسب نیز کمتر خواهد شد. برخی مخالفان این طرح اذعان می‌دارند درآمدهای بخش سلامت با ارائه مراقبت در سطح اولیه ممکن است کاهش یابد؛ لذا برای مقابله با این جریان مخالف، ضرورت دارد همکاری بین‌بخشی و جریان سیاسی قوی شکل گیرد.

موضوع مهم دیگر در حوزه بهداشت این است که اجرای طرح تحول سلامت در محیط شهری باید برگرفته از مدل روستایی باشد. این طرح در مدل روستایی قدرت زیادی دارد و هیچ دلیلی وجود ندارد که این مدل در شهرها استفاده نشود. هدف از ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه، به‌کارگیری نیروی سلامت در جایگاه سازمانی مناسب، مطابق با توانایی‌ها و مهارت‌های کاری آنهاست. با این حال، ترکیب هم‌افزای دانش، مهارت و نگرش در کارکنان، جواب‌گوی نیازهای مناطق مختلف کشور، در سطح استان‌ها خواهد بود.

جمع‌بندی

۱. بستر لازم برای برنامه پزشکی خانواده در سطح ملی فراهم شود و به‌عنوان یکی از محورهای اصلی طرح تحول سلامت تلقی شود؛
۲. برای کاهش هزینه‌ها، نظام‌های مشوق مالی برای ارائه‌کننده خدمت برقرار شود، مثلاً افزایش پرداخت سرانه برای مراقبت‌های اولیه یا پرداخت به‌ازای مورد؛
۳. برای اجرای موفق ارائه مراقبت‌های اولیه در سطح شهرها، سه مدل می‌تواند مدنظر قرار گیرد: ۱. پزشک خانواده‌ای که با یک تیم کار می‌کند و این تیم شامل ماما و پرستار دوره‌دیده برای ارائه خدمات است؛ ۲. بهورز شهری؛ مراقب سلامت جامعه که به‌خوبی آموزش دیده است، به‌عنوان سطح اول ارائه خدمت که این مراقبت، در نهایت توسط پزشک خانواده حمایت می‌شود؛ ۳. انعقاد قرارداد با پزشکان خصوصی که برنامه‌های مراقبت از خانوارها را به‌خوبی می‌دانند و به‌عنوان خط اول مراقبت، به جمعیت تحت پوششی که برایشان بسته خدمت تحت پوشش بیمه تعریف شده است، ارائه خدمت می‌کنند؛

جمع‌بندی

۴. در بحث طراحی خدمات نوین شبکه در سطح شهری لازم است عواملی مانند افزایش سن جمعیت، افزایش بیماری‌های غیرواگیر، تغییر در شیوه زندگی و مهاجرت مد نظر قرار گیرند؛

۵. از گسترش خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و برای تمام جمعیت از جمله حاشیه شهرها و جمعیت کلان شهرها اطمینان حاصل شود. همچنین ضرورت دارد تیم مراقب سلامت برای این جمعیت‌ها به نحو مقتضی در دسترس باشد

۶. گسترش ارائه خدمات در شهرها، جمعیت‌محور و ادغام‌یافته باشد و از یکی از مدل‌های ارائه‌شده بالا پیروی کند. برای ارائه برنامه‌های مراقبت بیماری‌های غیرواگیر و خدمات سلامت روان از نقش ویژه پزشکان خانواده بهره‌گیری شود؛

۷. مراقبت‌های بیمارستانی بازنگری شود و اطمینان حاصل شود افرادی که از سطح یک به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، به خوبی می‌توانند خدمات بیمارستانی را دریافت نمایند. به منظور برآورده کردن انتظارات مردم مراجعه‌کننده به بیمارستان، از پزشکان کارآمد برای ارائه خدمات به افراد مراجعه‌کننده از سطح یک استفاده شود؛

۸. باتوجه به تعداد جمعیت، نیاز به افزایش تعداد پزشکان عمومی در سطح مراقبت‌های اولیه تا ۱۳ هزار پزشک است؛

۹. برای برنامه‌های ارائه‌شده جهت مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر و تغییر شیوه زندگی، لازم است کارکنان به کار گرفته‌شده در این زمینه، هرچه سریع‌تر مهارت لازم را کسب کنند؛

۱۰. با وجود دعوت از تمام استان‌ها برای اجرای برنامه پزشک خانواده، این برنامه فقط در دو استان انجام شده است و اجرای برنامه پزشک خانواده، اولویت استان‌ها نیست و پزشکان برای اشتغال در این برنامه تمایل چندانی نشان نمی‌دهند.

سؤال ششم. آیا طرح تحول سلامت به ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌کننده خدمات کمک کرده است؟

برای ارتقای کیفیت خدمات، اقدامات متعددی در بیمارستان‌ها صورت گرفته و یافته‌ها حاکی از افزایش دسترسی مردم به خدمات درمانی بهتر و باکیفیت‌تر است که با در نظر گرفتن استانداردهای ذیل ارائه می‌شوند:

۱. ویزیت بیماران سرپایی، به‌طور معمول در ۱۰ تا ۱۵ دقیقه انجام می‌شود؛
۲. تعداد پزشکان مقیم متخصص، حداقل به تعداد ۵ تا ۸ متخصص افزایش یافته است؛
۳. فراهم‌سازی دارو و تجهیزات پزشکی در داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها افزایش یافته و کیفیت تجهیزات و دستگاه‌های پزشکی بهبود یافته است؛
۴. تغذیه و رژیم‌های غذایی بیمارستان، بهبود چشم‌گیری یافته است. برای شش گروه از بیماران، رژیم غذایی خاص در نظر گرفته شده و در این بیمارستان‌ها لیست غذا هر دو هفته یک‌بار عوض می‌شود؛
۵. بخش هتلینگ ارتقا یافته است و بافت‌های فرسوده بهسازی و نوسازی می‌شوند. به ایمنی، اطفای حریق و خروج اضطراری حین آتش‌سوزی توجهی ویژه صورت گیرد؛
۶. به زایمان طبیعی که با بهبود شرایط زایمان همراه شده، توجهی ویژه شده است؛
۷. سامانه پاسخگویی به شکایات و ارتباطات مردمی شکل گرفته است. ارزیابی کلی اقدامات وزارت بهداشت در این زمینه، باتوجه‌به تعاریف و استانداردها، چشم‌گیر توصیف می‌شود؛ اما برای بهبود کیفیت، ایمنی و بهره‌وری مناسب، لازم است برنامه‌ای تنظیم شود تا این دستاوردها برای سال‌های آتی نیز تداوم داشته باشد.

جمع‌بندی

۱. با توجه به نوسازی تجهیزات بیمارستانی، ضرورت دارد بودجه باقیمانده برای هزینه‌های بیمه سلامت اختصاص داده شود؛
۲. به‌منظور بهبود عملکرد و افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها مشارکت بخش دولتی و خصوصی ضرورت دارد؛
۳. مهم‌ترین مشکل در بخش هتلینگ که به‌طور وسیع مشاهده شد، این بود که در خروج اضطراری برای مواقع آتش‌سوزی تعبیه نشده است و وسایل اطفای حریق و سیستمی برای رفع دود ناشی از آتش‌سوزی مشاهده نشد؛
۴. برای زایمان طبیعی بی‌حسی اپیدورال در طول شب دردسترس نبود؛
۵. درصد انجام سزارین با هدف تعیین‌شده همچنان فاصله دارد؛
۶. تداوم موفقیت‌های فاز یک طرح تحول در آینده نیاز به توجه ویژه‌ای دارد و برای رسیدن به هدف نهایی لازم است برنامه‌ریزی در جهت تداوم موفقیت‌های به‌دست‌آمده انجام شود؛
۷. در اعطای اعتباربخشی، لازم است عملکرد هم مدنظر قرار داده شود؛ باوجودی که توصیه می‌شود خط‌مشی داخلی برای اعطای اعتباربخشی دنبال شود.

سؤال هفتم. آیا طرح تحول سلامت تولیت ارائه خدمات را تقویت کرده است؟

اصرار بر اجرای متمرکز طرح تحول سلامت توسط وزارت بهداشت و با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی، در طی فاز بیمارستانی طرح تحول سلامت مشاهده می‌شود. اجرای این برنامه حداقل در کوتاه مدت، موفق بوده و واضح است که این رویکرد متمرکز در اداره و مدیریت بیمارستان‌های دولتی به صورت گسترده در فرهنگ جامعه ایران ریشه دوانده است. با این حال، اعمال اصلاحات و تغییرات در ماهیت و توزیع اداره بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، باید روندی روبه رشد داشته باشد و به‌دوراز هرگونه افزایش تمرکزگرایی باشد. گزارش سازمان جهانی بهداشت به وزارت بهداشت در فوریه ۲۰۱۵، در رابطه با موضوع خودگردانی بیمارستان‌های دولتی، به‌طور خلاصه حاکی از این امر بود که برای خودگردانی و استقلال بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، باید به‌صورت بسیار گسترده برنامه‌ریزی شود و طی پنج سال آینده، یعنی تا سال ۲۰۲۰ به‌تدریج به مرحله اجرا برسد. پیشنهاد می‌شود عزمی ملی برای این موضوع تا سال ۲۰۱۷ شکل گیرد. رئیس بیمارستان به‌عنوان مدیر منصوب شود و هم‌زمان یک گروه مدیریتی در سایه، به‌طور عمده متشکل از هیئت‌امنا، شکل بگیرد. از این انجمن در سایه انتظار می‌رود برای آماده‌سازی پروژه‌ها و ارائه برنامه‌های کاربردی به وزارت بهداشت، برای خودگردانی و استقلال بیمارستان‌ها هم‌گمانند؛ همانطور که در چارچوب جدید سیاست ملی تعریف شده است.

جمع‌بندی

۱. تولیت ارائه خدمت در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها بیشتر از بیمارستان‌ها مشاهده می‌شود؛
۲. با وجودی که در بیمارستان‌ها طرح خودگردانی اجرا می‌شود؛ حق تصمیم‌گیری براساس نظر هیئت‌مدیره بیمارستان‌ها در شکل فعلی بسیار محدود است؛
۳. طرح استقلال و خودگردانی بیمارستان‌ها طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ به‌طور گسترده و درخور توجهی برنامه‌ریزی شده و اجرایی شود و تا سال ۲۰۱۷ یک عزم ملی در وزارت بهداشت صورت گیرد. یک مدیریت «در سایه» در بیمارستان‌ها هر سه سال شکل بگیرد و جدای از ریاست بیمارستان، در مدیریت بیمارستان‌ها مشارکت کند؛
۴. ظرفیت‌سازی و مدیریت نظام سلامت بیمارستان‌ها با درگیر کردن سازمان‌های ملی و بین‌المللی مشهور انجام شود

سؤال هشتم. آیا طرح تحول سلامت منابع مالی پایدار دارد؟

برای پاسخ به این سؤال، دو موضوع مورد توجه قرار گرفت:

۱. توافق هسته‌ای و لغو احتمالی تحریم‌ها و پیش‌بینی آینده اقتصاد ایران؛
۲. تدوین برنامه‌های میان‌مدت و بلندمدت برآورد هزینه طرح تحول سلامت، مشروط به آگاهی از جزئیات برنامه‌ها و اصلاحات نظام سلامت است که هم‌اکنون نقشه دقیق و نوشته شده از این ترسیم وجود ندارد.

در این تجزیه و تحلیل، مباحثی از این قبیل لحاظ شد:

توجه به دشواری پیش‌بینی تأثیرات توافق هسته‌ای و زمان لغو تحریم‌ها، غفلت از برخی عناصر کلیدی سیاسی اجرای طرح تحول، استفاده از آخرین پیش‌بینی اقتصاد کلان منتج از جلسات صندوق بین‌المللی پول بانک جهانی در آوریل ۲۰۱۵، نبود مطالعات آماري دقیق از گسترش پوشش بیمه‌ای، سطح هزینه‌های هنگفت دولتی و

بنابراین، این تحلیل باید به‌عنوان یک ارزیابی محافظه‌کارانه، نه دقیق، از منابع مالی پایدار در نظر گرفته شود و باید هر چندماه یک‌بار شرایط اقتصاد کلان آینده ایران شفاف‌سازی شود و نقشه و جزئیات طرح تحول سلامت، دقیق‌تر نگاشته شود.

در این راستا، می‌بایست تحلیل فضای بودجه‌ای انجام شود و در تحلیل آن لازم است به شش عامل برای طرح تحول نظام سلامت توجه شود: ۱. افزایش درآمدهای دولت؛ ۲. استقرار؛ ۳. کمک‌های خارجی؛ ۴. اولویت‌بندی دوباره سلامت در بودجه؛ ۵. افزایش بهره‌وری هزینه‌های عمومی؛ ۶. چاپ پول (تورم) که پایدار نیست. لذا کشور در تحلیل فضای بودجه‌ای، برای ثبات تأمین مالی، ضرورت دارد این عوامل را مدنظر قرار دهد. همچنین لازم است سؤالات زیر پاسخ داده شود:

- ایران به‌طور کلی برای سلامت چقدر می‌پردازد و چه مقدار لازم است برای بخش عمومی در مقایسه با بخش خصوصی صرف شود؟
- کشور در آینده تا چه حدی قادر به صرف هزینه در بخش عمومی خواهد بود؟ با توجه به فشار تورم، آیا در آینده توجه ویژه‌ای به بخش سلامت خواهد شد؟
- آیا با وجود کاهش درآمد کلی حاصل از نفت، دولت حاضر است درصد بیشتری از درآمدهای مالیاتی را برای بخش سلامت صرف کند؟

باتوجه به نامشخص بودن زمان لغو تحریم‌ها، فضای بودجه‌ای و هزینه‌های جاری دستخوش چالش‌های بسیاری شده است. شرایط مطلوب پس از تحریم هنوز فرا نرسیده است؛ بنابراین فضای بودجه‌ای نیاز به تجزیه و تحلیل دارد تا اینکه وضعیت لغو تحریم‌ها تا چند ماه آینده به سرانجام برسد. باوجود اینکه برای اقتصاد ایران می‌توان تصویر روشن و باثبات‌تری را پیش‌بینی کرد، در بخش بهداشت و درمان نمی‌توان انتظار افزایش منابع مالی را حداقل تا دو سال اول داشت. در ارتباط با منابع مالی طرح تحول سلامت نیز ممکن است وضعیت موجود نسبتاً پایدار باشد؛ بنابراین، در کوتاه‌مدت باتوجه به فضای بودجه‌ای، این پیشرفت‌ها دور از انتظار نخواهد بود.

حرکت از سمت درآمدهای خصوصی بخش سلامت، مثلاً پرداخت مستقیم از جیب، به سمت درآمدهای دولتی، مانند مالیات، منجر به افزایش بهره‌وری خواهد شد؛ لذا شرط لازم در روند مؤثر اجرای اصلاحات طرح تحول سلامت و توسعه پایدار این طرح در آینده، شناخت نیازهای مالی و فضای سیاسی مبتنی بر برنامه‌های اصلاح نظام سلامت ایران است (مثلاً افق چشم انداز).

تجزیه و تحلیل فضای سیاسی و برآورد هزینه و نیز ارزیابی دقیق از عملکرد عرضه و تقاضا، به این شناخت و آگاهی کمک شایان توجهی خواهد کرد.

جمع‌بندی

تلاش شود تا برای اجرای تعهدات مالی طرح تحول سلامت، بودجه اضافی برای حوزه سلامت جذب شود.

پیشنهاد‌های نهایی

در صورت حصول نکات زیر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در مدت تعهدشده، امکان‌پذیر خواهد بود:

۱. تعهدات سیاسی و مالی پایدار به طرح تحول سلامت؛
۲. بررسی و اصلاح روش‌های تأمین منابع مالی حوزه سلامت؛
۳. حمایت از اختصاص بودجه بیشتر برای بخش سلامت؛
۴. تجمع صندوق‌های بیمه‌ای برای اطمینان از کاهش پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامت؛
۵. اصلاح روش‌های پرداخت به ارائه‌کننده خدمات؛
۶. تقویت شفافیت مالی بین خریدار خدمت و ارائه‌کننده خدمت؛
۷. اطمینان از پرداخت‌های به‌موقع خریدار خدمت به ارائه‌کننده خدمت؛
۸. تعرفه منطقی خدمات ارائه‌شده؛
۹. افزایش ظرفیت سازمان بیمه سلامت ایرانیان برای تبدیل شدن به خریدار خدمت؛
۱۰. تقویت سازمان بیمه سلامت ایرانیان از نظر سازمانی، منابع انسانی و تجهیزات، در سطوح محیطی و ستادی؛
۱۱. تقویت ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها؛
۱۲. اطمینان یافتن از دسترسی همگانی به خدمات سلامت؛
۱۳. ارائه برنامه استراتژیک جامع ۵ تا ۱۰ ساله در دستیابی به اهداف مراقبت‌های اولیه سلامت، بدون تکیه بر خدمات بیمارستانی یا خدمات تخصصی؛
۱۴. تبیین طراحی و فرایند مدل ارائه خدمت با محوریت پزشک خانواده؛
۱۵. توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های اولیه، با هدف گسترش پرونده‌های الکترونیک سلامت؛
۱۶. توسعه سرمایه انسانی ماهر برای تمام استان‌ها؛
۱۷. ارائه موقعیت مناسب شغلی برای پزشکان خانواده در طی ۵ سال آینده؛
۱۸. فراهم‌آوری زمینه بهبود مستمر فرآیندها و افزایش کیفیت خدمات در بیمارستان؛
۱۹. تقویت ظرفیت مدیران بیمارستان‌ها؛
۲۰. تمرکززدایی و اعطای استقلال به بیمارستان‌ها؛

۲۱. ضرورت جلب مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت؛

۲۲. تصحیح و تقویت بازپرداخت‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌ها؛

۲۳. بهبود اجرا و نظارت بر طرح تحول سلامت.

در زمینه نظارت بر طرح تحول سلامت، نکات زیر پیشنهاد شده است:

۱. تدوین چارچوب پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت، به‌منظور حصول اطمینان از دستیابی به اهداف برنامه؛

۲. نظارت مستمر بر حفاظت مالی براساس سطوح درآمدی؛

۳. نظارت بر پوشش خدمات بیمه‌ای؛

۴. برقراری و حفظ ارتباط مؤثر با ذینفعان، برای پیاده‌سازی برنامه‌های استراتژیک؛

۵. ارتقای سطح آگاهی عمومی، ترویج فرهنگ اهمیت بخش سلامت و اطمینان از حمایت سیاسی؛

۶. سازماندهی جلسات گفتمان سیاستی منظم، با همکاری ذینفعان ستادی و محیطی در ارتباط با اولویت‌ها و مداخلات طرح تحول سلامت.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات پردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری کند.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران

nihr.tums.ac.ir

