

دیدهبانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران

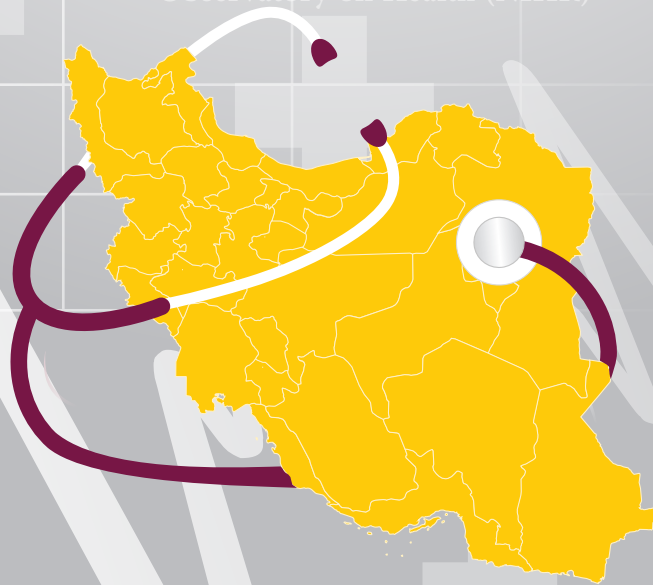
۱۳۹۶

دبیرخانه دیدهبانی نظام سلامت

Observatory on Health (NIHR)

Observatory on Health (NIHR)

Observatory on Health (NIHR)

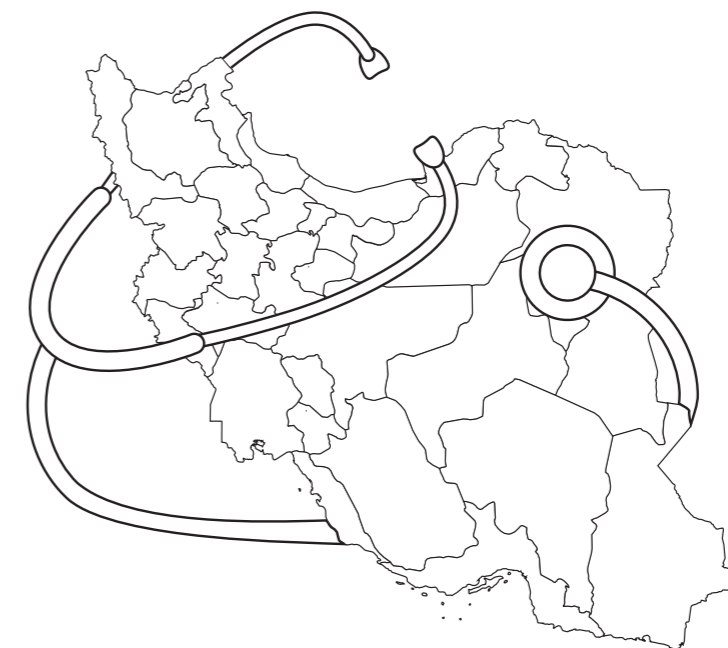


Observatory on Health (NIHR)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دیدهبانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران
۱۳۹۶



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

برای استناد به کتاب، پیشنهاد می شود از آدرس زیر استفاده شود:

استناد به زبان فارسی

مجدزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. دیدهبانی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶

استناد به زبان انگلیسی

Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017

برای استناد به مطالب هر فصل، آدرس استنادی در انتهای فصل جداگانه درج شده است.

سرشناسه	:	حریرچی ، ایرج، ۱۳۴۵ – مجدزاده کوه‌بنانی، سیدرضا، ۱۳۴۶
عنوان و نام پدیدآور	:	دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران/ پدیدآورندگان سیدرضا مجدزاده، الهام احمدنژاد، ژاله عبدی؛ ویراستار ادبی کورش اسعدی‌بیگی؛ [برای] مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران.
مشخصات نشر	:	تهران: آفتاب اندیشه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	:	۱۸۵ ص.: مصور، جدول، نمودار؛ ۱۲/۵×۴۱/۵ س.م.
شابک	:	۰-۹۳-۷۵۴۱-۹۶۴-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	سلامت‌پروری -- ایران
موضوع	:	Health promotion -- Iran
موضوع	:	سلامت‌پروری -- ایران -- آمار
موضوع	:	Health promotion -- Iran -- Statistics
موضوع	:	سلامت‌پروری -- ایران -- ارزشیابی
موضوع	:	Health promotion -- Iran -- Evaluation
شناسه افزوده	:	احمدنژاد، الهام، ۱۳۵۶ –
شناسه افزوده	:	عبدی، ژاله، ۱۳۵۶ –
شناسه افزوده	:	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۶ م۳د۹/ا۸/۴۲۷RA۴۲۷
رده بندی دیویی	:	۶۱۳
شماره کتابشناسی ملی	:	۴۸۵۹۳۹۲

ویرستان نام یک شهر در استان خراسان شمالی است.

شناسنامه

ویراستار ادبی: کورش اسعدی‌بیگی

طراحی گرافیک: محمد علائی‌پور

حروف‌چینی: مژگان فرشادی

نویسندگان اصلی: دکتر ایرج حریرچی، دکتر سید رضا مجدزاده، دکتر الهام احمدنژاد، دکتر ژاله عبدی

نویسندگان فصول به ترتیب حروف الفبا: دکتر الهام احسانی، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر بهزاد دمازی، دکتر سه‌ند ریاضی، دکتر حانیه سادات سجادی، دکتر زهرا غریب‌ناصری، زهرا گودرزی، دکتر محمدرضا مبینی‌زاده، دکتر مهدی مهدوی، حسین میرزایی، دکتر شیمایونس‌پور

همکارانی که در تدوین فصول مشارکت داشته‌اند، به ترتیب حروف الفبا: رضوانه الوندی، پریسا ابوئی، دکتر محبوبه بیات، دکتر فرشاد پورملک، دکتر محمود تارا، دکتر مجید توکلی، عصمت جمشیدبیگی، دکتر امیرمحمد جوادی، دکتر رقیه خیبری، دکتر اردشیر خسروی، فاطمه خلیل‌ارجمندی، مرضیه خونانی، محبوبه رحیمی، دکتر آرش رشیدیان، علی شیدایی، نرگس صالحی، دکتر موسی طباطبایی، الهام عبدالمالکی، دکتر فرشید فیاض‌جهانی، کیمیا گوهری، سعید معنوی، دکتر مهران مقصودلو، دکتر عباس وثوق‌مقدم

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

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

با تشکر از تمام همکارانی که در تهیه این کتاب ما را یاری فرمودند.

پیشگفتار مؤلفان

دیده‌بانی، رصد نظام‌مند و مستمر شرایط و مسایل مربوط به سلامت در سطح کشور و در مقایسه با کشورهای با شرایط مشابه است. موضوعات دیده‌بانی ممکن است شامل مراقبت سلامت عمومی، پایش و تحلیل مستمر کارکردهای نظام‌های سلامت باشد. انجام دیده‌بانی از طریق پیمایش‌ها، جمع‌آوری و تحلیل داده‌های ثبتی و استفاده از نظر خبرگان صورت می‌گیرد. با این‌که پژوهش‌های زیادی که در کشور منتشر می‌شود، فقر اطلاعاتی زیادی هنگام تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد که علت اصلی آن نبود معماری اطلاعاتی در کشور است. خوشبختانه طی سال‌های اخیر و طی برنامه‌های مطالعاتی متمادی و استفاده از نظر خبرگان، «تقویم پیمایش‌های ملی» تهیه و ابلاغ شده است که امیدواریم به ساماندهی این موضوع کمک فراوان کند. این تقویم دقیقاً نشان می‌دهد که چه پیمایش‌هایی با چه فواصلی برای تصمیم‌گیری‌های عملیاتی سلامت کشور مورد نیاز است.

براساس این تقویم و پژوهش‌هایی که طی سال‌ها انجام شده است، زمینه گزارش تحلیلی از وضعیت سلامت میسر شده که برای آن از قالب علمی‌ای استفاده شده است که برای کشورهای مختلف دنیا و در قالب گزارش‌های دیده‌بانی نظام‌های سلامت کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی اروپا انجام می‌شود. به جرئت می‌توان گفت که بعد از مطالعه ارزشمندی که در سال ۱۳۸۷ با حمایت فنی و مالی بانک جهانی انجام شده بود، این نخستین بار است که تحلیل شرایط سلامت کشور با داده‌های عینی متعدد تحلیل می‌شود و در این مجموعه گرد هم می‌آید.

لازم است مراتب امتنان خود را از تمامی پژوهشگران و اندیشمندانی که طی این سال‌ها به تولید داده‌های آرایه شده در این مجموعه همت گماشته‌اند، ابراز داریم که در قسمت‌های منابع فصول از آن‌ها نامبرده شده و امیدواریم امانت‌دار یافته‌های آن‌ها بوده باشیم.

بالاخره از همه همکاران پژوهشگر و کارکنان مؤسسه که در تمامی این سال‌ها با جدیت و ممارست، به‌رغم مشقات متعدد، متعهدانه و دلسوزانه به تحکیم جایگاه این مؤسسه در سطح ملی پرداخته‌اند، قدردانی می‌شود. در تهیه این گزارش همکاران متعددی به‌صورت شبانه‌روزی نقش‌آفرینی کرده‌اند که اسامی ایشان در ابتدای هر فصل گزارش آمده است و از ذکر مجدد آن‌ها اجتناب می‌شود.

امیدوارم تمامی بزرگوارانی که محتوی این گزارش را مطالعه می‌کنند، ما را از رهنمون‌ها و راهنمایی‌های خود بهره‌مند سازند تا زمینه ارتقای دیده‌بانی نظام سلامت ایران را فراهم کرده و از نواقصی که ملاحظه می‌کنند، ما را آگاه سازند.

تابستان ۱۳۹۶

خلاصه اجرایی ۱ تا ۶

فصل نخست: نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

خلاصه ۷
 جغرافیا و جمعیت شناختی جمهوری اسلامی ایران ۸
 وضعیت اقتصادی ۱۱
 سیاست‌های مهم مؤثر بر سلامت ۱۲
 وضعیت کلی سلامت ۱۳
 مقایسه وضعیت سلامتی با سایر کشورها ۱۵
 عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۲۲
 نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در عوامل اجتماعی سلامت ۳۰
 منابع ۳۳

فصل دوم: ساختار و حاکمیت

خلاصه ۳۵
 ساختار نظام سلامت ۳۶
 حاکمیت نظام سلامت ۴۰
 سیاست‌گذاری ۴۳
 تنظیم قوانین و مقررات برای نظام سلامت ۴۳
 تمرکز و تمرکززدایی ۴۶
 برنامه‌ریزی ۴۷
 همکاری‌های بین‌بخشی ۵۱
 توانمندسازی مردم و بیماران ۵۲
 منابع ۵۴

فصل سوم: تأمین مالی

خلاصه ۵۵
 منابع هزینه‌های سلامت ۵۶
 هزینه‌های بخش سلامت ۵۶
 کارکردهای هزینه‌ای نظام سلامت ۵۹
 رتبه ایران در میان کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا از نظر مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی ۶۲
 رتبه ایران در میان کشورهای منطقه چشم‌انداز از نظر مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی ۶۷
 بیمه‌های سلامت ۷۱
 جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت ۷۲
 انواع بسته خدمات سلامت ۷۳
 چارچوب تأمین مالی در نظام سلامت ایران و تعدد صندوق‌های بیمه‌ای سلامت ۷۶

سهم بیمه‌های سلامت در تأمین مالی حوزه سلامت کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۷۷
 تأمین مالی کارآمد در حوزه بیمه‌های سلامت گامی به سوی ارتقای نظام سلامت ۷۸
 وضعیت شیوه‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت ۷۸
 پزشکان فاقد رابطه استخدامی ۸۰
 استقرار خرید راهبردی در نظام ارایه خدمات سلامت؛ گامی به سوی آینده ۸۱
 منابع ۸۲

فصل چهارم: منابع فیزیکی و سرمایه انسانی

خلاصه ۸۳
 توسعه منابع فیزیکی ۸۴
 زیرساخت‌های حوزه سلامت ۸۵
 منابع انسانی ۸۸
 آموزش منابع انسانی ۹۶
 برنامه‌ریزی منابع انسانی ۹۹
 منابع ۱۰۰

فصل پنجم: ارایه خدمات سلامت

خلاصه ۱۰۱
 خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت همگانی ۱۰۲
 مسیر درمان بیمار در ایران ۱۱۱
 مراقبت‌های سرپایی و مراقبت‌های بیمارستانی ۱۱۲
 مراقبت‌های سرپایی اولیه و مراقبت‌های تخصصی ۱۱۲
 مراقبت‌های بیمارستانی (بستری) ۱۱۵
 مراقبت‌های اورژانسی ۱۱۸
 ارایه خدمات سلامتی در منزل ۱۱۸
 ارایه خدمات سلامتی در مراکز بستری روزانه ۱۱۹
 خدمات سلامتی برای موارد نیازمند به مراقبت‌های طولانی مدت ۱۱۹
 خدمات توانبخشی و طب تسکینی ۱۱۹
 خدمات دارویی ۱۱۹
 خدمات سلامتی غیررسمی و بدون پرداخت ۱۱۹
 خدمات سلامت روان ۱۲۰
 خدمات دهان و دندان ۱۲۲
 خدمات طب جایگزین و طب سنتی ۱۲۳
 خدمات سلامتی برای جمعیت‌های خاص ۱۲۳
 منابع ۱۲۴

فهرست نمودارها

فصل نخست: نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

نمودار ۱-۱. درصد متوسط رشد سالانه جمعیت در سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵.....	۹
نمودار ۱-۲. هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵.....	۹
نمودار ۱-۳. روند تغییرات سهم گروه‌های عمده سنی ایران، در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵.....	۱۰
نمودار ۱-۴. امید زندگی بدو تولد در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۱۸
نمودار ۱-۵. بروز مرگ استاندارد شده سنی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۱۸
نمودار ۱-۶. بروز مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۱۹
نمودار ۱-۷. بروز مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۱۹
نمودار ۱-۸. بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۲۰
نمودار ۱-۹. بروز مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۲۰
نمودار ۱-۱۰. شیوع چاقی و اضافه وزن در افراد بالای ۲۰ سال در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۲۱
نمودار ۱-۱۱. شیوع مصرف سیگار در تمام سنین در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۲۱
نمودار ۱-۱۲. نرخ باسوادی در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵.....	۲۳
نمودار ۱-۱۳. نرخ باسوادی در کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۵.....	۲۳
نمودار ۱-۱۴. نرخ با سوادی در جمعیت ۶ سال و بیشتر و جمعیت ۱۰ الی ۴۹ سال در سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵.....	۲۴
نمودار ۱-۱۵. نرخ بیکاری (درصد از کل نیروی کار) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۶.....	۲۵
نمودار ۱-۱۶. درصد افراد دارای خانه برای سه سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵.....	۲۶
نمودار ۱-۱۷. روند سهم هزینه‌های مسکن (اجاره بهای مسکن، اعم از شخصی و غیرشخصی) از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴.....	۲۶
نمودار ۱-۱۸. روند سهم هزینه‌های تفریحات از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴.....	۲۷
نمودار ۱-۱۹. روند سهم هزینه‌های حمل و نقل از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴.....	۲۷
نمودار ۱-۲۰. تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده در ایران از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵.....	۲۹
نمودار ۱-۲۱. وضعیت سهم طلاق (نسبت طلاق ثبت شده کمتر از یک‌سال به کل طلاق) و نسبت ازدواج ثبت شده به طلاق ثبت شده از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵.....	۲۹
نمودار ۱-۲۲. میانگین سن ازدواج بر حسب جنسیت از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰.....	۳۰
نمودار ۱-۲۳. نسبت طلاق به ازدواج از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵.....	۳۰

فصل دوم: ساختار و حاکمیت

نمودار ۱-۲. ارزش بازار دارویی کشور و سهم واردات و تولید داخل، طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵.....	۴۵
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

فصل سوم: تأمین مالی

نمودار ۱-۳. سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳.....	۵۷
نمودار ۲-۳. سهم هزینه بخش عمومی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳.....	۵۸
نمودار ۳-۳. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳.....	۵۹
نمودار ۳-۴. سهم هزینه خدمات درمانی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴.....	۶۰
نمودار ۳-۵. سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع‌شده به بیماران سرپایی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴.....	۶۰
نمودار ۳-۶. سهم هزینه خدمات سلامت همگانی و پیشگیری از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴.....	۶۰

فصل ششم: نظام اطلاعات سلامت

خلاصه.....	۱۲۵
منابع برای اطلاعات.....	۱۲۶
شاخص‌ها.....	۱۲۷
انواع داده‌های سلامت.....	۱۳۰
مدیریت داده‌ها.....	۱۳۰
تولید اطلاعات.....	۱۳۱
انتشار و به‌کارگیری اطلاعات سلامت.....	۱۳۱
منابع.....	۱۳۳

فصل هفتم: اصلاحات نظام سلامت

خلاصه.....	۱۳۵
تاریخچه اصلاحات نظام سلامت در ایران در طی پنج دهه اخیر.....	۱۳۷
معرفی طرح تحول سلامت.....	۱۳۸
اهداف کلان طرح تحول سلامت و ارزیابی وضعیت کنونی.....	۱۴۰
راه رو به آینده اصلاحات نظام سلامت.....	۱۴۷
منابع.....	۱۴۸

فصل هشتم: ارزیابی نظام سلامت با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت

خلاصه.....	۱۴۹
حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت.....	۱۵۰
دسترسی و پوشش مؤثر خدمات سلامتی.....	۱۵۱
منابع.....	۱۶۱
نتیجه‌گیری.....	۱۶۳ تا ۱۶۶

نمودار ۳–۷. سرانه هزینهٔ کل سلامت به دلار بین‌المللی در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳..... ۶۳

نمودار ۳–۸. سهم هزینهٔ کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳ ۶۳

نمودار ۳–۹. سرانه هزینه سلامت بخش عمومی به دلار بین‌المللی در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳..... ۶۴

نمودار ۳–۱۰. سهم هزینهٔ سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳ ۶۴

نمودار ۳–۱۱. سهم هزینه بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینهٔ سلامت بخش عمومی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳ ۶۵

نمودار ۳–۱۲. سهم هزینهٔ سلامت بخش عمومی از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (درصد) در سال ۱۳۹۳ ۶۵

نمودار ۳–۱۳. سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینهٔ کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (درصد) در سال ۱۳۹۳ ۶۶

نمودار ۳–۱۴. سهم پرداختی از جیب از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (درصد) در سال ۱۳۹۳ ۶۶

نمودار ۳–۱۵. سرانه هزینه کل سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳..... ۶۷

نمودار ۳–۱۶. سهم هزینه‌های کل سلامت به تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳..... ۶۷

نمودار ۳–۱۷. سرانه هزینه بخش عمومی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳..... ۶۸

نمودار ۳–۱۸. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳ ۶۸

نمودار ۳–۱۹. سهم پرداختی از جیب خانوار به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۳ ۶۸

نمودار ۳–۲۰. سهم هزینه بخش عمومی سلامت به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳..... ۶۸

نمودار ۳–۲۱. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳..... ۶۹

نمودار ۳–۲۲. سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه دولت عمومی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳..... ۶۹

نمودار ۳–۲۳. سرانه پرداختی از جیب خانوار در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳ ۶۹

نمودار ۳–۲۴. سرانه هزینه سلامت بخش خصوصی (پرداختی از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳ ۶۹

نمودار ۳–۲۵. پوشش بیمه پایه در ایران در مقایسه با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در سال ۱۳۹۴..... ۷۷

نمودار ۳–۲۶. پرداخت به‌ازای خدمات در بیمارستان‌ها (سهم به درصد) ۷۹

فصل چهارم: منابع فیزیکی و سرمایهٔ انسانی

نمودار ۴–۱. هزینه‌های انجام شده برای توسعه منابع فیزیکی ارایه کننده خدمات سلامتی به قیمت ثابت از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴..... ۸۴

نمودار ۴–۲. سهم هزینه صرف شده برای توسعه منابع فیزیکی از هزینه‌های کل سلامت از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ ۸۴

نمودار ۴–۳. سهم هزینه انجام شده برای توسعه منابع فیزیکی از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳..... ۸۵

نمودار ۴–۴. تعداد تخت‌های بیمارستانی به‌ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴..... ۸۷

نمودار ۴–۵. مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴ ۹۰

نمودار ۴–۶ مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۴..... ۹۱

نمودار ۴–۷. مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ۹۱

نمودار ۴–۸. مقایسه شاخص پرستار و ماما به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴ ۹۲

نمودار ۴–۹. مقایسه شاخص پرستار و ماما به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۴ ۹۲

نمودار ۴–۱۰. مقایسه شاخص پرستار و ماما به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ۹۳

نمودار ۴–۱۱. مقایسه شاخص دندان‌پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴ ۹۳

نمودار ۴–۱۲. مقایسه شاخص دندانپزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ۹۴

نمودار۴–۱۳. مقایسه شاخص دندانپزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۴..... ۹۴

نمودار ۴–۱۴. مقایسه شاخص داروساز به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴..... ۹۵

نمودار۴–۱۵. مقایسه شاخص داروساز به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۴ ۹۵

نمودار۴–۱۶. مقایسه شاخص داروساز به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه‌شرقی در سال ۱۳۹۴..... ۹۶

فصل پنجم: ارایه خدمات سلامت

نمودار ۵–۱. بروز مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده، در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴..... ۱۰۶

نمودار ۵–۲. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴ (یا آخرین رقم موجود)..... ۱۰۶

نمودار ۵–۳. شاخص پوشش واکسن سه‌گانه نوبت سوم در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴..... ۱۰۹

نمودار ۵–۴. مرگ‌های منتسب به آلودگی هوا در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴..... ۱۰۹

نمودار ۵–۵. بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی برحسب ارایه کننده خدمت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۸۷، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴..... ۱۱۴

نمودار ۵–۶. بار مراجعه براساس محل دریافت خدمت سرپایی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴..... ۱۱۴

جدول ۵–۷. بارمراجعه برای خدمات سرپایی (دریافت از پزشک) در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۴..... ۱۱۵

نمودار ۵–۸. طول مدت اقامت (روز) در بیمارستان در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۵..... ۱۱۷

نمودار ۵–۹. نرخ اشغال تخت (درصد) در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۵..... ۱۱۷

نمودار ۵–۱۰. سهم نسبی دارو از پرداخت مستقیم از جیب طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴..... ۱۲۰

نمودار ۵–۱۱. بار مراجعه سالانه در ۱۰۰ نفر برای دریافت خدمات مشاوره سلامت روان در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴..... ۱۲۰

نمودار ۵–۱۲. تعداد بیمارستان‌های روانپزشکی به‌ازای هزار نفر جمعیت در ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵..... ۱۲۱

نمودار ۵–۱۳. پرداخت از جیب مستقیم (به قیمت ثابت) برای خدمات دندان‌پزشکی، طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴ ۱۲۲

نمودار ۵–۱۴. بهره‌مندی از خدمات (بار مراجعه) دندانپزشکی سال ۱۳۹۴..... ۱۲۲

فصل هفتم: اصلاحات نظام سلامت

نمودار ۷–۱. شاخص‌های اقتصاد کلان از سال ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰..... ۱۴۲

نمودار ۷–۲. سهم دارو از منابع تولید داخل و واردات از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۴..... ۱۴۳

فصل هشتم: ارزیابی نظام سلامت با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت

نمودار ۸–۱. درصد پوشش بیمه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت..... ۱۵۱

نمودار ۸–۲. بارمراجعهٔ سرپایی به‌ازای هر نفر جمعیت در یک سال، در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ۱۵۳

نمودار ۸–۳. مدت زمان انتظار برای بستری (روز) در بیمارستان در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴..... ۱۵۴

نمودار ۸–۴. درصد پوشش مؤثر درمان‌های دیابت و فشارخون در سال ۱۳۹۵..... ۱۵۵

نمودار ۸–۵. سزارین شکم اول قبل و بعد از طرح تحول سلامت..... ۱۵۵

نمودار ۸–۶. درصد تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴..... ۱۵۶

نمودار ۸–۷. شیوع مصرف سیگار و الکل در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵..... ۱۵۶

نمودار ۸–۸. میانگین روزانه دریافت نمک (گرم) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵..... ۱۵۷

نمودار ۸–۹. نسبت دریافت میوه و سبزی (۴۰۰ گرم و بیشتر در روز) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵..... ۱۵۷

نمودار ۸–۱۰. شیوع فشارخون و بیماری‌های قلبی–عروقی در جمعیت ایرانی بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵..... ۱۵۸

نمودار ۸–۱۱. مرگ نوزادان زیر یک‌ماه به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴ ۱۵۸

نمودار ۸–۱۲. درصد رضایت از خدمات سرپایی در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴..... ۱۵۹

نمودار ۸–۱۳. درصد رضایت از خدمات بستری قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت..... ۱۵۹

نمودار ۸–۱۴. درصد رضایت از خدمات بستری براساس بیمارستان‌ها در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۲، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴..... ۱۶۰

فهرست جداول

فصل نخست: نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

جدول ۱-۱. تحولات جمعیتی و خانوارها در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ ۸

جدول ۱-۲. گروه‌های عمدهٔ سنی در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ ۱۰

جدول ۱-۳. برخی شاخص‌های کلان اقتصادی در فاصلهٔ سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ ۱۲

جدول ۱-۴. تغییرات امید زندگی و بروز مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ ۱۳

جدول ۱-۵. شاخص‌های سلامت کودکان، نوجوانان و مادران طی سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۴ ۱۳

جدول ۱-۶ علل اصلی مرگ در سال ۱۳۹۴ در مقایسه با سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۸۵ ۱۴

جدول ۱-۷. وضعیت عوامل خطر بیماری‌ها در طی سه سال ۱۳۸۵، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۵ ۱۴

جدول ۱-۸. وضعیت شاخص‌های مرتبط با مهدکودک‌ها در سال ۱۳۹۵ ۲۲

جدول ۱-۹. وضعیت شاخص‌های حیطه آموزش از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ ۲۲

جدول ۱-۱۰. نسبت دختر به پسر در مقاطع تحصیلی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ ۲۴

جدول ۱-۱۱. نرخ بیکاری جوانان ۱۵ تا ۲۴ سال از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۵ ۲۵

جدول ۱-۱۲. وضعیت شاخص‌های جهانی فقر در ایران، طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ بر حسب دلار بین‌المللی ۲۵

جدول ۱-۱۳. جمعیت آسیب‌پذیر تحت پوشش سازمان‌های مختلف، طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ ۲۸

فصل دوم: ساختار و حاکمیت

جدول ۱-۲. راهبردهای حوزهٔ سلامت براساس برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های مرتبط در سیاست‌های اجرایی برنامه رئیس‌جمهور ۴۸

جدول ۲-۲. تحلیل برنامه ششم توسعه برای بخش سلامت، اقدامات اصلی و ابزارهای اجرایی ۴۹

فصل سوم: تأمین مالی

جدول ۱-۳. شاخص‌های تأمین مالی بخش سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴ ۵۷

جدول ۲-۳. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵ ۷۳

جدول ۳-۳.نسبت دریافتی حقوق و پاداش (درصد) برای پرستاران و پزشکان (تمام وقت و غیر تمام وقت) در بیمارستان‌های دولتی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷۹

جدول ۳-۴. انواع نظام‌های پرداخت در ایران براساس سطوح ارائه خدمات ۸۰

فصل چهارم: منابع فیزیکی و سرمایهٔ انسانی

جدول ۱-۴. تعداد و درصد بیمارستان‌ها و تخت بیمارستانی در انواع بیمارستان‌های ایران در سال ۱۳۹۵ ۸۵

جدول ۲-۴. تعداد تخت‌های تخصصی بیمارستانی در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵ ۸۶

جدول ۳-۴. تعداد تخت‌های بیمارستانی در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی به‌ازای ۱۰هزار نفر جمعیت ۸۶

جدول ۴-۴. تعداد و انواع مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی در سال ۱۳۹۵ ۸۶

جدول ۴-۵. وضعیت منابع انسانی بخش سلامت در ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ ۸۸

جدول ۴-۶. تعداد منابع انسانی بخش سلامت ایران براساس شاخص معادل تمام وقتی در سال ۱۳۹۴ ۸۹

جدول ۴-۷. وضعیت تعداد سال‌های آموزش، تعداد دانشجو و فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی در ایران در سال ۱۳۹۴ ۹۷

جدول ۴-۸. سهم دانشگاه‌های مختلف در آموزش گروه‌های مختلف شغلی در سال ۱۳۹۴ ۹۸

فصل پنجم: آرایه خدمات سلامت

جدول ۵-۱. برنامه‌های اصلی نوین سلامت، بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت همگانی و پروژه‌های پشتیبان پس از شروع طرح تحول سلامت ۱۰۳

جدول ۵-۲. روند شاخص‌های مرتبط با حوزه سلامت همگانی و پیشگیری ۱۰۵

جدول ۵-۳. مرگ مادر در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ۱۰۷

جدول ۵-۴. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر) در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ (یا آخرین رقم موجود) ۱۰۷

جدول ۵-۵. پوشش واکسن سه‌گانه نوبت سوم در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ۱۰۸

جدول ۵-۶. مرگ‌های منتسب به آلودگی هوا در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۴ ۱۰۸

جدول ۵-۷. بار مراجعه به آرایه کنندگان مختلف خدمات سرپایی ۱۱۳

جدول ۵-۸. بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۴ به ازای یک نفر جمعیت ۱۱۳

جدول ۵-۹. بار مراجعه خدمات بستری از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ ۱۱۶

جدول ۵-۱۰. شاخص‌های مرتبط با خدمات آرایه شده در بیمارستان ۱۱۶

جدول ۵-۱۱. تعداد تخت‌های روانپزشکی به‌ازای هزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۵ ۱۲۱

جدول ۵-۱۲. شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمعیت غیر ایرانی ساکن در ایران ۱۲۳

فصل ششم: نظام اطلاعات سلامت

جدول ۶-۱. تقویم مطالعات دیده‌بانی سلامت از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷ ۱۲۸

جدول ۶-۲. شاخص‌های ارزیابی طرح تحول سلامت برای همسویی با پوشش همگانی سلامت ۱۲۹

فصل هفتم: اصلاحات نظام سلامت

جدول ۷-۱. تحلیل محتوای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ ۱۴۱

فصل هشتم: ارزیابی نظام سلامت با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول ۸-۱. پوشش حاصل از مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی در سال ۱۳۹۵ ۱۵۲

(سلول‌های خالی در جدول به معنای نبود داده است.)

فصل نخست: نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

شکل ۱-۱. بروز مرگومیر مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۵..... ۱۶

فصل دوم: ساختار و حاکمیت

شکل ۱-۲. نقش‌های کلیدی و بازیگران نظام سلامت ایران ۳۶

فصل سوم: تأمین مالی

شکل ۱-۳. محدودیت‌ها و مشکلات سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه خدمات سلامت ۷۴

شکل ۲-۳. تأمین مالی در سازمان‌های بیمه پایه اصلی ۷۶

فصل پنجم: آرایه خدمات سلامت

شکل ۱-۵. ساختار آرایه خدمت حوزه بهداشت برای خدمات سطح یک (تعداد مراکز و نیروی انسانی شاغل) در سال ۱۳۹۵..... ۱۰۲

شکل ۲-۵. توزیع استانی سطح سواد سلامت در سال ۱۳۹۳..... ۱۱۰

فصل هفتم: اصلاحات نظام سلامت

شکل ۱-۷. مهم‌ترین اصلاحات در نظام سلامت ایران پس از انقلاب اسلامی ۱۳۶

شکل ۲-۷. سیر تاریخی تدوین و اجرای طرح تحول سلامت در ایران ۱۴۶

خلاصه اجرایی

کتاب حاضر گزارشی است مشتمل بر هشت بخش و یک بخش نتیجه‌گیری که از ساختار نگارش گزارش‌های نظام‌های سلامت در حال اجرای تحولات و اصلاحات^۱، به‌منظور دیده‌بانی نظام سلامت در دوره گذار پیروی می‌کند. این گزارش‌ها توسط سازمان دیده‌بانی نظام سلامت و سیاست‌گذاری در اروپا^۲ با همکاری دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت اروپا نگاشته می‌شود.

کتاب دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، به توصیفی اجمالی از وضعیت نظام سلامت ایران، سیاست‌های جاری و اصلاحات اساسی آن در دوره گذار از تحولات اساسی^۳ به‌منظور دیده‌بانی می‌پردازد. در هر فصل بعد از آرایه کارکردها^۴ و اطلاعات مرتبط به آن در جمهوری اسلامی ایران، اطلاعات شاخص‌ها برای کشورهایی که از نظر درآمدی با ایران مشابه هستند، آرایه شده و مقایسه با این گروه کشورها از نظر رتبه‌بندی شاخص‌ها آورده شده است. فهرست کشورها در این مجلد، کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا^۵ اعلامی بانک جهانی در سال ۱۳۹۵ (۲۰۱۶ میلادی) می‌باشد. در ادامه این مقایسه برای کشورهای منطقه چشم‌انداز ۲۰ ساله و همچنین مدیرانه شرقی^۶ آرایه شده است. در برخی از شاخص‌ها، برای هیچکدام از سه دسته‌بندی مذکور اطلاعاتی یافت نشد و لذا مبنای مقایسه در این موارد کشورهای عضو سازمان توسعه همکاری اقتصادی^۷ قرار گرفت.

هر بخش از این کتاب توسط پژوهشگران مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و در تعامل نزدیک با کارشناسان حوزه ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نگاشته شده است. هدف از نگارش کتاب تهیه اطلاعات و شواهد مرتبط برای سیاست‌گذاران در جهت تقویت نظام سلامت و دیده‌بانی آن است.

فصول کتاب براساس کارکردهای اصلی نظام سلامت شکل گرفته‌اند و انتظار می‌رود که این کتاب بتواند:

- نمایی جامع از وضعیت کارکردهای اصلی نظام سلامت آرایه دهد؛
- توصیفی از چارچوب، فرایند، محتوا و نحوه پیاده‌سازی اصلاحات اخیر نظام سلامت فراهم آورد؛
- چالش‌ها و حوزه‌هایی را که نیاز به تحلیل و تفحص عمیق‌تر دارند، مشخص سازد؛
- و در نهایت پیشنهادهای کاربردی و مبتنی‌بر شواهد برای به‌کارگیری در برنامه‌های آتی حوزه سلامت آرایه دهد.

1. Health in Transition
 2. European Observatory on Health System and Policies
 3. Health Transformation Plan
 4. Building Blocks
 5. Upper Middle Income Countries
 6. Eastern Mediterranean Countries
 7. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

نظام اطلاعات سلامت ایران یکپارچه نیست و عملاً برای گردآوری داده‌های موثق به‌منظور ارزیابی نظام سلامت مشکلاتی وجود دارد. به‌همین علت در تهیه این گزارش به‌اجبار برای برخی شاخص‌ها از منابع مختلف استفاده شده است که این می‌تواند یکی از محدودیت‌های گزارش حاضر تلقی گردد.

نگاه کلی به شرایط حاکم بر سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در این فصل به‌عنوان فصل آغازین وضعیت جمعیتی، اقتصادی، سیاست‌های مهم مؤثر بر سلامت، وضعیت کلی سلامت و سپس تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت ارایه شده است.

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، بی‌سرپرستی، از کار افتادگی، حوادث و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به شکل بیمه و غیره را حق همگان دانسته و دولت را مکلف کرده است که طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی سلامت را برای تک‌تک ایرانیان تأمین کند. نگاهی گذرا به این اصل از قانون اساسی نشان می‌دهد سلامت مردم از مهم‌ترین حقوق انسانی است که قانون‌گذار به آن توجه ویژه داشته است.

از سوی دیگر سیاست‌های کلی نظام درخصوص سلامت که در سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد، تکلیف دولت را در بخش سلامت مشخص کرد. در سیاست‌های ابلاغی، بر ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی‌بر یافته‌های مُتَمَن و علمی، تقویت جایگاه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان، تأمین مالی بخش سلامت و تحقق عدالت در سلامت، به‌خصوص در حفاظت مالی از آحاد مردم در مقابل هزینه‌های سلامت تأکید شده و به تحول راهبردی در حوزهٔ آموزش و پژوهش، سلامت معنوی، اجتماعی و روانی و ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت استادان، دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی توجه ویژه‌ای شده است.

بطورکلی، چهار دسته از عوامل در حفظ و ارتقای سلامت مؤثر هستند؛ سهم تقریبی این عوامل بر سلامت فرد به‌صورت زیر است:

عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی مانند سن و جنسیت حدود ۱۵ درصد، نظام ارایه خدمات سلامت حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد، عوامل محیطی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد و عوامل اجتماعی حدود ۵۰ درصد بر سلامت تأثیر دارند. لذا بیشترین سهم، یعنی حدود ۶۵ درصد از عوامل تأثیرگذار بر سلامت، شامل عوامل اجتماعی و محیطی است. برای ارتقای وضعیت این تعیین‌کننده‌ها دو دسته مداخله در نظام سلامت وجود دارد: «همکاری بین‌بخشی» و

«مشارکت مردم». در مسیر هر دو راهبرد، گام‌های مثبت زیادی برداشته شده که یکی از اصلی‌ترین آن ایجاد ساختار در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها است؛ اما هنوز موانع قانونی و اداری متعددی وجود دارد که باعث شده مداخلات جزیره‌ای و پراکنده، فرصت تجمع نیابند. درخصوص مشارکت مردم نیز امروزه سیاست‌گذاران سلامت به اهمیت مشارکت مردم اعتقاد جدی دارند و بخش سلامت، سیاست‌های سنجیده‌ای برای جلب و سازماندهی مشارکت مردم دارد. گام بعدی شاید نهادینه‌کردن مشارکت مردم در اموری مانند هدف‌گذاری و پایش برنامه‌های سلامت باشد تا ضمن آنکه اثرات برنامه‌ها تقویت می‌شود، شاخص‌های مربوط به سلامت جامعه با این نهادینه‌سازی و پایداری مشارکت مردم بهتر شود.

ساختار و حاکمیت

در این فصل ساختار و حاکمیت نظام سلامت، سیاست‌گذاری، تنظیم قوانین و مقررات، تمرکز و تمرکززدائی، برنامه‌ریزی، همکاری‌های بین‌بخشی و توانمندسازی مردم و بیماران پرداخته شده است.

ساختار کلی و وضعیت سازماندهی نظام سلامت ایران حاکی از آن است که تقسیم وظایف یا تفرق گسترده‌ای بین سازمان‌ها و مؤسسه‌ها در بخش‌های ارایه خدمت، بیمه‌های پایه سلامت و سیاست‌گذاری و اعمال نظارت صورت گرفته است. با این وجود، آنچه که از سیر تحولات عقب مانده است، توسعه نیافتن نظام‌های حاکمیتی اثربخش اعم از قوانین، مقررات، اسناد بالادستی و ساختارهای سازمانی اثربخش برای اجرای آن‌هاست. این در حالی است که تقویت و بهبود فرایندهای حاکمیتی در بخش سلامت از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که برای اصلاحات در نظام سلامت، باید توسط دولت در نظر گرفته شود.
باتوجه به این اولویت، از سال ۱۳۸۰ وزارت بهداشت تقویت شد و اصلاح حاکمیت نظام سلامت را به‌صورت جدی‌تری با تشکیل مؤسسات تحقیقاتی برای تولید شواهد، شوراها و مراکز سیاست‌گذاری برای تنظیم قوانین و مقررات اثربخش و تقویت نقش وزارت بهداشت به‌عنوان متولی بخش سلامت در پیش گرفت. با وجود اقدامات فوق، حاکمیت نظام سلامت همچنان محل چالش بین ذی‌نفعان کلیدی است و این در حالی است که در اسناد بالادستی به دفعات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی بخش سلامت معرفی شده است.

با توجه به ضرورت برخورداری از یک نظام حاکمیتی خوب و منسجم برای دستیابی به هدف حفظ و ارتقای سلامت، به‌نظر می‌رسد اجرای برنامه‌ها و مداخلاتی در جهت بهبود راهبری بین‌بخشی و یکپارچه‌سازی برای جبران پراکندگی و تقسیم بیش از حد وظایف بین سازمان‌ها ضروری باشد. این امر از طریق اصلاح ساختار و فرایندهای شوراهای بین‌بخشی ملی (مانند شورای عالی بیمه، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و…) در مراحل بعدی اصلاحات و برنامه‌های نظام سلامت صورت می‌گیرد.

همچنین برای کاهش تعارض و در نتیجه پذیرش بیشتر تصمیمات، استفاده از راهکارهای جلب مشارکت حداکثری بازیگران مختلف نظام سلامت، ترویج استفاده از شواهد علمی در تصمیم‌گیری‌ها، تقویت مکانیزم‌های به‌روز و فعال، نظارت و ارزیابی عملکرد و نیز راه‌اندازی نظام‌های پاسخگویی نسبت به عملکرد می‌تواند راهگشا باشد.

تأمین مالی

در این فصل هزینه‌های بخش سلامت و شاخص‌های مرتبط، کارکردهای هزینه‌ای، بیمه‌های سلامت، بسته خدمات پایه، چارچوب تأمین مالی و در نهایت وضعیت شیوه‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان سلامت پرداخته شده است.

روش‌های مختلفی برای تأمین منابع مالی سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از بودجهٔ عمومی، دریافت پیش‌پرداخت از مردم برای بیمه پایه و خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب. در حال حاضر در ایران، در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی، چشم‌انداز و متوسط جهانی، سهم هزینه‌های بخش عمومی پایین‌تر و سهم پرداخت مستقیم از جیب بالاتر می‌باشد. این امر ناشی از بزرگی تعاملات مالی خارج از بخش عمومی (خصوصی) است. اگرچه اقدامات طرح تحول سلامت با افزایش سهم بخش عمومی تا حدودی سهم پرداختی از جیب مردم را کاهش داده است، اما هنوز سهم صندوق‌های بیمه پایه، پایین است. این بدین معنا است که انتظار کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم تنها با افزایش هزینه‌های بخش عمومی درست نیست.

در حال حاضر وضعیت ایران از نظر برخی راهکارهای افزایش بودجه بخش سلامت (ایجاد فضای مالی)٬ مساعد نیست و تحقق آن منوط به عزم ملی فرابخشی است. در داخل نظام سلامت و به‌خصوص با مشارکت بخش خصوصی باید به افزایش کارایی و تحقق اقتصاد مقاومتی پرداخت. مداخله‌های درون‌بخشی عبارت‌اند از:

- شناسایی خدمات و فعالیت‌های با هزینهٔ زیاد یا فراوانی بالا و اعمال سیاست‌های کنترل هزینه‌ای از طریق خرید راهبردی در مورد آن‌ها (بازنگری بسته‌های بیمه، فرانشیر پلکانی، بهبود و ارتقای نظام ارجاع، تعیین سقف دریافت و ارایه خدمات و…)
- بهبینه و هدفمندسازی مداخلات حمایتی دولت از اقشار محروم یا ساکن مناطق آسیب‌پذیر، افزایش سهم بخش عمومی با تقویت عملکرد حفاظت مالی بیمه‌ها؛
- تقویت نظام‌های کنترل قیمت (به‌ویژه در بخش سرپایی، دندانپزشکی و خصوصی)؛
- کنترل تقاضای القایی از طریق اصلاح نظام پرداخت به ارایه‌کنندهٔ

1 . Fiscal Space

خدمات با حرکت از مدل پرداخت به‌ازای هر واحد خدمت (کارانه) به مدل پرداخت مبتنی‌بر عملکرد.

نظام‌های چندگانهٔ بیمه‌ای با هزینه‌های مفرط اداری به ناکارآمدی در حل مشکلات و همچنین پدیدآمدن بدهی‌ها منجر شده و وجود صندوق‌های بیمهٔ سلامت با قوانین و مقررات متفاوت موجب مشکلات و چالش‌های فراوانی شده است. نتیجهٔ این چالش‌ها بی‌عدالتی در ارایه خدمات سلامتی است. وجود چنین چالش‌هایی ضرورت ایجاد اصلاحات در این زمینه را مطرح و لزوم تلاش‌های نظری و عملی را در این راستا عیان می‌کند. سطح پراکندگی و بزرگی صندوق‌های انباشت خطر یکی از نگرانی‌های اصلی در این حوزه است.

منابع فیزیکی و سرمایه انسانی

در این فصل توسعه منابع فیزیکی ارایه می‌شود. سپس منابع انسانی بخش سلامت، آموزش و برنامه‌ریزی برای منابع انسانی ارایه و توصیف می‌گردد.

تقویت منابع فیزیکی بخش سلامت به‌منظور تأمین مؤثر مراقبت‌های سلامتی، امری ضروری بوده و لازم است این منابع به‌صورت متعادل میان ورودی‌های متعدد نظام سلامت توزیع شوند. افزایش تعداد کارکنان، بدون سرمایه‌گذاری برای ساخت، تجهیز و نگهداری واحدهای ارایه خدمات بی‌فایده است. حفظ این تعادل در نقاط مختلف جغرافیایی نیز واجد اهمیت است و سرمایه‌گذاری‌های جدید بدون توجه به امکانات و نیازهای منطقه می‌تواند به نامتوازی در این عرصه منتهی شود.
براساس داده‌های موجود، طی سال‌های اخیر در ایران بیشترین سرمایه‌گذاری انجام شده در بخش بیمارستانی صورت گرفته و نتیجه آن افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی فعال و تجهیز واحدهای ارایه خدمات بوده است. با وجود سرمایه‌گذاری‌های چشمگیر در این بخش، مقایسه شاخص‌های ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و همچنین کشورهای منطقهٔ چشم‌انداز و منطقهٔ مدیترانه شرقی، نشان‌دهندهٔ وضعیت نامطلوب ایران در این حوزه است.

نیروی کار سلامت در ایران به لحاظ کمیت و کیفیت در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است؛ اما با این رشد، همچنان کمبودهایی در برخی از رشته‌ها به‌ویژه رشته‌های پزشکی، پرستاری، داروسازی و دندانپزشکی وجود دارد. این امر موجب شده است که شاخص معادل تمام‌وقتی برخی از گروه‌های شغلی تا ۱/۴ نیز افزایش یابد. نکته مهم این که نیروی کار سلامت در ایران به‌صورت متوازن در مناطق مختلف جغرافیایی توزیع نشده است و مناطق توسعه‌یافته‌تر دسترسی بیشتری به نیروی کار سلامت دارند. اگرچه در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول سلامت و تغییر نسبی

در نظام پرداخت حقوق در مناطق جغرافیایی مختلف، دسترسی به پزشکان

در مناطق مختلف کشور عادلانه‌تر شده است، با این حال توزیع ناعادلانه

این نیروها یکی از مشکلات نظام سلامت تلقی می‌شود.

ارایه خدمات سلامت

در این فصل ارایه خدمت در سطوح و محل‌های مختلف ارایه می‌شود.

در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت و بیمارستان منابع اطلاعات و

روش‌های ارایه خدمت بحث و بررسی شده و سپس وضعیت ارایه خدمات

سلامت در منزل، در مراکز بستری روزانه، مراقبت‌های پیش بیمارستانی

و اورژانس، موارد نیازمند به مراقبت‌های طولانی مدت، خدمات توانبخشی

و طب تسکینی، خدمات دارویی، خدمات سلامت غیررسمی و بدون

پرداخت، خدمات سلامت روان، خدمات دهان و دندان و ارایه خدمات

برای جمعیت‌های خاص ارایه شده است.

نظام سلامت ایران، یک نظام سلامت گسترده و پیچیده است که

در آن طیف متنوعی از ارایه‌دهندگان، خدمات متنوعی را ارایه می‌دهند.

خدمات مراقبت‌های اولیه کاملاً توسط دولت هدایت می‌شود، به این

مفهوم که تا قبل از طرح تحول سلامت کاملاً دولتی بوده و پس از

آن برای پوشش آحاد جامعه، به‌خصوص در نواحی شهری و حاشیه

شهرها، مشارکت بخش خصوصی برای ارایه خدمات جلب شده است.

در خدمات سطح دو و سه و خدمات سرپایی نقش بخش خصوصی

پررنگ است و این موضوع در کلان‌شهرها پررنگ‌تر است. در حال

حاضر محدودیتی برای انتخاب ارایه‌کنندهٔ خدمت و محل دریافت

خدمت برای بیمار وجود ندارد و با این‌که پزشک عمومی به‌عنوان

اولین مراقب سلامت برای خدمات سرپایی در تمام کشور حضور

دارد، همواره انتخاب اول مردم برای دریافت خدمات سلامتی نیستند.

عمده بیمارستان‌ها با وجود اعلام خودگردانی همچنان توسط دولت

اداره می‌شوند. مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح اول هنوز ارتباط

مشخصی با سطح دو خدمات ندارند و نظام ارجاع به‌طور کامل محقق

نشده است. در مورد خدمات بستری بارمراجعة نسبت به کشورهای دیگر

پایین‌تر، مدت اقامت کوتاه‌تر و از سویی تخت بیمارستانی هم نسبت

به جمعیت خیلی کمتر از کشورهای دیگر است و ضرورت افزودن

تعداد تخت وجود دارد. خوشبختانه در سال‌های اخیر و براساس شواهد

عملی آینده پژوهشی درخصوص توسعه حوزه درمان صورت گرفته و

نقشه توسعه خدمات سطح دوم و سوم مشخص شده‌اند که این مهم

در آینده باید عملیاتی شود. در این زمینه با توجه به محدودیت منابع

عمومی، نیاز به مشارکت بخش خصوصی وجود دارد که ضرورت دارد

مورد توجه قرار گیرد. درخصوص سایر انواع خدمات سلامتی، از جمله

خدمات ارایه شده در منزل، خدمات ارایه‌شده برای افرادی که نیاز به

مراقبت‌های طولانی‌تر دارند (از جمله معلولین)، خدمات توانبخشی و

موارد تسکینی و به‌طورکلی مواردی که خدمات آن‌ها در بیمارستان و

مراکز سرپایی ارایه نمی‌شود، نظام ارایه خدمات سلامتی تعریف‌شده

نیست و این موارد نیاز به توجه ویژه دارند.

نظام اطلاعات

در این فصل روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات و منابع مختلف

برای این موارد، شاخص‌ها و مدیریت داده‌ها ارایه شده است. سپس تقویم

پیمایش‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت معرفی می‌شود.

نظام اطلاعات سلامت فعالیتی یکپارچه برای جمع‌آوری، پردازش،

گزارش و استفاده از اطلاعات و دانش سلامت در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها است. در سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی در ایجاد

زیرساخت‌ها صورت گرفته که مهم‌ترین آن‌ها گسترش بستر الکترونیکی لازم برای کارکرد بهینه نظام اطلاعات سلامت است؛

البته باوجود این اقدامات ارزشمند، به‌نظر می‌رسد هنوز انسجام لازم از لحاظ سیاست‌گذاری در اطلاعات سلامت به حاصل ننشسته

است. در زمینه شاخص‌ها، به‌خصوص گردآوری داده‌های مرتبط با

تعهدات بین‌المللی، جمهوری اسلامی ایران بین کشورهای منطقه

مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبی دارد؛ ولی ارزیابی تعهدات ملی

(سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه پنج‌ساله) به روش کمی همچنان نهادینه نشده است. در عین حال اقدامات قابل توجهی

در به‌هنگام‌سازی پیمایش‌های ملی و ارایه گزارش‌های مرتبط صورت گرفته که مهم‌ترین آن تصویب و ابلاغ تقویم پیمایش‌های

ملی است. به‌نظر می‌رسد که نخستین گام در بهبود شرایط، ایجاد

گروه کاری قوی و جدی برای برنامه‌ریزی نظام اطلاعات سلامت

است. بدیهی است که برنامه اصلی با شکل‌گیری این گروه نهایی

می‌شود. پیشنهادهاتی که برای شروع می‌توان به آن‌ها توجه کرد:

تقسیم کار ملی و تبیین وظایف (بیرون و درون وزارت بهداشت)؛

اجرای به‌هنگام تقویم پیمایش‌های ملی و تقویت کیفیت آن‌ها؛

تقویت فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی‌بر شواهد با تلفیق آن در نظام

ارزشیابی و نیز آموزش رده‌های مختلف؛

تقویت نظام دیده‌بانی سلامت تا گزارش‌دهی در سطح مناطق

آمایشی و به‌تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی؛

الزام ذخیره‌سازی داده‌های خام مطالعه‌های پیمایشی حمایت شده

توسط منابع عمومی؛

گزارش ادواری پیشرفت اسناد مهم و نیز برنامه‌های توسعه

براساس شاخص‌های استاندارد.

اصلاحات نظام سلامت

در این فصل در ابتدا تاریخچه اصلاحات نظام سلامت در پنج دهه اخیر

ارایه شده و در ادامه طرح تحول سلامت به تفصیل معرفی و مداخلات و اقدامات مرتبط به آن تفسیر و تحلیل شده است.

در ایران تلاش برای اعمال اصلاحات و دستیابی به هدف تأمین و

ارتقای سلامت سابقه‌ای طولانی دارد. نمونه‌هایی از اصلاحات مهم بخش

سلامت ایران عبارتند از:

- تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان؛

- راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان؛

- ادغام آموزش پزشکی؛

- طرح خودگردانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛

- برنامهٔ پزشک خانواده؛

- طرح اصلاح ساختار اقتصادی مدیریتی بیمارستان‌ها و اعتباربخشی

مراکز درمانی.

طرح تحول سلامت

موج جدید اصلاحات نظام سلامت ایران در سایهٔ حمایت همه‌جانبه دولت

از تابستان سال ۱۳۹۲، با اجرای طرح تحول سلامت شکل گرفت. به‌سبب

وضعیت و مشکلات خاص آن زمان نظام سلامت و نیاز به تأمین منابع مالی

لازم برای اجرای برنامه‌های مختلف، اجرای این طرح به‌صورت تدریجی

و مرحله‌به‌مرحله انجام گرفت. به‌نحوی که در ابتدا با توجه به پیامدهای

تحریم‌ها بر بازار دارو و لوازم مصرفی پزشکی و بحرانی‌شدن اوضاع این

بازار در کشور، مشکل کمبودهای شدید دارویی مرتفع شد. پس از کنترل و

برگرداندن آرامش به بازار دارویی، برنامه‌های حمایت از تولید داخل با توجه

به اولویت اقتصاد مقاومتی، کنترل و مبارزه با قاچاق دارو، ارتقای کیفیت دارو،

تجویز و مصرف منطقی دارو و قیمت‌گذاری ملزومات پزشکی طراحی و اجرا

شد. سپس از مهرماه همان سال، جلسات متعددی با مشارکت ذی‌نفعان

طرح تشکیل شد تا با توجه به اصل نامحدود بودن نیازها و محدود بودن

منابع، اولویت‌های مداخلات مورد نیاز مشخص شوند. ماحصل این جلسه‌ها

و تصمیمات در اردیبهشت ۱۳۹۳، منجر به آغاز اجرای مرحله‌ای از طرح

شد که مداخلات و برنامه‌های آن بیشتر بر ارایه خدمات سطح دوم و سوم

در بخش دولتی متمرکز شد. از مهم‌ترین برنامه‌های اصلاحی در این زمان عبارت بودند از:

- پوشش بیمه‌ای شهروندان فاقد بیمه پایه سلامت؛

- کاهش مقدار پرداختی بیماران بستری؛

- کاهش مقدار پرداختی بیماران سرپایی؛

- جلوگیری از بروز پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامتی؛

- مدیریت ارایه خدمات و حفاظت مالی برای مبتلایان به بیماری‌های

صعب‌العلاج؛

- راه‌اندازی واحدهای ارایه خدمات درمانی؛

- ارتقای کیفیت خدمات سلامت در بخش دولتی؛

- افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در

بخش دولتی؛

- رایگان کردن زایمان طبیعی برای مادران.

در شهریور ۱۳۹۳ مرحلهٔ اجرایی بعدی طرح که ناظر بر تحول در خدمات

سطح یک و پیشگیری بود، شروع شد. از برنامه‌های مهم این مرحله،

برنامه‌ریزی برای گسترش ارائهٔ خدمات و مراقبت‌های نوین سلامت

در حاشیهٔ شهرها، تقویت نظام ارائهٔ خدمات در مراکز قبلی، استفاده از

مشارکت بخش خصوصی و بازنگری محتوای خدمات ارایه شده با توجه به

نیازهای نوین سلامتی (مانند بیماری‌های غیرواگیر) بود. در مرحله بعدی

طرح که مهر ماه ۱۳۹۳ اجرایی شد، با ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات

و مراقبت‌های سلامتی، فهرست بازنگری‌شده تعرفه‌های خدمات سلامت

مبنای عمل قرار گرفت. مرحله آخر نیز در بهمن ماه همین سال با اعلام

نحوه پرداخت مبتنی‌بر عملکرد ارایه‌کنندگان خدمات سلامت اجرایی شد.

لازم به ذکر است طی این مدت اقدامات زیرساختی و توسعه فیزیکی

چشمگیری انجام شد که از آن جمله می‌توان به راه‌اندازی بیش از ۲۴

هزار تخت بیمارستانی و افزایش تعداد مراکز ارایه‌دهنده مراقبت‌های اولیه

سلامت اشاره کرد.

به‌نظر می‌رسد با توجه به ارزیابی نتایج اجرای این طرح و نیز

وضعیت فعلی نظام سلامت، اجرای طرح باید تداوم داشته باشد و برای

تکمیل مسیر اصلاحات نظام سلامت ایران اقدامات زیر انجام بگیرد:

- بازنگری و ارتقای سیاست‌های کلان نظام مالی؛

- ایجاد تعادل بین منابع و مصارف بخش سلامت با استفاده از الگوی Mid Term Expenditure Framework؛

- پایدار نمودن منابع بخش مالی سلامت (منابعی که در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت به بخش سلامت وارد شد)؛

- ارتقای کارایی نظام سلامت با شناسایی ریشه‌ها و علل ناکارایی و اقدام در جهت رفع آنها (مانند تعریف یا بازنگری بسته خدمات،

تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و …)؛

- بازنگری و تقویت نقش شورای عالی بیمه سلامت؛

- ظرفیت‌سازی نهادی برای انجام مطالعات اکچوری؛

- ایجاد پلت‌فورمی برای مشارکت فعال ذینفعان خرید راهبردی و تشکیل کمیته فنی خرید راهبردی خدمات سلامت؛
- ظرفیت‌سازی سازمانی جهت استقرار خرید راهبردی؛
- بازنگری در شیوه پرداخت به ارایه کنندگان خدمات سلامت (تاکید بر اجرای DRGs)؛
- تقویت نقش تولیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با بازتعریف نقش و ساختار این وزارت؛
- ایجاد واحدی در وزارت بهداشت جهت تحلیل فنی سیاست‌های سلامت؛
- طراحی و استقرار نظام فراگیر داده‌ای برای مردم؛
- جلب و تقویت مشارکت مردم برای اجرای موفق و بهتر طرح‌های اصلاحاتی نظام سلامت (مانند طرح تحول سلامت)؛
- سازماندهی بهتر برای اجرای طرح تحول سلامت از طریق ایجاد واحدی در سطح وزارت برای مدیریت پروژه در سطح کشوری و استانی؛ در جهت پایش و ارزیابی و اطلاع‌رسانی عمومی؛
- تولید شواهد مناسب با اجرای طرح‌های مطالعاتی با موضوعات طراحی بسته‌های خدمت براساس (DCP-3 (Disease Control Prioritis)؛
- بهره‌مندی، عدالت و اندازه گیری Benefit Incidence Analysis (تحلیل‌های مالی حساب‌های ملی سلامت؛ سرمایه‌های انسانی نظام سلامت)؛
- مرور سازماندهی (چیدمان) فعلی ارایه خدمات سلامت؛
- انتخاب مدل مناسب پزشک خانواده؛
- ظرفیت‌سازی برای اجرای برنامه پزشک خانواده با برنامه‌های آموزشی و تربیت پزشک خانواده؛
- اجرای کامل نظام ارجاع؛
- حذف اشتغال همزمان پزشکان؛
- پرداخت به‌روز مطالبات بیمه‌ای.

نکته مهم دیگر این که با توجه به شرایط منطقه، بحران‌زایی عوامل بیرونی و نیز وضعیت اقتصادی، مخاطرات جدی طرح را تهدید می‌کند که نه تنها طرح، بلکه ممکن است نظام سلامت و متعاقباً نظام حمایت‌های اجتماعی را دچار بحران سازند. بنابراین داشتن برنامه برای شرایط بحران‌زا و کاهش مخاطرات احتمالی، یکی از ضرورت‌ها در بازبینی مجدد طرح تحول سلامت است.

ارزیابی نظام سلامت با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت

در این فصل نظام سلامت کنونی (بعد از اجرای طرح تحول سلامت)، با هدف تحلیل آن در جهت همسوئی با اهداف پوشش همگانی سلامت در دو بعد حفاظت مالی و پوشش مؤثر خدمات سلامتی ارزیابی شده است.

قبل از اجرای طرح تحول سلامت، نظام سلامت ایران به‌عنوان مجموعه‌ای شناخته می‌شد که با وجود بهبودی در وضعیت شاخص‌های سلامتی، پرداخت مستقیم از جیب بابت دریافت خدمات سلامتی در آن بالا و منابع انسانی‌اش پراکندگی و تعداد مناسب نداشت. براساس دو هدف مرتبط در پوشش همگانی سلامت شامل ۱. پوشش مؤثر خدمات سلامتی؛ و ۲. حفاظت مالی مناسب در برابر هزینه‌های سلامت، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، سهم پرداخت مستقیم از جیب، به ۳۸/۷ درصد از کل هزینه‌های سلامت کاهش پیدا کرده است. لذا با اجرای طرح تحول، سهم پرداخت مستقیم از جیب در حدود ۱۵ درصد کاهش یافته است؛ اما تا رسیدن به سطح مطلوب همچنان فاصله دارد و لازم است اقدامات دیگری انجام شود. شاخص هزینه‌های کمرشکن از ۲/۸ در سال ۱۳۹۲، به ۲/۷ در سال ۱۳۹۳ (بلافاصله بعد از اجرای طرح تحول) رسید. رخدادهای هزینه‌های فقرزا بعد از اجرای طرح تحول سلامت تقریباً بدون تغییر مانده است و هم‌اکنون در ۸/۰ درصد خانوارها رخ می‌دهد. در تفسیر این موضوع می‌توان گفت بخشی از جامعه که پیش‌تر به‌خاطر بحران‌های موجود از خدمات سلامت بهره‌مند نشده بودند و در نزدیکی خط فقر قرار داشتند، حالا از این خدمات بهره‌مند می‌شوند. ضمن این که هدف نهایی از این شاخص حذف کامل آن است؛ لذا باید هنوز اقدامات کنترلی شدیدی را در این خصوص در نظر گرفت. براساس اهداف نهایی تعیین‌شده، نظام سلامت هنوز قادر به حفاظت مالی کامل شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت نیست و لازم است مداخلاتی با محوریت گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر طراحی و اجرا شود.

شاخص‌های مرتبط با بهره‌مندی از مراقبت‌های اولیه در حد کاملاً مطلوب است؛ از جمله زایمان توسط فرد دوره‌دیده، درصد دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به پنومونی، پوشش واکسیناسیون، درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سیستم فاضلاب به‌سازی شده، مصرف مواد دخانی و مراقبت‌های حول و حوش تولد. به‌نظر می‌رسد نابرابری و عدم استفاده در بهره‌مندی از خدمات بیمارستانی ناچیز است. با وجود مطلوب بودن این شاخص‌ها، تا رسیدن به پوشش مؤثر فاصله وجود دارد؛ به‌طوری که ۶۰ درصد افراد مبتلا به فشارخون و ۴۰ درصد افراد مبتلا به دیابت، بیماریشان تحت کنترل نیست و این در حالی است که اطلاعاتی از پوشش مؤثر سایر بیماری‌ها هنوز در دسترس نیست. در عین این که از پوشش خدمات ارایه شده در بخش سرپایی، به‌ویژه در بخش خصوصی اطلاع مناسبی در دسترس نیست.

برای پوشش مؤثر توأم با حفاظت مالی مناسب، نظام سلامت در ایران همچنان نیازمند مداخلات در سطح فردی، در سطح جمعیت و در سطح نظام سلامت است و هنوز این پوشش توأم با حفاظت مالی به‌طور کامل اتفاق نیفتاده است. در نهایت می‌توان گفت نظام سلامت ایران در حال گذار است و در صورت هدف‌گذاری مناسب و اجرای مداخلات مؤثر می‌تواند به اهداف متعهد شده دست یابد.

در انتهای این مجلد، نتیجه‌گیری نهایی از فصول ارایه شده است.

فصل نخست

نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

خلاصه

فصل آغازین به ارایه وضعیت جمعیتی، اقتصادی، سیاست‌های مهم مؤثر بر سلامت، وضعیت کلی سلامت و سپس وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی می‌پردازد. در ابتدا، تغییرات جمعیتی در چند دهه گذشته، روند رشد و نیز ترکیب جمعیتی پیش‌روی ارایه می‌شود. به‌دنبال آن مهم‌ترین شاخص‌های کلان اقتصادی ایران، روند تغییرات آن‌ها و وضعیت این شاخص‌ها در مقایسه با دیگر کشورها مطرح شده و برخی سیاست‌های مهم مؤثر بر سلامت مرور می‌شود. در ادامه به‌منظور ایجاد شناخت اجمالی از وضعیت سلامت مردم، شاخص‌های مهم مرتبط با سلامت جمعیت مانند امید زندگی، مرگ‌ومیر، عوامل خطر و روند تغییرات آن‌ها ارایه و مقایسه می‌گردد. علاوه بر این‌ها، باتوجه به این که بیش از نیمی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی، خارج از کنترل بخش سلامت هستند، وضعیت برخی از این عوامل از قبیل فقر، اشتغال، مسکن، امنیت غذایی و آسیب‌های اجتماعی مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرد.

براساس آخرین سرشماری جمعیت، ۷۴ درصد شهرنشین و ۲۶ درصد روستایی هستند. نرخ رشد جمعیت با روندی کاهشی در سال ۱۳۹۵ به ۱/۲۴ درصد رسیده و هرم سنی جمعیت گویای آن است که اکثر جمعیت ایران (۴۴/۸ درصد) در حال حاضر در سنین ۳۰ تا ۶۴ سال قرار دارند و روند پیری در حال افزایش است. بیشتر شاخص‌های سلامتی ایران در مقایسه با دیگر کشورها وضعیت مطلوبی دارند؛ اما شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر مانند مصرف سیگار، اضافه‌وزن، چاقی، پرفشاری خون، فعالیت فیزیکی ناکافی در حال افزایش است.

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نشان می‌دهد برخی شاخص‌ها نیاز به مداخله دارد، به‌عنوان مثال، به‌رغم افزایش باسوادی، ترک تحصیل در حال افزایش است. در حدود ۰/۱۳ جمعیت، کمتر از دو دلار در روز درآمد دارند و نرخ بیکاری در سال‌های گذشته روند افزایشی داشته و در سال ۱۳۹۶ به ۲/۳ رسیده است. از این گذشته با وجود این که در زمینه آموزش و تحصیلات، اختلاف واضحی بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود، در حوزه اشتغال، تفاوت جنسیتی فراوانی وجود دارد. سهم هزینه خانوار برای تفریحات در سال‌های اخیر با روند کاهشی روبه‌رو بوده است و نوع تفریحات به‌ویژه در میان جوانان به سمت تفریحات غیرفعال مانند بازی‌های رایانه‌ای سوق پیدا کرده است. آسیب‌های اجتماعی از جمله طلاق و اعتیاد هم نیازمند توجهی ویژه است. نرخ طلاق روندی افزایشی را طی می‌کند و براساس اعلام ستاد مبارزه با مواد مخدر، هم‌اکنون حدود ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد وجود دارد که ۱۰ درصد آن‌ها را زنان تشکیل می‌دهد. از آنجا که عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند، لازم است در فرآیندهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی همه حوزه‌ها، تأثیرات احتمالی هر سیاست بر سلامت فرد و جامعه ارزیابی شود. راهبرد اصلی نظام سلامت برای مداخله در این مسیر، جلب همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم است. یکی از اقدامات مهم وزارت بهداشت برای تقویت این دو راهبرد، تشکیل معاونت اجتماعی بوده که می‌تواند نویدبخش انجام اقدامات مناسب در حیطه‌هایی مانند جلب مشارکت خیرین، کاهش آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی تحقق اهداف توسعه پایدار درون و برون وزارتخانه باشد.

جغرافیا و جمعیت‌شناختی^۱ جمهوری اسلامی ایران

تصویر کلی (خلاصه‌ای از جغرافیا، جمعیت، وضعیت اقتصادی و سیاست‌های مؤثر بر سلامتی) جمهوری اسلامی ایران در این مبحث ارائه می‌شود.

ایران با ۱۶۴۸،۱۹۵ کیلومتر مربع وسعت (هجدهم در جهان) در جنوب غربی آسیا و منطقه خاورمیانه قرار دارد. از شمال با جمهوری آذربایجان، ارمنستان و ترکمنستان، از شرق با افغانستان و پاکستان و از غرب با ترکیه و عراق همسایه است و همچنین از شمال به دریای خزر و از جنوب به خلیج فارس و دریای عمان محدود می‌شود. براساس آخرین تقسیمات کشوری (سال ۱۳۹۳) شامل ۳۱ استان بوده و جمعیت طی ۲۵ سال اخیر حدود ۲۹/۱ درصد افزایش یافته است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، جمعیت برابر ۷۹،۹۲۶،۲۷۰ نفر می‌باشد که از این تعداد، ۵۹،۱۴۶،۸۴۷ نفر (۷۴ درصد) در مناطق شهری و ۲۰،۷۳۰،۶۲۵ نفر (۲۶ درصد) در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. امید زندگی در ایران برابر ۷۴/۶ سال و براساس نتایج سرشماری، نرخ باسوادی در بین جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله، ۹۴/۷ درصد است (جدول شماره ۱-۱).

رشد جمعیت در ایران طی دهه‌های گوناگون تغییراتی داشته است؛ بالاترین رشد جمعیت طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ رخ داد که برابر با ۳/۹۱ درصد در هر سال بود. پس از آن دهه، رشد جمعیت رو به کاهش گذاشت و طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ به ۲/۴۶ رسید. در سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ متوسط رشد سالانه جمعیت معادل ۱/۴۷ درصد، در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ برابر با ۱/۶۲ درصد، در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ معادل ۱/۲۹

1. Geography and Socio-demography

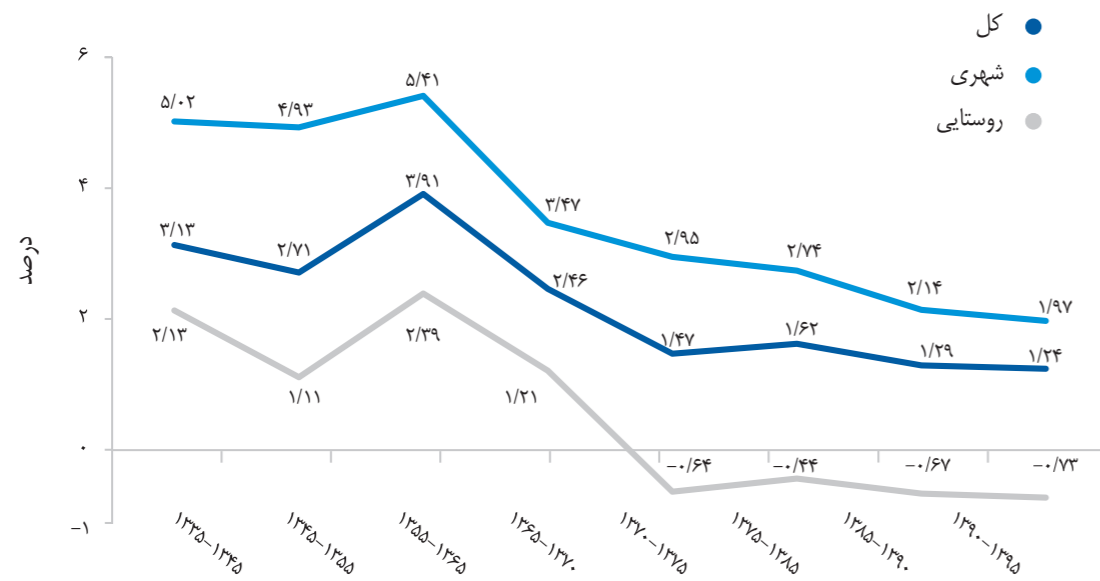
درصد بوده و در سرشماری اخیر (سال ۱۳۹۵) با ۰/۰۵ درصد کاهش به ۱/۲۴ درصد رسیده است.

تغییرات رشد جمعیت در مناطق مختلف متفاوت بوده به طوری که از ۵/۴۱ در مناطق شهری تا منهای ۰/۷۳ درصد در مناطق روستایی در نوسان بوده است و رشد منفی در مناطق روستایی از سال‌های ۱۳۷۰ شروع شد و مهاجرت یکی از علل این رویداد بود (نمودار شماره ۱-۱).

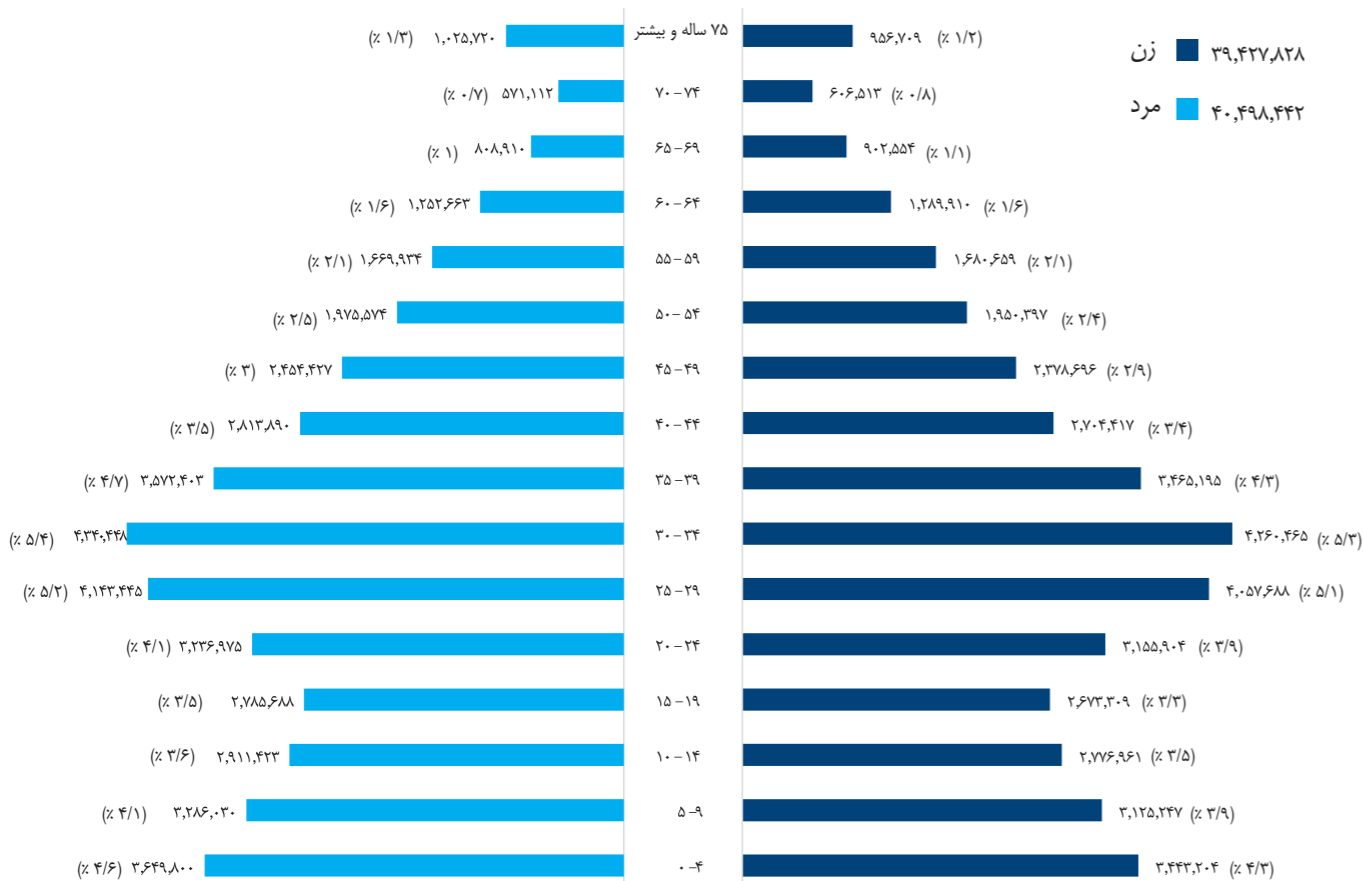
سرشماری سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد که در مجموع ۲۴ میلیون و ۱۸۵ هزار و ۱۳۳ خانوار معمولی (از چند نفر تشکیل می‌شود که با هم در یک اقامتگاه مشترک زندگی می‌کنند؛ هم خرج هستند و معمولاً با هم غذا می‌خورند) و خانوار گروهی (به مجموعه افرادی اطلاق می‌شود که تمام یا اغلب آن‌ها به دلیل شرایط خاص، به طور عمده داشتن ویژگی‌های مشترک، اقامتگاه مشترکی را برای سکونت انتخاب کرده و با هم امور زندگی در آن اقامتگاه را اداره می‌کنند)، در کشور وجود دارد.

سهام خانوارهای یک نفره از مجموع خانوارها ۸/۴۶ درصد، دو نفره ۲۰/۷۱ درصد، سه نفره ۲۸/۴۵ درصد، چهار نفره ۲۷/۶۴ درصد و پنج نفره ۱۴/۷۴ درصد می‌باشد.

هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵ در نمودار شماره ۱-۲ نشان داده شده است. براساس این هرم سنی، در حال حاضر ۴۴/۸ درصد از جمعیت در گروه سنی ۳۰ تا ۶۴ سال قرار دارند. در جدول شماره ۲-۱، درصد گروه‌های عمده سنی در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ و در نمودار شماره ۱-۳ روند تغییرات هر یک از این گروه‌های سنی در سال‌های مذکور ارائه شده است.



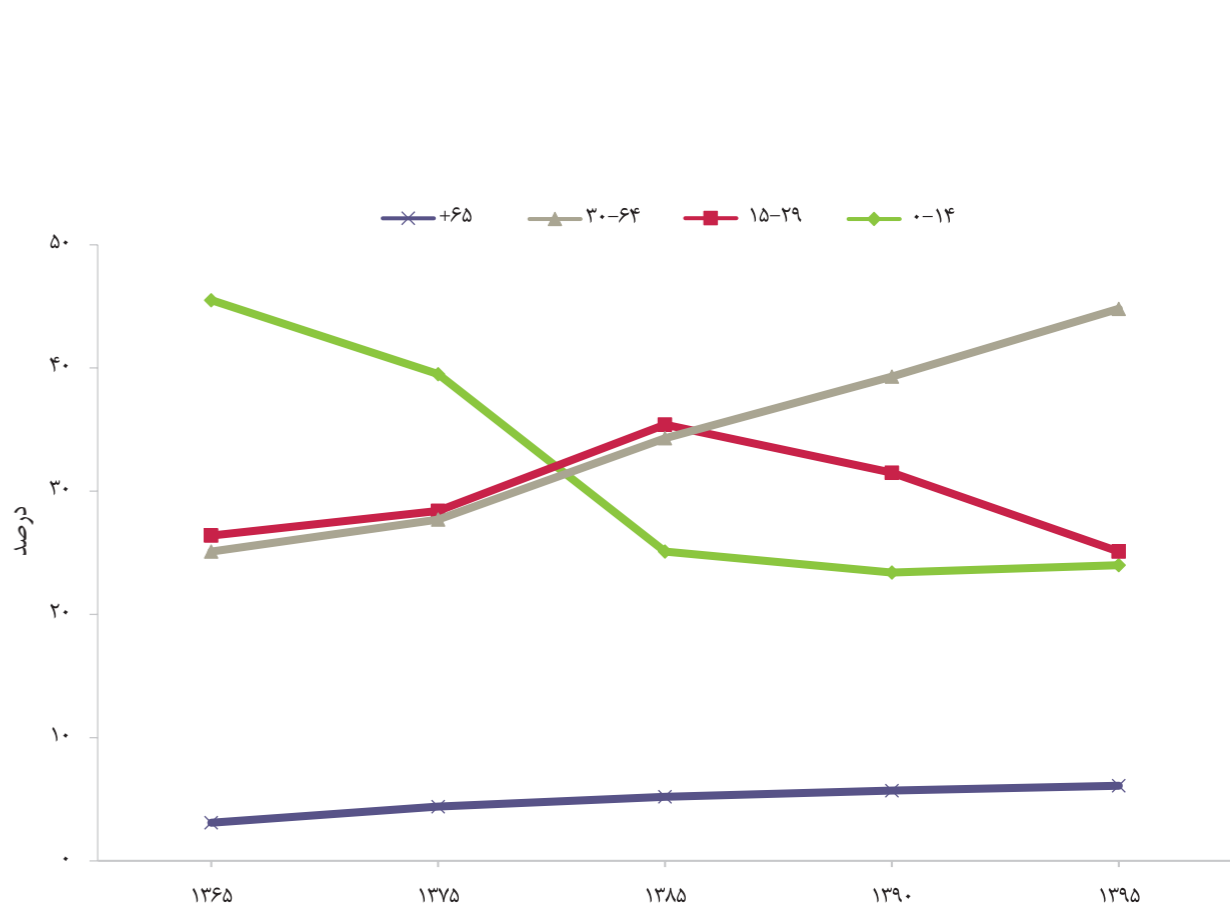
نمودار ۱-۱. درصد متوسط رشد سالانه جمعیت در سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵



نمودار ۲-۱. هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵

سال	جمعیت			بعد خانوار			وضعیت باسوادی (جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله)
	کل	روستایی	شهری	کل	روستایی	شهری	
۱۳۵۵	۳۳،۷۰۸،۷۴۴	۱۷،۸۶۵،۷۷۰	۱۵،۸۴۲،۹۷۴	۵	۵/۲	۴/۹	۴۷/۵
۱۳۶۵	۴۹،۴۴۵،۰۱۰	۲۲،۲۵۰،۲۵۰	۲۷،۱۹۴،۷۶۰	۵/۱	۵/۵	۴	۶۱/۸
۱۳۷۵	۶۰،۰۵۵،۴۸۸	۲۲،۸۲۱،۰۸۵	۳۷،۲۳۴،۴۰۳	۴/۸	۵/۲	۴/۶	۷۹/۵
۱۳۸۵	۷۰،۴۹۵،۷۸۲	۲۲،۱۳۱،۰۰۱	۴۸،۳۶۴،۶۸۱	۴	۴/۴	۳/۹	۹۱/۷
۱۳۹۰	۷۵،۱۴۹،۶۶۹	۲۱،۴۴۶،۷۸۳	۵۳،۷۰۲،۸۸۶	۳/۵	۳/۷	۳/۵	۹۲/۴
۱۳۹۵	۷۹،۹۲۶،۲۷۰	۲۰،۷۳۰،۶۲۵	۵۹،۱۴۶،۸۴۷	۳/۳	۳/۴	۳/۳	۹۴/۷

سال	۱۳۹۵	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۶۵
گروه سنی	۰–۱۴	۱۵–۲۹	۳۰–۶۴	۶۵+	
	۲۴	۲۳/۴	۲۵/۱	۳۹/۵	۴۵/۵
	۲۵/۱	۳۱/۵	۳۵/۴	۲۸/۴	۲۶/۴
	۴۴/۸	۳۹/۳	۳۴/۳	۲۷/۷	۲۵/۱
۶۵ و به بالا	۶/۱	۵/۷	۵/۲	۴/۴	۳/۱



نمودار ۱-۳. روند تغییرات سهم گروه‌های عمدهٔ سنی ایران، در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵

جدول ۱-۳

وضعیت اقتصادی^۱

اقتصاد ایران یک اقتصاد ترکیبی و در حال گذار می‌باشد و بخش عمده‌ای از صادرات بر پایهٔ صادرات نفت و گاز است. ایران طی دو دهه اخیر با دو نوبت کاهش چشمگیر در رشد اقتصادی طی سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۱ مواجه بوده است. مقایسهٔ عملکرد تولید ناخالص داخلی^۲ در فعالیت‌های مختلف اقتصادی نشان می‌دهد که رشد منفی بخش کشاورزی و کاهش تولید و صادرات نفت، زمینه‌ساز کاهش درخور توجه نرخ رشد تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۸۷ شد. از علل اصلی جهش منفی چشمگیر و کم‌سابقه در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ نیز می‌توان به نوسانات نرخ ارز و افزایش تحریم‌های بین‌المللی اشاره کرد. جهش منفی به وجود آمده در سال ۱۳۹۱ به اندازه‌ای بود که نرخ رشد تولید ناخالص داخلی به قیمت پایه (سال ۱۳۷۶) از۳/۵ درصد در سال ۱۳۹۰ به منهای ۵ درصد در سال ۱۳۹۱ و پس از کند شدن روند مذکور در سال ۱۳۹۲ به منهای ۱/۸ درصد رسید. اقتصاد ایران اما در سال ۱۳۹۵ در مقایسه با چند سال گذشته شرایط بهتری را تجربه کرد و براساس آمارهای رسمی، با رشد چشمگیری همراه شد. پس از کاهش شدید قیمت جهانی نفت و تأثیر منفی آن بر رشد اقتصادی در سال ۱۳۹۴، به‌دنبال اجرای برنامه جامع اقدام مشترک (برجام) و رفع محدودیت‌های ناشی از تحریم‌های اقتصادی، تولید و صادرات نفت ایران در سال ۱۳۹۵افزایش یافت. افزایش تولید و صادرات نفت در این سال نقش قابل توجهی در ارتقاء رشد اقتصادی سال ۱۳۹۵ ایفا کرد. در سال ۱۳۹۵ رشد اقتصادی ۸/۳ درصدی در اقتصاد ایران ثبت شد که در صورت تداوم این روند، به‌ویژه رشد بخش‌های مختلف اقتصادی مانند مسکن در سال ۱۳۹۶، می‌توان امید داشت که این رشد به نقطه مطلوبی برسد. بانک جهانی، رشد اقتصادی ایران را بین سال‌های ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۰ حدود ۴ الی ۴/۵ درصد پیش‌بینی کرده است. روند رشد تولید ناخالص داخلی به قیمت پایه (براساس قیمت‌های ثابت سال ۱۳۷۶) براساس اعلام مرکز آمار ایران طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ در جدول شماره ۱–۳ آمده است.

برخی از مهم‌ترین شاخص‌ها که توسط آن‌ها می‌توان جایگاه ایران را از منظر اقتصادی با دیگر کشورها مقایسه کرد عبارت‌اند از سرانه تولید ناخالص داخلی، تورم و نرخ بیکاری.

شاخص سرانه تولید ناخالص داخلی^۳ (تقسیم تولید ناخالص داخلی بر جمعیت) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل برای نشان دادن وضعیت اقتصادی بوده و بیانگر وضعیت مناسب خانوارها، بنگاه‌های اقتصادی و بخش‌های مختلف است. در کشورهای نفت‌خیز مانند ایران از عوامل مؤثر بر این شاخص، قیمت نفت می‌باشد که نوسانات آن باعث تغییرات جدی در رشد اقتصادی می‌شود. در جدیدترین گزارش بانک جهانی که در سال ۱۳۹۵(۲۰۱۶ میلادی) منتشر شده است، بررسی رتبه‌بندی کشورها با توجه به معیار برابری قدرت خرید (دلار بین‌المللی) نشان می‌دهد، کشور قطر با میانگین درآمد خالص ملی سرانه ۱۴۰٫۷۲۰ دلار بالاترین

^[1] Economic Context

^[2] Gross Domestic Products

^[3] Gross Domestic Products per capita

رتبه را در برابری قدرت خرید و جمهوری آفریقای مرکزی با درآمد ناخالص ملی سرانه ۶۰۰دلار، کمترین رتبه را در برابری قدرت خرید بین ۲۱۶ کشور به‌خود اختصاص داده‌اند. ایران نیز با ۱۷٫۴۰۰ دلار رتبه ۹۰ام برابری قدرت خرید را داشته و همچنان در گروه اقتصادهای دارای درآمد متوسط رو به بالا باقی مانده است. در این فهرست ایالات متحده در ردیف ۱۷ام قرار دارد. در بین کشورهای منطقه چشم‌انداز، کشورهای قطر، امارات متحده عربی (۷۰٫۵۷۰ دلار)، کویت (۷۹٫۹۷۰ دلار)، عربستان (۵۴٫۷۳۰ دلار) و ترکیه (۱۹٫۳۶۰ دلار) در این شاخص وضع بهتری از ایران دارند. براساس این آمار در سال ۱۳۹۵ کشور قطر رتبه اول، کویت رتبه ششم، امارات متحده عربی در رتبه ۱۰ام، عربستان رتبه ۱۸ ام و ترکیه رتبه ۸۴ام را در بین کشورهای جهان داشته‌اند (این مقایسه‌ها براساس دلار بین‌المللی است).

با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی ایران، در دو دههٔ اخیر، ایجاد شغل یکی از چالش‌های جدی پیش روی مسئولان بوده است؛ همچنین اقتصاد ایران در یک دههٔ اخیر با مشکلات و چالش‌های فراوانی مواجه شده که یکی از مهم‌ترین آن‌ها افزایش جمعیت در سن کار، ورود آن‌ها به بازار کار و افزایش نرخ بیکاری می‌باشد. براساس اعلام مرکز آمار ایران نرخ بیکاری در سال ۱۳۹۴ حدود ۱۱ درصد بوده است که با رشد ۱/۴ درصدی در سال ۱۳۹۶ به ۱۱/۳ درصد رسیده است. این مهم در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران نیز مورد توجه بوده، به نحوی که ایجاد اشتغال کامل یکی از محورهای مهم آن سند است. بانک جهانی در تازه‌ترین برآورد خود پیش‌بینی کرده که نرخ بیکاری ایران حدود ۱۱ درصد باقی خواهد ماند.

یکی دیگر از شاخص‌های قابل توجه برای بررسی وضعیت اقتصادی کشورها، تورم است. تورم به شرایطی از وضعیت اقتصادی اطلاق می‌شود که در آن سطح عمومی قیمت‌ها به‌طور مستمر و غالباً به‌صورت غیر قابل بازگشت افزایش می‌یابد. تورم بر ساختار اقتصاد و متغیرهای کلان اقتصاد اثر گذار و نیز اثرپذیر از آن است. مهار این شاخص و ثبات آن همواره از مهم‌ترین اهداف سیاست‌گذاران اقتصادی بوده و در تدوین برنامه‌های توسعه اهمیت ویژه‌ای دارد. لکن بر حسب درجهٔ توسعه‌یافتگی، این نرخ برای کشورها متفاوت خواهد بود. ثبات سطح عمومی قیمت‌ها نیز یکی از چالش‌های مهم است که در ایجاد فضای امن اقتصادی و جلب مشارکت سرمایه‌گذاران نقش کلیدی دارد. برعکس، اگر این روند به‌صورت لجام‌گسیخته صعودی شود، زمینهٔ تخریب و تولید هدررفت منابع را فراهم می‌آورد. روند نرخ تورم در میان کشورهای منطقه چشم‌انداز در دورهٔ ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که ایران از این نظر جایگاه خوبی در منطقه نداشته و همواره مواجه با تورم دو رقمی بوده است. در سال ۱۳۹۵ در پی اجرای تمهیدات بسته خروج از رکود دولت، نرخ تورم، تک رقمی گردید. مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵نرخ تورم مناطق شهری را ۶/۸ درصد و مناطق روستایی را ۷/۲ درصد اعلام کرد. بانک جهانی در ارزیابی اقتصاد کلان ایران چنین پیش‌بینی کرده که نرخ تورم ایران با روند کاهشی به حدود ۶ درصد برسد.

فصل نخست

نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

جدول ۱-۳. برخی شاخص‌های کلان اقتصادی در فاصله سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ ^۱												
شاخص	سال	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵
تولید ناخالص داخلی به قیمت ثابت ^آ (هزار میلیارد ریال)	۶۷۳۰۰۹۴	۶۲۱۰۲۳۷	۶۱۶۰۶۷۹	۶۰۵۰۳۱۱	۶۱۶۰۱۵۴	۶۴۸۰۷۴۱	۶۲۶۰۵۳۱	۵۸۷۰۸۹۷	۵۶۹۰۹۱۰	۵۶۵۰۳۴۲	۵۲۴۰۱۴۷	
تولید ناخالص داخلی به قیمت جاری ^ب (هزار میلیارد ریال)	۱۳۰۵۷۳۰۳۳۰	۱۱۶۷۷۰۲۱۷	۱۱۰۱۲۵۰۷۳۴	۱۰۰۱۲۵۰۷۳۴	۷۰۲۳۰۰۸۰۱	۶۰۳۳۹۰۶۳۳	۴۰۸۵۵۰۸۶۳	۳۰۸۹۴۰۲۳۴	۳۰۶۵۵۰۱۹۶	۳۰۰۷۳۰۶۱۵	۲۰۳۲۸۲۰۶۷۵	
نرخ رشد اقتصادی (با احتساب قیمت نفت)	۸/۳	۰/۷	۱/۹	−۱/۸	−۵	۳/۵	۶/۶	۳/۲	۰/۸	۷/۸	۷/۳	
سرانه تولید ناخالص داخلی (دلار بین‌المللی)	۱۸۰۹۸۹	۱۷۰۸۶۹	۱۸۰۱۱۵	۱۷۰۷۸۲	۱۷۰۲۹۱	۱۸۰۱۱۲	۱۵۰۹۵۳	۱۵۰۳۹۱	۱۵۰۴۷۴	۱۵۰۳۱۱	۱۴۰۱۶۴	
نرخ بیکاری	۱۲/۴	۱۱	۱۰/۶	۱۰/۴	۱۲/۱	۱۲/۳	۱۳/۵	۱۱/۹	۱۰/۴	۱۰/۵	۱۱/۳	
نرخ تورم (شهری)	۶/۸	۱۱/۳	۱۴/۸	۳۲/۱	۲۸/۶	۲۶/۴	۱۳/۹	۹/۵	۲۵/۵	۱۷/۲	۱۳/۷	
نرخ تورم (روستایی)	۷/۲	۱۰/۶	۱۳/۷	۳۶/۱	۳۲/۷	۳۶/۵	۲۰	۱۰/۳	۲۶/۷	۱۷/۱	۱۲/۴	

۱. سال پایه ۱۳۹۰

سیاست‌های مهم مؤثر بر سلامت

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشتگی، بیکاری، پیری، بی‌سرپرستی، از کار افتادگی، حوادث و نیاز به خدمات سلامتی و مراقبت‌های پزشکی به شکل بیمه و غیره را حق همگان دانسته و دولت را مکلف کرده که طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی سلامت و درمان را برای تک‌تک ایرانیان تأمین کند. نگاهی گذرا به این اصل از قانون اساسی نشان می‌دهد سلامت مردم از مهم‌ترین حقوق انسانی است که قانون‌گذار به آن توجه ویژه داشته است. از سوی دیگر سیاست‌های کلی نظام در خصوص سلامت که در سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد، تکلیف دولت را در بخش سلامت مشخص کرد. در سیاست‌های ابلاغی بر ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متّمن و علمی در مراقبت‌های سلامت، تقویت جایگاه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان، تأمین مالی بخش سلامت و تحقق عدالت در سلامت، به‌خصوص در حفاظت مالی از آحاد مردم در مقابل هزینه‌های سلامت تأکید شده و نسبت به تحول راهبردی در حوزهٔ آموزش و پژوهش، اجتماعی و روانی و ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت استادان و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی توجه ویژه‌ای شده است.

به گواه شواهد موجود و نیز نظرات دست‌اندرکاران باتجربه، نظام سلامت ایران پس از پیروزی انقلاب اسلامی به دستاوردهای مهمی دست یافت؛ اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی در کار کردها روبه‌رو بود که مانع از تحقق کامل اهداف ذکر شده در اسناد بالادستی می‌شد.مجموع این مشکلات که حکایت از وجود فاصله تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت در ابعاد حفاظت مالی و پوشش خدمات برای تمام جمعیت داشت، دست‌به‌دست هم داده، حوزه‌های مربوط به ارائهٔ خدمات سلامت را نامتعادل ساخت و روزبه‌روز بر نارضایتی مردم از این حوزه‌ها افزود و نظام سلامت را به نوعی با مشکلات مزمن دچار ساخت، در پی شرایط خاص کشور در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ یعنی زمانی که تنگنایهای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی، بخش‌های مختلف را در بر گرفته و با حجم بالایی بدهی‌های به‌جامانده از سال‌های قبل مواجه بود، ارزش پول ملی در مقابل افزایش ناگهانی قیمت دلار کاهش یافته و کشور با جهش تورم و تحریم‌های مختلف اقتصادی روبه‌رو شده بود، مشکلات نظام سلامت نیز به‌شدت حد شد. این وضعیت در حوزه‌های مختلف یکسان نبود و آن‌گونه که شواهد نشان می‌دهد، وخامت اوضاع در حوزهٔ ارائهٔ خدمات درمانی و تأمین دارو بیشتر نمایان بود. شدت این مشکلات (با توجه به جایگاه بار مراجعهٔ بیمارستان‌های دولتی در ارائهٔ خدمات درمانی) فعالیت عادی و معمول بخش

بزرگی از نظام سلامت را به‌صورت جدی مختل ساخت و وضعیت آن را در شرایط بحرانی قرار داد. این وضعیت بحرانی از یک سو، نارضایتی مردم از خدمات سلامتی ارایه شده در بخش دولتی و استراتژیک بودن موضوع تأمین سلامتی از سوی دیگر، اقدام فوری برای ایجاد تغییراتی در نظام سلامت را ضروری ساخت.

با توجه به این مسایل، برای بار نخست پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی دولت شناخته شد و در این راستا دولت یازدهم، در کنار گسترش خدمات سلامتی، کاهش هزینه‌های درمانی مردم و گسترش بیمه‌های سلامت را از اهداف مشخص بخش سلامت اعلام کرد. بر همین اساس و با حمایت شخص رئیس‌جمهور، اقدامات و اصلاحات متعددی در این بخش شروع شد. یکی از مهم‌ترین این موارد اجرایی کردن قانون بیمهٔ همگانی خدمات درمانی، مصوب آبان‌ماه سال ۱۳۷۳ بود که در دولت‌های پیشین به‌دلایل مختلف عملی و محقق نشده بود. با اجرای کامل این قانون در دولت یازدهم بیش از یازده میلیون ایرانی که از پوشش هیچ نوع بیمهٔ درمانی برخوردار نبودند، تحت پوشش بیمهٔ همگانی قرار گرفتند. از این گذشته براساس برنامهٔ پنجم توسعه، دولت مکلف به کاهش پرداخت‌از جیب مردم برای خدمات سلامت به حداقل ۳۰ درصد شده بود. در این راستا با اجرای طرح تحول سلامت از اردیبهشت ۱۳۹۳ پرداخت از جیب مردم در بیمارستان‌های دولتی به‌طور محسوسی کاهش یافت و فرانشیز پرداختی توسط مردم در مناطق شهری و روستایی به‌ترتیب به ۱۰ و ۵ درصد از کل هزینه‌های بستری رسید. از سوی دیگر در اصلاحات صورت‌گرفته در بخش سلامت توجه ویژه‌ای به اقشار محروم و کم‌درآمد جامعه شد. حل معضلات حاشیه‌نشینان و ساکنین سکونت‌گاه‌های غیررسمی نیز یکی از تکالیف دولت است که در طول برنامهٔ ششم توسعه باید به آن توجه می‌شد. به‌عنوان گام ابتدایی برای ارائهٔ خدمات بهداشتی و درمانی متمرکز به این جمعیت، در طرح سرشماری مرکز آمار ایران با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی، جمعیت حاشیه‌نشین کشور برای اولین بار حدود ۱۱ میلیون نفر، برآورد گردید. پس از آن خدمات مراقبت‌های سلامتی اولیه به‌طور رایگان در مراکز ارایه‌دهندهٔ خدمات سلامتی این مناطق عرضه شد. ارائهٔ این خدمات به حاشیه‌نشینان و ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی، یکی از دستاوردهای درخور توجه دولت یازدهم در حوزه سلامت محسوب می‌شود.

شایان ذکر است به‌منظور نیل به اهداف طرح تحول سلامت، علاوه‌بر موارد فوق، مداخلات متعددی در حوزه‌های مختلف مدیریت منابع مالی بخش سلامت، افزایش حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و ارتقای شاخص‌های سلامتی تعریف و اجرایی شد. در این مجلد سعی شده این مداخلات به تفصیل شرح داده شده و تأثیر آن‌ها بر شاخص‌های سلامت مورد بررسی قرار گیرد.

وضعیت کلی سلامت^۱

امید زندگی تعداد سال‌هایی که انتظار می‌رود یک فرد به آن عمر برسد، تعریف می‌شود. هرچه شاخص‌های سلامتی بهبود یابد، انتظار می‌رود امید زندگی بیشتر شود و لذا این شاخص در ارزیابی وضع توسعه‌یافتگی کشورها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در سال ۱۳۹۵ متوسط امید زندگی در ایران ۷۴/۶ سال بود. مطالعه جهانی بار بیماری‌ها، نشان داد امید زندگی طی ۱۰ سال اخیر در ایران، رشد داشته، به‌طوری‌که این شاخص برای مردان از ۶۹/۶ (۱۳۸۵) به ۷۱/۹ سال (۱۳۹۵) و برای زنان در همین فاصلهٔ زمانی از ۷۴/۶ به ۷۸ سال برآورد شده است.^۲ امید زندگی بالغین در ایران برای فاصله سنی ۶۰ الی ۶۵ سالگی در سال ۱۳۹۵ برابر ۲۰/۹ سال می‌باشد که در مردان ۲۰/۱ و در زنان ۲۱/۸ سال است (جدول ۱–۴).

بروز مرگ استاندارد شده سنی در ۱۰۰هزار نفر تغییر چندانی نکرده است. جدول ۱–۵ شاخص‌های سلامت کودکان، نوجوانان و مادران را نشان می‌دهد. به‌طورکلی شاخص‌های مرگ‌ومیر در ایران در مقایسه با کل دنیا پایین‌تر بوده و یک کاهش عمومی در مرگ‌ومیر کودکان طی سه دههٔ اخیر ملاحظه می‌شود. مرگ‌ومیر مادر نیز از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۹۴ کاهش چشمگیری داشته، به‌گونه‌ای که از ۹۱ مرگ به ۱۹ مرگ در ۱۰۰ هزار تولد زنده رسیده است. براساس اهداف توسعهٔ هزاره، این شاخص تا سال ۱۳۹۴ باید به ۱۸ تا ۲۲ در ۱۰۰ هزار تولد زنده می‌رسید و جمهوری اسلامی ایران به این هدف دست یافته است. جدول ۱–۶ تغییرات علل عمدهٔ مرگ را طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ براساس نظام ثبت علل مرگ نشان می‌دهد. براساس جدول روند

۱. Health Status
 ۲. آخرین اطلاعات امید زندگی در ایران براساس داده‌های داخلی مربوط به سرشماری سال ۱۳۹۰ بوده است. برای سرشماری سال ۱۳۹۵ تاکنون امید زندگی در بدو تولد گزارش نشده است. در سرشماری سال ۱۳۹۰ امید زندگی در بدو تولد برای زنان ۷۴/۶ سال و برای مردان ۷۲/۱ سال بوده است.

جدول ۱-۴. تغییرات امید زندگی و بروز مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵					
شاخص	۱۳۹۵	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۸۰	۱۳۷۵
امید زندگی بدو تولد					
کل	۷۴/۶	۷۳/۷	۷۱/۹	۷۱/۴	۶۶
زنان	۷۸	۷۶/۲	۷۴/۶	۷۴/۲	۶۹/۳
مردان	۷۱/۹	۷۱/۴	۶۹/۶	۶۸/۸	۶۳/۲
امید زندگی سالم					
کل	۶۴/۸	۶۴	۶۲/۷	۶۱/۸	۵۷
زنان	۶۷/۱	۶۵/۷	۶۴/۳	۶۳/۷	۵۹/۳
مردان	۶۲	۶۲/۶	۶۱	۶۰	۵۵
امید زندگی بالغین در سن ۶۰الی ۶۵ سال					
کل	۲۰/۹	۲۰/۴	۱۹/۵	–	–
زنان	۲۱/۸	۲۱/۱	۲۰/۲	–	–
مردان	۲۰/۱	۱۹/۶	۱۸/۹	–	–
بروز مرگ استاندارد شده سنی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت					
کل	۴۱۶	۴۱۵	۴۳۹	–	–
زنان	۳۵۲	۳۵۱	۳۵۱	–	–
مردان	۴۷۸	۴۷۷	۵۲۴	–	–

بیماری‌های گوارشی و عفونی، کاهش زیادی داشته، اما بیماری‌های قلبی و عروقی روند صعودی داشته است. ضمن این که روند ابتلا به سرطان و بیماری‌های دستگاه تنفسی نیز در این سال‌ها افزایش داشته و دلیل عمدهٔ افزایش بیماری‌های اشاره شده، تغییر شیوهٔ زندگی و عوامل خطری مثل تغذیهٔ نامناسب، اضافه وزن و نداشتن تحرک بدنی کافی بوده است. بیش از ۴۴ درصد مرگ‌ومیرها در ایران ناشی از علل قلبی و عروقی (اولین علت) و ۱۲ درصد ناشی از سرطان‌ها (دومین علت) بوده و حوادث ترافیکی، سومین علت مرگ‌ومیر را تشکیل می‌دهد. هرچند از سال ۱۳۸۵ تاکنون یک روند کاهشی خفیف در مرگ‌ومیر ناشی از حوادث ترافیکی دیده می‌شود، اما مرگ‌ومیر ناشی از این حوادث در ایران نسبت به میانگین جهانی بالاتر است. سازمان جهانی بهداشت مهم‌ترین عوامل خطر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا را موارد زیر تعیین کرده است:

مصرف روزانه سیگار، اضافه وزن، چاقی، پرفشاری خون، دریافت کمتر از پنج واحد میوه و سبزی در روز، قند خون بالا و فعالیت بدنی کم. جدول ۱–۷ شیوع و روند عوامل خطر را نشان می‌دهدکه در ایران شیوع بالایی داشته و در دهه‌های اخیر افزایش یافته است. در سال ۱۳۸۵ شیوع فشارخون ۱۷/۴ درصد بوده و در سال ۱۳۹۵ به ۲۷ درصد رسیده است. مصرف مواد دخانی نیز در سال ۱۳۸۵ حدود ۱۱ درصد بوده که طی ۱۰ سال به ۱۴/۱ درصد رسیده است. شیوع چاقی و اضافه وزن هم از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۵ افزایش چشمگیری داشته و از ۴۴/۴ درصد به ۶۲/۳ درصد رسیده است. یکی دیگر از عوامل خطر مهم در بروز بیماری‌های غیرواگیر، فعالیت فیزیکی ناکافی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۸۵ افزایش درخور توجهی داشته و از ۳۰ درصد به ۴۴ درصد رسیده است.

جدول ۱-۵. شاخص‌های سلامت کودکان، نوجوانان و مادران طی سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۴					
شاخص	۱۳۹۴	۱۳۹۰	۱۳۸۵		
مرگ‌ومیر نوزادان (زیر یک ماه) در ۱۰۰۰ تولد زنده	۹/۴	۱۵/۳	۱۸/۳		
مرگ‌ومیر شیر خواران (زیر یک سال) در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۳	۱۵/۷	۲۲/۲		
مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۵/۵	۱۹/۳	۲۸/۴		
مرگ‌ومیر مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده	۱۹	۲۸/۴	۵۱		
باروری نوجوانان (۱۵ تا ۱۹ سال) در ۱۰۰ هزار خانم ۱۵ تا ۱۹ سال	۳۴/۴	۳۱/۶	۳۱/۸		

جدول ۱-۶. علل اصلی مرگ در سال ۱۳۹۴ در مقایسه با سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۸۵ (۱۳ و ۹)						
علل مرگ ^۱	سال	۱۳۹۴		۱۳۸۹		۱۳۸۵
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
بیماری‌های قلبی و عروقی (I00-I99)	سکته حاد قلبی	۶۷,۱۷۱	۲۰/۵۱	۵۶,۵۳۳	۲۴/۱۴	۶۰,۴۱۳
	سکته حاد مغزی	۳۳,۱۷۹	۱۰/۱۳	۲۶,۵۳۰	۱۱/۳	۳۰,۰۳۲
	بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون	۱۳,۱۰۸	۴	۹,۳۲۴	۴	۸,۹۸۲
	سایر بیماری‌های قلبی	۱۰,۸۳۰	۳/۳۱	۵,۸۰۰	۲/۵	۷,۲۱۸
سایر بیماری‌های عروقی	سایر بیماری‌های عروقی	۴,۶۸۲	۱/۴۳	۴,۱۶۸	۱/۸	۳,۹۶۶
	سرطان معده	۷,۷۹۵	۲/۳۸	۶,۱۰۵	۲/۶	۶,۴۰۸
نئوپلاسم‌ها (C00-D48)	سرطان ریه و برونش	۵,۳۹۸	۱/۶۵	۴,۰۳۹	۱/۵۲	۳,۸۷۹
علل خارجی مرگومیر ^۱ (V01-Y98)	حوادث مربوط به حمل و نقل	۱۵,۱۸۵	۴/۶۴	۱۹,۵۲۵	۸/۳	۲۶,۵۹۳
بیماری‌های دستگاه تنفسی (J00-H99)	بیماری‌های مزمن ریه و برونش	۵,۲۵۴	۱/۶	۵,۳۷۶	۲/۳	۴,۵۹۹
	سایر بیماری‌های دستگاه تنفسی	۷,۷۹۹	۲/۳۸	۲,۷۸۷	۱/۰۸	۲,۷۹۳
	پنومونی	۶,۵۹۵	۲/۰۱	۴,۴۶۶	۱/۹	۴,۱۴۱
بیماری‌های غدد مترشحه داخلی، تغذیه‌ای و متابولیکی (E00-E90)	مرگ از عوارض دیابت	۱۶,۸۴۷	۵/۱۴	۴,۰۲۱	۱/۶۴	–

1. External Cause

مقایسه وضعیت سلامتی با سایر کشورها

در ادامه، وضعیت شاخص‌های سلامت در ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، کشورهای منطقه چشم‌انداز و کشورهای مدیترانه شرقی مقایسه می‌شود.

میانگین شاخص امید زندگی بدو تولد در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۷۵/۲ سال است، ایران از نظر این شاخص، وضعیت بهتری دارد. در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی میانگین شاخص امید زندگی ۶۹/۲ سال است و ایران برای این شاخص در این منطقه نیز وضعیت بهتری دارد.

ازنظر شاخص مرگ استاندارد شده سنی، ایران جزء کشورهای با مرگومیر پایین محسوب می‌شود، به‌طوری که بروز مرگ در ایران از میانگین هر سه گروه کشورها پایین‌تر است، میانگین این شاخص در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۷۰۳، در منطقه سند چشم‌انداز ۴۹۷/۶ و در منطقه مدیترانه شرقی ۶۱۶/۷ در ۱۰۰هزار نفر می‌باشد.

بروز مرگومیر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران برابر ۲۲۳ مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشدکه تقریباً بهتر از میانگین این شاخص در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۲۸۲) و تقریباً مشابه کشورهای سند چشم‌انداز (۲۲۸) می‌باشد. در مقایسه با میانگین این شاخص در منطقه مدیترانه شرقی(۲۰۴/۵) ایران بروز مرگ بالاتری دارد. میانگین مرگ ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، در هزار نفر جمعیت ۱۴۶ می‌باشد که این رقم بالاتر از مرگ ناشی از این بیماری در ایران است. ایران با رقم ۶۲ مرگ در ۱۰۰ هزار نفر ناشی از سرطان در منطقه مدیترانه شرقی میانگین مشابهی دارد (۵۹/۲). پایین‌ترین میانگین در بین گروه‌های کشورهای مورد مقایسه مربوط به منطقه چشم‌انداز است که برابر ۵۴/۳ مرگ در ۱۰۰ هزارنفر می‌باشد. بطورکلی مرگ ناشی از سرطان در ایران مشابه منطقه چشم‌انداز و منطقه مدیترانه شرقی می‌باشد اما نسبت به کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا وضعیت بهتری دارد.

در مرگ ناشی از حوادث ترافیکی، ایران با ۱۹ مرگ به‌ازای ۱۰۰ هزار نفر تقریباً پایین‌تر از مقدار این شاخص در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و مشابه منطقه مدیترانه شرقی (۲۰/۷) می‌باشد، در مقایسه با منطقه چشم‌انداز (۲۵/۶) رقم شاخص در ایران پایین‌تر است.

شاخص مرگ‌ومیر مادر با توجه به شکل شماره ۱-۱، در ایران مناسب ارزیابی می‌شود. به‌طوری‌که بروز مرگ مادر در ایران بسیار بهتر از میانگین جهانی (۲۱۶) است.

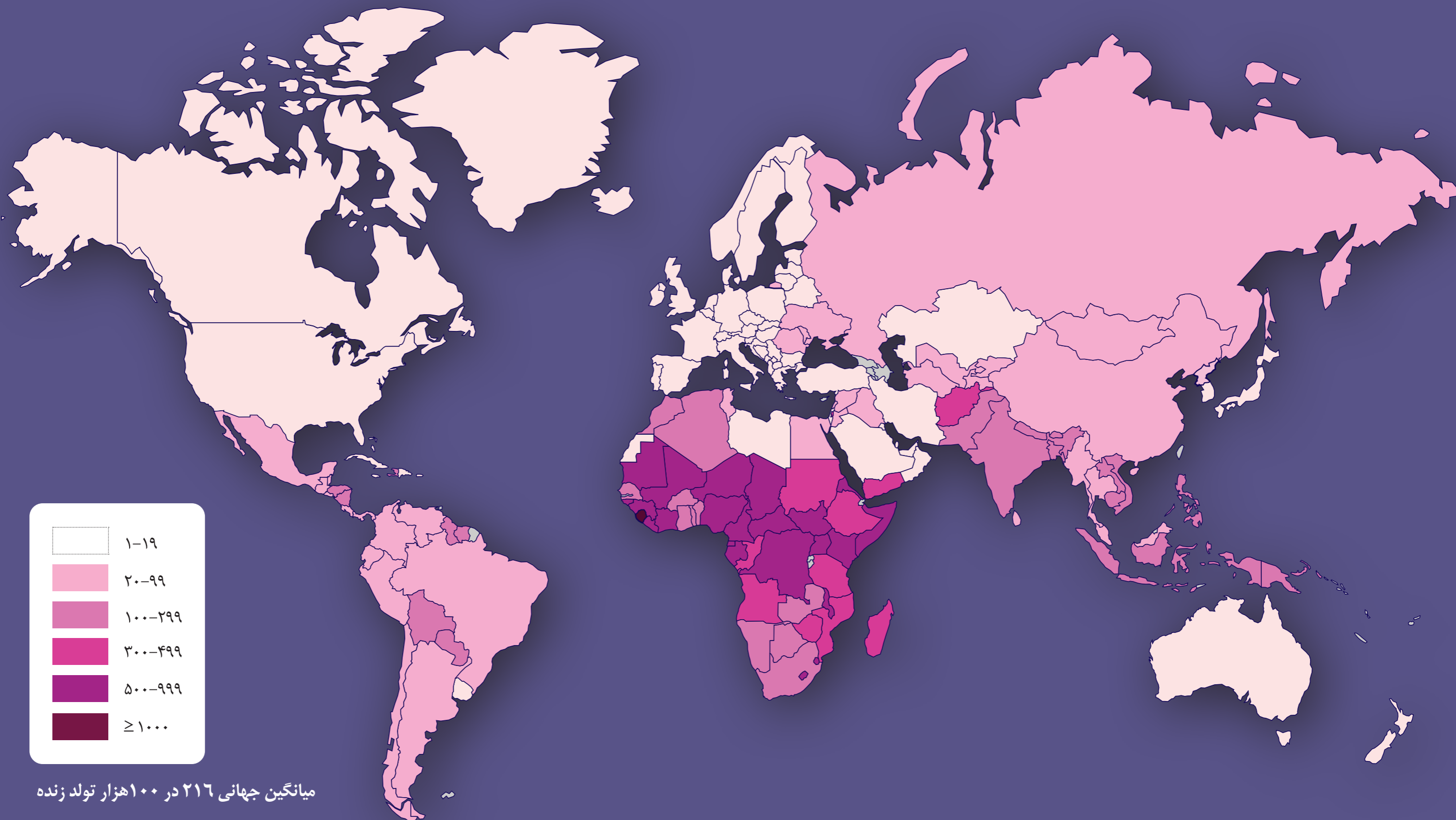
در جمهوری اسلامی ایران بروز مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده برابر ۱۶ است که مشابه میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا می‌باشد اما وضعیت این شاخص نسبت به منطقه سند چشم‌انداز (با میانگین ۳۹/۵) و منطقه مدیترانه شرقی (۵۳) بسیار بهتر است.

شیوع عوامل خطر ابتلا به بیماری‌ها در ایران در افراد بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵ برابر ۵۱/۳ درصد می‌باشد که این شاخص مشابه میانگین منطقه مدیترانه شرقی با رقم ۴۹ درصد می‌باشد.

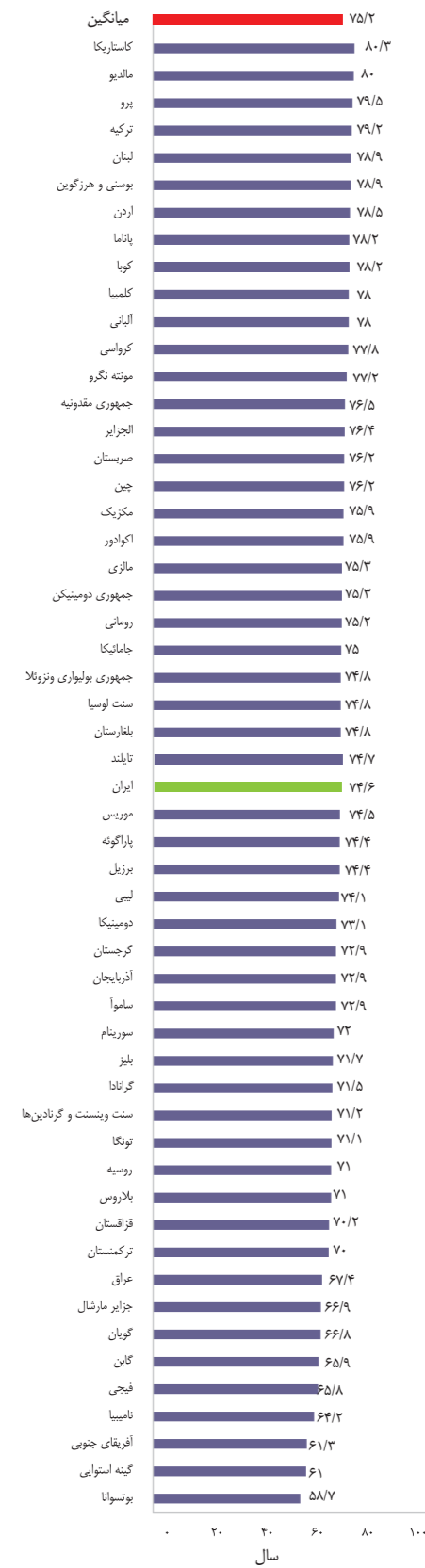
در منطقه سند چشم‌انداز میانگین شیوع چاقی۵۵/۳ درصد است که این رقم نیز مشابه شیوع این عامل خطر در ایران است لذا وضعیت ایران برای شیوع چاقی و اضافه وزن مشابه هر دو منطقه می‌باشد. در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در مقایسه با دو منطقه مذکور و همچنین ایران رقم این شاخص پایین‌تر بود و برابر ۴۳/۳ درصد است.

وضعیت استعمال سیگار در ایران در مقایسه با میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۱۸/۸) بهتر است، ایران با شیوع ۱۰/۷ درصد در بین تمام سنین مشابه میانگین منطقه مدیترانه شرقی (۱۱/۴) و اندکی پایین‌تر از کشورهای منطقه سندچشم‌انداز (۱۳/۸) است.

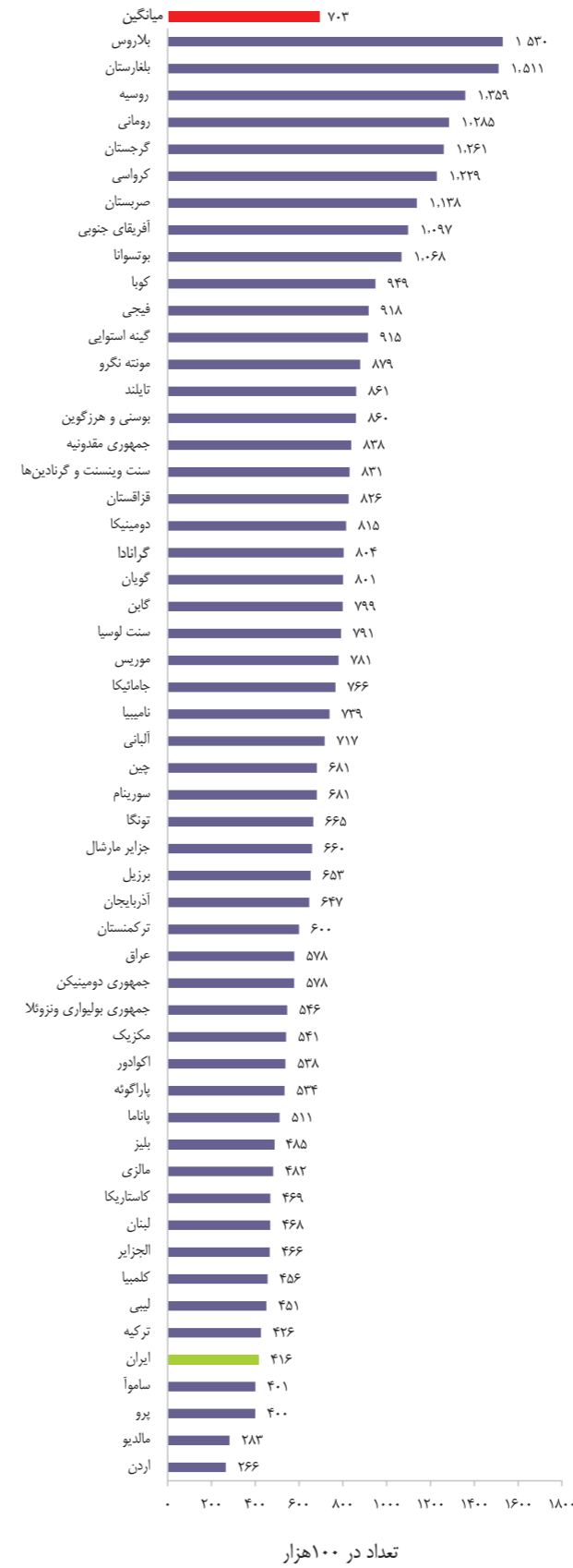
شکل ۱-۱. بروز مرگومیر مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۵



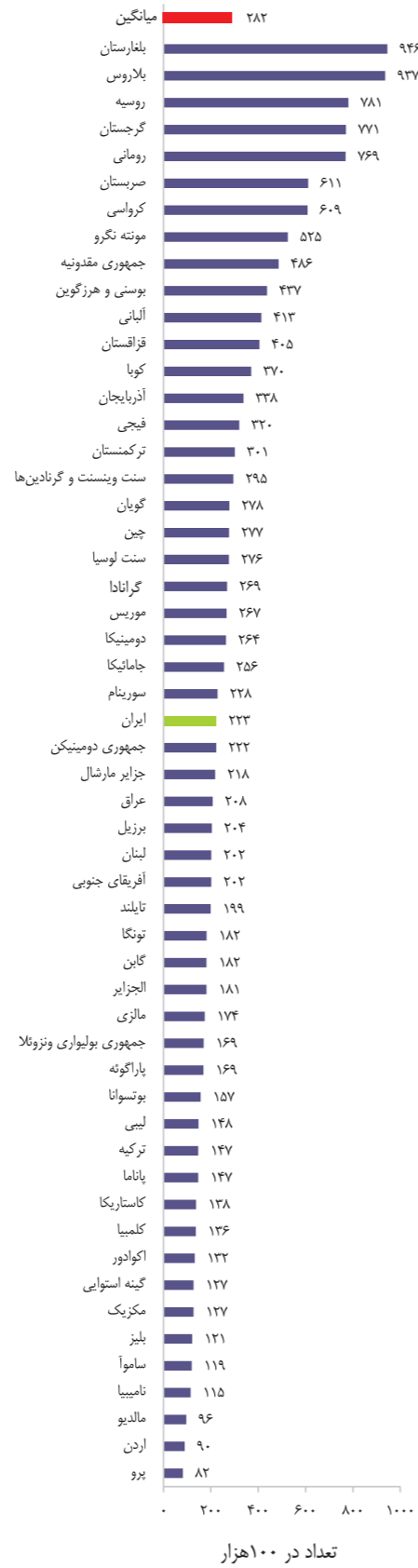
نمودار ۴-۱. امید زندگی بدو تولد در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



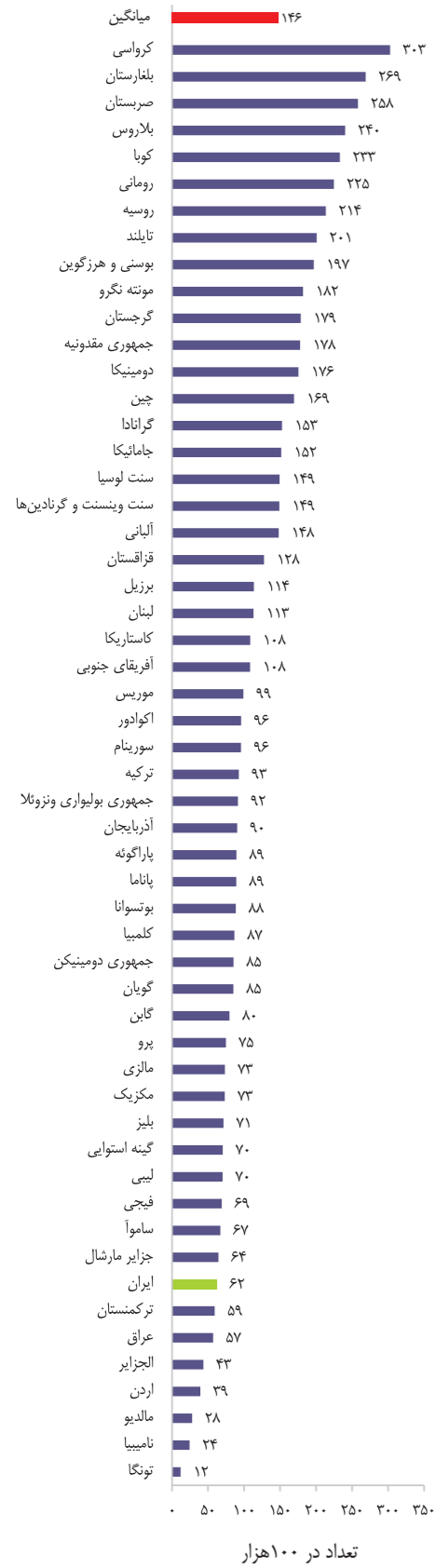
نمودار ۵-۱. بروز مرگ استاندارد شده سنی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



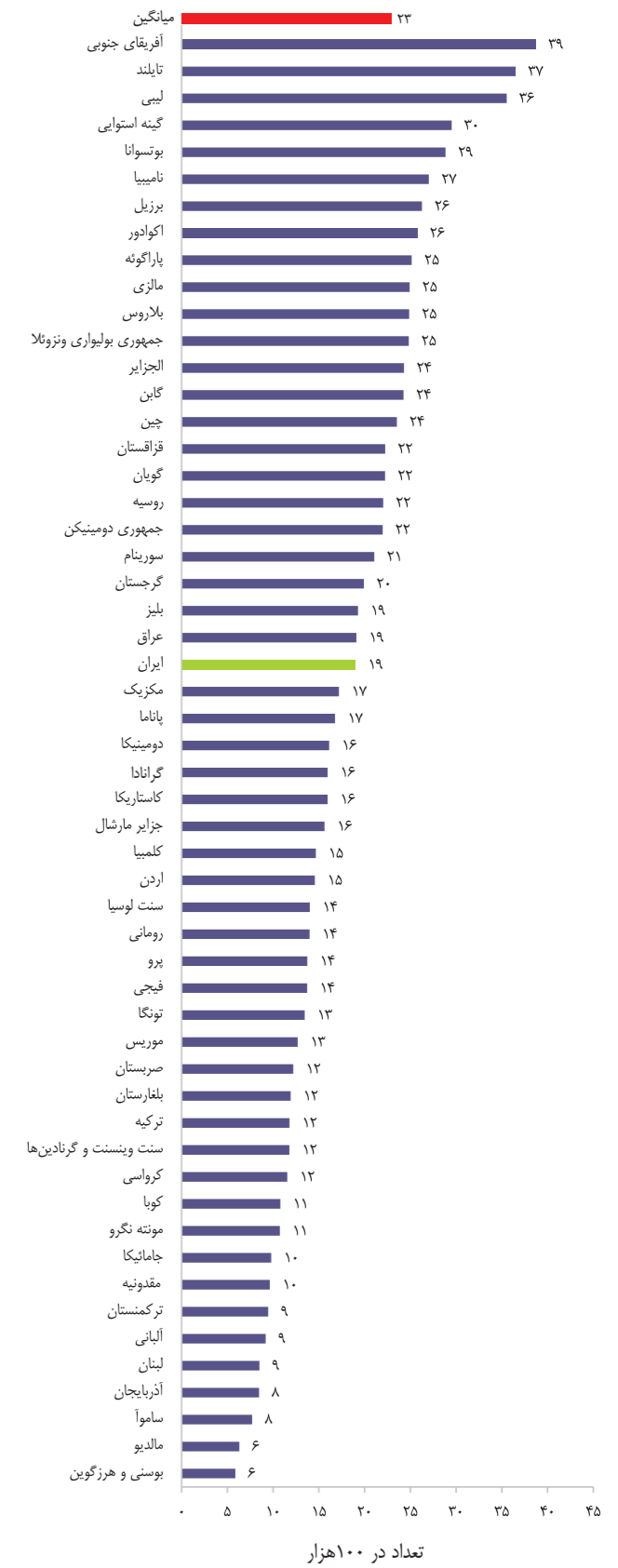
نمودار ۶-۱. بروز مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



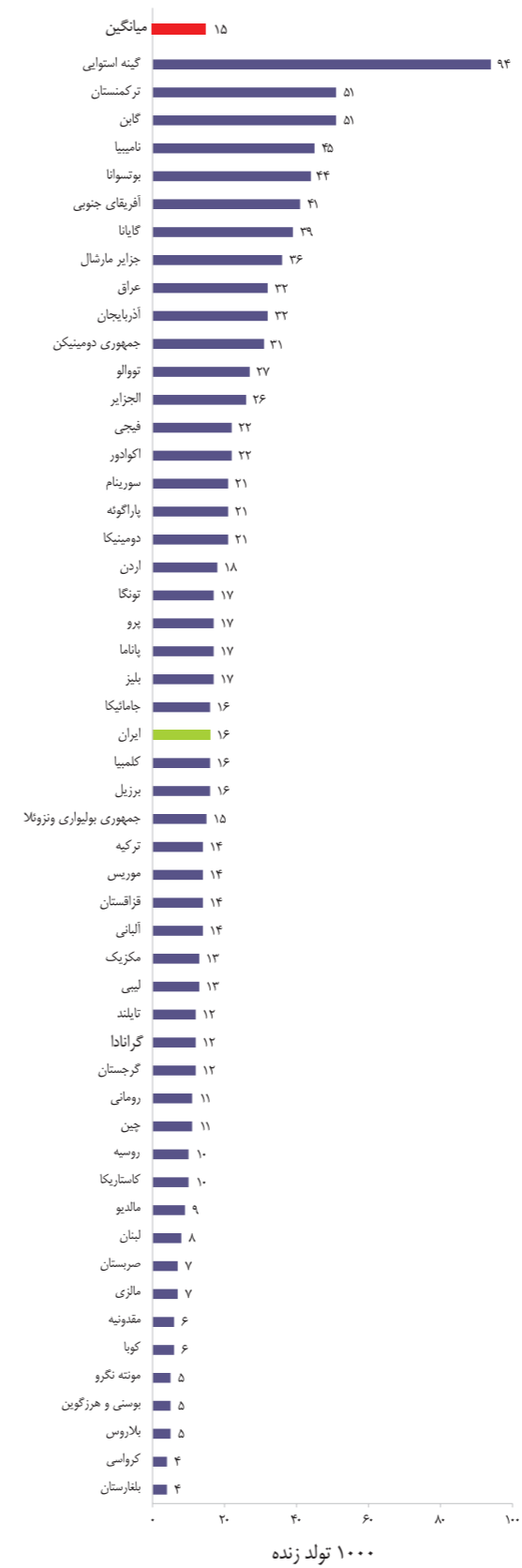
نمودار ۷-۱. بروز مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



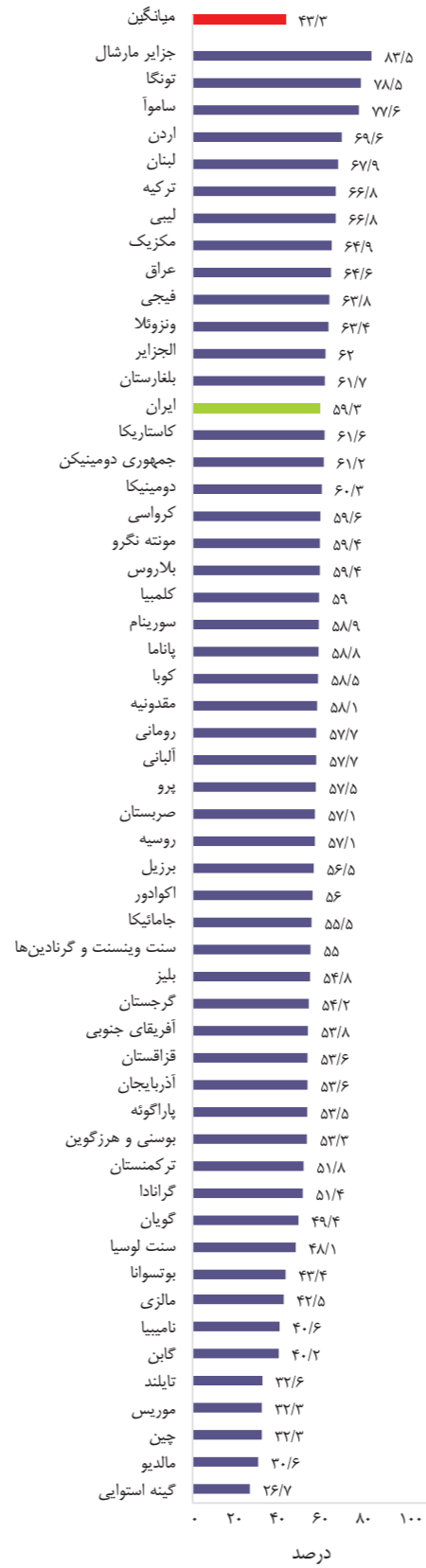
نمودار ۸-۱. بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



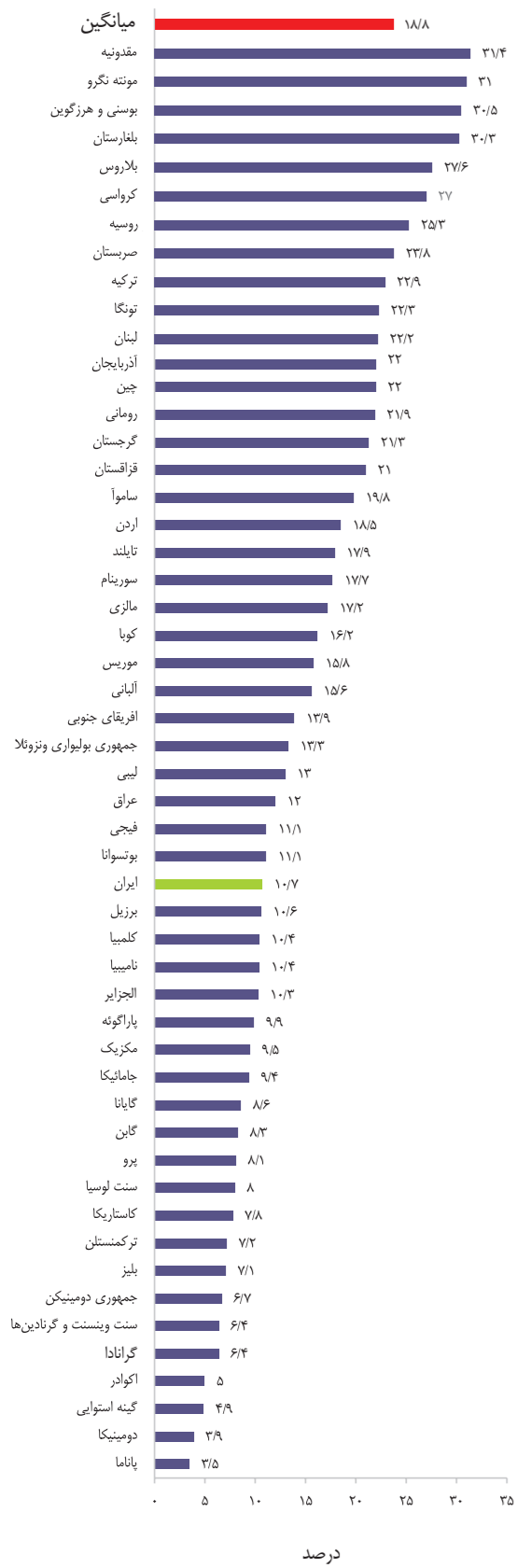
نمودار ۹-۱. بروز مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



نمودار ۱۰-۱. شیوع چاقی و اضافه وزن در افراد بالای ۱۸ سال در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



نمودار ۱۱-۱. شیوع مصرف سیگار در تمام سنین در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت^۱

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. امروزه از انسان سالم به‌عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود و تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه را یکی از وظایف حاکمیتی کشورها می‌دانند. نشان داده شده که چهار دسته از عوامل در حفظ و ارتقای سلامتی مؤثر هستند؛ سهم تقریبی این عوامل به این صورت است؛ عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی (سن و جنسیت) حدود ۱۰ درصد، نظام آرایه خدمات بهداشت و درمان حدود ۲۰ درصد، عوامل رفتاری (سیگار کشیدن و انجام فعالیت فیزیکی) حدود ۱۵ درصد و عوامل اجتماعی و محیطی (فقر و بی‌سوادی) حدود ۵۵ درصد بر سلامت مردم تأثیر می‌گذارد، لذا بیشترین سهم از عوامل تأثیرگذار بر سلامت شامل عوامل اجتماعی و محیطی می‌باشد.

نقش وزارت بهداشت و دانشگاه‌های تابعه به‌عنوان سازمان‌های آرایه دهنده خدمات در کاهش خطرات مرتبط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سه وظیفه خلاصه می‌شود:

- **رهبری:** ایجاد انگیزه و تعهد کافی در همکاری بین‌بخشی؛
- **حمایت‌طلبی:** تغییر دادن نگاه حاکم بر تخصیص منابع و در پیش گرفتن راهبردهای برد برد؛
- **میانجی‌گری دانش^۲:** برای انتقال دانش به سیاست‌گذاران و آحاد مردم.

در ادامه، بخشی از شواهد مربوط به اثرات عوامل عمده اجتماعی مؤثر بر سلامت، به‌همراه وضعیت شاخص‌های مربوط به این عوامل مرور می‌شود.

تکامل ابتدای کودکی

سال‌های ابتدایی کودکی مهم‌ترین سال‌های حیات است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی فرد خواهد بود، اثرات آنچه که در طول نخستین ماه‌ها و سال‌های زندگی کودک و حتی در دروه قبل از تولد روی می‌دهد می‌تواند در تمام طول عمر ادامه یابد. از جمله مداخلات مهم وزارت بهداشت،

1. Social Determinant of Health
2. Knowledge Brokering

برگزاری کلاس‌های آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین در نظام شبکه می‌باشد. شاخص‌های مرتبط با مهدکودک‌ها در جدول ۱-۸ نشان داده شده است. برخی معتقدند که یکی از مشکلات این بخش، کم بودن تعداد مهدکودک‌ها و پوشش ناکافی آن‌هاست، به‌طوری که در حال حاضر برای حدود ۸۰ درصد جمعیت کودکان ۲ تا ۵ سال مهد کودک وجود ندارد.

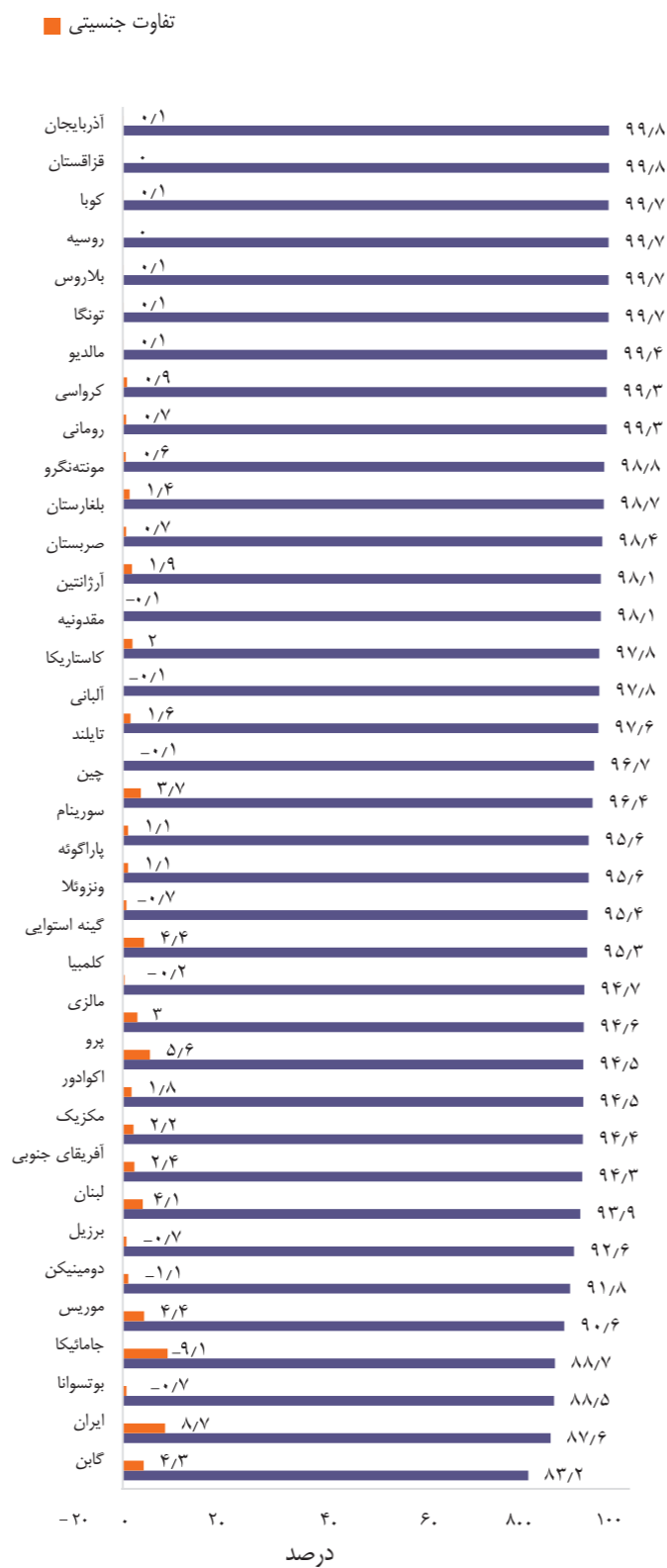
شاخص	تعداد
مهدکودک دارای مجوز	۱۷,۰۰۰
مهدکودک در روستاها	۷,۵۰۰
مهدکودک در حاشیه شهرها	۱,۲۰۰

آموزش

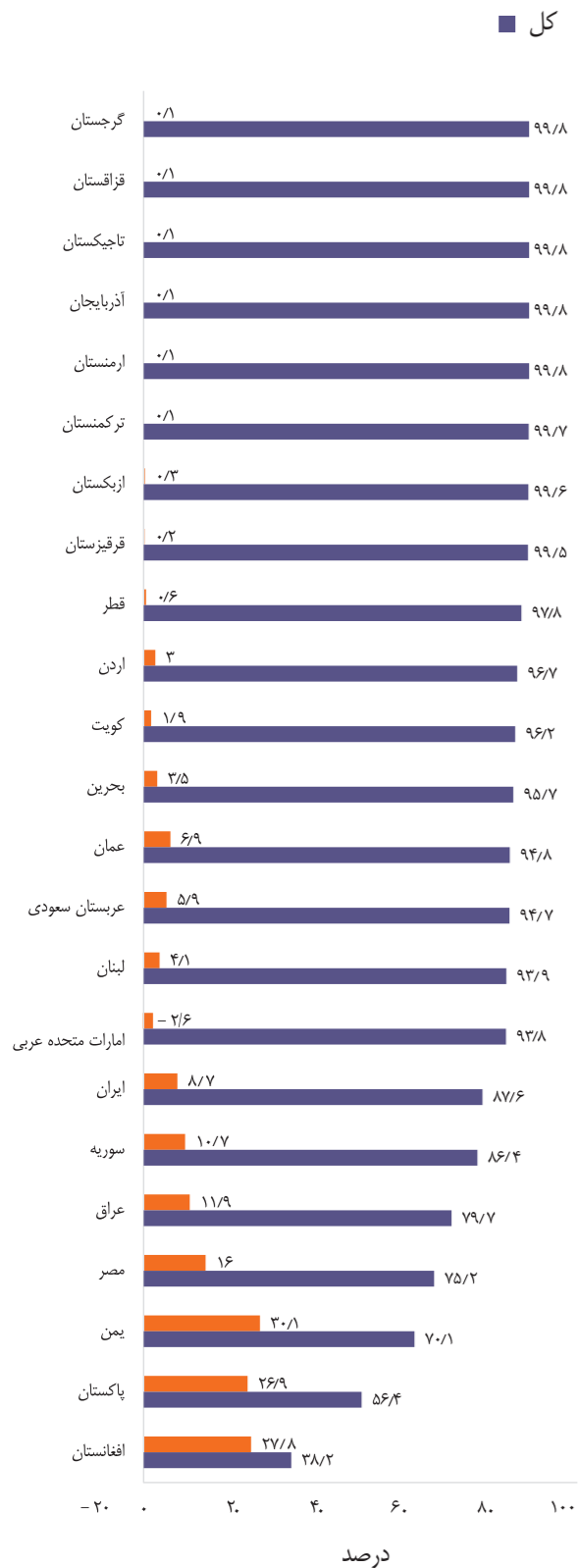
به‌طور متوسط هر چهار سال تحصیل بیشتر، خطر بیماری‌های قلبی را ۲/۱۶ درصد و خطر دیابت را ۱/۳ درصد کاهش می‌دهد و اظهار سلامت متوسط یا نامطلوب توسط فرد را تا ۶ درصد و روزهای غیبت از محل کار به‌دلیل بیماری را به تعداد ۲/۳ روز در سال کمتر خواهد کرد. به‌ازای هر ۴ سال تحصیل بیشتر، ۱۱ درصد از شیوع مصرف دخانیات، ۷ درصد از مصرف نوشیدنی الکلی، ۵ درصد از شیوع چاقی و ۰/۶ درصد از شیوع مصرف مواد مخدر کاسته می‌شود، به‌همین دلیل یکی از نقاط تمرکز برای بهبود شاخص‌های سلامت در جامعه، گروه‌های محروم از آموزش می‌باشد. نظام آموزشی در افزایش باسوادی، پوشش مناسب تحصیلی و همچنین برقراری عدالت جنسیتی در تحصیلات، دستاوردهای بزرگی به‌دست آورده است؛ نمودارهای ۱-۱۲، ۱-۱۳ و ۱-۱۴ شاخص‌های مرتبط با وضعیت سواد را نشان می‌دهند. جمعیت هدف برای اجرای مداخلات سوادآموزی، جمعیت ۱۰ تا ۴۹ سال می‌باشد. همان‌طور که در نمودار ۱-۱۴ و ۱-۱۵ مشاهده می‌شود، افزایش نرخ باسوادی در جمعیت ۱۰ تا ۴۹ سال بیشتر از جمعیت ۶ سال به بالا می‌باشد.

شاخص (درصد)	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
پوشش تحصیلی دوره ابتدایی	۹۸	۹۸	۹۸/۲
پوشش تحصیلی دوره متوسطه اول	۸۳	۸۳	۸۵
پوشش تحصیلی دوره متوسطه دوم	۷۶	۷۶	۷۸

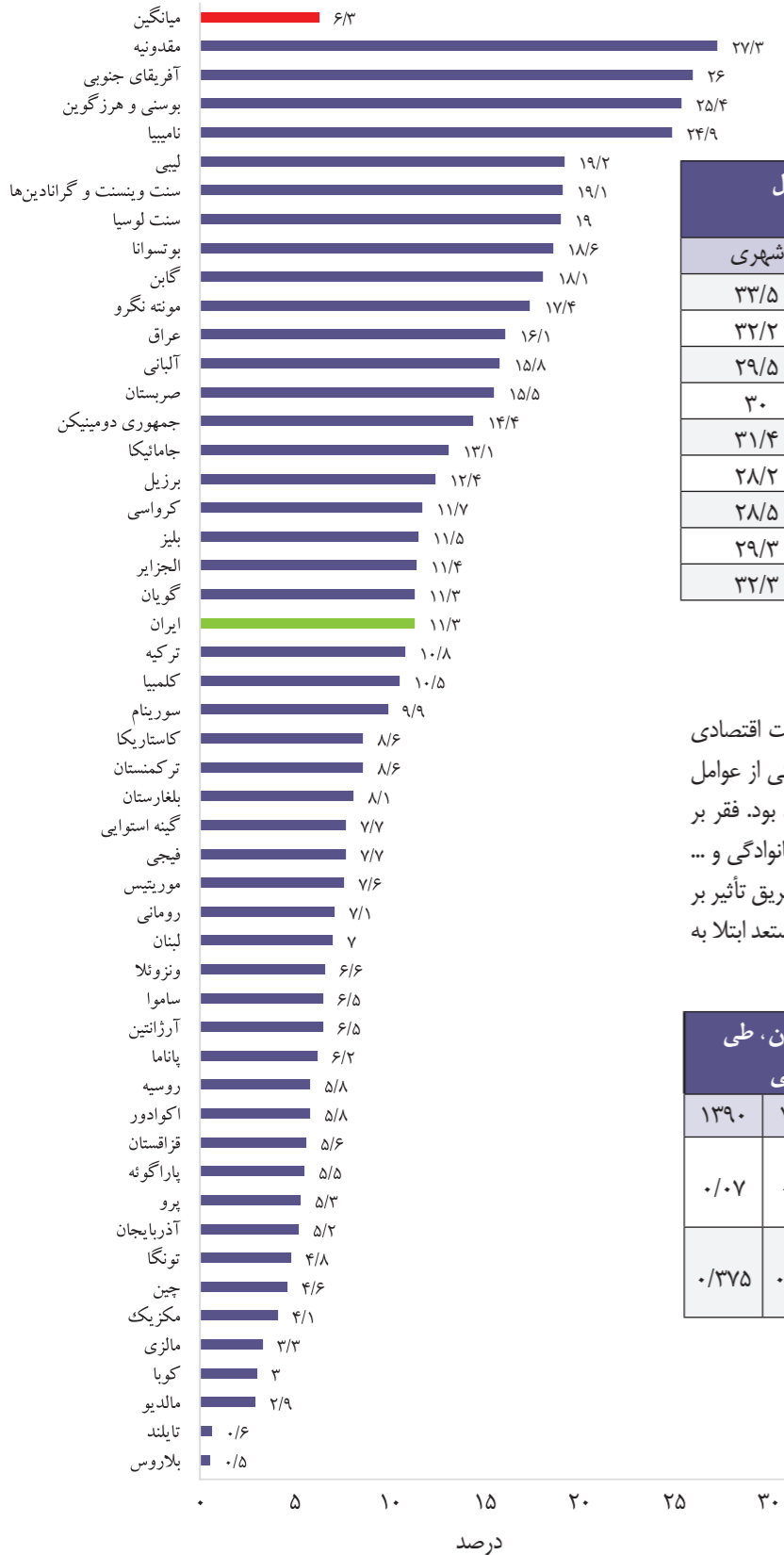
نمودار ۱-۱۲. نرخ باسوادی در جمعیت بالای ۶سال در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



نمودار ۱-۱۳. نرخ باسوادی در جمعیت بالای ۶سال در کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۵



نمودار ۱-۱۵. نرخ بیکاری (درصد از کل نیروی کار) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۶



جدول ۱-۱۱. نرخ بیکاری جوانان ۱۵ تا ۲۴ سال از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۵

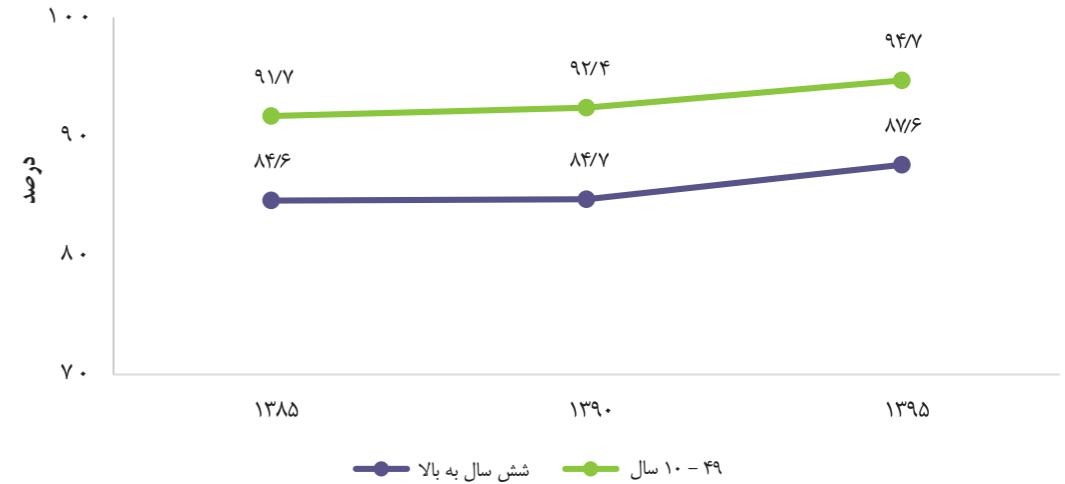
سال	کل	روستایی	شهری
۱۳۷۶ الی ۱۳۷۹	۳۰/۶	۲۸	۳۳/۵
۱۳۸۰ الی ۱۳۸۴	۲۷/۱۲	۲۰/۴	۳۲/۲
۱۳۸۵ الی ۱۳۸۹	۲۴/۴	۱۵/۴۸	۲۹/۵
۱۳۹۰	۲۶/۵	۱۹/۸	۳۰
۱۳۹۱	۲۶/۸	۱۸/۴	۳۱/۴
۱۳۹۲	۲۴	۱۶/۱	۲۸/۲
۱۳۹۳	۲۵/۲	۱۸/۸	۲۸/۵
۱۳۹۴	۲۶/۱	۲۰	۲۹/۳
۱۳۹۵	۲۹/۲	۲۲/۵	۳۲/۳

فقر

بدون شک در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، وضعیت اقتصادی مهم‌ترین عامل به‌شمار می‌رود. چنان‌که اگر قرار باشد فقط یکی از عوامل اجتماعی را برای مداخله انتخاب نماییم، این عامل فقر خواهد بود. فقر بر روی تمام ابعاد زندگی فرد شامل محل زندگی، تغذیه، روابط خانوادگی و ... تأثیر منفی می‌گذارد و هم به‌طور مستقیم و هم غیرمستقیم از طریق تأثیر بر سایر عوامل اجتماعی، سلامت فرد را متأثر کرده و نهایتاً او را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها و ناتوانی‌ها می‌سازد.

جدول ۱-۱۲. وضعیت شاخص‌های جهانی فقر در ایران، طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ برحسب دلار بین‌المللی

سال	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
نسبت جمعیت با درآمد کمتر از یک دلار در روز (درصد)	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۵
نسبت جمعیت با درآمد کمتر از دو دلار در روز (درصد)	۰/۳۷۵	۰/۰۹۳	۰/۱۲۳	۰/۱۳



نمودار ۱-۱۴. نرخ باسوادی در جمعیت ۶سال و بیشتر و جمعیت ۱۰ الی ۴۹ سال در سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

جدول ۱-۱۰. نسبت دختر به پسر در مقاطع تحصیلی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳

مقطع تحصیلی	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۴-۱۳۸۹
نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۴
نسبت دختران به پسران در تحصیلات متوسطه	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۴	۰/۹۸

اشتغال

افرادی که آماده به کار هستند ولی به دلیل آغاز به کار در هفته آینده یا انتظار بازگشت به شغل قبلی جویای کار نیستند ولی در حال حاضر فاقد کار هستند، بیکار محسوب می‌شوند.

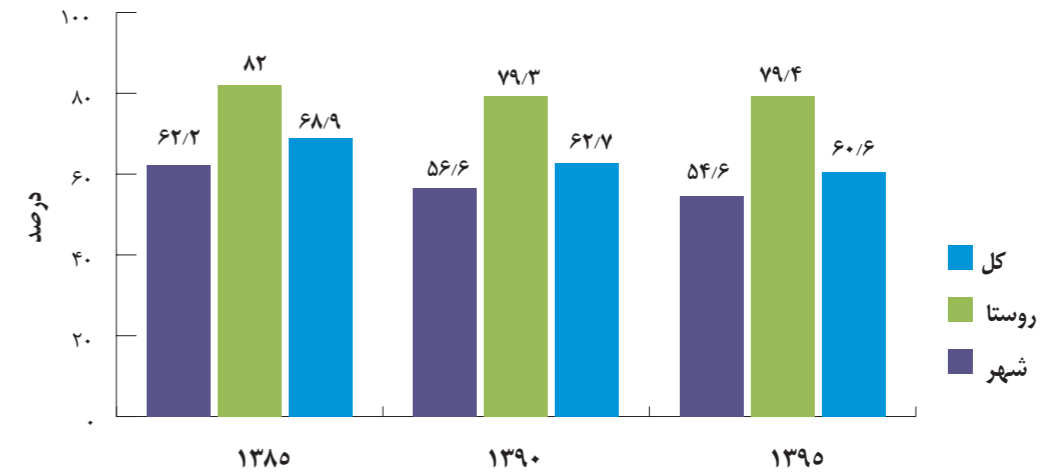
در سال ۱۳۹۶ نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر، ۱۱/۳ درصد بوده است و نکته مهم‌تر اختلاف جنسیتی در نرخ بیکاری است، به‌صورت نرخ بیکاری ۱۰/۸ درصد در مردان، ۲۰/۱ درصد در زنان و نرخ بیکاری جوانان (۲۹/۲ درصد) که بیش از دو برابر نرخ بیکاری است. این ارقام نشان می‌دهد در حال حاضر حدود ۷۰ درصد از افراد بیکار در ایران را جوانان تشکیل می‌دهند و این موضوع به یکی از چالش‌های اصلی اقتصادی و اجتماعی تبدیل شده است. بالاترین نرخ بیکاری جوانان نیز در میان فارغ التحصیلان دانشگاه‌ها با متوسط ۳۷ درصد (۲۹ درصد در مردان و ۴۸ درصد در زنان) است. نکته مهم آن است که در زمینه آموزش و تحصیلات، اختلاف جنسیتی واضحی بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود، اما در حوزه اشتغال، بین زنان و مردان تفاوت فراوانی وجود دارد؛ به‌طوری‌که نرخ مشارکت اقتصادی مردان جوان، نزدیک به پنج برابر زنان جوان می‌باشد. میانگین نرخ بیکاری در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا برابر ۶/۳ درصد می‌باشد که ایران در مقایسه با این گروه کشورها نرخ بیکاری بالاتری دارد.

داشتن شغل به‌خودی‌خود باعث افزایش سلامتی فرد می‌شود و در مطالعات مختلف، نقش بیکاری به‌عنوان یک عامل خطر مهم برای انواع اختلالات جسمی، روانی و آسیب‌های اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته است. شرایط محیط کاری هم بر سلامت تأثیر دارد و شرایط کاری نامناسب می‌تواند به اندازه بیکاری و از دست دادن کار بر سلامت فرد اثر منفی داشته باشد. استرس‌های شغلی در محیط کار با افزایش ۵۰ درصدی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی همراه است. محدود بودن قدرت تصمیم‌گیری در محیط کار باعث افزایش کم‌درد، بیماری‌های قلبی و عروقی و غیبت از محل کار به دلیل بیماری می‌شود. این مسأله به‌خصوص در مواردی که محدود بودن قدرت تصمیم‌گیری با توقع بیش از حد کارفرما همراه باشد، تبعات ناگوارتری در پی دارد. دریافت دستمزد ناکافی به نسبت تلاش فرد نیز منجر به افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شود. در مجموع، توقعات بالای شغلی، کنترل پایین و عدم تعادل بین پاداش و تلاش، عوامل خطر بروز مشکلات سلامت جسمی و روانی هستند.

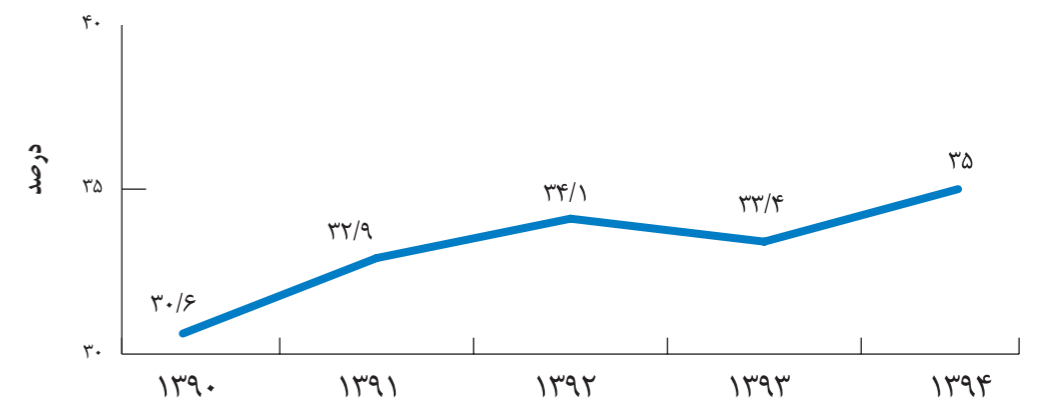
بیکار بر طبق تعریف مرکز آمار ایران، فرد بالای ۱۰ سال است که در هفته قبل از آمارگیری فاقد کار باشد و در آن هفته یا بعد از آن آماده کار باشد و در ضمن در هفته آمارگیری و سه هفته قبل از آن در جستجوی کار بوده است. همچنین

مسکن

درون خانه یا ترس از وقوع آن؛ ج - و از همه مهم‌تر بهره‌مندی شامل داشتن مسکن و سهم هزینه مسکن در سبد خانوار. یکی از چالش‌های مهم در سال‌های اخیر افزایش حاشیه‌نشینی می‌باشد، در نمودار ۱-۱۶ درصد افراد دارای خانه برای سه سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ ارایه شده است. در نمودار ۱-۱۷ روند سهم هزینه مسکن (اجاره بهای مسکن، اعم از شخصی و غیرشخصی) از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ ارایه شده است.



نمودار ۱-۱۶. درصد افراد دارای خانه برای سه سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵



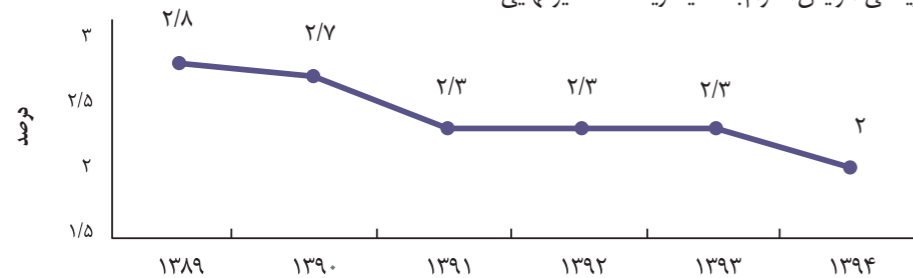
نمودار ۱-۱۷. روند سهم هزینه مسکن (اجاره بهای مسکن، اعم از شخصی و غیرشخصی) از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴

امنیت غذایی

مشکل اصلی، عدم وجود تعادل در رژیم غذایی روزانه افراد است. پرخوری، رژیم غذایی نامناسب و عدم تحرک ناشی از زندگی مدرن، اضافه وزن و چاقی را به یک مشکل مهم تأثیرگذار بر سلامت فرد و جامعه در کشورهای صنعتی و همچنین در حال توسعه تبدیل کرده است. در ایران نیز با اینکه در سال ۱۳۹۵، جمعیت دارای ناامنی شدید تا متوسط غذایی در حدود ۵ درصد بوده است، اما همانطور که در نمودار ۱-۱۰ مشاهده می‌شود، شیوع اضافه وزن و چاقی ۵۹/۳ درصد می‌باشد.

تفریحات

نشان داده شده که تفریحات، اثرات مثبت فراوانی بر سلامت دارند که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
الف. اثر جسمی: کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها (ریه، پستان و پوست)، افزایش شیوه زندگی سالم (کاهش رفتارهای ناسالم) و کاهش پوکی استخوان؛ ب. اثر روانی: کاهش افسردگی و اضطراب (در سالمندان شامل دمانس، آلزایمر و افسردگی)، افزایش یادگیری، کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس؛ ج. اثر اجتماعی: کاهش اعتیاد، خشونت، رفتارهای خودتخریبی، جرم و انزوا، افزایش رضایت‌مندی و فعالیت‌های داوطلبانه و انسجام فرهنگی و اجتماعی و خانوادگی؛ د. اثر معنوی: هدفمندی و دادن معنی به زندگی، ترسیم رسالت و اهداف بهتر فردی؛ و ه. اثر محیط زیستی: افزایش احترام به محیط زیست؛ د. تأثیر نهایی



نمودار ۱-۱۸. روند سهم هزینه‌های تفریحات از سبد هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴

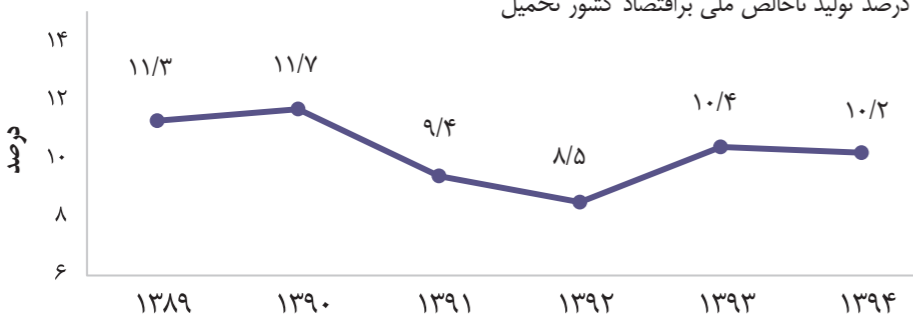
حمل و نقل

بخش حمل و نقل بر سلامت فرد و جامعه تأثیر فراوانی دارد که مهم‌ترین اثرات آن را می‌توان در پنج گروه جمع‌بندی کرد. این پنج گروه عبارتند از: ۱. سوانح و حوادث حمل و نقل که موجب جراحات، فوت، خسارات روان‌شناختی و اقتصادی شده و سلامت افراد را به خطر می‌اندازد و شاید در ایران بتوان آن را عمده‌ترین تبعات منفی بخش حمل‌ونقل برای سلامت محسوب کرد. حوادث ترافیکی و جاده‌ای در جهان هر ساله منجر به مرگ حدود ۱/۲ میلیون نفر و مصدومیت و معلولیت ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر شده و دومین عامل اصلی مرگ‌ومیر افراد ۵ تا ۲۵ ساله محسوب می‌شود. همانطور که در نمودار ۱-۸ نشان داده شده بود بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ۱۹ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد. از بعد اقتصادی نیز تخمین زده می‌شود که حوادث ترافیکی سالانه هزینه‌های معادل ۵ درصد تولید ناخالص ملی بر اقتصاد کشور تحمیل

تفریحات بهبود کیفیت زندگی، افزایش امید زندگی، موتور محرکه اقتصادی، افزایش نشاط، کاهش هزینه‌های سلامتی، اجتماعی و قضایی می‌باشد.

امور مرتبط با سیاستگذاری کلان در حوزه اوقات فراغت به‌عهده شورای عالی جوانان می‌باشد. سازمان‌ها و دستگاه‌های زیادی از جمله وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، شهرداری‌ها، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و... نیز در این امر دخیل هستند و مداخلاتی را به‌صورت پراکنده و جزیره‌ای انجام می‌دهند. با این همه وضعیت تفریحات در سال‌های اخیر چندان مناسب نبوده و آمارها نشان می‌دهد که سهم هزینه خانوار برای تفریحات از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ روند کاهشی داشته که به‌نظر می‌رسد علت آن افزایش سهم هزینه مسکن و هزینه‌های خوراکی در سبد خانوار بوده است. در نمودار ۱-۱۸ روند سهم هزینه‌های خانوار ارایه شده است.

می‌کند. ۲. سهم بخش حمل و نقل در آلودگی هوا و هزینه‌های سلامت ناشی از آن؛ ۳. اثر حمل و نقل در فعالیت فیزیکی که می‌توان گفت چاقی ناشی از کم تحرکی، پیامد استفاده مدیریت نشده از وسایل نقلیه است که بخش مهمی از بار عوامل خطر را به‌خود اختصاص می‌دهد؛ ۴. دسترسی به خدمات از جمله خدمات سلامتی که عدم امکان تردد و ترابری از مهم‌ترین عوامل توسعه نیافتگی نقاط دور دست و صعب‌العبور است. این موضوع دسترسی ناکافی مردم به خدمات سلامت را در پی دارد که خود با پیامدهایی چون سطح سلامت پایین و مهاجرت بی‌رویه و سازماندهی نشده همراه می‌شود؛ ۵- نقش بخش حمل و نقل در گسترش بیماری‌های واگیر؛ را در تردهای گسترده بین‌المللی و به‌طور عمده هوایی از عوامل گسترش سریع برخی بیماری‌های واگیر همچون سارس اعلام کرده‌اند. در نمودار ۱-۱۹ روند هزینه‌های حمل و نقل از کل هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ ارایه شده است.

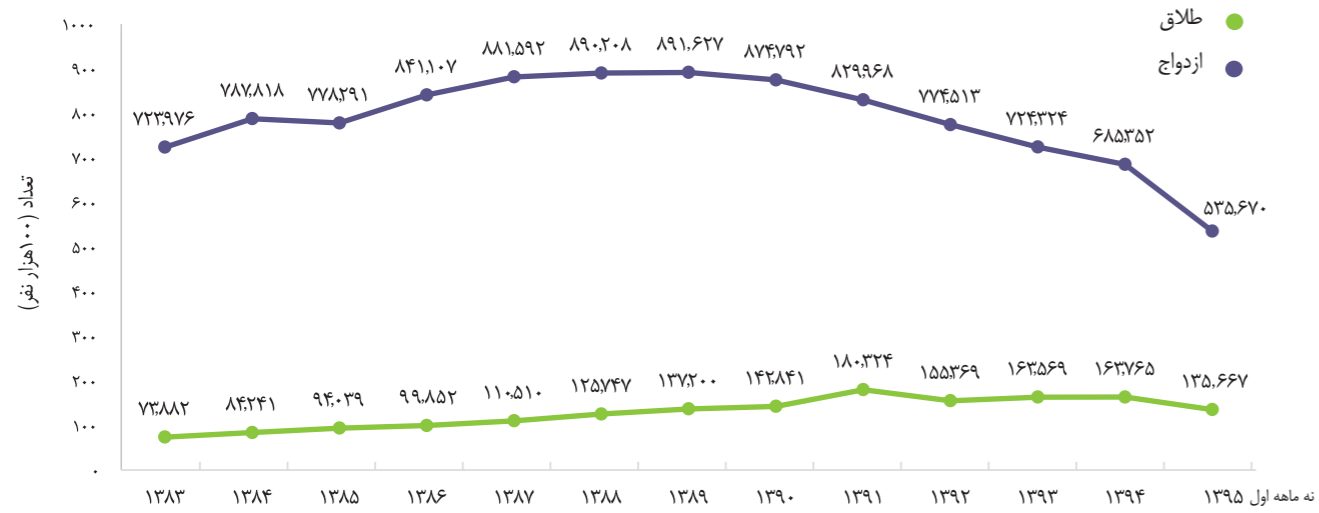


نمودار ۱-۱۹. روند هزینه‌های حمل و نقل از کل هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴

حمایت اجتماعی

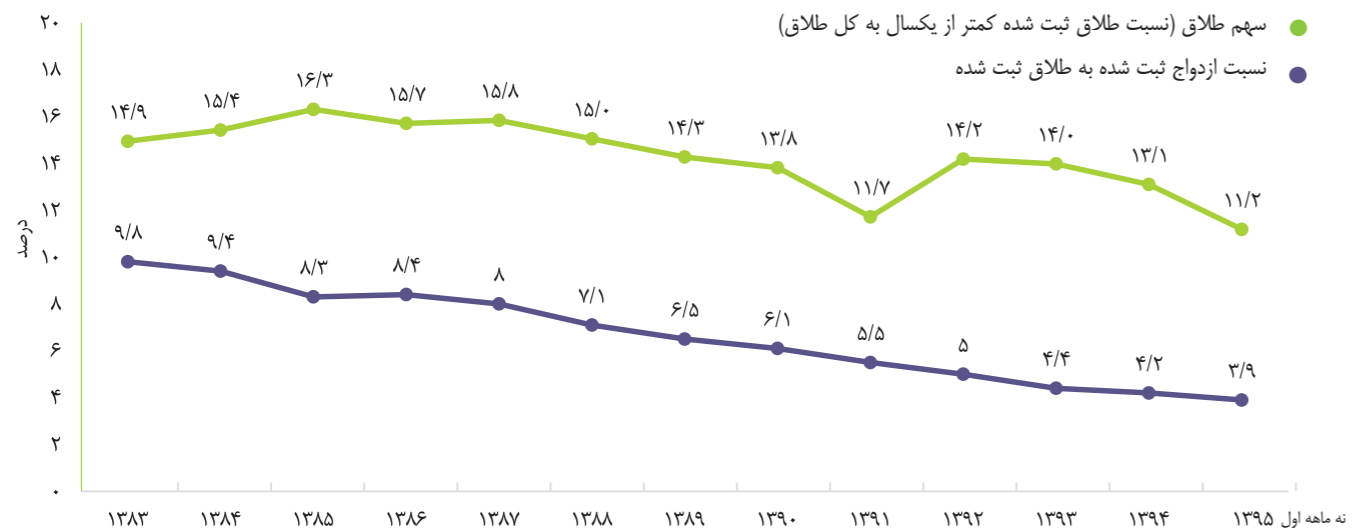
میزان خودکشی پایین تر می آید. در حال حاضر حدود ۱۸۰ هزار زن سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند و در ۱۸ استان کشور خانه امن برای زنان در معرض خشونت ایجاد شده است. همچنین ۳۱ مرکز شبانه‌روزی پذیرش کودکان خیابانی وجود دارد که سالانه حدود ۶ هزار کودک در آن‌ها پذیرش می‌شوند. هم‌اکنون ۳۱ خانه سلامت نیز برای دختران فراری وجود دارد که سالانه حدود هزار نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند. در جدول ۱-۱۳، جمعیت آسیب‌پذیر تحت پوشش سازمان‌های مختلف ارایه شده است.

یکی از عوامل تعیین کننده سلامت انسان، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی به‌معنای دریافت کمک در شرایط سخت زندگی است. حمایت اجتماعی عامل بسیار مهمی در خانواده‌های دچار آسیب و وقایع تنش‌زا یا بحران‌های زندگی از قبیل طلاق، خشونت خانگی، اعتیاد و... است؛ همچنین نشان داده شده که هرچه درجه حمایت اجتماعی در یک جامعه افزایش می‌یابد،



نمودار ۱-۲۰. تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده در ایران از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵

جدول ۱-۱۳. جمعیت آسیب‌پذیر تحت پوشش سازمان‌های مختلف، طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴						
سال	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	بهریستی
معاونت توانبخشی	۲۳۶,۰۵۳	۲۴۰,۴۵۱	۲۴۴,۱۰۲	۳۱۹,۱۶۳	۳۲۱,۲۲۱	

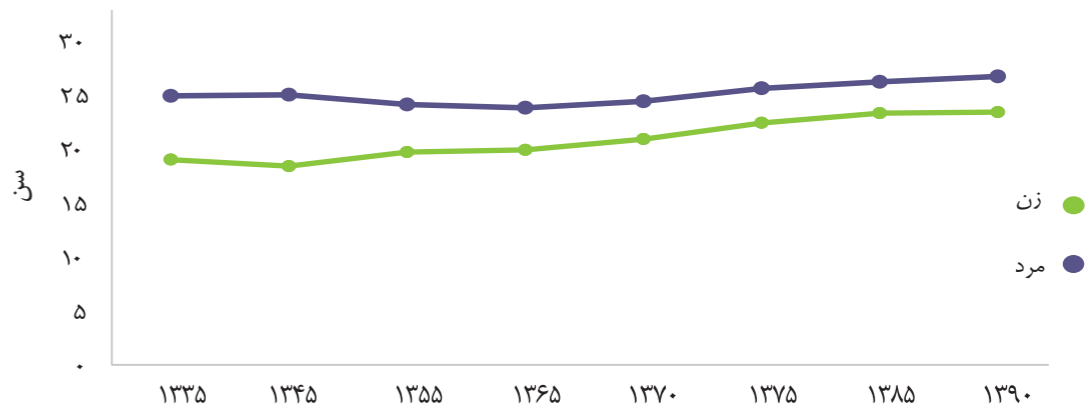


نمودار ۱-۲۱. وضعیت سهم طلاق (نسبت طلاق ثبت شده کمتر از یکسال به کل طلاق) و نسبت ازدواج ثبت شده به طلاق ثبت شده از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵

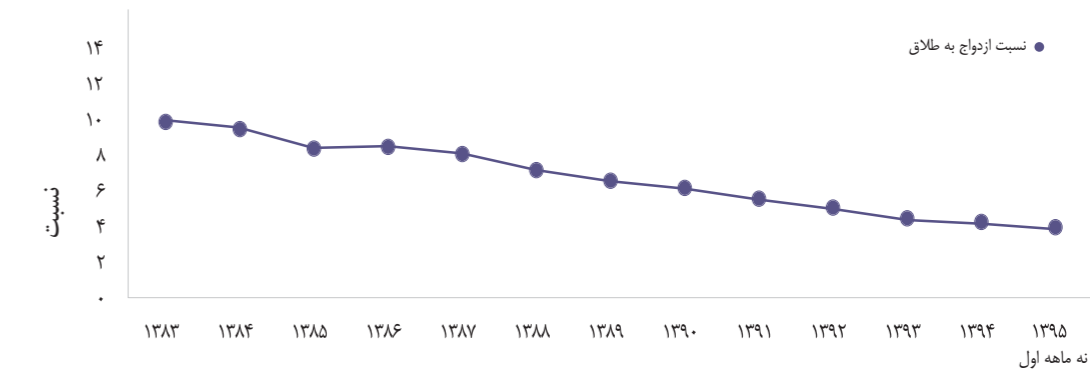
طلاق

البته باید توجه داشت که یکی از علل افزایش نسبت طلاق به ازدواج بالاتر رفتن میانگین سن ازدواج می‌باشد و انتظار می‌رود ازدواج‌های ثبت شده در سال‌های اخیر روند کاهشی داشته باشد و از سوی دیگر طلاق‌ها افزایش پیدا کنند. در نمودار ۱-۲۰ تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده در ایران در فاصله سال‌های ۱۳۸۱ الی ۱۳۹۵ ارایه می‌شود و سپس در نمودار ۱-۲۱، سهم طلاق از ازدواج ثبت شده ارایه شده است. در نمودار ۱-۲۲، میانگین سن ازدواج و در نمودار ۱-۲۳ نسبت طلاق به ازدواج ذکر شده است.

طی سال‌های اخیر طلاق روندی افزایشی دارد، به طوری که نسبت تعداد ازدواج به تعداد طلاق ثبت شده از ۹/۸ در سال ۱۳۸۳ به ۳/۹ در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته است. به موازات این رویداد، میانگین سن ازدواج به‌ویژه در زنان افزایش یافته و از ۲۴/۱ سال در مردان و ۱۹/۷ سال در زنان در سال ۱۳۵۵ به ۲۶/۷ سال در مردان و ۲۳/۴ سال در زنان در سال ۱۳۹۰ رسیده است.



نمودار ۱-۲۲. میانگین سن ازدواج بر حسب جنسیت از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰



نمودار ۱-۲۳. نسبت طلاق به ازدواج از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵

اعتیاد به مواد مخدر

براساس آمار اعلام شده در سال ۱۳۹۵ توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر،

هم‌اکنون حدود ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار معتاد در ایران وجود دارد و میانگین سن مصرف مواد مخدر ۲۴ سال است. حدود ۱۰ درصد جمعیت معتاد را زنان تشکیل می‌دهند. در حال حاضر تریاک با ۶۶/۸ درصد، حشیش و مشتقات آن شامل ماری جوانا، گل، گراس و علف با ۱۱/۹ درصد، کراک افغانی و هروئین ۱۰/۶ و شیشه ۸/۱ درصد مواد مورد مصرف معتادان را تشکیل می‌دهد.

نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در عوامل اجتماعی سلامت

مطالعات نشان داده دو بازوی مداخله نظام سلامت در این مسیر پیشرفت نظام سلامت «جلب همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» است. این راهبردها باید توأم با توانمندشدن نظام‌های سلامت رخ دهد چرا که هر دو راهبرد نیازمند مهارت‌های ویژه‌ای برای جلب مشارکت است. در ادامه به وضعیت و دستاوردهای وزارت بهداشت در مورد این دو راهبرد اشاره می‌شود:

الف- همکاری بین بخشی: عبارت است از «رابطه‌ای شناخته شده بین

بخش یا بخش‌های سلامتی با بخش یا بخش‌های دیگر که برای انجام اقداماتی به‌منظور کسب پیامدهای سلامتی ایجاد شده است، به‌طوری‌که نتیجه از حاصل عملکرد بخش سلامتی به‌تنهایی مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر باشد». بعد از پیروزی انقلاب اسلامی تجربیات مختلفی از همکاری‌های بین بخشی در زمینه سلامت ثبت شده است، که می‌توان آن‌ها را به سه دسته عمده تقسیم کرد:

۱. فعالیت‌های بین‌بخشی در شرایط بحرانی و اضطراری مانند پاسخ به نیازهای سلامت آسیب‌دیدگان از بلایای طبیعی از طریق مشارکت سازمان‌های دولتی و غیردولتی می‌باشد که بارها اتفاق افتاده است. این تجربیات به‌نسبت موفق بوده‌اند، اما با سپری شدن ایام و فروکش کردن هیجان ناشی از بحران، نقش جمعیت‌های بین‌بخشی نیز کم‌رنگ شده و سازمان‌های دیگری امور را پیش برده‌اند؛

۲. تجربیات بین‌بخشی هستند که با برنامه از پیش تعیین شده اما با یک ضرب‌الاجل مشخص و اراده جمعی به‌اجرا گذاشته شده‌اند. اغلب این فعالیت‌ها ناشی از سیاستگذاری‌های کلان و اغلب به‌صورت بسیج اجتماعی انجام می‌شود، که به‌دلیل وجود عزم سیاسی و ساختار مشخص معمولاً موفقیت شایان توجهی (در محدوده زمانی اجرای خود) دارند. نمونه بارز این تجربیات، بسیج ملی ریشه‌کنی فلج اطفال و برنامه واکسیناسیون همگانی علیه بیماری‌های سرخک، اوریون و سرخجه می‌باشد؛

۳. بخش عمده فعالیت‌ها شامل همکاری‌های بین‌بخشی هستند که در قالب کمیته‌ها، شوراهای تیم‌های بین‌بخشی انجام می‌گیرند. تجربه نشان داده تصمیمات تشکل‌های فاقد ساختار رسمی و یا حتی غیررسمی، دارای پشتوانه محکمی نیستند؛ اما تشکل‌های دارای ساختار، هرچند که مشکلاتی در زمینه تبدیل شدن تصمیمات به عمل داشته‌اند ولی از پایداری خوبی برخوردار بوده‌اند. نمونه مشخص این تشکل‌ها، شوراهای بهداشت بودند که در سه سطح کشوری، استانی و شهرستانی فعالیت داشتند. در سال ۱۳۸۲ هیئت وزیران آیین‌نامه شورای عالی سلامت و شورای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها را به تصویب رساند. این شورا که جایگزین شوراهای قبلی شده است، تاکنون بیش از ۱۰۰ مصوبه ملی داشته است، اما ضعف اجرایی سازمان‌های تابعه موجب شده بخش بزرگی از این مصوبات به مرحله اجرا در نیاید.

از عمده فعالیت‌ها و دستاوردهای وزارت بهداشت در زمینه افزایش همکاری‌های بین‌بخشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برگزاری مجمع ملی سلامت با مشارکت تمامی ذینفعان درون و برون‌بخشی در سطح ملی و استانی؛
- پیگیری تشکیل جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با

حضور وزیر بهداشت و معاون رئیس‌جمهور؛

- پایش مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نظارت بر عملکرد دبیرخانه‌های استانی؛
- تأکید بیشتر بر مباحث عوامل اجتماعی سلامت و توسعه پایدار با تشکیل دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و اداره کل توسعه پایدار؛

- مشخص شدن نقش و سهم دستگاه‌ها در حوزه سلامت، تدوین شاخص‌های همکاری بین‌بخشی و مطرح شدن شاخص‌های مشارکت بین‌بخشی در ارزیابی‌ها؛

- تشکیل دبیرخانه سلامت در سه وزارتخانه (جهاد کشاورزی، راه و شهرسازی، ورزش و جوانان)؛

- تهیه چندین تفاهم‌نامه بین وزارت بهداشت یا سایر دستگاه‌ها (از جمله وزارتخانه‌های نیرو، وزارت کشور، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، صنعت، معدن و تجارت، اقتصاد و دارایی و سازمان‌های محیط زیست و استاندارد) و پایش و ارزشیابی مفاد تفاهم‌نامه‌ها؛

- افزایش آگاهی‌وانگیزش نسبی مسئولان و کارشناسان دستگاه‌های خارج از مجموعه وزارت بهداشت نسبت به تعریف سلامت و اهمیت همکاری بین‌بخشی از طریق تهیه بسته آموزشی ویژه مدیران کل دستگاه‌های اجرایی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛

- پررنگ شدن فعالیت رابطان دستگاه‌های ملی که نقش مؤثری در توسعه مفاهیم سلامت و حمایت طلبی در زمینه سلامت محوری دستگاه‌ها دارند؛

- تجمیع تجربیات پیرامون رویکردها، روش‌ها و ارزیابی همکاری‌های بین‌بخشی و به‌کارگیری این راهبرد در برخی از واحدهای فنی وزارت بهداشت؛

- اجرای الگوی استانی برای شکل‌گیری همکاری بین‌بخشی در قالب برنامه جامع سلامت استان‌ها با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛

- طراحی الگو و دستورالعمل تدوین پیوست سلامت برای طرح‌های ملی؛

- ظرفیت‌سازی برای فعالیت‌های بین‌بخشی در جهت تأمین سلامت جامعه از طریق تولید و انتشار مقالات، گزاره‌برگ‌ها، اسناد سیاستی، خبرنامه الکترونیک و....؛

1. Fact Sheet

- تدوین شاخص‌های عدالت در سلامت با همکاری دیگر نهادها و سازمان‌ها در دو مقطع سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۵ به‌منظور راه‌اندازی نظام پایش عدالت در سلامت و تعیین آسیب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و جلوگیری از این آسیب‌ها.

با اینکه گام‌های مثبتی توسط وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های اجرایی برای افزایش همکاری در زمینه سلامت برداشته شده و فرهنگ همکاری و انجام کار تیمی در حال گسترش است، به‌نظر می‌رسد هنوز موانع قانونی و اداری وجود دارد که باعث شده مداخلات جزیره‌ای و پراکنده، فرصت تجمع نیابند. همچنین هنوز برخی از مدیران و کارشناسان دستگاه‌های اجرایی به سلامت به‌عنوان یک اولویت نگاه نمی‌کنند؛ هر چند که در نگارش اسناد بالادستی تا حد زیادی برای رفع این ضعف تلاش شده است. به‌همین دلیل هنوز چگونگی ارتباط برنامه سازمان‌های مختلف برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم‌انداز، سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه به‌طور شفاف مشخص نیست.

بـ مشارکت مردم: طبق تعریف، «فرآیندی است که در آن افراد جامعه، خود نیازهای خود را تعیین می‌کنند، در مورد اولویت‌های‌شان تصمیم می‌گیرند و با هم برای نیل به اهداف تعیین شده تلاش می‌کنند». بنابراین مشارکت تنها به معنای مشورت نیست بلکه به معنای شناسایی راه‌هایی است، برای اینکه مردم درک کنند بخش اصلی فرآیند تصمیم‌گیری هستند و نظر آن‌ها به‌طور واقعی در تصمیم نهایی، مؤثر است. از مهم‌ترین دلایل برای مشارکت مردم در نظام سلامت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. مشارکت به‌خودی‌خود سلامت فردی و اجتماعی افراد مشارکت کننده را افزایش می‌دهد؛ به بیان دیگر مشارکت مردم یک هدف است، نه وسیله‌ای برای ارتقای سلامت؛

۲. مشارکت مردم، افزایش مقبولیت و بومی شدن برنامه‌های سلامتی را به‌همراه دارد که خود موجب تسریع نهادینه شدن و پایداری برنامه‌ها می‌شود؛

۳. مشارکت، توانمندی مردم را افزایش داده، اثر خود را در سایر بخش‌های توسعه نشان می دهد (یادگیری اجتماعی)؛

۴. مشارکت مردم، دسترسی و پوشش خدمات برای اقشار آسیب‌پذیر را افزایش می‌دهد، نیازهای واقعی سلامت مردم را به نیازهای متخصصان

نزدیک می‌کند و دسترسی به منابع را افزایش می‌دهد.

دلایل فوق نشان می‌دهد که احساس نیاز بخش سلامت نسبت به مداخله و مشارکت مردم، نیازی راهبردی و مستدام است نه مقطعی و گذرا. تجربیات موفق مختلفی نیز برای چگونگی جلب مشارکت مردم در سلامت وجود دارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به برنامه رابطین سلامت با قدمتی بیش از ۲۵ سال، برنامه شهر و روستای سالم، برنامه تأمین نیازهای اساسی توسعه و برنامه توانمندسازی زنان و بسیج‌های مردمی برای امور سلامت اشاره کرد.

از اهم فعالیت‌ها و دستاوردهای وزارت بهداشت در زمینه مشارکت مردم می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- راه‌اندازی بانک اطلاعاتی برای سمن‌های حوزه سلامت و سازماندهی سمن‌ها در حوزه‌های تخصصی دخانیات، هموفیلی، بیماری‌های اعصاب و اختلالات روانی؛
- مشخص کردن فعالیت‌های اجرایی و پژوهشی قابل واگذاری وزارت بهداشت به سمن‌ها؛
- تهیه بسته‌های آموزشی و اطلاعاتی برای سمن‌های سلامت با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛
- تکمیل بانک اطلاعاتی ۲۸۱ مؤسسه خیریه حوزه سلامت و بانک اطلاعاتی ۷۰۰۰ خیر سلامت؛
- ایجاد شبکه ملی مؤسسات خیریه فعال در حوزه‌های سرطان، کودکان و اعتیاد؛
- جذب حدود ۱۵هزار میلیارد ریال کمک مردمی و خیرین برای توسعه زیرساخت‌های حوزه سلامت.

امروزه سیاست‌گذاران سلامت به اهمیت مشارکت مردم اعتقاد جدی دارند و بخش سلامت، سیاست‌های سنجیده‌ای برای جلب و سازمان‌دهی مشارکت مردم دارد. گام بعدی شاید لزوم درگیر کردن مردم در اموری مانند هدف‌گذاری و پایش برنامه‌های سلامت باشد تا ضمن آن‌که اثرات برنامه‌ها تقویت می‌شود، شاخص‌های مربوط به سلامت جامعه نیز ارتقا یابد و باعث نهادینه‌سازی و پایداری بیشتر مشارکت مردم شود. همچنین به‌نظر می‌رسد لازم است مستندسازی در این زمینه تقویت گردد.

- گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن (درگاه ملی آمار)، مرکز آمار ایران(۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵). قابل دسترسی در: https://www.amar.org.ir/سرشماری-عمومی-نفوس-و-مسکن/نتایج-سرشماری
- گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، مرکز آمار ایران. قابل دسترسی در: http://www.mpo-es.ir/Dorsapax/userfiles/Sub1/g_sarshomari95.pdf
- سالنامه آماری کشور ۱۳۹۴، سازمان برنامه و بودجهٔ کشور، مرکز آمار ایران.
- سالنامه آماری کشور ۱۳۹۰، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، مرکز آمار ایران.
- Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results 2016; Available from: https://viz-hub.healthdata.org/gbd-compare/

- عَر اِردشیر خسروی، سعیده آقامحمدی، الهه کاظمی. سیمای مرگ در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- Rastegari A, Baneshi MR, Haji-maghsoudi S, Nakhaee N, Eslami M, Malekafzali H, et al. Estimating the Annual Incidence of Abortions in Iran Applying a Network Scale-up Approach. Iran Red Crescent Med J. 2014 October; 16.
- Erfani A, McQuillan K. Rates of induced abortion in Iran: The Roles of Contraceptive Use and Religiosity. Stud Fam Plann. 2008; 39(2): 111-22

- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks; 2009.
- دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نظام مراقبت پیشگیری از رفتارها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دانش‌آموزان در ایران، ۱۳۹۴.
- World Health Organization. Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance; 2016-2017 (unpublished report).

۱۴. کاظم محمد، اردشیر خسروی، مهناز نوری، محمدمهدی گویا، کورش اعتماد، کاظم ندافی. شاخص‌های سیمای بهداشت در جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۱۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران، ۱۳۹۵.

۱۲. ادارهٔ سرطان، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

13. World Health Organization. Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance; 2016-2017 (unpublished report).

۱۴. کاظم محمد، اردشیر خسروی، مهناز نوری، محمدمهدی گویا، کورش اعتماد، کاظم ندافی. شاخص‌های سیمای بهداشت در جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

منابع

۱۵. ادارهٔ کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وضعیت بیماری سل ریوی اسمیر مثبت در کشور برحسب دانشگاه، در سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۴. قابل دسترسی در:

http://tb-lep.behdasht.gov.ir/TB_Situation_in_Iran.aspx

۱۶. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، آخرین آمار مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۹۵ (جهت استفادهٔ عمومی).

17. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Maternal mortality rate by country. [Accessed 12 July 2017]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en

18. Global Health Observatory data repository. Probability of dying per 1000 live birth. Data by country. [Accessed 12 July 2017]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.525?lang=en

19. World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery. [Accessed 12 July 2017]; Available from: http://gamapserver.who.int/maplibrary/app/searchresults.aspx

۲۰. پورتال معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی. قابل دسترسی: مرداد ماه ۱۳۹۶

۲۱. پورتال وزارت آموزش و پرورش. قابل دسترسی: مرداد ماه ۱۳۹۶

۲۲. طرح شناسایی کودکان بازمانده از تحصیل مقطع ابتدایی در کشور، ۱۳۹۵.

۲۳. مرکز آمار ایران، نتایج طرح آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳) و طرح آمارگیری نیروی کار (۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵).

۲۴. درگاه ملی آمار، شاخص‌های اهداف توسعهٔ هزاره جمهوری اسلامی ایران. (در مرداد ۱۳۹۶). قابل دسترسی در:

https://www.amar.org.ir/

۲۵. مرکز آمار ایران، مطالعهٔ هزینه‌درآمد خانوار، ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴.

۲۶. سازمان ثبت احوال کشور، دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت (در مرداد ۱۳۹۶). قابل دسترسی در:

https://www.sabteahval.ir/avej/tab۴۷۶۹۰.aspx

۲۷. ستاد مبارزه با مواد مخدر، پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در جمعیت عمومی خانوار، ۱۳۹۵ (گزارش چاپ‌نشده).

نویسندگان: دکتر ژاله عبدی، حسین میرزایی، دکتر بهزاد دِماری، دکتر سهند ریاضی، دکتر مجید توکلی، دکتر الهام احمدنژاد

با تشکر از همکاران گرامی مشارکت کننده در تدوین فصل: محبوبه رحیمی، فاطمه خلیل ارجمندی، مرضیه خوانی، نرگس صالحی

برای استناد به مطالب این فصل از آدرس پیشنهادی زیر استفاده شود:

استناد به زبان فارسی

عبدی ژاله، میرزایی حسین، دماری بهزاد، ریاضی سهند، توکلی مجید، احمدنژاد الهام. نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت (جغرافیا و جمعیت، وضعیت اقتصادی و سیاسی، وضعیت کلی سلامت و وضعیت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت). دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. پدید آورندگان: مجدزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶ ، صفحه:۷ تا ۳۳.

استناد به زبان انگلیسی

Abdi Zhaleh, Mirzaei Hossein, Damari Behzad, Riazı Sahand, Tavakoli Majid, Ahmadnezhad Elham. Rapid Review of Health Status and Health Determinant in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 7-33.



خلاصه

نظام سلامت ایران طی سال‌های گذشته برای انجام وظایف خود در حوزهٔ بیمه، تأمین مالی و ساختار سازمانی ارائه‌دهندگان خدمات، از الگوی مشخصی پیروی نکرده و همین امر منجر به ایجاد یک نظام ترکیبی در تمام جنبه های آن شده است. به‌نحوی که در حال حاضر انواع ارائه‌کنندگان خدمات (از جمله ارائه‌کنندگان دولتی، عمومی، مطب‌ها، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های خصوصی و مراکز خیریه) با ماهیت و انگیزه‌های متفاوت در نظام سلامت مشغول به‌کار هستند. از طرف دیگر، ماهیت تخصصی و متنوع خدمات سلامت، بر پیچیدگی بخش ارائهٔ خدمت افزوده است. به‌علاوه، سازوکار پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در کنار برخی از اصلاحات درون مجموعه وزارت بهداشت، مانند نظام خودگردانی بیمارستان‌ها منجر به گسترش روابط مالی بین ارائه‌کنندگان و بیماران شده است. توسعهٔ بازار خدمات و محصولات سلامت نیز با سرعتی بسیار بالاتر از توانایی دولت برای کنترل و نظارت کافی بر این بازار همراه بوده است. در نتیجه سازو کارهای نظارتی به‌خوبی و متناسب با نیازها توسعه نیافته و یا به‌دلیل تقویض برخی از اختیارات به نهادهای صنفی بخش خصوصی، دچار چالش شده است. با این پیچیدگی‌ها، امکان تنظیم روابط ارائه‌کنندگان سلامت با بیمه‌ها و نظارت فنی بر فعالیت‌های ارائه‌کنندگان، به یک چالش عمده در حاکمیت و راهبری نظام سلامت تبدیل شده و نیاز به متولی واحد در بخش سلامت را بیشتر کرده است.

در پاسخ به نیاز مبرم برای تنظیم روابط بین ارائه‌دهندگان خدمات و بیمه‌ها، محوریت وزارت بهداشت در اعمال حاکمیت به‌صورت شفاف در متون قوانین بالادستی آمده متأسفانه علیرغم این تأکید، همچنان متولی بودن این وزارتخانه در امر سلامت جایگاه واقعی خود را نیافته است و با مخالفت ذی‌نفعان کلیدی مواجه شده است. این مخالفت‌ها در نتیجه کمبود منابع یا تهدید یکپارچگی آن‌ها و یا کم توجهی به ارزش‌ها و نگرانی‌های آن‌ها به‌وجود آمده و نتیجه‌ای جز بروز چالش در موضوع حاکمیت نظام سلامت نداشته است. تعدد مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، کافی نبودن هماهنگی‌های بین‌بخشی، پاسخگو نبودن سازوکارهای پایش و ارزیابی، استفاده ناکافی از شواهد برای اهداف برنامه‌ریزی و نظارت از

فصل دوم

ساختار و حاکمیت

مهم‌ترین این چالش‌ها است. این در حالی است که با تقویت نقش حاکمیتی وزارت بهداشت انتظار حل این چالش‌ها دور از دسترس نخواهد بود.

در صورتی‌که مدیریت بیمه‌های سلامت و عملیات و فرایندهای ارائهٔ خدمت براساس شواهد و تجربیات موفق و متناسب با شرایط ایران صورت گیرد، بسیاری از مشکلات که نیازمند نظارت و اعمال حاکمیت است از سر راه برداشته خواهد شد؛ اما اثربخشی و کارایی پایین در هر دو بخش بیمه و ارائهٔ خدمات، مشکل عمدهٔ نظام سلامت ایران است. در این مسیر تدوین بستهٔ خدمات پایه، خرید راهبردی و به‌روزرسانی عملیات بیمه‌های درمانی از طریق محاسبات بیمه‌ای می‌تواند به تقویت نظام بیمه کمک کند. از سوی دیگر در بخش ارائهٔ خدمت، تمرکززدایی بیشتر به‌خصوص در جنبه‌های مالی و مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی از طریق هیئت امنای می‌تواند به توسعهٔ کارایی در ارائهٔ خدمات بخش دولتی منجر شود.

به این نکته نیز باید توجه داشت که به‌کارگیری تنها یک مدل یا الگوی حاکمیتی براساس آن‌چه تئوری‌های علمی پیشنهاد می‌دهند، نمی‌تواند پاسخگوی چالش‌های ناشی از نظام ترکیبی باشد. به‌جای آن، تقویت نهادها و فرایندهای حاکمیتی از طریق تقویت تولید شواهد مستند و معتبر، یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری و تنظیم قوانین و مقررات برای نظارت و تنظیم رفتار ارائه‌کنندگان و سایر فعالان حوزهٔ سلامت، می‌تواند اثربخشی اعمال حاکمیت و راهبری نظام سلامت را بهبود بخشد.

در نهایت، توانمندسازی مردم و تشویق مشارکت جامعه در ارتقای سلامت از طریق دسترسی بیشتر به اطلاعات و تصویب قوانین مناسب، می‌تواند به افزایش پاسخگویی و خودکنترلی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت کمک کند. همچنان نیاز هست که بیماران از شرایط بهتری برای تصمیم‌گیری در مورد درمان خود برخوردار باشند؛ آن‌ها باید توسط درمانگران از تمامی فرایندهای درمانی آگاه شوند و در سیر تصمیم برای روش درمان مناسب، نقش مؤثری داشته باشند.

برنامه‌ریزی که در این خصوص صورت گرفت مقرر شد برای ارائهٔ خدمات مورد نیاز جمعیت تحت پوشش به‌صورت منسجم و جامع، تیم سلامت متشکل از ارایه‌کنندگان خدمات غیرپزشکی تحت سرپرستی پزشک خانواده فعالیت نمایند. به‌صورت ایده‌آل اعضای تیم سلامت وظایف مدیریت سلامت جامعه، سلامت محیط، سلامت اعضای گروه‌های هدف، درمان‌های سرپایی و پاسخ به نیازهای اورژانس و فوریت‌ها در جمعیت تحت پوشش را به‌عهده دارند. با توجه به تکلیف محوله در قانون برنامه چهارم توسعه، مبنی بر گسترش برنامه در کل کشور و لزوم پوشش مناطق شهری، برنامه‌ریزی برای این امر از سال ۱۳۸۸ آغاز شد و نسخه ۰۱ دستورالعمل برنامه با مشارکت وزارت متبوع، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی و بعضا معاونت راهبردی ریاست جمهوری در سال ۱۳۸۹، تهیه شده و در سه استان چهارمحال و بختیاری، خوزستان و سیستان و بلوچستان به‌اجرا درآمد. نسخه ۰۲ دستورالعمل در سال ۱۳۹۰ تهیه و در سال ۱۳۹۱ برنامه به ۸ استان دیگر گسترش پیدا کرد. در سال ۱۳۹۴ برنامه تأمین و گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت از طریق تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری در قالب نسخه ۰۳ و به‌منظور گسترش برنامه پزشک خانواده به شهرهای ۵۰ تا ۵۰ هزار نفر در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و به‌صورت پایلوت در سه استان مازندران، فارس و آذربایجان شرقی اجرا شد. در حال حاضر بررسی‌ها بر روی انتخاب مدل پزشک خانواده یکی از این استان‌ها برای اجرا در سطح کشور متمرکز شده است.

خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی علاوه‌بر مراکز بهداشتی و درمانی در پایگاه‌های سلامت، کلینیک‌ها، پلی کلینیک‌های عمومی و تخصصی (دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی و…) در مطب‌ها هم توسط پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص و ماماها نیز ارایه می‌شود. اعمال جراحی سرپایی مجاز که بیمار پس از چند ساعت (حداکثر تا ۲۴ساعت) قابل ترخیص است در مراکز جراحی محدود بخش خصوصی و خیریه انجام می‌گیرد. خدمات تشخیصی پاراکلینیک (آزمایشگاهی) در آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی وابسته به بخش دولتی و عمومی، خصوصی و خیریه ارایه می‌شوند. خدمات تصویربرداری (رادیولوژی، اکوکاردیوگرافی، نوار عصب و عضله و…) در واحدهای رادیولوژی وابسته به بخش دولتی و عمومی، خصوصی و خیریه ارایه گردد. خدمات توانبخشی نیز در مراکز توانبخشی وابسته به بخش دولتی و عمومی، خصوصی و خیریه ارایه می‌شوند. رسیدگی به موارد اورژانس و فوریت‌ها توسط پایگاه‌های جاده‌ای هلال احمر و پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ انجام شده و انتقال این موارد به اورژانس بیمارستان‌های دولتی و خصوصی انجام می‌شود. در اورژانس بیمارستان‌ها (دولتی، خصوصی، خیریه،…) خدمات اورژانس ارایه می‌شود که می‌تواند منجر به ترخیص یا بستری شدن بیمار شود. سایر مراکز ارایه مراقبت‌ها در بخش دولتی

عبارت‌اند از :

- پایگاه‌های اورژانس: رسیدگی اولیه و انتقال (در صورت نیاز) موارد اورژانسی و فوریت‌ها انجام می‌دهند؛
- پلی کلینیک شهرستان: ارائهٔ خدمات تخصصی سرپایی (سطح سوم) توسط متخصصین برعهده دارند؛
- بیمارستان عمومی شهرستان، بیمارستان‌های آموزشی تخصصی و فوق تخصصی: ارائهٔ خدمات بستری را به‌عهده دارند؛
- مرکز بهداشت شهرستان، مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان، مرکز آموزش به‌ورزی، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، معاونت آموزشی: هماهنگی، پشتیبانی، نظارت‌بر خدمات ارایه شده در بخش‌های غیر دولتی، آموزش نیروی انسانی و برعهده دارند.

وزارت رفاه، کار و امور اجتماعی

وزارت رفاه در دو مؤلفه حاکمیتی در نظام سلامت و همچنین ارائهٔ خدمات سلامت نقش ایفا می‌کند.

سازمان تأمین اجتماعی یکی از چهار صندوق اصلی بیمه‌های درمان و بازنشستگی بوده که بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت را متقبل شده است. این سازمان که از طریق حمایت‌های بین نسلی و بین سطوح درآمدی جامعه نقش قابل توجهی در انسجام اجتماعی جامعه ایفا می‌نماید؛ برای اجرای وظایف خود دارای تشکیلات مرکزی و واحدها، شعب و نمایندگی‌ها و مراکز درمانی و بیمارستانی، کلینیک، پلی کلینیک و مراکز بستری روزانه در تهران و شهرستان‌ها می‌باشد. ستاد مرکزی سازمان دارای معاونت‌های تخصصی از جمله معاونت درمان است. سازمان تأمین اجتماعی به‌منظور تحقق کامل تعهدات مقرر در آیین‌نامه قانون الزام و نظارت‌بر اجرای آن، موظف شده است، حوزه معاونت امور درمان مشمولین تأمین اجتماعی را در تشکیلات سازمان ایجاد و فردی را به سمت معاون مدیرعامل در امور درمان منصوب نماید. تعهدات درمانی این سازمان به دو صورت انجام می‌گیرد:

۱– ارایه درمان مستقیم که بااستفاده از تمامی امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان؛

۲– ارایه درمان غیرمستقیم از طریق خرید خدمت پزشکان، گروه‌های پزشکی بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی به‌صورت کلینیکی و پاراکلینیکی، داروخانه‌ها و … .

مدیریت درمان استان به‌عنوان بالاترین مقام اجرایی درمان استان،

واحدهای اجرایی تابعه را راهبری و مسئولیت حسن اجرای تمامی امور اجرایی و پیشبرد اهداف و سیاست‌های تعیین شده از سوی سازمان را برعهده دارد.

سایر نهادهای دولتی

سازمان هلال احمر و سازمان پزشکی قانونی دو سازمان مهم دیگر در بخش دولتی هستند. از وظایف عمده سازمان هلال احمر که به امر سلامت مرتبط می‌شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیرمترقبه است. این سازمان وظیفه امداد و نجات در حوادث جاده‌ای برون شهری را نیز به‌عهده دارد. وظیفه امداد و نجات در مناطق شهری به‌عهده سازمان آتش‌نشانی است. ارایه خدمات توانبخشی، اجتماعی و نیز کمک به تهیه دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز مراکز بهداشتی، درمانی و آموزشی با موافقت وزارت بهداشت از دیگر وظایف مرتبط با هلال احمر است.

سازمان پزشکی قانونی کشور نیز به‌عنوان سازمانی تخصصی و مستقل در قوه قضائیه به ارائهٔ خدمات پزشکی قانونی می‌پردازد. ارایه خدمات پزشکی قانونی در راستای کشف حقیقت و کمک به استقرار عدالت در جامعه می‌باشد. براساس آمار سال ۱۳۹۵، این سازمان با نزدیک به ۳۳۶ مرکز به بیش از یک میلیون و ۷۶۰ هزار و ۸۵۳ مراجعه کننده در سطح کشور ارائهٔ خدمت کرده است.

از دیگر سازمان‌های ارایه دهنده خدمت می‌توان به سازمان نیروهای مسلح، وزارت نفت، وزارت آموزش و پرورش، کمیته امداد امام خمینی (ره)، چهار دانشگاهی علوم پزشکی، بنیاد امور ایثارگران و جانبازان و سازمان بهزیستی، اشاره کرد که به‌صورت مستقیم (در مراکز وابسته به این سازمان‌ها) یا غیرمستقیم به افراد تحت پوشش این سازمان‌ها ارائهٔ خدمات می‌کنند.

بازبگران غیردولتی کلیدی بخش سلامت

۱– **سازمان نظام پزشکی**: یک سازمان مستقل حرفه‌ای و در برگیرنده شاغلان حرفه‌های پزشکی است که دارای ۲۱۳ هزار عضو از سراسر کشور است. اعضای این سازمان به‌تفکیک عبارت‌اند از ۷۸ هزار پزشک عمومی ۳۶ هزار پزشک متخصص و فوق تخصص، ۲۴ هزار دندان پزشک عمومی، ۲ هزار دندان پزشک متخصص، ۱۹هزار دکتر داروساز، ۱۲۰۰ دکترای علوم آزمایشگاهی، ۳۵ هزار ماما، ۱۵ هزار عضو گروه‌های پروانه‌دار (شامل فیزیوتراپیست، متخصص تغذیه، بینایی‌سنج، شنوایی‌سنج و…) و ۷۰۰ نفر اتباع خارجی. این سازمان در حال حاضر در ۱۹۶ شهر دارای شعبه است که هر کدام آن‌ها دارای هیئت مدیره منتخب هستند و زیر نظر رییس کل و شورای‌عالی

نظام پزشکی فعالیت می‌کنند. این مشخصات نشان دهنده اهمیت این سازمان در تأثیر بر سیاست‌های سلامت به‌خصوص در مدیریت منابع انسانی است؛

۲– **سازمان نظام پرستاری**: سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، سازمانی مستقل و صنفی بوده که دارای هویت حقوقی است. این سازمان به‌منظور تحقق بخشیدن به اهداف و وظایف مقرر در اساسنامه برای حمایت از منافع صنف پرستاران تشکیل شده است. در حال حاضر بالغ بر ۱۰۰هزار پرستار به‌طور داوطلبانه عضو این سازمان هستند؛

۳– **بخش خصوصی**: بخش خصوصی دارای قدمت دیرینه‌ای در نظام سلامت ایران است. این بخش در ابتدا خدمات خود را به‌صورت " پرداخت به‌ازای خدمت" ارایه می‌کرد، اما با گسترش بیمه‌های اجتماعی، هزینه بخشی از خدمات به مراجعه‌کنندگان را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مکمل (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان بیمه سلامت، کمیتهٔ امداد امام خمینی (ره) و سایر صندوق‌های بیمه) تأمین می‌کند. هر چند که همچنان بخش عمده هزینه‌ها به‌طور مستقیم از مراجعین دریافت شود. عرصه فعالیت این بخش به‌طور عمده خدمات درمان سرپایی، تشخیصی، درمان بستری، توانبخشی و مشاوره است. دریافت‌های این بخش باید در چارچوب تعرفه‌های اعلام شده توسط سازمان نظام پزشکی باشد، اما این موضوع همیشه این‌گونه نیست. تقاضای خدمات درمان سرپایی در مناطق شهری به‌طور عمده به‌وسیله این بخش پاسخ داده می‌شود و بخشی از روستائیان نیز که برای دریافت خدمات به شهر می‌آیند، زیر پوشش این بخش قرار می‌گیرند. با توسعه برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی، وزارت بهداشت اقدام به عقد قرارداد با مطب‌های پزشکان عمومی و پرداخت به آن‌ها به‌صورت سرانه کرده است؛

۴–**بخش خیریه**: بخش خیریه در ایران، به‌طور عمده در عرصهٔ ارایه مستقیم خدمات درمان سرپایی و گاهی خدمات بستری مشارکت دارد. مداخلهٔ این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است. البته تجربه مشارکت بخش خیریه در بیمارستان‌های دولتی نیز وجود دارد.

حاکمیت نظام سلامت

حاکمیت نظام سلامت

حاکمیت نظام سلامت

حاکمیت نظام سلامت

حاکمیت نظام سلامت^۱ حاکمیت یا تضمین خدمت‌گذاری، مهم‌ترین کارکرد نظام سلامت است و چون مسئولیت عملکرد کلی نظام سلامت یک کشور در نهایت برعهده حکومت است، لذا باید اطمینان حاصل شود که حاکمیت در تمام سطوح نظام سلامت جریان دارد تا حداکثر دستیابی به اهداف ارتقای سلامت، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول آحاد جامعه و عادلانه بودن مشارکت در تأمین مالی، ممکن گردد. این کارکرد در رابطه با وزارت بهداشت مطرح می‌شود، یعنی نهادی که باید از سوی دولت، به نظارت کلی و هدایت تلاش‌ها و توسعه اقدامات و سلامت ملی بپردازد. در ادامه به مسایل روز در حاکمیت نظام سلامت پرداخت شده و سپس به اختصار وضعیت حاکمیت به‌تفکیک ابعاد آن توضیح داده می‌شوند.

مسایل روز در حاکمیت نظام سلامت

ایجاد تعادل بین نقش دولت در مقابل نقش بازار، همچنین ارزش و دیدگاه‌های متفاوت در بین ذی‌نفعان کلیدی نظام سلامت از مسایل عمده حاکمیت امروز نظام سلامت است. نظام سلامت ایران، نظامی متکثر با انواع و اقسام ارایه‌کنندگان خدمت و محصولات سلامت است. در سالیان دور، ناتوانی دولت در ارائهٔ خدمات سلامت منجر به افزایش نقش ارایه‌کنندگان خصوصی و خیریه در ارائهٔ خدمت شده و از طرف دیگر اصلاحات صورت گرفته به‌ویژه در مدیریت بیمارستان‌ها مانند نظام خودگرانی در کنار سازوکار ”پرداخت در ازای خدمت“ منجر به گسترش شدید روابط و سازوکارهای بازار و حضور پول در روابط بین ارایه‌کنندگان و بیماران گردید. در عین حال توسعه بازار با سرعتی بسیار بالاتر از توانایی دولت برای کنترل و نظارت کافی بر بازار سلامت صورت گرفت. در نتیجه سازوکارهای نظارتی به‌خوبی و متناسب با نیازها شکل نگرفتند. از پیامدهای دیگر توسعه بازار این بود که حجم قابل توجهی از تبادلات مربوط به ارائهٔ خدمات سلامت در خارج از چارچوب‌های قانونی و اولویت‌های سیاستی دولت شکل گرفت. لذا مسئله اساسی، تعادل بین کنترل دولت بر خدمات بخش خصوصی و تشویق و به‌کارگیری سازوکارهای های بازار و بخش خصوصی برای ارائهٔ خدمات است.

بازیگران اصلی در حاکمیت نظام سلامت ایران از گروه‌های متعددی تشکیل می‌شوند؛ از جمله بخش خصوصی، بیمه‌های عمومی و ارایه‌کنندگان عمومی غیردولتی نظیر سازمان تأمین اجتماعی. حاکمیت خوب نیازمند شراکت قوی بین تمام گروه‌های ذی‌نفع است. حاکمیت خوب همچنین به میزانی که ارزش‌ها و دیدگاه‌های ذینفعان در مدیریت و تنظیم بخش سلامت در نظر گرفته می‌شود، بستگی دارد. آنچه که در عمل مشاهده می‌شود چالش‌های

عدیده، به‌خصوص عدم توافق بر سازوکارها و روابط مالی بین ذی‌نفعان است که در اثر تفاوت در ارزش‌ها و دیدگاه‌های آنان به‌وجود آمده است.

علیرغم چالش‌های فوق، مواد قانونی و اسناد بالادستی با وجود شفافیت به‌صورت‌های متفاوتی تفسیر شده و به‌درستی مبنای عمل قرار نگرفته‌اند. به‌خصوص درمورد بند هفت سیاست‌های کلی سلامت که به ضرورت تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزهٔ سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائهٔ خدمات درمانی مطلوب به مردم تأکید کرده است. به‌علاوه، این بند به محوریت وزارت بهداشت در مدیریت منابع سلامت از طریق بیمه‌ها اشاره می‌نماید.

تولید و استفاده از شواهد^۱

وزارت بهداشت با هدف شناسایی و اصلاح روندهای نامطلوب مانند مقدار غیرقابل قبول پرداخت از جیب، منابع مالی ناکافی نظام سلامت و درصد بالای خانوارهای متأثر از هزینه‌های کمرشکن سلامت و انعکاس این قبیل مشکلات نظام سلامت به سطح افکار عمومی با هدف کسب حمایت سیاسی برای برنامه‌های سلامت نیازمند داده‌ها و اطلاعات کافی و معتبر است. در ادامه ضمن معرفی مراکز تولید دانش، وضعیت تولید و استفاده از شواهد در نظام سلامت ایران بررسی می‌شود.

مؤسسات و مراکز تحقیقاتی

مؤسسات و مراکز متعددی برای جمع‌آوری و اشتراک‌گذاری داده و اطلاعات به‌منظور مدیریت و سیاست‌گذاری بخش سلامت در سطح ملی فعالیت دارند. در ادامه به مهم‌ترین این مؤسسات اشاره می‌شود.

۱– مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران: در بهمن ۱۳۸۷ با در نظر گرفتن نیاز اساسی به شواهد معتبر برای سیاست‌گذاری‌ها در معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، اساسنامه مؤسسه به تصویب شورای گسترش دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی وزارت بهداشت رسید. در ساختار این مؤسسه هم‌اکنون چند گروه پژوهشی به علاوه‌بر دو دبیرخانه دیده‌بانی و واکنش سریع فعال می‌باشند. این مؤسسه مسئول دیده‌بانی برنامه‌های کلی سلامت و تهیه اطلاعات و شواهد ملی مورد نیاز سیاست‌گذاران است که به‌عنوان وظیفه اصلی از طریق طراحی و اجرای

- Governance
- Knowledge Utilization

پیمایش‌های ملی عملیاتی می‌شود. همچنین مؤسسه موظف به در اختیار گذاشتن داده‌های سلامت به سازمان‌های بین‌المللی (با هماهنگی دفتر امور بین‌الملل وزارت بهداشت) است، این مؤسسه وظیفه ارزیابی فنآوری‌های سلامت را هم برعهده دارد که در ادامه اشاره شده است؛

۲– انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی: انستیتوی علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران در تیرماه ۱۳۵۵ به‌منظور توسعه و تمرکز فعالیت‌های تحقیقاتی در امر علوم تغذیه و صنایع غذایی و هماهنگ کردن آن با برنامه‌های پیشرفته جهانی، تنظیم ختمشی لازم و ارایه آن به‌منظور بهبود امر تغذیه، همچنین تعلیم و تربیت کارشناسان در علوم تغذیه و صنایع و بهداشت و بازرسی مواد غذایی براساس قانون تشکیل شد. در سال ۱۳۷۰ اساسنامه آن مورد بازنگری قرار گرفت و نام جدید کنونی انتخاب شد؛

۳– سایر مراکز تحقیقاتی: از بین پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی متعددی که در دانشگاه‌های علوم پزشکی شکل گرفته‌اند، بخشی از آن‌ها به مسایل مرتبط با حاکمیت سلامت می‌پردازند (مانند پژوهشکده آینده‌پژوهی سلامت و یا مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری به‌ترتیب در دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و شیراز). در عین حال مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی (نیماد) که مسؤولیت تأمین مالی و حمایت از پژوهش‌های بزرگ را دارد و سایر مراکز در دانشگاه‌ها که عمدتاً اهداف جامع بالینی و زیست‌پزشکی^۱ دارند نیز بخشی از مطالعه‌های خود را به این زمینه اختصاص می‌دهند.

با توجه به گستره وسیع مضامین سلامت، ذینفعان آن فراوان و متنوع هستند؛ لذا نیاز به اطلاعات این حوزه و تلاش برای تولید آن در حیطه علایق و وظایف بخش‌های متعددی به‌غیر وزارت بهداشت نیز قرار می‌گیرد. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، دانشگاه‌های علوم پزشکی و غیرپزشکی و شبکه‌ها، پژوهشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی وابسته به آن‌ها، پژوهشکده سلامت وزارت نفت، مراکز تحقیقاتی خصوصی و غیر دولتی، محققین منفرد، مرکز آمار ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر (مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی سازمان تأمین اجتماعی، مرکز تحقیقات سلامت سازمان بیمه ایران، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، شورای پژوهشی سازمان بیمه سلامت و…) و بسیاری دیگر از سازمان‌هایی از این دست را می‌توان برشمرد که هم نیازمند اطلاعات سلامت هستند و هم در تولید شواهد دخالت دارند.

استفاده از شواهد^۱

تولید و استفاده از شواهد، در زمان مقتضی و با نگارش مناسب از ابزارهای اصلی حاکمیت نظام سلامت است که می‌تواند با تغییر

- Bio-Medical
- Evidence Based Decision Making

جهت فرایندهای سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌ها از حالت سلیقه‌ای و تجربه نشده، به سمت خرد جمعی و برخوردار از تجارب و ارزیابی مزایا و معایب، شفافیت در عملکرد را به‌دنبال آورد و از این مسیر به تنظیم بهتر روابط میان مسئولان مختلف نظام سلامت کمک نماید. با درک اهمیت و جایگاهی که تولید و استفاده از شواهد در حاکمیت مناسب نظام سلامت دارد، ایران در سال‌های اخیر گام‌هایی را برای تقویت ظرفیت تولید شواهد و ترویج استفاده از آن برای اهداف سیاست‌گذاری و نظارت‌بر اجرای سیاست‌ها برداشته است. نتیجه این تلاش‌ها اگرچه توانسته رشد کمی تولید شواهد را به‌همراه داشته باشد، اما آن‌گونه که بررسی‌ها نشان می‌دهد همچنان کیفیت نامطلوب در تولید شواهد و مهم‌تر از آن عدم استفاده یا نقص در استفاده بهینه و به‌موقع از شواهد یکی از چالش‌های اصلی حاکمیت نظام سلامت ایران است.

در حال حاضر داده‌های جاری، پیماش‌های دوره‌ای و یافته‌های مطالعات تحقیقاتی منابع مهم و اصلی تولید شواهد در نظام سلامت ایران است. داده‌های جاری از طریق نظام‌های مختلف اطلاعات سلامت موجود مانند سامانه پرونده الکترونیکی خدمات سلامت (سپاس) در بیمارستان‌ها، سامانه اطلاعات بیمارستانی در تقریباً تمام بیمارستان‌ها، سامانه بایگانی و مخابره تصاویر پزشکی در ۷ درصد بیمارستان‌ها، شبکه ملی سلامت با پوشش ۱۲ درصدی مراکز بهداشتی و درمانی دولتی، پرونده الکترونیکی سلامت یکپارچه با قابلیت رؤیت سوابق پزشکی و سلامتی افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در ۵۳ دانشگاه علوم پزشکی و ۵۲ استان و سامانه خدمات سلامت ایرانیان برای پوشش فرآیندهای پزشک خانواده در فضای مجازی تولید می‌شود. مطالعه‌های ملی انجام شده متناسب با مطالعات پیشنهاد شده در تقویم پیمایش‌های ملی نیز دومین منبع تولید شواهد هستند. سومین منبع نیز از طریق مطالعات مختلفی که در مراکز تولید دانش (دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و مؤسسات تحقیقاتی) انجام می‌شود به‌دست می‌آید.

این منابع اگر چه توانسته‌اند از نظر کمی تعداد شواهد در دسترس برای اهداف حاکمیتی را افزایش دهند، ولی به‌دلیل موزای‌کاری‌ها و عدم توجه به اصل یکپارچگی و تعامل در جمع‌آوری داده‌ها عموماً به‌صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند و قادر نیستند به‌صورت منطقی و هماهنگ، به‌عنوان یک ابزار پشتیبان برای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری به یاری متولی سلامت بیایند. این جزیره‌ای عمل کردن منابع تولید داده همچنین می‌تواند کیفیت و زمان دسترسی به شواهد را نیز متأثر سازد و نیاز برای رفع همپوشانی‌ها و مغایرت‌ها مانعی جدی برای تولید شواهد به‌هنگام و با کیفیت شود. چالش بعدی تولید شواهد برای اهداف حاکمیتی، فقر شواهد در برخی

^[1] موسسه ملی تحقیقات سلامت / ۴۱

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

حوزه‌ها و حیطه‌های عملکردی نظام سلامت است. به‌عنوان نمونه می‌توان به کمبود جدی شواهد در حیطه فعالیت بخش خصوصی اشاره کرد که علیرغم وجود منابع فوق تولید داده‌ها، اطلاعات ناقص و غیرقابل استنادی از فعالیت این بخش در اختیار است که نمی‌تواند برای سیاست‌گذاری و نظارت‌بر فعالیت مورد استفاده متولی سلامت قرار گیرد.

فرای چالش‌های مربوط به تولید شواهد، مشکل جدی‌تری در نظام حاکمیت سلامت ایران به وجود شکاف قابل‌توجه بین تولید و استفاده از شواهد برمی‌گردد. شواهد موجود نشان می‌دهد ویژگی‌های تصمیم‌گیران سلامت (مانند دانش و بینش ناکافی نسبت به جایگاه

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

تعیین محتوای بسته‌های خدمات پایه^۱ از طریق ارزیابی فناوری سلامت^۲ و راهنماهای بالینی^۳

در ایران انجام مطالعات ارزیابی فناوری‌های سلامت به‌صورتی نظام‌مند و در قالب برنامه کشوری استقرار نظام ارزیابی فناوری سلامت از سال ۱۳۸۷ آغاز شد. برای انجام این مطالعات مقرر گردید اداره ارزیابی فناوری سلامت در اداره کل ارزیابی فناوری، استاندارد و تعرفه سلامت حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت و ادارات مشابه در معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر شده و مدیریت این موضوعات را با تعامل اعضای هیئت علمی در سطح کشور برعهده بگیرند. در فرایند ترسیم شده، تقاضا برای انجام ارزیابی فناوری سلامت از حوزه‌های دارو، تجهیزات، کمیسیون ماده ۲۰ وزارت بهداشت و همچنین دبیرخانه شورای‌عالی بیمه و نیز به‌ندرت شرکت‌های خصوصی دریافت و پس از سفارش انجام کار توسط مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت نتایج برای متقاضیان و مدیران ارشد وزارت متبوع ارسال می‌شود. در قالب این ساختار بیش از ۱۰۰ پروژه ارزیابی فناوری سلامت در زمینه دارو، تجهیزات پزشکی و روش‌های درمانی اجرا شده یا در دست انجام است. اگرچه اجرای این فرایند توانست ایران را به یکی از کشورهای پیشرو منطقه در زمینه مطالعات ارزیابی فناروی سلامت تبدیل کند، اما در این زمینه چالش‌های اصلی وجود دارد. نخست اینکه در سال‌های اخیر سازمان غذا و دارو و اداره کل تجهیزات و دبیرخانه شورای‌عالی بیمه و نیز برخی سازمان‌های بیمه‌گر تلاش کرده‌اند واحدهای جداگانه ارزیابی فناوری سلامت را راه اندازی نمایند و کار ارزیابی را خود به‌عهده بگیرند که این اشکالات فراوانی را ایجاد و پراکندگی و داشتن تضاد منافع در حوزه تولید و نیز کیفیت پروژه‌ها

^[1] Basic Benefit Package

^[2] Health Technology Assessment

^[3] Clinical Guidelines

استفاده از شواهد، اعتماد کم به شواهد بومی تولید شده و …)، ویژگی‌های نظام تصمیم‌گیری و ویژگی‌های نظام پژوهشی (نبود مکانیزم منظم نیازسنجی پژوهشی، محدودیت‌های مالی و ارتباط کم بین تولیدکننده و استفاده‌کننده از شواهد) از مهم‌ترین دلایل ایجاد این شکاف هستند. توجه عمیق‌تر به این موانع نشان‌دهنده رابطه دوسویه تعاملی بین استفاده از شواهد و حاکمیت نظام سلامت است. بدین‌معنا که برای بهبود حاکمیت لازم است مداخلاتی در جهت تقویت استفاده از شواهد اجرایی کرد، ولی در عین حال نیز برای نتیجه‌دهی این اقدامات به بهبود حاکمیت در ابعاد دیگر و به‌ویژه در موضوع هماهنگی بین‌بخشی نیز توجه داشت.

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

به‌دنبال داشته است. موضوع مهم دیگر به ناهماهنگی بین سازمان‌های مرتبط در زمینه صدور مجوز برای به‌کارگیری فناوری‌های سلامت مربوط می‌شود که در این زمینه جلب حمایت و ایجاد هماهنگی درون بخشی از ضروریات است. چالش جدی دیگر در زمینه مطالعات ارزیابی فناوری سلامت موضوع به‌کارگیری نتایج این مطالعات است که متأسفانه به‌دلیل ناکافی بودن سازوکارها برای التزام به استفاده از نتایج مطالعات و اتخاذ تصمیم‌ها با توجه به شواهد تولید شده در این زمینه، چندان جدی گرفته نمی‌شود و مانعی برای ترویج سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در ایران است. نبود حمایت مناسب برای تأمین منابع مالی ارزیابی فناوری سلامت از دیگر چالش‌های موجود در این زمینه است. زیرا با توجه به افزایش رو به‌رشد فناوری‌های سلامت، تأمین این منابع از جایگاه دولتی به‌منظور پیشگیری از ایجاد تضاد منافع الزامی است. برای مثال در خصوص تأمین منابع این طرح‌ها با توجه به اینکه در خصوص فناوری‌های دارو و تجهیزات پزشکی پنج درصد حق کارشناسی از واردکنندگان فناوری به کشور به‌منظور واریز به خزانه دولت اخذ می‌شود، می‌توان با ایجاد چرخه قانونی مشکل تأمین منابع مالی را حل کرد.

معضل مشابهی نیز در خصوص راهنماها و پروتکل‌های بالینی مشاهده می‌شود. به‌نحوی که علیرغم تهیه و انتشار حدود ۲۰۰ راهنمای بالینی متأسفانه شواهدی دال بر استفاده از آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های بالینی مشاهده نمی‌شود و به‌همین دلیل گام بعدی در خصوص راهنماهای بالینی راه‌اندازی نظام ارزیابی و بازخورد می‌باشد که می‌توان بعد از آن امیدوار بود این راهنماها به‌کار گرفته شود.

سیاست‌گذاری^۱

سیر جریان سیاست‌گذاری، تاریخچه‌ای پیچیده و بسیار متنوع دارد. تدوین سیاست‌های سلامت و اجرای آن‌ها به‌طور سنتی از طریق تدوین و ابلاغ بخشنامه‌ها و آیین‌نامه‌های مختلفی صورت می‌گیرد که به‌طور معمول توسط ادارات تخصصی هر یک از معاونت‌های تابعه وزارت بهداشت تهیه و تدوین می‌شود. همچنین تبدیل سیاست‌های کلی به سیاست‌های جزئی نیز توسط وزارت بهداشت صورت می‌گیرد. نظام سیاست‌گذاری صرفاً از نظر شکلی در سه دسته زیر قابل تقسیم‌بندی است:

- شوراها و دبیرخانه‌های بین‌بخشی سلامت؛
- شوراها و دبیرخانه‌های بخش سلامت (درون سازمانی)؛
- شوراها و دبیرخانه‌های استانی سلامت.

در ادامه به توضیح شوراهای مذکور پرداخته می‌شود.

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور: براساس بند الف ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه، فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که در بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه تشکیل شده بود به‌عنوان احکام دائمی در برنامه ششم ادامه یافته است. در آیین‌نامه اجرایی مصوب آبان ماه ۱۳۹۰ هیئت وزیران، این شورا به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم، به‌عنوان مرجع اصلی سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در خصوص سلامت و امنیت غذایی تشکیل شده است. دبیرخانه این شورا در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت مستقر می‌باشد.

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این شورا به‌تنهایی در سه دهه گذشته مرجع تصمیم‌گیری‌های مهم سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزیابی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است که با حضور وزیر، معاونین و رؤسای سازمان‌های تابعه و مشاورین (حسب مورد) با حق رأی و مدعوین (حسب مورد) به‌عنوان ناظر تشکیل جلسه داده‌اند. آیین‌نامه شورای معاونین در ۱۱ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۷۶/۹/۲۶ در جلسه شماره ۱۱۷ شورای معاونین به‌تصویب رسیده است. مصوبات این شورا صرفاً با حضور وزیر بهداشت، تأیید و ابلاغ ایشان جنبه قانونی پیدا می‌کند.

یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان در یک بیمارستان

مراکز تصمیم‌گیری در معاونت‌های تابعه وزارتخانه: در سال ۱۳۸۶ بیش از ۱۰۰ کمیته، شورا و کمیسیون در وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی وجود داشت. با اینکه این کانون‌ها یک فرصت برای جلب مشارکت نخبگان و مدیران با سابقه در حوزه وزارت بهداشت محسوب می‌شود، چنان‌که ارتباطات افقی و عمودی این شوراها با سایر مراجع تصمیم‌گیری بخشی و بین‌بخشی مشخص نگردد، همپوشانی‌ها و دوباره کاری‌هایی را در پی خواهد داشت.

برخی از کانون‌های تصمیم‌گیری مهم و مرجع که مصوبات آن‌ها برای واحدهای تابعه لازم‌الاجرا می‌باشند، به‌شرح زیر هستند:

- شورای گسترش، نظارت و ارزشیابی دانشگاه‌ها؛
- شورای آموزش پزشکی و تخصصی؛
- شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی؛
- شورای تحول اداری؛
- کمیسیون انجمن‌های علمی تخصصی علوم پزشکی.

تنظیم قوانین و مقررات برای نظام سلامت^۲

تنظیم قوانین و مقررات لازم در حوزهٔ سلامت، از وظایف اساسی دولت‌هاست. در این مسیر و برای تولید مطلوب، وزارت بهداشت نیازمند تعیین مقررات و اطمینان یافتن از پایبندی به آن‌ها از سوی تمام بازیگران و ذی‌نفعان حوزه سلامت است. تنظیم قوانین و مقررات، شامل تدوین سیاست برای حاکمیت و کنترل رفتار تمامی نقش‌آفرینان در نظام سلامت (دولتی، خصوصی، عمومی، خیریه، تعاونی و …) و همچنین اطمینان از پایبندی به آن‌هاست.

بدون درک صحیح از آنچه در کل نظام سلامت روی می‌دهد، غیرممکن است وزارت بهداشت بتواند راهبردهایی را برای تأثیر بر رفتار گروه‌های مختلف دخیل به‌گونه‌ای فراهم نماید که از اهداف کلی سیاست‌های سلامت پشتیبانی کند یا حداقل در تعارض با آن‌ها نباشد. سیاست‌های دقیق سلامت باید دارای چشم‌اندازی برای آینده باشد که به‌نوبه خود در تعیین الگو و شاخص‌های ایده‌آل برای کوتاه و بلند مدت، کمک نماید. در این سیاست‌ها باید اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار از هر گروه مشخص و منجر به توافق و اجماع برای رسیدن به اهداف سلامت شود. در ادامه قوانین تنظیمی حوزه سلامت ارایه می‌شود.

قواعد تنظیمی برای بیمه‌های سلامت: تولید بیمه‌های درمانی به‌منظور تنظیم نظام تأمین منابع مالی، تخصیص منابع و پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات، ضروری و از اجزای بسیار مهم نظام سلامت می‌باشد. در ایران این نقش برعهده شورای‌عالی بیمه سلامت قرار گرفته است. این شورا وظایف متعددی دارد که از طریق اجرای آن‌ها بر چهار صندوق عمده بیمه‌های پایه سلامت یعنی سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته

^[1] Regulation

امداد امام خمینی (ره) و بیمه نیروهای مسلح نظارت می‌کند. شورای‌عالی بیمه سلامت وظیفه تصویب سیاست‌ها و خط مشی‌های کلی و واحد برای این صندوق‌ها نیز را برعهده دارد. همچنین این شورا مسئول تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌های حوزهٔ بیمه سلامت در جهت مدیریت و کنترل هزینه‌های سلامت، ارتقای عملکرد ارابه‌کنندگان خدمات سلامت و افزایش بهره‌وری و کیفیت ارائه این خدمات می‌باشد. از دیگر وظایف این شورا می‌توان به بازنگری سالانه ارزش نسبی خدمات و تعیین تعرفه خدمات سلامت، تایید فهرست و سطح خدمات مشمول بیمهٔ پایه و مکمل، بررسی و تایید سهم دولت، کارفرما و خانوارها از حق بیمه سلامت اشاره کرد. همانطور که پیش‌تر گفته شد این وظیفه در حال حاضر بعد از تصویب برنامه ششم برعهده وزارت بهداشت گذاشته شده است. سابقه تشکیل شورای‌عالی بیمه سلامت به سال ۱۳۷۳

برمی‌گردد. در این سال به استناد ماده ۲ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، به‌منظور توسعه و تممیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی، نظارت و ارزشیابی کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی، شورایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با نام شورای‌عالی بیمه خدمات درمانی تشکیل شد. ترکیب این شورا به استناد ماده ۳ همین قانون عبارت بود از وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (به‌عنوان رئیس شورا)، وزیر کار و امور اجتماعی وقت، وزیر امور اقتصادی و دارایی، رئیس سازمان برنامه و بودجه وقت، دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور، رئیس کل سازمان نظام پزشکی، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی، مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی وقت، مدیر عامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)، معاون امور درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (که حق رأی نداشت) و دو نفر از نمایندگان کمیسیون‌های ”بهداری و بهزیستی“ و ”برنامه و بودجه“ وقت مجلس شورای اسلامی (به‌عنوان ناظر). دبیرخانه این شورا در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود و دبیر آن نیز معاون درمان این، وزارتخانه تعیین شد. در سال ۱۳۸۳ پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، به استناد تبصره ۲ ماده ۱۷ این قانون، ریاست شورای‌عالی بیمه خدمات درمانی از وزیر بهداشت سلب و به وزیر کار و امور اجتماعی تفویض گردید. دبیرخانه آن نیز به وزارت کار و امور اجتماعی منتقل گردید. تغییر نام این شورا از شورای‌عالی بیمه خدمات درمانی به شورای‌عالی بیمه سلامت به استناد تبصره ۳ بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۹۰ اتفاق افتاد. قرار بود همزمان با این تغییر نام، ترکیب اعضا، وظایف و مسؤولیت‌های جدید شورا با تایید هیأت دولت به مجلس پیشنهاد شود. متن این پیشنهاد تحت عنوان لایحه ترکیب اعضا و شرح وظایف شورای‌عالی بیمه سلامت در سال ۱۳۹۱ توسط دولت به مجلس شورای اسلامی ارائه شد. ولی مراحل بعدی تصویب نهایی این لایحه دنبال نشد. بر این اساس و با توجه به‌برخی تغییرات ساختاری (تشکیل وزرات تعاون ،کار و رفاه اجتماعی)، در حال حاضر شورای‌عالی بیمه سلامت با ترکیب وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی (رییس شورای‌عالی)، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزیر امور اقتصادی و

دارایی، معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، رئیس کل سازمان نظام پزشکی، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی، مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران، مدیر عامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره)، معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (به‌عنوان دبیر) و دو نفر از نمایندگان کمیسیون‌های ”بهداشت و درمان“ و ”برنامه و بودجه و محاسبات“ مجلس شوراى اسلامى فعالیت دارد. دبیرخانه آن نیز همچنان در وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی مستقر است. در سال ۱۳۹۵، پیشنهاد انتقال دبیرخانه شورای‌عالی بیمه به وزارت بهداشت مطرح شد و هم‌اکنون ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کند.

با وجود اینکه سازمان‌های بیمه‌ای متعهد به اجرای سیاست‌های واحد بیمه‌ای شده‌اند، ولی در عمل رویه‌های متفاوت سازمان‌ها در طرح‌ها و برنامه‌ها، بسته خدمات پایه و غیره موجب بروز بی‌عدالتی و ناکارآمدی در نظام بیمه‌ای شده است. در واقع سیاست‌های بیمه‌ای واحد مورد توافق قرار گرفته، ولی در عمل اجرا نشده است. گزارش‌های اخیر نمایندگان سازمان جهانی بهداشت نیز حاکی از آن است که یکی از مسایل کلیدی و مهم پیش‌روی نظام سلامت ایران، بحث تولید و مدیریت بیمه‌های سلامت می‌باشد. این امر با انتقال بیمه سلامت ایران و عدم انتقال دبیرخانه شورای‌عالی بیمه به وزارت بهداشت احتمالاً پیچیده‌تر نیز شده است.

قواعد تنظیمی برای ارائهٔ خدمات: یکی از ابزارهای اعمال حاکمیت در ارائهٔ خدمات سلامت، ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. ارزشیابی بیمارستان‌ها تا سال ۱۳۹۰ براساس فرم‌های ارزیابی که در سال ۱۳۷۶ ابلاغ شده بودند صورت می‌گرفت و گرچه طی این سال‌ها تلاش‌هایی در راستای بهبود این فرم‌ها صورت گرفت، اما با توجه به سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت، برنامه‌های توسعه کشور و نقشه راه سلامت، که وزارت بهداشت را به‌عنوان متولی سلامت، مکلف به ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت می‌نمودند، بازنگری این فرم‌ها ضرورتی انکارناپذیر به‌شمار می‌رفت. در سال ۱۳۹۶ نسخه جدید اعتباربخشی با تعداد شاخص‌های متفاوت و کمتر، ابلاغ گردید که در حال حاضر ارزشیابی همه مراکز بر مبنای این کتاب می‌باشد. به‌نظر می‌رسد ارکان اصلی ارائهٔ خدمت یعنی ارتقای مستمر کیفیت، رعایت ایمنی بیمار و کارکنان و تبعیت از استانداردهای مشخص همچنان بخش حل نشده پازل تنظیم ارائهٔ خدمت است. در راستای ارتقای این ارکان اساسی ارائهٔ خدمت، ایجاد سازمانی مستقل برای اعتباربخشی و ارزشیابی ارائهٔ خدمت و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی ضروری است که این همه هم‌اکنون در دستور کار وزارت متبوع می‌باشد.

قواعد تنظیمی برای دارو: با توجه به نقش اساسی دارو در چرخه نظام سلامت، قواعد تنظیمی متعددی ناظر بر فرایندهای این حوزه بوده که اهداف اصلی آن‌ها تضمین فراهمی، دسترسی، کیفیت، اثربخشی، تجویز و مصرف منطقی و قابل خرید بودن دارو می‌باشد. مجموعه قواعد تنظیمی در سندی تحت

عنوان سند ملی سیاست‌های دارویی که آخرین ویرایش آن در زمستان سال ۱۳۹۵ منتشر گشت، جمع‌آوری شده است. این قواعد شامل موارد زیر است:

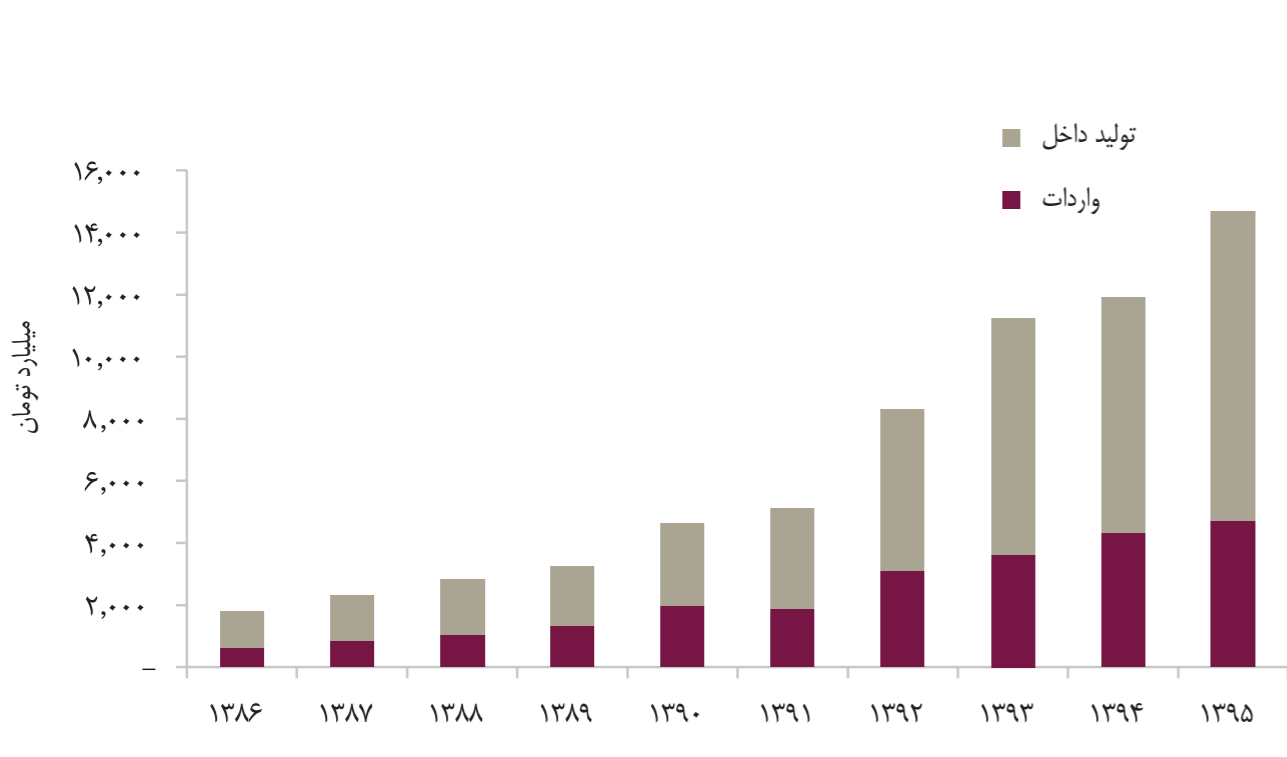
۱– فراهمی و در دسترس بودن دارو: براساس سند ملی سیاست‌های دارویی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با تدوین ساختار مناسب تشکیلاتی، امکان دسترسی کافی و به‌موقع فهرست داروهای ایران را در تمام نقاط کشور تضمین نماید. مسئولیت تدوین و پایش فهرست دارویی برعهده ”شورای بررسی و تدوین داروهای ایران“ بوده که در این راستا هر نوع دارو قبل از تولید و یا ورود به بازار دارویی باید پس از ارزیابی و بررسی در این شورا در فهرست ثبت شود. برنامه ششم توسعه، تدوین و انتشار فهرست دارویی را در فواصل حداکثر هر سه ماه یک‌بار الزامی اعلام کرده است. همچنین، براساس این قانون تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب شده و متخلف با توجه به‌شدت و ضعف عمل ارتكابی، تعدد و تکرار آن، محکوم می‌شود.

۲– انتخاب داروها و فهرست دارویی ایران: شورای بررسی و تدوین داروهای ایران که از سال ۱۳۵۹ فعالیت خود را آغاز کرده است، به‌منظور بررسی و تصویب داروهای مجاز و قابل عرضه در ایران و به ریاست سازمان غذا و دارو تشکیل می‌شود. شورا موظف به بررسی اثربخشی، کارآیی، ایمنی داروها و اظهار نظر در مورد شاخص‌های دسترسی و قابلیت خرید داروها

می‌باشد. ثبت، تولید و واردات دارو منوط به موافقت این شورا است. تشکیل و تثبیت جایگاه کمیته اقتصاد دارو در کنار ۱۸ کمیته تخصصی دیگر در شورای بررسی و تدوین را می‌توان از نقاط عطف در عملکرد این شورا دانست که موجب توجه به هزینه-اثربخشی داروها گردید.

۳– تأمین منابع مالی هزینه‌های دارویی: بخشی از منابع مالی برای هزینه‌های دارویی توسط یارانه دولتی، سازمان‌های بیمه تأمین اجتماعی و بیمه سلامت تأمین و مابقی منابع مالی لازم نیز به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب توسط مردم تأمین می‌شود. اغلب بیمه‌های تکمیلی هزینه‌های مربوط به داروها را تقبل نمی‌کنند. یارانه دولتی دارویی عمدتاً به داروهای مورد استفاده در بیماری‌های خاص شامل بیماران پیوندی، هموفیلی، تالاسمی، دیابت و برخی از بیماری‌های صعب‌العلاج تعلق می‌گیرد. مبلغ یارانه دارویی طی سال‌های منتهی به طرح تحول سلامت در حدود ۱۵۰۰ میلیارد تومان در سال ۱۳۹۵ بوده است.

بخش دیگری از هزینه‌های دارویی توسط سازمان‌های بیمه تأمین اجتماعی و بیمه سلامت پوشش داده می‌شود و این در حالی است که شرکت‌های دارویی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی (تی‌پی‌کو) بیش از ۴۰ درصد از حجم ارزشی بازار دارویی را به‌خود اختصاص می‌دهند. در نتیجه عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر در خرید دارو به‌دلیل نقش دوگانه خریدار– فروشنده عملاً، عملکردی غیرفعال



نمودار ۱-۲. ارزش بازار دارویی کشور و سهم واردات و تولید داخل، طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵

بوده و لیست داروهای تحت پوشش بیمه، براساس توانایی‌های مالی این سازمان‌ها و با استفاده از مطالعات و ارزیابی‌های اقتصاد دارویی تدوین نگردیده است. افزایش سالیانه بودجه درخواستی از دولت و نامشخص بودن نظام پرداخت‌های بیمارستانی ازچالش‌های مهم سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. طی سال‌های منتهی به طرح تحول نظام سلامت به‌دلایل فوق و نیز به‌علت مداخلات سیاسی وسیعی که در سازمان تأمین اجتماعی صورت گرفت، میزان پرداخت از جیب هزینه‌های دارویی توسط مردم تا ۷۵ درصد و نرخ هزینه‌های کمرشکن درمانی در بیماران صعب‌العلاج به‌طور چشم‌گیری افزایش داشته است. سازمان غذا و دارو در راستای ایجاد شفافیت در عملکرد نظارتی خود بر بخش دارو، انتقال یارانه‌های دارویی از وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌گر را در دستور کار خود قرار داده و بر اجرای این مهم تأکید دارد.

۴- برنامه‌ریزی و تأمین: سازمان غذا و دارو، با ایجاد بانک‌های اطلاعاتی و انجام هماهنگی بین بخش‌های مختلف تأمین‌کننده (شرکت‌های وارد کننده/ تولید کننده/ پخش کننده) و نظارتی (ادارات تابعه اداره کل دارو) در راستای تنظیم بازار دارویی فعالیت می‌نماید. براساس وضعیت مصرف هر دارو در سال جاری و با در نظر گرفتن میزان تخمینی افزایش مصرف در سال آینده، مقادیر مورد نیاز برای تولید و واردات پیش‌بینی و در جلسات بازخوانی با شرکت‌های تأمین‌کننده (که بر حسب شرایط و در فواصل زمانی از قیل تعیین شده برگزار می‌شود) طرح می‌گردد.

ارزش بازار دارویی در سال ۱۳۹۰ حدود ۱۴٫۰۰۰ میلیارد تومان بوده است که به لحاظ ارزشی ۷۶ درصد آن در داخل کشور تولید شده است. از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ ارزش بازار دارویی بیش از ۷ برابر شده است. در نمودار ۲–۱ ارایه شده است.

تمرکز و تمرکززدایی

تحلیل وضعیت سلامت نشان‌دهنده توزیع متفاوت وضعیت سلامت و تفاوت در چالش‌های مدیریت و ارائهٔ خدمات سلامت است. شاخص‌های سلامت جمعیت نشان دهنده نابرابری در برخورداری از سطح سلامت است. از طرف دیگر وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت به‌دلیل تفاوت‌های موجود در دسترسی فیزیکی، زمانی و مالی به خدمات سلامت دارای وضعیت متفاوتی است. لذا تمرکززدایی حوزه تصمیم‌گیری به یک ضرورت تبدیل شده و از سالیان قبل مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گرفته است. بدین منظور اختیارات گسترده‌ای در اتخاذ تصمیمات لازم برای ارائهٔ خدمات به دانشگاه‌های علوم پزشکی اعطا شده است. همچنین طی سال‌های گذشته، تمرکززدایی قابل توجهی در تصمیم‌گیری‌های مالی در نظام سلامت صورت گرفته است. در زیر برخی از اقدامات صورت گرفته در زمینه تمرکززدایی بحث شده است.

آمایش سرزمینی در سلامت: در راستای انجام تکالیف قانونی و به‌منظور ارتقای بهره‌وری، توزیع عادلانه منابع، ایجاد فرصت‌های برابر، جلوگیری از تکرار

1 . Decentralization and Centralization

- فعالیت‌های مشابه، استفاده از مزیت‌های منطقه‌ای و تمرکززدایی، طرح آمایش سرزمین آموزش عالی سلامت توسط وزارت بهداشت طراحی و به شورای‌عالی انقلاب فرهنگی ارایه شد و با توجه به اینکه این شیوه، روند جامعی از برنامه‌ریزی منطقه‌ای را ارایه می‌کند، انتظار می‌رود مجموعه‌ای از اثرات و نتایج عملکردی مثبت و کارا در پی داشته باشد. براساس این طرح نظام آموزش عالی سلامت کشور از نظر آمایش سرزمینی به ۱۰ کلان، منطقه به‌شرح زیر تقسیم می‌شود:
- منطقه یک: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی گیلان، مازندران، بابل، گلستان، سمنان و شاهرود؛
- منطقه دو: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، ارومیه، اردبیل و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه سه: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمانشاه، همدان، کردستان و ایلام؛
- منطقه چهار: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی اهواز، لرستان، دزفول و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه پنج:شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، چهرم،فسا،بندرعباس، بوشهر، یاسوج و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه شش: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم، البرز و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه هفت: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان، یزد، کاشان و شهرکرد؛
- منطقه هشت:شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان،زاهدان،رفسنجان، جیرفت، زابل، بم و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه نه:شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، بیرجند،بجنورد،سبزوار، گناباد، تربت‌حیدریه و دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه؛
- منطقه ده: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی،ایران، بقیه‌ا… (عج)، شاهد، ارتش و بهزیستی و توانبخشی.

تمرکز زدایی در ارائهٔ خدمات سلامت:تمرکززدایی ساختاری یا سازمانی از طریق تفویض اختیار برنامه‌ریزی وارایه مراقبت‌هادر سطوح استانی به‌دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گرفته است. با این شیوه، ارایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با هدف تحقق عدالت در دسترسی و تأمین منابع مالی سلامت از منابع عمومی براساس اولویت‌های ملی و استانی صورت می‌گیرد. از طریق این نوع تمرکززدایی، دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمان کوتاه‌تری نیازهای محلی را شناسایی نموده و با اتخاذ برنامه و روش‌های اجرایی به برآورده کردن آن‌ها می‌پردازند. لذا دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق مختلف برنامه‌های متفاوتی در پاسخ به نیازهای محلی در پیش گرفته‌اند. برنامه‌های مراقبت خاص مالاریا در مناطق جنوبی کشور یا برنامه ثبت سرطان‌های دستگاه گوارش در مناطق شمالی کشور نمونه‌هایی از برنامه‌های متفاوت است که به واسطه تمرکززدایی ارایه مراقبت‌های سلامت تسهیل شده‌اند.

هیئت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی: تشکیل هیئت امنای دانشگاه‌ها با محوریت عدم تمرکز در تأمین منابع مالی و هزینه

کارکرد دانشگاه‌ها صورت گرفته است. هیئت امنای دارای اختیارات قابل توجهی در تعیین سازمان اداری مؤسسه، بودجه (حساب‌ها و ترازنامه سالانه، نحوه وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن، تعیین حسابرس و خزانه‌دار)، جلب کمک‌های بخش خصوصی و عوائد محلی می‌باشد. همچنین با تشکیل هیئت امنای پرداخت به نیروی‌انسانی و جذب نیروی‌انسانی براساس ضوابط و مقرراتی که می‌تواند متناسب با نیازهای محلی باشد، صورت می‌گیرد.

خودگردانی بیمارستان‌ها: روش خودگردانی بیمارستان‌ها یک ابتکار بین‌المللی برای ارتقای کارایی در نظام بیمارستانی کشورهای درحال توسعه بود که به‌طور ناقص و تنها بخش مالی آن و روش پرداخت به نیروی انسانی در ایران اجرایی شد. در این روش بیمارستان‌ها بایستی به واحدهای اقتصادی خودگردانی تبدیل می‌شدند که بخش عمده هزینه‌های خود را از منابع درآمدی بیمارستان تأمین می‌کردند. لذا بیمارستان‌های دولتی مجبور به دریافت هزینه در ازای خدمت و در نتیجه ارتباط مالی مستقیم با بیماران شدند. در حالی که می‌بایست ابتدا با توسعه نظام بیمه همگانی امکان خرید خدمات برای احاد جامعه فارغ از سطح درآمد فراهم می‌شد. لذا با پیش‌بینی نشدن تأمین مالی خدمات برای افراد فاقد بیمه، دسترسی عادلانه و تسهیل شده به مراقبت‌های سلامت برای بخش بسیار قابل توجهی از جمعیت غیرممکن گردید. این چالش در سال‌های بعد با ایجاد بیمه خدمات بستری و سپس با توسعه پوشش همگانی بیمه‌های پایه تا حدودی مرتفع شد. اما نظام پرداخت در ازای خدمت که در اثر رفرم خودگرانی بیمارستان‌ها اتخاذ گردید، همچنان در نظام سلامت ایران برقرار بوده و مسئول ناکارایی و گاهی تقاضای القایی خدمات سلامت است.

بیمارستان‌های هیئت امنایی: در راستای بهبود عملکرد بیمارستان‌های دولتی، نحوه مدیریت تعدادی از بیمارستان‌ها به مدیریت توسط هیئت امنای تغییر یافت. این نوع از مدیریت در راستای اجرای بند ”د“ ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و به‌منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری، سرعت در ارائهٔ خدمات و در نهایت افزایش رضایتمندی آحاد جامعه طراحی شده است. بیمارستان‌های هیئت امنایی با بکارگیری استراتژی‌های مدیریت عملکرد کارکنان، بودجه‌ریزی عملیاتی، کاهش تصدی خدمات، مدیریت نگاه‌داشت، استقرار نظام جامع اطلاعات و حاکمیت بالینی، نظام جامع مدیریت بیمارستانی با دستورالعملی که توسط وزارت بهداشت تهیه شده است، اداره می‌شود. این طرح با وجود تصویب هنوز در تعداد بسیار اندکی از بیمارستان‌ها اجرایی شده است . بیمارستان‌های هیئت امنایی نیازمند تغییرات بنیادین در ماهیت تصمیم‌گیری موارد کلیدی مانند مدیریت استراتژیک (شناسایی و پاسخگویی به نیازهای محلی توسط

راه اندازی خدمات جدید)، مدیریت منابع انسانی (شامل جذب، تعدیل و اخراج) و خریدها است که در عمل تفویض چنین اختیاراتی در کوتاه مدت و با عوامل زمینه‌ای سیاستی و اداری کشور امکان پذیر نیست. از طرف دیگر در این نوع از مدیریت، نیاز مبرمی به مدیران عملیاتی با تجربه و کارآمد است که در حال حاضر به تعداد انگشت شماری در نظام سلامت کشور وجود دارند. همچنین اجرای این برنامه نیازمند بازکردن درهای بیمارستان‌ها به روی مدیران کارآمد از بخش خصوصی و سایر بخش‌های اقتصادی است که با وضعیت قوانین و مقررات فعلی جذب نیروی انسانی در وزارت بهداشت، امکان آن فراهم نیست.

برنامه‌ریزی

برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: برنامه‌های توسعه، اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه را تعیین کرده و هر سازمان دولتی به‌عنوان بخشی از سازمان وسیع اجرایی، رسیدن به بخشی از این اهداف را به عهده دارد. برنامه‌های توسعه به‌طور معمول براساس سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و با استفاده از دانش و تجربه‌کارشناسان، مدیران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی و صاحبنظران مراکز علمی و تحقیقاتی تنظیم می‌شود که بسیاری از مسایل مهم از جمله سلامت را در برمی‌گیرند.

در حوزهٔ سلامت، در برنامه اول و دوم توسعه گسترش خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقای شاخص‌های سلامتی و در برنامه سوم کاهش تصدی‌گری بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات سلامتی، در دستور کار قرار گرفت. از برنامه چهارم توسعه مفاهیمی چون عدالت در سلامت، پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و … در قوانین ظاهر شد و رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت. در برنامه پنجم توسعه، عدالت در سلامت و ساماندهی نظام درمانی مطرح شد و جداسازی بخش خصوصی از دولتی که در نظام سلامت ایران در هم تنیده است، مورد توجه قرار گرفت.

برنامه پنجم توسعه به‌لحاظ زمانی به پایان رسیده، اما توجه به احکام برنامه‌ای آن در شناخت سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های بخش سلامت کمک کننده می‌باشد. قبل از پرداختن به برنامه ششم توسعه در بخش سلامت به ارایه راهبردهای حوزهٔ سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه که در جدول ۲–۱ ارایه شده پرداخته شده است.

^[1] Planning

بیمه‌های سلامت در ایران، براساس نوع پوشش، به‌صورت گسترده‌ترین، متوسط و کمترین پوشش تقسیم‌بندی شده‌اند.

بیمه‌های سلامت در ایران، براساس نوع پوشش، به‌صورت گسترده‌ترین، متوسط و کمترین پوشش تقسیم‌بندی شده‌اند.

برنامه ششم توسعه به‌عنوان آخرین برنامه پنج ساله در دستور کار دولت قرار گرفته است. این برنامه با اتخاذ استراتژی‌ها و پیشنهاد ابزارهای اجرایی عمدتاً به‌دنبال دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. تحلیل محتوای برنامه از جنبه دستیابی به پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد که این برنامه به‌دنبال تقویت نظام بیمه‌ای و پایداری منابع تأمین مالی بیمه‌های سلامت است. بدین منظور پوشش بیمه سلامت اجباری بوده و کلیه افراد جامعه باید براساس میزان درآمد خود حق بیمه‌های سلامت را بپردازند (جدول ۲–۱). در مورد افراد فاقد درآمد یا افرادی که امکان پرداخت حق بیمه ندارند نیز دولت وظیفه دارد یارانه‌های لازم را به سازمان‌های بیمه‌گر جهت عضویت این افراد بپردازد. جدول ۲–۲ به تحلیل برنامه ششم توسعه از طریق بررسی اقدامات اصلی و ابزارهای اجرایی آن می‌پردازد.

جدول ۲-۱. راهبردهای حوزهٔ سلامت براساس برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های مرتبط در سیاست‌های اجرایی برنامه رئیس‌جمهور		
کارکرد	راهبردهای قانون برنامه پنجم	برنامه حوزهٔ سلامت رئیس‌جمهور
حاکمیت	فعالیت شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح ملی و ساختار مشابه در استان(ماده ۲۲–الف) <p>تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ماده ۲۶–ب) <p>وزارت بهداشت به‌عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت کشور (ماده ۲۸–ج) <p>تشکیل شورای‌عالی بیمه سلامت (ماده ۲۸–ب تبصره ۳) <p>کلیه ارایه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند (ماده ۳۲–تبصره ۱) <p>کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های وابسته، هیئت رئیسه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، رؤسای بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی و درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند (ماده ۳۲–تبصره ۲)</p></p></p></p></p>	امنیت در عرصه‌های سلامتی، تغذیه، بهداشت، معیشت و رفاه، انسجام خانوادگی و اجتماعی تحقق یابد. <p>سلامت جسمی و روانی مبنای کیفیت زندگی افراد و همچنین کاهش رنج‌های مردم و کاهش هزینه‌های اقتصادی جامعه و دولت‌اند. <p>مقوله بهداشت و درمان در ابعاد جسمی و روانی، (و اجتماعی) را نه مقوله‌ای در حیطه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلکه مقوله‌ای فراگیر و بین‌بخشی لحاظ کند. <p>دو بخش بهداشت و آموزش نیز در کانون توجه دولت خواهند بود. <p>ایجاد نظام جامع سلامت و درمان، که در آن بر گسترش پیشگیری از بروز بیماری‌ها و کاهش هزینه‌های مردم برای بخش بهداشت و درمان تأکید شود.</p></p></p></p>
ارائهٔ خدمات سلامتی	«سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی‌بر پزشک خانواده و نظام ارجاع و مراقبت‌های اولیه سلامت (ماده ۳۲–ج) <p>تهیه نظام درمانی مبتنی‌بر پزشک خانواده و نظام ارجاع، استفاده از راهنماهای بالینی (ماده ۳۲–د) <p>سطح‌بندی خدمات سلامت (پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی بر مبنای نیاز کشور) (ماده ۳۲–تبصره ۳) <p>ارائهٔ خدمات الکترونیکی سلامت با استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت (ماده ۳۵–الف) <p>توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی (ماده ۳۴–هـ) <p>ممنوعیت فعالیت پزشکی، پزشکیان که در استخدام پیمانی یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند و سایر شاغلین حرف سلامت مصوب هیئت وزیران در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه (ماده ۳۲–تبصره ۲)</p></p></p></p></p>	برنامه‌های کل‌نگر و جامع برای ارتقای سلامت از مسیرهای گوناگون در پیش بگیرد <p>جامعه‌ای در مسیر توسعه اجتماعی است که کیفیت خدمات بهداشتی، آموزشی و توان اقتصادی در آن دالما بهبود یابد</p>
تأمین مالی	ده درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه‌بر اعتبارات بخش سلامت(ماده ۳۴–ب) <p>ده درصد از حق‌بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی (ماده ۳۷–ب) <p>عوارض بر اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف (ماده ۳۷–الف) <p>جزای نقدی تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت ممنوع از سوی کلیه رسانه‌ها (ماده ۳۷–ج) <p>حق بیمهٔ پایهٔ سلامت خانوار به‌صورت سهمی از درآمد سرپرست خانوار (ماده ۳۸–د) <p>توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت (ماده ۳۸) <p>بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت (ماده ۳۸–الف) <p>تشکیل «سازمان بیمه سلامت ایران» (ماده ۳۸–ب) <p>تعریف خدمات بیمهٔ پایهٔ سلامت برای عموم افراد کشور به‌صورت یکسان (ماده ۳۸–ج) <p>اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمهٔ پایهٔ سلامت (ماده ۳۸–ز) <p>بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت (۳۸ ماده هـ) <p>تعیین تعرفه خدمات درمانی متناسب با قیمت واقعی (ماده ۳۲–تبصره ۲) <p>خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی (ماده ۳۸–ز) <p>پرداخت مبتنی‌بر عملکرد (ماده ۳۲–ج) <p>پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته… (ماده ۳۶–الف)</p></p></p></p></p></p></p></p></p></p></p></p></p></p>	ممانعت از اشتغال همزمان پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی هستند در بخش خصوصی <p>مجازات تجویز داروهای خارج از فهرست داروهای رسمی ایران</p>
تأمین مالی	پرداخت یارانه از محل درآمد حاصل از اجرای فاز دوم هدفمندی به گروه‌های هدف و صرف مابقی درآمد سازمان هدفمندی برای هزینه‌هایی چون بیمه سلامت و منظور شدن آن در بودجه جاری دولت؛	تشکیل پایگاه اطلاعاتی برخط بیمه‌شدگان درمان
تولید منابع غیرمالی	استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی مبتنی‌بر راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور (ماده ۳۴–ج) <p>استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت برای ارائهٔ خدمات الکترونیکی سلامت (ماده ۳۵–الف) <p>ساماندهی خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی‌بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» (ماده ۳۵–ب).</p></p>	ارائهٔ خدمات الکترونیکی سلامت <p>ارائهٔ خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی‌بر فناوری اطلاعات</p>
منابع انسانی	ایجاد تناسب در کیفیت و کمیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور <p>تأمین نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی سازمان تأمین اجتماعی براساس تقاضم و همکاری متقابل آن سازمان با اولویت مناطق محروم توسط وزارت بهداشت</p>	ممانعت از اشتغال همزمان پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی هستند در بخش خصوصی <p>مجازات تجویز داروهای خارج از فهرست داروهای رسمی ایران</p>

جدول ۲-۲. تحلیل برنامه ششم توسعه برای بخش سلامت. اقدامات اصلی و ابزارهای اجرایی		
کارکرد	اقدامات اصلی	بند مرتبط
تأمین مالی پایدار	اتکای بیمهٔ اجباری بر درآمد <p>تعیین حق بیمه‌های سلامت</p>	ماده ۸۶ بند الف <p>ماده ۸۶ بند ج</p>
حاکمیت	تمرکز سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <p>محوریت وزارت بهداشت در مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای</p> <p>ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای</p> <p>الزام به رعایت تعرفه‌های مصوب دولت و ختم‌شی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط همه ارایه‌دهندگان</p> <p>خرید راهبردی خدمات</p> <p>واگذاری امور تصدی‌گری</p> <p>پیروی کلیه ارایه‌کنندگان خدمات و بیمه‌ها از ختم‌شی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	ماده ۸۸بند الف، ب و ج <p>ماده ۸۷ بند الف</p> <p>ماده ۸۶ بند الف</p> <p>ماده ۸۶ بند ی، ماده ۸۶ بند ک</p> <p>ماده ۸۶ بند و</p> <p>ماده ۸۷ بند الف</p> <p>ماده ۸۷ بند الف</p> <p>ماده ۸۷ بند الف</p>
نظام اطلاعاتی	ارائهٔ خدمات الکترونیکی سلامت <p>ارائهٔ خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی‌بر فناوری اطلاعات</p>	ماده ۸۹ بند ب <p>ماده ۸۷ بند ج</p> <p>ماده ۸۶ بند ط</p>
منابع انسانی	ایجاد تناسب در کیفیت و کمیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور <p>تأمین نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی سازمان تأمین اجتماعی براساس تقاضم و همکاری متقابل آن سازمان با اولویت مناطق محروم توسط وزارت بهداشت</p>	ماده ۸۹ بند د <p>ماده ۸۹ بند ط</p>

این نکته را باید اضافه کرد با توجه به‌اینکه برخی از احکام قوانین برنامه‌های توسعه ماهیت دائمی پیدا کردند، این احکام از متن قانون برنامه ششم خارج و به‌عنوان قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه تصویب و با ابلاغ در سال ۱۳۹۶ مبنای عمل قرار گرفتند.
خارج شدن اداره دانشگاه‌ها از شمول قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی و عمل کردن در چارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی معاملات، اداری استخدامی و تشکیلاتی مصوب هیئت امنأ، تعیین ترکیب و وظایف شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی، تکلیف بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت توسط شورای‌عالی بیمه و تحت پوشش قرار گرفتن زندان‌ها در خدمات جامع و همگانی سلامت نمونه‌هایی از احکام دائمی توسعه کشور هستند که ناظر بر فعالیت بخش سلامت می‌باشد.

با درک اهمیت و نقش برنامه‌های عملیاتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی را از سال ۱۳۸۷ آغاز کرد. البته مستندات موجود نشان می‌دهد قبل از این تاریخ نیز حوزه‌های عملکردی عمدتاً در قالب برنامه‌های سالانه، اقدام به انجام برنامه‌ریزی‌های عملیاتی برای مجموعه خویش می‌کردند، اما انجام این برنامه‌ریزی به‌صورت یکپارچه از همان سال شروع شده است. گستردگی حوزه کاری، مأموریت‌ها، وظایف و ضرورت هماهنگی و یکپارچگی حوزه‌های مختلف عملکردی، انجام برنامه‌ریزی عملیاتی را در این وزارتخانه ضروری نمود. روند تدوین برنامه‌های عملیاتی در سال‌های بعد از ۱۳۸۷ و با توجه به اسناد بالادستی و سیاست‌های اولویت‌دار بخش ادامه یافت. در سال ۱۳۹۴ همزمان با تلاش برای تدوین برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تعیین اهداف کلی و کمی، و نیز راهبردها و سیاست‌های وزارت بهداشت نیاز به برنامه عملیاتی جامع و دقیق در سطح وزارت بهداشت و سازمان‌های تابعه احساس شد. براین اساس به‌منظور بسترسازی مناسب برای تحقق اهداف کلی و کلان سلامت در برنامه ششم توسعه و در راستای ایجاد یکپارچگی، هماهنگی و وحدت رویه بین دانشگاه‌های علوم پزشکی، شیوه‌نامه‌ای برای تدوین و پایش برنامه عملیاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و برای اجرا به واحدهای زیرمجموعه ابلاغ شد. براساس این شیوه‌نامه، در سال ۱۳۹۵ ابتدا فهرست اهداف کلی و کمی سلامت با مشارکت کلیه معاونت‌های و دستگاه‌های تابعه وزارت بهداشت و نیز با بهره‌گیری از دیدگاه‌های صاحب‌نظران و کارشناسان بخش سلامت، با استناد به اسناد بالادستی و با عنایت به مقدرات و محدودیت‌های جاری کشور تدوین و به واحدهای زیرمجموعه ابلاغ شد. سپس در سطح وزارتخانه کمیته‌هایی با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی (بهداشت، درمان، غذا و دارو، آموزش، تحقیقات و فن‌آوری، فرهنگی و دانشجویی، پرستاری، اجتماعی، توسعه مدیریت و منابع، طب سنتی، بازرسی، آمار و فن‌آوری اطلاعات، حراست و سایر حوزه‌های تخصصی)، نمایندگان معاونت برنامه‌ریزی،

توسعه مدیریت و منابع و حداقل پنج نفر از معاونین و مدیران متناظر در دانشگاه‌ها به انتخاب معاونت‌های تخصصی شکل گرفت و برش استانی اهداف کمی و نیز پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه در چارچوب مشخصی، در مقطع سالانه، تدوین شد. این پیش‌نویس در شورای معین برنامه‌ریزی وزارت بهداشت مطرح و پس از جمع‌ب، نهایی شد. در مرحله بعدی، برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌های علوم پزشکی در هیئت امنای هر دانشگاه به‌تصویب رسید و بعد از تایید مقام وزارت به دانشگاه مربوطه ابلاغ شد. در کنار این بخش مشترک، هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی با توجه به شرایط بومی و منطقه‌ای و نیز با توجه به منابع، مقررات و محدودیت‌ها، برنامه‌ها و اقدامات اختصاصی خود را نیز تدوین و همراه با بخش مشترک به تصویب هیئت امنای دانشگاه رساندند. بر این اساس برنامه عملیاتی هر دانشگاه دو بخش مشترک (تدوین شده با مشارکت ستاد وزارتخانه) و اختصاصی داشت.

در چارچوب درنظر گرفته شده برای تدوین برنامه عملیاتی ذیل هر هدف کلی، هدف یا اهداف کمی با توجه به برنامه ششم توسعه قرار گرفت و متناسب با هر هدف کلی، عنوان برنامه، وزن نسبی برنامه، عناوین فعالیت‌های مورد نیاز برای هر برنامه، وزن نسبی هر فعالیت و تاریخ شروع و پایان آن در نظر گرفته شد. برای هدف پایش نیز موارد در راستای تعیین پیش‌بینی پیشرفت، میزان پیشرفت و انحراف تعبیه شد. به‌علاوه تلاش شد یک نظام پایش عملکرد (داشبورد) در سطح کلان وزارت و نیز معاونت‌ها و روسای سازمان‌ها راه‌اندازی شود، به‌طوری که ماهانه پیشرفت برنامه‌ها و اقدامات را در ستاد و سازمان‌های تابعه، رصد کرده و با واکاوی دلایل انحراف، به اصلاح برنامه کمک نماید. تجربه یک سال تدوین و پایش این برنامه بار دیگر ضرورت تعامل نزدیک معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارت بهداشت با دانشگاه‌های علوم پزشکی، توجه به همسویی برنامه‌های عملیاتی مشترک و اختصاصی، تعامل و مشارکت مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها و استفاده از رویکردهای متنوع پایش (خوداظهاری، ارزیابی انطباق و پایش میدانی) را برای آگاهی از میزان تحقق برنامه‌های عملیاتی نشان داد. همین فرایند برای تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۶ با اندکی تغییرات شامل برگزاری همایش با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها جهت کمک به ایجاد ادبیات مشترک برای برنامه عملیاتی، بررسی پیش‌نویس برنامه مشترک در خود دانشگاه‌ها، تهیه مجلدهای برنامه عملیاتی و بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک توسط دبیرخانه برنامه عملیاتی (مستقر در معاونت برنامه‌ریزی) و برنامه عملیاتی اولویت دار اختصاصی توسط دانشگاه‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی، تکرار شد.

همکاری‌های بین‌بخشی

بخش سلامت تنها عامل ایجاد سلامت نیست، بلکه بسیاری از سازمان‌های خارج از بخش سلامت، در کیفیت و استانداردهای زندگی مردم تأثیر می‌گذارند بدون آنکه امکان کنترل یا نظارت مستقیم بر آن‌ها از طریق وزارت بهداشت وجود داشته باشد. هماهنگ‌سازی سیاست‌ها و اقدامات سایر سازمان‌ها به‌گونه‌ای که سطح سلامت و کیفیت زندگی را بهبود بخشند باید از طریق سازوکارهای همکاری‌های بین‌بخشی صورت پذیرد. به‌همین دلیل جلب مشارکت‌های بین‌بخشی در راستای تأمین و ارتقای سلامت همه جانبه یکی از اهداف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در این راستا دولت تلاش می‌کند تا مقوله بهداشت و درمان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را مقوله‌ای فراگیر و بین‌بخشی لحاظ نموده به‌گونه‌ای که تمام سازمان‌ها و ارگان‌ها به ابعاد یا اثرات سیاست‌ها و راهبردهای خود بر سلامت توجه نمایند. همچنین دولت می‌کوشد برنامه‌های کلی‌نگر و جامع برای ارتقای سلامت از مسیره‌های گوناگون در پیش بگیرد. گاهی اقدام یک سازمان خارج از وزارت بهداشت یا تغییر یک سیاست، بدون افزایش هزینه‌ها و تحمیل هزینه اضافی می‌تواند تا حد زیادی سلامت جامعه را ارتقا دهد. همچنین شواهد علمی محکمی وجود دارد که اقدامات درمانی فقط ۲۵ درصد بر افزایش سطح سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد و ۷۵ درصد مابقی از طریق افزایش همکاری‌های بین‌بخشی و بهبود وضع عوامل اجتماعی، اقتصادی و سلامت انجام می‌گیرد؛ مواردی از قبیل، محرومیت اجتماعی (حاشیه‌نشینی)، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل، شهرنشینی و… از این دست است. ضرورت توجه به اصل همکاری بین‌بخشی موضوعی است که در سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، مدنظر قرار گرفته و با بیان موضوع، بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، تأکید شده است. به‌علاوه در برنامه‌های توسعه نیز این همکاری مدنظر قرار گرفته و به‌منظور تقویت تولی‌گری و تضمین خدمت‌گزاری در نظام سلامت، وزارت بهداشت را سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور تعیین و تکلیف کرده که از حداکثر ظرفیت قانونی بهره برده و اقدامات راهبردی را به اجرا در آورد تا سلامت، محور تصمیمات تمامی بخش‌های توسعه در کشور قرار گیرد.

در تلاش برای توسعه همکاری بین‌بخشی در سال ۱۳۸۲ هیئت وزیران آیین‌نامه شورای‌عالی سلامت کشور و شورای سلامت و امنیت غذایی در استان‌ها را به‌تصویب رساند. در سال ۱۳۹۵ پس از تشکیل معاونت امور اجتماعی در وزارت بهداشت دبیرخانه این شورا ذیل این معاونت قرار گرفت و در استان‌ها نیز ساختاری تحت عنوان کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی

زیر نظر شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان شکل گرفت که فرصت مناسبی برای پیاده‌سازی مبانی و مداخلات مرتبط با رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در سطح استان فراهم آورد. رئیس این کارگروه در هر استان استاندار و دبیر آن رئیس دانشگاه علوم پزشکی اصلی استان بود. سازمان‌هایی مانند آموزش و پرورش، صدا و سیما، آیفای شهری و روستایی، جهاد کشاورزی، تربیت بدنی از اعضای این کارگروه هستند و تلاش دارند با ایجاد هماهنگی بین سازمانی و همسوسازی سیاست‌ها، امکان پیاده سازی برنامه‌های ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی مردم به‌صورت جامعه محور و بین‌بخشی را فراهم آورند.

از دیگر ساختارهایی که در زمینه افزایش همکاری بین‌بخشی فعالیت خود را در کشور آغاز کرد، شورای ملی سالمندان بود. این شورا به‌منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان و با هدف فراهم کردن امکان تداوم حضور سالمند در جامعه، تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه این قشر در خانواده، تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان، تأکید بر حفظ احترام، شأن و حرمت آنان و فراهم کردن امکان مشارکت مردم، انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی در این زمینه تشکیل شد. ریاست شورا برعهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری آن برعهده رئیس سازمان بهزیستی کشور است. دیگر اعضای این شورا عبارت‌اند از وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی یا یکی از معاونان، وزیر مسکن و شهرسازی یا یکی از معاونان، وزیر امور اقتصادی و دارایی یا یکی از معاونان، وزیر کشور یا یکی از معاونان، رئیس سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزیر جهاد کشاورزی یا یکی از معاونان، رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یا یکی از معاونان، رییس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، رئیس سازمان تربیت بدنی یا یکی از معاونان، رئیس سازمان بازنشستگی کشوری، رئیس سازمان تأمین اجتماعی، رئیس سازمان بیمه نیروهای مسلح، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره) و سه نفر از متخصصان دانشگاهی صاحب نظر در امر سلامت سالمندان به انتخاب رئیس شورا.

همچنین پیش‌بینی شد که جلسات شورا هر سه ماه یکبار به‌صورت منظم و هر شش ماه یکبار در حضور رئیس جمهور تشکیل شود. سازمان بهزیستی کشور نیز به‌عنوان دبیرخانه این شورا مکلف به‌تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان، تعیین دستور جلسات شورا و برگزاری جلسات و دعوت از اعضا، پیگیری اجرای تصمیمات شورا و دریافت گزارش عملکرد از دستگاه‌های ذیربط، تهیه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و تخلفات دستگاه‌ها از اجرای تصییمات و تهیه بانک اطلاعات سالمندان کشور با همکاری دستگاه‌های ذیربط شد. در آیین‌نامه شورای ملی سالمندان وظایف مختلفی برای وزارتخانه‌ها و دستگاه‌ها پیش‌بینی و بودجه مورد نیاز از محل اعتباراتی با عنوان ساماندهی وضعیت سالمندان ذیل بودجه دستگاه‌ها تعریف شد.

یک بیمار در بیمارستان، در حال پذیرش خدمات پزشکی

یک بیمار در بیمارستان، در حال پذیرش خدمات پزشکی

اگر چه فعالیت این شوراها توانست تاحدودی همکاری بین‌بخشی را در زمینه ارتقای سلامت در کشور افزایش دهد، ولی به‌نظر می‌رسد تا رسیدن به جایگاه مطلوب همکاری بین‌بخشی و وارد شدن سلامت در همه سیاست‌ها همچنان نیازمند تلاش و کوشش بیشتری هستیم.

بیمارستان امام خمینی، تهران

بیمارستان امام خمینی، تهران

بیمارستان امام خمینی، تهران

بیمارستان امام خمینی، تهران

بیمارستان امام خمینی، تهران

توانمندسازی مردم و بیماران^۱ مواردی که برای توانمندسازی مورد نیاز است، در ادامه اشاره می‌شود.
۱- مشارکت عمومی در تصمیمات: مشارکت عمومی در تصمیمات حوزهٔ سلامت به‌ویژه در اولویت‌بندی خدمات و تعیین روش‌های درمانی که باید از طریق بیمه‌ها و منابع مالی عمومی تأمین مالی شوند، همچنان محل چالش است. مسئله عمده عبارت است از ناکافی بودن سازوکارها برای به‌کارگیری نظرات عموم مردم یا تغییر در روش‌های تصمیم‌گیری در مؤسسات سلامت براساس دیدگاه‌های عموم. حرکت قابل توجه در بحث استفاده از مشارکت مردم و نیز توجه خاص به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با تشکیل مجمع ملی سلامت در اسفند ماه ۱۳۹۵ روی داد. این مجمع با حضور رئیس‌جمهور، وزرای کشور، جهاد کشاورزی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و روسای دانشگاه علوم پزشکی، مدیران ارشد و معاونان وزرا و همچنین نمایندگان سازمان جهانی بهداشت و دفاتر سازمان ملل متحد و مدیران و اعضای تشکل‌های مردم‌نهاد و مؤسسات خیریه افتتاح شد.

در ادبیات جهانی برای حضور نماینده مردم در کمیته‌های مختلف که نظر مردم اهمیت دارد، توصیه شده است (مانند کمیته‌های اخلاق، تدوین راهنماهای بالینی و ارزیابی فنآوری سلامت). لازم است به این بخش از مشارکت مردم بیشتر پرداخته شود. نکته دیگر پاسخگویی نهادها به مردم است. در واقع از آن جایی که نهادهای عمومی از منابع مربوط به عموم استفاده می‌کنند باید به آن‌ها نیز گزارش دهند. علیرغم این که حرکت‌های مهمی در این زمینه انجام شده اند ولی گزارش به جامعه به‌صورت یک فرآیند تعریف شده در نیامده است.

همانگونه که در فصل یک گفته شده، به‌وجود آمدن معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت برای پاسخ دهی به خلاءهای موجود بوده است و از پرداختن به جزئیات در این فصل صرف‌نظر می‌شود.

۲- دسترسی به اطلاعات: حفظ اطلاعات بیماران یکی از موضوعات مهم عرصه سلامت و نیازمند توجه اساسی است. ایران فاقد قوانین و مقررات لازم برای حفظ اطلاعات محرمانه سلامت افراد در محیط سایبری، امکان به اشتراک‌گذاری اطلاعات پرونده سلامت

^[1] Patient empowerment

با سایر کشورها به‌صورت الکترونیکی، آموزش فنآوری اطلاعات برای دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی و رواج سلامت موبایلی هست.

در ایران قوانین، اصل واگذاری پرونده سلامت را به شخص بیمار تصریح نموده است، اما قوانینی در مورد حفظ محرمانگی اطلاعات پرونده سلامت وجود ندارد. از طرف دیگر این قوانین به کلیات پرداخته بدون آنکه روش‌های اجرایی یا استانداردی برای چگونگی و شرایط آن تعیین کرده باشد. به‌نظر می‌رسد که آرایه اطلاعات به بیماران به‌خصوص در بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان همچنان به‌عنوان یک چالش برای آرایه‌کنندگان خدمات باقی مانده است. به‌طور مثال تنها ۴۷ درصد بیماران مبتلا به سرطان در زمان تشخیص به‌وسیله درمانگران از بیماری‌شان مطلع شده‌اند.

بیمارستان امام خمینی، تهران

۳- حق انتخاب برای بیماران: بیماران ایرانی ترجیح می‌دهند از حق انتخاب برای درمان خود برخوردار باشند. همچنین تمایل فراوانی بر دریافت اطلاعات در مورد شرایط درمانی‌شان و همچنین مشارکت در تصمیم‌گیری در روند و چگونگی درمان‌شان دارند. البته ترجیح بیماران ایرانی برای دریافت اطلاعات در مورد درمان‌شان بیشتر از ترجیح آن‌ها برای مشارکت در انتخاب روش‌های درمانی است (متوسط امتیاز ترجیح بیماران ایرانی به مشارکت در انتخاب درمان‌ها ۷/۷۵ از ۱۰ و متوسط امتیاز تمایل به دریافت اطلاعات در مورد شرایط سلامتی ۸/۸۸ از ۱۰ است).

با وجود برخی تحقیقات در زمینه حق انتخاب روش‌های درمانی توسط بیماران، همچنان کمبود شواهد علمی در زمینه روابط پزشک و بیماران وجود دارد. سوال اساسی و بی‌پاسخ در این مورد عبارت است از: به چه میزان پزشکان یا آرایه‌دهندگان خدمات درمانی در تعیین روش‌های درمانی انتخاب‌های بیماران را دخیل می‌کنند. بیماران ایرانی در انتخاب نوع بیمه درمان پایه از حق انتخابی برخوردار نیستند. بازار بیمه‌های درمانی پایه اجتماعی اساساً متکی بر وضعیت شغلی است تا اینکه افراد حق انتخاب بین انواع بیمه‌های پایه را داشته باشند. هر چند تمامی افراد جامعه در صورت وجود بیمه‌های خصوصی پایه از امکان خرید آن‌ها برخوردارند. بیمه‌های تکمیلی نیز اساساً توسط بیمه‌های خصوصی آرایه می‌شوند و در اغلب موارد از طریق کارفرمایان در اختیار کارکنان قرار داده می‌شوند.

با وجود آنکه نظام سلامت ایران براساس سطح بندی و نظام ارجاع سازماندهی شده است اما با توجه به ضعف نظام ارجاع، بیماران ایرانی بدون محدودیت می‌توانند به هر یک از سطوح بالاتر آرایه خدمت مراجعه و خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی دریافت کنند. لذا

بیماران ایرانی در عمل از حق انتخاب سطوح درمانی، محل دریافت خدمت و پزشک معالج در بخش خصوصی یا دولتی برخوردارند. این درحالی است که به‌منظور ارتقای کارایی نظام سلامت، شبکه‌های بهداشتی و درمانی مبتنی‌بر نظام ارجاع تعریف شده است به‌گونه‌ای که بیماران ابتدا باید توسط درمانگر سطح اول که پزشک عمومی در مراکز بهداشتی و درمانی و یا پزشک خانواده است معاینه شده و در صورت ضرورت به سطوح بالاتر ارجاع شوند.

۴- حقوق بیمار: قانون اساسی جمهوری اسلامی در اصول ۲۱ و ۲۹ حق دسترسی به خدمات سلامت را توسط تمام افراد جامعه الزامی نموده است. همچنین قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی و نیز بی‌توجهی به مصدومان را در شرایطی که ضرر جانی برای فرد کمک کننده ندارد، جرم تلقی کرده و مجازات قانونی برای مرتکبین در نظر گرفته است. همچنین مصدومان سوانح و تصادفات تا زمان رفع خطر تهدید کننده سلامت به‌صورت رایگان در مراکز ارائهٔ خدمات دولتی و غیر دولتی معالجه می‌شوند. در خصوص حقوق بیمار، یکی دیگر از ویژگی‌های نظام سلامت ایران، منشور حقوق بیمار است که در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار با نگاهی نو تدوین شد و در سال ۱۳۸۸ ضمن بازنگری جامع، با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه درمان ابلاغ گردید. منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند تنظیم گردیده است. محورهای پنج‌گانه منشور، شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در مورد دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است.

۵- روش‌های شکایت از خدمات نظام سلامت: مواد قانونی و ابزارهای شکایت از آرایه‌کنندگان خدمات در قوانین جمهوری اسلامی ایران پیش‌بینی شده است. کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در راستای ضرورت کنترل و نظارت دولت بر فعالیت‌های مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین کارخانجات و مراکز تهیه و تولید و توزیع موادغذایی، آشامیدنی و دارویی بعد از سال ۱۳۶۷ در استان‌ها تشکیل و وظیفه تشخیص وقوع جرم یا تخلف را به‌عهده دارد تا متخلفین از مقررات براساس مواد این قانون تعزیر شوند. اعضای اصلی این کمیسیون مرکب از رئیس دانشگاه علوم پزشکی،

بیمارستان امام خمینی، تهران

بیمارستان امام خمینی، تهران

رئیس سازمان نظام پزشکی و نماینده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کمیسیون معاونت درمان دانشگاه هستند.

معاونت‌های درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز واحدی برای رسیدگی به شکایات پزشکی از واحدهای ارائهٔ خدمت شامل بیمارستان، درمانگاه، مطب و آمبولانس خصوصی تشکیل داده‌اند. شکایات از آرایه‌کنندگان خدمات پس از دریافت برای بررسی صرفاً به سازمان نظام پزشکی ارجاع می‌شود. لذا وزارت بهداشت با وجود پاسخگو بودن، امکان دخالت یا امکان تأثیر بر رفتار آرایه‌کنندگان را از طریق سازوکارهای انضباطی ندارد.

از دیگر مواردی که پتانسیل بالایی از شکایت داشت، هزینه‌های مربوط به خدمات سلامت بود. تا قبل از اجرای طرح تحول سلامت، سازوکار مشخصی برای شناسایی موارد تخلف از تعرفه‌های مصوب و اخذ مبالغ زیرمیزی و خارج از تعرفه وجود نداشت. همزمان با اجرای طرح تحول سلامت و ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، سامانهٔ ۱۶۹۰ برای نظارت‌بر اجرای تعرفه‌ها راه اندازی شد. سامانهٔ ۱۶۹۰، سامانهٔ ملی پاسخگویی و رسیدگی به شکایات تعرفه‌های خدمات پزشکی است که با شعار تک‌ریم جامعهٔ پزشکی و تضمین حقوق مردم و با هدف تسهیل ارتباط مردم و مسئولان در مورد شکایات حوزهٔ درمان و رعایت تعرفه‌های تعیین شده در آبان ماه ۱۳۹۳ راه‌اندازی شد. بر این اساس، در صورتی که بیماری خارج از حسابداری بیمارستان مبلغی پرداخت کرده باشد (به‌صورت زیرمیزی یا تخلف مزاد بر تعرفه)، می‌تواند به‌منظور ثبت شکایت خود با شمارهٔ ۱۶۹۰ تماس بگیرد یا به سامانهٔ الکترونیک www.1690.ir مراجعه نمایید. شکایات ثبت‌شدهٔ قابل بررسی در سامانه، بسته به ماهیت شکایت، توسط مرکز پاسخ‌دهی به دو بخش شکایات سرپایی و بستری تقسیم می‌شوند. شکایت بستری به ستادهای نظارت‌بر تعرفه‌ها (واحد مشترک بین وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و نظام پزشکی) و شکایات سرپایی نیز به معاونت درمان دانشگاه‌های ذیربط ارجاع داده می‌شوند و پس از رسیدگی‌های لازم در این واحدها توسط کارشناسان مربوطه، نتایج برای اجرای مراحل قانونی به مراجع مربوط منعکس می‌شود. براساس گزارش‌های دریافت شده در صورتی که تخلفی محرز و قطعی شود، ستادهای نظارت با قاطعیت با متخلف برخورد می‌کنند متعاقباً کلیه سامانه‌های معاونت‌های درمان، بهداشت و دارو تحت پوشش یک واحد (سامانه ۱۹۰) قرار گرفته‌اند که برنامه بعدی برای گسترش این سامانه و تکمیل آن وجود دارد.

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

۳. سیامک عالیخانی. سامانه دیده‌بانی سلامت در ایران، شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع شوراها و هیئت‌های امنا، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تابستان ۱۳۸۸.

۴. کامل شادپور و همکاران. بررسی وضعیت همپوشی نقش و وظایف هسته‌های سیاست‌گذار در وزارت بهداشت. مرکز اسناد واحد سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت، ۱۳۸۶.

۵. پورتال سازمان غذا و دارو، ۱۳۹۵.

6. Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. Int J Health Plann Manage. 2011 Jul-Sep; 26:e121-137.

7. Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. Int J Health Policy Manag. 2014 Oct 31; 4: 207-16.

۸. وحید یزدی فیض‌آبادی، علی‌اکبر حقدوست، عاطفه نوری، مصطفی شکوهی، علیرضا اولیایی‌منش، مریم اسماعیلی و همکاران. ارزیابی عملکرد کار گروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانی در ایران، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۳؛ ۱۷(۴): ۲۶۸–۲۷۷

۹. بهزاد دمازی، عباس وثوق مقدم، شیرین بنکدار اصفهانی. رویکردهای ارتقای همکاری بین‌بخشی در سلامت از طریق شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۲؛ ۱۱(۳): ۱–۱۶.

10. Tavakoli N, Saghaeianejad-Isfahani S, Zakiye Piri Z, Mirzaeian R, Amini A. Patient Access to Electronic Health Record: A Comparative Study on Laws, Policies and Procedures in Selected Countries. J Shahrekord Univ Med Sci 2014, 15: 1-11

11. Motlagh A, Yaraei N, Mafi AR, Hosseini Kamal F, Yaseri M, Hemati S. Attitude of cancer patients toward diagnosis disclosure and their preference for clinical decision-making: a national survey. Arch Iran Med. 2014 Apr; 17:232-40.

12. Asghari F, Mirzazadeh A, Fotouhi A. Patients' preferences for receiving clinical information and participating in decision-making in Iran. J Med Ethics. 2008 May; 34: 348-52.

13. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. ijme. 2010; 3(0): 39-47

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

نویسندگان: دکتر مهدی مهدوی، دکتر حانیه سادات سجادی، دکتر زهرا غریب ناصری، دکتر سید رضا مجدلزاده

برای استناد به مطالب این فصل از آدرس پیشنهادی زیر استفاده شود:

مهدوی مهدی، سجادی حانیه سادات، غریب ناصری زهرا. مجدلزاده سید رضا. ساختار و حاکمیت نظام سلامت در ایران. دیده بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. پدیدآورندگان: حریرچی ایرج، مجدلزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶ ، صفحه: ۳۵ تا ۵۵.

Mahdavi Mehdi, Sajadi Haniye S, Gharib-Naseri Zahra, Majdzadeh Seyed Reza. Organizational Structure and Governance of Health System in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 35 - 55.

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

بیمارستان امام‌شاه تبریز، یکی از بیمارستان‌های دولتی ایران

خلاصه

تأمین مالی هزینه‌های سلامت می‌تواند با مشارکت سه بخش عمومی، خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) و منابع خارجی صورت گیرد. هر کشور براساس زیرساخت‌های اقتصادی، از یک یا مجموعه‌ای از این روش‌ها استفاده می‌کند. ایران جزء کشورهایی است که برای تأمین منابع مالی خود ترکیبی از روش‌های فوق را انتخاب کرده است. در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینهٔ سلامت بخش عمومی افزایش یافته و سهم بخش خصوصی که قسمت عمدهٔ آن را پرداختی از جیب خانوار تشکیل می‌دهد، کاهش یافته است. در حال حاضر سهم هزینه‌های بخش عمومی از هزینه‌های کلی سلامت ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و با درآمد بالا، کشورهای منطقهٔ مدیترانه شرقی، منطقه چشم‌انداز و متوسط جهانی، پایین‌تر و سهم بخش خصوصی بالاتر از متوسط آن در این کشورها است. علت این امر بالابودن پرداخت مستقیم از جیب خانوار برای سلامت است که باعث می‌شود هزینه‌های کل سلامت در کشور بالا باشد. اگرچه اقدامات طرح تحول سلامت با افزایش سهم بخش عمومی تا حدودی پرداختی از جیب خانوار را کاهش داده، هنوز هم سهم بخش عمومی که در برگیرندهٔ بیمه‌ی سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) نیز می‌باشد، پایین است. از سوی دیگر سهم بالای هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی نشان‌دهندهٔ در اولویت بودن بخش سلامت با توجه به شرایط اقتصادی کشور است. اطلاعات موجود نشان می‌دهند که در برخی از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا که سرانهٔ هزینهٔ سلامت بخش عمومی و نسبت سهم هزینهٔ بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی، معادل ایران است، سهم پرداختی از جیب خانوار به کل هزینهٔ سلامت پایین‌تر است. نتایج بررسی سازمان جهانی بهداشت بر روی حساب‌های ملی سلامت و تولید ناخالص داخلی نشان‌دهنده اهمیت موضوع پایداری منابع و محدودیت ظرفیت مالی کشور برای تخصیص منابع مالی بیشتر به بخش سلامت در آینده می‌باشد، بنابراین بررسی کارایی هزینه‌های بخش سلامت در تمامی سطوح امری ضروری است.

در کشور ایران همانند سایر کشورها، لازم است منابع ناکارایی در بخش سلامت شناسایی شده تا با کمک آن بتوان از افزایش هزینه‌ها در آینده جلوگیری کرده و با سطح معینی از منابع، مقدار بالاتری خروجی دریافت نمود. برای دستیابی به این مهم لازم است اقدامات ذیل صورت گیرد:

- طراحی و اجرای بسته بیمه پایه خدمات سلامت مبتنی بر نیاز و شواهد؛
- بازبینی راهنماهای بالینی موجود و توسعه آن بر اساس بیماری‌های رایج؛
- تدوین فهرست داروهای ضروری و الزام بکارگیری آن به جای تجویز داروهای گرانقیمت با نام تجاری؛
- ساماندهی اشتغال همزمان متخصصان در بخش خصوصی و دولتی به‌منظور کاهش تقاضای القایی طرف عرضه و هزینه‌های سلامت؛
- تغییر روش پرداخت به ارایه دهندگان خدمات سلامت از مدل بدون سقف پرداخت به‌ازای خدمت به مدل پرداخت مبتنی‌بر مورد با سقف برای بیمارستان و سرانه برای مراقبت سلامت اولیه؛
- کنترل استفاده از خدمات سلامت از طریق طراحی و اجرای دقیق پروتکل نظام ارجاع در سطح ملی؛

فصل سوم

تأمین مالی

- ادغام فرایندی از طریق ایجاد وحدت رویه صندوق‌های بیمه سلامت و تقویت نقش نظارتی و تولیدی شورای عالی بیمه سلامت (با توجه به محدودیت های ادغام ساختاری بیمه‌های سلامت).

در ایران بیمه‌های سلامت به دو دستهٔ کلی بیمهٔ پایه و بیمهٔ تکمیلی تقسیم می‌گردند. عمده‌ترین سازمان‌های بیمه‌ای پایه عبارتند از، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، بیمه درمانی نیروهای مسلح، سازمان بیمه سلامت ایران، کمیته امداد امام خمینی. سازمان‌های بیمه سلامت تحت قوانین و سیاست‌گذاری‌های شورای عالی بیمه سلامت که متشکل از تمامی ذینفعان می‌باشد، فعالیت می‌کنند. این شورا و دبیرخانه آن از آبان ماه سال ۱۳۹۶ از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منفک و مجدداً به زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ملحق شد.

براساس اطلاعات استعلام شده از گزارش‌های رسمی سازمان‌های بیمه‌گر در سال ۱۳۹۴ از جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ۴۷/۹۲ درصد تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، ۴۴/۶۴ درصد سازمان تأمین اجتماعی، ۱/۵۲ درصد کمیته امداد امام خمینی و ۵/۹۱ درصد بیمه سلامت نیروی های مسلح می باشند.

بسته خدمات پایه بیمه‌های سلامت را می‌توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه‌بر قابلیت ارایه در کشور، در طی یک فرایند تصمیم‌گیری و چانه‌زنی، تعیین و هزینه آنها توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین می‌شود. اهمیت تدوین و اعلام بسته‌های مزایای مورد تعهد بیمه همگانی، به‌صورت رسمی برای نخستین بار در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که در سال ۱۳۷۳ به تصویب رسیده است، مورد اشاره قرار گرفت. به موجب ماده ۱۰ همان قانون حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو مشتمل بر خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به‌عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (تکمیلی) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

پوشش ناکارآمد بیمه‌ای از چالش‌هایی هستند که منجر به افزایش سهم مردم از هزینه‌های سلامت می‌گردند. با وجود اینکه ۹۳ درصد از جمعیت کشور به‌نحوی تحت پوشش بیمه قرار دارند، سهم منابع بیمه از کل هزینه‌های سلامت حدود ۲۸ درصد می‌باشد. نظام پرداخت به‌ارایه کنندگان در سطوح مختلف ارایه خدمات سلامت در کشور متفاوت می‌باشد؛ متون علمی و نیز توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت بهره‌گیری از نظام پرداخت سرانه در سطح یک ارایه خدمت و نظام پرداخت مبتنی‌بر گروه‌های تشخیصی مرتبط در سطوح دو و سه را به‌عنوان کارآمدترین نظام‌های پرداخت پیشنهاد می‌نمایند. سیاست‌های وزارت بهداشت پس از اجرای طرح تحول سلامت به سمت اجرایی نمودن این دو نظام پرداخت می‌باشد که این موضوع می‌تواند گام بلندی در جهت افزایش کارایی نظام سلامت کشور محسوب گردد.

با توجه به وضعیت موجود تأمین مالی نظام سلامت، نظام بیمه سلامت بایستی به سمت اجرای سیاست‌های خرید‌راهبردی خدمات سلامت گام بردارد؛ اجرای این سیاست‌ها می‌تواند نقش نظام بیمه‌ای کشور را در تأمین منابع مالی پایدار حوزه سلامت از طریق افزایش کارایی در تخصیص منابع ارتقا بخشد.

منابع هزینه‌های سلامت

تأمین مالی هزینه‌های سلامت می‌تواند با مشارکت سه بخش عمومی^۱، خصوصی^۲ و منابع خارجی^۳ صورت گیرد. بخش عمومی شامل دولت داخلی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، نیروهای مسلح، صدا و سیما، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت و شهرداری) و بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) می‌باشد. بخش خصوصی متشکل از پرداختی از جیب خانوار^۴، شرکت‌های بیمه تکمیلی (دولتی و خصوصی)، مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها و شرکت‌ها (بانک، دانشگاه آزاد و غیره) است. منابع خارجی نیز کمک‌های دولت‌های خارجی، سازمان‌های غیرانتفاعی بین‌المللی اقتصادی، آژانس‌های وابسته به سازمان ملل، هلال احمر/صلیب سرخ و بانک جهانی را دربرمی‌گیرد. نظام تأمین مالی کشورها با توجه به رشد اقتصادی آن‌ها (تغییرات سرانه تولید ناخالص داخلی)^۵ می‌تواند در یکی از این سه مرحله قرار گیرد:

۱. تأمین مالی سلامت از طریق پرداختی از جیب و منابع خارجی (کمک‌های توسعه خارجی)؛ ۲. تأمین مالی عمدتاً از طریق بخش عمومی و پرداختی از جیب خانوار و تاحدودی منابع خارجی؛ و ۳. تأمین مالی عمدتاً از طریق بخش عمومی (مربوط به کشورهای دارای سرانه تولید ناخالص ملی بسیار بالا). در حال حاضر ایران از ترکیبی از روش‌های موجود برای تأمین هزینه‌های بخش سلامت بهره گرفته و از نظر وضعیت اقتصادی، در مرحله دوم تکامل قرار دارد.

هزینه‌های بخش سلامت

هزینه‌های کل سلامت^۶ عبارت است از تمامی مخارج صرف شده اعم از نقدی و غیرنقدی برای حفظ، ارتقا و بازتوانی سلامت افراد جامعه که توسط بخش عمومی، بخش خصوصی و منابع خارجی تأمین می‌شود. این هزینه‌ها تحت عنوان حساب‌های ملی سلامت^۷ به‌صورت سالانه توسط مرکز آمار بر مبنای حسابداری تعهدی تهیه و منتشر می‌شوند. در حسابداری تعهدی درآمدها در زمان انجام خدمات یا فروش کالا و هزینه‌ها نیز در زمان دریافت کالا یا خدمات و ایجاد تعهد در حساب‌ها منظور می‌شوند. حساب‌های ملی سلامت مجموعه‌ای از اطلاعات نظام‌مند و جامع از جریان منابع مالی نظام سلامت برای یک دوره معین را نشان می‌دهند. نظام حساب‌های ملی سلامت یک (SHA1)^۸ در سال ۱۳۷۹ (۲۰۰۰ میلادی) با تلاش‌های بی‌وقفه و ۱۰ ساله سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی منتشر و برای تهیه حساب‌های ملی سلامت یکپارچه در اختیار سایر کشورها قرار گرفت. از سال ۱۳۸۱ تدوین گزارش حساب‌های ملی سلامت در دستور کار مرکز آمار ایران قرار گرفت و در حال حاضر ۱۶ گزارش براساس این دستورالعمل توسط

این مرکز تهیه شده و آخرین گزارش مرتبط با حساب‌های ملی سلامت سال ۱۳۹۵ می‌باشد. با توجه به تغییر دستورالعمل محاسبه حساب‌های ملی سلامت و برایش سال ۱۳۹۰ (برابر ۲۰۱۱ میلادی)^۹ (SHA2) و نظر به اینکه اکثر کشورها حساب‌های سلامت خود را براساس دستورالعمل جدید تهیه می‌کنند، لازم است با هدف افزایش دقت مقایسه‌ها در سطح بین‌المللی، گزارش‌های حساب‌های ملی سلامت ایران بازنگری و تبدیل به جداول SHA2 شوند.

براساس نتایج گزارش حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۹۴ سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی^{۱۰} برابر ۸/۱ درصد است. بخش عمومی^{۱۱} و بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره)^{۱۲} به‌ترتیب ۴۸/۷ و ۵۱/۳ درصد از هزینه‌های کل سلامت را تأمین می‌کنند. در سال ۱۳۹۴ نسبت پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت برابر ۳۸/۱ درصد است. سهم بیمه‌ی سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت ایران و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) در تأمین هزینه کل سلامت برابر ۲۸ درصد است. سرانه تولید ناخالص داخلی^{۱۳}، هزینه‌های کل سلامت^{۱۴}، هزینه‌های بخش عمومی^{۱۵} و پرداخت از جیب خانوار^{۱۶} به‌ترتیب برابر ۱۷،۵۳۲، ۱،۵۵۷، ۷۹۹ و ۵۹۳ دلار بین‌المللی^{۱۷} است.

جدول ۳-۱، شاخص‌های تأمین مالی هزینه‌های سلامت ایران را طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد. براساس این جدول در پی اقدامات طرح تحول سلامت، مقدار شاخص سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی از متوسط ۶/۷ درصد در طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۸ به ۸/۲ درصد در سال‌های بعد از اجرای این طرح (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) رسیده است. علت کاهش این شاخص در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ افزایش وسعت تحریم‌های اقتصادی، تورم، نرخ ارز و کاهش سرمایه‌گذاری در نتیجه اوضاع نامساعد اقتصادی در آن دوره می‌باشد. در طی این سال‌ها افزایش هزینه مردم در سایر بخش‌های سبد خانوار، سهم کالاها و خدمات سلامت در این سبد را بالاجبار کاهش داده و به بیان واضح‌تر منجر به کاهش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت شده است.

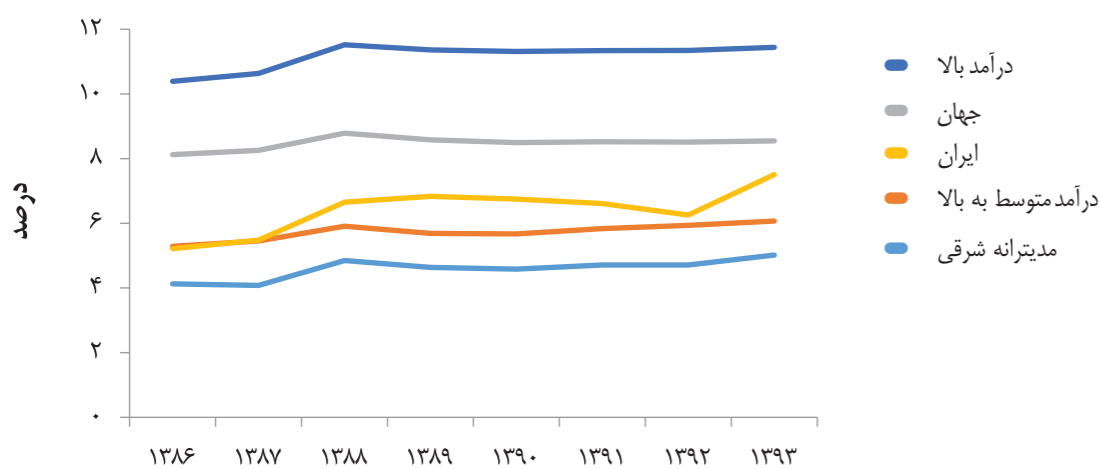
موقعیت ایران از نظر این شاخص در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و درآمد بالا، کشورهای مدیترانه شرقی و جهان در نمودار ۳-۱ نشان داده شده است؛ به‌صورت کلی این شاخص در کشور ایران، در طی دوره‌ی ۱۳۹۳-۱۳۸۶ در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و منطقه مدیترانه شرقی بالاتر است.

9 . System of Health Accounts 2011
10 . Total Health Expenditure as % of Gross Domestic Product
11 . General Government Health Expenditure as % of Total Health Expenditure
12 . Private Health Expenditure as % of Total Health Expenditure
13 . Gross Domestic Product Per Capita
14 . Total Health Expenditure Per capita
15 . General Government Health Expenditure Per capita
16 . Household Out of Pocket Per capita
17 . Int\$ (Purchasing Power Parity)

1 . General Government
2 . Private Sector
3 . External Resources
4 . Household Out of Pocket
5 . Gross Domestic Product per capita
6 . Total Health Expenditure
7 . National Health Accounts
8 . System of Health Accounts -1

جدول ۳-۱. شاخص‌های تأمین مالی بخش سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴							
سال	شاخص						
۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۷	۷/۱	۶/۸	۶/۵	۶/۱	۷/۵	۸/۹	سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۲/۷	۲/۴	۲/۴	۲/۲	۲/۴	۳/۷	۴/۶	سهم پرداختی از جیب خانوار از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۱۱۲۰	۱۲۳۳	۱۲۳۳	۱۲۴۵	۱۰۹۶	۱۳۶۶	۱۵۵۷	سرانه هزینه کل سلامت (دلار بین‌المللی) ^۱
۴۲۶	۴۱۶	۴۳۳	۳۸۲	۴۲۷	۶۸۰	۷۹۹	سرانه هزینه سلامت بخش عمومی (دلار بین‌المللی)
۴۱۶	۷۱۷	۶۹۱	۶۲۷	۵۱۵	۵۲۹	۵۹۳	سرانه پرداختی از جیب خانوار (دلار بین‌المللی)
۳۸/۰	۳۳/۷	۳۵/۱	۳۳/۳	۳۹/۰	۴۹/۸	۵۱/۳	سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه کل سلامت (درصد)
۱۶/۸	۱۶/۰	۱۵/۱	۱۷/۸	۱۹/۷	۲۴/۱	۲۸	سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)
۲۱/۳	۱۷/۷	۱۹/۹	۱۵/۵	۱۹/۲	۲۵/۷	۲۳/۴	سهم بخش عمومی به غیر از بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)
۶۱/۹	۶۶/۳	۶۴/۹	۶۶/۷	۶۱/۰	۵۰/۲	۴۸/۷	سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) در سلامت از هزینه کل سلامت (درصد)
۵۴/۸	۵۸/۲	۵۶/۰	۵۴/۸	۴۷/۰	۳۸/۷	۳۸/۱	سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت (درصد)
۸۸/۴	۸۷/۸	۸۶/۳	۸۲/۱	۷۷/۰	۷۷/۲	۷۸/۳	سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه بخش خصوصی (درصد)
۱۵،۹۶۹	۱۷،۳۹۷	۱۸،۱۱۳	۱۷،۵۱۲	۱۷،۸۵۳	۱۸،۱۴۳	۱۷،۵۳۲	سرانه تولید ناخالص ملی (دلار بین‌المللی)

۱. طبق تعریف سازمان همکاری اقتصادی و توسعه برابری قدرت خرید، به معنی تبدیل نرخ ارز کشورها به یک پول مشترک و یکسان نمودن قدرت خرید ارزهای متفاوت می‌باشد. به‌عبارت دیگر، برابری قدرت خرید عبارت است از حذف اختلافات سطوح قیمتی در روند تبدیل شاخص‌های دو کشور



نمودار ۳-۱. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳

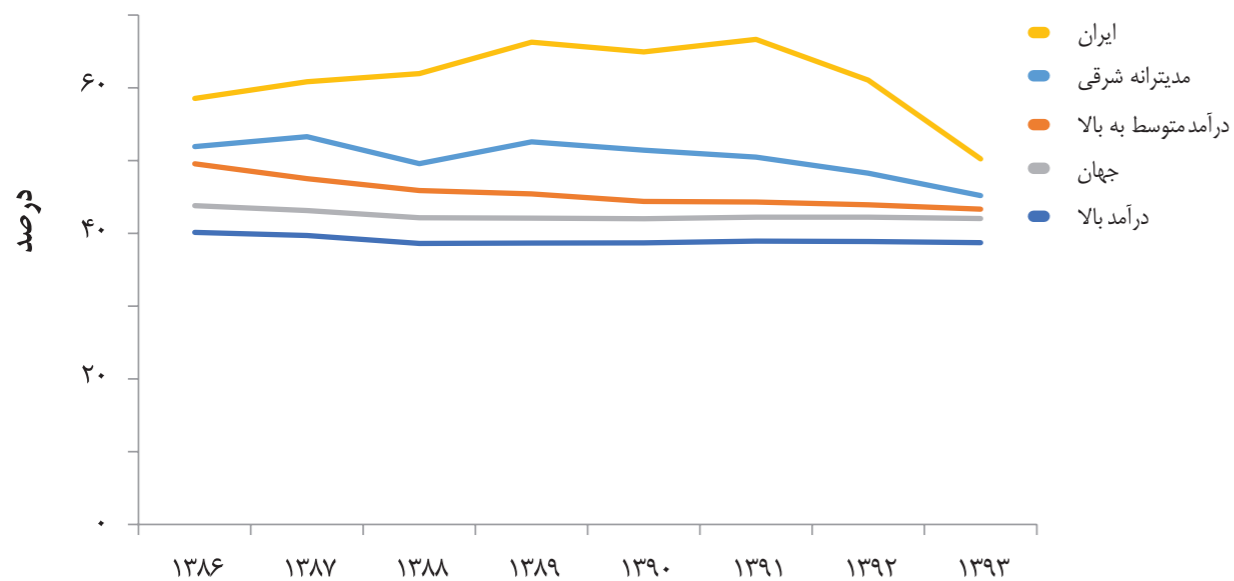
با توجه به اینکه شاخص سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در ایران از متوسط ۲/۴ درصد در طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۴/۲ درصد در سال‌های بعد از طرح تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) افزایش یافته و متوسط مقدار شاخص سهم هزینه سلامت بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از تولید ناخالص داخلی طی همین دوره تنها ۰/۲ درصد کاهش یافته است؛ لذا نتیجه‌گیری می‌شود که افزایش شاخص هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی، ناشی از تغییرات شاخص سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی بوده که این امر نوید دهنده افزایش حفاظت مالی از طریق کاهش سهم پرداختی از جیب خانوار است.

شاخص سرانه هزینه‌های کل سلامت از متوسط ۱۱۶۶ دلار بین‌المللی طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۱۴۶۱ دلار در طی سال‌های بعد از تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) افزایش یافته است. مقدار شاخص سرانه هزینه‌های بخش عمومی از متوسط ۴۱۷ دلار بین‌المللی طی همان دوره به ۷۳۹ دلار بین‌المللی رسیده است. مقدار شاخص سرانه پرداخت مستقیم از جیب خانوار که به شکل قابل ملاحظه‌ای در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ افزایش یافته بود، در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۵۶۱ دلار بین‌المللی رسیده است (جدول ۳-۱). لازم به ذکر است علت کاهش این شاخص در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ کاهش بهره‌مندی به‌دلیل

شرایط نابسامان اقتصادی کشور از نظر تحریم‌ها، افزایش نرخ تورم و افزایش نرخ ارز به‌دلیل کاهش قدرت خرید خانوار بوده است (۳-۱).

مقدار شاخص سهم هزینه‌های بخش عمومی از هزینه‌های کل سلامت نیز از متوسط ۳۵/۸ درصد در طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۵۰/۶ درصد در سال‌های بعد از تحول افزایش یافته است. موقعیت ایران از نظر این شاخص در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و درآمد بالا، کشورهای مدیترانه شرقی و جهان در نمودار ۳-۲ نشان داده شده است، به‌طور کلی میزان این شاخص در ایران در مقایسه با سایر کشورها پایین‌تر است. برای افزایش سهم این شاخص دو رویکرد وجود دارد: الف. کاهش مخارج این شاخص؛ اعمال سیاست‌های کنترل هزینه‌ای از طریق خرید راهبردی (بازنگری بسته‌های بیمه، فرانشیز پلکانی، بهبود و ارتقای نظام ارجاع، تعیین سقف دریافت و آرایه خدمات و...) و کاهش هزینه کل سلامت؛ ب. افزایش صورت شاخص: افزایش هزینه بخش عمومی با سرعتی بالاتر از رشد هزینه‌های کل سلامت.

برای تصمیم‌گیری در مورد اتخاذ هر یک از این رویکردها می‌بایست این نکته را در نظر گرفت که در برخی از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا که سرانه هزینه سلامت بخش عمومی (و یا سهم هزینه بخش عمومی از تولید ناخالص) آن‌ها معادل ایران است، نسبت پرداختی‌شان از جیب به کل هزینه سلامت پایین‌تر است.



نمودار ۳-۳. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳

است. به‌صورت کلی این شاخص در ایران در مقایسه با این کشورها و جهان بالاتر است.

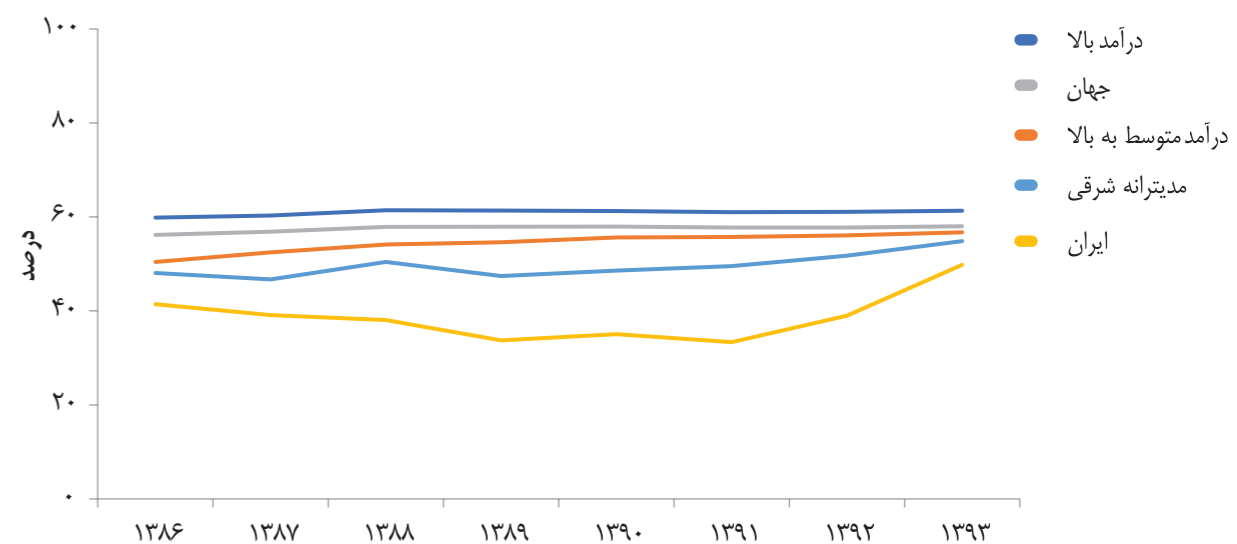
شاخص سهم هزینه‌های پرداخت از جیب خانوار از هزینه‌های کل سلامت از متوسط ۵۴ درصد طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۳۸/۴ درصد در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول کاهش یافته است. این شاخص در سال ۱۳۹۱ کاهش جزئی و در سال ۱۳۹۲ کاهش قابل توجهی یافته است، که از مهم‌ترین دلایل آن عبارتند: کاهش بهره‌مندی از خدمات سلامت به‌دلیل بالا رفتن هزینه خوراک و مسکن در سید خانوار، کمک دولت به بخش سلامت از طریق پرداخت مابه‌التفاوت نرخ ارز دارو و بدهی بیمارستان‌ها، رایگان‌شدن ویزیت و داروهای تجویزی از طرف پزشک خانواده.

کارکردهای هزینه‌های نظام سلامت^۳

کارکردهای سلامت نشان‌دهنده گروه‌های مختلف کالاها و خدمات تولید شده در بخش سلامت هستند. مهم‌ترین این کارکردها که در اغلب گزارش‌های اقتصادی بخش سلامت به‌عنوان سهمی از هزینه کل سلامت مطرح می‌شوند عبارت‌اند از خدمات درمانی، انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده بین بیماران سرپایی، خدمات سلامت همگانی و پیشگیری. در ادامه، روند تغییرات این شاخص‌ها در ایران طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴ آرایه شده است.

یکی دیگر از شاخص‌هایی که روند تغییرات آن در جدول شماره ۳-۱ آمده، سهم هزینه‌های بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه‌های کل سلامت است. مقدار این شاخص از متوسط ۶۴/۲ درصد در دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۴۹/۴ درصد در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) رسیده است. بنابراین دولت توانسته با اجرای این طرح از طریق جلوگیری از افزایش پرداختی از جیب خانوار که به‌طور متوسط بیش از ۸۴ درصد از هزینه بخش خصوصی را تشکیل می‌دهد، جلوی افزایش سهم بخش خصوصی به مقدار سال‌های قبل از آن را گرفته و سهم آن را به بخش عمومی منتقل کند. شاخص‌های سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه‌های کل سلامت^۱ و هزینه سلامت بخش عمومی^۲ نیز به‌ترتیب از متوسط ۱۷/۱ و ۴۷/۷ در طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ۲۶ و ۵۱/۴ درصد در طی سال‌های بعد از اجرای طرح تحول رسیده است. افزایش سهم بیمه‌ها و به‌بیان دیگر پیش پرداخت‌ها در تأمین هزینه‌های سلامت یکی از مهم‌ترین اهداف پوشش همگانی سلامت برای ایجاد حفاظت مالی مناسب مردم است و لذا در این طرح مورد توجه قرار گرفته است.

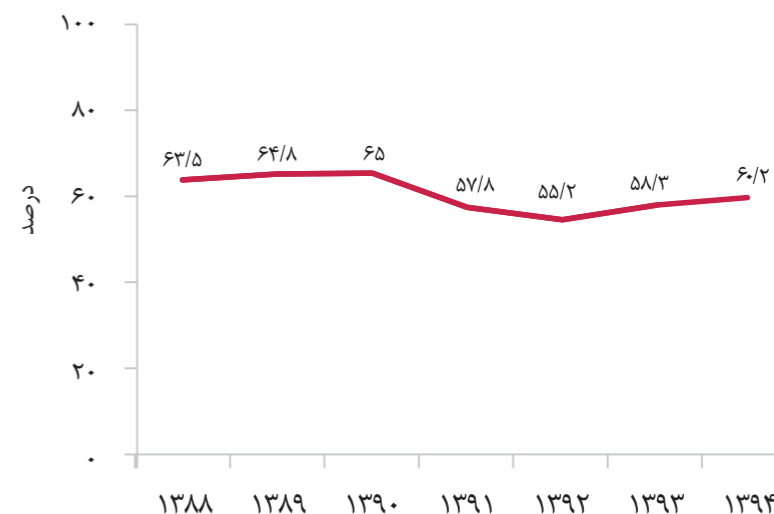
موقعیت ایران از نظر شاخص سهم هزینه سلامت بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه‌های کل سلامت در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و درآمد بالا، کشورهای مدیترانه شرقی و جهان در نمودار ۳-۳ نشان داده شده



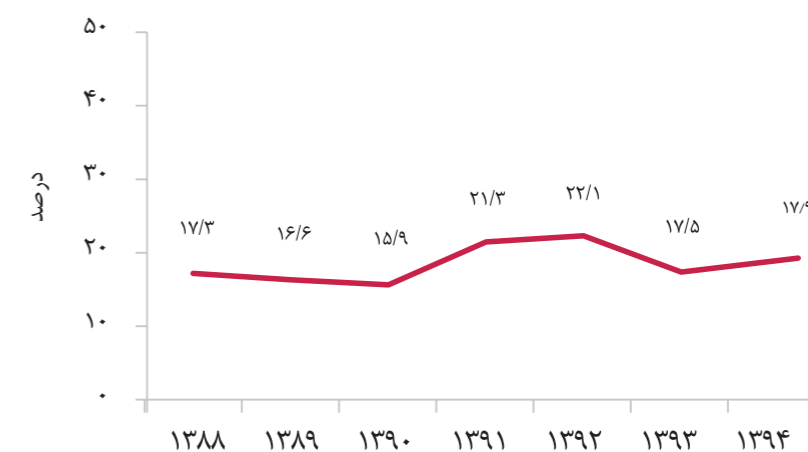
نمودار ۳-۲. سهم هزینه بخش عمومی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳

3. Health Expenditure by Functions

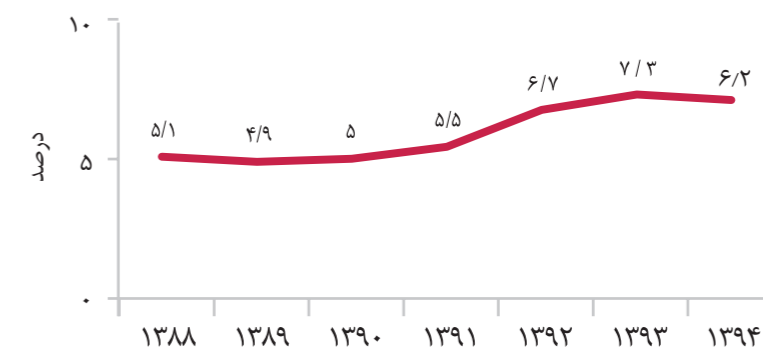
1. Social Security Insurance Funds as % of Total Health Expenditure
2. Social Security Insurance Funds as % of General Government Health Expenditure



نمودار ۳-۴. سهم هزینه خدمات درمانی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴



نمودار ۳-۵. سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴



نمودار ۳-۶. سهم هزینه خدمات سلامت همگانی و پیشگیری از هزینه کل سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴

هزینه خدمات درمانی شامل تمامی مخارج صرف شده برای خدمات درمان بستری روزانه، سرپایی و خدمات درمانی در منزل است. نمودار ۳-۴ سهم هزینه خدمات درمانی از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌کنید این شاخص در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ کاهش یافته است. در طی این دوره هزینه دارو و تجهیزات افزایش یافت و افزایش سهم این هزینه‌ها، منجر به کاهش سهم خدمات درمانی از کل هزینه‌های سلامت شده است. اجرای این طرح توانست شرایط سخت سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در بخش سلامت را تعدیل نماید و زمینه بهبود دسترسی و ارتقای اولویت خدمات درمانی در سید خانوار را فراهم کند؛ از جمله مهم‌ترین این اقدامات برای رفع مشکلات ایجاد شده در این سال‌ها عبارتند از افزایش پوشش بیمه‌ای، کاهش پرداختی بستری و سرپایی، واقعی کردن تعرفه‌ها، افزایش منابع انسانی بیمارستان‌ها، راه‌اندازی واحدهای درمانی، افزایش کیفیت ارائه خدمات در سطوح دو و سه، رایگان شدن زایمان طبیعی، ایجاد شرایط مناسب درمان برای بیماران صعب‌العلاج از طریق تعدیل پرداخت مستقیم خانوار در هنگام دریافت خدمت. متوسط سهم هزینه خدمات درمانی از هزینه‌های کل سلامت، در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۵۹/۲ درصد رسید که نسبت به متوسط آن در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ۲/۷ درصد افزایش یافته است.

هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده بین بیماران سرپایی عبارت است از مخارج صرف شده برای دارو (با یا بدون نسخه)، لوازم طبی و سایر کالاهای مصرفی پزشکی. متوسط سهم این شاخص طی دوره ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ برابر ۱۶/۶ درصد بوده، در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ۲۱/۷ درصد رسیده و سپس در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۱۷/۷ درصد کاهش یافته است. نکته حائز اهمیت در مورد شاخص سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی از هزینه کل سلامت، افزایش آن در دوره ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ است. بررسی شرایط اقتصادی کشور و متعاقباً بخش سلامت نشان می‌دهد که در این دوره، گران شدن ارز، افزایش تورم، شرایط تحریم و قاچاق داروها و تجهیزات پزشکی، انحصاری بودن خرید دارو و تجهیزات، چند قیمتی بودن دارو و تجهیزات، منطقی نبودن تجویز و مصرف داروها و تجهیزات پزشکی و عدم تخصیص ارز به بخش دارو از مهم‌ترین اتفاقاتی است که باعث رشد غیرمنطقی این شاخص شده است. از

مهم‌ترین اقداماتی که در پی اجرای طرح تحول سلامت منجر به کاهش این شاخص گردید عبارتند از: تهیه فهرست قیمتی برای دارو و تجهیزات، تأمین منابع برای مابه‌التفاوت ارز، واردات موازی دارو و تجهیزات، درجه‌بندی تجهیزات از نظر کیفیت و اجرای سازوکارهای کشف قیمت در قالب مداخلاتی از قبیل رفع بحران کمبود دارو و تجهیزات پزشکی، کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی و حمایت از داروهای تولید داخل.

هزینه خدمات سلامت همگانی و پیشگیری عبارت است از مخارج صرف شده برای خدمات بهداشت مراقبت از مادر و کودک، تنظیم خانواده، بهداشت مدارس، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، خدمات بهداشت حرفه‌ای و غیره. مقدار متوسط این شاخص در سال‌های قبل از طرح تحول سلامت، ۵/۵ درصد بوده و در پی اجرای این طرح به متوسط ۶/۸ درصد در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ رسیده است، بنابراین اجرای طرح تحول منجر به افزایش سهم سلامت همگانی و پیشگیری شده است. از جمله مهم‌ترین مداخلاتی که منجر به افزایش این شاخص گردید عبارتند از: بازنگری و گسترش ساختار ارائه خدمات سطح اول در شهر و روستا، طراحی و اجرای خدمات نوین سلامت (سلامت روان و بیماری‌های غیرواگیر)، بازنگری برنامه‌های قبلی (باروری، بلایا و ...)، اصلاح و استمرار برنامه پزشکی خانواده مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران، ارتقای مشارکت جامعه در سلامت، تقویت و نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی و ارتقای سلامت محیط و حرفه‌ای.

به‌طور کلی می‌توان گفت که در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه‌های خدمات درمانی و همچنین هزینه خدمات سلامت همگانی و پیشگیری از هزینه‌های کل سلامت افزایش و سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی از هزینه‌های کل سلامت کاهش یافت که این امر در راستای ارتقای کارایی تخصیصی بخش سلامت بوده است.

نمودارهای شماره ۳-۷ الی ۳-۱۴ وضعیت ایران از نظر مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط به بالا را نشان می‌دهند. به‌منظور ایجاد تصویری روشن از این شاخص‌ها در ایران در مقایسه با کشورهای هم درآمد در ابتدا هر یک از شاخص‌ها از کمترین به بیشترین مرتب شده‌اند و سپس ربع‌بندی شده‌اند، کشورهایی که دارای کمترین مقادیر بوده در ربع اول و بالعکس کشورهای با بیشترین مقادیر در ربع چهارم طبقه‌بندی شده‌اند.

رتبه ایران در میان کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا از نظر مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی

کشور ایران از نظر شاخص سرانه هزینه کل سلامت در ربع چهارم قرار دارد، به عبارت دیگر مقدار آن در ایران از متوسط آن در کشورهای مورد مقایسه بالاتر است. سرانه هزینه کل سلامت در ایران از کشور ترکیه و تایلند بالاتر می‌باشد (نمودار ۳-۷). مقایسه ایران با سایر کشورها در ادامه ارائه شده است:

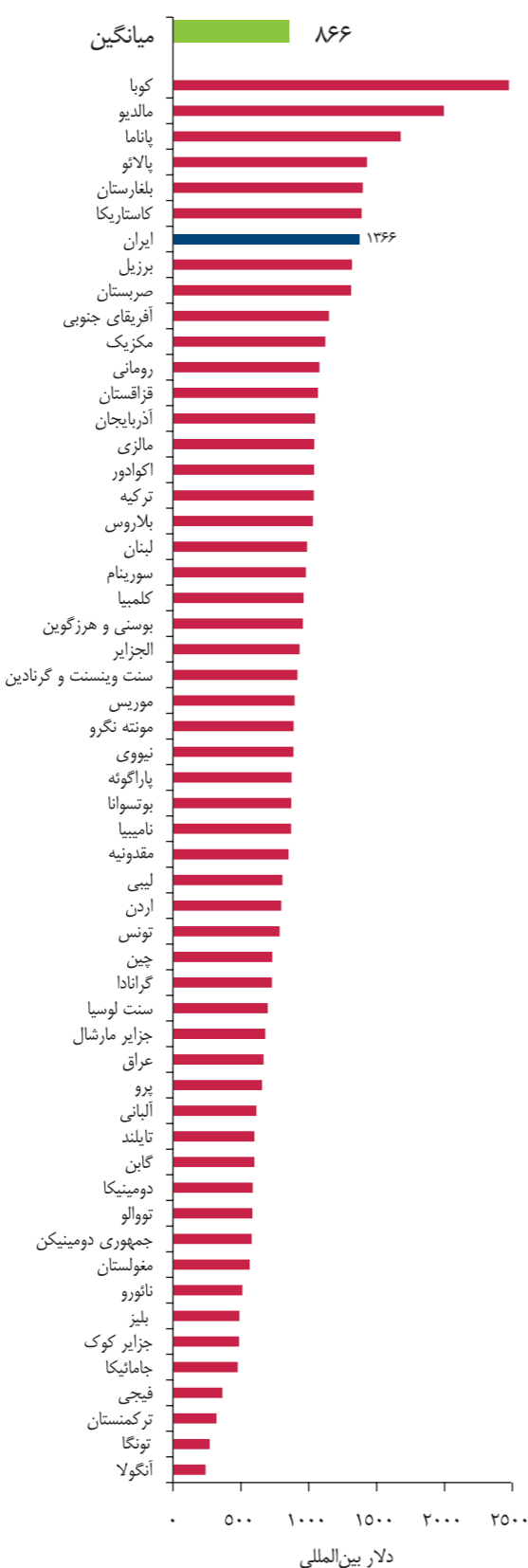
از نظر شاخص سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی در ربع سوم قرار دارد، به عبارت دیگر مقدار آن در ایران از متوسط آن در کشورهای مورد مقایسه بالاتر است. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران از کشور ترکیه و تایلند بالاتر می‌باشد (نمودار ۳-۸).

از نظر شاخص سرانه هزینه سلامت بخش عمومی در ربع چهارم قرار دارد، و لذا مقدار آن در ایران از متوسط آن در کشورهای مورد مقایسه بالاتر است. سرانه هزینه بخش عمومی در ایران به ترتیب از کشور ترکیه و تایلند پایین‌تر و بالاتر می‌باشد (نمودار ۳-۹).

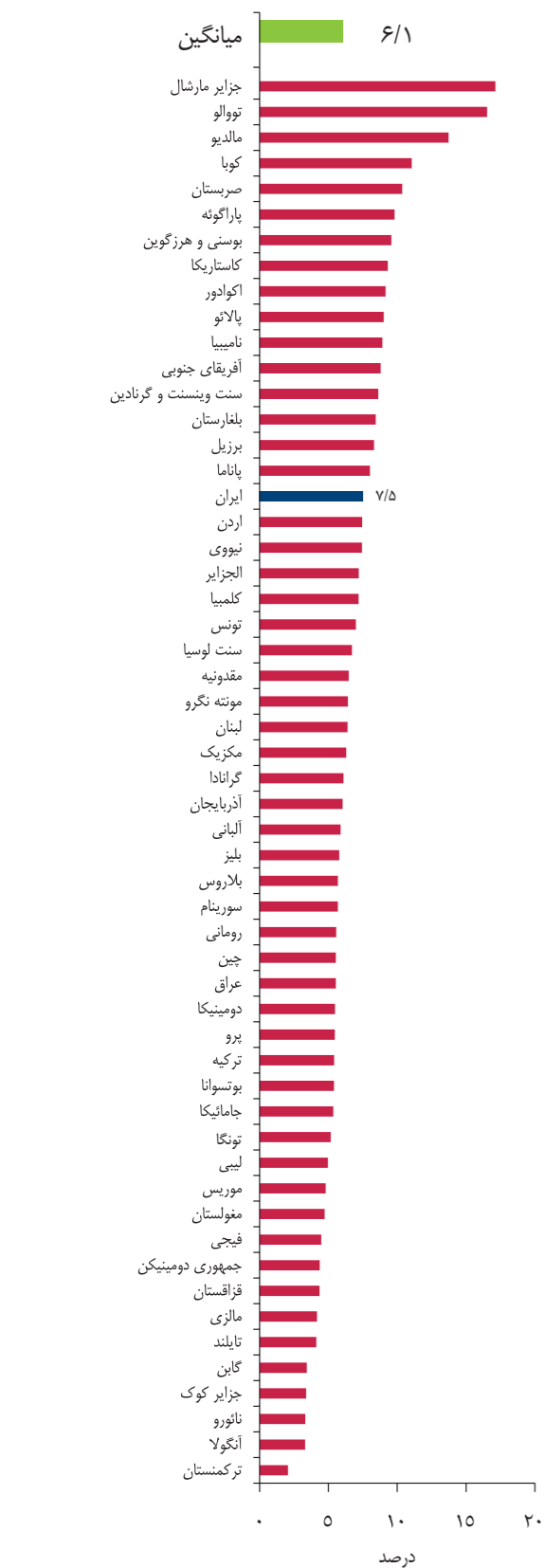
از نظر شاخص سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در ربع دوم قرار دارد، به عبارت دیگر مقدار آن در ایران از متوسط آن در کشورهای مورد مقایسه پایین‌تر است. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در ایران به ترتیب از کشور ترکیه و تایلند پایین‌تر و بالاتر می‌باشد (نمودار ۳-۱۰).

از نظر شاخص سهم هزینه بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه سلامت بخش عمومی در ربع سوم قرار دارد، به عبارت دیگر مقدار آن در ایران از متوسط آن در کشورهای مورد مقایسه بالاتر است. سهم هزینه بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه سلامت بخش عمومی در ایران به ترتیب از کشور ترکیه و تایلند پایین‌تر و بالاتر می‌باشد (نمودار ۳-۱۱).

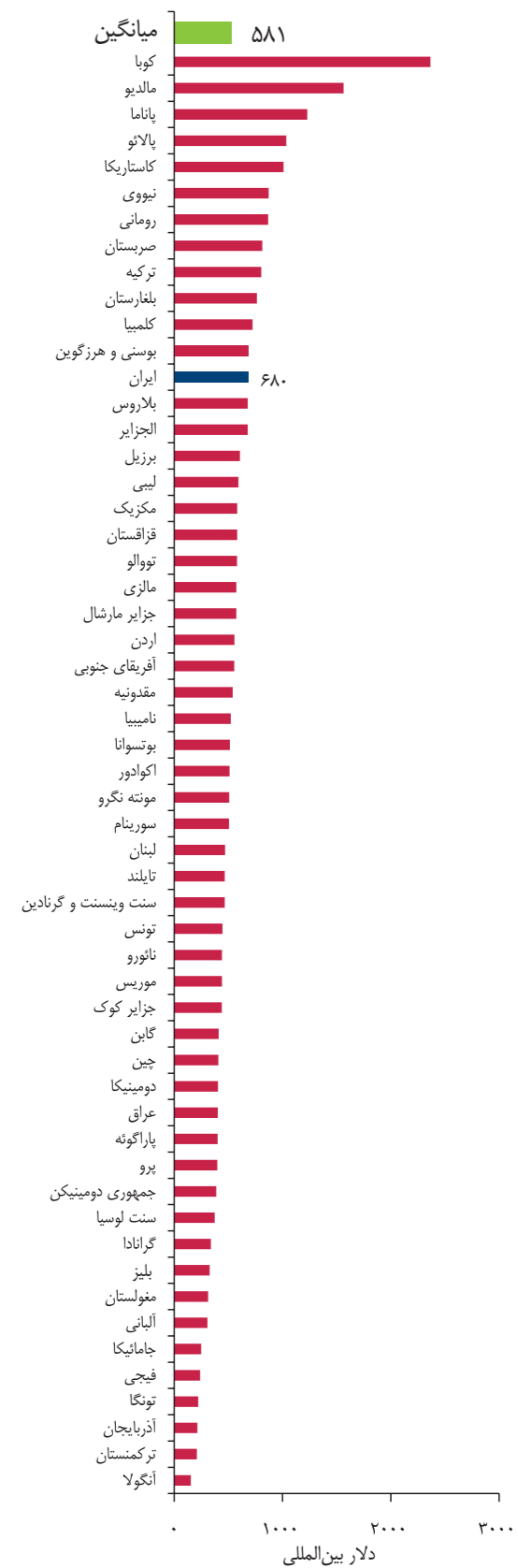
نمودار ۳-۷. سرانه هزینه کل سلامت به دلار بین‌المللی در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



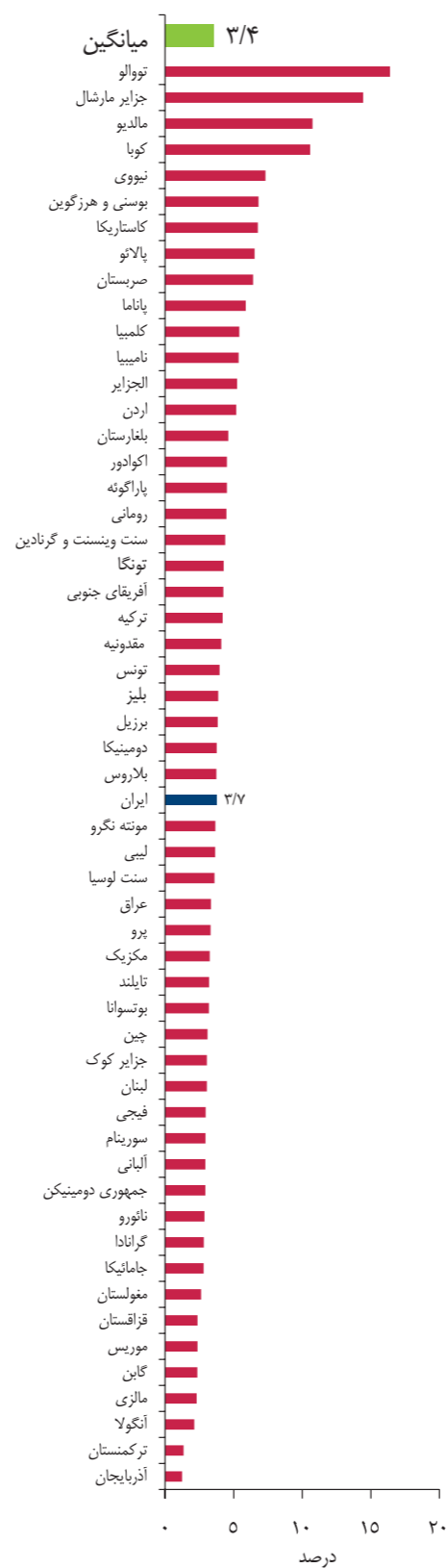
نمودار ۳-۸. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



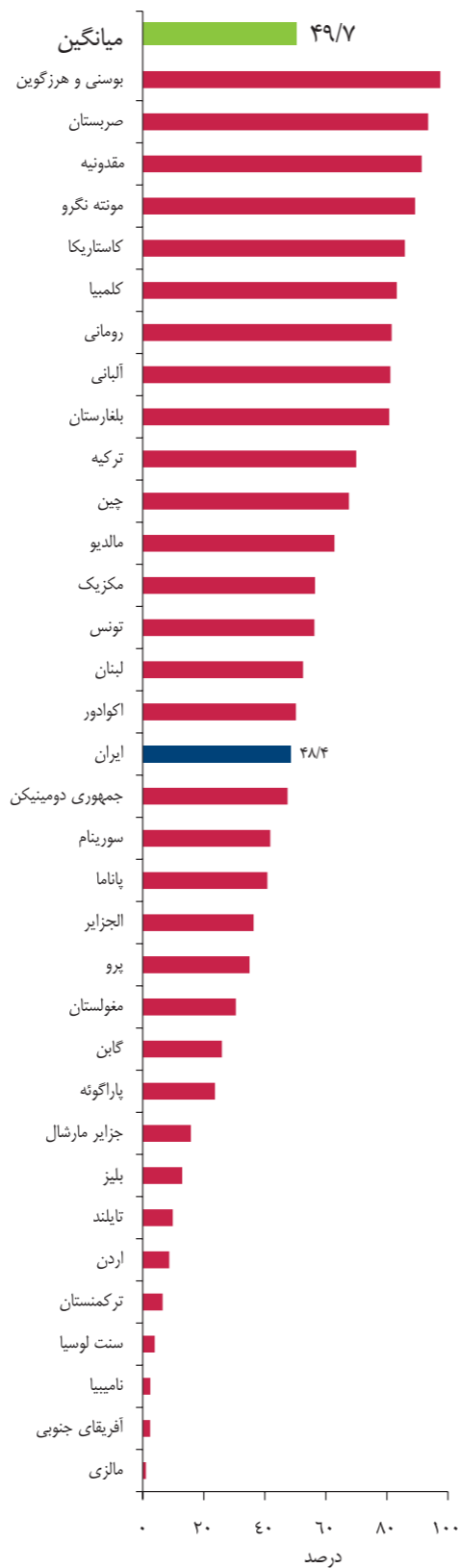
نمودار ۳-۹. سرانه هزینه سلامت بخش عمومی به دلار بین‌المللی در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



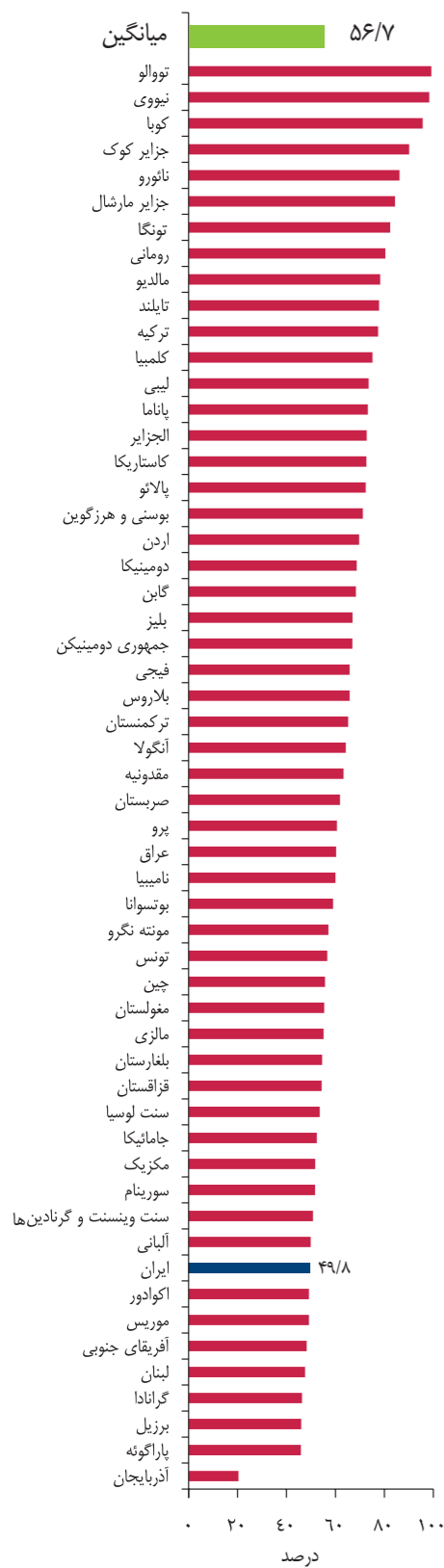
نمودار ۳-۱۰. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



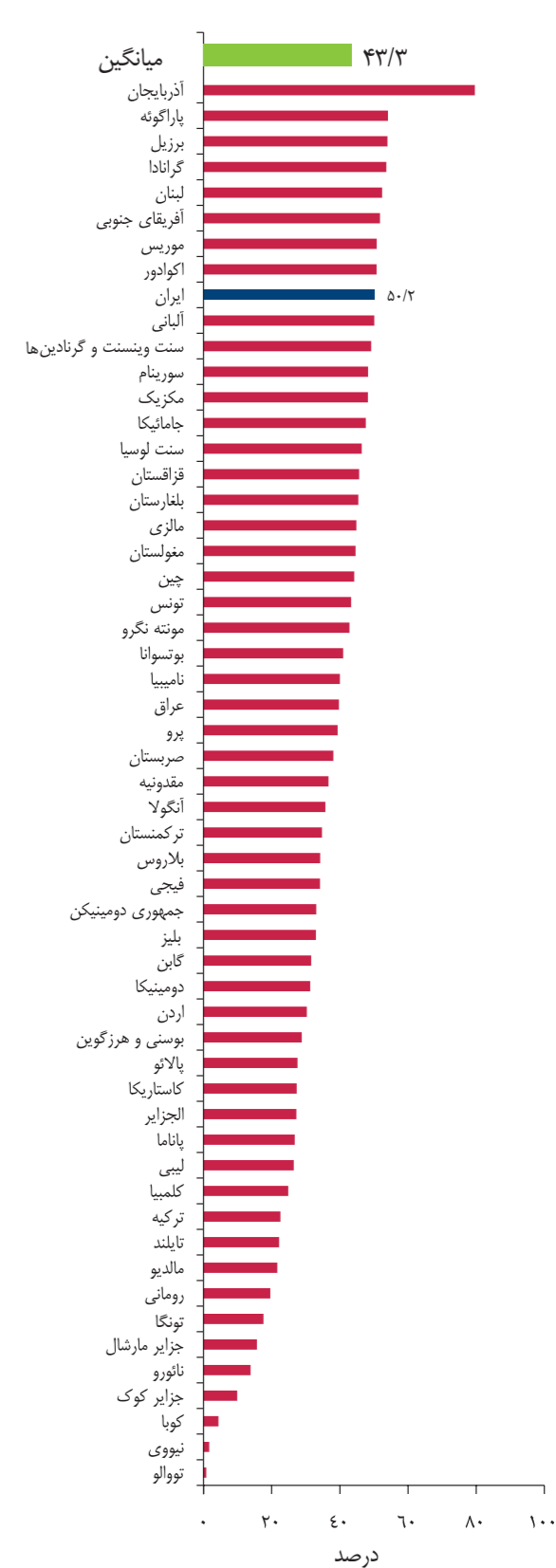
نمودار ۳-۱۱. سهم هزینه بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه سلامت بخش عمومی (درصد) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



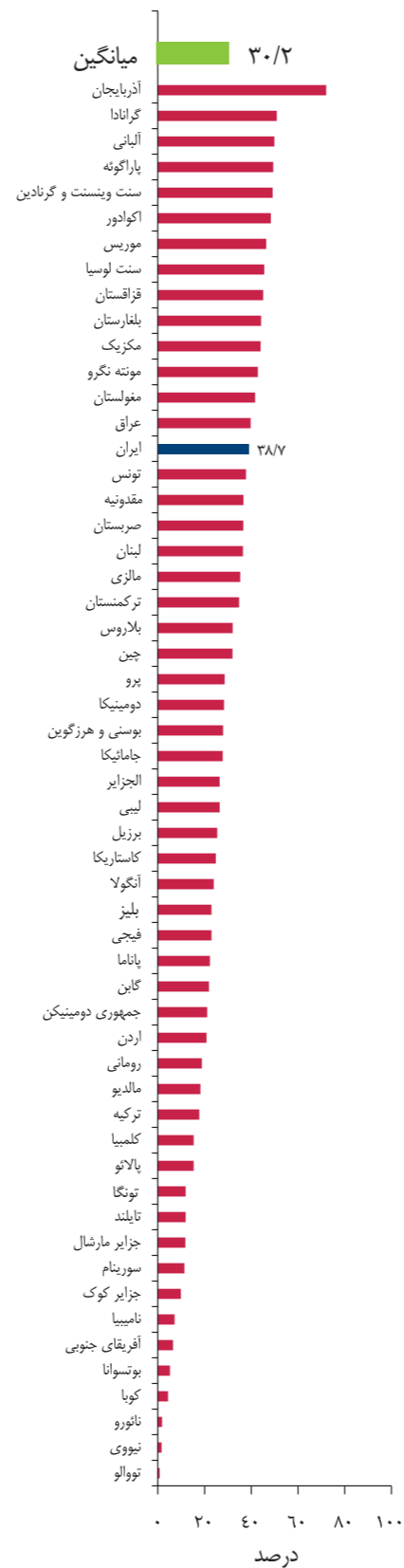
نمودار ۳-۱۲. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (درصد) در سال ۱۳۹۳



نمودار ۱۳-۳. سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (درصد) در سال ۱۳۹۳

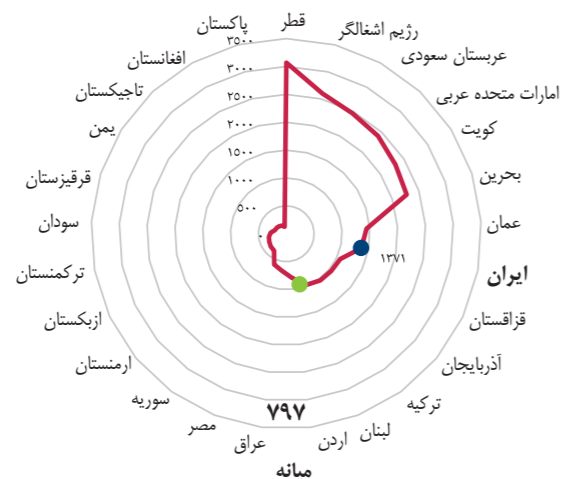


نمودار ۱۴-۳. سهم پرداختی از جیب از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۳



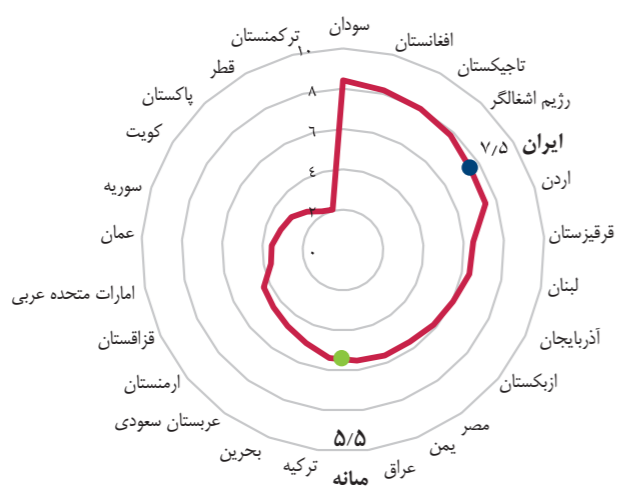
رتبه ایران در میان کشورهای منطقه چشم‌انداز از نظر مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی

در ادامه در نمودارهای ۳-۱۵ الی ۳-۲۴، مقایسه شاخص‌های تأمین مالی در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز ارایه شده‌است. اندازه شاخص سرانه هزینه کل سلامت در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



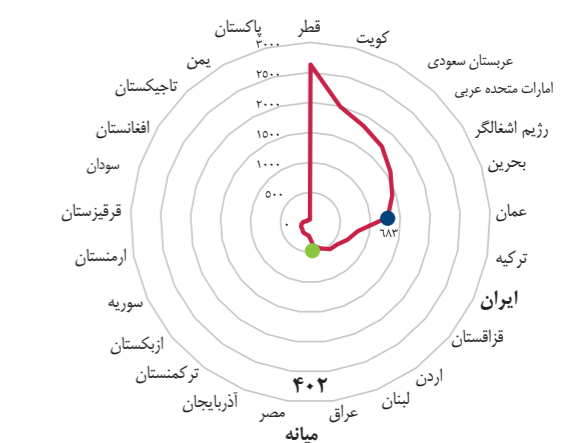
نمودار ۳-۱۵. سرانه هزینه کل سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



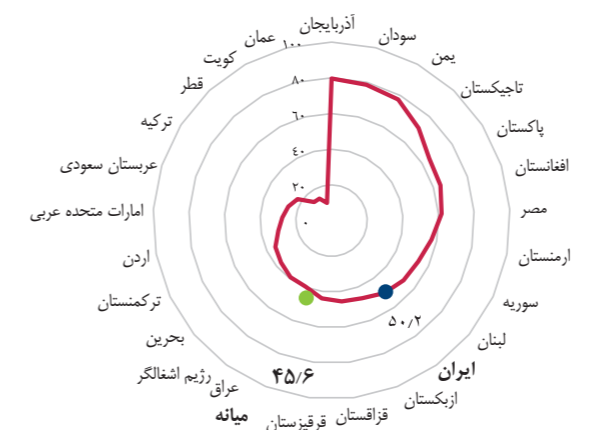
نمودار ۳-۱۶. سهم هزینه‌های کل سلامت به تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سرانه هزینه سلامت بخش عمومی در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



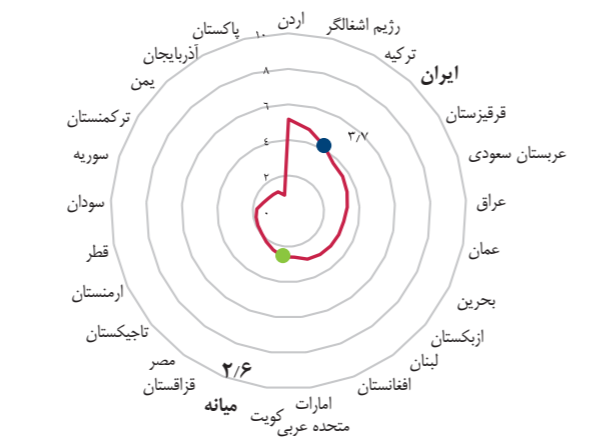
نمودار ۳-۱۷. سرانه هزینه بخش عمومی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم هزینه بخش خصوصی (پرداختی از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه کل سلامت در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



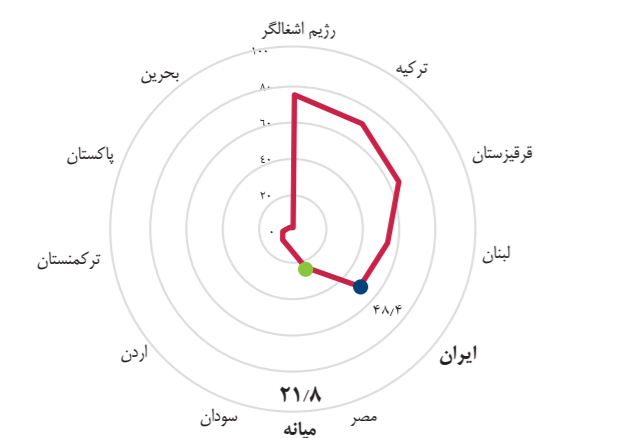
نمودار ۳-۱۸. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداختی از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم هزینه بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



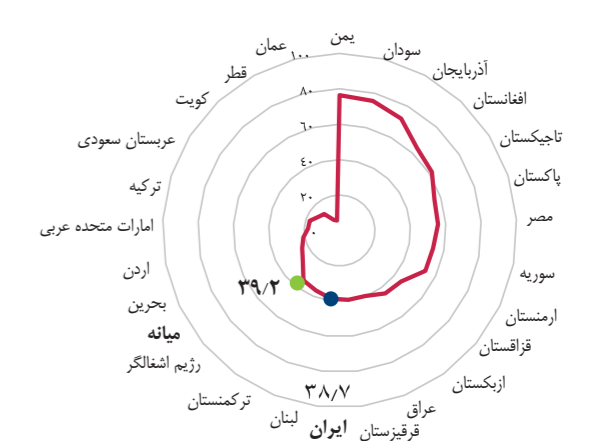
نمودار ۳-۲۱. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه سلامت بخش عمومی در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



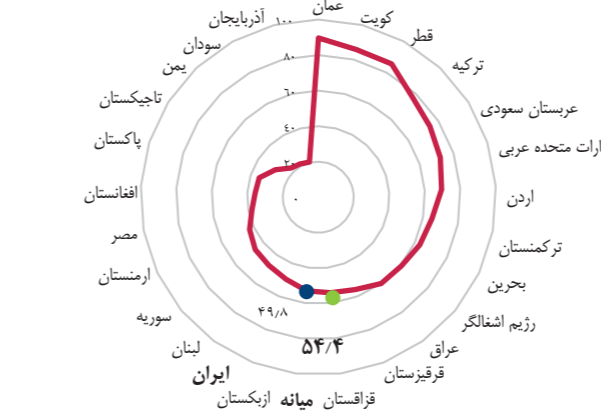
نمودار ۳-۲۲. سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه دولت عمومی در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت در کشور ایران پایین‌تر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



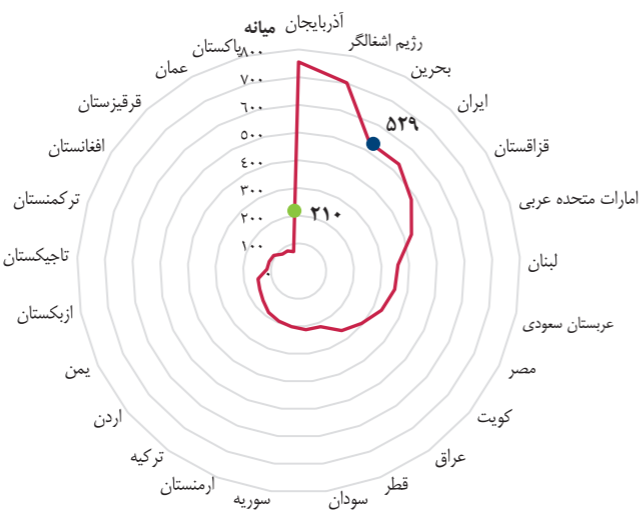
نمودار ۳-۱۹. سهم پرداختی از جیب خانوار به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سهم هزینه بخش عمومی سلامت از هزینه کل چشم‌انداز است.



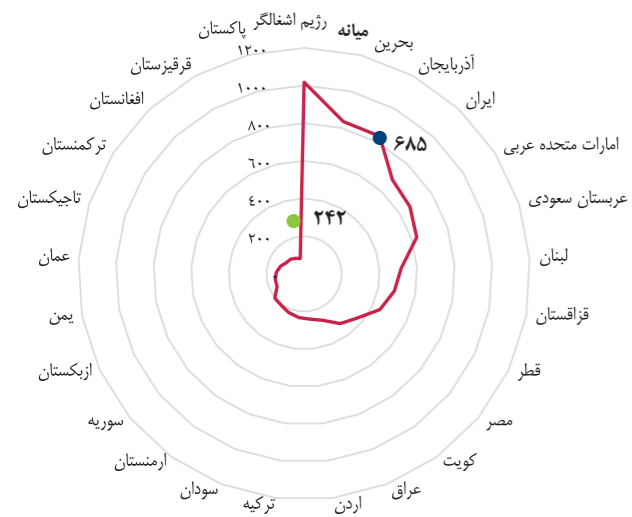
نمودار ۳-۲۰. سهم هزینه بخش عمومی سلامت به کل هزینه‌های سلامت در کشورهای منطقه چشم‌انداز (درصد) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سرانه پرداختی از جیب خانوار در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



نمودار ۳-۲۳. سرانه پرداختی از جیب خانوار در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳

اندازه شاخص سرانه هزینه سلامت بخش خصوصی در کشور ایران بالاتر از میانه آن در کشورهای منطقه چشم‌انداز است.



نمودار ۳-۲۴. سرانه هزینه سلامت بخش خصوصی (پرداختی از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) در کشورهای منطقه چشم‌انداز (دلار بین‌المللی) در سال ۱۳۹۳

هزینه‌های کل سلامت در ایران در سال ۱۳۹۳

هزینه‌های کل سلامت در ایران در سال ۱۳۹۳

هزینه‌های کل سلامت در ایران در سال ۱۳۹۳

در پی اجرای طرح تحول، حمایت دولت منجر به کاهش سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت و انتقال آن به دولت داخلی و بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت و تأمین اجتماعی) شد و چشم‌انداز تأمین مالی بخش سلامت کشور ایران از تأمین مالی غالب توسط پرداختی از جیب خانوار به سمت تأمین مالی حد وسط بخش عمومی و پرداختی از جیب خانوار تغییر یافت. با توجه به اینکه تأکید طرح پوشش همگانی سلامت بر انواع روش‌های پیش پرداخت و یا تجمیع منابع و کاهش انکاه به پرداخت از جیب خانوار می‌باشد، این مهم دستاورد ارزشمندی در راستای دستیابی به اهداف این طرح می‌باشد.

براساس آنچه در بخش‌های فوق در مورد تأمین مالی نظام سلامت ایران گفته شد،مهم‌ترین چالش‌های تأمین مالی بخش سلامت عبارت‌اند از ۱.پایین بودن سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینهٔ کل سلامت، در عین بالاتر بودن سرانه هزینه آن نسبت به متوسط کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی و منطقه چشم‌انداز؛ ۲. بالا بودن سهم هزینه سلامت بخش خصوصی از هزینهٔ کل سلامت نسبت به کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی و منطقه چشم‌انداز؛ ۳. بالا بودن نسبت هزینه پرداختی از جیب خانوار به هزینهٔ کل سلامت در ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی و منطقه چشم‌انداز و فاصله آن با آستانه تعیین شده در برنامه ششم توسعه (۲۵ درصد)؛ ۴. بالا بودن سرانه پرداختی از جیب خانوار و سرانه هزینه سلامت بخش خصوصی در مقایسه با کشورهای منطقه چشم‌انداز؛ ۵. بالابودن سهم هزینهٔ کل سلامت از تولید ناخالص داخلی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی و منطقه چشم‌انداز؛ ۶ سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (۴/۶ درصد در سال ۱۳۹۴) نشان‌دهنده اولویت بالای بخش سلامت با توجه به شرایط اقتصادی کشور است، بنابراین امکان ارتقای اولویت آن برای کاهش سهم پرداختی خانوار، در سال‌های آتی وجود ندارد؛ ۷. برخی از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا که سرانه هزینهٔ سلامت بخش عمومی و سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی، معادل ایران است، سهم پرداختی از جیب خانوار به کل هزینهٔ سلامت در آن‌ها پایین‌تر است.

تحلیل‌های صورت گرفته بر روی داده‌های حساب‌های ملی سلامت و تولید ناخالص ملی ایران در طی سال‌های ۱۳۹۳–۱۳۷۴ توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که درصد تغییرات هزینه‌های کل سلامت نسبت به درصد تغییرات تولید ناخالص داخلی (ککش

هزینه‌های کل سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی) از ۱۲۱۴ در طی سال‌های ۱۳۸۴–۱۳۷۴ به ۱۱۵۵ در طی سال‌های ۱۳۹۳–۱۳۸۴ کاهش یافته است، از آنجایی که بخش سلامت در الویت دولت است، انتظار می‌رود که هزینه سلامت بخش عمومی سریع‌تر از تولید ناخالص داخلی افزایش یابد. درصد تغییرات پرداختی از جیب خانوار نسبت به درصد تغییرات تولید ناخالص داخلی در طی سال‌های ۱۳۸۴–۱۳۷۴ از ۱۲۵۴ به ۱۰۷۷ در طی سال‌های ۱۳۹۳–۱۳۸۴ کاهش یافته است. با توجه به اینکه نتایج موجود اهمیت موضوع پایداری منابع و محدودیت فضای بودجه‌ای کشور برای تخصیص منابع مالی بیشتر به بخش سلامت در آینده را نشان می‌دهد، بررسی کارایی هزینه‌های بخش سلامت در تمامی سطوح امری ضروری می‌باشد.

به‌همین منظور در ایران همانند سایر کشورها، لازم است منابع ناکارایی در بخش سلامت شناسایی شده تا با کمک آن بتوان از افزایش هزینه‌ها در آینده جلوگیری کرده و با سطح معینی از منابع، میزان بالاتری خروجی دریافت نمود. برای دستیابی به این مهم لازم است اقدامات ذیل صورت گیرد:

- تعریف بسته بیمه پایه خدمات سلامت مبتنی‌بر نیاز و شواهد اقتصادی از طریق تدوین و بازبینی راهنماهای بالینی، اجرایی نمودن لیست داروهای ضروری به جای تجویز داروهای با نام تجاری و اجرای نظام ارجاع؛
- تعدیل اشتغال دوگانه پزشکان در بخش خصوصی و دولتی به‌منظور کاهش تقاضای القایی طرف عرضه و هزینه‌های سلامت؛
- تغییر روش پرداخت به ارایه دهندگان خدمات سلامت از مدل بدون سقف پرداخت به ازای خدمت به مدل پرداخت مبتنی‌بر گروه‌های مختلف تشخیصی (DRG) با سقف بسته برای خدمات بستری و تخصصی و سرانه برای مراقبت سلامت اولیه؛
- کنترل استفاده از خدمات سلامت از طریق طراحی و اجرای دقیق پروتکل نظام ارجاع در سطح ملی؛
- با نظر به موانع موجود در مورد واحد نمودن صندوق‌های بیمه سلامت، لازم است تمامی صندوق‌ها به‌صورت هماهنگ درآمد و شورای‌عالی بیمه سلامت برای نظارت‌بر کل مجموعه بیمه سلامت تقویت گردد.

بیمه‌های سلامت

در ایران بیمه‌های سلامت به دو دستهٔ کلی بیمهٔ پایه و بیمهٔ تکمیلی تقسیم می‌گردند. عمده‌ترین سازمان‌های بیمه‌ای پایه عبارتند از سازمان بیمه تأمین اجتماعی، بیمه درمانی نیروهای مسلح، سازمان بیمه سلامت ایران، کمیته امداد امام خمینی. سازمان‌های بیمه سلامت تحت قوانین و سیاست‌گذاری‌های شورای‌عالی بیمه سلامت که متشکل از تمامی ذینفعان می‌باشد، فعالیت می‌کنند. این شورا و دبیرخانه آن از آبان ماه سال ۱۳۹۶ از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منفک و مجدداً به زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ملحق شد.

بسته خدمات پایه بیمه‌های سلامت را می‌توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه‌بر قابلیت ارایه در ایران، در طی یک فرایند تصمیم‌گیری و چانه‌زنی، تعیین و هزینه آنها توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین می‌شود. اهمیت تدوین و اعلام بسته‌های مزایای مورد تعهد بیمه همگانی، به‌صورت رسمی برای نخستین بار در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که در سال ۱۳۷۳ به‌تصویب رسیده است، مورد اشاره قرار گرفت. به‌موجب ماده ۱۰ همان قانون حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو مشتمل بر خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به‌عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق‌تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (تکمیلی) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای‌عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

پوشش ناکارآمد بیمه‌ای از چالش‌هایی هستند که منجر به افزایش سهم پرداخت مردم از هزینه‌های سلامت می‌گردند. با وجود اینکه ۹۳ درصد از جمعیت به‌نحوی تحت پوشش بیمه قرار دارند، سهم منابع بیمه از کل هزینه‌های سلامت حدود ۲۸ درصد می‌باشد.

نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان در سطوح مختلف ارایه خدمات سلامت در ایران متفاوت می‌باشد؛ متون علمی و نیز توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت بهره‌گیری از نظام پرداخت سرانه در سطح یک ارایه خدمت و نظام پرداخت مبتنی‌بر گروه‌های تشخیصی مرتبط در سطوح دو و سه را به‌عنوان کارآمدترین نظام‌های پرداخت پیشنهاد می‌نمایند. سیاست‌های وزارت بهداشت پس از اجرای طرح تحول سلامت به‌سمت اجرایی نمودن این دو نظام پرداخت می‌باشد که این موضوع می‌تواند گام بلندی در جهت افزایش کارایی نظام

سلامت محسوب گردد.

با توجه به وضعیت موجود نظام تأمین مالی نظام سلامت، نظام بیمه سلامت در ایران ضرورت دارد به سمت اجرای سیاست‌های خرید راهبردی خدمات سلامت گام بردارد؛ اجرای این سیاست‌ها می‌تواند نقش نظام بیمه‌ای را در تأمین منابع مالی پایدار حوزه سلامت از طریق افزایش کارایی در تخصیص منابع ارتقا بخشد، لذا به‌منظور استقرار خرید راهبردی خدمات سلامت، راهکارهای اصلی به‌شرح ذیل پیشنهاد می‌گردند که شامل تدوین و بازنگری بسته خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی‌بر شواهد، تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت، اجرای زیرساخت‌های نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان براساس دو روش نظام گروه‌های تشخیصی مرتبط در بخش درمان و نظام سرانه در بخش بهداشت و ایجاد سازوکارهای مدیریت و کنترل عرضه و تقاضا در ارایه خدمات سلامت با بهره‌گیری از راهنماهای بالینی، ارزیابی فنآوری سلامت و نظام ارجاع در ایران می‌باشد.

بیمه‌های سلامت به دو دستهٔ کلی بیمهٔ پایه و بیمهٔ تکمیلی تقسیم می‌گردند. در بیمهٔ پایه، بیمه‌شدگان به چند گروه تقسیم می‌گردند. گروه اول، کارکنان مؤسسات خصوصی و دولتی مشمول قانون تأمین اجتماعی هستند؛ گروه دوم، کارکنان رسمی مؤسسات دولتی و مشمول قانون استخدام کشوری هستند؛ گروه سوم نیز کارکنان مؤسسات دولتی غیرمشمول قانون استخدام کشوری و قانون کار و نیز کارکنان مؤسسات نظامی و انتظامی هستند؛ همچنین گروه چهارم در اصل شامل گروه‌هایی می شوند که از محل منابع عمومی حق بیمه ایشان تأمین می‌گردد.

در دهه‌های اخیر، با پیشرفت دانش و فنآوری‌های پزشکی و ناتوانی سازمان‌های ارایه دهندهٔ بیمهٔ درمانی اولیه، بیمه‌گران بازرگانی برای رفع نگرانی خانواده‌ها و تأمین بخش عمدهٔ سلامت، به عرصهٔ بیمهٔ درمان وارد شده‌اند. این بیمه‌گران عمدتاً مازاد هزینه‌های خدمات را که شامل مابه‌التفاوت تعرفه‌های دولتی و خصوصی می‌باشد، را پوشش می‌دهند. با تصویب قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۳، تعداد سازمان‌های بیمه‌گر پایه اصلی (سازمان‌هایی که بخشی از منابع آنان با مشارکت قانونی دولت تأمین می‌شود) شامل چهار سازمان گردید که عبارتند از: الف. سازمان تأمین اجتماعی؛ ب. سازمان بیمه سلامت؛ ج. بیمه خدمات سلامت نیروهای مسلح؛ د.کمیته‌ی امداد امام خمینی(ره).

علاوه‌بر این سازمان‌ها، صندوق‌های متعدد دیگری وجود دارد که وابسته به سازمان‌های دولتی خاص هستند که عمدتاً خدمات بیمه پایه و تکمیلی را به‌صورت توأم ارایه می‌دهند.

بیمه‌های سلامت در ایران، براساس نوع بیمه‌گر

ویژگی‌های سازمان‌های بیمه‌ای پایه اصلی در ایران به‌شرح زیر می‌باشد:

۱. بیمه تأمین اجتماعی: مهم‌ترین تمهدهات و خدمات صندوق تأمین اجتماعی برمبنای قانون تأمین اجتماعی و مقررات مربوطه به آن، شامل: حمایت در برابر حوادث، بیماری‌ها و بارداری، مستمری بازنشستگی، مستمری از کارافتادگی، مستمری بازماندگان، مقرری بیمه بیکاری، غرامت دستمزد ایام بیماری، غرامت دستمزد ایام بارداری، پرداخت هزینه وسایل کمک پزشکی، کمک هزینه ازدواج وکمک هزینه کفن و دفن می‌باشد؛

۲. بیمه درمانی نیروهای مسلح: اولین اساسنامه سازمان در اردیبهشت ماه سال ۱۳۵۳ تحت عنوان سازمان خدمات درمانی ارتش به تصویب مجلس شورای ملی وقت رسید و سپس براساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و مطابق اساسنامه مصوب ۱۳۷۲/۱۰/۲۹ مجلس شورای اسلامی با ادغام سازمان خدمات درمانی ارتش و امکانات مشابه در وزارت دفاع، سازمان خدمات درمانی و نیروهای مسلح تشکیل و عهده‌دار تأمین خدمات درمانی کارکنان نیروهای مسلح و وزارت دفاع و سازمان‌های وابسته اعم از کادر ثابت، پیمانی، اعضاء ویژه بسیج، بازنشستگان و عایله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران گردید؛

۳. سازمان بیمه سلامت ایران: در پی تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، اساسنامه سازمان بیمه سلامت در اسفند ماه ۱۳۷۳ تصویب و این سازمان در سوم مهرماه سال ۱۳۷۴ شروع به‌کار نمود. صندوق‌های بیمه درمان این سازمان شامل صندوق‌های کارکنان دولت، روستاییان، ایرانیان و سایر اقشار (خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، دانشجویان، مشمولین طرح نیروی انسانی و …) می‌باشند. پس از طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ صندوق بیمه همگانی رایگان نیز در این سازمان تشکیل شده است و وظیفه آن فراهم آوردن بیمه پایه رایگان برای افراد فاقد بیمه و استطاعت مالی جهت پرداخت حق بیمه می‌باشد؛

البته سازمان بیمه سلامت ایران با مصوبه اخیر مجلس شورای اسلامی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل شده است که باید مراقبت گردد خللی در تفکیک خریدار و ارایه دهنده خدمت ایجاد نگردد؛

۴. کمیته امداد امام خمینی: این مؤسسه در سال ۱۳۵۷ (چهاردهم اسفندماه) براساس حکم امام خمینی(ره) برای مدت نامحدود تشکیل شد و هم اکنون زیر نظر ولی فقیه وقت فعالیت می‌نماید. اساسنامه

کمیته امداد در سال ۱۳۶۶ تنظیم و به تأیید امام خمینی رسید؛

۵. سایر صندوق‌های بیمه‌ای: برخی از شرکت‌های بزرگ دولتی و غیردولتی در طول زمان، نظام بیمه‌ای مخصوص به‌خود را ایجاد کرده‌اند و تأمین مالی این سازمان‌ها توسط کارگر و کارفرما صورت می‌گیرد و خدمات خود را بیشتر به‌صورت غیرمستقیم ارایه می‌دهند. از جمله مهم‌ترین صندوق‌های این طبقه، صندوق بیمه سلامت وزارت نفت می‌باشد که با توجه به شرایط محل کار و امکانات بهداشتی و درمانی مورد نیاز ایشان و همچنین وضعیت درآمدی جمعیت تحت پوشش این صندوق، متوسط هزینه کرد سرانه آن به‌مقدار قابل ملاحظه‌ای بیشتر از متوسط کشوری می‌باشد.

جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت در ایران، براساس نوع بیمه‌گر، در سال ۱۳۹۵

جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت

جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه براساس اطلاعات استعلام شده از گزارش‌های رسمی سازمان‌های بیمه‌گر سال ۱۳۹۵ و براساس آخرین اطلاعات موجود گروه بیمه و اقتصاد سلامت معاونت درمان وزارت متبوع، از جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ۴۷/۹۲ درصد تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، ۴۴/۶۴ درصد سازمان تأمین اجتماعی، ۱/۵۳ درصد کمیته امداد امام خمینی و ۵/۹۱ درصد بیمه سلامت نیروی های مسلح می‌باشند (جدول ۳–۲).

انواع بسته خدمات سلامت

در ایران پنج گروه به انواع بسته خدمات سلامت وجود دارد. این پنج گروه در ادامه ارایه شده‌است.

گروه اول، خدمات آموزشی یا ترویج سلامت در ایران معمولاً به‌عنوان فعالیت بین‌بخشی و توسط ذینفعان متعددی (مانند آموزش و پرورش، صدا و سیما، وزارت علوم و سازمان محیط زیست) صورت گرفته و معمولاً اکثر افراد جامعه به آن دسترسی دارند و برای افراد ساکن روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر و عشایر به‌صورت فعال ارایه می‌شود. این خدمات مشمول خدمات پیشگیرانه بوده و معمولاً هزینه‌های آن توسط بودجه دولتی تأمین می‌شود. هدایت بین‌بخشی برای این گروه از خدمات در شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی با ایفای نقش اصلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد .

گروه دوم، یا خدمات پیشگیرانه، شامل مراقبت‌های اولیه سلامتی است که معمولاً ترجیح نظام سلامت در تأمین آنها برای کل جمعیت بدون تحمیل هزینه بر مردم می‌باشد. تعیین محتوای این بسته توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد. منابع دولتی محل اصلی تأمین این خدمات است. این خدمات نیز مانند خدمات گروه اول برای افراد ساکن روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر و عشایر به‌صورت فعال ارایه می‌شود. مهم‌ترین ارایه‌کنندگان این خدمات پزشکان عمومی و مراقبین سلامت می‌باشند. این خدمات در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع ارایه می‌شود.

گروه سوم، بسته خدمات درمانی است که غالباً بیماران نیز همراه سازمان‌های بیمه‌گر کشور در تأمین هزینه آنها مشارکت می‌کنند. برخی از این خدمات از محل بودجه مستقیم دولتی و همچنین بارانه‌ها نیز تأمین هزینه می‌شوند (مانند خدمات بیماران خاص یا صعب‌العلاج). تعیین بسته خدمات بیمه پایه معمولاً از این گروه خدمات و توسط شورای‌عالی بیمه به‌عنوان بالاترین مرجع سیاست‌گذاری در تأمین مالی سلامت ایران تعیین می‌شد، که بعلت به‌کارگیری ناکافی شواهد معتبر و همچنین سایر ملاحظات مانند ملاحظات اجتماعی و فرهنگی و سیاسی، تقریباً

اکثر خدمات بجز برخی خدمات نوین، خدمات پیوند اعضاء، خدمات زیبایی، برخی خدمات دندانپزشکی و خدمات گروه اول و دوم در آن وجود دارند. منابع مالی ناپایدار و تابعیت سازمان‌های بیمه‌گر پایه از وزارت رفاه و عدم تابعیت ایشان از سیاست‌های نظام سلامت و همچنین ارجحیت ملاحظات مالی و منابع بر ملاحظات سلامت، مشکلات بزرگی در تهیه فهرست این بسته وهمچنین پوشش مناسب مالی آن ایجاد کرده است. بیمه‌های تکمیلی سلامت نیز مابه‌التفاوت هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌های پایه و گاهی خدمات خارج از پوشش ایشان را مورد تعهد دارند.

گروه چهارم، به‌عنوان بسته خدمات بازتوانی بوده و تقریباً قسمت بیشتر هزینه آن بایستی توسط بیماران و بیمه‌های خصوصی تأمین شود. این خدمات می‌تواند شامل خدمات سه گروه قبل نیز باشد که در این صورت تأمین هزینه‌های آن تابع ضوابط گروه مربوطه می‌باشد.

گروه پنجم، به‌عنوان بسته خدمات نگاهدارنده یا کمکی می‌باشد که تأمین هزینه این خدمات نیز بدلیل تنوع آنها، مانند خدمات گروه سوم از منابع مختلف صورت می‌گیرد.

تأمین هزینه خدماتی که توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مورد تعهد هستند، ۹۰ درصد هزینه‌های خدمات بستری و ۷۰ درصد هزینه خدمات سرپایی را براساس تعرفه بخش دولتی شامل می‌شود و در صورت مراجعه فرد به بخش خصوصی، پرداخت مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی با خصوصی نیز به‌عهده بیماران یا بیمه‌های تکمیلی و خصوصی است.

لازم به توضیح است که مانند سایر کشورها، خدمات در ایران براساس سطوح تخصصی ارایه‌کنندگان نیز به سطح ۱ و ۲ و ۳ تقسیم می‌شود که گروه اول توسط مراقبین و پزشکان عمومی و گروه دوم و سوم به‌ترتیب توسط متخصصین و فوق‌تخصص‌ها ارایه می‌شود. گروه‌های خدمتی در دو گروه اصلی سرپایی و بستری طبقه‌بندی شده‌اند که زیرمجموعه هر کدام براساس گروه‌های ارایه کننده آنها تعیین می‌گردد (بستری موقت یا اورژانسی، بستری با یا بدون جراحی، خدمات تصویربرداری،خدمات آزمایشگاهی، فیزیوتراپی، خدمات دندانپزشکی، خدمات دارویی و سایر خدمات پاراکلینیکی).

جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵

جدول ۳–۲. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵		
سازمان	تعداد جمعیت (نفر)	سهم از کل جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه (درصد)
بیمهٔ سلامت ایران	۳۸٬۸۸۳٬۳۹۸	۴۷/۹۲
بیمهٔ تأمین اجتماعی	۳۶٬۲۲۱٬۸۴۳	۴۴/۶۴
کمیته امداد امام خمینی(ره)	۱٬۲۴۵٬۴۹۲	۱/۵۳
بیمهٔ سلامت نیروهای مسلح	۴٬۸۰۰٬۰۰۰	۵/۹۱
مجموع کل بیمه شده‌ها	۸۱٬۱۵۰٬۷۳۳	۱۰۰
فاقدین بیمه درمانی	۵٬۵۲۰٬۰۰۰	۶/۹ درصد از کل جمعیت
همپوشانی بیمه‌های درمانی	۶٬۶۷۰٬۷۳۳	۸/۲ درصد کل بیمه شدگان

در شکل ۱-۳ محدودیت‌ها و مشکلات سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه خدمات سلامت ارایه شده است.

چالش‌های محتوایی

- وجود شعار سلامت محور در سیاست‌های کلان و درمان محور در اجرا
- معیوب بودن فرآیند قانون‌گذاری و تصمیم‌گیری در خصوص بسته
- عدم بررسی و اطلاع از تأثیر سیاست‌ها بر سلامت مردم
- وجود ساختارها و منابع تأمین کننده مالی متفاوت در پوشش بسته خدمات سلامت
- مبهم بودن ارزش‌های مرجع در سیاست‌گذاری‌های کلان بسته خدمات سلامت
- عدم وجود سیاست استاندارد و مناسب برای تعیین بسته
- عدم وجود تعریفی جامع از بسته بیمه پایه در ایران
- عدم تدوین آئین‌نامه‌های اجرایی جهت تحقق اسناد بالادستی

چالش‌های فرآیندی

- نبود وجود معیارهای مشخص برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه
- لحاظ نمودن سیمای مرگ و اپیدمیولوژی جهت اثربخش نمودن مداخلات بسته
- عدم به‌کارگیری مطالعات ارزیابی فناوری سلامت در (تصمیم‌گیری) ورود خدمات به بسته
- به‌کارگیری چانه‌زنی در تصمیم‌گیری‌های دبیرخانه شورای عالی سلامت
- تأثیر زیاد قدرت چانه‌زنی ذینفعان در نتایج تصمیمات
- وجود داروهای بدون نسخه (OTC) در بسته خدمات سلامت
- شیفت دادن درصد زیادی از هزینه‌های سلامت برای درصد کمی از جمعیت
- وجود چالش در کفایت منابع مورد نیاز پوشش بسته بیمه پایه
- گسترده بودن محتوای بسته بدون در نظر گرفتن اولویت‌ها و هزینه‌های نظام سلامت
- عدم اجرایی شدن سیاست‌های تدوین شده در خصوص بسته و سایر ابعاد خرید راهبردی
- عدم در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در تدوین بسته
- انفعالی برخورد نمودن سازمان‌های بیمه‌گر در مواجهه با پیشنهادات قرار گرفتن خدمت به بسته
- نبود نظام بازنگری و ارزشیابی بسته خدمات پایه سلامت

شکل ۱-۳. محدودیت‌ها و مشکلات سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه خدمات سلامت

ذینفعان

- تأثیر و فشار نخبگان سیاسی بر سیاست‌های بسته
- مجاز بودن پزشکان و شرکت‌های تأمین کننده مواد به درخواست ورود خدمت و دارو به بسته بیمه
- وجود تعارض منافع در سیاست‌گذاری‌های بسته خدمات بیمه پایه
- رویکرد مقاومتی سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص ورود خدمات به بسته بیمه پایه
- عدم درخواست ارایه پاسخگویی از متولیان اجرای سیاست براساس نقش‌های تعریف شده
- عدم عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر براساس خرید راهبردی
- در نظر نگرفتن ترجیحات و علاقه‌مندی مردم در ترکیب و محتوای بسته بیمه پایه سلامت
- عدم اطلاع از کشش‌پذیری حق بیمه جهت سیاست‌گذاری متناسب بسته بیمه پایه

چالش‌های زمینه‌ای و ساختاری

- غیر اثربخش بودن کارکرد و بسته بیمه‌های تکمیلی سلامت در ایران
- نبود پشتوانه حقوقی، جامع و محکم از برنامه‌ها
- ناپایداری در منابع مالی مورد نیاز بسته
- نداشتن اطلاعات مبنی بر بار و الگوی بیماری‌ها
- دولتی بودن منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر
- امکان استفاده از دفترچه بیمه (تجویز دارو، پروسیجر و ...) توسط پزشکان غیر طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر پایه
- عدم وجود تعرفه‌های متفاوت و سطح‌بندی شده براساس تخصص و مهارت پزشکان
- عدم وجود سازوکارهای کنترل عرضه و تقاضا در خدمات تحت تعهد بیمه پایه
- وجود نظام کارانه در پرداخت به ارایه دهندگان خدمت
- عدم وجود گروه‌های رسمی مستقل و متخصص برای ارزیابی فناوری سلامت در ایران
- پایین بودن حق بیمه‌های پایه سلامت
- عدم تجمیع خطر بیمه‌های مختلف سلامت
- عدم الزام به کارگیری راهنماهای بالینی در ارایه خدمت و تجویز دارو

چارچوب تأمین مالی در نظام سلامت ایران و تعدد صندوق‌های بیمه‌ای سلامت

الف. تأمین مالی در سازمان‌های بیمه پایه اصلی

نظام تأمین مالی در ایران از چندین جزء تشکیل شده است. الگوی تأمین مالی در نظام سلامت ایران بیانگر آن است که درآمدهای دولت

(از محل فروش دارائی‌های عمومی، مالیات ها و...)، بیمه‌های سلامت (از محل حق بیمه‌ها و کمک‌های دولت) و پرداخت‌های خصوصی و مستقیم افراد، عمده‌ترین منابع وصول درآمد را تشکیل می‌دهند. در ادامه به بررسی وضعیت منابع تأمین مالی و بودجه سلامت در کشور پرداخته شده است (شکل ۳-۲).

سازمان تأمین اجتماعی

- بیست وهفتام از ۳۰ درصد کل حقوق و دستمزد بیمه شده؛

- ۲۳ درصد سهم کارفرما؛

- ۷ درصد سهم بیمه شده.

بیمه سلامت نیروهای مسلح

- ۷ درصد حقوق و مزایای مستمر تا سقف ۲ برابر حق حقوق و دستمزد قانون کار؛

- سهم بیمه شونده دو درصد حقوق و مزایای مستمر تا حداکثر ۱۴,۲۴۸,۵۰۰ ریال؛

- ۱/۹ درصد سهم کارفرما؛

- ۲ درصد سهم دولت.

بیمه سلامت کمیته امداد

- بودجه اختصاصی از دولت؛

- ۷ درصد حقوق و دستمزد که ۱۰۰ درصد آن را دولت می‌دهد؛

- کمک‌های مردمی.

سازمان بیمه سلامت

- تعریف سرانه، ۷ درصد حقوق و دستمزد کل حق بیمه کارکنان دولت اعم از شاغلین و بازنشستگان معادل ۷ درصد حقوق و مزایای مستمر؛ سهم کارمند شاغل ۲ درصد، حقوق ماهیانه مشمول کسور بازنشستگی ۲ درصد، سهم کارمند بازنشسته، وظیفه بگیر و مستمری بگیر ۱/۷ درصد و مابقی توسط کارفرما پرداخت خواهد شد؛

- سهم دستگاه‌های بیمه‌گذار معادل سهم بیمه شده (برای شاغلین ۲ درصد و برای بازنشستگان ۱/۷ درصد)؛

- سهم بیمه شدگان در صندوق بیمه ایرانیان معادل ۵۰ درصد سرانه مصوب می‌باشد که این سهم براساس آزمون وسع بین ۱۵ تا ۱۰۰ درصد در نظر گرفته می شود؛

- روستائیان: سرانه برابر ۴۰ درصد سرانه شهرنشینان می‌باشد که توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی به سازمان بیمه سلامت پرداخت می‌گردد؛

- سهم بیمه شدگان افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی با معرفی کمیته امداد از حق بیمه، صفر درصد می‌باشد.

شکل ۳-۲. تأمین مالی در سازمان‌های بیمه پایه اصلی

ب. سهم بیمه‌های سلامت در تأمین مالی حوزه سلامت

منابع عمومی قابل هزینه‌کرد از طریق بیمه به دو قسمت تقسیم می‌شود:

۱. اعتباراتی که در حال حاضر به‌عنوان مشارکت دولت در تأمین حق بیمه اقشار مختلف از جمله کارکنان دولت، روستائیان و ... در ردیف‌های بودجه لحاظ شده است؛

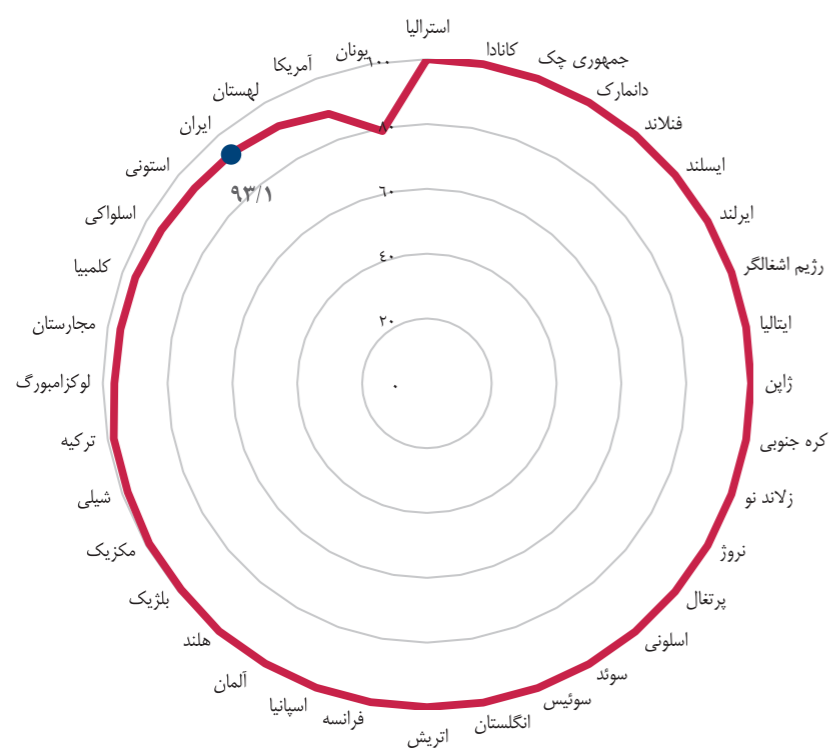
۲. اعتباراتی که ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران و یا سایر دستگاه‌های اجرایی قرار دارد و ماهیت عمومی و یا کمک داشته و قابل هزینه‌کرد از طریق بیمه می‌باشد، مانند اعتبارات کمک به هزینه‌های درمان بیماران خاص یا اجرای برنامه پزشکی خانواده و

پوشش ناکارآمد بیمه‌ای از چالش‌هایی هستند که منجر به افزایش سهم مردم از هزینه‌های سلامت می‌گردند. با وجود آنکه براساس آمار موجود، حدود ۹۳ درصد از جمعیت به‌نحوی تحت پوشش بیمه قرار دارند، در نمودار ۳-۲۵، پوشش بیمه پایه در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی آرایه شده است. براساس آخرین آمار حساب‌های ملی در سال ۱۳۹۴ سهم منابع بیمه از کل هزینه‌های سلامت حدود ۲۸ درصد می‌باشد.

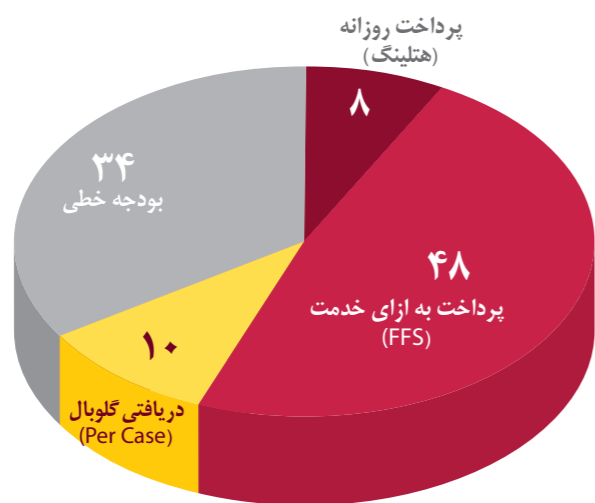
سهم بیمه‌های سلامت در تأمین مالی حوزه سلامت کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا

نظام‌های تأمین مالی در کشورهای گوناگون از فرایندهای متنوعی پیروی می‌نمایند، به‌طوری‌که در بعضی از کشورها سهم بیمه‌ها در تأمین مالی بیشتر از دولت و در برخی دیگر این سهم کمتر از دولت می‌باشد، در ایران این مشارکت در تأمین مالی به‌صورت یک نظام مختلط چند بخشی می‌باشد در ادامه مقایسه در این خصوص با سایر کشورها مشابه از لحاظ درآمدی آورده شده است.

سهم بیمه‌ها در کشور ترکیه حدود ۵۴ درصد و در تایلند حدود ۸ درصد می‌باشد، در تایلند بیشترین سهم در تأمین مالی حوزه سلامت به هزینه‌های دولتی اختصاص دارد. این مقدار برای اردن تحت عنوان بیمه درمانی RMS حدود ۶ درصد می‌باشد، این موضوع به این دلیل است که بخش خصوصی در این کشور سهم عمده‌ای را تأمین مالی حوزه سلامت برعهده دارد.



نمودار ۳-۲۵. پوشش بیمه پایه در ایران در مقایسه با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در سال ۱۳۹۴



نمودار ۳-۲۶. پرداخت به‌ازای خدمات در بیمارستان‌ها (سهم به درصد)

در مناطق محروم، به متخصصین، علاوه بر حقوق و پاداش، مبلغی تحت عنوان حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، پرداخت می‌شود که محل تأمین اعتبار آن از اعتبارات طرح تحول می‌باشد که به دانشگاه‌های مناطق محروم براساس شاخص‌هایی مانند ضریب محرومیت منطقه، جمعیت، ضریب بدی آب و هوا و شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی منطقه پرداخت می‌شود که شامل دو بخش ثابت و عملکردی است. علاوه بر پرداخت ویژه مناطق محروم به‌ازای خدمات ارایه شده توسط مراکز درمانی در مناطق محروم، تعرفه ترجیحی مناطق محروم پرداخت می‌شود که براساس چهار شاخص بدی آب و هوا، ضریب توسعه یافتگی، ضریب محرومیت منطقه و محرومیت از تسهیلات زندگی محاسبه و توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌شود. در بیمارستان‌های خصوصی نیز روش پرداخت به پرداخت به‌ازای خدمت و بر مبنای ارزش‌های نسبی خدمات سلامت می‌باشد و برای هتلینگ از روش روزانه استفاده می‌شود. برای واحدهای سرپایی اعم از داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، مراکز توانبخشی و بازتوانی در تمام سطوح، در قالب پرداخت به‌ازای خدمت پرداخت صورت می‌گیرد.

جدول ۳-۳ نسبت دریافتی حقوق و پاداش برای پرستاران و پزشکان را در بیمارستان‌های دولتی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد.

جدول ۳-۳. نسبت دریافتی حقوق و پاداش (درصد) برای پرستاران و پزشکان (تمام وقت و غیر تمام وقت) در بیمارستان‌های دولتی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
	پرستار	متوسط حقوق از کل دریافتی	متوسط کارانه عملکردی از کل دریافتی
۱	پرستار	۶۷	۳۳
۲	پزشک عمومی شاغل در بیمارستان‌ها	۳۵	۶۵
۳	پزشک متخصص و فوق تخصص	۲۵	۷۵

در بیمارستان‌ها برای خدمات سرپایی پرداخت به‌صورت پرداخت به‌ازای خدمت و برای ویزیت به‌صورت پرداخت موردی به‌ازای هر ویزیت می‌باشد. بدین ترتیب که به‌ازای هر ویزیت بیمار بدون توجه به نوع ویزیت برای همه آنها مبلغ یکسانی پرداخت می‌شود. همین ویزیت در بخش‌های بستری به‌صورت پرداخت به‌ازای خدمت می‌باشد و با توجه به نوع ویزیت، تعرفه‌های متفاوتی پرداخت می‌گردد.

پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی علاوه بر حقوق (از محل منابع آموزشی تأمین می‌گردد)، به‌ازای جزء حرفه‌ای خدمات ارایه شده، به‌صورت پلکانی معکوس پاداش دریافت می‌کنند (منظور از پلکانی معکوس آن است که افزایش درآمد پزشک، سهم دریافت وی، کاهش خواهد یافت). نحوه محاسبه جزء حرفه‌ای برای پزشکان تمام وقت و غیر تمام وقت متفاوت است. مبنای پرداخت به پزشکان تمام وقت دو برابر تعرفه‌های مصوب است.

به سایر پرسنل نیز حقوق و پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداخت می‌شود که منبع تأمین مالی جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت ارایه شده توسط پزشکان می‌باشد که بر مبنای گروه شغلی، مدرک تحصیلی و رضایت از کارمند در میان پرسنل، توزیع می‌گردد.

براساس سرانه وزن‌دهی شده به اعضای تیم سلامت که شامل پزشک عمومی، ماما، پرستار، کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی می‌باشد؛ در قالب درصدهای مشخص بازتوزیع می‌گردد. علاوه بر پرداخت سرانه، برای برخی از خدمات و مراقبت‌های خاص مانند سل، ایدز، بیماران تحت مراقبت و غیره به‌صورت پراخت به‌ازای خدمت، هزینه‌هایی پرداخت می‌گردد.

در شهرها و مناطق زیر ۲۰ هزار نفر در سراسر کشور نیز، پرداخت به اعضای تیم سلامت به‌همان ترتیب، براساس سرانه وزن‌دهی شده و پرداخت به‌ازای خدمت برای برخی خدمات می‌باشد.

مراکز بهداشتی و درمانی شهری در سایر شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر، از محل منابع عمومی بودجه خطی دریافت می‌کنند. پزشکان و سایر کارکنان نیز در این مراکز، حقوق دریافت می‌کنند.

در سطح یک ارایه خدمت در بخش خصوصی که خدمات در قالب مطب و در قالب غیر از نظام ارجاع به مردم ارایه می‌شود؛ معمولاً پرداخت به‌شکل پرداخت به‌ازای خدمت و برای ویزیت پزشکان به‌صورت پرداخت موردی به‌ازای هر ویزیت پرداخت صورت می‌گیرد.

ب. سطوح دو و سه ارایه خدمت در نظام سلامت ایران در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح دو و سه ارایه خدمت، نیز پرداخت تلفیقی از چهار نوع سازوکار می‌باشد، که عبارتند از:

- بودجه خطی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستان‌ها پرداخت می‌شود (بخش عمده‌ای از این منابع به‌عنوان حقوق و دستمزد به پرسنل درمانی و پشتیبانی پرداخت می‌گردد؛ در حالی که حقوق و دستمزد پرسنل شرکتی از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها تأمین می‌گردد)؛
- خدماتی که بیمارستان‌ها ارایه می‌دهند؛ تحت دو نوع سازوکار پرداخت قرار دارد که توسط صندوق‌های بیمه‌ای پرداخت می‌گردد:

- برای ۹۰ مورد از اعمال شایع جراحی، پرداخت موردی (اعمال شایع گلوبال) صورت می‌گیرد؛

- برای سایر خدماتی که جزء این ۹۰ مورد نباشند؛ پرداخت به‌ازای خدمت است که تعرفه‌های آن بر مبنای ارزش نسبی خدمات سلامت می‌باشند.

- در مورد هتلینگ نیز به شکل روزانه پرداخت صورت می‌پذیرد.

- به‌طور متوسط، دریافتی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از این چهار منبع به‌شرح نمودار ۳-۲۶ می‌باشد.

تأمین مالی کارآمد در حوزه بیمه‌های سلامت گامی به‌سوی ارتقای نظام سلامت

براساس یافته‌های مطالعه، طراحی چارچوب استقرار سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی توسط مقام معظم رهبری که توسط شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گرفته است، به‌منظور ارتقا وضعیت بیمه‌های درمان، راهکارهای ذیل می‌توانند در این راستا مور توجه قرار گیرند:

- پوشش کامل نیازهای پایه سلامت (پوشش جمعیتی، هزینه‌ای و خدمات)؛
- تجمیع خطر و منابع مالی نظام سلامت (تجمیع صندوق‌های بیمه‌گر پایه)؛
- خرید خدمات سلامت با رویکرد سلامت محور (بهای سلامت پرداخت شود نه بیماری)؛
- مدیریت و تخصیص منابع با تولید و محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- مشارکت عادلانه مردم در هزینه‌های سلامت از طریق سازوکارهای پیش‌پرداخت متناسب با درآمد/ارایی و بهره‌مندی از خدمات متناسب با نیاز.

وضعیت شیوه‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت الف. سطح یک ارایه خدمت در نظام سلامت ایران

مراکز ارایه دهنده خدمت در این سطح، به دو گروه مراکز روستایی و شهری زیر ۲۰ هزار نفر و مراکز شهری بالای ۲۰ هزار نفر، تقسیم‌بندی می‌شوند که سازوکارهای پرداخت آنها تلفیقی از سه نوع سازوکار می‌باشد، که عبارتند از:

- بودجه خطی: که از محل منابع عمومی پرداخت می‌گردد (همه مراکز سطح یک ارایه دهنده خدمت)؛
- سرانه وزن‌دهی شده برای اعضای تیم سلامت: که توسط سازمان بیمه سلامت پرداخت می‌گردد (مراکز روستایی و شهری زیر ۲۰ هزار نفر در سراسر کشور و کل مراکز شهری و روستایی دو استان فارس و مازندران)؛
- حقوق و پرداخت به‌ازای خدمت: که از محل منابع عمومی تأمین می‌گردد (برای پزشکان و سایر اعضای شاغل در مراکز شهری بالای ۲۰ هزار نفر به غیر از دو استان فارس و مازندران، شامل بهورزان، کاردان بهداشت خانواده، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، ماما و غیره).

در دو استان فارس و مازندران که هم‌اکنون برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌صورت پایلوت، در کلیه مراکز شهری و روستایی در حال اجرا می‌باشد، پرداخت به پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت به‌صورت سرانه وزن‌دهی شده است که اعتبارات مورد نیاز به‌طور غیرمستقیم از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌شود. به‌عبارت دیگر، این سازمان‌ها اعتبارات خود را در قالب سرانه متوسط برحسب جمعیت در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌دهند و سپس این اعتبارات

پزشکان فاقد رابطه استخدامی

هم در سطح وزارت بهداشت و هم در سطح سایر نهادها، پزشکانی فعال هستند که هیچ‌گونه رابطه استخدامی ندارند و لذا حقوق دریافت نمی‌کنند و تنها در ازای کار انجام شده به‌ازای خدمات ارایه شده، به آنها پرداخت می‌گردد. کارانه به‌ازای خدمات براساس عملکرد آنها صورت می‌گیرد. جدول ذیل، خلاصه روش‌های پرداخت در سطوح مختلف ارایه خدمت را نشان می‌دهد (جدول ۳-۴)

جدول ۳-۴. انواع نظام‌های پرداخت در ایران براساس سطوح ارایه خدمات			
سطح ارایه خدمت	نوع سازمان	بخش	سازو کار پرداخت
سطح دو و سه	مؤسسه	بستری	<ul style="list-style-type: none"> بودجه خطی پرداخت به‌ازای خدمت پرداخت موردی برای ۹۰ عمل جراحی شایع پرداخت روزانه (هتلینگ)
	فرد	سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> نظام پرداخت به‌ازای خدمت پرداخت موردی به‌ازای هر ویزیت
سطح یک	پایگاه و مراکز بهداشتی درمانی	سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> حقوق (اعضای هیئت علمی) + کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشک حقوق و کارانه (سایر پرسنل) بر مبنای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد
		سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> بودجه خطی حقوق برای کارکنان رسمی و پیمانی
سطح یک	برنامه پزشکی خانواده	سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> سرانه در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر پرداخت موردی به‌ازای هر ویزیت برای ویزیت غیرمعمول نظام پرداخت به‌ازای خدمت برای برخی از خدمات
سطوح سه‌گانه	واحدهای سرپایی	سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> پرداخت به‌ازای خدمت
سطح یک	بخش خصوصی	سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> پرداخت به‌ازای خدمت پرداخت موردی به‌ازای هر ویزیت
سطح دو و سه	بخش خصوصی	بستری	<ul style="list-style-type: none"> پرداخت به‌ازای خدمت پرداخت روزانه (هتلینگ)

استقرار خرید راهبردی در نظام ارایه خدمات سلامت؛ گامی بسوی آینده

جهت تحقق اهداف خرید راهبردی خطمشی کلی نظام سلامت براساس سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری با مفاد زیر تنظیم شده است:

- ساماندهی تقاضا، ارایه و خرید خدمات سلامت صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی و نظام دارویی ملی؛
- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت و آموزش خدمات با تدوین استانداردها؛
- تدوین راهنماهای بالینی و گزارش‌های ارزیابی فناوری سلامت.

همچنین براساس قانون برنامه ششم توسعه، جهت استقرار خرید راهبردی، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی

کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان گردیده‌اند.

لذا با توجه به اسناد بالادستی و به‌منظور استقرار خرید راهبردی خدمات سلامت در کشور برنامه‌های ذیل پیشنهاد می‌گردد:

۱. تدوین بسته خدمات سلامت مبتنی بر شواهد؛
۲. تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت؛
۳. فراهم آوردن زیرساخت‌های نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان براساس دو روش نظام گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRGs) در بخش درمان و نظام سرانه در بخش بهداشت؛
۴. ایجاد سازوکارهای مدیریت و کنترل عرضه و تقاضا در ارایه خدمات سلامت با بهره‌گیری از راهنماهای بالینی، ارزیابی فناوری سلامت و نظام ارجاع.

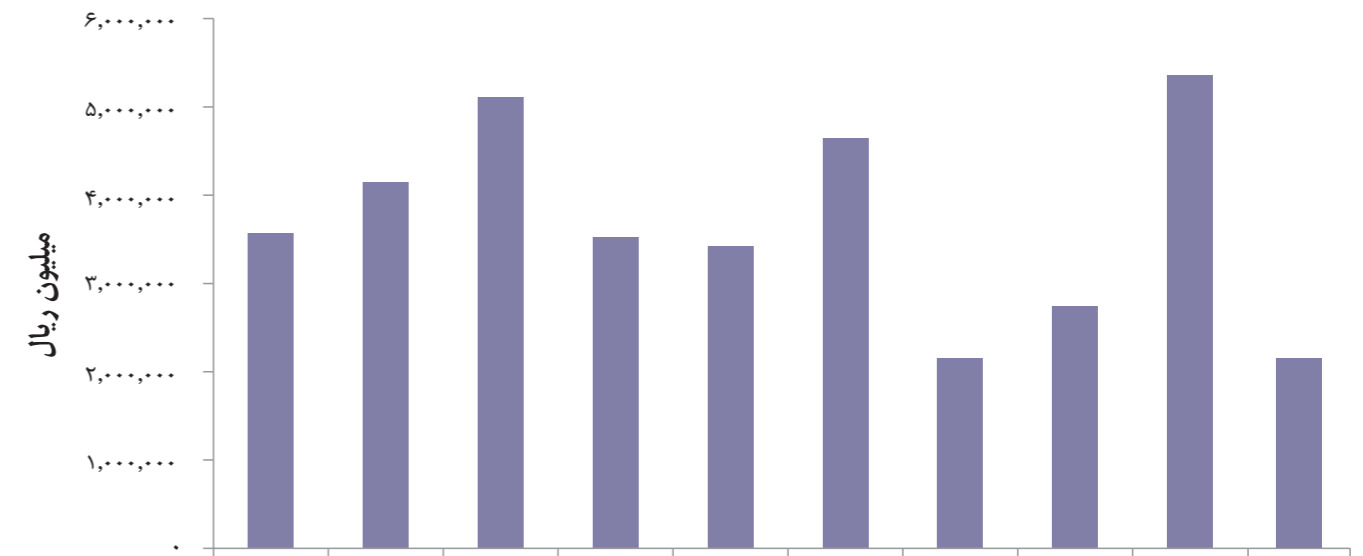
توسعه منابع فیزیکی^۱

در سال‌های قبل؛ افزایش یافته و به ۳/۴ درصد از کل هزینه‌های سلامت؛ معادل ۲۹ هزار میلیارد ریال رسیده است.

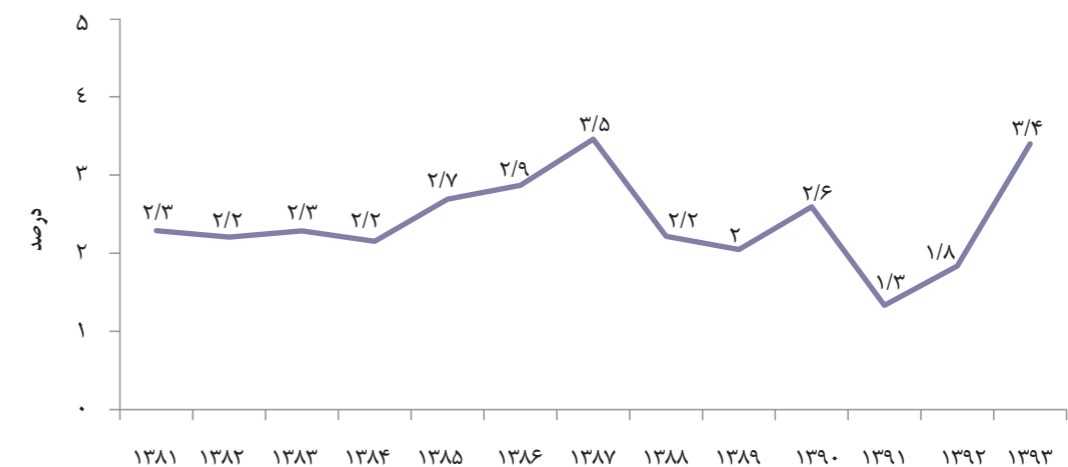
مقایسه هزینه‌های صرف شده برای منابع فیزیکی گویای این است که بیشترین سرمایه‌گذاری صورت گرفته در بیمارستان‌ها و معادل ۳,۹۷۱ میلیارد ریال به قیمت ثابت بوده که ۷۴ درصد از کل هزینه انجام شده برای توسعه منابع فیزیکی را تشکیل داده است (نمودار ۴-۳).

برای توسعه منابع فیزیکی و زیرساخت‌های سلامت در طول سال‌های اخیر هزینه‌های متفاوتی انجام شده است. این هزینه که توسط حساب‌های ملی سلامت تخمین زده می‌شود در نمودارهای ۱-۴ و ۲-۴ نشان داده شده است. این سهم در سال ۱۳۹۳ و با هدف جبران کاهش سرمایه‌گذاری

1 . Capital Stock and Investments



نمودار ۴-۱. هزینه‌های انجام شده برای توسعه منابع فیزیکی ارایه‌کننده خدمات سلامتی به قیمت ثابت از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴



نمودار ۴-۲. سهم هزینه صرف شده برای توسعه منابع فیزیکی از هزینه‌های کل سلامت از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳



نمودار ۴-۳. سهم هزینه انجام شده برای توسعه منابع فیزیکی از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳

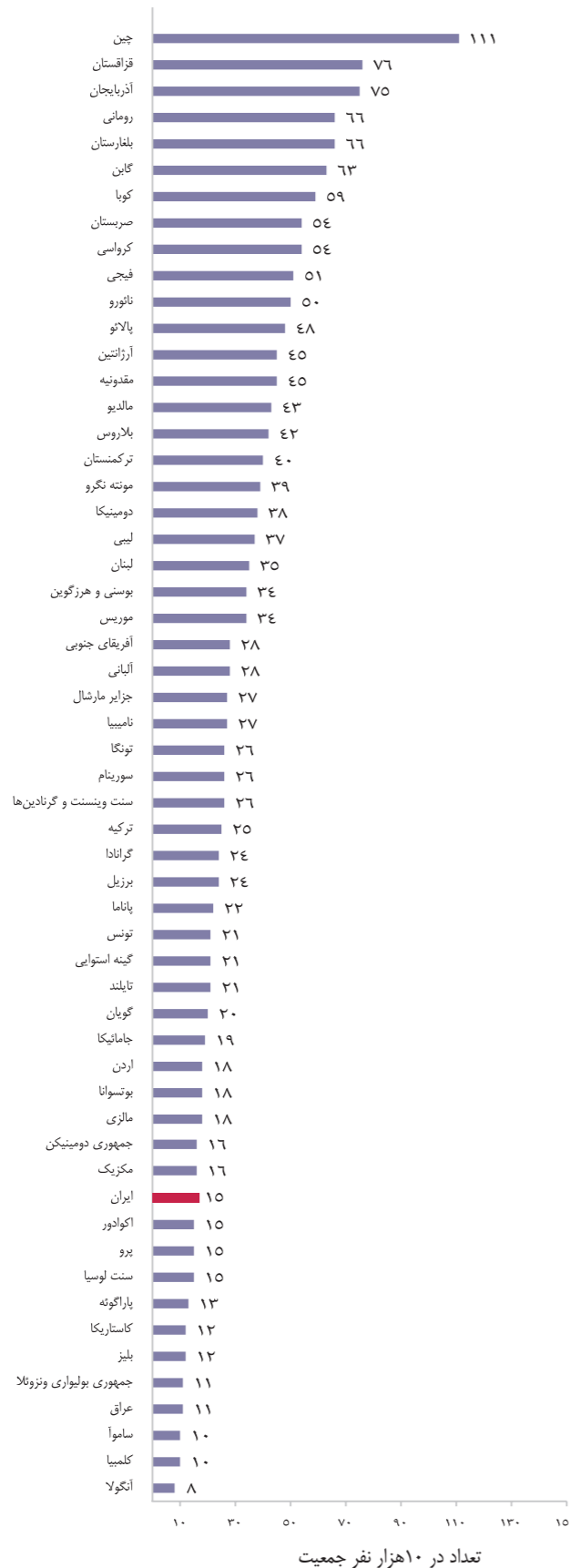
زیرساخت‌های حوزه سلامت^۱

در طی سال‌های اخیر در حوزه زیرساخت نظام سلامت همانگونه که ذکر شد دولت هزینه صرف کرده است و هزینه صرف شده موجب بهبود شاخص‌های در حوزه زیرساخت شده است. همانطور که در جدول ۴-۱ نشان داده شده است، تعداد کل بیمارستان‌ها ۹۴۹ و تعداد تخت‌ها ۱۲۶,۶۰۰ تخت است که در این جدول به تفکیک انواع بیمارستان ارایه شده است. بعد از اجرای طرح تحول سلامت تعداد تخت‌های بیمارستانی ۲۵ هزار تخت می‌باشد.

1 . Health Infrastructure

نوع بیمارستان	بیمارستان		تخت	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دولتی وابسته به وزارت بهداشت	۵۹۱	۶۳	۸۶,۹۲۳	۶۹
عمومی (بانک، شهرداری، شرکت نفت و ...)	۸۹	۹	۹,۱۸۱	۷
خصوصی	۱۶۷	۱۷	۱۶,۲۲۷	۱۳
تأمین اجتماعی	۷۳	۸	۱۰,۷۰۶	۸
خیریه	۲۹	۳	۳,۵۶۳	۳
کل	۹۴۹	۱۰۰	۱۲۶,۶۰۰	۱۰۰

نمودار ۴-۴. تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



جدول ۴-۲. تعداد تخت‌های تخصصی بیمارستانی در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵											
نوع بیمارستان	انواع تخت										
	سوختگی		روانپزشکی		مراقبت‌های ویژه		کودکان		قلب		زایمان
سال	۱۳۹۲	۱۳۹۵	۱۳۹۲	۱۳۹۵	۱۳۹۲	۱۳۹۵	۱۳۹۲	۱۳۹۵	۱۳۹۲	۱۳۹۵	۱۳۹۲
دولتی (وابسته به وزارت بهداشت)	۱۰۷۰	۹۰۳	۷,۹۷۱	۷,۳۰۳	۴,۸۹۹	۳,۴۱۶	۱۳,۶۹۲	۱۱,۵۶۸	۸,۵۶۶	۷,۰۸۷	۹,۱۲۷
عمومی (بانک، شهرداری، شرکت نفت)	۴	۰	۱,۰۴۱	۹۲	۴۶۵	۳۰۲	۸۶۲	۱,۳۰۸	۱,۳۲۲	۱,۰۰۸	۹۷۰
خصوصی	۱	۲	۶۵۴	۲۵۰	۱,۲۱۶	۷۵۶	۱,۷۳۸	۱,۲۶۱	۲,۱۹۶	۱,۴۱۳	۲,۷۴۸
تأمین اجتماعی	۰	۰	۰	۹۲	۳۹۲	۱۴۲	۱,۵۹۹	۳۹۶	۱,۲۳۵	۵۰۹	۱,۷۵۹
خبریه	۰	۰	۵۵	۴۸۹	۱۹۱	۲۵۱	۴۳۹	۵۹۵	۶۳۴	۷۲۵	۷۳۳
کل	۱,۰۷۵	۹۰۵	۹,۸۱۳	۸,۱۵۴	۷,۱۶۳	۴,۸۶۷	۱۸,۳۳۰	۱۵,۱۹۱	۱۳,۸۵۳	۱۰,۷۴۲	۱۵,۳۳۷

جدول ۴-۴. تعداد و انواع مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی در سال ۱۳۹۵

مراکز	سال
پایگاه خدمات جامع شهری	۴,۷۲۸
خانه بهداشت	۱۷,۹۸۰
مراکز جامع خدمات سلامت شهر و حاشیه شهر	۲,۱۳۱
مراکز خدمات جامع روستایی	۲,۶۷۴
پایگاه اورژانس ۱۱۵ همکار با مراکز روستایی	۵۰

رتبه ایران در میان کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا برای تخت‌های بیمارستانی (به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر) ۳۳ام است، در میان کشورهای منطقه چشم‌انداز ۱۱۵ام و در حوزه کشورهای مدیترانه شرقی هشتم است.

در جدول ۴-۴ تعداد و انواع مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی در سال ۱۳۹۵ (بعد از طرح تحول) با سال ۱۳۹۲ (قبل از طرح تحول) مقایسه شده است.

جدول ۴-۳. تعداد تخت‌های بیمارستانی در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی به‌ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت

منطقه چشم‌انداز		منطقه مدیترانه شرقی	
قزاقستان	۷۶	لیبی	۳۷
آذربایجان	۷۵	لبنان	۳۵
تاجیکستان	۵۲	عربستان سعودی	۲۲
قرقیزستان	۵۱	تونس	۲۱
ازبکستان	۴۶	کویت	۲۰
ترکمنستان	۴۰	امارات متحده عربی	۱۹
ارمنستان	۳۷	بحرین	۱۸
رژیم اشغالگر	۳۵	اردن	۱۸
لبنان	۳۵	عمان	۱۸
گرجستان	۳۱	مصر	۱۷
ترکیه	۲۵	ایران	۱۵/۷
عربستان سعودی	۲۲	سوریه	۱۵
کویت	۲۰	جیبوتی	۱۴
امارات متحده عربی	۱۹	قطر	۱۲
بحرین	۱۸	مراکش	۱۱
اردن	۱۸	عراق	۱۱
عمان	۱۸	سودان	۷
مصر	۱۷	یمن	۷
ایران	۱۵/۷	پاکستان	۶
سوریه	۱۵	افغانستان	۴
قطر	۱۲	میانگین	۱۱/۸۵
عراق	۱۱		
یمن	۷		
پاکستان	۶		
افغانستان	۴		
میانگین	۱۸/۶۲		

منابع انسانی^۱

توسعه حوزه سلامت و دستیابی به اهداف آن نیازمند رشد کمی و کیفی منابع انسانی است. بررسی‌ها بیان‌گر این است که منابع انسانی بخش سلامت ایران در دهه‌های اخیر رشد داشته است. کل منابع انسانی بخش سلامت ایران در سال ۱۳۹۴، ۶۵۶،۳۵۳ نفر که معادل ۷۴۵،۳۴۳ نیروی تمام وقت بوده و با توجه به جمعیت آن سال، به‌ازای هر ۱۲۰ نفر جمعیت، یک نفر نیروی کار سلامت موجود بوده است. اکثر این نیروها (۷۹ درصد)

1 . Human Resource

در بخش عمومی (بخش دولتی و نهادهای عمومی) مشغول به‌کار بوده‌اند. همچنین ۴۱ درصد پزشکان عمومی، ۵۲ درصد پزشکان متخصص و فوق‌تخصص، ۱۸ درصد دندان‌پزشکان، ۲۶ درصد داروسازان و ۸۸ درصد پرستاران در بخش عمومی فعالیت می‌کنند. توزیع گروه‌های مختلف شغلی بین بخش عمومی و خصوصی در رشته‌های مختلف متفاوت است. جدول شماره ۴-۵ وضعیت منابع انسانی بخش سلامت در یک نگاه نشان می‌دهد.

جدول ۴-۵. وضعیت منابع انسانی بخش سلامت در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵			
گروه	تعداد کل	درصد شاغلین در بخش عمومی	نسبت به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت
پزشک عمومی	۴۱،۳۱۶	۴۰/۶	۰/۵۲
پزشک متخصص	۳۹،۱۲۷	۵۱/۶	۰/۵۰
دندان‌پزشک	۲۶،۳۶۱	۱۷/۷	۰/۳۳
داروساز	۱۵،۷۱۷	۲۶/۲	۰/۲
پرستار	۱۱۴،۶۸۱	۸۸/۱	۱/۴۵
گروه کمک پزشکی بالینی (اتاق عمل، بیهوشی و...)	۲۹،۸۰۸	۸۸/۳	۰/۳۸
گروه کمک پرستاری (بهبار و کمک بهبار)	۳۵،۳۹۶	۸۱	۰/۴۵
ماما ^۱	۳۳،۲۰۸	۹۲/۳	۰/۴۲
بهورز	۳۵،۳۱۶	۱۰۰	۰/۴۵
گروه بهداشت (بهداشت، اپیدمیولوژی و...) ^{۲،۳}	۳۱،۴۳۱	۹۹	۰/۴
گروه کمک پزشکی تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی و...)	۴۲،۷۷۴	۹۰/۵	۰/۵۴
سایر گروه‌های بهداشت و مدیریت سلامت (مدیریت، اقتصاد و...) ^۴	۲۰،۸۴	۹۰/۴	۰/۰۳
سایر گروه‌های پاراکلینیکی (ادیومتری، اپتومتری، فیزیوتراپی و...)	۳،۰۴۵۰	۹۲/۷	۰/۳۹
سایر گروه‌های شغلی ^۵	۱۷۸،۶۸۴	۸۹/۳	۲/۲۶
کل	۶۵۶،۳۵۳	۷۹	۸/۴۵

۱ . ۱۸ درصد از این گروه، مراقبین سلامت هستند.

۲ . شامل رشته‌های تحصیلی: بهداشت عمومی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، اپیدمیولوژی، آمار زیستی، بهداشت ایمنی و مواد غذایی، ارگونومی، آموزش بهداشت، ایمنی صنعتی و محیط کار.

۳ . ۴۰ درصد از این گروه، مراقبین سلامت هستند.

۴ . شامل رشته‌های تحصیلی: مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، سلامت در بلایا و فوریت‌ها، سیاست‌گذاری سلامت، آموزش بهداشت، اقتصاد بهداشت، مدیریت اطلاعات سلامت، اخلاق پزشکی، سالمندشناسی، تاریخ علوم پزشکی، طب سنتی ایرانی، آموزش پزشکی، سلامت سالمندی، اقتصاد و مدیریت دارو، سلامت و رسانه، سلامت و رفاه، فناوری اطلاعات سلامت و ارزیابی فناوری سلامت.

۵ . سایر گروه‌های شغلی شامل رسته خدمات (۵۷ درصد)، اداری و مالی (۲۸ درصد) و فنی و مهندسی و فناوری اطلاعات (۵ درصد) می‌گردد.

به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، ۰/۵۲ پزشک عمومی، ۰/۵۰ پزشک متخصص و فوق‌تخصص، ۰/۳۳ دندان‌پزشک و ۰/۲ داروساز و به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی ۱/۷ بهورز وجود دارد. شاخص نسبت پرستار به تخت فعال برای تمامی انواع بیمارستان‌ها (ملی، منطقه‌ای، ناحیه‌ای، سوختگی و روانی) در ایران ۱/۳۳ بوده و نسبت پزشک به پرستار ۰/۷۰ است. از مجموع نیروی کار سلامت، ۵۲ درصد در بیمارستان‌ها، ۴۰ درصد در مراکز سرپایی و مابقی در ستادها یا دانشکده‌های مرتبط با حوزه سلامت کار می‌کنند.

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های برنامه‌ریزی برای منابع انسانی بخش سلامت ایران، نبود نظام اطلاعات جامع منابع انسانی بخش سلامت است. به‌دلیل نبود این نظام یکپارچه، بانک‌ها و سامانه‌های مجزایی برای اطلاعات منابع انسانی ایجاد شده است که باعث شده اطلاعات نیروها تطابق نداشته باشند و همچنین ضعف در نگرش یکپارچه به منابع انسانی بخش سلامت وجود داشته باشد. همین موضوع می‌تواند به توزیع نامتعادل منابع انسانی در میان گروه‌های مختلف شغلی و در بخش‌های مختلف بیانجامد. از سوی

دیگر نبود یک نظام اطلاعاتی جامع، امکان شناسایی دقیق خروجی‌های نظام سلامت، نیروهای کار هم‌زمان و افراد غیرفعال در این حوزه وجود ندارد. نکته دیگر این‌که تعداد شاغلان بخش سلامت به تنهایی بازگوکننده وضعیت نیروی کار سلامت نیست؛ چون در ایران برخلاف برخی از کشورهای توسعه‌یافته در بعضی از گروه‌های مختلف شغلی با معادل تمام وقتی بالاتر از یک مواجه هستیم و در برخی از گروه‌ها این شاخص حتی به ۱/۴ نیز می‌رسد. به‌طور مثال معادل تمام وقتی^۱ پرستار در ایران ۱/۴، پزشک متخصص ۱/۲۲ و پزشک عمومی ۱/۱ است. به‌عبارتی ۱۱۴،۶۸۱ پرستار در ایران به اندازه ۱۵۹،۷۵۲ پرستار، ۳۹،۱۲۷ پزشک متخصص به اندازه ۴۷،۷۳۵ پزشک متخصص و ۴۱،۳۱۶ پزشک عمومی به اندازه ۴۵،۴۴۸ پزشک عمومی کار می‌کنند. در حقیقت بخش اعظمی از کمبود نیروی کار در برخی از گروه‌های شغلی، با اضافه‌کار و اشتغال دوگانه در بخش عمومی و خصوصی تأمین می‌شود. در جدول شماره ۴-۶ وضعیت منابع انسانی بخش سلامت ایران را براساس معادل تمام وقتی و همچنین معادل تمام وقتی هر گروه شغلی نشان می‌دهد.

1 . Full-Time Equivalent

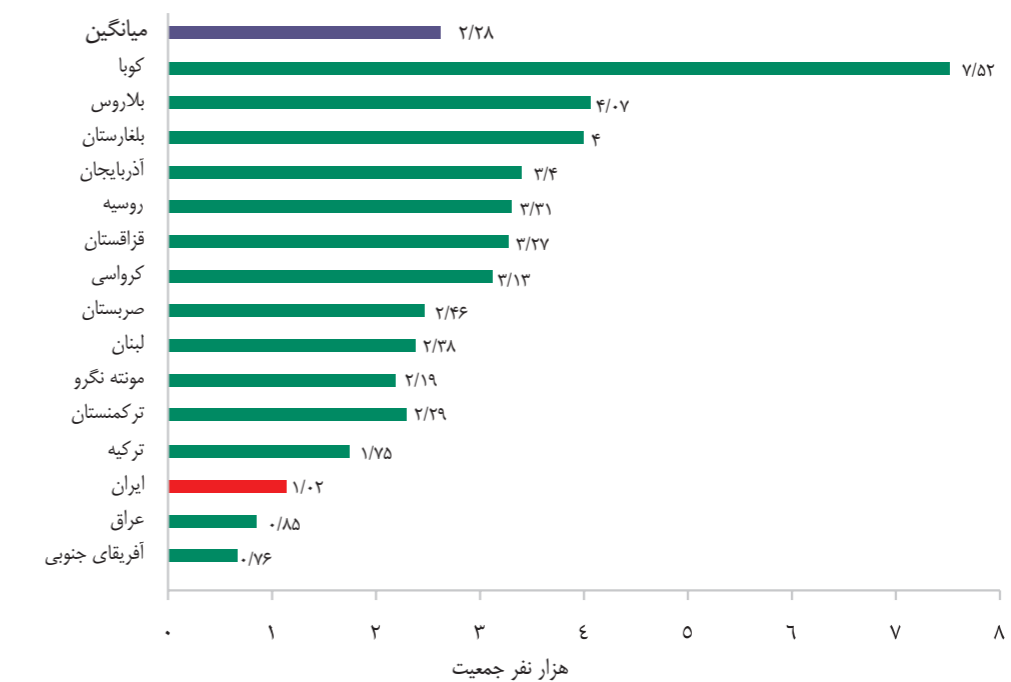
جدول ۴-۶. تعداد منابع انسانی بخش سلامت ایران براساس شاخص معادل تمام وقتی در سال ۱۳۹۴		
گروه شغلی	تعداد نیروی انسانی بخش سلامت براساس معادل تمام وقتی (نفر)	نرخ معادل تمام وقتی
پزشک عمومی	۴۵،۴۴۸	۱/۱۰
پزشک متخصص	۴۷،۷۳۵	۱/۲۲
دندان‌پزشک	۲۶،۳۶۱	۱
داروساز	۱۵،۷۱۷	۱
پرستار	۱۵۹،۷۵۲	۱/۳۹
گروه کمک پزشکی بالینی (اتاق عمل، بیهوشی و...)	۳۸،۱۰۱	۱/۲۷
گروه کمک پرستاری (بهبار و کمک بهبار)	۳۵،۳۹۶	۱
ماما	۳۴،۵۸۶	۱/۰۴
بهورز	۳۵،۳۱۶	۱
گروه بهداشت (بهداشت، اپیدمیولوژی و...)	۳۷،۸۳۶	۱/۲۰
گروه کمک پزشکی تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی و...)	۴۸،۰۸۳	۱/۱۲
سایر گروه‌های بهداشت و مدیریت سلامت (مدیریت، اقتصاد و...)	۲،۵۴۷	۱/۲۲
سایر گروه‌های پاراکلینیکی (ادیومتری، اپتومتری، فیزیوتراپی و...)	۳۹،۷۸۱	۱/۳۰
سایر گروه‌های شغلی	۱۷۸،۶۸۴	۱
جمع کل (بدون احتساب سایر گروه‌ها) // میانگین	۷۴۵،۳۴	۱/۱۳

توزیع نیروی کار سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی در ایران یکسان نیست و شاخص دسترسی به نیروی کار سلامت به نسبت جمعیت در استان‌ها و در رشته‌های مختلف متفاوت و تا حدودی نامتوازن است. به‌طور مثال نسبت پزشک به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۱/۷۱ در استان تهران (بیشترین) و ۰/۳۸ در استان سیستان و بلوچستان (کمترین) است. توجه به شاخص‌های توسعه‌یافتگی مناطق نیز در برنامه‌ریزی‌های منابع انسانی دارای اهمیت است. شواهد نشان می‌دهد که کارکنان نظام سلامت در استان‌های برخوردار تجمع بیشتری نسبت به سایر استان‌ها دارند و این مسئله به‌طور قطع در میان شهرستان‌های یک استان نیز صادق است. احتمالاً مزایای نسبی پایین و دشواری کار در مناطق محروم دلایل اصلی این گرایش به پایتخت، به‌ویژه تهران است. بررسی این دلایل و برقراری ارتباط این دسترسی با شاخص‌های مختلف مانند رشد اقتصادی و اجتماعی، دوری و نزدیکی به پایتخت و حتی وضعیت اقلیمی می‌تواند موضوع مناسبی برای بررسی‌های بیشتر باشد. اگرچه در سال‌های اخیر با بهره‌گیری از اهرم‌های قانونی و سیاست‌های اجباری و همچنین استفاده از سیاست‌های تشویقی به‌ویژه در طرح تحول سلامت، تدابیر خوبی برای اشتغال به کار منابع انسانی بخش سلامت در مناطق محروم اندیشیده شده، اما به‌نظر می‌رسد این تدابیر به‌تنهایی برای پرکردن شکاف فاحش پدیدآمده کافی نیستند و باید با سازوکارهای مختلف و متعدد برای اصلاح وضعیت موجود گام‌های هماهنگ برداشته شود.

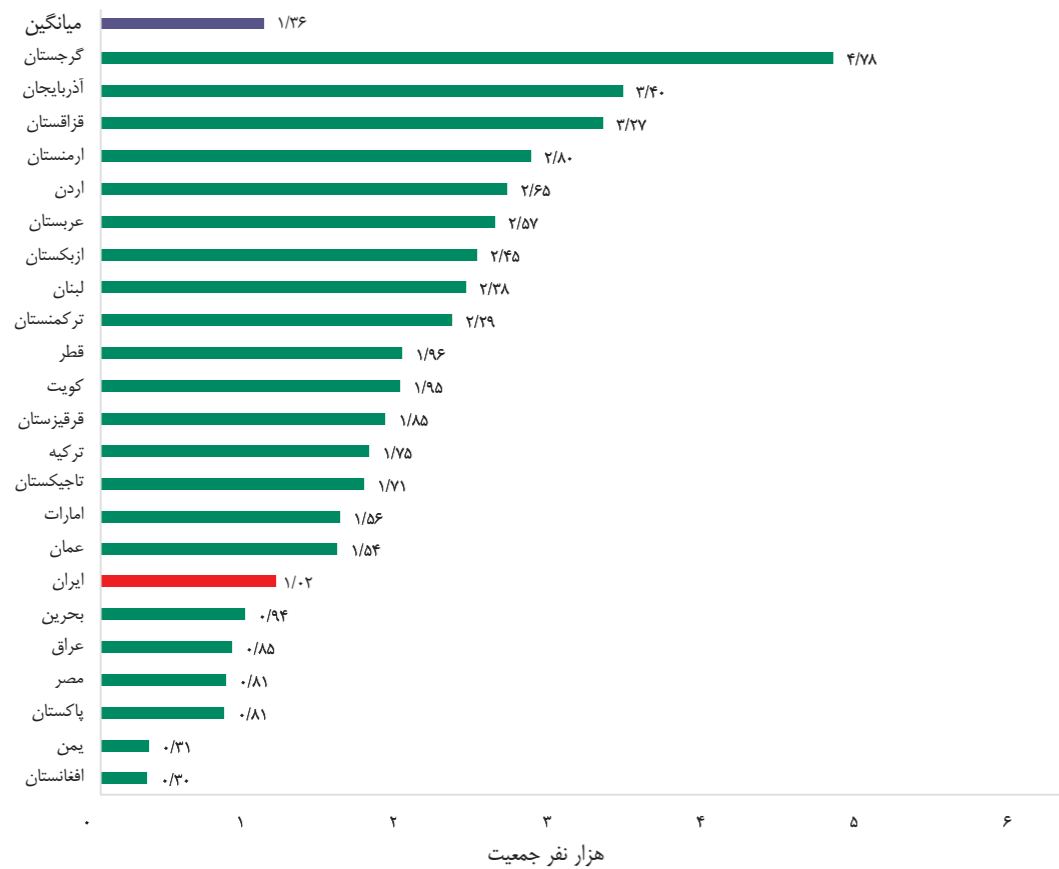
در مقایسه شاخص‌های بین‌المللی نیروی کار سلامت به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، در ایران این شاخص برای پزشک ۱/۰۲ است که میانگین این عدد در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۲/۲۸، در کشورهای منطقه چشم انداز ۱/۳۶ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۱/۱۱ است که نشان از پایین بودن این شاخص نسبت به میانگین در کشورهای با درآمد

متوسط رو به بالا و منطقه مدیترانه شرقی می‌باشد. همچنین شاخص پرستار و ماما به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران، ۲/۳۲ است که این شاخص در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۳/۹۰، در کشورهای منطقه چشم انداز ۲/۳۷ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۱/۸۰ است که نشان می‌دهد ایران نسبت به میانگین کشورهای منطقه چشم انداز و مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبتری را دارد.

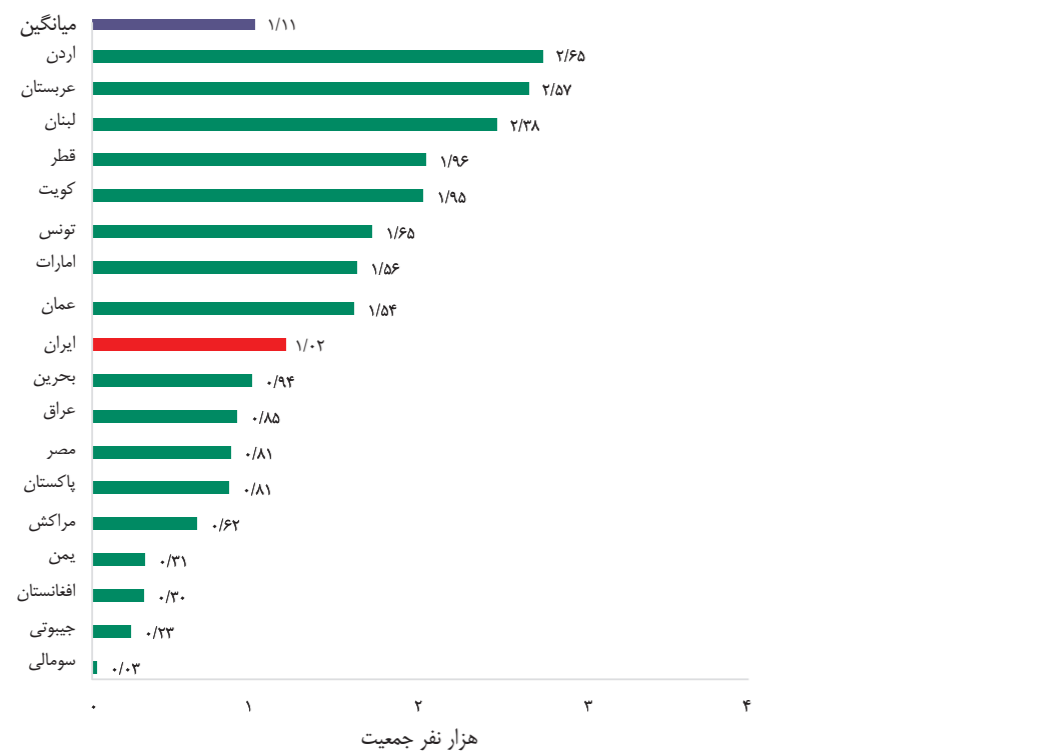
شاخص دندانپزشک به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران ۰/۳۳ است که میانگین این عدد در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۰/۳۵، در کشورهای منطقه چشم انداز ۰/۲۲ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۰/۲۲ است که نشان از بالا بودن این شاخص نسبت به میانگین کشورهای منطقه چشم انداز و مدیترانه شرقی است و فاصله اندکی با میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا دارد. همچنین شاخص داروساز به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران ۰/۲۰ است که میانگین این عدد در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۰/۲۸، در کشورهای منطقه چشم انداز ۰/۲۷ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۰/۲۷ است که نشان از پایین بودن این شاخص نسبت به میانگین این گروه از کشورها را دارد. لازم به توضیح است که در آمار ایران به لحاظ محدودیت اطلاعاتی، صرفاً تعداد داروساز با مدرک دکتری عمومی و تخصصی داروسازی لحاظ گردیده است اما در آمارهای مقایسه‌ای طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت تکنسین‌های دارویی و کمک داروسازان و رشته‌های وابسته نیز درج گردیده اند که این امر می‌تواند بر روی کم بودن مقدار عددی این شاخص در ایران اثرگذار باشد. نمودارهای ۴-۱۵ الی ۴-۱۶ تراکم گروه‌های شغلی به‌ازای جمعیت را در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه چشم انداز و مدیترانه شرقی نشان می‌دهد.



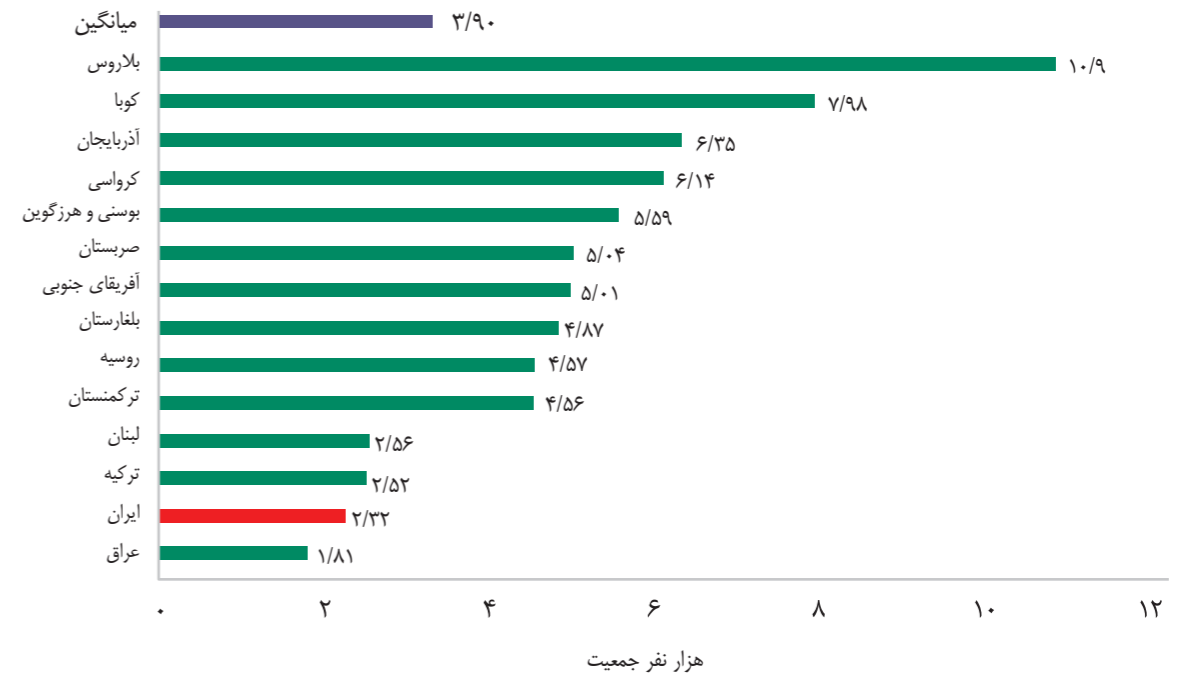
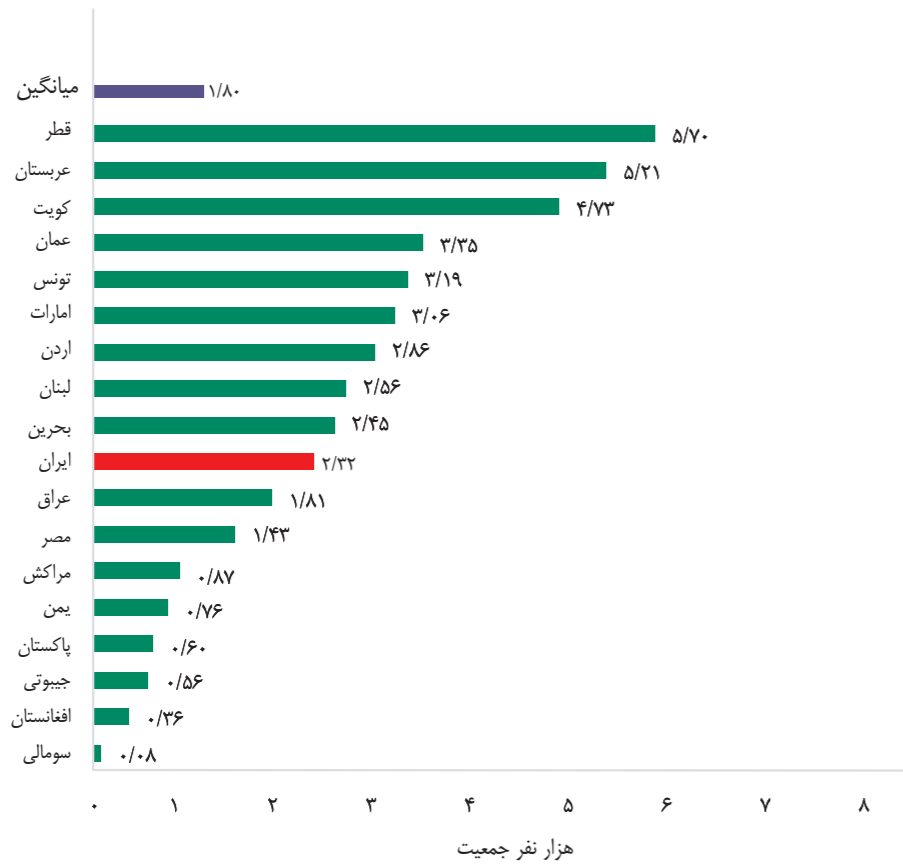
نمودار ۵-۴. مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



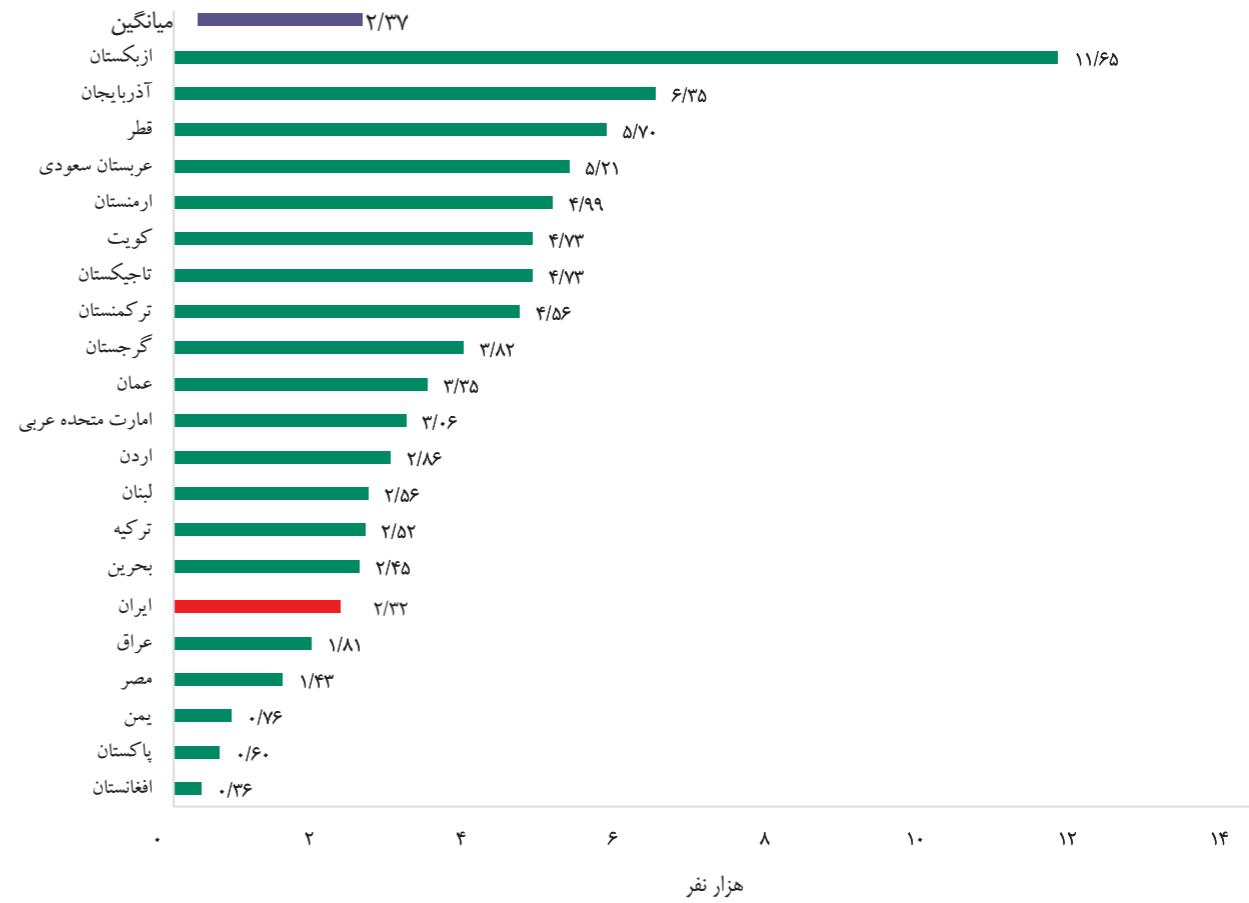
نمودار ۴-۶. مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۱۳۹۴



نمودار ۴-۷. مقایسه شاخص پزشک به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴

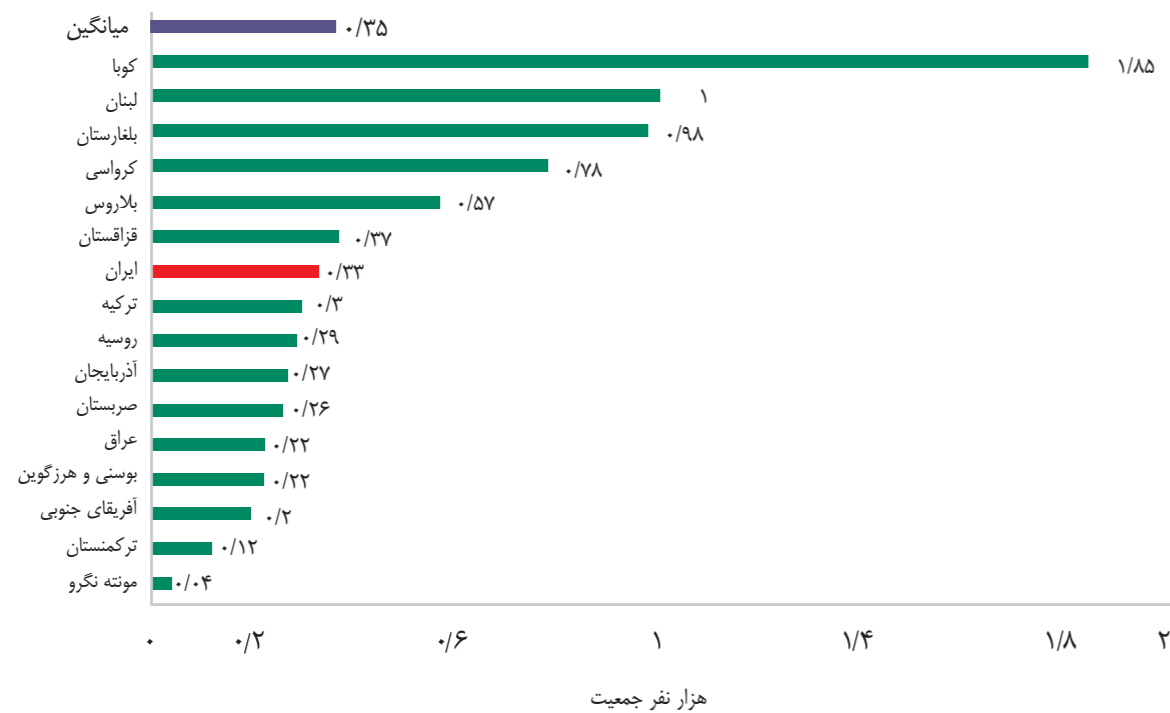


نمودار ۸-۴. مقایسه شاخص پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴

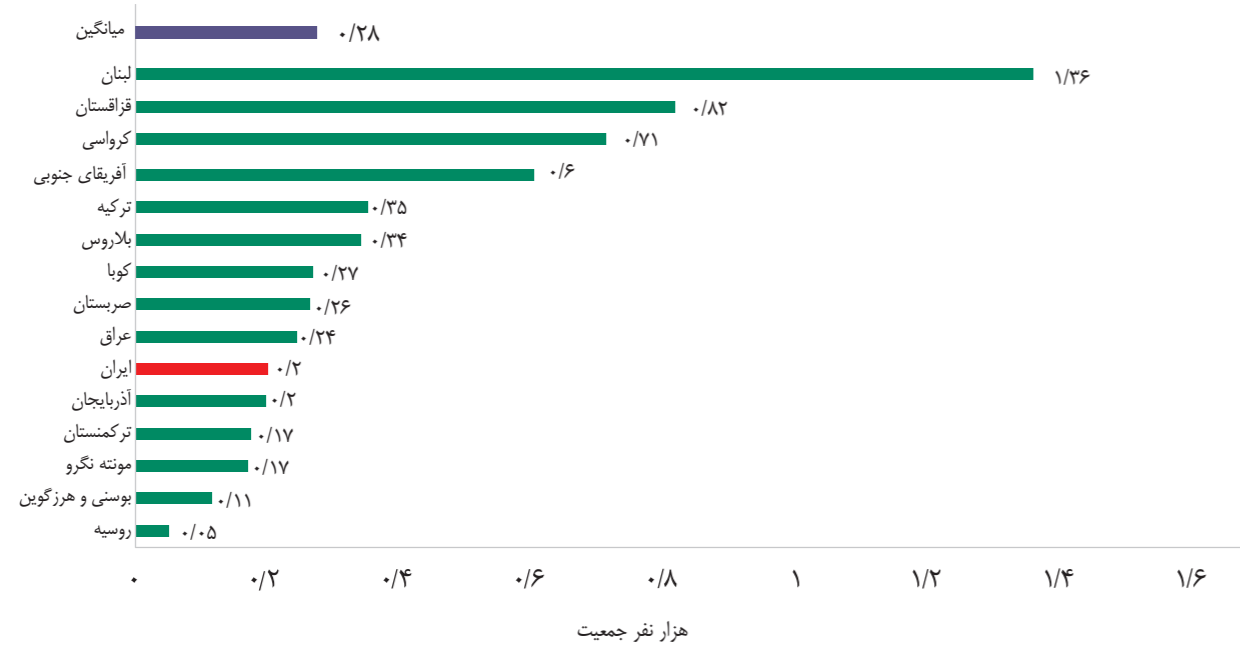


نمودار ۹-۴. مقایسه شاخص پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم انداز در سال ۱۳۹۴

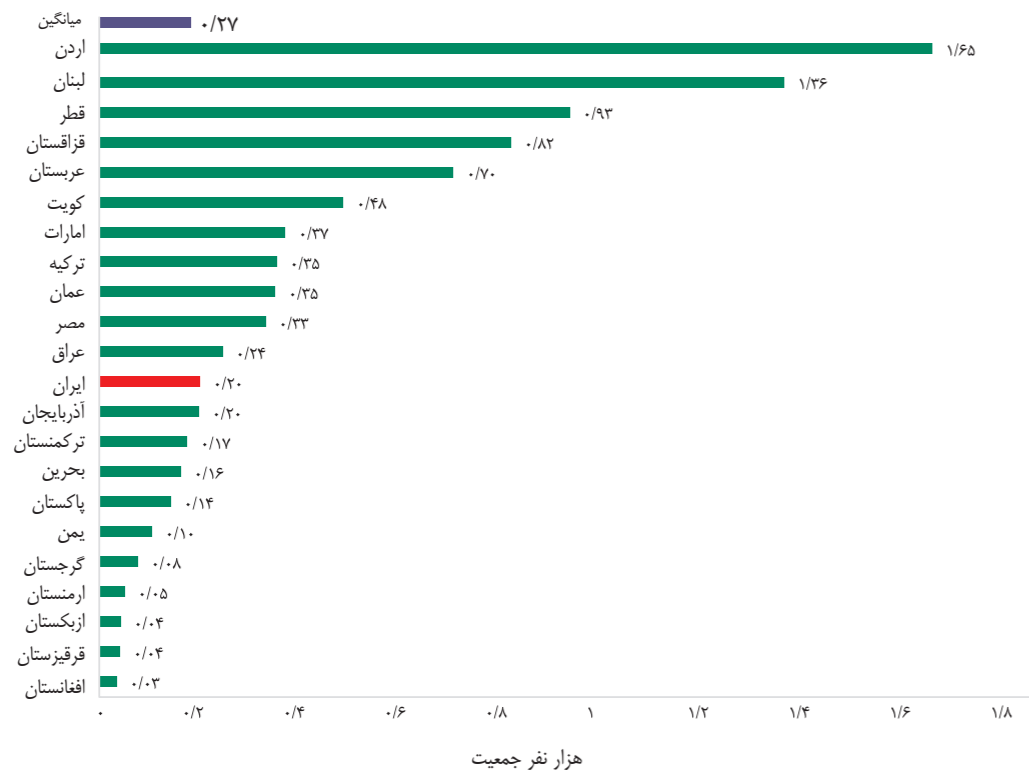
نمودار ۱۰-۴. مقایسه شاخص پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴



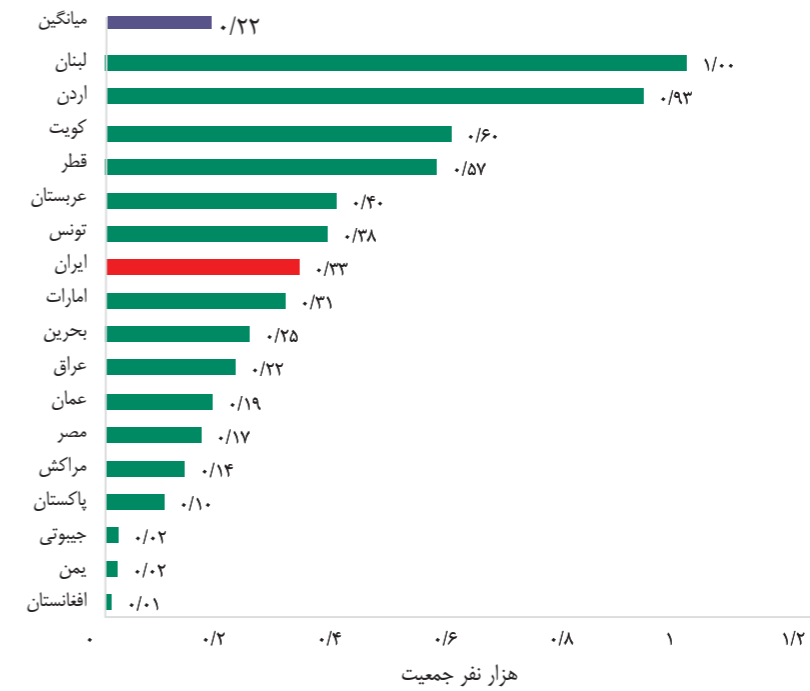
نمودار ۱۱-۴. مقایسه شاخص دندان پزشکی به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



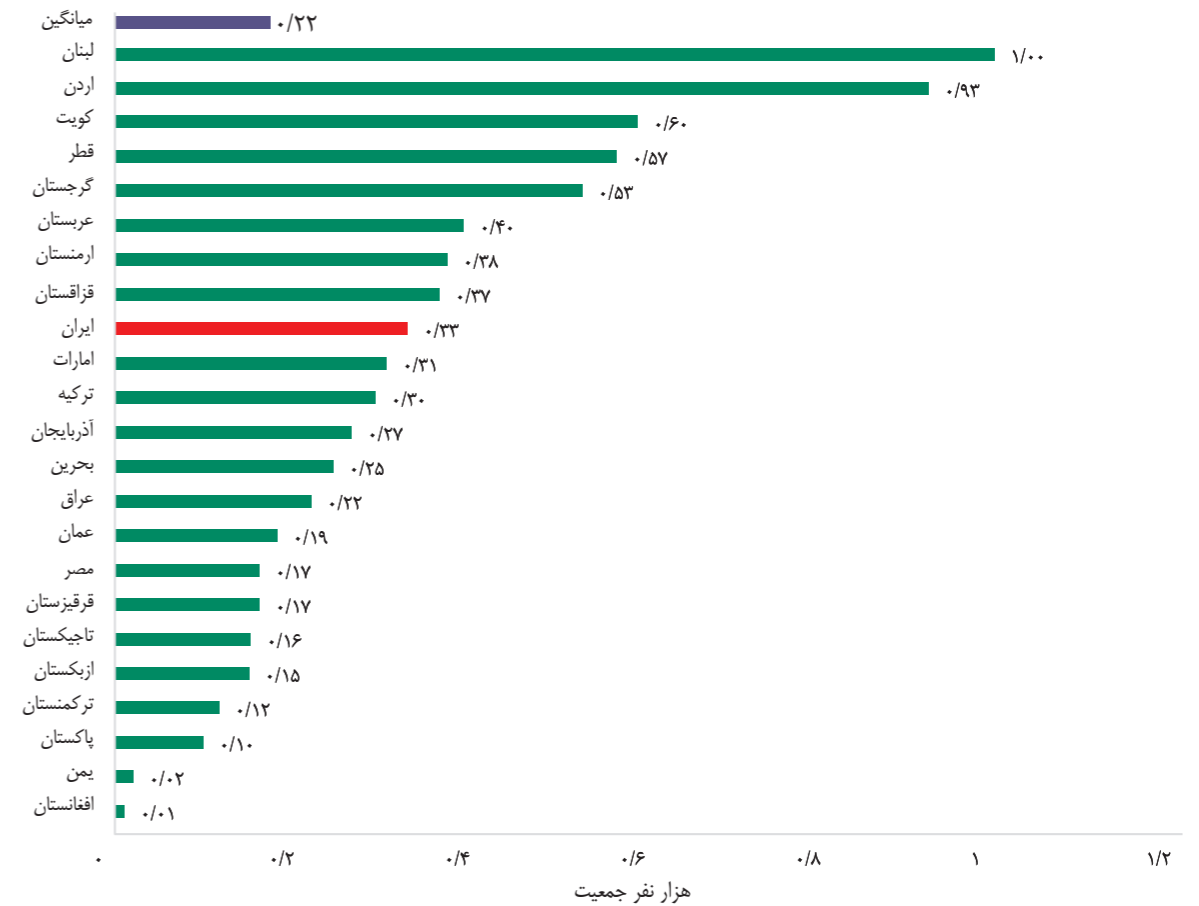
نمودار ۴-۱۴. مقایسه شاخص داروساز به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



نمودار ۴-۱۵. مقایسه شاخص داروساز به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم انداز در سال ۱۳۹۴



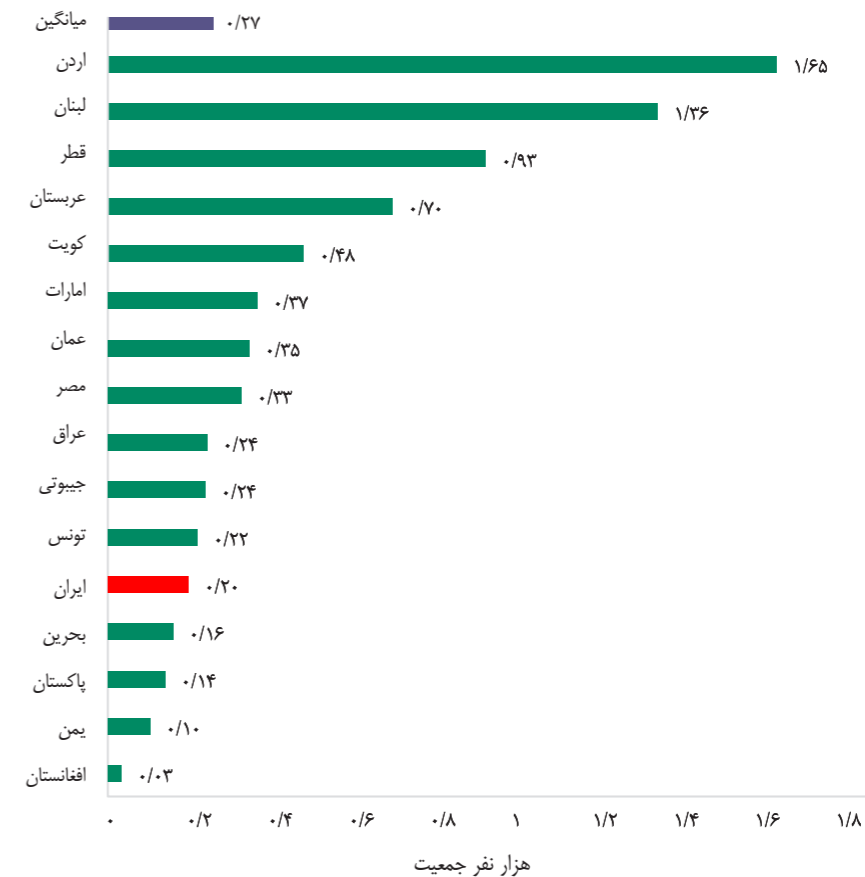
نمودار ۴-۱۲. مقایسه شاخص دندانپزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴



نمودار ۴-۱۳. مقایسه شاخص دندانپزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه چشم انداز در سال ۱۳۹۴

جدول ۴-۷. وضعیت تعداد سال‌های آموزش، تعداد دانشجویان و فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی در ایران در سال ۱۳۹۴					
نوع رشد فارغ‌التحصیلان نسبت به سال قبل	تعداد فارغ‌التحصیلان ^۱	تعداد دانشجویان	تعداد ورودی دانشجویان ^۲	تعداد سال‌های آموزش	گروه شغلی
۳/۵	۳,۶۵۶	۳۵,۱۶۸	۶,۳۹۲	۷	پزشک عمومی
	۲,۵۲۶	۱۱,۹۱۸	۳,۰۸۸	۵	پزشک متخصص
۲/۵	۱,۴۶۶	۱۳,۳۴۲	۲,۴۵۲	۵	دندان‌پزشک
۲	۹۴۳	۸,۴۲۹	۱,۸۹۷	۵	داروساز
۲/۸	۷,۹۱۷	۳۲,۰۵۲	۹,۱۱۲	۴	پرستار
۲/۸	۳,۹۶۰	۱۳,۵۶۸	۴,۱۹۵	۴	ماما
۷/۵	۳,۳۰۷	۱۵,۸۵۹	۶,۳۵۱	۳	گروه کمک پزشکی بالینی (اتاق عمل، بیهوشی و...)
۳/۸	۳,۳۶۸	۸,۹۸۰	۵,۶۱۲	۲	گروه کمک پرستاری (بهبود و کمک بهیار)
۱۸	۶۱۶	۲,۳۰۰	۲,۲۲۰	۱/۷	بهورز ^۳
۳/۳	۶,۱۶۴	۲۳,۰۰۳	۹,۱۷۱	۳	گروه کمک پزشکی تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی و...)
۰/۳	۵,۴۸۱	۲۶,۴۹۸	۹,۱۱۰	۴	متخصصین بهداشت عمومی (بهداشت، اپیدمیولوژی و...)
-۸/۸	۵۳۹	۹,۷۷۲	۹۴۹	۴/۵	گروه سایر متخصصین بهداشت (مدیریت، اقتصاد و...)
۱۰/۱	۱,۵۹۳	۱۲,۳۴۲	۳,۰۵۲	۴	سایر گروه‌های پاراکلینیکی (ادیومتری، اپتومتری، فیزیوتراپی و...)
۴	۷,۳۰۰	-	-	-	سایر
۳/۷	۴۸,۸۳۶	۲۱۳,۲۳۰	۶۳,۶۰۱	-	کل

۱. تفاوت در تعداد ورودی دانشجویان و تعداد فارغ‌التحصیلان در سال عمدتاً به دلیل تفاوت در جذب دانشجویان در هر سال (روند افزایشی جذب دانشجویان در سال‌های اخیر) و همچنین افت تحصیلی دانشجویان می‌باشد.
 ۲. تفاوت در تعداد ورودی دانش‌آموزان بهورزی در تعداد فارغ‌التحصیلان آن به دلیل تفاوت در جذب سالیانه بهورز بسته به نیاز مناطق می‌باشد، به طوری که بسته به نیاز مناطق در برخی از سال‌ها ممکن است پذیرش بهورزی انجام نگردد.



نمودار ۴-۱۶. مقایسه شاخص داروساز به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴

آموزش منابع انسانی

رشته‌های تحصیلی نیز در دو بخش تحصیلات پایه و تکمیلی طبقه‌بندی شده است که مشتمل بر ۴۳ رشته در مقاطع پایه و ۳۰۵ رشته در مقاطع تحصیلات تکمیلی است. طی سال‌های اخیر در راستای اهداف و سیاست‌های اسناد بالادستی، رشد و توسعه در زمینه رشته‌های تحصیلی نیز صورت گرفته است.

جدول ۴-۷ متوسط دوره آموزش هر یک از گروه‌های شغلی، تعداد دانشجویان، تعداد ورودی دانشجویان به مراکز آموزش پزشکی، تعداد فارغ‌التحصیلان سالیانه هر گروه شغلی و رشد سالیانه تعداد فارغ‌التحصیلان در ایران را نشان می‌دهد.

مقاطع تحصیلی نظام آموزش عالی سلامت ایران عبارت‌اند از کاردانی، کارشناسی پیوسته، کارشناسی ناپیوسته، کارشناسی ارشد ناپیوسته، گواهی عالی بهداشت عمومی^۱، دکتری عمومی، دکتری حرفه‌ای ناپیوسته، مدیریت MBA، دکتری تخصصی (Ph.D)، دکتری تخصصی پژوهشی، دکتری تخصصی بالینی، دکتری فوق تخصصی بالینی، دکتری تخصصی رشته‌های علوم پایه پزشکی، داروسازی و دندان‌پزشکی و فلوشیپ.

1 . Master of Public Health (MPH)

گروه شغلی	وزارت بهداشت	دانشگاه آزاد اسلامی	سایر دانشگاه‌ها
پزشک عمومی	۸۶/۸	۱۱/۸	۱/۴
پزشک متخصص	۹۸/۶	۰/۰	۱/۴
دندان‌پزشک	۸۸/۵	۹/۶	۱/۹
داروساز	۹۰/۹	۹/۱	۰/۰
پرستار	۶۰/۱	۳۷/۹	۲/۰
ماما	۵۱/۵	۴۸/۲	۰/۳
گروه کمک پزشکی بالینی (اتاق عمل، بیهوشی و…)	۹۳/۵	۴/۴	۲/۱
گروه کمک پزشکی تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی و…)	۶۷/۵	۲۹/۷	۲/۸
متخصصین بهداشت عمومی (بهداشت، اپیدمیولوژی و…)	۸۸/۰	۶/۴	۵/۶
سایر متخصصین بهداشت (مدیریت، اقتصاد و…)	۷۹/۴	۱۹/۲	۱/۴
سایر گروه‌های پاراکلینیکی (ادیومتری، اپتومتری، فیزیوتراپی و…)	۹۷/۳	۱/۶	۱/۱
میانگین کل	۷۷/۷	۲۰/۵	۱/۸

سهم دانشگاه‌های مختلف در آموزش گروه‌های مختلف شغلی در سال ۱۳۹۴

سهم دانشگاه‌های مختلف در آموزش گروه‌های مختلف شغلی در سال ۱۳۹۴

آموزش رشته‌های تحصیلی مرتبط با نیروی کار سلامت در ایران ۷۸ درصد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دانشگاه‌های علوم پزشکی)، ۲۱ درصد توسط دانشگاه آزاد اسلامی و ۲ درصد توسط سایر دانشگاه‌ها یعنی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتش (۳۴/۰ درصد)، بقیهٔ… (۷۱/۰ درصد)، تربیت مدرس (۴۳/۰ درصد)، شاهد (۲۶/۰ درصد) و مؤسسه رازی (۰/۰۱ درصد) صورت می‌پذیرد. از سوی دیگر تقریباً تمامی رشته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی بالینی در وزارت بهداشت آموزش می‌بینند (بیش از ۹۸ درصد) و این در حالی است که در مقطع

یکی از چالش‌های ایران در خصوص نیروی کار سلامت، ناهماهنگی

عرضه و تقاضای منابع انسانی سلامت در برخی از رشته‌ها است که منجر به تورم نیرو در بعضی رشته‌ها و کمبود نیرو در برخی رشته‌های دیگر شده است. به‌عبارتی تربیت نیرو در بسیاری از رشته‌ها با نیاز بازار کار هماهنگی ندارد و این مسئله اگر با نیازهای بومی هر استان در نظر گرفته شود، پرنگ‌تر دیده خواهد شد. از طرف دیگر سرعت بسیار کم در به‌روزرسانی محتوای آموزشی بسیاری از رشته‌ها با توجه به نیازهای کنونی کشور و حتی هم‌پوشانی محتوای آموزشی برخی رشته‌ها با یکدیگر، از مشکلاتی است که آموزش نیروی کار سلامت را در ایران با چالش مواجه می‌سازد.

برنامه‌ریزی منابع انسانی

در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ پس از گذشت دو سال از طرح تحول سلامت و روشن شدن اهمیت منابع انسانی سلامت در دستیابی به اهداف سلامت، برنامه ریزی منابع انسانی در اولویت کاری سیاستگذاران قرار گرفت. بطوریکه دو طرح ملی برنامه ریزی منابع انسانی در طی این سال‌ها اجرایی گردید. طرح اول با عنوان ”سند تقاضای منابع انسانی سلامت“ که در سال ۱۳۹۴ اجرا شد و نیروی کار سلامت مورد نیاز کشور را تا افق ده ساله برآورد می کرد و طرح دوم با عنوان ”نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴“ که در سال ۱۳۹۵ اجرا شد و به برآورد تخت ها و تجهیزات بیمارستانی و نیروی کار سلامت شاغل در بیمارستان‌ها را تا افق ده ساله به تفکیک مناطق مختلف جغرافیایی کشور می‌پرداخت.

سند تقاضای منابع انسانی سلامت با افق ده ساله و استفاده از مدل پیش‌بینی دکتر توماس هال^۱ تدوین شد. این مدل از مجموعه جدولی تشکیل می‌شود که عناصر مدل مفهومی را کَمّی نموده و با بهره‌گیری از اطلاعاتی چون وضعیت نیروی کار و خدمات موجود و تغییرات احتمالی در آینده، تمامی مواردی را که به پیش‌بینی نیازهای آینده و عرضهٔ منابع انسانی منتهی می‌شود را توضیح می‌دهد.

از سوی دیگر با بهره‌گیری از اطلاعات اقتصادی و تغییرات منابع در اختیار، نیروی مورد نیاز را در سال‌های آتی پیش‌بینی کرده و با تراز این عرضه و نیاز، کمبودها یا تورم نیروی کار سلامت را در سناریوهای مختلف مشخص می‌سازد. با استفاده از این مدل، برای منابع انسانی سلامت ایران در ده سال آینده چند وضعیت و سناریو مطرح شد که در نهایت یک سناریو مورد توافق سیاست‌گذاران قرار گرفت و پیش‌بینی عرضه^۲ و تقاضای^۳ منابع انسانی سلامت در سال ۱۴۰۴ با سناریوهای مختلف ترسیم شد، نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ نیز که با افق ده ساله تدوین شده است رویکردی جامع داشت که بر اساس

^[1] Thomas L. Hall

^[2] Supply

^[3] Demand

آن منابع و ابعاد ارایه خدمات درمانی شامل نیروی انسانی بالینی، تخت های بستری و اورژانس در تخصص های مختلف، تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه ای، تسهیلات اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستانی و مدیریت خطر در حوادث و بلایا در کنار مدل ارایه خدمت، براساس پیش بینی‌های جمعیتی، بیماری‌دهی و اقتصادی مدلسازی و برآورد شده اند و سپس نتایج بدست آمده از مدل طی جلسات متعدد با خبرگان، ذینفعان و سیاستگذاران اعتبارسنجی، اصلاح و تایید گردیده است.

با توجه به اهمیت موضوع در معاونت آموزشی وزارت بهداشت کارگروهی تشکیل شده و از گروه‌های تحقیقاتی، صاحب‌نظران و ذینفعان برای شرکت در آن دعوت بعمل آمده است. در جلسات این کارگروه نتایج برآوردهای ارایه شده مورد بحث و بررسی قرار گرفتند و در نهایت نتایج آن زمینه ساز تدوین یکی از ابعاد طرح تحول آموزش علوم پزشکی کشور با عنوان نقشه راه توسعه علمی علوم پزشکی شد که در طی آن ظرفیت هر یک از دانشگاه‌ها به تفکیک رشته در مناطق آمایشی و دانشگاه‌های کشور در افق زمانی چند ساله تعیین می‌گردد.

بخاطر تفاوت‌هایی که در محاسبه تک تک رشته و به‌تفکیک ظرفیت دانشگاه‌ها برای مناطق آمایشی گوناگون وجود دارد، وظیفه این کارگروه نهایی کردن برآوردها برای اعمال در کشور و نیز بسترسازی اجرای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

در خاتمه یادآور می‌شود اگرچه در سال‌های اخیر برای شناسایی وضعیت و برنامه‌ریزی منابع انسانی بخش سلامت در ایران اقدامات شایانی صورت گرفته است، اما همچنان نیاز به مطالعات و اقدامات بیشتری داریم. ضعف در تولیدت یکپارچه منابع انسانی بخش سلامت و وجود واحدهای مختلف سیاست‌گذار و برنامه‌ریز برای تولید، به‌کارگیری و نگهداشت منابع انسانی، چه در داخل وزارت بهداشت و چه در سطح دولت باعث دشواری در شناسایی وضعیت این نیروها و برنامه‌ریزی برای آینده آن شده است.

این ناهماهنگی، در مواردی منجر به نابرابری در پرداخت به گروه‌های مختلف شغلی و محل‌هایی مختلف خدمت شده است که پیش‌بینی می‌شود با راه‌اندازی نظام جامع اطلاعات و دیده‌بانی منابع انسانی سلامت، تدوین برش‌های استانی سند تقاضا، راه‌اندازی نظام پایش و نظارت بر عملکرد نیروی کار، تعریف مجدد و به‌روزرسانی استانداردهای منابع انسانی و مهم‌تر از همه تولیدت واحد منابع انسانی بخش سلامت، مشکلات این بخش تا حدود زیادی مرتفع شود.

منابع

۱. حساب‌های ملی سلامت (۱۳۸۰–۱۳۹۳)، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۶. قابل دسترسی در:

داده‌ها-و-اطلاعات-آمار۱/amar.org.ir/https://www

۲. دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانه آواب، دسترسی در مرداد ۱۳۹۶.

3. World Health Organization. Health infrastructure, Data by country. [cited 2013]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.506?lang=en

۴. مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزارش طرح تحول سلامت (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵) با الگوی سازمان جهانی بهداشت. تابستان و پاییز ۱۳۹۵.

۵. غلامحسین صالحی زلانی، محبوبه بیات. پیشبینی تقاضای منابع انسانی بخش سلامت ایران افق ۱۴۰۴، چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴.

۶ محبوبه بیات، آزاد شکری، محمود خدادوست برآورد پزشکان عمومی و متخصص فعال کشور در سال ۱۳۹۵ در تدوین اطلس جغرافیاییبا استفاده از روش Three Sources Capture–recapture. مرکز تحقیقات و مطالعات منابع انسانی سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران، ۱۳۹۶.

منابع

فصل پنجم

ارایه خدمات سلامت

خلاصه

نظام سلامت ایران، یک نظام سلامت گسترده و متکثر است که برای تنوعی از اقدامات از جمله نظام‌های مراقبت بیماری‌ها، واکسیناسیون، تولید و ارائهٔ تجهیزات پزشکی، پایش تأثیر عوامل محیطی مؤثر بر خدمات سلامتی و … طیف وسیعی از ذینفعان در آن نقش می‌آفرینند. خدمات مراقبت‌های اولیه کاملاً توسط دولت هدایت می‌شود، به این مفهوم که تا قبل از طرح تحول سلامت کاملاً دولتی بود و پس از آن برای پوشش آحاد جامعه به‌خصوص در نواحی شهری و حاشیه شهرها، مشارکت بخش خصوصی جلب شده است. در نوع جدید ارایه خدمات مراقبت اولیه سلامت، براساس شاخص‌های مشخص عملکرد بخش خصوصی توسط ناظرین وزارت بهداشت مشخص و براساس سرانه تحقق پوشش و عملکرد به آن‌ها پرداخت صورت می‌گیرد. اما، در خدمات تخصصی نقش بخش خصوصی پررنگ تر است. به‌خصوص بخش خصوصی عمده خدمات مربوط به بخش سرپایی را برعهده دارد و این موضوع در کلان شهر نیز پررنگ تر است. به‌خصوص در این شکل محدودیتی برای انتخاب ارایه‌کنندهٔ خدمت و محل دریافت خدمت برای بیمار وجود ندارد و علی‌رغم این که پزشک عمومی به‌عنوان اولین مراقب سلامت برای خدمات سرپایی در تمام کشور حضور دارد، همواره انتخاب اول مردم برای دریافت خدمات سلامتی نیستند. عمده بیمارستان‌ها با وجود اعلام خودگردانی همچنان توسط دولت اداره می‌شوند.

مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح اول هنوز ارتباط مشخصی با سطح تخصصی ندارد و نظام ارجاع محقق نشده است. وضعیت شاخص‌های مراقبت‌های اولیه سلامت در زمینه مراقبت بیماری‌های واگیر و سلامت مادر و کودک، تقریباً مطلوب است و رتبهٔ مناسبی در بین کشورهای با درآمد مشابه دارد. در مورد بیماری‌های غیرواگیر و نظام مراقبت این بیماری‌ها و همچنین در زمینهٔ خدمات سلامت همگانی از جمله کاهش مخاطرات محیطی مانند آلاینده های هوا، اقدامات جدی‌تری لازم است. برای خدمات سرپایی در سطح تخصصی، ارائهٔ خدمات در مطب‌های خصوصی درصد بالایی از مراجعه برای مراجعهٔ بار اول را داراست؛ اما بارمراجعهٔ سرپایی نسبت به سایر کشورها زیاد نیست. در مورد خدمات بستری بارمراجعه نسبت به کشورهای دیگر پایین‌تر، مدت اقامت کم‌تر و از سویی تخت بیمارستانی هم نسبت به جمعیت خیلی پایین‌تر از کشورهای دیگر است و ضرورت افزودن تعداد تخت وجود دارد. در سال‌های اخیر اقداماتی براساس شواهد علمی آینده پژوهشی در خصوص توسعه حوزه درمان کشور صورت گرفته و نقشه توسعه خدمات تخصصی و فوق تخصصی مشخص شده اند که باید عملیاتی شود. در این زمینه با توجه به محدودیت منابع عمومی، نیاز به مشارکت بخش خصوصی جدی است که عملیاتی نشده است.

در خصوص سایر انواع خدمات سلامتی، از جمله خدمات ارایه شده در منزل، خدمات ارایه شده برای افرادی که نیاز به مراقبت‌های طولانی‌تر دارند (از جمله معلولین)، خدمات توانبخشی و موارد تسکینی و به‌طور کلی مواردی که خدمات آن‌ها در بیمارستان و مراکز سرپایی ارایه نمی‌شود، نظام ارائهٔ خدمات سلامتی تعریف شده نیست و این موارد نیاز به توجه جدی دارد. اطلاعات کافی از تعداد این نوع خدمات، مراقبین آن‌ها، هزینه‌های که صرف این خدمات می‌شود و غیره در دسترس نیست.

در مورد خدمات با ارایه مراقبت‌های طولانی، در سیاست های کلی سلامت به ارایه خدمات به جانبازان و معلولین توجه ویژه شده است. هم‌اکنون سازمان بهزیستی کشور برای معلولین اقداماتی انجام می‌دهد؛ اما خدمات ارایه شده برای این گروه از افراد با سازمان متولی سلامت (وزارت بهداشت) مشخص نیست. به‌طورکلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد نظام ارائهٔ خدمات سلامتی در ایران در بخش غیررسمی تاکنون مورد توجه نبوده است و لذا مشکلات این بخش بطور کلی نامشخص است.

در مورد جمعیت‌های خاص، گروه هایی از مهاجرین و افراد با تابعیت سایر کشورها (با هماهنگی وزارت کشور)، اقشار کم درآمد (از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) و حاشیهٔ شهرها (در قالب طرح تحول سلامت تحت پوشش قرار گرفتند) مورد توجه قرار گرفته‌اند ولی این که دامنه این جمعیت‌ها دقیقاً باید چه گروه هایی را در برگیرد و برنامه جامع برای آن‌ها چیست جای کار دارد. لازم است تمام جنبه‌های نظام ارائهٔ خدمات سلامتی (مراقبت‌های داخل منازل، مراقبت در مراکز روزانه، مراقبت‌های طولانی مدت درمراکز بستری روزانه خدمات برای جمعیت خاص و…) بازنگری شود و در تدوین برنامه‌ها مورد توجه قرار گیرد. اعمال حاکمیت و خودگردانی بیمارستان‌ها و توضیحات بیمارستان‌های هیئت امنایی در بخش دوم این کتاب به تفصیل ارایه شده است و از تکرار در این فصل اجتناب گردید.

خدمات مراقبت‌های اولیه^۱ سلامت و سلامت همگانی^۲

مازندران) انجام می‌شود. نظام شبکه مذکور متشکل از یک نظام سطح‌بندی شده است که از سطوح محیطی (خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی) آغاز می‌شود و پس از طی مسیر بیمارستان‌های عمومی در مرکز استان ادامه پیدا می‌کند. این مسیر سطح‌بندی شده در واقع برای ارائه خدمت است و با سطوح سه‌گانه پیشگیری اعلامی سازمان جهانی بهداشت (سطح اول، دوم و سوم) در بیانیه آلماتا که هم‌اکنون به‌دنبال همگانی کردن پوشش خدمات شامل خدمات سلامت برای ارتقا، پیشگیری، اقدامات تشخیصی و درمانی، توانبخشی و تسکینی شده است؛ متفاوت می‌باشد. در ایران خدمات ارتقا و پیشگیری در سطح شبکه رایگان است و برنامه مراقبت‌های اولیه سلامتی و سلامت همگانی در این سطح ارائه می‌شود.

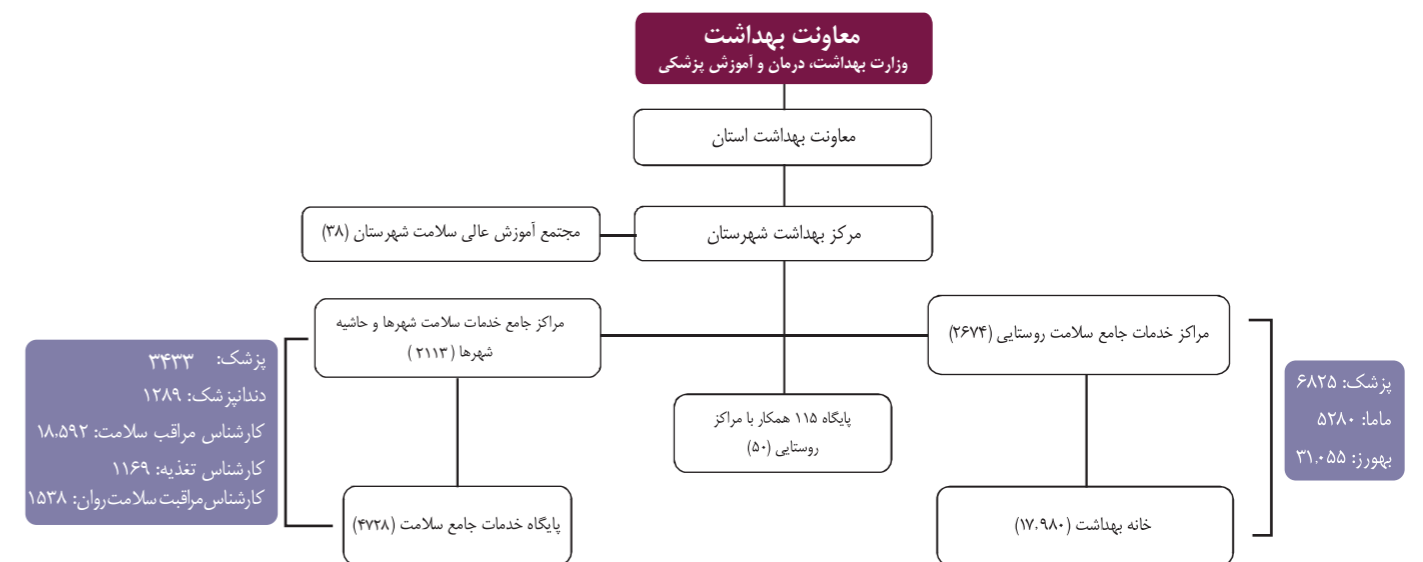
به‌طور مثال می‌توان به مراقبت‌های مرتبط با بارداری، مراقبت از کودکان و واکسیناسیون اشاره کرد. ساختار نظام شبکه ارائه خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های سلامتی اولیه در شکل ۵-۱ نشان داده شده است. از مهم‌ترین ویژگی‌های ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران رایگان بودن این خدمات برای مردم، حتی افرادی که بیمه ندارند؛ می‌باشد.

1 . Primary Health Care
2 . Public Health

با آغاز طرح تحول سلامت، محتوای مراقبت‌های اولیه سلامت و خدمات بهداشت عمومی مورد بازبینی اساسی قرار گرفت که در جدول ۵-۱ ارائه شده است.

جدول ۵-۱. برنامه‌های اصلی نوین سلامت، بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت همگانی و پروژه‌های پشتیبان پس از شروع طرح تحول سلامت

۷ پروژه اصلی		۱۰ پروژه پشتیبان	
۱	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامتی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر	۱	توانمندسازی مدیران و کارکنان حوزه معاونت بهداشت
۲	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامتی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه‌نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر	۲	تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی و درمانی
۳	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامتی (خدمات نوین سلامت) به جمعیت شهرهای بیش از ۵۰ هزار نفر و گسترش آن به کلان‌شهرها	۳	مشارکت و همکاری بخش‌های دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات سلامت همگانی ^۱
۴	تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران	۴	تهیه و تدوین بسته‌های خدمات مراقبت‌های اولیه سلامتی سطح اول (مشمول بر ۱۱ بسته خدمات طبق دستورالعمل شرح خدمات سطح اول)
۵	ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی و توانمندسازی مردم	۵	ارتقای نظام فن‌آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
۶	برنامه تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی	۶	استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت
۷	برنامه سلامت همگانی (آب سالم، غذای ایمن، رژیم غذایی سالم و هوای پاک)	۷	همکاری با مراکز آموزشی به‌منظور بهره‌مندی از ظرفیت آنها
۸		۸	استقرار نظام دیده‌بانی حوزه سلامت
۹		۹	ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی (اورژانس ۱۱۵) به ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر
۱۰		۱۰	همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش‌های کاربردی



شکل ۵-۱. ساختار ارائه خدمت حوزه بهداشت برای خدمات سطح یک (تعداد مراکز و نیروی انسانی شاغل) در سال ۱۳۹۵

در ادامه جزئیات برنامه‌های مرتبط با بهداشت عمومی ارائه شده است.

1 .public-Private Partnership (PPP)

برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن، رژیم غذایی سالم و هوای پاک) شامل ۷ برنامه ذیل می‌باشد:

۱. بهداشت مواد غذایی از مزرعه تا سفره و بهداشت آب

- مشارکت مردم در امر نظارت از طریق سامانه ۱۴۹۰
- برنامه تشدید نظارت‌ها توسط بازرسان و تجهیز آن‌ها
- مشارکت بخش خصوصی و اصناف در کنترل‌های بهداشتی
- تجهیز آزمایشگاه‌های آب و غذا
- تأمین ۳۵۰ دستگاه خودرو ویژه بازرسی
- افزایش اطلاع‌رسانی به مردم

۲. تشدید کنترل و کاهش مصرف دخانیات

- راه‌اندازی مراکز مشاوره و ترک دخانیات در کلیه شهرستان‌های در نظام شبکه
- تقویت نظارت بر ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی به‌ویژه رستوران‌ها
- ساماندهی مراکز عرضه محصولات دخانی
- اجرای ممنوعیت کامل تبلیغات و ترویج مصرف دخانیات
- پیگیری اخذ مالیات به قیمت خرده‌فروشی از محصولات دخانی
- پایش مصرف دخانیات
- راه‌اندازی آزمایشگاه محصولات دخانی

۳. برنامه مدیریت بهداشت هوا و اثرات آن بر سلامت

- تهیه پروفایل آلودگی هوای کشور و اطلاع‌رسانی به‌موقع براساس سنجش آلاینده‌های هوا
- تعیین بار بیماری‌ها و مرگ منتسب به آلودگی هوا
- اقدامات پیشگیرانه به‌منظور کاهش مواجهه با ریزگردها

۴. بهداشت پرتوها

- پایش مواجهه با انرژی‌های منتشره در فرکانس‌های ۱۸ الی ۱۰۰ گیگاهرتز
- تهیه نقشه ملی و برنامه کاهش مواجهه با گاز رادون
- پایش و کنترل مواجهه با پرتوهای فرابنفش
- پایش و برنامه کاهش مواجهه با میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی به‌شدت پایین
- برنامه پایش و کنترل پرتوگیری در مراجعین به مراکز پرتو پزشکی (تشخیصی و درمانی)

۵. ارتقای سلامت شاغلین

- تجهیز آزمایشگاه‌های سنجش آلاینده‌های محیط کار
- تشدید بازرسی‌های مراکز صنعتی
- ارتقای کمی و کیفی معاینات سلامت شاغلین

۶. پایش و ارتقای سطح سلامت رانندگان حرفه‌ای به‌منظور کاهش تصادفات

- ساماندهی معاینات سلامتی رانندگان حرفه‌ای
- اجرای برنامه برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه رانندگان حرفه‌ای
- پایش و کنترل اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان رانندگان حرفه‌ای

۷. برنامه سلامت همگانی در زندان‌ها، بازداشتگاه‌ها و کانون‌های اصلاح و تربیت

- تشدید نظارت بر بهداشت مواد غذایی، آب، محیط و بهبود استانداردهای آن در زندان‌ها
- آموزش سلامت همگانی

شاخص‌های مرتبط با سلامت همگانی و مراقبت‌های اولیه سلامتی در جدول ۵-۲ نشان داده شده و در ادامه مقایسه این شاخص‌ها با سایر کشورها ارائه شده است.

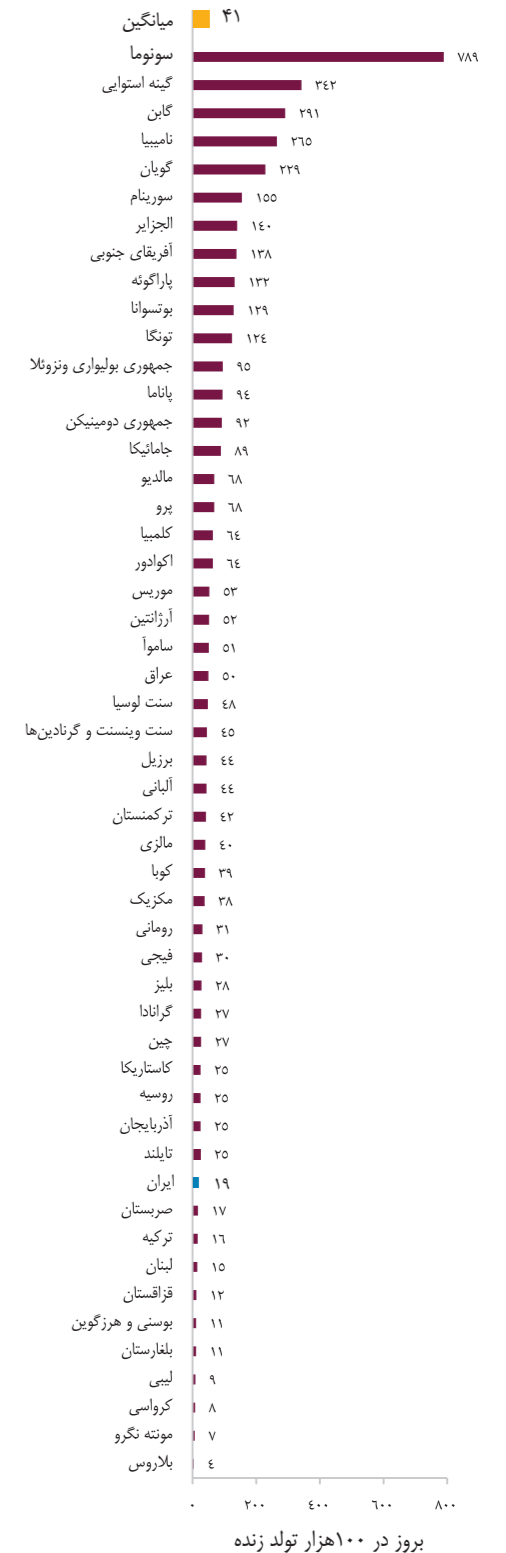
جدول ۵-۲. روند شاخص‌های مرتبط با حوزه سلامت همگانی و پیشگیری			
شاخص	۱۳۸۹/۱۳۹۰	۱۳۹۴/۱۳۹۵	۱۳۷۹/۱۳۸۰
مراقبت‌های دوران بارداری (۱ بار و بیشتر) (درصد)	۹۶/۹۱	-	۹۳/۱
مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر) (درصد)	۸۸/۶	-	۷۹/۸
پوشش دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به پنومونی (درصد)	۶۲/۵	-	۶۶/۳
موارد سل شناسایی شده و تحت درمان (درصد) ^۱	-	۶۹/۹	-
پوشش درمان ضد ویروسی اچ‌آی‌وی (درصد) ^۲	-	۱۱	-
دسترسی به آب آشامیدنی سالم (درصد)	۹۶/۸	-	۹۳
دسترسی به سیستم فاضلاب بهینه شده (درصد)	۹۸	-	۹۷/۷
شیوع فشارخون بالا (بالای ۱۸ سال) (درصد)	۱۹/۱	۲۷	۱۸/۶
شیوع دیابت براساس میانگین هموگلوبین A1C در جمعیت (بالای ۱۸ سال) (درصد) ^۱	-	۱۰/۸	-
شیوع دیابت براساس میانگین قند خون ناشتا در جمعیت (بالای ۱۸ سال) (درصد) ^۲	۱۳/۷	۱۰	-
شیوع مصرف مواد دخانی (بالای ۱۸ سال) (درصد) ^۲	۱۰	۱۴/۱	-
شیوع مصرف الکل (بالای ۱۸ سال) (درصد) ^۲	-	۲/۱	-
بروز مرگ‌های زودرس ناشی از چهار بیماری غیرواگیر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ^۱	-	۱۷/۳	-
مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده	۲۷	۱۹	۵۱
مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	۲۲/۵	۱۵/۵	۲۸/۴
بروز سل به‌ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ^۲	۱۴/۳	۱۲/۶	-
تعداد بیماریان مبتلا به مالاریا	۱۸۴۷	۴۷۹	۱۲,۲۹۴
مرگ ناشی از خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت (استاندارد شده سنی)	۵/۹	۴	۱۰/۷
مرگ‌های منتسب به آلودگی هوا در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت	-	۳۵/۵	-
مرگ‌های منتسب به‌دلیل استفاده از آب ناسالم در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ^۱	-	۰/۹	-
نسبت جمعیتی که از سوخت پاک استفاده می‌کنند (درصد) ^۱	-	+۹۵	-
نسبت غلظت سالانه P.M _{2.5} به میکروگرم در مترمکعب در محیط‌های شهری (درصد) ^۱	-	۴۰/۲	-
مرگ‌های منتسب به بالابای طبیعی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ^۱	-	۰/۱	-
مرگ‌های مرتبط به قتل در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ^۱	۴/۸	۴/۱	-

۱- این شاخص قبلا به این شکل جمع‌آوری نمی‌شده است. ۲- مقدار شاخص برای سال مورد بررسی موجود نیست.

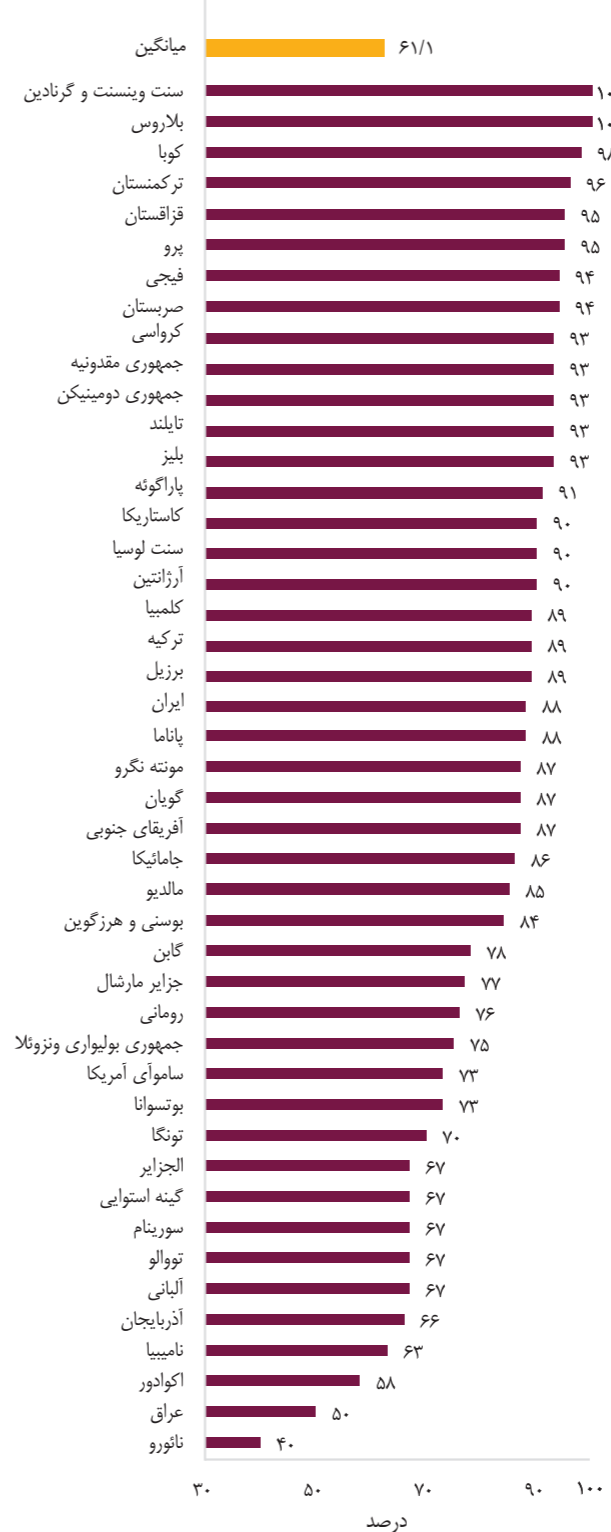
در نمودار ۱-۵ بروز مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده ارایه شده است. در بین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴، ایران با رخداد ۱۹ مرگ برای مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده وضعیت بهتری دارد. مرگ مادر در ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا هم پایین تر است و وضعیت ایران نسبت به

این کشورها بهتر است؛ مرگ کودکان زیر ۵ سال در فصل اول کتاب با بقیه کشورها مقایسه شده است. میانگین بروز مرگ مادر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، ۴۱ در ۱۰۰ هزار تولد زنده است که نسبت به رقم ایران بالاتر است.

نمودار ۱-۵. بروز مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده، در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



نمودار ۲-۵. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر) در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴ (یا آخرین رقم موجود)



جدول ۳-۵. مرگ مادر در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴

منطقه چشم‌انداز		منطقه مدیترانه شرقی	
افغانستان	۳۹۶	سومالی	۷۳۲
یمن	۳۸۵	افغانستان	۳۹۶
پاکستان	۱۷۸	یمن	۳۸۵
قرقیزستان	۷۶	سودان	۳۱۱
سوریه	۶۸	جیبوتی	۲۲۹
عراق	۵۰	پاکستان	۱۷۸
ترکمنستان	۴۲	مراکش	۱۲۱
ازبکستان	۳۶	سوریه	۶۸
گرجستان	۳۶	تونس	۶۲
مصر	۳۳	عراق	۵۰
تاجیکستان	۳۲	مصر	۳۳
ارمنستان	۲۵	ایران	۱۹
آذربایجان	۲۵	عمان	۱۷
ایران	۱۹	لبنان	۱۵
عمان	۱۷	بحرین	۱۵
ترکیه	۱۶	عربستان سعودی	۱۵
بحرین	۱۵	قطر	۱۳
عربستان	۱۵	لیبی	۹
لبنان	۱۵	امارات متحده عربی	۶
قطر	۱۳	اردن	۵
آرژانتین	۹	کویت	۴
کلمبیا	۸۹	میانگین	۱۶۶
ترکیه	۸۹		
برزیل	۸۹		
ایران	۸۸		
پاناما	۸۸		
مونتنگرو	۸۷		
گویان	۸۷		
آفریقای جنوبی	۸۷		
جامائیکا	۸۶		
مالدیو	۸۵		
بوسنی و هرزگوین	۸۴		
گابن	۷۸		
جزایر مارشال	۷۷		
رومانی	۷۶		
جمهوری بولیواری ونزوئلا	۷۵		
ساموآی آمریکا	۷۳		
بوتسوانا	۷۳		
تونگا	۷۰		
الجزایر	۶۷		
گینه استوایی	۶۷		
سورینام	۶۷		
توالو	۶۷		
آلبانی	۶۷		
آذربایجان	۶۶		
نامیبیا	۶۳		
اکوادور	۵۸		
عراق	۵۰		
نائورو	۴۰		

جدول ۴-۵. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر) در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ (یا آخرین رقم موجود)

منطقه چشم‌انداز		منطقه مدیترانه شرقی	
امارات متحده عربی	۱۰۰	امارات متحده عربی	۱۰۰
بحرین	۱۰۰	بحرین	۱۰۰
ارمنستان	۹۶	اردن	۹۵
ترکمنستان	۹۶	عمان	۹۴
اردن	۹۵	ایران	۸۸
قرقیزستان	۹۵	تونس	۸۵
قزاقستان	۹۵	قطر	۸۵
عمان	۹۴	مصر	۸۳
ترکیه	۸۹	لیبی	۶۶/۳
ایران	۸۸	سوریه	۶۴
گرجستان	۸۶/۵	کویت	۵۹/۸
قطر	۸۵	مراکش	۵۵
مصر	۸۳	سودان	۵۱
آذربایجان	۶۶	عراق	۴۶/۵
سوریه	۶۴	پاکستان	۳۷
گرجستان	۵۲/۵	یمن	۲۵
عراق	۴۹/۶	جیبوتی	۲۳
پاکستان	۳۷	افغانستان	۱۸
لیبی	۲۵	سومالی	۶
افغانستان	۱۸	میانگین	۶۱/۱

در جدول ۳-۵ بروز مرگ مادر در کشورهای منطقه چشم‌انداز و منطقه مدیترانه شرقی ارایه شده است. مرگ مادر در ایران در مقایسه با میانگین هر دو گروه کشورها خیلی پایین تر است و لذا ایران برای کاهش مرگ مادر موفق عمل کرده است.

در جدول ۴-۵ پوشش مراقبت‌های دوران بارداری در ایران نسبت به میانگین منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی ارایه شده است و نشان می‌دهد این رقم بالا است و لذا ایران برای مراقبت‌های دوران بارداری هم موفق عمل کرده است.

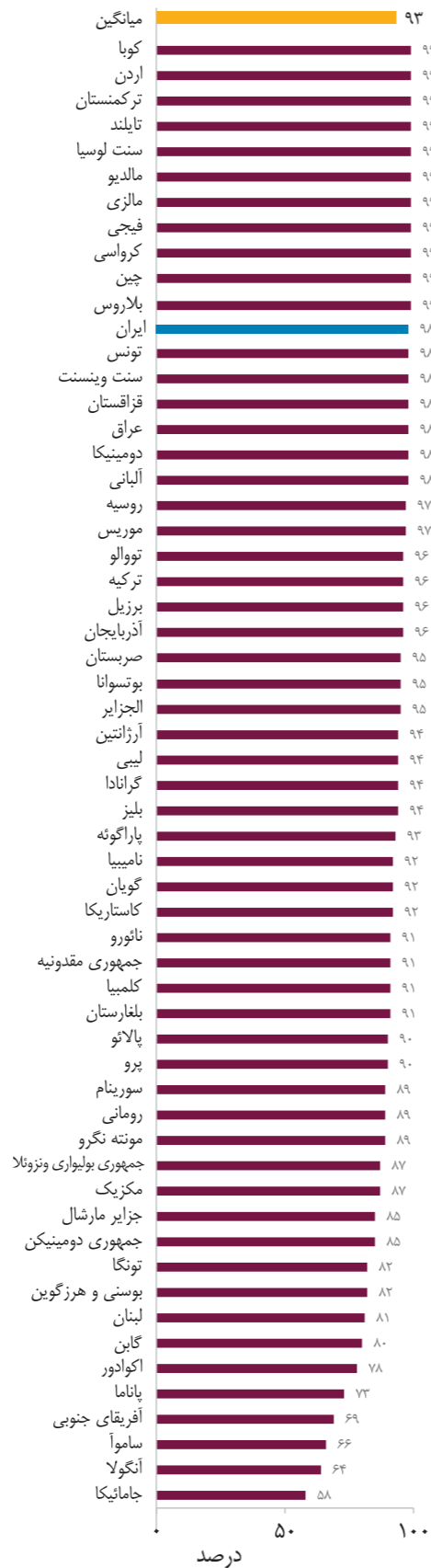
در نمودار ۳-۵ پوشش واکسیناسیون سه‌گانه نوبت سوم در میان کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا گزارش شده است. در جدول ۵-۵ پوشش این واکسن در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۴ ارایه شده است. میانگین پوشش واکسیناسیون سه‌گانه سه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۹۳ درصد در منطقه سند چشم‌انداز ۹۵/۴ درصد و در منطقه مدیترانه شرقی ۷۹ درصد می‌باشد. ایران برای این شاخص موفق عمل کرده است و درصد بالایی از کودکان تحت پوشش این واکسن قرار گرفته‌اند.



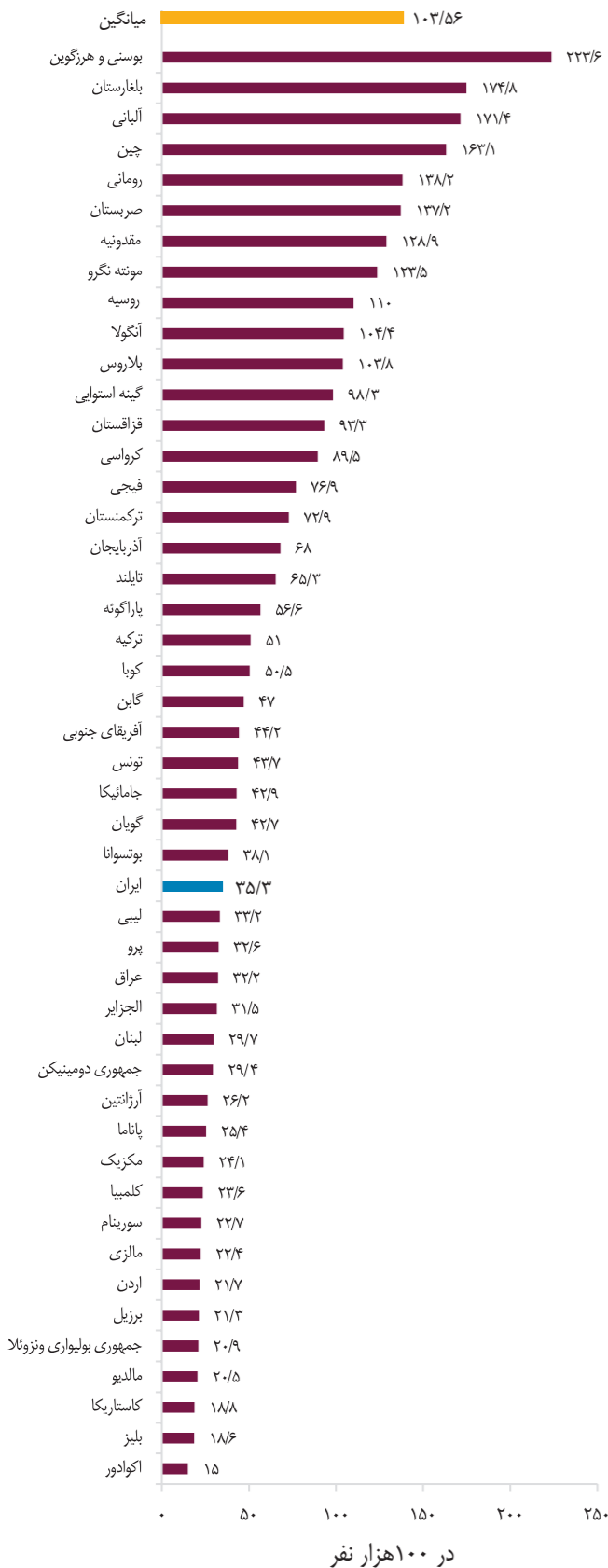
در گروه‌هایی که به‌نظر می‌رسد درجهٔ آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به دیگران دارند، به‌ویژه در افراد بالای ۵۵ سال، افراد با تحصیلات کم و افراد بیکار بیشتر است. سواد سلامت در پهنه جغرافیایی کشور توزیع متفاوتی دارد؛ به‌طوری‌که اختلاف نمره سطح سواد سلامت بین بالاترین و پایین‌ترین سطح در میان استان‌های کشور ۳۶ می‌باشد. در شکل ۵-۲ توزیع استانی این موضوع نمایش داده شده است.

در حوزه سلامت همگانی، برنامه‌های بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای در طی سه سال اخیر مورد توجه قرار گرفته است و تعداد کارشناسان و تجهیزات این حوزه افزایش پیدا کرده است؛ به‌طوری‌که تا پایان سال ۱۳۹۵، ۷۰ درصد نیروی انسانی مورد نیاز در بازرسی بهداشت محیط و حرفه‌ای جذب شده است. برای اجرای برنامه‌ها به‌صورت فعال و بسترسازی برنامه پزشک خانواده در کل کشور و برقراری نظام ارجاع هم‌اکنون برای ۷۰ میلیون نفر پرونده الکترونیک تشکیل شده است و اطلاعات فردی این افراد وارد شده و اطلاعات مرتبط با سلامتی در حال تکمیل است.

نمودار ۵-۳. شاخص پوشش واکسن سه‌گانه نوبت سوم در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



نمودار ۵-۴. مرگ‌های منتسب به آلودگی هوا در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۴



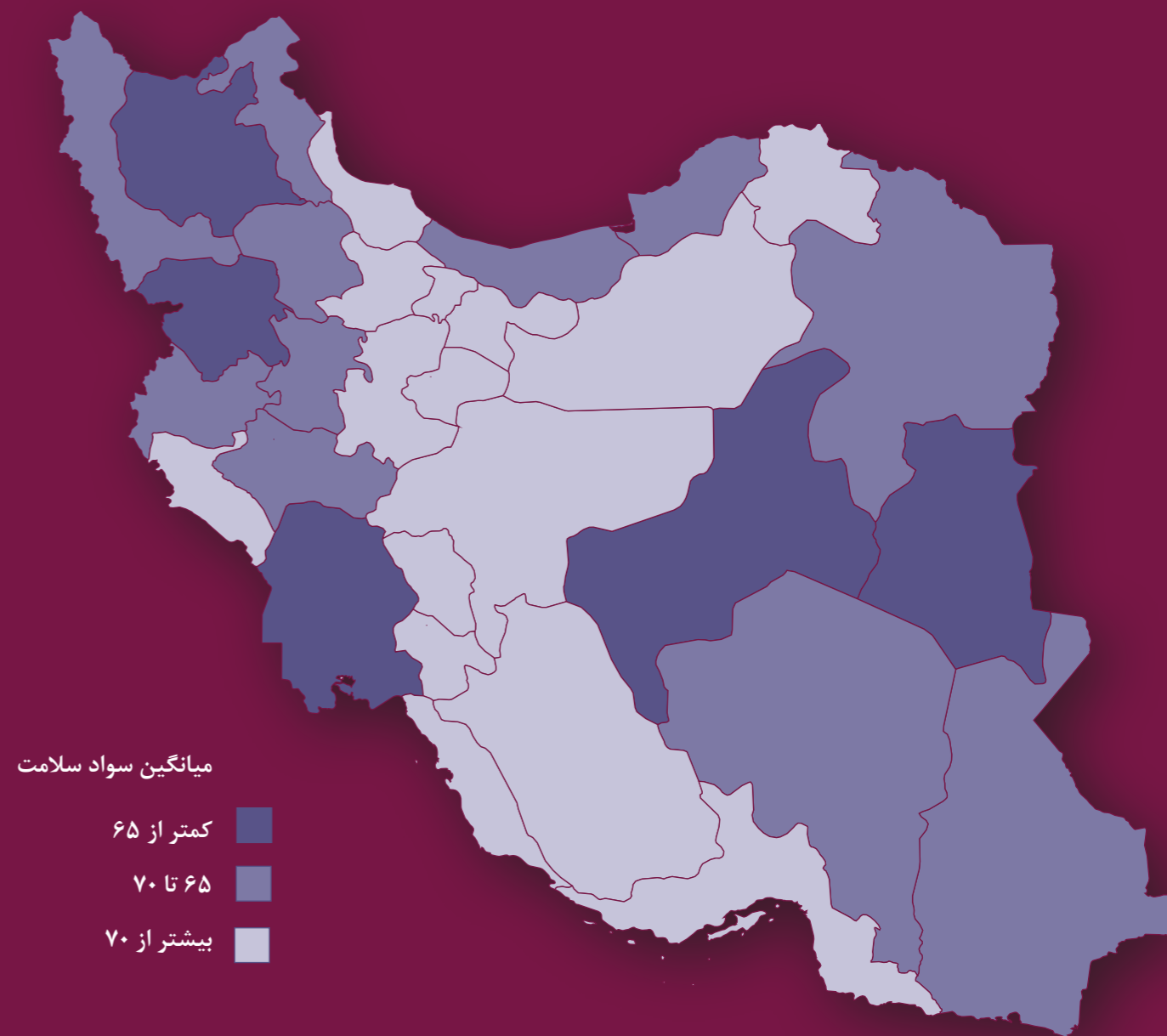
مسیر درمان بیمار در ایران

متخصص داخلی مراجعه می‌کند. پزشک متخصص داخلی یک پرونده کنترل دیابت تشکیل می‌دهد و از بیمار می‌خواهد یک هفته بعد با انجام چند آزمایش مراجعه نماید. بعد از تکمیل آزمایش‌ها دوباره ویزیت شده و با نسخه دارویی ترخیص می‌شود و توصیه می‌کند برای پیگیری‌های بعدی هر سه ماه یکبار مراجعه نماید. بیمار که هم‌اکنون یکسال از زمان جراحی‌اش سپری شده به توصیه دخترش، برای ویزیت به فوق تخصص غدد که اخیراً به مرکز استان آمده است، مراجعه می‌کند. بعد از چندین نوبت مراجعه، موفق می‌شود از کلینیک تخصصی مرکز استان از پزشک فوق تخصص نوبت ویزیت دریافت کند. با این برگه، بیمار به پزشک فوق تخصص غدد مراجعه، برای پرونده تشکیل می‌شود تا هر سه ماه یکبار برای کنترل دیابت مراجعه نماید. پزشک فوق تخصص، داروی کنترل دیابت را تغییر می‌دهد. بیمار بعد از مصرف این داروها احساس می‌کند وضع عمومی‌اش بهتر شده است. اما بعد برآورد می‌کند که هزینه رفت و آمدش از هزینه‌های درمانی بیشتر است؛ پس با مشورت خانواده از مراجعه به فوق تخصص منصرف می‌شود و ترجیح می‌دهد در شهر محل سکونت ویزیت شود.

خانمی ۵۵ ساله با درد ریب فوقانی راست شکم، به مطب پزشک عمومی مراجعه می‌کند. پزشک او را ویزیت کرده و برای تشخیص نهایی، سونوگرافی و آزمایش خون درخواست می‌کند. بیمار تحت پوشش بیمه سلامت است. پزشک عمومی با مشاهده پاسخ آزمایش و سونوگرافی، به دلیل این که بیمار چند سنگ‌ریزه در کیسه صفرا (بدون بسته شدن مجرای کلدوک) و قند خون ناشتای بالاتر از ۱۲۶ (پایینتر از ۲۰۰) دارد، توصیه می‌کند توسط پزشک متخصص ویزیت شود. بیمار برای ویزیت به جراح عمومی مراجعه کند و در بیمارستان دولتی ویزیت می‌شود. جراح به صورت غیر اورژانسی نوبت بستری به منظور جراحی می‌نویسد. بعد از بستری قندخون وی بالا می‌رود و جراحی تا زمان نرمال شدن قند خون به تأخیر می‌افتد. پزشک متخصص داخلی در بخش جراحی او را ویزیت کرده و تشخیص نهایی ابتلا به دیابت تیپ دو است. لذا دیابت قبل از بستری تشخیص داده نشده بود و در بیمارستان تشخیص داده می‌شود. روز سوم بستری بیمار تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و با حال عمومی خوب ترخیص می‌شود. ده روز بعد از ترخیص که برای کشیدن بخیه‌ها مراجعه می‌کند بیمار به دلیل بهبودی، احساس خوشحالی دارد و برای تقدیر از پزشک، هدیه می‌آورد. بعد از سپری کردن دوران نقاهت، به مطب پزشک



مسیر فوق نشان می‌دهد در برخی موارد، تصمیم با پزشک نیست و بیمار در انتخاب چگونگی ادامه درمان آزاد است. برخی رفتارهای رایج در جامعه از جمله توصیه خانواده و اعتقاد به گرفتن درمان از سطوح تخصصی نیز باعث می‌شود هزینه‌های جانبی درمان بالاتر از هزینه‌های درمانی باشد و اگر بیمار تحت پوشش بیمه نباشد گاهی این هزینه‌ها به رخداد هزینه‌های فقرزا نزدیک می‌شود. با وجودی که پزشک عمومی به عنوان اولین درمانگر برای همه مردم شناخته شده است، در مسیر درمان‌های بعدی قرار نمی‌گیرد و از سوی بیماران به ویژه در مواقعی که بیمار می‌تواند خود انتخاب کند که به پزشک متخصص مراجعه کند، جدی گرفته نمی‌شود. هرچند مسیر درمان بیمار طوری چیده شده است که پرداخت‌های غیررسمی به حداقل مقدار ممکن کاهش یابد. پزشکانی که در مسیر درمان بیمار قرار دارند، الزامی برای قرارداد با بیمه ندارند و این ممکن است برای برخی از بیماران مشکل ایجاد کند؛ اما باید پذیریم بیمار به تصمیمات خود و اطرافیانش متکی است و نظام مشاوره مناسبی برای راهنمایی وی تعبیه نشده است؛ از سوی دیگر، بیمار محدودیتی در انتخاب محل مراجعه و سطح مراجعه ندارد. به همین دلیل می‌تواند به راحتی هر نوع خدمتی را بگیرد و در صورتی که وضعیت اقتصادی مناسبی داشته باشد می‌تواند به انتخاب خود از بخش خصوصی استفاده کند. در این نظام سلامت ممکن است تقاضای القایی رخ دهد و در حال حاضر، نظام نظارت بر کنترل این نوع تقاضای القا شده، قوی نیست. نسخه‌های تجویزی خصوصاً در مواردی که پزشک با بیمه قرارداد ندارد، کنترل نمی‌شود. هدایت بیمار برای دریافت خدمات پاراکلینیک از سوی پزشکان نیز می‌تواند به دلیل توافقی باشد که بین آن‌ها انجام شده است؛ اما مرجع نظارتی برای این توافق نانوشته وجود ندارد. برای مراقبت در منزل نیز غیر از توصیه‌های پزشک، اقدام خاصی انجام نمی‌شود.



میانگین سواد سلامت

- کمتر از ۶۵
- ۶۵ تا ۷۰
- بیشتر از ۷۰

شکل ۵-۲. توزیع استانی سطح سواد سلامت در سال ۱۳۹۳

مراقبت‌های سرپایی و مراقبت‌های بیمارستانی

مراقبت‌های سرپایی اولیه و مراقبت‌های تخصصی

مراقبت‌های اولیه سلامتی که شامل یک‌سری مراقبت‌های پیشگیرانه است، در ایران توسط بهورزان، مراقبین سلامت (ماما، روانشناس، کارشناس تغذیه، مراقب سلامت خانواده و غیره) و یا توسط پزشک عمومی در مراکز ارائه خدمات سرپایی (مراکز بهداشت، مطب، درمانگاه‌های دولتی و خصوصی و غیره) ارائه می‌شود. در ایران برخی از متخصصین هم این نوع خدمات سلامتی را ارائه می‌کنند، که شامل متخصصین داخلی، اطفال و زنان و زایمان می‌باشند. در مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه‌های بهداشتی در سال ۱۳۹۴، بار مراجعه برای دریافت خدمات از پزشک برابر ۰/۵۲ و مراقبین سلامت برابر ۰/۰۸ می‌باشد. کل بار مراجعه در این مراکز برابر ۰/۶۲ در سال می‌باشد. این ارقام شامل کل جمعیت می‌باشد و تفکیکی برای جمعیت شهری و روستایی ندارد. براساس این ارقام بار اصلی ارائه خدمات سرپایی در ایران بر دوش پزشکان عمومی می‌باشد. اقبال از دریافت خدمات سلامتی از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامتی براساس ماهیت اصلی این مراقبت‌ها (که تأکید بر توجه به تمام جنبه‌های مراقبت و از سوئی تدوام مراقبت‌ها دارد) می‌تواند منجر به کاهش بار مراجعه‌ها به مراکز تخصصی شود.

خدمات سرپایی تخصصی در واقع تمرکز بر تشخیص و درمان بیماران دارد. برخلاف خدمات سرپایی که در مراقبت‌های اولیه سلامتی ضرورت تدوام مراقبت وجود دارد، در مورد خدمات تخصصی سرپایی معمولاً این موضوع مطرح نبوده و متخصصین موارد مربوط به خود را تحت بررسی قرار می‌دهند و برای سایرین یا مشاوره می‌گیرند یا بیمار را به سایر متخصصین ارجاع می‌دهند. در ایران محل ارائه خدمات تخصصی مطب‌ها، درمانگاه‌های بیمارستان‌های عمومی یا تخصصی می‌باشد.

از سال ۱۳۹۳، مراکز ارائه خدمات سرپایی تخصصی در بیمارستان‌های دولتی (با نام کلینیک‌های تخصصی) مجهزتر شد و در برخی از بیمارستان‌ها از نو ساخته شد هم‌اکنون ۲۹۰ کلینیک در بیمارستان‌های دولتی در حال تجهیز شدن برای ارائه خدمات هستند. دسترسی و بار مراجعه به خدمات سرپایی در جداول ۵-۷ و ۵-۸ و نمودار ۵-۵ ارائه شده است. در حدود ۹۸ درصد از مراجعینی که نیاز سرپایی دارند، موفق به دریافت خدمت می‌شوند و از بین این مراجعین حدود ۲۳ درصد خدمت را به‌طور کلی از پزشک عمومی می‌گیرند، حدود ۲/۷ درصد از پزشک خانواده و ۲۱ درصد از پزشک متخصص می‌گیرند.

مطابق نمودار ۵-۵، به‌رغم افزایش دسترسی به خدمات سلامتی به‌دنبال اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳، بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی افزایش خیلی کمی در مقایسه با سال‌های قبل دارد و در سال ۱۳۹۴ کاهش هم یافته است. در نمودار ۵-۶ بار مراجعه براساس محل ارائه خدمت آورده شده است مطابق این نمودار بار مراجعه در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ برای دریافت خدمات سرپایی در مراکز خصوصی کاهش یافته است. میانگین بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در کشورهای عضو سازمان توسعه همکاری اقتصادی اروپا ۷/۳ بار می‌باشد که در ایران رقم مراجعه سالانه برای دریافت خدمات سرپایی در مقایسه با این کشورها پایین‌تر است. همانطور که در نمودار مشاهده می‌شود بار مراجعه به مراکز خصوصی برای دریافت خدمات سرپایی کاهش یافته است. از سال ۱۳۹۳، دو برنامه ملی در راستای اجرای طرح تحول سلامت برای افزایش دسترسی و بهبود کیفیت خدمات سرپایی اضافه شد که با نام‌های برنامه مقیمی پزشکان متخصص و برنامه ماندگاری در مناطق محروم می‌باشد. در برنامه مقیمی پزشکان متخصص در ۲۴ ساعت شبانه‌روز در بیمارستان‌ها در دسترس هستند و در برنامه ماندگاری تمهیداتی برای ارائه خدمات سلامتی توسط پزشکان متخصص اجرا شده است.

جدول ۵-۷. بار مراجعه به ارائه‌کنندگان مختلف خدمات سرپایی

ارائه‌کننده خدمت	۱۳۹۴	۱۳۹۳
پزشک (عمومی، خانواده و متخصص)	۴/۱۴	۴/۹۱
دندانپزشک	۰/۲۲	۰/۲۱
داروخانه	۳/۱۸	۳/۶۶
آزمایشگاه	۱/۱	۱/۱
پاراکلینیک تشخیصی (رادیلوژی، ام آر آی)	۰/۵۱	۰/۳۷
سایر (مشاور تغذیه، روانشناس بالینی و ماما)	۰/۰۰۶۵	۰/۰۰۵۳

جدول ۵-۸. بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۴ به‌ازای یک نفر جمعیت

محل ارائه خدمت	ارائه‌کننده					
	پزشک عمومی	پزشک خانواده	پزشک متخصص	دندانپزشک	ماما	سایر پرسنل غیر پزشکی
مطب/ دفتر کار	۰/۵۳	۰/۱۱	۱/۲۴	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۰۱
مرکز بهداشتی و درمانی / خانه بهداشت / پایگاه بهداشت	۰/۴	۰/۱۲	-	۰/۰۲	۰/۰۲	-
بیمارستان دولتی (وزارت بهداشت)	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۷
بیمارستان‌های عمومی (شهرداری، بانک‌ها و شرکت نفت)	۰/۰۸	-	۰/۰۶	۰/۰۱	۰	۰/۰۱
خصوصی	۰/۱	-	۰/۰۸	۰/۰۲	۰	۰/۰۳
خبریه	۰/۰۶	-	۰/۰۲	۰/۰۱	۰	۰/۰۱
وابسته به تأمین اجتماعی	۰/۲۱	-	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۱
نامعلوم	۰/۰۳	-	۰/۰۱	۰	۰	۰/۰۱
کل	۱/۹۹	۰/۲۶	۱/۸۶	۰/۲۲	۰/۰۷	۰/۲۳

درمانگاه / پلی‌کلینیک / اورژانس

مراقبت‌های بیمارستانی (بستری)

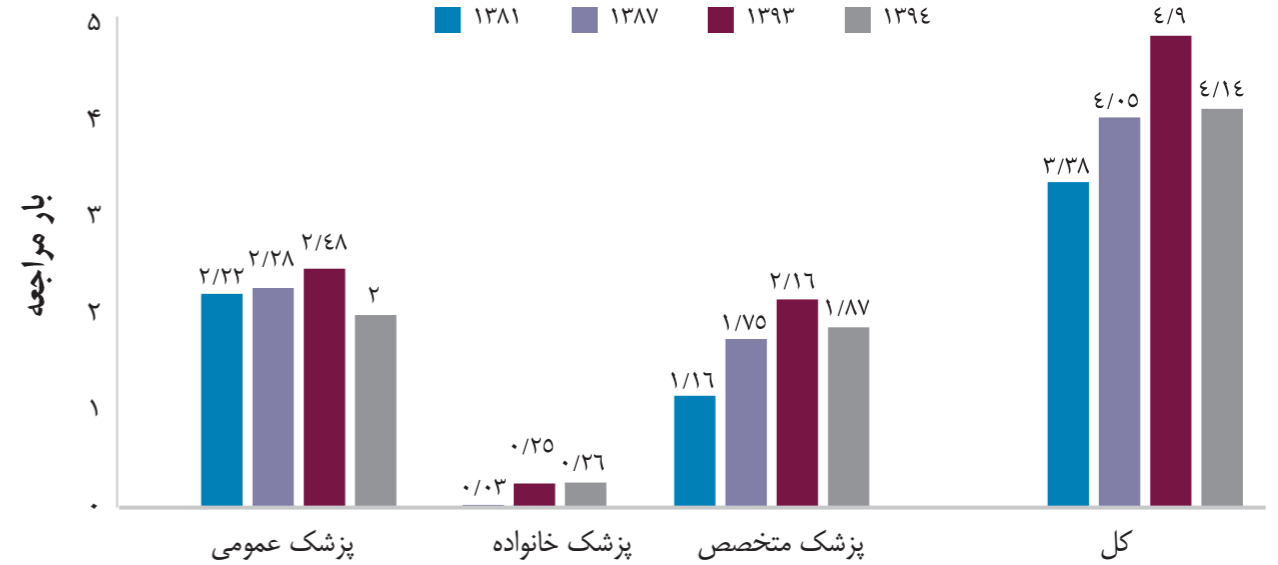
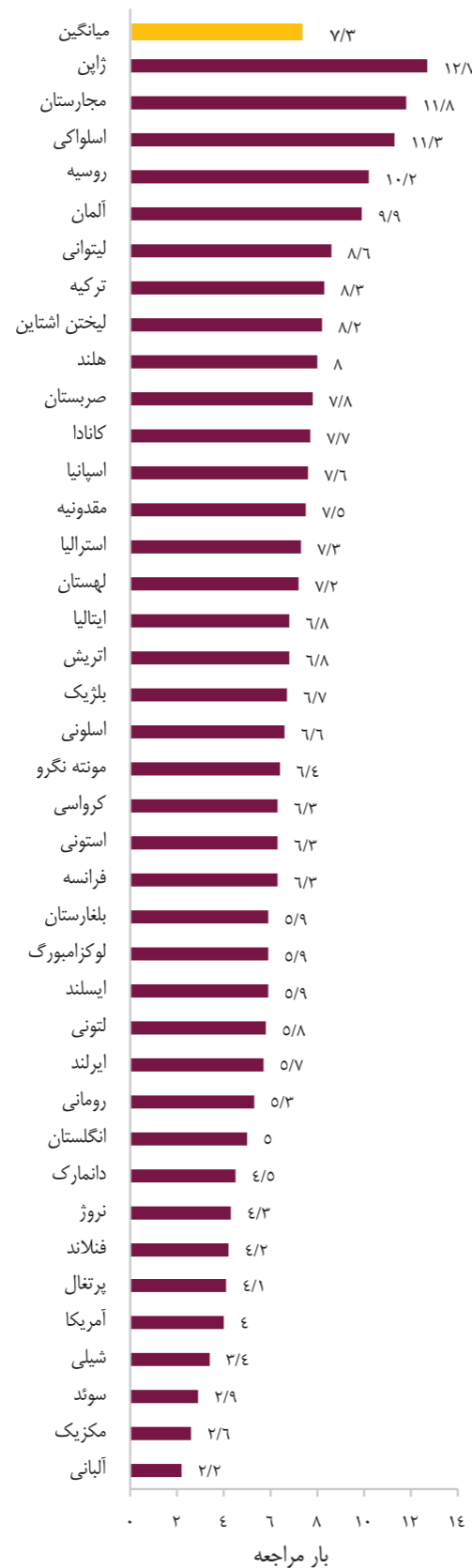
خدمات بستری بیمارستانی، شامل ارائه خدمات برای افرادی که نیازمند رسیدگی فوری هستند و دسته بعدی افرادی هستند که رسیدگی فوری نیاز ندارند اما برای رفع مشکل سلامتی، ضرورت دارد در بیمارستان بستری شوند. برای اشخاصی که نیازمند رسیدگی فوری هستند، به‌طور معمول این اشخاص خود به بیمارستان مراجعه می‌کنند. برخی از این موارد عبارتند از: بیماری‌های حاد تنفسی، بیماری‌های حاد قلبی و عروقی، التهاب آپاندیس، التهاب حاد کیسه صفرا، تروماها، شکستگی‌ها، زایمان، مشکلات روانی و ... با وجود مراجعه مستقیم بیمار، بیمارستان این افراد را پذیرش کرده و در نهایت منجر به بستری در بخش‌های جراحی یا مراقبت‌های ویژه و غیره می‌گردد. براساس مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت، در حدود ۲۶ درصد از مراجعین به‌طور مستقیم به بیمارستان مراجعه کرده و بستری شده‌اند. بارمراجعه برای دریافت خدمات بستری در جدول ۵-۹ ارائه شده است؛ بار مراجعه در یک سال برای دریافت خدمات بستری در ایران ۰/۱۱۸ است. ایران در مقایسه با کشورهای سازمان همکاری توسعه اقتصادی، بار مراجعه بستری پایینی دارد. در ایران تقسیم‌بندی بیمارستان‌ها معمولاً به این ترتیب انجام می‌شود: ۱. براساس نوع خدمتی که ارائه می‌دهند (بیمارستان کودکان، بیمارستان سوختگی، بیمارستان روانپزشکی و غیره)؛ ۲. براساس سازمانی که به آن وابسته هستند (بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، سایر بیمارستان‌های دولتی و تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، خیریه، خصوصی و غیره)؛ و ۳. براساس تعداد تخت می‌باشد. برخی اطلاعات بیمارستان‌ها در فصل چهارم این مجلد ارائه شده است. در سال ۱۳۹۵، ۶۲ درصد بیمارستان‌ها و ۶۹ درصد تخت‌های بیمارستانی در اختیار بخش دولتی بود. سهم بخش خصوصی، ۱۷ درصد از بیمارستان‌های کل کشور و ۱۲ درصد از کل تخت‌های بیمارستانی بود. علاوه‌بر مشکل تعداد تخت، مسئله توزیع آن‌ها در سطح کشور نیز وجود دارد. بیش از ۴۳ درصد تخت‌های بیمارستانی و بیش از ۱۳ هزار تخت بخش خصوصی در پایتخت قرار دارد.

در خصوص سایر شاخص‌های مرتبط با خدمات بیمارستانی، اطلاعات به‌هنگام و مورد نیاز برای مقایسه، وضعیت جمهوری اسلامی ایران با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و نیز مدیران شرقی موجود نیست. لذا، برای برخی از شاخص‌ها مبنای مقایسه کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی باشد.

شاخص‌های بیمارستانی که در ارزیابی عملکرد خدمات ارائه شده در سطح بیمارستانی استفاده می‌شوند، در جدول ۵-۱۰ ارائه شده است.

در نمودار ۵-۸ میانگین مدت اقامت در بیمارستان با کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی مقایسه شده است. میانگین مدت اقامت در ایران از همه کشورهای سازمان همکاری اقتصادی پایین‌تر

نمودار ۵-۷. بار مراجعه برای خدمات سرپایی (دریافت از پزشک) در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۴



نمودار ۵-۵. بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی برحسب ارائه‌کننده خدمت در ایران سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۸۷، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴

مطابق نمودار ۵-۵، به‌رغم افزایش دسترسی به خدمات به‌دنبال اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳، بارمراجعه برای دریافت خدمات سرپایی افزایش خیلی کمی در مقایسه با سال‌های قبل دارد و در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال‌های قبل کاهش هم یافته است.



نمودار ۵-۶. بار مراجعه براساس محل دریافت خدمت سرپایی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴

است. در سال ۱۳۹۴ حدود ۳۴ درصد مراجعه کننده‌ها، کمتر از یک روز در بیمارستان‌های دولتی بستری شده‌اند.

براساس آمار مذکور و پایین بودن مدت اقامت در بیمارستان و پایین بودن رتبه تخت به‌ازای جمعیت و پیرتر شدن سن جمعیت و نیز آینده‌پژوهی که برای نقشه درمان مناطق مختلف ایران انجام شده است، افزودن تخت بیمارستانی ضرورت دارد در دستور کار باشد. به‌نظر می‌رسد این موضوع از حیطه‌های جدی مشارکت بخش خصوصی است که با ملاحظه اهداف نظام سلامت و نیز اصل رعایت عدالت در ارائه خدمات، به آن پرداخته شود. نرخ اشغال تخت با کشورهای سازمان همکاری توسعه اقتصادی مقایسه شده است. در این فهرست مطابق نمودار ۵-۹ میانگین نرخ اشغال تخت در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی ۷۶/۳ درصد است و در ایران در حدود ۷۶ درصد در همان سال می‌باشد، لذا اشغال تخت در ایران مشابه متوسط این کشورهاست.

مدیریت بیمارستان‌های بخش عمومی در حال حاضر تحت کنترل دولت است و رئیس بیمارستان معمولاً پزشک است. مصوبه خودگردانی مالی بیمارستان‌ها در سال ۱۳۷۴ ارایه شد و هم‌اکنون این مصوب رایج است. در

طی ارزیابی‌های اخیر، توصیه سازمان جهانی بهداشت اعطای استقلال بیشتر برای اداره بیمارستان‌ها است. در این دو گزارش پیشنهاد شده است علاوه‌بر اعطای استقلال بیشتر به مدیران بیمارستان‌ها، اداره بیمارستان هیئت امنایی و خودگردان باشد. این پیشنهاد تاکنون محقق نشده است.

خدمات اجتماعی مورد نیاز بیماران هم‌اکنون به دنبال اجرای طرح تحول در وزارت بهداشت مورد توجه ویژه قرار گرفته است و یکی از اقدامات تشکیل شبکه خیرین و ارتباط دادن این شبکه با بیمارستان‌ها می‌باشد. غیر از این اقدام، در بیمارستان‌های دولتی مراکز ارایه‌کننده خدمات اجتماعی با نام واحدهای مددکاری هستند که تعدادی از مددکاران خدمات اجتماعی در آن مشغول فعالیت می‌باشند. این افراد به‌طور عمده خدمات اجتماعی را که بیماران نیاز دارند ارزیابی می‌کنند. عمده بررسی‌ها در حیطه نیازهای مالی است و این بررسی‌ها اطلاعاتی را در خصوص ارایه مراقبت‌های رایگان یا توأم با تخفیف سازماندهی می‌کنند. در برخی از موارد، این گروه نیازهای خاص که به مراقبت‌های طولانی دارند را ارزیابی و ساماندهی می‌کنند؛ نقش مراقبین اجتماعی در سطح تخصصی ارایه خدمات سلامت در بیمارستان‌ها محدود به‌همین واحدها است و نقش دیگری ندارند.

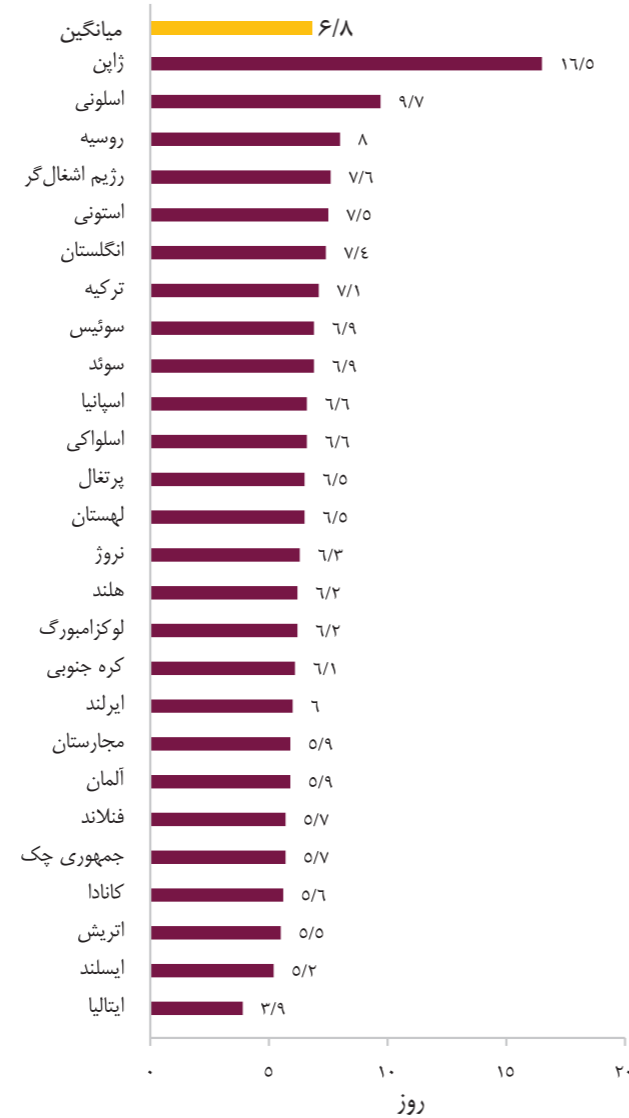
جدول ۵-۹. بار مراجعه خدمات بستری از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵

بیمارستان	سال		
	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
تحت پوشش وزارت بهداشت	۰/۰۹	۰/۰۹۸	۰/۱۰
سایر بیمارستان‌های بخش عمومی	۰/۰۱۷	۰/۰۱۸	۰/۰۱۸
کل	۰/۱۰۷	۰/۱۱۶	۰/۱۱۸

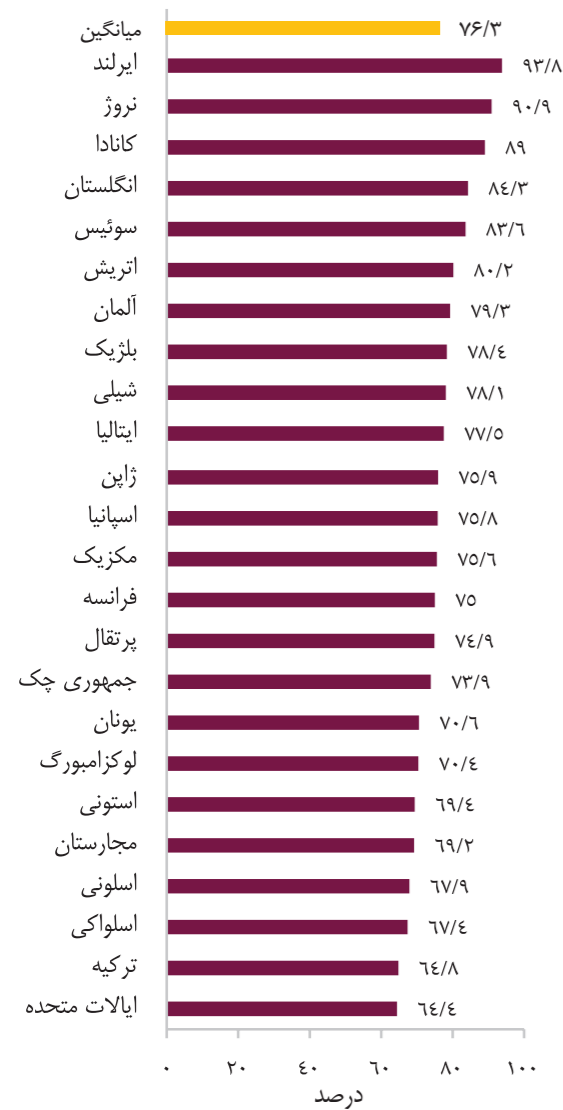
جدول ۵-۱۰. شاخص‌های مرتبط با خدمات ارایه شده در بیمارستان

	خصوصی			تأمین اجتماعی			دولتی (وزارت بهداشت)		
	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۵
میانگین مدت اقامت در بیمارستان	۴	۳/۳	۳	۴/۱	۴	۴/۳	۲/۹۲	۲/۸۹	۲/۸۵
مدت انتظار برای بستری	۵/۳	۲/۸	۲/۸	۴/۱	۳/۷	۴/۹	۲/۸	۲/۴	۲/۵

نمودار ۵-۸. طول مدت اقامت (روز) در بیمارستان در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۵



نمودار ۵-۹. نرخ اشغال تخت (درصد) در کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۵



فصل پنجم ارائه خدمات سلامت

مراقبت‌های اورژانسی^۱

سازمان اورژانس کشور که از نظر ساختاری زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی را برعهده دارد. برخی از مهم‌ترین واحدهای این سازمان که مسئول ارائه خدمات سلامتی هستند، عبارتند از:
۱. اورژانس هوائی؛
۲. اورژانس پیش بیمارستانی؛
۳. آمبولانس خصوصی؛
۴. اورژانس بیمارستانی و چند اداره دیگر می‌باشد.
برخی از شاخص‌های مربوط به مراقبت‌های اورژانسی در ادامه ارائه شده است. این شاخص‌ها عبارتنداز:

لجستیک؛ زمان رسیدن بر بالین بیمار؛ و فرایند عملیات.

۱. شاخص لجستیک

- در سال ۱۳۹۵ تعداد ۴۷۲۶ دستگاه آمبولانس (۶۶ دستگاه به‌ازای هر میلیون نفر جمعیت) و ۳۰۲ موتورلانس (۲۶۷ موتورلانس در شهر تهران) و ۶۴ دستگاه اتوبوس آمبولانس (کمتر از یک اتوبوس به‌ازای هریک میلیون نفر جمعیت) و دو شناور اورژانس در حال خدمت است؛
- تعداد ۳۴ پایگاه هوایی اورژانس در کشور فعال و در حال ارائه خدمات سلامتی اورژانسی می‌باشند.

۲. شاخص زمان رسیدن بر بالین بیمار

- زمان رسیدن بر بالین بیمار در تهران (پایتخت) از ۳۵ دقیقه در سال ۱۳۹۴ به ۲۵ دقیقه در سال ۱۳۹۶ رسیده است. در کلان شهرها ازحدود ۲۰ دقیقه در سال ۱۳۹۴، با تقریبا ۲۰ درصد کاهش به حدود ۱۶ دقیقه رسیده است. لازم به ذکر است زمان رسیدن موتورلانس‌ها در تهران کمتر از ۱۰ دقیقه بوده و مدیریت بیماران تا رسیدن آمبولانس‌ها را بهبود بخشیده است؛

- زمان رسیدن بر بالین در دیگر شهرها در فاصله سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ با بیش از یک دقیقه کاهش به ده دقیقه رسیده است؛

- زمان پاسخ آمبولانس در جاده با توسعه پایگاه‌های جاده ای تقریبا دو دقیقه کاهش داشته و از حدود ۱۹ دقیقه در سال ۱۳۹۴ به کمتر از ۱۷ دقیقه در سال ۱۳۹۶ رسیده است.

۳. شاخص فرایند عملیات

مهم‌ترین مسیر اعلام درخواست مددجویان از سازمان اورژانس ۱۱۵ تماس تلفنی است. سایر روش‌ها شامل درخواست پیامکی (برای ناشنوایان تهرانی) و مراجعه حضوری به پایگاه‌ها و مراکز استقرار است.

دیسپیچ

برای ارائه بهترین خدمت، مراکز دیسپیچ در شهرها ایجاد شده‌اند. در دیسپیچ واحدهای زیر وجود دارد:

- پرستار ۱۱۵: برای پاسخ علمی به تماس (شامل مشخص نمودن مشکل بیمار، دریافت آدرس و انجام مشاوره تا رسیدن آمبولانس)؛

- پزشک (برای مشاوره به پرستار، پرسنل عملیاتی و تماس‌های مردمی که پرستار ۱۱۵ نیاز ببیند) و در تهران متخصص قلب و عروق برای هدایت به‌موقع بیماران قلبی ۲۴ ساعته در دیسپیچ مقیم است؛

- مرکز هدایت و راهبری آمبولانس‌ها (برای هدایت آمبولانس‌ها).

مسیر دریافت خدمات اورژانسی در ایران

پس از تماس فرد نیازمند خدمات، پرستار ۱۱۵ ضمن ارائه مشاوره لازم آدرس بیمار را دریافت و به واحد راهبری آمبولانس‌ها ارسال می‌کند. این واحد نزدیکترین آمبولانس را به محل اعزام می‌کند. تکنسین‌ها پس از حضور بر بالین ضمن معاینه بیمار با پزشک مشاور تماس گرفته (در صورتی که پزشک در دسترس باشد) و براساس دستور وی اقدامات درمانی لازم را انجام و بیمار/مصدوم را به مناسب‌ترین مرکز درمانی منتقل می‌نمایند تا ادامه درمان صورت پذیرد.

به این دلیل ارتباط تنگاتنگی بین اورژانس ۱۱۵ و اورژانس بیمارستان وجود دارد. درحال حاضر بیماران خاص به‌صورت ویژه به بیمارستان منتقل می‌شوند. به‌طور مثال بیمار دچار سکته قلبی پس از دریافت نوار قلب در محل و ارسال آن برای پزشک متخصص دیسپیچ بیمار به‌طور مستقیم به بخش آنژیوگرافی (که طبق اطلاع قبلی فعال شده) منتقل می‌شود تا در کوتاه‌ترین زمان رگ درگیر باز شود.

همچنین در ۴۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی پایگاه‌های اورژانس به‌عنوان پایگاه روستایی مستقر هستند و در صورت ادامه این طرح تا ۴۰۰ پایگاه روستایی راه‌اندازی خواهد شد.

ارائهٔ خدمات سلامتی در منزل^۲

تا قبل از سال ۱۳۹۶، ارائه این خدمات سازمان یافته نبود. در طی سال ۱۳۹۶ تعرفه‌گذاری خدمات سلامتی توسط شورای عالی بیمه انجام شده است اما هنوز این خدمات تحت پوشش بیمه قرار نگرفته‌اند. مراکز ارائه خدمات سلامتی در منزل هم‌اکنون دو گروه هستند که شامل مراکز مستقل و مراکزی که در کنار بیمارستان‌ها مشغول فعالیت هستند و نقش ارائه خدمات بعد از بستری را برعهده دارند. تعداد کلی این مراکز در ایران در سال ۱۳۹۶ در حدود ۳۶۶ مرکز است و تعداد واحدهای بیمارستانی فعال دارای مراکز مراقبت در منزل شامل ۲۷۳ مرکز می‌باشد.

هم‌اکنون ایران در حال ساماندهی مراقبت‌های ارائه شده در

منزل می‌باشد. تعداد مراقبین این مراکز ضرورت دارد مشخص شود. در برخی از کشورهای اروپایی (از جمله بخش ارائهٔ خدمات سلامتی در انگلستان) افراد برای ارائهٔ خدمات سلامتی در منازل، موظف به ثبت‌نام در مراکز مرتبط هستند و از طریق این مراکز برای کار در منازل فرستاده می‌شوند؛ لذا این نوع مراقبت‌ها تا حدودی کنترل شده ارائه می‌شود.

ارایه خدمات سلامتی در مراکز بستری روزانه^۱

این مراکز در ایران به‌عنوان مراکز جراحی محدود در ایران شناخته می‌شوند و در اغلب شهرهای بزرگ این مراکز دائر و مشغول ارائه خدمات جراحی محدود هستند. آئین‌نامه تأسیس این مراکز در سال ۱۳۸۶ بازنگری شد و شرایط پذیرش بیماران و فهرست اعمال جراحی مجاز و محدود توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. این آئین‌نامه در سال ۱۳۹۴ به‌طور وسیع بازنگری و ابلاغ شد. مطابق این آئین‌نامه این مراکز فقط مجاز به پذیرش بیمارانی هستند که در کمتر از ۲۴ ساعت نیازمند بستری باشند و موارد بالای ۲۴ ساعت، در این مراکز حق پذیرش ندارند. خدمات مجاز به‌تفکیک در این آئین‌نامه ارائه شده است. برخی از مهم‌ترین مواردی که در این مراکز ارائه می‌شوند، عبارتند از: نمونه‌برداری‌های بافتی و نمونه‌برداری از مایعات بدن، تعبیه کاتترهای وریدی، کاتترهای مجاری و غیره و بطور محدود شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، دیالیز و غیره.

خدمات سلامتی برای موارد نیازمند به مراقبت‌های طولانی مدت^۲

این بخش شامل خدماتی است که برای سالمندان و افرادی که ناتوانی جسمی دارند، ارائه می‌شود. سازمان بهزیستی مراکزی برای نگهداری معلولان دارد. در حدود ۳ درصد از معلولان کل کشور در مراکز سازمان بهزیستی نگهداری می‌شوند. سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۳ از وزارت بهداشت منفک شد و لذا هم‌اکنون ارائه خدمات سلامتی در این سازمان مستقل از وزارت بهداشت است. در سایر کشورها این اقدامات سازمان یافته‌تر است و برای ارائه این نوع خدمات مراقبین خاصی وجود دارد.

خدمات توانبخشی و طب تسکینی^۳

متوسط بار مراجعه در سال ۱۳۹۴ برای دریافت خدمات فیزیوتراپی ۰/۱ بار می‌باشد که ۰/۰۶ از مراکز غیر دولتی و ۰/۰۴ از مراکز دولتی دریافت شده است. در حدود ۴۰۰ مرکز فیزیوتراپی در تهران (پایتخت) ثبت شده

است که خدمات توانبخشی ارائه می‌دهند.
ارایه این خدمات و به‌ویژه خدمات طب تسکینی، نیازمند وجود یک گروه کاری منسجم است که در مراکز خاصی^۴ ارائه خدمت کنند.
درمان‌های تسکینی اغلب در زمانی که بیماران برای دریافت سایر درمان‌هایشان مراجعه کرده‌اند، ارائه می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان که نیازمند مراقبت‌های تسکینی هستند برای دسترسی به این خدمات معمولا به سایر مراکز مراجعه می‌کنند.

از سویی در طرح درس‌های گروه‌های پزشکی این موضوع به‌طور جداگانه ارائه نمی‌شود و به‌نظر می‌رسد پزشکان آموزش جداگانه‌ای برای نحوه ارائه این خدمات نداشته باشند؛ لذا این بخش از خدمات نیازمند توجهی ویژه است. با توجه به این که سرطان دومین عامل مرگ در ایران است و بیشتر از ۱۲ درصد موارد مرگ را شامل می‌شود ، می‌توان نتیجه‌گیری کرد نیاز به مراکز ارائهٔ خدمات طب تسکینی از جمله نیازهای امروز کشور است.

خدمات دارویی^۵

تعداد داروخانه‌های سراسر کشور ۱۰ هزار و ۲۲۳ عدد است . مراجعات به داروخانه بعد از نوبت بار نخست ویزیت پزشک عمومی ۵۰، متخصص ۳۷ و پزشک خانواده ۶ درصد می‌باشد. بارمراجعه به داروخانه در سال ۱۳۹۴، در حدود ۳/۵ بار برای هر نفر بوده و سهم نسبی پرداخت از جیب برای دارو در نمودار ۵–۱۰ ارائه شده است.

خدمات سلامت غیررسمی و بدون پرداخت^۶

در ایران خدمات مشخص تعریف شده‌ای برای مراقبت‌های غیررسمی و «بدون پرداخت» وجود ندارد. در ایران معمولا به‌دلیل فرهنگ خاصی که رایج است برای افراد نیازمند مراقبت، از سوی خانواده‌ها این مراقبت‌ها ارائه می‌شود.

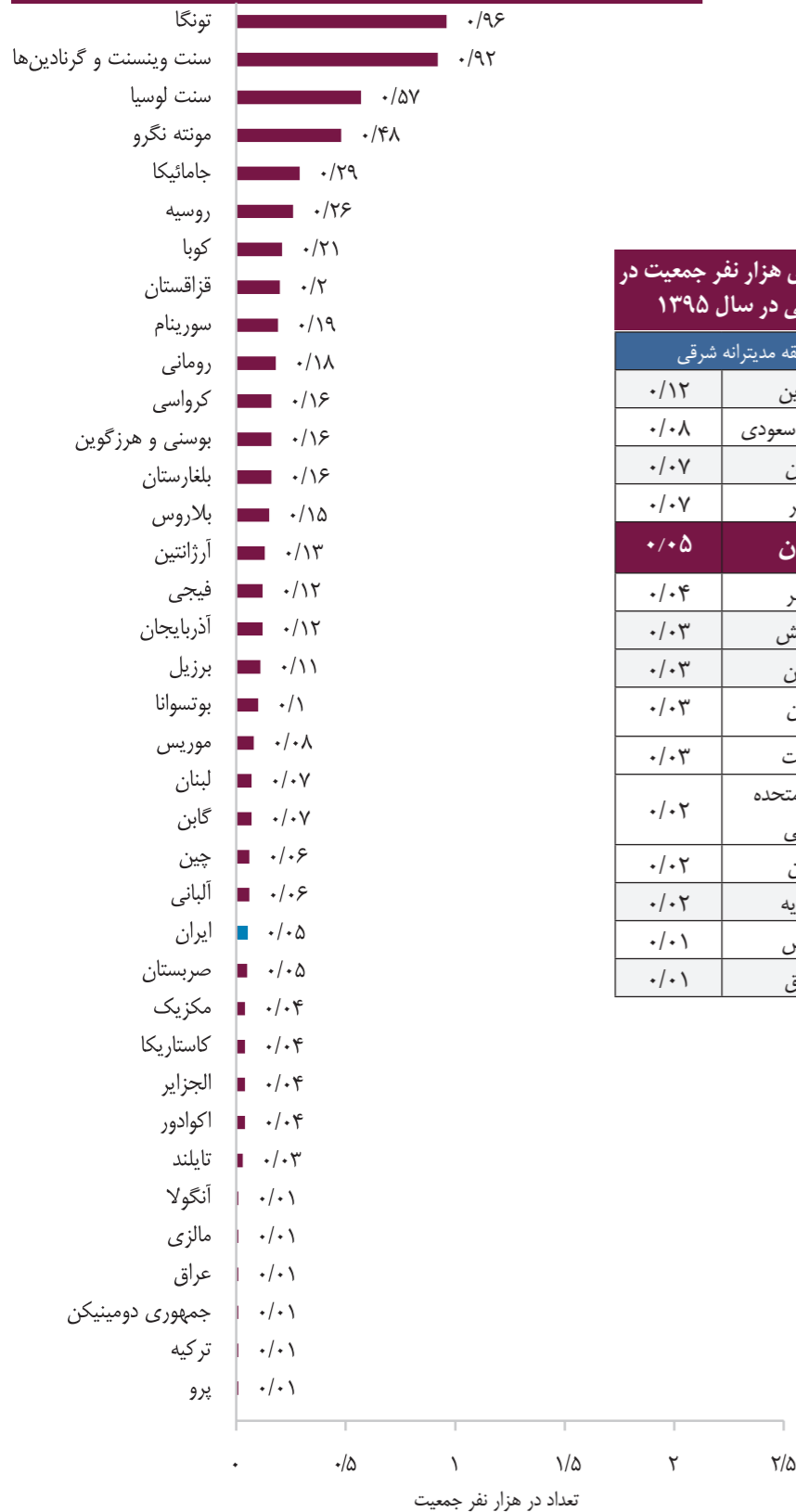
برخی از شاخص‌های مرتبط با این مراقبت‌ها شامل موارد زیر است:

تعداد افرادی که به‌عنوان مراقبین غیررسمی شناخته می‌شوند، وضعیت ارتباط خویشاوندی (غیرخویشاوندی) بین مراقبین و دریافت‌کننده خدمت، درصد جمعیت تحت پوشش این نوع مراقبت‌ها، جنسیت فرد ارائه‌دهنده مراقبت، تعداد ساعاتی که افراد در ماه برای دریافت این مراقبت صرف می‌کنند. اما اطلاعاتی از این شاخص‌ها در ایران موجود نیست. در برخی کشورها این نوع مراقبت‌ها انسجام یافته است و ساماندهی آن‌ها به‌عنوان یکی از راه‌کارهای کاهش هزینه مطرح شده است؛ به این ترتیب بیمار به جای اشغال تخت بیمارستانی توسط یکی از خویشاوندان یا نزدیکانش در منزل مراقبت می‌شود.

<div> <div></div> </div>
<p>4 . Hospices</p>
<p>5 . Pharmaceutical Care</p>
<p>6 . Informal and Unpaid Care</p>

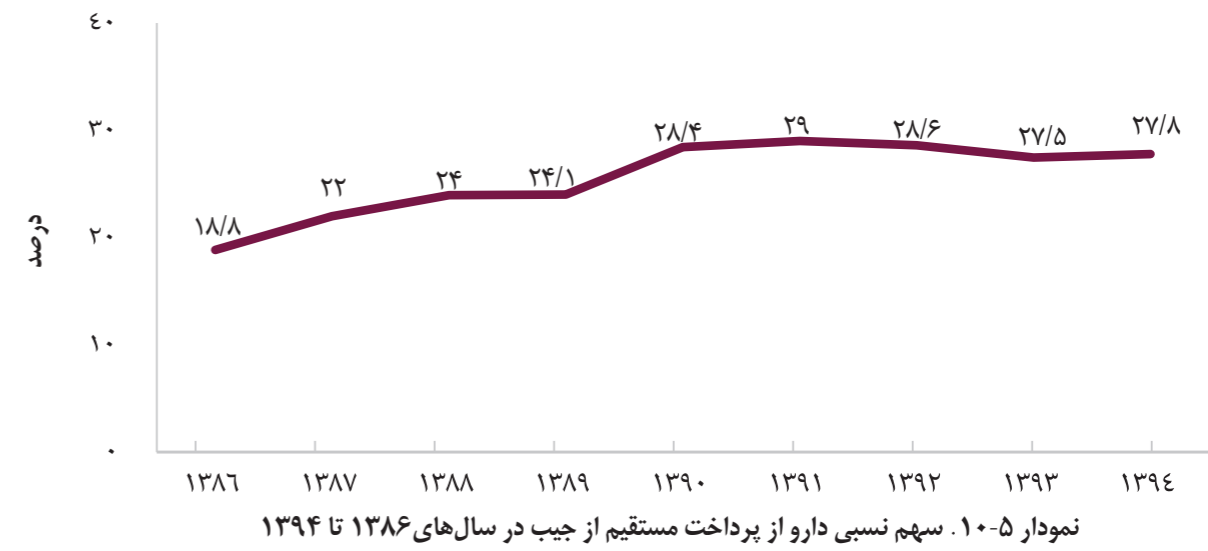
- . Day Care
- . Long-term Care
- . Palliative Care

نمودار ۵-۱۲. تعداد بیمارستان‌های روانپزشکی به ازای هزار نفر جمعیت در ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در سال ۱۳۹۵



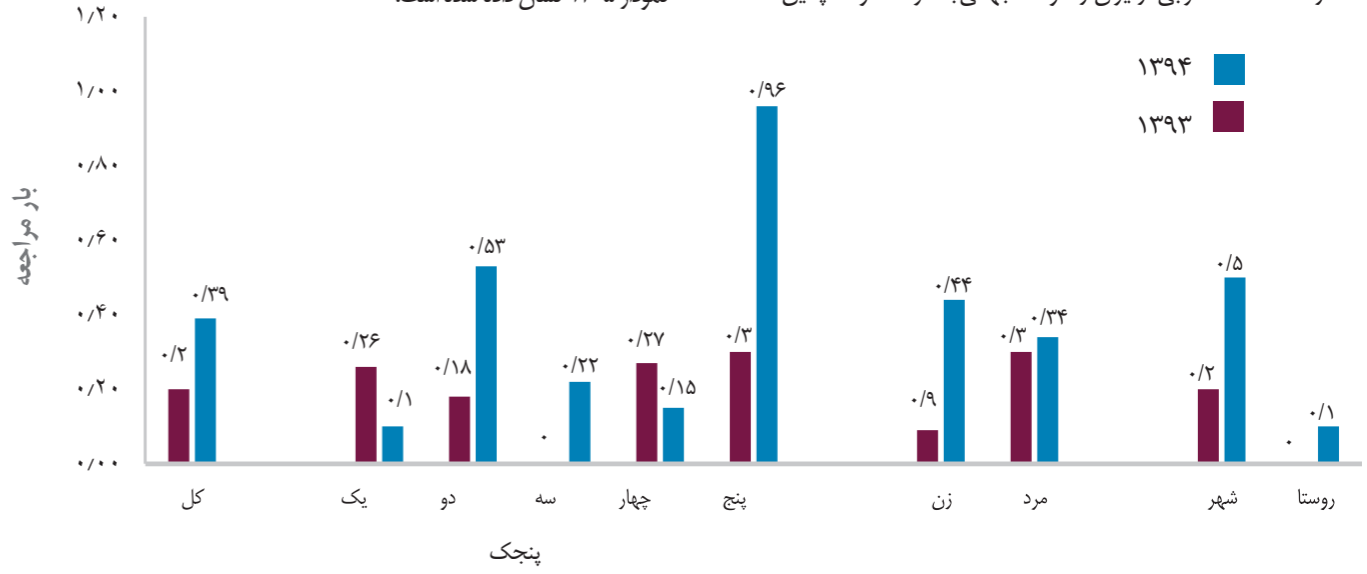
جدول ۵-۱۱. تعداد تخت‌های روانپزشکی به ازای هزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۵

منطقه مدیترانه شرقی		منطقه چشم‌انداز	
بحرین	۰/۱۲	ارمنستان	۰/۳۲
عربستان سعودی	۰/۰۸	تاجیکستان	۰/۲۱
لبنان	۰/۰۷	رژیم اشغالگر	۰/۱۹
قطر	۰/۰۷	گرجستان	۰/۱۴
ایران	۰/۰۵	آذربایجان	۰/۱۲
مصر	۰/۰۴	بحرین	۰/۱۲
مراکش	۰/۰۳	قرقیزستان	۰/۰۹
عمان	۰/۰۳	عربستان سعودی	۰/۰۸
اردن	۰/۰۳	لبنان	۰/۰۷
کویت	۰/۰۳	قطر	۰/۰۷
امارات متحده	۰/۰۲	ایران	۰/۰۵
عربی	۰/۰۲	ازبکستان	۰/۰۴
یمن	۰/۰۲	مصر	۰/۰۴
سوریه	۰/۰۲	عمان	۰/۰۳
تونس	۰/۰۱	اردن	۰/۰۳
عراق	۰/۰۱	کویت	۰/۰۳
		قزاقستان	۰/۰۲
		امارات متحده عربی	۰/۰۲
		یمن	۰/۰۲
		سوریه	۰/۰۲
		عراق	۰/۰۱
		ترکیه	۰/۰۱



خدمات سلامت روان

در پیمایش سلامت روان سال ۱۳۹۰، شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایران، ۲۳/۶ درصد اعلام شد. مطابق این پیمایش، ۱۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر به اختلالات روانپزشکی مبتلا هستند که از این بین، ۶ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر اختلالات افسردگی و ۲ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر نیز اختلالات افسردگی ماژور دارند. بنابراین، همانند سایر کشورها نیاز به توجه و اقدامات ویژه در این زمینه دارد. آخرین بررسی مربوط به مشکلات روانی در ایران در سال ۱۳۹۳، به بررسی شیوع اختلالات روانی پرداخته است و در این مطالعه شیوع نشانه‌های کلی اختلالات ۲۳/۴ درصد گزارش شده است. اختلالات افسردگی ۱۰/۳۹ درصد، اختلالات اضطراب ۲۹/۵ درصد از کل جمعیت می‌باشد. مقایسه دیگری در مطالعه بار جهانی بیماری‌ها انجام شد و نشان داد که میانگین بار ناشی از اختلالات اضطرابی در ایران از متوسط جهانی بالاتر است و همچنین اختلالات



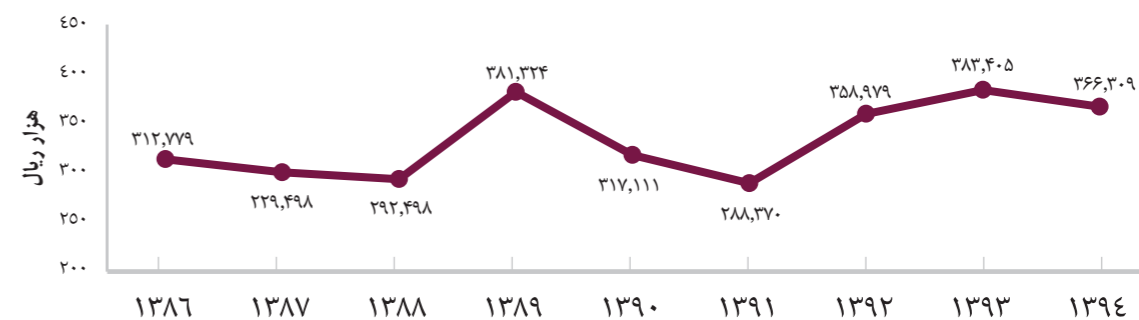
نمودار ۵-۱۱. بارمراجعه سالانه در ۱۰۰ نفر برای دریافت خدمات مشاوره سلامت روان در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴

خدمات دهان و دندان^۱

خدمات دهان و دندان شامل خدمات مراقبتی و پیشگیری و درمانی دندان و لثه‌ها می‌باشد. که شامل خدمات فلوریش، تمیز کردن دندان‌ها، رادیوگرافی دندان و بررسی دهان، لثه و دندان‌ها، پر کردن دندان، تعمیر شکستگی‌ها، پروتز، درمان و جراحی لثه و موارد دیگر است. براساس پیمایش سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۹۵، میانگین مجموع تعداد دندان‌های شیری پوسیده، کشیده شده و ترمیم شده (شاخص DMFT) در کودکان ۶ ساله (۵/۸۴) می‌باشد. که به ترتیب در گروه‌های مختلف این شاخص از: شهر (۵/۸۹)، روستا (۵/۶۲)، پسر (۵/۹۷) و دختر (۵/۸۱) برآورد شده است. این شاخص در گروه سنی ۱۵ ساله (۳/۴۲) می‌باشد. خدمات دندان پزشکی در

1 . Dental Care

ایران تاکنون در اختیار بخش خصوصی بوده است و فرهنگ استفاده از این خدمات به گونه‌ای است که مردم معمولاً برای درمان (و نه پیشگیری) به مراکز دندان پزشکی مراجعه می‌کنند. به همین دلیل و همچنین تحت پوشش نبودن این خدمات، مردم هزینه‌های زیادی از جیب پرداخت می‌کنند. از سال ۱۳۹۳ توجه ویژه به ارائه خدمات دندان پزشکی شده است. ارایه این خدمات در بخش دولتی از حوزه بهداشت و پیشگیری آغاز شد و در ابتدا گروه‌های کودکان هدف قرار گرفتند. خدمات آموزش بهداشت رایگان، زدن وارنیش فلوراید و انجام فیشور سیلانت برای گروه‌های هدف (۶ تا ۱۲ سال) به صورت رایگان ارایه می‌شود. بهره‌مندی از خدمات دندان پزشکی در طول سال ۱۳۹۴، ۰/۲۶ در ساکنین شهرها و ۰/۱۲ بار در ساکنین روستاها به‌ازای جمعیت می‌باشد. در نمودار ۵-۱۳، هزینه‌های دندان پزشکی از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۹۴ ارایه شده است.



نمودار ۵-۱۳. پرداخت از جیب مستقیم (به قیمت ثابت) برای خدمات دندان پزشکی، طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴



نمودار ۵-۱۴. بهره‌مندی از خدمات (بار مراجعه) دندان پزشکی سال ۱۳۹۴

حدود ۲۶,۳۶۱ دندان پزشکی عمومی در مراکز دولتی و خصوصی سراسر کشور فعالیت می‌کنند (حدود ۰/۳۳ در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) و نزدیک به ۲ هزار متخصص دندان پزشکی نیز در مراکز دولتی و خصوصی مشغول به فعالیت هستند. لازم به ذکر است که اکثریت قریب به اتفاق دندان پزشکان (بیش از ۹۰ درصد) در بخش خصوصی کار می‌کنند. بالاترین تعداد دندان پزشکی به‌ازای هزار نفر جمعیت در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا مربوط به کشور کوبا با رقم ۱/۸۵ می‌باشد، نمودار.

خدمات طب جایگزین و طب سنتی^۱

ارایه رسمی این خدمات در ایران تاریخچه طولانی ندارد و تعداد درمان‌گران این حوزه هنوز ثبت نشده است. درصد ارائه خدمت توسط ارایه کننده طب سنتی و طب جایگزین در بین موارد نیاز به دریافت خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۴ ۰/۰۹ است. شاخص‌های ارایه خدمات طب جایگزین و طب سنتی موجود نیست (۸،۱۲).

خدمات سلامتی برای جمعیت‌های خاص^۲

برای ارائه خدمات سلامتی به جمعیت‌های خاص در ابتدا نیاز به تعریف این جمعیت وجود دارد که در هر کشوری متفاوت است. برخی جمعیت‌های خاص عبارت‌اند از: جمعیت‌های آسیب‌پذیر، افرادی که شهروند کشور نیستند (مهاجرین، پناهندگان، آواره‌ها و سایر اتباع خارجی)، در ایران از سال ۱۳۹۳، به دنبال اجرای طرح تحول سلامت ساکنان حاشیه‌نشین شهرها مورد توجه قرار گرفتند و بعد از سرشماری، این جمعیت تحت پوشش خدمات سلامتی قرار گرفتند. اطلاعات دقیقی از جمعیت غیر ایرانی در دسترس نیست و فقط برخی از شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی و بستری در جمعیت غیر ایرانی (ساکن در ایران) موجود است که در ادامه ارایه شده است.

بررسی وضعیت دریافت خدمت در جمعیت غیر ایرانی ساکن در ایران نشان می‌دهد، که بهره‌مندی از این خدمات وضعیت مطلوبی دارد. اما باید توجه شود که این اطلاعات برای جمعیت دارای کارت شناسایی (ثبت شده) است و از جمعیت ثبت نشده اطلاعاتی در دسترس نیست.

در جدول ۵-۱۲ بهره‌مندی از خدمات سلامت برای جمعیت‌های خاص ارایه شده است.

جدول ۵-۱۲. شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمعیت غیر ایرانی ساکن در ایران	
شاخص	۱۳۹۴
درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده است	۴۸/۹۵
درصد خدمت سرپایی دریافت شده از پزشک عمومی	۲۵/۶۸
درصد خدمت سرپایی دریافت شده از پزشک متخصص	۱۸/۲۹
متوسط هزینه صرف شده برای خدمت سرپایی (ریال)	۸۹۹,۷۱۰
بار مراجعه سرپایی (یک نفر جمعیت)	۲/۳۸
بار مراجعه بستری (یک نفر جمعیت)	۰/۰۴
بار مراجعه سرپایی به مطب	۰/۱۱
بار مراجعه سرپایی به درمانگاه‌های دولتی (تمام درمانگاه‌ها)	۰/۴۱
بار مراجعه بستری در بیمارستان‌های دولتی (تمام بیمارستان‌ها)	-
متوسط هزینه بستری (ریال)	۲,۶۵۱,۴۵۳
میانگین مدت اقامت در بیمارستان	۴/۳۳
مدت زمان انتظار برای بستری	۱/۳۲

2 . Health Services for Specific Population

1 . Alternative and Traditional Medicine

یک پزشک در حال معاینهٔ یک بیمار در یک بیمارستان در ایران

منابع

۱. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.

۲. مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹.

۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۹.

۴. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران، ۱۳۹۵.

5. World Health Organization. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva. 2017; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

۶. علی منتظری، محمود طاووسی، فاطمه رخشانی، سید علی آذین، کتابون جهانگیری، مهدی عبادی و همکاران. طراحی و روان‌سنجی ابزار سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (۱۸ تا ۶۵ سال)، پایش، ۱۳۹۳؛ ۱۳(۵): ۵۸۹–۵۹۹.

۷. دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانه آواب، دسترسی در مرداد ۱۳۹۶.

۸. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.

۹. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سند توسعه درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان تا سال ۱۴۰۴.

۱۰. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ سپاس.

11. http://www.oecd.org/els/health-systems/

۱۲. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳.

۱۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۷.

۱۴.، رضا مجدزاده، فرنام محبی، الهام احمدنژاد. تعیین ارتباط عدم تقارن اطلاعات

گیرنده خدمات سلامتی و آرایه‌دهندهٔ خدمات سلامتی با مقدار بهره‌مندی از خدمت سلامتی سرپایی و بستری (با مقایسهٔ میزان بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری در بیمار پزشک و بیمار غیرپزشک)، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶ (گزارش طرح).

۱۵. پورتال سازمان بهزیستی، ۱۳۹۶. قابل دسترسی در: behzisti.ir

۱۶. ادارهٔ سرطان، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۱۷. پورتال سازمان غذا و دارو، ۱۳۹۶. قابل دسترسی در: http://www.fda.gov.ir

۱۸. مرکز آمار ایران، مطالعهٔ هزینه‌درآمد خانوار، ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴.

۱۹. مجید داوری، الهه خراسانی. بررسی خدمات سلامت مستعد تقاضای القایی در ایران، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶ (گزارش طرح).

20. Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hafezi M, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015 Feb; 18(2): 76-84.

21. Homaie Rad E, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. Med J Islam Repub Iran. 2016; 30: 383.

22. Kavosi Z1, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy Plan. 2012 Oct; 27: 613-23.

23. Pakshir HR. Oral health in Iran. Int Dent J. 2004 Dec; 54(6 Suppl 1): 367-72.

24. Bayat F. Impact of dental insurance on adults’ oral health care in Tehran, Iran. Medicine of the University of Helsinki. 2010; Available from: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20285/impactof.pdf?sequence=2

25. Bahadori M, Ravangard R, Asghari B. Perceived Barriers Affecting Access to Preventive Dental Services: Application of DEMATEL Method. Iran Red Crescent Med J. 2013 Aug; 15: 655–662.

26. Jadidfard MB, Yazdani Sh, Khoshnevisan MH. Social Insurance for Dental Care in Iran: A Developing Scheme for a Developing Country. OHDM. 2012; : 189-198

فصل ششم

نظام اطلاعات سلامت

یک پزشک در حال معاینهٔ یک بیمار در یک بیمارستان در ایران

۱۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹.

۱۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۱۹. مجید داوری، الهه خراسانی. بررسی خدمات سلامت مستعد تقاضای القایی در ایران، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶ (گزارش طرح).

20. Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hafezi M, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015 Feb; 18(2): 76-84.

21. Homaie Rad E, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. Med J Islam Repub Iran. 2016; 30: 383.

22. Kavosi Z1, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy Plan. 2012 Oct; 27: 613-23.

23. Pakshir HR. Oral health in Iran. Int Dent J. 2004 Dec; 54(6 Suppl 1): 367-72.

24. Bayat F. Impact of dental insurance on adults’ oral health care in Teh-ran, Iran. Medicine of the University of Helsinki. 2010; Available from: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20285/impactof.pdf?se-quence=2

25. Bahadori M, Ravangard R, Asghari B. Perceived Barriers Affecting Access to Preventive Dental Services: Application of DEMATEL Method. Iran Red Crescent Med J. 2013 Aug; 15: 655–662.

26. Jadidfard MB, Yazdani Sh, Khoshnevisan MH. Social Insurance for Dental Care in Iran: A Developing Scheme for a Developing Country. OHDM. 2012; : 189-198

یک پزشک در حال معاینهٔ یک بیمار در یک بیمارستان در ایران

۱۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹.

۱۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۱۹. مجید داوری، الهه خراسانی. بررسی خدمات سلامت مستعد تقاضای القایی در ایران، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶ (گزارش طرح).

۲۰. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۱. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۲. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۴. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۵. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

۲۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانهٔ ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.

خلاصه

نظام اطلاعات سلامت به‌عنوان فعالیتی یکپارچه برای جمع‌آوری، پردازش، گزارش و استفاده از اطلاعات و دانش سلامت در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها تعریف شده است. در این فصل براساس چارچوب شبکه سنجش سلامت، مروری بر وضعیت نظام‌های اطلاعات سلامت از نظر منابع برای اطلاعات، شاخص‌ها، منابع و مدیریت داده‌ها، تولید اطلاعات و در نهایت انتشار و به‌کارگیری اطلاعات انجام شده است.

در سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی در ایجاد زیرساخت‌ها صورت گرفته که مهم‌ترین آن‌ها گسترش بستر الکترونیکی لازم برای کارکرد بهینه نظام اطلاعات سلامت است؛ البته علیرغم این اقدامات ارزشمند، به‌نظر می‌رسد هنوز به انسجام لازم از لحاظ سیاست‌گذاری در اطلاعات سلامت دست نیافته‌ایم. در زمینه شاخص‌ها به‌خصوص گردآوری داده‌های مرتبط به تعهدات بین‌المللی اما جمهوری اسلامی ایران بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبی دارد؛ ولی ارزیابی تعهدات ملی (سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه پنج ساله) به روش کمی همچنان نهادینه نشده است. در عین حال اقدامات قابل توجهی در به‌هنگام کردن پیمایش‌های ملی و آرایه گزارش‌های مرتبط صورت گرفته که مهم‌ترین آن تصویب و ابلاغ تقویم پیمایش‌های ملی است، اما اطلاعات بخش خصوصی قابل قبول نیست. از نظر ایجاد پایگاه داده‌های ملی و همناختی بانک‌های اطلاعاتی هم دست آوردها ارزشمند بوده‌اند؛ لیکن هنوز تا بهره‌برداری درست از اطلاعات و شواهد فاصله زیادی وجود دارد.

به‌نظر می‌رسد که نخستین گام در بهبود شرایط، ایجاد گروه کار قوی و جدی برای برنامه‌ریزی نظام اطلاعات سلامت است. بدیهی است که برنامه اصلی با شکل‌گیری این گروه نهایی می‌شود ولی پیشنهاداتی که برای شروع می‌توان به آن‌ها توجه کرد شامل تقسیم کار ملی و تبیین وظایف (بیرون و درون وزارت بهداشت)، اجرای به هنگام تقویم پیمایش‌های ملی و تقویت کیفیت آن، تقویت فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی‌بر شواهد با تلفیق آن در نظام ارزشیابی و نیز آموزش رده‌های مختلف، تقویت نظام دیده‌بانی سلامت تا گزارش‌دهی در سطح مناطق آمایشی و به‌تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی، الزام ذخیره‌سازی داده‌های خام مطالعه‌های پیمایشی حمایت شده توسط منابع عمومی، گزارش ادواری پیشرفت اسناد مهم و نیز برنامه‌های توسعه براساس شاخص‌های استاندارد می‌باشد.

نظام اطلاعات یکی از عناصر اصلی ساختار نظام سلامت است. داده‌های سلامت نیز پایه و اساس ارتقای نظام سلامت تلقی می‌شوند. در چارچوبی که سازمان جهانی بهداشت برای تحلیل نظام‌های سلامت در نظر می‌گیرد نیز، اطلاعات سلامت یکی از شش کارکرد^۱ یا گره‌های نظام سلامت است. در این چارچوب، نظام اطلاعات سلامت ”فعالیتی یکپارچه برای جمع‌آوری، پردازش، گزارش و استفاده از اطلاعات و دانش سلامت در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اقدام و پژوهش“ تعریف شده است. دسترسی به اطلاعات همواره موجب بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت از خدمات، سرعت‌بخشی و بهبود کیفیت تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران می‌شود.

نظام داده‌های سلامت بر مبنای جمع‌آوری داده‌ها از ثبت رخدادهای حیاتی (مانند تولد و مرگ)، ثبت جاری ارایه خدمات سلامت، نظام مراقبت، پیمایش‌های نمونه‌ای و نظام‌های پایش و ارزشیابی پایه‌گذاری شده است.

شبکه سنجش سلامت^۲ چارچوب مشخصی برای ارزیابی وضعیت نظام‌های اطلاعات سلامت معرفی کرده است که در کشورهای مختلف پیاده شده و براساس آن مطالعه‌ای نیز در جمهوری اسلامی ایران انجام شده است. در این چارچوب، نظام اطلاعات سلامت از نظر منابع برای اطلاعات، شاخص‌ها^۳، منابع داده‌ها^۴ و مدیریت داده‌ها^۵، تولید اطلاعات^۶ و در نهایت انتشار و به‌کارگیری اطلاعات^۷، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که در ادامه به اختصار به آن پرداخته می‌شود.

منابع برای اطلاعات^۸

شامل سه حوزه الف- زیرساخت^۹؛ ب- سازمانی، سرمایه انسانی و مالی^{۱۰}؛ و ج- سیاست‌ها و برنامه‌ریزی^{۱۱} است. در قسمت زیرساخت، رویدادهای مهمی به‌خصوص در سال‌های اخیر انجام شده که از جمله آن‌ها، دسترسی بیمارستان‌های دولتی به شبکه اطلاعات ملی در بستر سپاس و شکل‌گیری سامانه‌های یکپارچه بهداشتی در حوزه بهداشت است که امروزه حدود ۷۰ میلیون نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند. پابلوت

- Six Building Blocks
- Health Metrics Network (HMN)
- Indicators
- Data Source
- Data Management
- Information Products
- Dissemination and Use
- Health Information System Resource
- Infrastructur
- Institution, human resources and financing
- Policy and Planning

استقرار نظام الکترونیک برای ارجاع نیز عملیاتی شده است. در حال حاضر سامانه الکترونیک برای تحقق نظام ارجاع در بخش قابل توجهی فراهم شده است. در این نظام اتصال پرونده الکترونیک فردی به واحدهای ارایه خدمات در سطح مراقبت‌های اولیه، خدمات تخصصی سرپایی و بیمارستان‌ها نیز محقق شده و داشبوردهای اطلاعاتی مناسب آن‌ها هم تهیه شده است؛ این مجموعه می‌تواند تمام اطلاعات لازم را برای تحلیل نظام ارجاع فراهم سازد. با توجه به اهمیت استقرار نظام ارجاع در افزایش کارایی نظام سلامت در بعد سیاست‌گذاری به‌نظر می‌رسد درباره این موضوع کارهای مهم ناتمامی وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد.

در حوزه تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حمایت از راه‌اندازی ۸۰ نظام ثبت و گزارش‌دهی بیماری صورت گرفته که اکنون در مرحله پایلوت می‌باشند. لازم به ذکر است علی‌رغم وجود دانش‌آموختگان متعدد، کمبود سرمایه انسانی در حوزه اطلاعات سلامت، هم در ستاد وزارت بهداشت و هم در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی بسیار مشهود می‌باشد و جذب چندانی در حوزه‌های اجرایی صورت نمی‌گیرد از سوی دیگر این بخش دارای جذابیت شغلی چندانی هم نیست و جذببه بکارگیری نیروی انسانی در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی بیشتر است. از سوی دیگر ارتباط بدنه هیئت علمی با نیازهای حوزه‌های اجرایی تعریف نشده است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران با توجه به رسالت خود در دیده‌بانی وضعیت سلامت کشور و پایش سایر کشورهای منطقه (مطابق با سند چشم‌انداز ۲۰ ساله)، از سال ۱۳۹۵ ردیف مستقل بودجه یافته است و با تقویت آن در دیده‌بانی و پیمایش‌های ملی، وظیفه‌ای مشخص در ارزیابی طرح تحول سلامت پیدا کرده است. همچنین یکی از اقدامات مهم مؤسسه در زمینه دیده‌بانی، تدوین گزارش‌های دوره‌ای از وضعیت سلامت کشور می‌باشد که مجلد حاضر نسخه‌ای از این گزارش‌ها است.

با توجه به مطالعه ارزیابی نظام‌های اطلاعات سلامت براساس چارچوب شبکه سنجش سلامت در سال ۱۳۹۰، سیاست‌گذاری نظام اطلاعات سلامت از ضعیف‌ترین قسمت‌ها بوده است. در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای بهبود این نقیصه صورت گرفته است. اقدامات مهمی که در این زمینه انجام شده است عبارت‌اند از ۱. تدوین تقویم مطالعه‌های ملی

و استانی سلامت که به ابلاغ وزیر محترم بهداشت درمان، آموزش پزشکی منجر شده است؛ ۲. تدوین دستورالعمل دسترسی آزاد به پیمایش‌های حمایت شده توسط وزارت بهداشت برای محققین و مراکز دانشگاهی؛ ۳. تشکیل داشبورد اطلاعات سلامت در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت برای ساماندهی گزارش‌های ارسالی به سازمان‌های بین‌المللی و اطمینان از صحت آن‌ها با همکاری حوزه بین‌الملل به‌عنوان تاییدکننده نهایی شاخص‌ها.

در خصوص اقدام نخست شایان ذکر است که یکی از مشکلات نظام سلامت، ضعف نظام هماهنگ برای اجرا و کاربست نتایج پیمایش‌های ملی سلامت است. این امر سبب شده که اجرای پیمایش‌های ملی سلامت به‌جای این که منظم و برنامه‌ریزی شده باشد، بیشتر به‌صورت سلیقه‌ای و نامنظم صورت گیرد. علاوه‌بر این، بین پیمایش‌ها نیز هماهنگی لازم از نظر فاصله زمانی و تقدم و تأخر وجود ندارد. همچنین ممکن است برخی پودمان‌های مشابه در پیمایش‌های متفاوت، طی فواصل کوتاه تکرار شوند که نمونه بارز دوباره‌کاری و اتلاف منابع است. از سوی دیگر بعضی پودمان‌های مشترک بین پیمایش‌های مختلف، ممکن است در بازه‌های زمانی طولانی انجام شود که فقدان اطلاعات ضروری را به‌دنبال دارد. یک مثال واضح از اجرای غیرمنظم و سلیقه‌ای پیمایش‌های ملی در ایران، پیمایش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر^۱ است. در طول اجرای این مطالعه طی سال‌های متفاوت از ابزارهای مختلفی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده و پرسشنامه مورد استفاده مدام تغییر کرده که در پیمایش آخر اصلاح شد.

به‌همین منظور برای مشخص شدن نیازهای نظام سلامت به انجام پیمایش‌های دوره‌ای برای فراهم‌سازی داده‌های مرتبط با سلامت، طرحی مطالعاتی در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شد. نتیجه این طرح با گروه بزرگی از ذی‌نفعان مطرح گردید و به تصویب و ابلاغ وزیر محترم بهداشت منجر شد (جدول ۶-۱).

شاخص‌ها

دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، ۶۸ شاخص را به‌عنوان حداقل اطلاعات لازم برای پایش وضعیت سلامت تهیه و تمامی کشورها را ملزم به گزارش این شاخص‌ها کرده است. می‌توان از تعداد شاخص‌های گزارش شده توسط

^[1] STEPwise approach to surveillance (STEPs)

کشورها به‌عنوان معیاری برای بررسی وضعیت پاسخگویی نظام اطلاعات سلامت به نیازهای تصمیم‌سازی‌های کلان سلامت استفاده کرد. از این لحاظ در سال ۱۳۹۳ (برابر ۲۰۱۴ میلادی)، ایران در کنار مصر با تهیه و گزارش ۵۴ شاخص از ۶۸ شاخص در صدر کشورهای منطقه قرار داشت و در سال ۱۳۹۵ (برابر ۲۰۱۶ میلادی) بعد از کشور مصر که با گزارش ۵۸ شاخص در رتبه اول قرار گرفت ایران با گزارش ۵۷ شاخص رتبه دوم را کسب کرد. قابل ذکر است در سال ۱۳۹۵ حداقل تعداد شاخص گزارش شده توسط کشورها، ۳۸ مورد است که توسط کشور سومالی گزارش شده است. یازده شاخص گزارش نشده طی ادوار گذشته نیز در یک سال اخیر محاسبه و گزارش شده است ؛ بنابراین با اطمینان می‌توان گفت در حال حاضر ایران توانایی گزارش حداقل ۶۴ شاخص را دارد. نتیجه این که وضعیت گزارش شاخص‌ها در خصوص تعهدات بین‌المللی مانند اهداف مرتبط با توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت مناسب‌تر شده است. به‌خصوص در مورد طرح تحول سلامت که برنامه اصلی دولت یازدهم در حوزه سلامت بوده، شاخص‌های مورد نیاز برای کشور مشخص است و در صورت نبود داده‌های مناسب، این موارد به تقویم پیمایش‌های ملی اضافه شده است. جدول ۶-۲ فهرست شاخص‌هایی را که برای ارزیابی طرح تحول سلامت تهیه شده، نشان می‌دهد. برای بدست آوردن شاخص‌های فهرست شده در این جدول چندین مطالعه در سطح ملی لازم است که در فهرست پیمایش‌های ملی گنجانده شده است.

جدول ۶-۱. تقویم مطالعات دیده بانی سلامت از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷		
عنوان مطالعه	سطح برآورد	دوره زمانی اجرا
گزارش سالانه مرگ	کشوری	سالانه
بار بیماری‌ها	استانی	۵ سال
ارزیابی کیفیت زندگی	استانی	۵ سال
سلامت دهان و دندان	استانی	۵ سال
عدالت در مشارکت مالی: هزینه‌های فقرزا و پرداخت کمرشکن	کشوری	سالانه
	استانی	۳ سال
رضایت و پاسخگویی نظام سلامت	کشوری	سالانه
	استانی	۳ سال
سلامت اجتماعی و معنوی	کشوری	۵ سال
ارزیابی نشاط	کشوری	۳ سال
ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در بزرگسالان	استانی	۳ سال
گزارش دیده‌بانی شاخص‌های عدالت در سلامت	استانی	سالانه
ارزیابی سواد سلامت	کشوری	۳ سال
عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سطح مدارس (کاسپین)	استانی	۳ سال
سلامت روان	استانی	۳ سال
وضعیت تغذیه و ریزمغذی‌ها	اقلیمی	۳ سال
امنیت غذا و تغذیه جامعه	استانی	۵ سال
	کشوری	۳ سال
مطالعات نیروی انسانی علوم پزشکی (رضایت‌مندی، کمیت، مهاجرت و...)	کشوری	۳ سال
ارزیابی ملی اثرات تحقیقات علوم پزشکی	کشوری	۵ سال
ارزیابی اثر دانش آموختگان نظام سلامت در جامعه	کشوری	۳ سال
بهره‌مندی از خدمات سلامت	کشوری	سالانه
شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت	استانی	۴ سال
بررسی عملکردهای اصلی سلامت همگانی	استانی	۳ سال
گزارش عملکردهای اصلی سلامت همگانی	کشوری	۴ سال
سلامت در بلایا و آمادگی سازه‌ای	کشوری	۳ سال
ارزیابی عملکرد تولید نظام سلامت	کشوری	۵ سال
ارزیابی نتایج برنامه‌های پنج ساله توسعه	کشوری	۵ سال

جدول ۶-۲. شاخص‌های ارزیابی طرح تحول سلامت برای همسویی با پوشش همگانی سلامت

اثر	پیامد	برونداد	درونداد
<p>وضعیت سلامتی</p> <ul style="list-style-type: none"> • امید زندگی بدو تولد • میزان مرگ‌ومیر موارد حاد در اورژانس (سکته‌های قلبی، مغزی و تروماهای سر) • مرگ مادر (در ۱۰۰ هزار تولد زنده) • مرگ زیر ۵ سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده) • سلامت اظهارشده توسط فرد • شیوع دیابت، براساس میزان قند خون ناشتا یا تست تحمل دوساعته گلوکز یا HbA1c. • فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری تنفسی، استاندارد شده براساس سن • میزان نمونه‌های جدید سل ریوی پروستات، کولون و معده) • بقای همسالهٔ برخی سرطان‌ها (پستان، پروستات، کولون و معده) • بقای بیماران خاص: بیماران با نارسایی پیشرفتهٔ کلیه، تحت درمان با روش‌های جایگزین • بروز موارد خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر • بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ۱۰۰ هزار نفر <p>حفاظت مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت خانوارهای مواجه‌شده با هزینه‌های کمرشکن • نسبت خانوارهای مواجه‌شده با هزینه‌های فقرزا <p>رضایت</p> <ul style="list-style-type: none"> • رضایت بیمار • رضایت مردم از نظام ارائهٔ خدمات سلامت • رضایت ارائه‌کنندهٔ خدمات 	<p>پوشش مؤثر</p> <ul style="list-style-type: none"> • پوشش درمان مؤثر برای فشارخون بالا • پوشش درمان مؤثر برای دیابت • پوشش درمان مؤثر اِژین ناپایدار • پوشش درمان مؤثر برای افسردگی • پوشش درمان مؤثر برای آسم/ بیماری‌های مزمن ریوی • پوشش درمان مؤثر روش‌های جایگزین کلیه • پوشش درمان مؤثر برای موارد کم‌شنوایی که نیاز به سمک دارند، در افراد بالای ۶۵ سال • پوشش خدمات درمانی دندانپزشکی • درصد سزارین، به‌تفکیک شکم اول و شکم‌های بعدی، به کل زایمان‌ها <p>وضعیت عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • شیوع کوتاه‌مدتی در کودکان زیر ۵ سال • شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر ۵ سال • شیوع اضافه‌وزن در کودکان زیر ۵ سال • شیوع کم‌وزنی بدو تولد • نسبت منابع آب آشامیدنی بهینه‌شده • نسبت سیستم‌های دفع فاضلاب بهینه‌شده • تعداد روزهای با هوای سالم • درصد جمعیت با اضافه‌وزن و چاقی • شیوع مصرف مواد دخانی • شیوع مصرف مواد اعتیادآور غیردخانی • متوسط مصرف نمک (کلرید سدیم) روزانه/گرم در افراد با سن بیش از ۱۸ سال (استانداردشده براساس سن) • نسبت افراد بالای ۱۸ سال با مصرف کمتر از ۵ واحد (۴۰۰ گرم) میوه در روز 	<p>دسترسی</p> <ul style="list-style-type: none"> • دسترسی به مراکز ارائهٔ خدمات سرپایی/ بستری در مراکز دولتی/عمومی غیردولتی/خصوصی • دسترسی به خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی • درصد تأمین دارو و تجهیزات در بیمارستان • دسترسی به ۱۴ قلم داروی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی <p>پوشش</p> <ul style="list-style-type: none"> • شیوع استفاده از خدمات تنظیم خانواده • پوشش بیمهٔ پایه و تکمیلی، براساس اظهارات خود فرد • پوشش دریافت مراقبت‌های اولیه برای دوران بارداری، دیابت، فشارخون، سل و افسردگی • پوشش تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر • پوشش واکسن پنتاوالن، درصد کودکان زیر ۱ سال • پوشش واکسن سرخک، درصد کودکان زیر ۱ سال • پوشش درمان‌های پیشگیرانهٔ دارویی برای گروه‌های در معرض خطر زیاد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی • نسبت زایمان‌های انجام‌شده توسط فرد دوره‌دیده • نمونه‌های محتمل پنومونی تحت درمان با آنتی‌بیوتیک، برای کودکان کمتر از ۵ سال • آسپال‌های درمان‌شده با مایع‌درمانی خوراکی: اواراس • میزان استفاده از کاندوم در گروه‌های پرخطر • درصد جمعیت تحت غربالگری برای سرطان سینه، بین سنین ۴۰ تا ۶۵ ساله هر دو سال یک‌بار <p>بهره‌مندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد ویزیت‌های سرپایی به‌ازای فرد (سالانه) • تعداد بستری به‌ازای فرد (سالانه) • سرانهٔ مصرف دارو (خدمات بستری اسرپایی) • نسبیّت خدمات درمسانی بستری/اسرپایی: خصوصی/عمومی غیر دولتی/ دولتی بودن • نیازهای برآورده‌شدهٔ سلامت اظهارشدهٔ خود فرد، برای خدمات بستری/اسرپایی/تجربهٔ بیمار در مراقبت‌های سلامتی <p>کیفیت و ایمنی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت بیمارستان‌ها برحسب نتیجهٔ اعتباربخشی • درصد نمونه‌های درمان موفق سل • میزان موفقیت در ترک سیگار • درصد مرگ‌های بیمارستانی، طی ۳۰ روز اول مراجعه، برای سکتهٔ قلبی و مغزی • زمان انتظار برای جراحی‌های غیراورژانس در افراد بیش‌از ۶۵ سال (کاتاراکت، تعویض مفصل لگن/زانو و جراحی قلب باز) • کیفیت خدمات دوران بارداری • درصد بستری مجدد آسم • میزان تطبیق درمان با گایدلاین‌های موجود برای آنژیوپلاستی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، جراحی کاتاراکت و آزمایشات تشخیص طبی • پوشش ثبت مرگ 	<p>مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • سهم (درصد) هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص ملی • سهم (درصد) هزینه‌های سلامت از بودجهٔ عمومی • سرانهٔ هزینه‌های سلامت، براساس قیمت ثابت و برابری قدرت خرید • سرانهٔ هزینه‌های دارویی، براساس قیمت ثابت و برابری قدرت خرید • بودجهٔ کلی سلامت از بودجهٔ دولت • شاخص مشارکت مالی عادلانه • سهم عاملین تأمین منابع مالی در تأمین هزینه‌های سلامت • سهم (درصد) پرداخت مستقیم از جیب از هزینه‌های سلامت، به‌تفکیک دارو، دندانپزشکی و تصویربرداری <p>منابع انسانی و زیرساخت‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد پزشک عمومی و متخصص به‌تفکیک، به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر • تعداد گروه‌های پیرایشگی، به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر • تعداد گروه‌های پرستار، به‌ازای تخت • تعداد دندانپزشک، به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر • تعداد تخت بیمارستانی، به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر <p>سیستم اطلاعاتی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد (درصد) مراکزی که کامپیوتر دارند و دسترسی به ایمیل و اینترنت برایشان فراهم شده است. • تعداد (درصد) بیمارستان‌هایی که به سامانهٔ سیاسی وصل شده‌اند.

فصل ششم نظام اطلاعات سلامت

اقدام مهم دیگری که در خصوص شاخص‌های عدالت در سلامت انجام شده، بازبینی آن‌ها و سپردن وظیفه اعلام آن‌ها به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی با محوریت مرکز آمار ایران (با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت) است.

انواع داده‌های سلامت

این قسمت شامل سرشماری، آمار حیاتی، پیمایش‌های ملی، نظام مراقبت بیماری‌ها، داده‌های ارایه خدمات و اطلاعات مربوط به منابع مالی است. در هریک از این حوزه‌ها اقدامات ارزشمندی در سال‌های اخیر انجام شده است. در حوزه آمارهای حیاتی، نظام ثبت علل مرگ شرایط بانباتی یافته و آمارمرگ، پوشش جمعیتی کامل و صحت قابل قبولی پیدا کرده است. داده‌های تولّد که یکی از اطلاعات مهم وقایع حیاتی می‌باشد نیز از طریق نظام ثبت احوال کشور با پوشش قابل قبولی جمع‌آوری و گزارش می‌شود. در حوزه پیمایش‌های ملی، داده‌های اصلی مورد نیاز از جمله مطالعه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت و مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت به‌طور منظم انجام شده است.

در خصوص داده‌های تأمین مالی، ذکر این نکته لازم است که بعد از مطالعه حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۸۷، داده‌های مربوط به این مطالعه که اصلی‌ترین منبع اطلاعات سلامت است تا سال ۱۳۹۲ تولید نشد. از سال ۱۳۹۲، چرخه‌ی تولید گزارش حساب‌های ملی سلامت مجدداً فعال و داده‌های مربوط به سال‌های قبل از آن نیز گردآوری شد.

با توجه به این که حفاظت مالی آحاد مردم در برابر هزینه‌های سلامت از مهم‌ترین اهداف طرح تحول سلامت است، شاخص‌های پرداخت از جیب خانوار و مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا به‌عنوان شاخص‌های اصلی پیش و ارزشیابی این طرح انتخاب شد. در این راستا بخش هزینه‌های مرتبط با سلامت در داده‌های مطالعه هزینه‌درآمد (طرحی ملی که به‌صورت فصلی توسط مرکز آمار ایران با هدف کلی برآورد سالانه میانگین هزینه‌های کل، خوراک، غیرخوراکی و درآمد خانوارها در سطح خانوارهای روستایی و شهری اجرا می‌شود) به‌شکل فصلی تحلیل شد و شاخص‌های فوق‌الذکر از آن استخراج گردید. در زمان شروع طرح تحول سلامت، با توجه به این که شاخص‌های دیگری به‌عنوان راهنما برای عملکرد طرح وجود نداشت، محاسبه و گزارش این شاخص‌ها به‌عنوان تنها منبع ارزیابی (علاوه‌بر نظرخواهی از مردم و سایر ذی‌نفعان) بسیار حائز اهمیت بود. معهذًا پس از مدتی برای این که داده‌ها قابلیت تفسیر بهتری یابند، گزارش‌های ادواری تهیه شده به‌صورت سالیانه ارایه شد.

اما آن‌چه که در خصوص داده‌های تأمین مالی در بخش سلامت و

محافظت مالی باید اذعان داشت این است که برخلاف اطلاعات بیماری و مرگ که برای جمع‌آوری و گزارش آن سال‌های سال تجربه در بخش سلامت وجود دارد، هنوز تحلیل منظم و پایش روند شاخص‌های مالی سلامت در ایران نهادینه نشده و در عین حال توان فنی انجام و تفسیر این داده‌ها نیاز به خبرگی بیشتری دارد. علاوه‌بر این، مطالعاتی مانند مطالعه هزینه درآمد خانوار با هدف پاسخ‌گویی به کل کشور (و نه فقط بخش سلامت) اجرا می‌شوند و بخش سلامت این مطالعه دربرگیرنده تمام اطلاعات مورد نیاز سیاست‌گذاران بخش سلامت نیست. پاسخگویی به سؤالات سیاست‌گذاران در حوزه سلامت نیاز به این دارد که یا بخش سلامت این مطالعه براساس نیازهای اطلاعاتی موجود بازبینی شود یا پیمایش‌هایی مشابه اختصاصاً برای بخش سلامت طراحی و اجرا گردد. با توجه به اهمیت رصد شاخص‌های مالی بخش سلامت چنین به‌نظر می‌رسد که استقرار یک «سامانه مراقبت اطلاعات مالی نظام سلامت» همانند آن چه که برای مراقبت بیماری‌ها به‌کار می‌رود، ضروری است. این سامانه باید بتواند به‌طور هم‌زمان داده‌ها و اطلاعات مالی نظام‌های ثبتی و پیمایش‌های موجود را جمع‌آوری کرده و اطلاعات را در قالب یک داشبورد مالی در اختیار سیاست‌گذاران بخش سلامت قرار دهد.

هر یک از منابع داده‌ها را می‌توان از ابعاد محتوا، ظرفیت و عملکرد، اطلاع‌رسانی و استفاده مورد ارزیابی قرار داد. طی مطالعه ارزیابی نظام اطلاعات سلامت، مشکل در منابع داده‌ها بیشتر متوجه اطلاع‌رسانی و استفاده از اطلاعات بوده است. در این زمینه با توجه به استفاده فراگیر از شبکه‌های اجتماعی الکترونیک، تسهیلات و اقدامات قابل توجهی در خصوص تولید گزارش‌ها متناسب با گروه مخاطب اعم از تولید اینفوگراف و نیز گزاره‌برگ‌های یک تا چند صفحه‌ای انجام شده است. برای نمونه اطلاعات حاصل از ارزیابی‌های طرح تحول سلامت، به‌طور هفتگی به‌صورت گزاره‌برگ‌هایی ^۱ تهیه و منتشر شده است. گرچه در خصوص مقدار بهره‌برداری از آن‌ها و نیز رسیدن به گروه‌های مخاطب مختلف باید اقدامات پایه‌ای صورت پذیرد.

مدیریت داده‌ها

این قسمت شامل وجود پایگاه ملی داده‌ها، کدهای شناسایی منحصر به‌فرد برای هر جزء از داده‌ها، نظام گزارش‌دهی مطلوب و قابل دسترس برای کاربران مختلف است؛ همچنین فرآیندهای استاندارد و کاربردی از مرحله گردآوری تا اطلاع‌رسانی، فرهنگ واژگان (فرداده) در خصوص تعریف شاخص‌ها، تکنیک‌های تحلیل داده و خطای ممکن ذیل این بخش تعریف می‌شود.

به‌کار گرفتن یک نظام اطلاعات سلامت کارآمد با انبار داده‌های قابل اعتماد می‌تواند تأثیر قابل توجهی در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری داشته

باشد. راه‌اندازی نظام اطلاعات سلامت مستلزم دانستن ساختار پرونده الکترونیک سلامت است تا همگون‌سازی بین اجزای نظام اطلاعات سلامت امکان‌پذیر گردد. یکی از منابع اصلی ورودی اطلاعات به یک نظام اطلاعات سلامت از سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی، صورت می‌گیرد که معمولاً یک نظام جامع و یکپارچه است که برای مدیریت اطلاعات اداری و جاری بیمارستان به‌کارگیری شده است.

در ایران سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی کم و بیش شامل این اجزای اصلی است: پذیرش، مدارک پزشکی، داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری، مدیریت تخت، اتاق عمل، پرستاری، تغذیه، مدیریت منابع، واژه‌شناسی، پرسنلی و حسابداری بیماران و پرسنل. در حال حاضر حدود ۳۰ شرکت مشغول فروش سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی در ایران هستند. تعداد شرکت‌هایی که نرم‌افزارهایی به‌غیر از سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی برای استفاده در درمانگاه و مطب عرضه می‌کنند، دقیقاً مشخص نیست. دفتر آمار و فنآوری اطلاعات از چندین سال پیش سند چارچوب ارزیابی عملکردی کلی نرم‌افزارهای نظام اطلاعات بیمارستانی را تدوین کرده است که برای ارزیابی کلی قابلیت‌های سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی استفاده گردیده و منجر به گواهی ارزیابی برای تولید کننده نرم‌افزار می‌شود. با توجه به ورود شرکت‌هایی از حیطه‌ی هتلداری و حسابداری به حوزه درمان از اوایل سال ۱۳۸۰، نیازهای مدیران بیمارستان‌ها عمدتاً در مورد حسابداری بیمار، پرسنل و بیمه متمرکز بوده و باعث کم‌رنگ شدن اهمیت دیگر اطلاعات از نوع بالینی و علمی گردیده است. دلایل دیگری که تأثیر قابل توجهی بر حجم و کیفیت اطلاعات ثبتی در بیمارستان‌ها می‌گذارند عبارت‌اند از ۱. تنوع در چرخه‌های کاری محیطی و کمبود قواعد کاری یکسان؛ ۲. عدم استفاده از کامپیوتر برای ثبت خدمات به وسیله خدمت‌دهنده؛ ۳. ضعف در احراز هویت خدمت‌دهنده و یا خدمت‌گیرنده در حین ارایه خدمت.

تولید اطلاعات

در این زمینه دو بخش را باید مورد توجه قرار داد که عبارت‌اند از ارتباط پایگاه‌های داده‌ای و نیز مشخص بودن شاخص‌ها. بستر مرکز تبادل اطلاعات سلامت و نیز بستر درگاه خدمات دولت دقیقاً همین وظیفه را دارند و در حال حاضر به‌صورت عملیاتی مشغول تبادل اطلاعات هستند. تولید اطلاعات نیز در سطوح متنوعی صورت می‌گیرد که عبارت‌اند از مراکز ارایه خدمات درمانی مانند بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، سازمان‌های بیمه‌گر، ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی خصوصی، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری و غیره. « مکسا» مرکز کدگذاری سلامت است که وظیفه تجمیع، همگون‌سازی و ارسال اطلاعات تولید شده را برعهده دارد.

انتشار و به‌کارگیری اطلاعات سلامت

دانستن این مطلب که اطلاعات باید با چه کسی، با چه فاصله زمانی، به چه شکلی و با چه هدفی به اشتراک گذاشته شود، بسیار مهم است. دانستن این موضوع که این اقدام‌ها چقدر منجر به تحلیل و استفاده درست از داده‌ها در زمینه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و اجرا شده است نیز دارای اهمیت است. براساس شواهد موجود، کاربرد اطلاعات در سیاست‌گذاری و نیز تخصیص منابع، نیاز به فعالیت گسترده‌ای دارد که شاید از جمله مهم‌ترین آن‌ها فرهنگ‌سازی و تغییر نظام ارزشی نظام سلامت است.

در سال‌های اخیر، بر تسهیل اشتراک‌گذاری داده‌ها در داخل و بین سازمان‌های مختلف تأکید شده است. اصل “یک بار جمع‌آوری کنید و بارها استفاده کنید” یک مفهوم مهم است علی‌رغم این مساله، مشکلاتی در دسترسی به اطلاعات سلامت وجود داشته است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از ۱. انحصار داده‌های جاری سلامت که در اختیار واحدهای تولیدکننده بوده و دستورالعمل مکتوب رسمی و مصوب برای ارایه داده به سایرین وجود ندارد؛ ۲. محرمانه تلقی کردن برخی داده‌ها که الزاما محرمانه نیستند؛ ۳. داده‌های اصلی حاصل از تحقیقات که به سفارش واحدهای اجرایی توسط مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی انجام می‌شود در اختیار ادارات سفارش‌دهنده قرار نمی‌گیرد؛ ۴. عدم ارایه بازخورد نتایج طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه‌ها که از داده‌های وزارت بهداشت استفاده کرده‌اند؛ ۵. مشخص نبودن مسایل حقوقی فکری داده‌ها و مسایلی که بین ذی‌نفعان در این زمینه روی می‌دهد.

به‌نظر می‌رسد در زمینه به اشتراک‌گذاری داده‌ها مسایل اصلی وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد شامل: طبقه‌بندی داده‌ها، فنآوری به اشتراک‌گذاری، دسترسی به داده‌ها و چارچوب قانونی جاری شامل حریم خصوصی.

دستورالعمل جامع و کشوری به‌خصوص برای دسترسی به داده‌ها وجود نداشته و اجرای قانون را با محدودیت و مشکلات خاصی همراه می‌کند.

اقدام مهمی که در خصوص داده‌های پیمایش‌های ملی طی یک طرح پژوهشی توسط مؤسسه ملی تحقیقات انجام گرفته، تدوین و اجرای این دستورالعمل برای داده‌های حاصل از مطالعات پیمایشی است که طی آن همه نهادها با رعایت مفاد تفاهم‌نامه‌ای می‌توانند، یک سال پس از اتمام یک پیمایش به داده‌های خام آن دسترسی داشته باشند. شیوه‌نامه به اشتراک‌گذاری داده‌ها بر روی وب‌سایت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران قابل دسترسی است.

برخی از چالش‌های نظام اطلاعات سلامت را می‌توان به‌صورت زیر فهرست کرد:

۱. توجه ناکافی به داشتن حاکمیت یکپارچه در نظام اطلاعاتی (بخشی از اطلاعات در اختیار بیمه‌ها، بخشی دیگر در اختیار وزارت بهداشت و به بخشی دیگر اصلا توجهی نشده است)؛ ۲. استفاده ناکافی از اطلاعات از سوی سیاست‌گذاران؛ ۳. محدودیت ظرفیت مؤسسات و نیروی انسانی در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و محدود بودن قدرت تصمیم‌گیری در سطح منطقه‌ای؛ ۴. کمبود اطلاعات از برخی ذی‌نفعان کلیدی به ویژه بخش خصوصی؛ ۵. کمبود توجه کافی به داشتن یک چارچوب ارزیابی برای سیاست‌های کلی سلامت علی‌رغم تصریحی که بر وجود یک نظام پایش، ارزشیابی و مراقبت قوی در سیاست‌های کلی شده است؛ ۶. ضعف در کنترل و تضمین کیفیت داده‌های جمع‌آوری شده به دلیل استفاده از ابزارهای تشخیصی ضعیف، دسته‌بندی و کدگذاری ناصحیح بیماری‌ها و فرآیندهای اعتبارسنجی ناکافی؛ و ۷. نبود ارزیابی کمی سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه پنج ساله که امکان مقایسه در طول زمان را مقدور می‌سازد.

با توجه به چالش‌های موجود، موارد ذیل برای بهبود وضعیت نظام اطلاعات سلامت پیشنهاد می‌گردد:

- ایجاد شورای نظام اطلاعات سلامت برای تقسیم کار و تبیین وظایف (بیرون و درون وزارت بهداشت)؛
- لحاظ نمودن مطالعه‌های مورد نیاز کشوری در برنامه شورای عالی آمار؛
- تقویت فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (تلفیق در نظام ارزشیابی و نیز آموزش رده‌های مختلف)؛
- تسهیل دسترسی به اطلاعات سلامت برای استفاده‌کنندگان؛
- تقویت نظام دیده‌بانی سلامت (تکمیل چرخه تولید تا استفاده از اطلاعات دیده‌بانی در سطح ملی در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و گسترش آن به سطح گزارش‌دهی در حد مناطق

آمایشی و دانشگاه‌های علوم پزشکی)؛

- ذخیره‌سازی داده‌های خام مطالعه‌های پیمایشی حمایت شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- الزام حقوقی برای گزارش ادواری پیشرفت اسناد مهم و نیز برنامه‌های توسعه براساس شاخص‌های استاندارد؛
- توانمندسازی سرمایه انسانی و نهادهای مسئول در زمینه نظام اطلاعات سلامت به‌خصوص در حیطه‌هایی که کمتر مورد توجه بوده‌اند، از جمله تحلیل فضای مالی و حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت؛
- تمهیدات لازم برای شفافیت اطلاعات و پاسخگویی منظم در زمینه اطلاعات به مردم.

منابع

1. World Health Organization. Framework and standards for country health information systems. Geneva. 2008. Health Metrics Network; Available from: http://apps.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1
2. Eastern Mediterranean Region Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2016. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2016; Available from: [http:// applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169. pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1)
3. Alwan A, Ali M, Aly E, Badr A, Doctor H, Mandil A, Rashidian A, Shideed O. Strengthening national health information systems: challenges and response. East Mediterr Health J. 2017 Feb 1; 22: 840-850.

۴. اردشیر خسروی، آرش رشیدیان، رقیه خیبری، بهزاد دمازی. تدوین تقویم پیمایش‌های ملی سلامت در ایران. طرح با شماره ۱۳۰۵/م/۲۴۱. سال ۱۳۹۳.

نویسندگان: سید رضا مجدزاده، دکتر شیما یونس پور، دکتر الهام احمدنژاد، حسین میرزایی، دکتر فرشاد پورملک، دکتر رقیه خیبری

با تشکر از همکاران گرامی مشارکت کننده در تدوین فصل: دکتر محمود تارا، دکتر آرش رشیدیان، دکتر اردشیر خسروی، دکتر مهران

مقصودلو، دکتر بهزاد دمازی

برای استناد به مطالب این فصل از آدرس پیشنهادی زیر استفاده شود:

استناد به زبان فارسی

مجدزاده سید رضا، یونس‌پور شیما، احمدنژاد الهام، میرزایی حسین، پورملک فرشاد، خیبری رقیه. نظام اطلاعات سلامت در ایران. دیده بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. پدید آورندگان: حریرچی ایرج، مجدزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶، صفحه: ۱۲۴ تا ۱۳۳.

استناد به زبان انگلیسی

Majdzadeh Seyed Reza, Younespour Shima, Ahmadnezhad Elham, Mirzaei Hossein, Farshad Pourmalek, Khabiri Rougaieh. Health Information System in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 124-133.

اصلاحات نظام سلامت

خلاصه

خودگردانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، برنامه پزشکی خانواده، طرح اصلاح ساختار اقتصادی مدیریت بیمارستان‌ها و اعتباربخشی مراکز درمانی می‌باشد.

اجرای هر یک از این اصلاحات با موفقیت‌ها و چالش‌هایی همراه بوده و درس‌هایی برای سیاست‌گذاران سلامت داشته که می‌تواند به صورت یک تجربه ارزشمند برای مراحل بعدی سیر تعالی نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

باتوجه به اهمیت آگاهی از تجربه‌های قبلی و اطلاع از مسیر آینده، در این فصل ابتدا خلاصه‌ای از پیشینه اصلاحات و برنامه‌های تحول نظام سلامت ایران ارائه شود سپس به معرفی طرح تحول سلامت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اصلاحات نظام سلامت ایران پرداخته می‌شود. در انتها با در نظر داشتن درس آموخته‌های این اصلاحات و وضعیت فعلی نظام سلامت، سعی می‌شود اولویت‌هایی که در گام‌های بعدی اصلاحات نظام سلامت باید مدنظر قرار گیرد، معرفی شوند.

اصلاحات نظام سلامت که از راهبردی‌ترین مباحث مطرح در سراسر دنیا و مورد توجه همه دولت‌ها است، دربردارنده تغییراتی پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، توسعه عدالت و اثربخشی در بخش سلامت می‌باشد. اهمیت این نکته زمانی بیشتر خواهد شد که دریاپیم طی دهه‌های اخیر، نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه، اصلاحات مختلفی را تجربه کرده‌اند. اگرچه اهداف و نوع اصلاحات برحسب توسعه‌یافتگی در ظاهر متفاوت است، اما در «تأمین نیازها» و «انتظارات در حال تغییر و جدید» حوزه سلامت، هدف اصلی برنامه‌های اصلاحی است. در ایران نیز تلاش برای اجرای اصلاحات و دستیابی به هدف تأمین و ارتقای سلامت سابقه‌ای طولانی دارد.

برخی از اصلاحات مهم در نظام سلامت ایران شامل تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان، راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان، ادغام آموزش پزشکی، طرح



فصل هفتم

اصلاحات نظام سلامت

پاسخگویی حوزهٔ سلامت به نیازهای جامعه، امری مهم، بدیهی و ضروری

است که برای دستیابی به آن باید توجهی جدی و دقیق به اصلاحات نظام

سلامت داشت. این موضوع در تاریخ حوزهٔ سلامت و به‌ویژه در دوران معاصر،

اغلب از نظر دور نمانده است و در تحقق این مسئولیت مهم، دولت، سیاست‌های

مختلف و اصلاحات گسترده‌ای را متناسب با شرایط و امکانات موجود، حوزه‌های

مختلف ارائهٔ خدمات سلامت، طراحی و اجرا کرده است.

کاظم ساسی	۱۳۵۷	
موسی زرگر	۱۳۵۸	
هدی بهاری	۱۳۵۹ <p>۱۳۶۰</p> <p>۱۳۶۱</p> <p>۱۳۶۲</p> <p>۱۳۶۳</p> <p>۱۳۶۴</p>	
سیدعلیر با برندی	۱۳۶۵ <p>۱۳۶۶</p> <p>۱۳۶۷</p> <p>۱۳۶۸</p> <p>۱۳۶۹</p>	
ایرج قاضل	۱۳۷۰	
رضا ملک‌زاده	۱۳۷۱	
انحلال سازمان‌های منطفه‌ای بهداشتی و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱۳۷۲	
تصویب قانون تنظیم خانواده و جمعیت، تصویب قانون بیمهٔ همگانی	۱۳۷۳	
تشکیل سازمان بیمهٔ خدمات درمانی و شورای عالی بیمه، آغاز غیررسمی طرح خودگردانی بیمارستان‌ها	۱۳۷۴	
اضافه شدن پایگاه‌های بهداشت شه‌ری به‌نظام ارائهٔ خدمات، تصویب قانون پرداخت هزینه‌های کارکنان برنامهٔ ۲-۲۰۲۰ از محل اعتبارات جاری، تشکیل کمیته‌های علمی بررسی نسخ و خدمات پزشکی	۱۳۷۵	
تصویب طرح نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور، تصویب قانون هیئت‌انمائی صرفه‌جویی ارزی در معالجهٔ بیماران،طرح ساماندهی اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی، انتشار دارو نامه رسمی ایران، ورود صنعت داروسازی به حوزهٔ داروهای بیوتکنولوژی	۱۳۷۶	۱۳۷۷
تصویب طرح نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور، تصویب قانون هیئت‌انمائی صرفه‌جویی ارزی در معالجهٔ بیماران،طرح ساماندهی اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی، انتشار دارو نامه رسمی ایران، ورود صنعت داروسازی به حوزهٔ داروهای بیوتکنولوژی	۱۳۷۸	
تصویب طرح نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور، تصویب قانون هیئت‌انمائی صرفه‌جویی ارزی در معالجهٔ بیماران،طرح ساماندهی اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی، انتشار دارو نامه رسمی ایران، ورود صنعت داروسازی به حوزهٔ داروهای بیوتکنولوژی	۱۳۷۹	
تصویب سیاست سلامت همیت‌انمائی شدن بیمارستان‌ها	۱۳۸۰	
تصویب این‌نامهٔ تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	۱۳۸۱	
ایجاد شرکت مادر تخصصی دارو و تجهیزات پزشکی	۱۳۸۲	
شروع اجرای طرح نظام نوین مالی	۱۳۸۳	
تصویب قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان باثباتی نظام سلامت	۱۳۸۴	
ایجاد سازمان غذا و دارو	۱۳۸۵	
اغاز اجرای طرح بزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	۱۳۸۶	
تصویب قانون تجمیع بیمه، تشکیل سازمان بیمهٔ سلامت و تغییر نام شورای عالی بیمه به بیمهٔ سلامت	۱۳۸۷	
ایجاد منابع مالی پایدار برای حوزه سلامت	۱۳۸۸	
تصویب طرح تحول سلامت	۱۳۸۹	
اغاز اجرای طرح تحول سلامت	۱۳۹۰	
ایلاغ ارزش‌گذاری نسبی خدمات پزشکی به تمام بیمارستان‌ها (دولتی و خصوصی شروع به کار کارشناسی سلامت روان و نقلیه در مراکز جامع سلامت	۱۳۹۱	
تعریف منابع مالی پایدار برای حوزه سلامت	۱۳۹۲	
تصویب طرح تحول سلامت	۱۳۹۳	
اغاز اجرای طرح تحول سلامت	۱۳۹۴	
ایلاغ ارزش‌گذاری نسبی خدمات پزشکی به تمام بیمارستان‌ها (دولتی و خصوصی شروع به کار کارشناسی سلامت روان و نقلیه در مراکز جامع سلامت	۱۳۹۵	
تداوم اجرای طرح تحول سلامت	۱۳۹۶	
	۱۳۹۷	

طرح تحول نظام سلامت

شکل ۱-۷ . مهم‌ترین اصلاحات در نظام سلامت ایران پس از انقلاب اسلامی

تاریخچه اصلاحات نظام سلامت^۱ ایران در طی پنج دهه اخیر

با توجه به مطالب پیش‌گفت، می‌توان پیشینهٔ تحولات و اصلاحات حوزهٔ سلامت را در پنج دورهٔ زمانی به‌شرح زیر تقسیم‌بندی کرد:

اصلاحات نظام سلامت در دههٔ ۵۰ خورشیدی (قبل از پیروزی انقلاب اسلامی ایران)

این دهه با ایجاد شبکهٔ مراقبت‌های سلامتی اولیه در ایران شناخته می‌شود. در سال‌های پیش از انقلاب اسلامی ضرورت اصلاح آنچه وزارت بهداشتی برای تأمین سلامت مردم انجام می‌داد، مطرح شد و هر از چند گاهی تغییراتی در این خصوص صورت گرفت. مشخص‌ترین این تغییرات در سال ۱۳۵۵ با مشارکت سازمان مدیریت صنعتی انجام شد که به تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در سطح ملی انجامید. این طرح با آنچه در بیانیهٔ آلماتا به‌عنوان مراقبت‌های سلامتی اولیه مطرح شده بود، سازگاری داشت و در سال‌های بعد به‌عنوان محرک اصلی اصلاحات نظام سلامت ایران ایفای نقش کرد و توانست مراقبت‌های سلامتی اولیه را به مناطق روستایی گسترش دهد. این اقدام با کمک و همکاری سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشتی، انستیتو تحقیقات بهداشتی و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و با عنوان طرح «رضاییه» آغاز شد و سپس به کل کشور تعمیم یافت و با آغاز این طرح، شبکه‌های بهداشتی و درمانی در سراسر کشور مستقر شد (۱).

اصلاحات نظام سلامت در دههٔ ۶۰ خورشیدی (بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران)

طی دههٔ ۶۰، در راستای فعالیت‌هایی که از سال‌ها قبل برای اجرای راهبرد مراقبت‌های سلامتی اولیه شده بود، اصلاحات بنیادینی در نظام سلامت اتفاق افتاد. گسترش نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی نتیجهٔ این اقدام بود که ارائهٔ خدمات سلامت را با پیاده‌سازی یک نظام ارجاع در سه سطح مورد توجه قرار داد. شواهد نشان می‌دهد گسترش این نظام و پیاده‌سازی آن در کل کشور، منجر به بهبود چشمگیر وضعیت شاخص‌های سلامت شد؛ به‌ویژه در شاخص‌های توسعهٔ انسانی، دسترسی به خدمات بهداشت عمومی، واکسیناسیون همگانی، مرگ‌ومیر مادران و امیدزندگی موفقیت‌های چشم‌گیری اتفاق افتاد. در پی این اقدامات، نظام شبکهٔ بهداشتی و درمانی با بیش از ۱۸ هزار خانه بهداشت و ۶ هزار مرکز بهداشتی و درمانی توانست به الگویی در سطح بین‌المللی تبدیل شود. از مهم‌ترین دستاوردهای این اصلاح، اجرای برنامهٔ واکسیناسیون همگانی به‌صورت ۹۹ درصدی بود که موجب حذف و کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی شد. از دیگر دستاوردهای مهم این دوران می‌توان به افزایش سطح سواد سلامت جامعه اشاره کرد. رویداد مهم اصلاحی دیگر در این دهه، انتزاع دانشکده‌های پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی، ادغام شبکه‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشکده‌های پزشکی،

- ↑ Health Reform

تلفیق نظام آموزشی و خدمات بهداشتی و درمانی و بالاخره تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که در راستای ارائهٔ بهتر و بیشتر خدمات سلامت صورت گرفت. این اقدام که به‌عنوان یک اصلاح ساختاری، با هدف امکان تربیت نیروهای پزشکی و پیراپزشکی جامعه‌نگر انجام شد، دستاوردهای مهمی را در راستای شکل‌دهی نظام نوین سلامت و توسعهٔ خدمات سلامت در کشور به‌همراه داشت. در شکل ۷–۱ اصلاحات مهم ارائهٔ خدمات سلامت پس از پیروزی انقلاب نشان داده شده است.

اصلاحات نظام سلامت در دهه ۷۰ خورشیدی

این دهه مقارن با اجرای برنامه‌های اول و دوم توسعه بود که گسترش خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقای شاخص‌های سلامتی در دستور کار قرار گرفت. علاوه‌بر این دو مستند قانونی، تصویب قانون بیمهٔ همگانی و سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها دو اقدامی بود که آغازگر اصلاحی اساسی در نظام ارائهٔ خدمات سلامت شد. با تصویب قانون بیمهٔ همگانی، سازمان بیمهٔ خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴ شکل گرفت. براساس قانون بیمهٔ همگانی هر فرد شاغل و صاحب درآمد باید درصد مشخصی از درآمدش را به‌عنوان حق بیمهٔ درمان به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کند. موضوع دوم مربوط به خودگردانی بیمارستان‌ها بود که یکی از موارد چالش‌برانگیز لایحهٔ بیمهٔ خدمات درمانی به‌شمار می‌رفت. طی این برنامه، بیمارستان‌ها مجوز هزینه‌کرد درآمد اختصاصی خود در امور جاری را دریافت کردند. اجرای این برنامه (بدون اعلام رسمی) از سال ۱۳۷۴ آغاز شد و به‌دنبال آن عملاً درمان رایگان از عرصهٔ خدمات اجتماعی رخت بریست. نتیجه آن‌که، مشکلاتی در مسیر اجرای قانون بیمهٔ همگانی به‌وجود آمد و تلاش‌هایی در راستای حذف خودگردانی بیمارستان‌ها رقم خورد. این تلاش‌ها در سال ۱۳۸۳ منجر به ارایه و اجرای برنامه‌ای با عنوان طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی و اقتصادی بیمارستان‌ها شد. این طرح که با نام طرح هیئت‌انمائی کردن بیمارستان‌های منتخب در نهایت شهرت یافت، با به‌کارگیری راهبردهای مدیریت عملکرد کارکنان، بودجه‌ریزی عملیاتی، کاهش تصدی خدمات، مدیریت نگهداشت، استقرار نظام جامع اطلاعات و ارتباطات سلامتی و نظام جامع مدیریت بیمارستان، الگویی نوین از مدیریت بیمارستانی را اجرا کرد.

اصلاحات نظام سلامت در دههٔ ۸۰ خورشیدی

توجه به سیاست‌گذاری علمی در حوزهٔ سلامت از یک سو و تغییر الگوی بار بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر از سوی دیگر، نیاز به تغییر الگوهای سیاست‌گذاری حوزهٔ سلامت را در این دهه ضروری ساخت. این امر موج جدیدی از اصلاحات نظام سلامت را با رویکرد تقویت نظام سلامت موجب شد. این دهه همچنین با اجرای برنامهٔ سوم، چهارم و پنجم توسعه هم‌زمان بود که موضوع کاهش تصدی‌گری بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی و درمانی و نیز مفاهیمی چون عدالت در سلامت، پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و… در قوانین ظاهر شد. اوج توجه اسناد بالادستی به حوزهٔ سلامت در برنامهٔ پنجم توسعه شکل گرفت؛ به‌گونه‌ای که حدود ۱۱ درصد از سیاست‌های کلی این سند به مسایل حوزهٔ سلامت مرتبط بود و مباحثی

یک بیمارستان در استان فارس

بیمارستان امام خمینی در تهران

در خصوص اصلاح سیاست‌گذاری، تأمین مالی، توسعهٔ بیمه‌ها و کاهش پرداخت از جیب مردم را به‌طور کامل پوشش می‌داد. یکی دیگر از اسناد بالادستی که در این دوره تدوین و در آن به حوزهٔ سلامت پرداخته شد، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ بود. طبق این سند انتظار می‌رود جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی و فرصت‌های برابر باشد.

در این دهه یکی از مهم‌ترین برنامه‌های اصلاحی با اجرای طرح پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع و بیمهٔ خدمات درمانی روستایی به مرحله عمل درآمد. مجموع این برنامه‌ها به‌منظور بهره‌مندی عادلانهٔ جامعه از خدمات و مراقبت‌های سلامت با کیفیت، ایمن، اثربخش، کارا، به‌موقع، به دور از اسراف، هزینه‌اثربخش و جامعه‌محور اجرا شد. در طرح بیمهٔ خدمات درمانی روستایی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان بیمهٔ خدمات درمانی موظف شدند اقشار نیازمند بدون دفترچهٔ بیمه را که از طریق نظام ارجاع و با محوریت پزشک خانواده برای دریافت خدمت مراجعه می‌کنند، به شکل کاملاً رایگان در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت بیمه کنند.

برنامهٔ اصلاحی دیگر در این دهه، مربوط به تصویب ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بود که با تصویب و اجرای این ساختار، تمامی وظایف تأمین اجتماعی (بیمه‌ای و حمایتی)، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی واگذار شد. سازمان‌های بهزیستی، خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نیز از وزارت بهداشت به وزارت جدیدالتأسیس منتقل گردید. شایان ذکر است در سال ۱۳۹۰ با ادغام سه وزار‌تخانه رفاه و تأمین اجتماعی، تعاون و کار و امور اجتماعی و تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، همهٔ وظایف اجتماعی پیش‌گفت به این وزارت منتقل شد.

اصلاحات نظام سلامت در اوایل دهه ۹۰ خورشیدی

طی سال‌های آغازین دههٔ ۹۰ نظام سلامت با بحران جدی مالی روبرو شد. اگرچه نظام سلامت در هشت سال دفاع مقدس، رویارویی با بحران و مدیریت آن را تجربه کرده بود، ولی اوضاع تنش‌زایی که در اواخر دههٔ ۸۰ آغاز شد و در سال‌های نخستین دههٔ ۹۰ به اوج رسید، وضعیتی متفاوت بود. در این دوران کمبود اعتبارات و منابع مالی بخش سلامت اثرات خود را در برون‌دادهای این نظام آشکار ساخت. این اثرات منفی با اجرای تحریم‌های کشورهای غربی علیه ایران شدت بیشتری گرفت و بهره‌مندی از خدمات سلامت را به‌شدت متأثر کرد. این وضعیت بحرانی اقدامی عاجل را برای اصلاح نظام سلامت طلب می‌کرد و دلیلی شد برای اجرای یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های اصلاحی تاریخ که طرح تحول سلامت نام داشت. باتوجه به اینکه این طرح به‌روزترین برنامه اصلاحی نظام سلامت و مطابق با یک‌سری اهداف جهانی مطرح در حوزه سلامت است، در ادامهٔ این فصل جزئیات بیشتری از آن ارائه می‌شود. رویداد مهم دیگر این دهه تصویب و ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری است که تکالیف نظام سلامت را برای اصلاحات بعدی در قالب جهت‌گیری‌های کلی مشخص کرده است. تحلیل محتوای این سند، همانگونه که در جدول ۷–۱

آمده، نشان می‌دهد هدفگذاری این تکالیف به سمت اعمال تغییرات بنیادین در کارکردهای اصلی نظام سلامت می‌باشد.برنامه ششم توسعه نیز مستند بالادستی دیگری است که در راستای همان سیاست‌های کلی، تکالیف بخش‌های مختلف نظام سلامت را تعیین کرده است (شرح کامل این تکالیف با توجه به کارکردهای اصلی نظام سلامت در فصل ساختار و حاکمیت این کتاب آورده شده است).

معرفی طرح تحول سلامت

ضرورت اجرای طرح تحول سلامت

تجربهٔ اجرای برنامه‌های مختلف اصلاحات سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی نشان می‌دهد، اگرچه این برنامه‌ها در مجموع توانستند دستاوردهای مطلوبی را برای نظام سلامت به‌همراه داشته باشند، اما همچنان نیاز به‌اجرای برنامه‌های اصلاحی تا دستیابی به جایگاه مطلوب احساس می‌شود. آخرین برنامهٔ اصلاحاتی نظام سلامت ایران، طرح تحول سلامت نام دارد که از سال ۱۳۹۲ برنامه‌ریزی و سپس در سال ۱۳۹۳ اجرایی شد و چرایی نیاز به اجرای آن در سه دلیل به‌شرح زیر قابل بیان است:

۱. آغاز به‌کار دولت جدید و در اولویت قرار گرفتن سلامت– دولت جدید ملزم به پاسخگویی به نگرانی‌ها و خواسته‌های جامعه و رهبران سیاسی، افزایش انسجام ملی و ارتباط بین حاکمیت و مردم بود. دولت مشکلات نظام سلامت، از قبیل شرایط حاد کمبود دارو و خدمات و پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی را درک کرده بود. همچنین بر ضرورت انجام اقدامات لازم برای کاهش نارضایتی از ارائهٔ خدمات سلامت و نیز نگرانی‌های بیماران و خانواده‌های آن‌ها اشراف داشت. برهمین اساس، ایجاد نظام جامع سلامت را که بر افزایش سلامت ایرانیان، کاهش هزینه‌های سلامتی، گسترش پوشش بیمه‌های سلامت و توسعهٔ عدالت در سلامت تأکید می‌کرد، در اولویت برنامه‌های کاری خود قرار داد؛

۲. ضرورت انجام تکالیف قانونی تعیین‌شده در اسناد بالادستی و همسویی با اهداف و برنامه‌های جهانی– در اسناد بالادستی بر تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم با محوریت عدالت، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت، توسعهٔ کمی و کیفی بیمه‌های سلامتی و تأمین منابع مالی پایدار بخش سلامت تأکید زیادی شده؛ با این وجود و تلاش برای تحقق این اهداف، بسیاری از وظایف قانونی به‌صورت کامل انجام نشده بود. همچنین پابیندی به تحقق اهداف تدوین‌شده در سطح بین‌المللی (مانند پوشش همگانی سلامت)، از جمله مهم‌ترین

اقداماتی بود که دولت باید برای تحقق آن برنامه‌ریزی می‌کرد؛
۳. وضعیت ارائهٔ خدمات و ضرورت ارتقای عملکرد نظام سلامت به‌گواه شواهد موجود و نیز نظرات دست‌اندرکاران باتجربه، نظام سلامت ایران به دستاوردهای مهمی دست یافته بود؛ اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی در کارکردها روبه‌رو بود که مانع از تحقق کامل اهداف نظام سلامت می‌شد. مجموع این مشکلات، که از وجود فاصله تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت در ابعاد حفاظت مالی و پوشش خدمات برای تمام جمعیت حکایت داشت، دست‌به‌دست هم داده، حوزه‌های مربوط به ارائهٔ خدمات سلامت در کشور را نامتعادل ساخته، روزبه‌روز بر نارضایتی مردم از این حوزه‌ها می‌افزود. این مسایل به‌تدریج سبب شد، نظام سلامت به‌نوعی مشکلات مزمن دچار شود. این مشکلات در پی ایجاد شرایط خاص کشور در سال ۱۳۹۲ شدت گرفت. حاد شدن وضعیت نظام سلامت در حوزه‌های مختلف یکسان نبود و آن‌گونه که از شواهد به‌دست می‌آید، وخامت اوضاع در حوزهٔ ارائهٔ خدمات درمانی و تأمین دارو در بیمارستان‌های دولتی بیشتر بود. شدت و وسعت این مشکلات، با درنظر داشتن جایگاه بیمارستان‌های دولتی در ارائهٔ خدمات درمانی و بارمراجعهٔ آن‌ها، فعالیت عادی و معمول بخش بزرگی از نظام سلامت را به‌صورت جدی مختل کرد و وضعیت آن را در شرایط کاملاً بحرانی قرار داد. این وضعیت بحرانی از یک سو و راهبردی‌بودن موضوع تأمین سلامتی از سوی دیگر، اقدام عاجل برای ایجاد تغییراتی در نظام سلامت را ضروری ساخت.

آماده سازی و فرایند اجرای طرح تحول سلامت

در برنامهٔ دولت یازدهم دو راهبرد کلان و یازده اولویت راهبردی برای حوزه سلامت وجود داشت. نگاهی به این راهبردها و اولویت‌ها نشان می‌دهد پیشنهاد این موارد در برنامهٔ دولت، با توجه به تحلیل وضع موجود نظام سلامت در آن زمان صورت گرفته و تمام تلاش دولتمردان بر آن بوده که باتوجه به تجارب موجود، مشکلات مزمن نظام سلامت را تا حد امکان رفع کنند.

به‌دنبال اعلام برنامه‌های رئیس‌جمهور در حوزهٔ سلامت، وزیر پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه‌ای را تنظیم کرد و برای اخذ رأی اعتماد، به مجلس شورای اسلامی ارایه داد. تحلیل محتوای برنامهٔ پیشنهادی حکایت از آن دارد که دستاوردها و چالش‌های نظام سلامت مدنظر قرار داده شد و براساس آن، هدف برنامهٔ پیشنهادی، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همگانی با اجرای مراقبت‌های اولیهٔ سلامت از طریق تقویت و ارتقای نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی تعیین شد. پس از اخذ رأی اعتماد، تلاش برای عملیاتی‌کردن این برنامه و طرح‌ریزی اقدامات و تحولات اساسی در نظام سلامت، آغاز شد.

سرآغاز این تلاش‌ها اقدامات متعدد در زمینه تأمین منابع مالی بود که این منابع در ابتدا برای کنترل بحران مالی دارو صرف شد. در راستای اصلاح تأمین منابع مالی سلامت، اقدامات متعددی در زمینهٔ تأمین و پایداری منابع مالی انجام پذیرفت که مجموع این اقدامات توانست بستر لازم را برای اجرای طرح تحول سلامت فراهم کند. باتوجه به پیامد تحریم‌ها بر بازار دارو، لوازم مصرفی پزشکی و بحرانی‌شدن اوضاع این بازار در زمانی کوتاه، مشکل کمبودهای شدید دارویی مرتفع شد و برای تداوم تأمین دارو و کنترل قیمت اقدامات دیگری انجام شد.

در ادامهٔ تدوین برنامهٔ طرح تحول سلامت، از مهرماه سال ۱۳۹۲، جلسات متعدد شورای سیاست‌گذاری برای ارایه طرح کاملی به‌منظور تحقق اهداف پیش‌گفت برگزار شد. اصل نامحدود بودن نیازها و محدود بودن منابع، تلاش‌ها را به سمت فهرست‌کردن اولویت‌های تحول در نظام سلامت برد؛ این کار با توجه به تجربه‌های پیشین و نیز تجربه‌های موفق بین‌المللی کشورهای در حال توسعه و تکیه بر رویکردی مبتنی‌بر شواهد انجام گرفت. مبنای تعیین این اولویت‌ها اسناد بالادستی، وضعیت موجود نظام سلامت و مطالبات اصلی مردم از این حوزه بود. این تلاش‌ها در آبان‌ماه ۱۳۹۲ منجر به اخذ مصوبه‌ای از هیئت دولت شد که مقرر می‌داشت کارگروهی به نام کارگروه تحول به ریاست معاون اول رئیس‌جمهور و عضویت معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و وزیران بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، امور اقتصادی و دارایی و نفت، به‌منظور رسیدگی به امور مهم در حوزه سلامت تشکیل شود.

بررسی امکان اجرای طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط، اتخاذ تصمیمات لازم درخصوص برنامه‌های تکمیل پوشش بیمهٔ همگانی و احیای بیمهٔ پایه سلامت، استقرار سامانهٔ خدمات جامع و همگانی سلامت در تمامی روستاها، حاشیهٔ شهرها و مناطق عشایری، ارائهٔ رایگان خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی در آن‌ها و سایر برنامه‌های مربوط به نظام سلامت در دستور کار کارگروه مذکور قرار گرفت. بررسی این کارگروه نشان داد که محدودیت منابع و نیز وضعیت بحرانی ارائهٔ خدمات درمانی، امکان اجرای هم‌زمان و یکبارهٔ برنامه تحول را میسر نمی‌ساخت و بهتر بود ضمن در نظر داشتن نقشه راه تحول، اقدامات به‌صورت تدریجی عملیاتی شود. با اجرای مرحله دوم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، مصوبه‌ای دیگر در بهمن‌ماه ۱۳۹۲ ابلاغ شد، مبنی‌بر این‌که کارگروهی به نام کارگروه سلامت با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس)، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور تشکیل شود. با ابلاغ این مصوبه، فعالیت کارگروه

نخست در قالب کارگروه سلامت ادامه یافت که ترکیبی متفاوت از کارگروه نخست داشت، کارگروه دوم با برگزاری جلسات برنامه‌های پیشنهادی خود را ارائه داد. برون‌داد فعالیت‌های کارگروه سلامت در اسفندماه ۱۳۹۲ منجر به تهیه دو بسته الف و ب شد. بسته‌های پیشنهادی الف و ب به‌ترتیب مشتمل بر ۱۶ و ۱۰ برنامه به‌همراه بار مالی آن بود که ناظر بر تحولاتی در زمینه ارائه خدمات سلامت (اعم از خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت و بالینی) می‌شد. پس از حذف برخی موارد، بسته ب مورد قبول واقع شد و سرانجام پس از تصویب آیین‌نامه اجرایی تبصره ۲۱ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ و آماده‌شدن پیش‌نویس یک از برنامه‌های دستورالعمل و برنامه اجرایی هر مصوب، در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به‌تصویب هیئت دولت رسید و برای اجرا به سازمان‌های مربوطه ابلاغ شد. عمده تمرکز برنامه‌های مصوب در این زمان، خدمات سطح دوم و سوم بود. هدف نهایی این برنامه‌ها رسیدن به پوشش همگانی سلامت بود.

اهداف کلان از اجرای این برنامه‌ها در ادامه آورده شده است.

اهداف کلان طرح تحول سلامت و ارزیابی وضعیت کنونی

- تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت؛
- حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت؛^۱
- افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامتی باکیفیت؛
- بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی؛
- ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت؛
- بهبود رضایتمندی مردم از حوزه سلامت

به‌منظور دستیابی به اهداف مذکور، مداخلات متعددی اجرا شد که در ادامه مهم‌ترین مداخلات اجرایی شده در راستای اهداف مذکور به ترتیب ارائه شده است:

هدف اول – تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت

• **تأمین مالی پایدار:** در راستای تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت، در شهریور ماه ۱۳۹۲، در ابتدا برای برون‌رفت از شرایط بحرانی تأمین دارو، بودجه دارو از محل مابه‌التفاوت ارز تأمین شد. دولت در بخش سلامت در طی سال‌های منتهی به سال ۱۳۹۲ بدهی و کسری قابل توجه داشت و لذا یکی از مهم‌ترین اقدامات تأمین کسری و بدهی‌های قبلی بود و این مهم در دی ماه ۱۳۹۲ محقق شد. بودجه اجرایی مداخلاتی که در حوزه درمان مقرر بود انجام شود، در اسفند ماه ۱۳۹۲ با مبلغ ۱۸۰۰۰ میلیارد ریال تأمین گردید و در همین زمان ۲۸۰۰ میلیارد ریال برای بخش بهداشت اختصاص داده شد. دولت در ذیل افزایش منابع مالی حوزه سلامت مبادرت به رشد بودجه اختصاصی وزارت بهداشت تا ۳۸ درصد در سال ۱۳۹۳ کرد و همزمان بودجه سازمان بیمه سلامت ایران ۶۶ درصد افزایش پیدا کرد. دو اقدام مهم برای پایداری منابع مالی، اختصاص یک درصد مالیات بر ارزش افزوده و همچنین ده درصد از درآمدها از محل اجرای هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت بود. سپس حق بیمه از ۵ درصد به ۶ درصد مازاد بر افزایش سنواتی، افزایش پیدا کرد. این اصلاحات برای تأمین مالی حوزه سلامت انجام شد. ذکر این نکته حائز اهمیت است که برای تحقق اهداف طرح تحول سلامت یکی از مهم‌ترین مداخلات تأمین مالی پایدار است. این مهم به‌تنهایی می‌تواند دستیابی به اهداف تعیین شده را کاملاً تحت تأثیر قرار دهد.

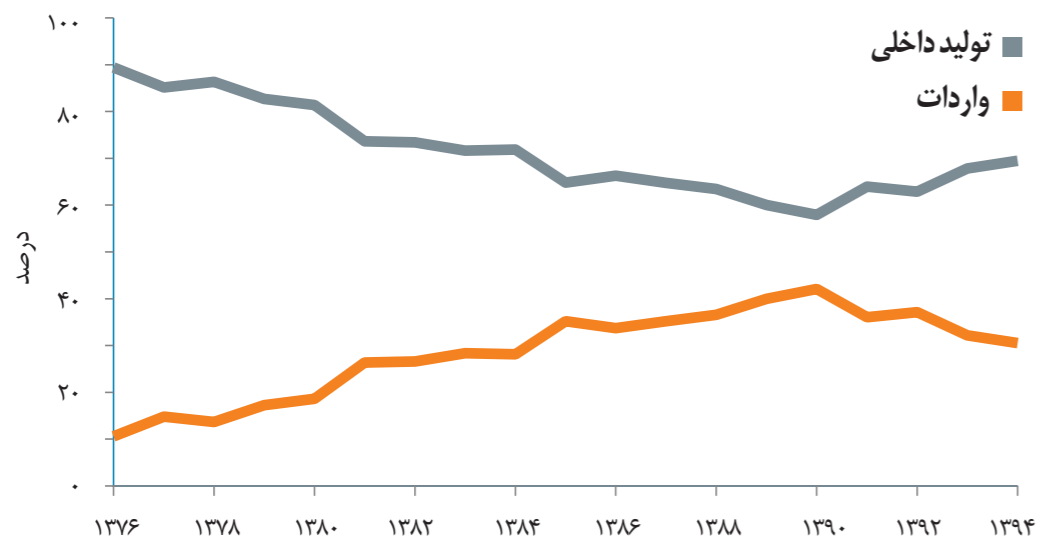
از مهم‌ترین اقداماتی که در راستای پایداری منابع مالی می‌توان انجام داد ایجاد فضائی در بودجه دولت است. ایجاد این فضا با اقداماتی از قبیل ۱. رشد تولید ناخالص ملی کشور و افزایش درآمدهای مالیاتی؛ ۲. اولویت‌قائل شدن برای بخش سلامت و افزایش سهم آن از بودجه کشور؛ ۳. استقراض (داخلی و خارجی) و دریافت کمک‌های بین‌المللی؛ ۴. بهبود کارایی در بخش سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری، مقدور می‌باشد. تحلیل فضای بودجه‌ای در جمهوری اسلامی ایران برای تعیین این موضوع که آیا منابع ایجاد شده در پی اجرای طرح تحول سلامت، پایدار خواهد بود و آیا در طی سال‌های آتی این مقدار منابع ایجاد شده توانائی حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت و رساندن آن به هدف ایده‌آل (۱۰۰ درصد حفاظت مالی) را دارند یا نه، نشان می‌دهد که توانایی کشور برای افزایش درآمد در آینده با چالش همراه است و درصد تغییرات سالانه تولید ناخالص ملی هم به‌طور میانگین در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰، بالغ بر ۲/۵ درصد خواهد بود. با توجه به تحلیل صندوق بین‌المللی پول، ایجاد فضای بودجه‌ای جدید از طریق استقراض دولت هم محدود بوده، چراکه تراز مالی دولت منفی است و ایجاد فضای اضافی با کاهش یا لغو بدهی‌های دولت چالش‌برانگیز است، زیرا این بدهی‌ها تا سال ۱۳۹۷ عملاً در حال افزایش هستند. در نمودار ۷-۱، تخمین شاخص‌های کلان اقتصادی ایران در فاصله سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰ ارائه شده است.

جدول ۷-۱. تحلیل محتوای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳		
کارکردهای اساسی نظام سلامت	حوزه‌های اولویت‌دار برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت	بند مرتبط
حاکمیت	تقویت مشارکت و مسئولیت‌پذیری جامعه در ارتقای سلامت	بندهای ۱ و ۱۱
	تقویت همکاری‌های بین‌بخشی برای تحقق رویکرد انسان سالم	بند ۲
	تقویت نقش‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی بخش سلامت	بندهای ۲، ۷
	تدوین و طراحی برنامه‌های جامع سلامتی، مراقبتی و حمایتی	بندهای ۲، ۸
	سیاست‌گذاری و نظارت‌بر مصرف، تولید، واردات و صادرات خدمات و فناوری‌های سلامت	بند ۵
تأمین منابع مالی	مدیریت منابع مالی سلامت با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بند ۷
	ترویج تصمیم‌گیری و اقدام آگاه از شواهد	بند ۸
	افزایش پوشش (جمعیت، خدمات و هزینه) خدمات سلامت	بند ۹
	اصلاح و تقویت نظام بیمه‌های پایه و تکمیلی سلامت	بند ۹
	تدوین بسته خدمات سلامت	بند ۹
	بازنگری و تعیین علمی تعرفه‌های خدمات سلامت	بند ۹
	اصلاح سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	بند ۹
	افزایش پایدار سهم منابع مالی بخش سلامت	بند ۱۰
	توجه به اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی در ارائه خدمات	بند ۱
	بهبود سبک زندگی مردم	بندهای ۳ و ۶
ارایه خدمات (سلامت، آموزش و پژوهش)	ارتقای سلامت روانی جامعه	بند ۳
	استفاده از ظرفیت‌های بخش‌های دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت	بند ۷
	افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت	بند ۸
	ارایه خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات	بند ۸
	ترویج و نهادینه‌سازی طب سنتی	بند ۱۲
	بازنگری در حوزه پژوهش‌های علوم پزشکی با تأکید بر ترویج نوآوری	بند ۱۴
	بازنگری در سازوکارهای آموزش، انتخاب و ارزشیابی منابع انسانی سلامت	بند ۱
تولید منابع	تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فناوری‌های سلامت (اعم از دارو، واکسن، تجهیزات پزشکی و ...)	بند ۴
	ارتقای کمی و کیفی سطح دانش و مهارت مبتنی بر نیاز منابع انسانی سلامت	بند ۱۳

اجرای تعرفه‌های جدید خدمات درمانی از مهر ماه ۱۳۹۳، یکی از دیگر از مهم‌ترین دلایل ایجاد کسری اعتبارات بود. این بار مالی در بودجه سال ۱۳۹۵ بیمه سلامت پیش‌بینی گردید و اما محقق نشد. از سوی سازمان بیمه سلامت در حدود ۱۸۰۰۰ میلیارد ریال قبل از شروع طرح تحول زیان انباشته داشت. در سازمان بیمه تأمین اجتماعی عدم اختصاص منابع سهم بخش سلامت از درآمدهای سازمان (۹/۲۷) و هزینه‌کرد منابع سلامت در سایر حوزه‌ها بوده است؛ که منجر به کسری بودجه شد. این موضوع ادامه برخی از مداخلات طرح تحول سلامت را با مشکل مواجه نمود. این موضوع از مهم‌ترین مشکلات ادامه اجرای اقدامات طرح تحول سلامت می‌باشد و ضرورت دارد در طی سال‌های آتی، این موضوع قبل از شروع هر مداخله‌ای، مورد توجه قرار گیرد؛

- **مدیریت بهینه منابع و انضباط مالی:** در راستای این مداخله اقداماتی انجام شد و در طی سه ماه اول سال ۱۳۹۶، شورایی در سطح وزارت بهداشت برای مدیریت هزینه‌کرد حوزه سلامت با ریاست وزیر بهداشت تشکیل شده است. این شورا مداخلاتی را برای کاهش هزینه‌ها در حوزه سلامت مصوب و اجرا کرده است.

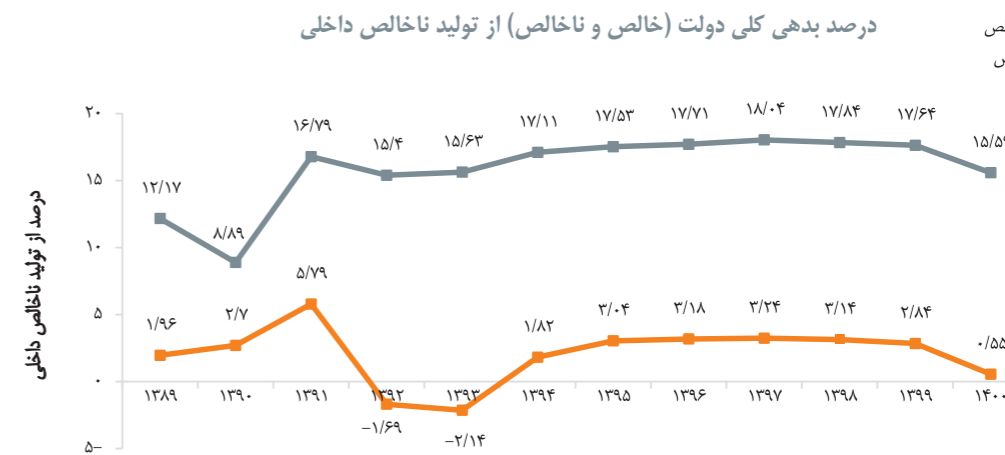
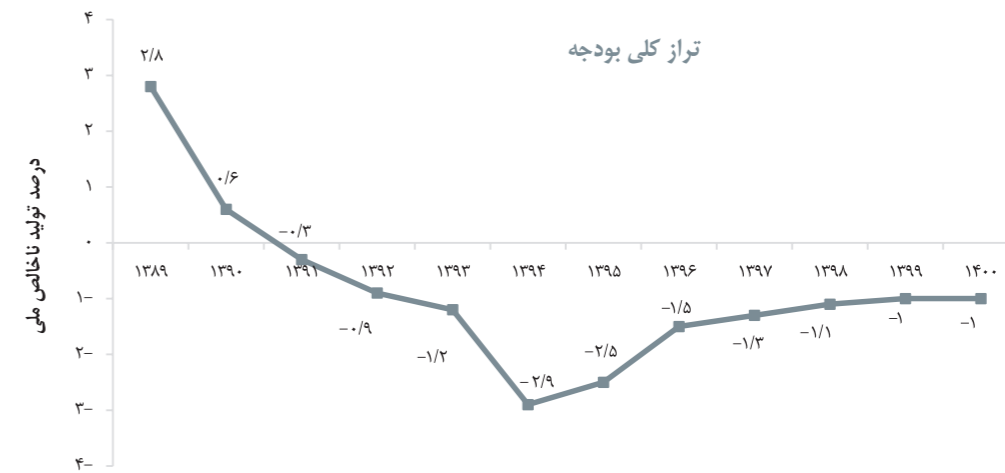
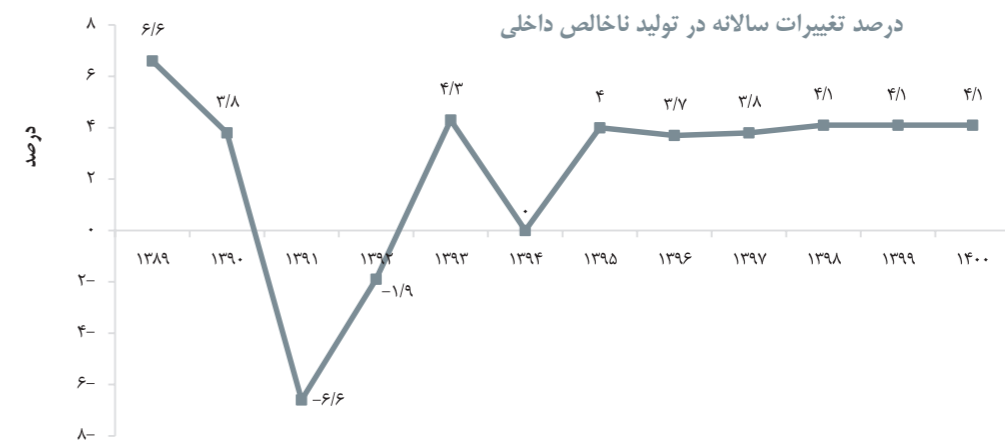
- **حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی:** در طی سال‌های اخیر، سیاست‌گذاری در حوزه دارو به سمتی برده شد که توانایی شرکت‌های دارویی داخلی در تولید دارو افزایش پیدا کند و به طوری که این سهم در سال ۱۳۹۴ به ۷۰ درصد رسیده است. در نمودار ۷-۲ سهم تولیدات دارو آرایه شده است.



نمودار ۷-۲. سهم دارو از منابع تولید داخل و واردات از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۴

تحلیل شاخص‌های اقتصاد کلان نشان می‌دهد حفظ و تداوم سطح کنونی بودجه اختصاصی به بخش سلامت در آینده با چالش همراه خواهد بود. با این که رشد تولید ناخالص ملی در پنج سال آینده متعادل خواهد بود، تراز مالی دولت منفی است و پیش‌بینی می‌شود که بدهی عمومی دولت تا سال ۱۳۹۷ با افزایش توأم باشد. به علاوه، افزایش سهم بودجه بخش سلامت از بودجه کل دولت نیز با چالش همراه خواهد بود، چرا که این رقم در حال حاضر به بالاترین سطح خود رسیده است. به همین دلیل، جهت بهبود فضای مالی بخش سلامت، دولت باید به اتخاذ راهکارهایی برای افزایش کارایی در این بخش متوسل شود. طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت، حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد از منابع بخش سلامت کشورها درست مصرف نشده و بیهوده تلف می‌شود. مقوله کارایی و افزایش آن در بخش سلامت مقوله پیچیده‌ای است. با این حال اجرای تجارب موفق در دنیا مانند خرید راهبردی خدمات، اصلاح سازوکارهای پرداخت و تجمیع منابع حاکی از افزایش کارایی این بخش و افزایش فضای بودجه‌ای آن هستند؛

- **انتقال منابع مالی به سازمان‌های بیمه‌گر برای خرید خدمت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:** در راستای این اقدام، منابع مالی تولید، واردات دارو و خرید خدمات روستائیان و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر به سازمان‌های بیمه‌گر انتقال پیدا کرد. کسری اعتبارات سازمان‌های بیمه در طی سال‌های اخیر یکی از مشکلاتی بود که در راستای اصلاحات پدید آمد و یکی از مهم‌ترین دلایل آن، بار مالی همپوشانی بیمه‌ها بود. در سال ۱۳۹۵، در حدود ۱۳,۲۳۵ میلیارد ریال برای نظام سلامت بار مالی پدید آورد.



نمودار ۷-۱. شاخص‌های اقتصاد کلان از سال ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰

هدف دوم – حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت

- کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی**: اقدامات مهم زیادی در ذیل این مداخله برای حفاظت مالی مردم انجام شد که شامل ۰٫۱ کمک به دانشگاه‌ها بابت هزینه دارویی بیماران بی‌بضاعت؛ ۰٫۲ اختصاص دارو و واکسن رایگان به شبکه‌های بهداشت و درمان؛ ۰٫۳ تأمین هزینه رادیوداروها؛ ۰٫۴ کاهش هزینه داروهای پرهزینه برای افراد مبتلا بیماری‌های خاص، مزمن و صعب‌العلاج؛ ۰٫۵ پرداخت هزینه شیر خشک و غذاهای ویژه بیماران متابولیک؛ ۰٫۶ افزایش پوشش مالی یارانه دارو براساس فهرست اعلامی وزارت بهداشت از طریق بیمه‌ها و ۰٫۷ کمک به سازمان‌های بیمه‌گر بابت کاهش فرانشیز سهم مبتلایان به بیماری‌های مزمن، صعب‌العلاج و خاص. به‌دنبال این اقدامات، سهم پرداخت بیماران از نسخ سرپایی از ۵۶ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۴۰ درصد در سال ۱۳۹۳، سهم پرداختی بیماران از نسخ بستری از ۵۴ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۱۰ درصد و سهم بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج از هزینه‌های دارو از ۴۵ درصد به ۱۱ درصد رسیده است. تأمین هزینه‌های این بخش به‌نظر می‌رسد ضرورت دارد در تخصیص هزینه‌ها همچنان در الویت بالاتر باشد تا حفاظت مالی بابت هزینه‌های دارویی به‌خطر نیفتد. بروز هزینه‌های فقرزا به‌دلیل هزینه‌کرد برای دارو قبل از طرح تحول در ۰٫۳۴ درصد خانوارها اتفاق می‌افتاد که بعد از طرح تحول سلامت به ۰٫۳۱ کاهش پیدا کرده است. بروز این هزینه‌ها در خانوارهای با پایین‌ترین سطح درآمدی بیشترین درصد را به‌خود اختصاص می‌دهد و با وجود کاهش ۱۰ درصدی، این شاخص در سال ۱۳۹۳ (بعد از اجرای طرح تحول) در ۱/۵۲ درصد خانوارها اتفاق افتاده است. بروز هزینه‌های کمرشکن برخلاف هزینه‌های فقرزا، بدنبال مصرف دارو در خانوارهای با سطح درآمدی بالاتر رخ داده است و به‌طوری که قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بالاترین درصد بروز هزینه‌های کمرشکن به‌دنبال هزینه‌کرد دارو، در پنجک پنج درآمدی اتفاق افتاده است و در ۰٫۳۹ درصد خانوارهای پنجک ۵، هزینه‌های کمرشکن اتفاق افتاده و بعد از اجرای طرح تحول سلامت، این رقم به ۰٫۱۷ درصد رسیده است.

- بیمه‌کردن جمعیت بدون بیمهٔ پایهٔ سلامت**: یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها، پوشش بیمه افراد بدون بیمه پایه سلامت بود. شواهد نشان می‌داد با وجود تلاش‌هایی که برای پوشش بیمه‌ای جمعیت انجام گرفته بود، درحالی‌که بخشی از جمعیت، تحت پوشش هم‌زمان بیش از یک بیمه بودند، متأسفانه درصدی از جمعیت هیچ نوع پوشش بیمهٔ سلامت نداشتند و همین امر بهره‌مندی این گروه را از خدمات سلامت متأثر می‌ساخت. بر این اساس، مقرر شد سازمان بیمه سلامت ایران همه ایرانیان بدون پوشش بیمهٔ پایه را بیمه کند. اما این اتفاق منجر به‌بروز موارد همپوشانی در درصدهای بیمه شد به‌طوری که مطابق اعلام سازمان بیمه سلامت، در سال ۱۳۹۵، در حدود ۸ درصد

بیمه‌شدگان (۶/۶ میلیون نفر)، تحت پوشش دو یا بیشتر از دو بیمه درمانی بودند. یکی از مهم‌ترین اقداماتی که ضرورت دارد در راستای تصحیح این اقدام اصلاحی مهم انجام شود، رفع همپوشانی‌ها و سپس اصلاح حق بیمه افراد براساس وسع آن‌ها باشد.

- کاهش پرداختی بیماران بستری و سرپایی**: اقدامات متعددی در ذیل طرح تحول سلامت برای اجرای این مداخله انجام شد و نتیجه آن کاهش پرداخت بیماران در بیمارستان‌های دولتی تا حدود ۶ درصد می‌باشد. در سطح خانوارها، پرداخت از جیب از حدود ۵۰/۵ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۳۵/۵ درصد در سال ۱۳۹۵ رسید. افزایش تعداد اقلام خدماتی تحت پوشش بیمه در بسته پایه خدمات، فراهم‌آوری دارو و ملزومات پزشکی در زنجیره تأمین بیمارستان‌ها، ارتقا کیفیت خدمات مددکاری در بیمارستان‌ها در زمینه شناسایی افراد نیازمند، پوشش مابه‌التفاوت تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر با تعرفه‌های مصوب، تکمیل زنجیره تأمین خدمات بستری از طریق خرید از خارج از بیمارستان در داخل بیمارستان، اعمال سیاست کاهش فرانشیز پرداختی به ۱۰ درصد و ۵ درصد به‌ترتیب برای دارندگان بیمه روستایی و غیر روستایی و تأمین هزینه‌های بستری اصلاح کتاب ارزش نسبی، اقدامات مهم برای کاهش میزان پرداختی بیمار بستری می‌باشد.

اقداماتی که برای کاهش پرداختی بیماران سرپایی انجام شد شامل اعمال سیاست کاهش فرانشیز در ویزیت سرپایی، افزایش ارایه خدمات سرپایی ویزیت با تعرفه دولتی و تحت پوشش بیمه، افزایش زیرساخت‌های ارایه خدمات سرپایی در بخش دولتی، تأمین هزینه‌های سرپایی اصلاح کتاب ارزش نسبی و ثابت نگهداشتن تقریبی فرانشیز پرداختی بیماران سرپایی بود. این مداخله از مهم‌ترین اقدامات تحولی می‌باشد که ضرورت دارد برای تدوام آن در برنامه‌های آتی وزارت بهداشت توجه ویژه گردد.

- جلوگیری از بروز پرداخت‌های غیررسمی**: در مهرماه ۱۳۹۳ با ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، مرحلهٔ دیگری از اجرای طرح تحول سلامت رقم خورد و با اعلام تعرفه‌های بازنگری شده‌ی خدمات سلامت، مهم‌ترین مداخله‌ی طرح که جلوگیری از بروز پرداخت‌های غیررسمی بود با هدف کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم اجرایی شد. بهمن‌ماه ۱۳۹۳ برنامهٔ دیگری از برنامه‌های تحول سلامت با بازنگری در شیوه پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات از طریق ابلاغ برنامهٔ پرداخت مبتنی‌بر عملکرد پزشکان، اعضای هیئت علمی و کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی اجرایی شد. به‌منظور پایش این مداخله مهم، در خصوص اعمال مقررات پرداخت‌های غیررسمی آگاهی‌رسانی به مردم انجام شد و با راه‌اندازی سامانه‌های شکایت تلفنی، هر نوع شکایت در این خصوص رسیدگی و بررسی می‌شود. پایش این موضوع اهمیت زیادی دارد و برای جلوگیری از بروز مجدد این پدیده، تمام بیمارستان‌ها و واحدهای ارایه

خدمات پایش و بررسی شود.

- رایگان‌کردن زایمان طبیعی در مراکز ارایه خدمت**: برای اجرایی شدن این مداخله مهم، نسبت تعرفه زایمان طبیعی به سزارین تغییر یافت و فرانشیز پرداختی سهم مادر حذف گردید. این مداخله در راستای سیاست‌های افزایش جمعیت می‌باشد و ضرورت دارد کیفیت خدماتی که در این زمینه ارایه می‌شود، بررسی شود.
- مدیریت ارائهٔ خدمات و حفاظت مالی برای مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج**: به‌منظور مدیریت ارایه خدمات در این گروه، پروتکل‌های مدیریت ارایه خدمات تدوین و برای مراکز مجری ابلاغ شده است.

هدف سوم – افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت با کیفیت

- رفع بحران گرانی و کمبود داروو تجهیزات پزشکی**: این اقدام همانگونه که در سیر تدوین برنامه‌های طرح تحول سلامت ذکر شد، یکی از مهم‌ترین اقداماتی بود که بحران کمبود دارو و دسترسی به آن را افزایش داد. در سال ۱۳۹۳، فراهمی دارو در ایران ۹۷/۷ درصد بود که در مقایسه با سایر کشورها، رتبه بالائی در این زمینه دارد.
- افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در بخش دولتی**: برای اجرای مداخلات طرح تحول سلامت، ضرورت افزایش نیروی انسانی وجود داشت. به‌طوری که به‌دنبال اجرای طرح، جذب پزشک متخصص برای بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت افزایش یافت. سپس پزشکان متخصص با قرارداد تمام وقتی در مناطق محروم (با نام بسته ماندگاری پزشکان در مناطق محروم) بکار گرفته شدند و انعقاد قرارداد در بیمارستان‌ها برای ارایه خدمات تخصصی در تمام ساعات (با نام بسته مقیمی) انجام شد. افزایش جذب پرستار، باز تعریف نیروی انسانی کمک پرستار و آموزش آن‌ها، افزایش جذب پزشک عمومی در مراکز روستایی و مراکز جامع سلامت شهری، افزایش جذب ماما و افزایش جذب بهورز اتفاق افتاد. از سویی در حوزه بهداشت برای مراکز جامع سلامت، برای اولین بار به‌دنبال اجرای طرح تحول سلامت، مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان به‌کار گرفته شد و این افراد برای ارایه خدمات نوین در این مراکز آموزش دیده و مشغول به ارایه خدمت شدند. در فصول مرتبط به نیروی انسانی و ارایه خدمات وضعیت نیروهای انسانی حوزه سلامت به تفصیل ارایه شده است. این گروه در واقع مجری اصلاحاتی هستند که در کشورها انجام می‌شود و ضرورت دارد براساس حجم اقدامات ارایه شده تعداد و توزیع نیروهای حوزه سلامت بررسی و برآورد شود.

- راه‌اندازی واحدهای ارائهٔ خدمات بهداشتی و درمانی**: افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، پایگاه‌های اورژانس هوایی،

مراکز درمان ناباروری، ساخت مراکز جامع خدمات سلامت و راه‌اندازی پایگاه‌های ۱۱۵ برای مراکز بهداشت روستایی از مهم‌ترین اقداماتی بود که بعد از اجرای طرح تحول سلامت انجام شد.

- ارتقای کیفیت خدمات سطح یک، دو و سه در بخش دولتی**: بازسازی و بهسازی واحدهای بیمارستانی، مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه سلامت، اتاق‌های عمل، بخش‌های اورژانسی و چند اقدام دیگر به‌عنوان مهم‌ترین مداخلات ارتقای کیفیت بعد از اجرای طرح تحول سلامت مطرح است. پایش و ارزیابی کیفیت خدمات سلامتی باید در سطح ارایه خدمت و سپس در سطح پیامدهای آن مورد توجه باشد. ارتقا، پایش و ارزیابی کیفیت خدمات ارایه شده در حوزه سلامت ضرورت دارد همچنان در دستور کار قرار گیرد.

در شهریورماه ۱۳۹۳ مرحلهٔ اجرایی دیگری که متمرکز بر خدمات سطح اول بود تصویب و برای اجرا به زیرمجموعه‌های مرتبط اعلام گردد. اهداف چهارم و پنج مهم‌ترین مداخلات این حوزه را ارایه کرده است.

هدف چهارم – بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی

- طراحی برنامه‌های نوین و بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت**: این مداخله به‌دلیل تغییر الگوی جمعیت و بیماری‌ها ضرورت ارایه داشت. تا قبل از اجرای طرح تحول سلامت، ارایه خدمات براساس گروه سنی نبود که بعد از طرح تحول این اقدام در دستور کار قرار گرفت. برنامه‌های نوین بهبود و اصلاح تغذیه، سلامت روان، برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ارایه خدمات سلامت دهان و دندان و چند برنامه دیگر برای اولین بار درکشور آغاز گردید. واکسن پنتاوالان در برنامه واکسیناسیون کشوری وارد شد. به تقویت و نهادینه سازی همکاری‌های بین‌بخشی با تأسیس معاونت اجتماعی در این دوره توجه ویژه شد. برنامه سلامت در بلایا و کاهش خطر بلایا بازنگری گردید و خدمات خودمراقبتی به‌طور وسیع در سراسر کشور آغاز گردید. اغلب اقدامات اجرا شده به‌عنوان اقدامات نوین حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت، برای اولین بار در کشور شروع به‌کار کرده است و ضرورت دارد این برنامه‌ها به‌طور مرتب براساس شواهد پایش و ارزیابی بازنگری و مطابق تغییرات جمعیت و عوامل مؤثر بر سلامت ادامه یابد.

- آموزش، ارتقا مهارت و توانمندسازی مدیران و کارکنان ارایه دهنده خدمات سلامت سطح اول**: با توجه به ارایه خدمات نوین در حوزه بهداشت ضرورت آموزش مدیران و کارکنان وجود داشت و لذا به‌عنوان یکی از مداخلات در این حوزه قبل از ارایه این خدمات، کارکنان تمام سطوح (از مرکز به محیط) در حوزه بهداشت آموزش‌های لازم در این زمینه برایشان ارایه شد.

● **ارتقای نظام فناوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی:** مهم‌ترین اقدام در این زمینه راه‌اندازی پرونده الکترونیک می‌باشد که هم‌اکنون برای ۷۰ میلیون نفر صادر شده است. این مداخله همچنان نیاز به بازنگری و اقدامات اساسی‌تر در این زمینه دارد.

هدف پنجم – ارتقا عادلانه شاخص‌های سلامت

- **ارتقای سلامت بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای:** این مداخله از سال ۱۳۹۴ شروع شد و اقداماتی از قبیل ارتقا و تجهیز آزمایشگاه‌های مرتبط، اقدامات پیشی و کنترل خطرات محیطی و ارتقای سلامت محیط‌های جمعی با لویت زندان‌ها و مراکز عرضه مواد غذایی در ذیل این مداخله انجام شده است. با توجه به تأثیر شناخته شده عوامل محیطی مؤثر بر سلامت ضرورت دارد مداخلات این حوزه ادامه و ارتقا یابد.
- **بهره‌گیری از مشارکت جامعه در ارتقای سلامت و تقویت همکاری بین‌بخشی:** به‌عنوان اقدام پیش‌نیاز، برای اولین بار معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت تشکیل شد و سپس اقدامات متعددی در این حوزه انجام شد. در فصل یک به تفصیل ارایه شده است.

● **تقویت و نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی:** در ذیل مداخله مذکور در دوره اجرای طرح تحول سلامت، به‌خوبی اقداماتی برای همکاری بین‌بخشی آغاز شده است که در فصل ساختار و حاکمیت نظام سلامت ارایه شده است.

● **گسترش، حفظ و ارتقای نظام مقررات بهداشت بین‌المللی:** مقررات بهداشت بین‌الملل در ایران از سال‌ها قبل آغاز شده است و بعد از اجرای طرح تحول سلامت بازنگری و تقویت شد. برای ارزیابی این اقدامات، کشورها مبادرت به ارایه نمره ظرفیت مقابله با تهدیدات بین‌المللی می‌کنند. ایران در سال ۱۳۹۵ توانسته است برای مقابله با تهدیدات بین‌المللی ۸۵ درصد ظرفیت مورد نظر را کسب نماید..

مطابق مهم‌ترین اصلاحات ارایه شده و مداخلات و اقدامات ذیل آن‌ها در ادامه، اصلاحات مهم آتی که در سطح کلان نظام سلامت ضرورت اجرا دارد، ارایه شده است.

در شکل ۷-۲ نمایی از مراحل تدوین و اجرای طرح تحول سلامت کشور نشان داده شده است.



شکل ۷-۲. سیر تاریخی تدوین و اجرای طرح تحول سلامت در ایران

راه رو به آینده اصلاحات نظام سلامت

همانند همه طرح‌های اصلاحاتی نظام سلامت، در اجرای طرح تحول سلامت نیز بدون شک، حل مشکلات نظام سلامت و رفع نگرانی‌های جامعه در خصوص آن، دغدغه اصلی سیاست‌گذاران سلامت بوده است. اجرای این طرح با همه قوت‌ها و کاستی‌هایی که داشته، توانسته با دستکاری کارکردهای نظام سلامت به سمت تقویت کارکردهای نظام سلامت و در نهایت به سوی بهبود عملکرد نظام سلامت حرکت کند. اما فرایند اصلاحات سلامت، فرایندی درازمدت است و نمی‌توان در کوتاه‌مدت انتظار داشت همه اهداف متصور برای اصلاحات محقق شود. ضمن این که در کشور ایران شروع موج جدید اصلاحات، با تلاش برای جبران کاستی‌های حاصل از تحریم‌های اقتصادی هم‌زمان بود. بنابراین در این مقطع زمانی آنچه لازم است، برداشتن گام‌های بعدی و تکمیلی برای اصلاح، ارتقا و نهادینه‌سازی طرح تحول سلامت و اعمال تغییرات پایدار و هدفمند به‌منظور تقویت نظام سلامت است. به‌نظر می‌رسد باتوجه‌به وضعیت فعلی نظام سلامت و ارزیابی نتایج اجرای طرح تحول سلامت، این تغییرات در سطح کلان نظام سلامت باید شامل موارد زیر باشد:

۱. اصلاح ساختار و تقویت نقش حاکمیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، جلب مشارکت حداکثری همه ذی‌نفعان، ارتقای نظام‌های اطلاعات سلامت و تضمین تعهد پایداری مالی، امکان تداوم مراحل بعدی اصلاحات را فراهم آورد؛

۲. فراهم‌آوری منابع سلامت، پیاده‌سازی مکانیزم‌های خلاق تأمین پایدار منابع بخش سلامت، ساماندهی ساختاری و فرآیندی صندوق‌های بیمه پایه سلامت تغییر یابد. تدوین و اجرای بسته‌های خدمات سلامت، بازنگری در تعرفه‌های خدمات سلامت، اصلاح مکانیزم‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت (فردی و سازمانی) و برنامه‌ریزی برای مصرف درست منابع، به بهبود کارکرد تأمین مالی سلامت انجام شود؛

۳. استقرار نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده در قالب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت و نیز تلاش منسجم برای بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامت، به ارایه بهتر این خدمات یاری رساند؛

۴. بازنگری در شیوه‌های تربیت منابع انسانی متناسب با نیازهای کشور و ارتقای مهارتی آن‌ها، اجرای برنامه‌های تحول و نوآوری در آموزش و پژوهش علوم پزشکی و نیز برنامه‌ریزی برای توزیع عادلانه منابع بخش سلامت، درون‌دادهای مورد نیاز نظام سلامت را برای تحقق اهداف نظام سلامت فراهم آورد.

نکته مهم دیگر این که باتوجه به شرایط منطقه، بحران‌زایی عوامل بیرونی و نیز وضعیت اقتصادی، مخاطراتی جدی، طرح تحول سلامت را تهدید می‌کند که نه تنها طرح، بلکه ممکن است نظام سلامت و متعاقباً نظام حمایت‌های اجتماعی را دچار بحران کند. بنابراین داشتن برنامه برای شرایط بحران‌زا و کاهش مخاطرات احتمالی، یکی از ضرورت‌ها در بازبینی مجدد طرح تحول سلامت است.

نتیجه این که مرور پیشینه اصلاحات نظام سلامت نشان می‌دهد، اگرچه نیاز به این اصلاحات و برنامه‌ریزی برای آن‌ها، همواره با توجه به وضعیت نظام سلامت و مجموعه فرصت‌ها و تهدیدهای این نظام درک شده و توسط سیاست‌گذاران سلامت اعلام شده است، ولی در تحقق و اجرای این اصلاحات، حمایت و تعهد رهبران سیاسی نقش عمده‌ای دارد. برای کسب این حمایت سیاسی، تلاش شخص وزیر بهداشت و گروه کاری این وزارتخانه برای جلب مشارکت همه عوامل و ذی‌نفعان سلامت و در اولویت قرارگرفتن ایده اصلاح نظام سلامت تعیین‌کننده است. برنامه‌ریزی منسجم و علمی با مشارکت و هماهنگی صاحبان اصلی فرایند، عامل مؤثر دیگری در اجرای موفق اصلاحات نظام سلامت است. اهمیت استفاده از رویکردی گروهی و بهره‌گیری از یک اتاق یا مرکز فکر که بتواند خطوط کلی حرکت نظام سلامت در مسیر تغییر و تحولات را تعیین کند، از درس‌آموخته‌های مهم پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت است.

قدر مسلم نتیجه این برنامه‌ریزی باید به تدوین محتوایی منجر شود که با توجه به فهرست اولویت‌های نظام سلامت و شواهد علمی موجود، به‌صورت کامل و روشن هدف از اجرای اصلاحات را در هر مرحله تبیین کرده، اقدامات لازم برای تحقق هر هدف را تشریح کند. پس از این گام، باید محتوا به‌گونه‌ای اطلاع‌رسانی شود که بتواند حمایت کافی عمومی را برای اجرای موفق کسب کند. در مرحله اجرای اصلاحات که معمولاً فرایند زمان‌بری است، عامل مؤثر برای موفقیت، توجه به مکانیزم‌های ایجاد هماهنگی و یافتن راهکارهای مناسب برای همراه کردن همه ذی‌نفعان در پشتیبانی و حمایت از برنامه‌های اصلاحاتی سلامت است؛ برای این مهم، حضور منابع انسانی و مالی کافی برای مقاصد پایش اجرای برنامه امری ضروری است. آخرین عامل مؤثر در موفقیت اصلاحات سلامت، چگونگی نظارت و ارزیابی این اصلاحات است که در صورت اهتمام جدی برای انجام آن، می‌توان از نتایج به دست آمده برای دوره بعدی اصلاحات نیز استفاده کرد و به این ترتیب در مسیر پایان‌ناپذیر تعالی نظام سلامت حرکت نمود.

براساس آنچه گفته شد، اکنون نظام سلامت ایران با سابقه بیش از سه دهه اصلاحات، در وضعیتی قرار دارد که می‌توان اذعان داشت در مسیر صحیح قرار گرفته است و با توجه به اهمیت مصرف درست منابع برای دستیابی به بیشترین سطح دسترسی، لازم است اقداماتی برای تقویت همکاری بین‌بخشی و هماهنگی درون‌بخشی، اصلاح نظام ارائه خدمات و بهبود نظام تأمین مالی سلامت در اولویت قرار گیرد. همچنین توجه ویژه‌ای نیز باید به تحلیل خطر در این زمینه داشت و راه‌های کاهش آسیب به ساختار سلامت کشور و نظام‌های اجتماعی کشور را مدنظر قرار داد.

منابع

۱. کامل شادپور. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مجله پژوهشی حکیم، پاییز ۱۳۸۵؛ ۹ (۳)
۲. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزارش تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، ۱۳۹۵.
۳. مروری بر دستاوردهای انقلاب اسلامی در عرصه نظام سلامت، ۱۳۹۲. قابل دسترسی در:
http://www.behdasht.gov.ir/uploads/salamat_175257.pdf
4. Vosoogh Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzadeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian journal of public health. 2013; 42(Supple1):42.
۵. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزارش طرح تحول سلامت (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵) با الگوی سازمان جهانی بهداشت. تابستان و پاییز ۱۳۹۵.

فصل هشتم

ارزیابی نظام سلامت

بهداف دستیابی به پوشش بگانی سلامت

نویسندگان: دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر الهام احمدنژاد، دکتر سید رضا مجدزاده، دکتر حانیه سادات سجادی، دکتر ژاله عبدی، دکتر عباس وثوق مقدم

برای استناد به مطالب این فصل از آدرس پیشنهادی زیر استفاده شود:

استناد به زبان فارسی

اولیایی منش علیرضا، احمدنژاد الهام، مجدزاده سید رضا، سجادی حانیه سادات، عبدی ژاله و وثوق مقدم عباس. اصلاحات نظام سلامت در ایران. دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. پدید آورندگان: حریری ایرج، مجدزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶، صفحه: ۱۳۵ تا ۱۴۸.

استناد به زبان انگلیسی

Olyae Manesh Alireza, Ahmadnezhad Elham, Majdzadeh Seyed Reza, Sajadi Haniye S, Abdi Zhaleh and Vosough Moghadam Abbas. Health Reform in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 135-148.

از مهم‌ترین مسایل مطرح در حوزهٔ سلامت طی سال‌های اخیر، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت باکیفیت توأم با حفاظت مالی مناسب است. پوشش همگانی سلامت^۱ به این معنی است که افرادی که به خدمات سلامتی از هر نوعی (پیشگیری، ارتقای سلامت، درمان، توان‌بخشی و درمان تسکینی) نیاز دارند، باید بتوانند آن را دریافت کنند؛ بدون این‌که از نظر مالی دچار مشکل شوند. این تعریف در واقع دو جزء مرتبط به هم را شامل می‌شود: ۱. دریافت خدمات با کیفیت؛ ۲. حفاظت مالی از افراد در برابر هزینه‌های سلامت.

نظام سلامت باید به‌نحوی فعالیت کند که تمام افرادی که به خدمات سلامتی نیاز دارند، بدون اینکه از نظر هزینه برایشان مشکلی ایجاد شود، به‌راحتی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. اخیراً کشورها براساس تعهدی که در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند، این دو بعد را ملاک ارزیابی مداخلات حوزه سلامتی قرار داده‌اند و ذکر کرده‌اند که نظام‌های سلامت لازم است برنامه‌ها و مداخلات خود را طوری تنظیم نمایند که به‌توانند تا سال ۱۴۰۹ (برابر ۲۰۳۰ میلادی) به این هدف مهم دست پیدا کنند. برای دستیابی به این مهم اغلب کشورها مبادرت به انجام اصلاحات گسترده در نظام سلامت می‌کنند. در ایران نیز طرح تحول سلامت همسو با اهداف پوشش همگانی سلامت، از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز به‌کار نمود. لذا ارزیابی نظام سلامت در این فصل با تمرکز بر تحقق اهداف طرح تحول سلامت که همسو با پوشش همگانی سلامت هستند، انجام شده است. ابتدا وضعیت حفاظت مالی در برابر خدمات سلامت بررسی می‌شود که بروز هزینه‌های کمرشکن^۲ و فقرزا^۳ و نیز مقدار پرداخت مستقیم از جیب را دربرمی‌گیرد. سپس پوشش بیمهٔ سلامت، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در سطوح پیشگیری و سطح دو تحلیل می‌شوند. در نهایت برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمات، از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمت استفاده شده است.

حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت

یکی از مهم‌ترین مداخلات و اقدامات، توسعه بسته بیمه پایه برای خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است؛ و این امر منجر به کاهش سهم پرداخت از جیب شده است. بروز هزینه‌های کمرشکن در سال ۱۳۹۲ برابر ۲/۸ درصد بود که بعد از اجرای طرح تحول سلامت این مقدار کاهش یافت و در سال ۱۳۹۳ به ۲/۷۱ درصد رسید. بروز هزینه‌های فقرزا در سال‌های قبل و بعد از طرح تحول سلامت در ۰/۸ درصد خانوارها اتفاق افتاده است و بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳) تغییر چندانی نکرده است.

نکتهٔ قابل توجه این که بروز هزینه‌های کمرشکن در پنجک بالای جامعه بیشتر (افراد با درآمد بالاتر) است، به‌طوری‌که در طی سال قبل و بعد از طرح تحول سلامت، عامل اصلی رخداد هزینه‌های کمرشکن،

هزینه‌کرد گروه‌های درآمدی بالا برای دریافت خدمات سرپایی بوده است. بالاترین بروز هزینه‌های کمرشکن در جمعیت روستایی اتفاق افتاده است، به‌طوری که در سال ۱۳۹۲ در حدود ۱۱ درصد و در سال ۱۳۹۳ برابر ۷/۹ درصد در بین جمعیت روستایی پنجک بالای درآمدی که از خدمات سرپایی استفاده کرده‌اند هزینه‌های کمرشکن بروز کرده است. براساس نوع خدمت، رخداد هزینه‌های کمرشکن به‌ترتیب برای هزینه‌های سرپایی، هزینه‌های دندان‌پزشکی، خدمات بستری، دارو و سپس هزینه‌های مربوط به خدمات پاراکلینیک است. بالاترین رخداد هزینه‌های فقرزا در جمعیت روستایی و جمعیت با سطح درآمدی پایین مشاهده می‌شود در نمودار ۱-۸ و ۲-۸ روند هزینه‌های کمرشکن و فقرزا مشاهده می‌شود.

هنگامی که خانواده‌ها بخش زیادی از منابع خود را برای پرداخت هزینهٔ مراقبت‌های سلامتی استفاده می‌کنند، دچار مشکلات مالی می‌شوند که ممکن است استانداردهای زندگی آن‌ها را تهدید کند؛ به نحوی که در کوتاه‌مدت موجب کاهش مصرف سایر کالاها و خدمات شده و در بلندمدت، منجر به فروش دارایی‌ها و صرف پس‌انداز یا انباشت بدهی شود. برخی خانواده‌ها ممکن است به‌دلیل نداشتن توان مالی به‌طور کل از دریافت این خدمات چشم‌پوشی کرده و در نتیجهٔ این موضوع، در محاسبهٔ هزینه‌های فقرزا اصلاً لحاظ نشوند.

سهم پرداخت مستقیم از جیب به‌عنوان درصدی از سرانه‌های هزینه‌های سلامت، قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در مطالعهٔ حساب‌های ملی سلامت ارزیابی شده است. این روند نشان می‌دهد که سهم پرداخت مستقیم از جیب در حدود ۱۵ درصد کاهش یافته است، اما تا رسیدن به ۲۰ درصد (سطح مطلوب تعیین‌شده) همچنان فاصله دارد و لازم است اقدامات دیگری هم انجام شود. این بدین معنی است که ایران تا رسیدن به وضعیت مناسب پرداخت مستقیم از جیب برای حذف بروز هزینه‌های کمرشکن و فقرزا جهت حفاظت مالی ایده‌آل فاصله دارد.

دسترسی و پوشش مؤثر^۱ خدمات سلامتی

پوشش بیمه همگانی

برای افزایش دسترسی به خدمات سلامتی یکی از مهم‌ترین اقداماتی که در کشورها انجام می‌شود افزایش پوشش بیمه همگانی است که منجر به‌دسترسی عادلانه خدمات برای تمام اقشار درآمدی می‌شود. طرح تحول سلامت به‌همین منظور پوشش بیمه همگانی سلامت را در دستور کار قرار داد؛ بررسی‌ها قبل از این طرح بیانگر

1 . Effective Coverage

این بود که پوشش بیمهٔ جمعیت بین سطوح پایین درآمدی و ساکنین حاشیهٔ شهرها و افراد فقیر در مقایسه با سطوح بالای درآمدی مناسب نبود. بعد از اجرای طرح تحول سلامت، تقریباً بیشتر از ۱۱ میلیون تحت پوشش بیمه قرار گرفتند و در نمودار ۸-۱، پوشش بیمه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت نمایش داده شده، این یکی از دستاوردهای بزرگ اخیر است که جمعیت زیادی تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته‌اند و این موضوع در فقیرترین قشر جامعه بیشتر محقق شده است.



نمودار ۱-۸. درصد پوشش بیمه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت

1 . Universal Health Coverage
2 . Catastrophic Health Expenditure
3 . Impoverishing Health Expenditure

دسترسی به خدمات سلامتی

جمهوری اسلامی ایران در سطح بین‌المللی به داشتن رویکردی متعهدانه و نوآورانه در ارائه مراقبت اولیه سلامت شناخته شده است. روند ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در بیش از سه دهه گذشته به‌صورت مداوم افزایش داشته است. با رشد درآمد و شهرنشینی، بخش خصوصی نظام سلامت نیز گسترش پیدا کرده و به‌عنوان یکی از سازمان‌های ارائه خدمات سلامتی در کشور مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که با گذشت زمان، چالش‌های متفاوتی پیش‌روی نظام ارائه خدمات سلامت قرار گرفته است.

وضعیت سلامت کلی که در فصل یک گزارش شده است، بیان‌گر این مطلب است که امید زندگی بدو تولد در مردان و زنان به‌طور معناداری بالاتر از میانگین‌های جهانی است (میانگین جهانی امید زندگی ۶۳/۱). نرخ مرگ‌ومیر مادر و کودک در مقایسه با کشورهای با درآمد و هزینه‌های سلامت مشابه، به سطوح مشابه یا پایین‌تری کاهش یافته است. با این وجود، در طول سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۲، سرعت بهبود و پیشرفت نظام سلامت نسبت به دو دهه اولیه عمر جمهوری اسلامی ایران در

مقایسه با چالش‌های پیش‌رو کاهش داشته است. بخشی از این کاهش می‌تواند در نتیجه ناتوانی نظام سلامت برای انطباق با تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی باشد که شامل افزایش درصد جمعیت بالای ۶۰ سال، مهاجرت ساکنان روستایی به مناطق شهری و حاشیه شهرها و نیز تغییر الگوی بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر می‌باشد. علاوه بر این، در برهه زمانی یادشده، چالش‌های اجتماعی و اقتصادی متعددی نیز وجود داشته که شامل تحریم‌های گسترده و شرایط ناپایدار اقتصادی در کنار انتظارات افزایش‌یافته جمعیت آگاه و تحصیل‌کرده ایرانی است.

پوشش مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی

مطابق اطلاعات جدول ۸-۱ وضعیت شاخص‌های زایمان توسط فرد دوره‌دیده، درصد دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به پنومونی، پوشش واکسیناسیون، درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سیستم فاضلاب بهسازی شده، کاملاً مطلوب است. مصرف مواد دخانی در افراد بالای ۱۸ سال، کمتر از ۱۵ درصد است. مراقبت‌های حول و حوش تولد (+۴) نیز کاملاً مطلوب است. این شاخص‌ها در پایش بین‌المللی پوشش همگانی سلامت سالانه گزارش می‌شود.

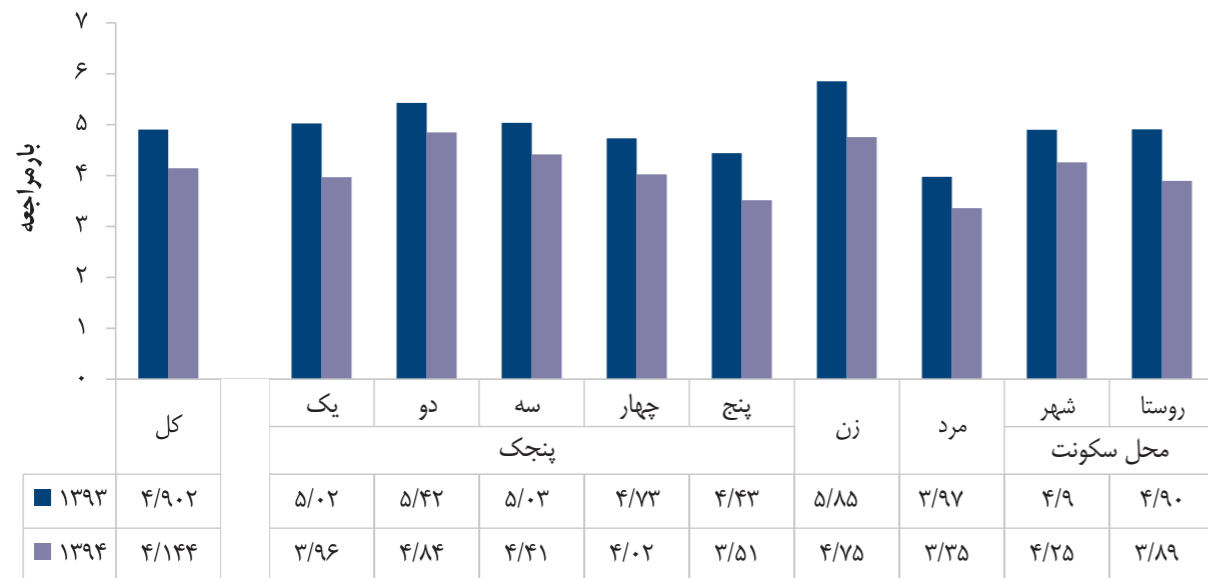
دسترسی به مراقبت‌های تشخیصی و درمانی

از مهم‌ترین اقدامات برای گسترش ارائه خدمات، افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی بود که در طرح تحول سلامت در برنامه قرار گرفت؛ به‌طوری‌که تعداد ۲۵۰۰۰ تخت به بیمارستان‌های کشور اضافه شد. وضعیت هتلینگ بیمارستان‌ها بهبود پیدا کرد و پرداخت برای خدمات بستری کاهش یافت. برای بررسی وضعیت خدمات سرپایی و بیمارستانی، بهره‌مندی از خدمات سلامتی، متوسط اقامت در بیمارستان و مدت زمان انتظار برای بستری بررسی شده است.

بعد از اجرای اقدامات گسترش خدمات، بارمراجعه سرپایی به‌طور متوسط ۴/۱ بار در سال برای هر فرد است که نسبت به سال‌های قبل از اجرای این طرح تقریباً افزایش چندانی ندارد. به‌رغم افزایش دسترسی به خدمات و انتظار برای تقاضای القایی، این نرخ تقریباً مشابه سال‌های قبل است. تفاوت چندانی بین پنجک‌های درآمدی و ساکنین شهر و روستا در

بهره‌مندی از خدمات سطح دو وجود ندارد. آنچه که مشهود است، هر چند تفاوت بارمراجعه در گروه‌های درآمدی زیاد نیست، اما در فقیرترین اقشار نسبت به قشر بالای درآمدی بار مراجعه بالاتر است. برای خدمات بستری، بار مراجعه به‌ازای هر نفر در سال ۱۳۹۳ برابر ۰/۱ است که در سال ۱۳۹۵ به ۰/۱۱ رسیده است. مطابق آنچه در نمودار ۸-۲ مشهود است، فقیرترین قشر بارمراجعه بیشتری نسبت به غنی‌ترین قشر دارند؛ در نتیجه، اجرای اقدامات گسترش خدمات توانسته است عدالت را در بهره‌مندی از خدمات بستری اجرا کند. موضوع مهم در این مراجعات، مراجعه اول به پزشکان متخصص است که بررسی نشان می‌دهد از بین کل مراجعات، تقریباً ۴۸ درصد اولین مراجعه سرپایی به پزشک متخصص است و بیشترین محل دریافت خدمت، مطب‌های خصوصی می‌باشد.

بیشترین ناعدالتی در دریافت خدمت، برای خدمات دندان‌پزشکی و دریافت خدمت از روان‌شناس بالینی است که بار مراجعه در بین غنی‌ترین قشر بالاتر است.



نمودار ۸-۲. بارمراجعه سرپایی به‌ازای هر نفر جمعیت در یک سال، در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴

جدول ۸-۱. پوشش حاصل از مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت عمومی در سال ۱۳۹۵	
درصد	
باروری، سلامت مادر، نوزاد و کودک	
مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار یا بیشتر)	۹۶/۳
دریافت واکسن ثلاث نوبت سوم	۹۸/۴
مراجعه برای درمان در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به پنومونی	۶۱/۰
بیماری‌های عفونی	
موارد کشف و درمان موفق سل	۶۹/۹
درمان ضد ویروسی برای اچ آی وی	۹
دسترسی به سیستم فاضلاب بهینه شده	۹۸/۵
بیماری‌های غیرواگیر	
جمعیت با فشارخون نرمال	۷۳
جمعیت غیرسیگاری	۸۵/۹

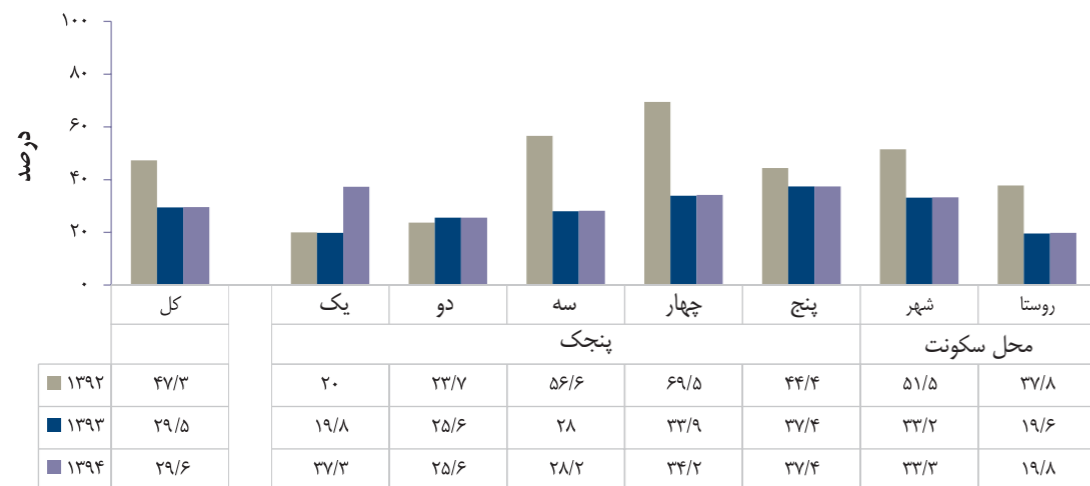
میانگین مدت بستری در بیمارستان از ۲/۹۲ به ۲/۸۵ در بیمارستان‌های دولتی (وابسته به وزارت بهداشت) رسیده است. مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات بستری در بیمارستان‌ها از جمله شاخص‌هایی است که دسترسی مناسب به خدمات را نشان می‌دهد. در نمودار شماره ۸-۳ این شاخص ارزیابی شده است. مدت زمان انتظار برای بستری روند کاهشی دارد و بالاترین آن مربوط به بیمارستان تأمین اجتماعی می‌باشد.



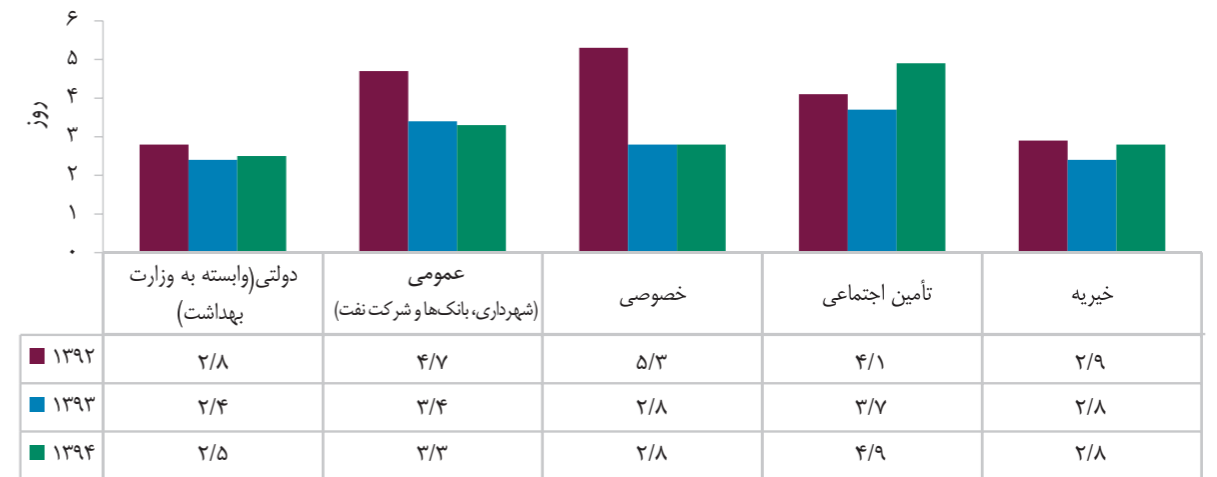
نمودار ۸-۴. درصد پوشش مؤثر درمان‌های دیابت و فشارخون در سال ۱۳۹۵

پرداخت از جیب، رایگان کردن ارایه خدمات برای انجام زایمان طبیعی است، انتظار می‌رود درصد انجام سزارین‌ها، به‌ویژه سزارین اول کاهش داشته باشد. مطابق آنچه در این نمودار مشهود است، سزارین بار اول بعد از اجرای طرح تحول کاهش یافته است. این کاهش در ساکنین شهرها نسبت به روستاها کمتر اتفاق افتاده است. نمودار نشان می‌دهد تا رسیدن به هدف کاهش سزارین (کمتر از ۱۵ درصد برای تمام زایمان‌ها) باید اقدامات و مداخلات ادامه یابد.

یکی از مداخلات مهم، گسترش ارایه خدمات حول‌وحوش تولد و رایگان کردن زایمان طبیعی است. اگر این خدمات به‌نحوی مناسب، به‌موقع و باکیفیت لازم ارایه شوند، انتظار می‌رود درصد سزارین‌های زایمان اول کاهش یابد. هم‌اکنون در کشور درصد سزارین‌های زایمان اول ۲۹/۶ درصد می‌باشد که در بالاترین قشر درآمدی بالاتر از پایین‌ترین قشر است. این اطلاعات در نمودار ۸-۵ نمایش داده شده است. باتوجه‌به این که یکی از مهم‌ترین اقدامات مداخله کاهش



نمودار ۸-۵. سزارین شکم اول قبل و بعد از طرح تحول سلامت



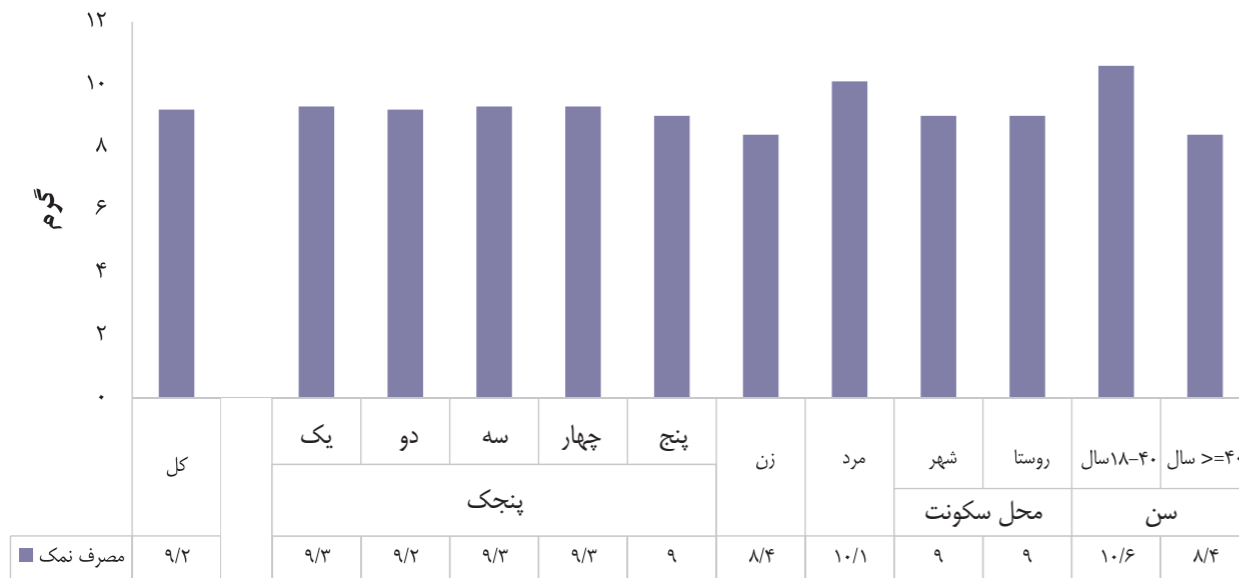
نمودار ۸-۳. مدت زمان انتظار برای بستری (روز) در بیمارستان در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴

پوشش مؤثر خدمات سلامتی

موضوع مهمی که به‌دنبال افزایش و گسترش خدمات مطرح می‌شود، این است که آیا این خدمات با کیفیت مناسبی ارایه می‌شوند یا نه؟ برای بررسی این موضوع در کشورها، شاخص‌های پوشش مؤثر را می‌سنجند؛ شاخص پوشش مؤثر نشان می‌دهد از خدمات ارایه‌شده، چه درصدی با کیفیت مناسب و در زمان مورد نیاز ارایه شده است. این شاخص‌ها در واقع نتیجه اقدامات صورت گرفته برای گسترش دسترسی به خدمات سلامتی را ارایه می‌کنند و عملکرد نظام سلامت را توضیح می‌دهد. در ادامه چند مورد از مهم‌ترین شاخص‌های پوشش مؤثر آورده شده است. پوشش مؤثر

درمان‌های دریافت‌شده شامل ۴۰/۱ درصد برای فشارخون و ۶۱/۸ درصد برای دیابت می‌باشد (نمودار ۸-۴). پوشش مؤثر در گروه‌های زیر ۴۰ سال برای درمان فشارخون نامناسب است؛ اما براساس سطح درآمدی، پوشش درمان تفاوت چندانی ندارد. پوشش مؤثر درمان دیابت نسبت به فشارخون بهتر است، اما همچنان پایین‌ترین پوشش مؤثر در گروه زیر ۴۰ سال است. این نمودارها نشان می‌دهد که با وجود گسترش خدمات برای مراقبت‌های دیابت و فشارخون در سطوح مختلف مراقبتی، همچنان پوشش درمان مؤثر این بیماری‌ها تا رسیدن به پوشش کامل (۱۰۰ درصد ایده‌آل) فاصله دارد.

میانگین روزانه دریافت نمک در جمعیت بالای ۱۸ سال در ایران در سال ۱۳۹۵ برابر ۹/۲ گرم در روز بوده است. نسبت جمعیت دریافت کننده میوه (۴۰۰ گرم یا بیشتر) در روز، در جمعیت بالای ۱۸ سال ۱۷/۲ درصد جمعیت می‌باشد. در نمودار ۸-۸ و ۸-۹ این موارد ارایه شده است. انجمن قلب آمریکا مصرف نمک را برای افراد عادی، روزانه ۶ گرم و افراد مبتلا به ناراحتی‌های قلبی و عروقی (مبتلایان به فشارخون)، ۴ گرم مجاز می‌داند.

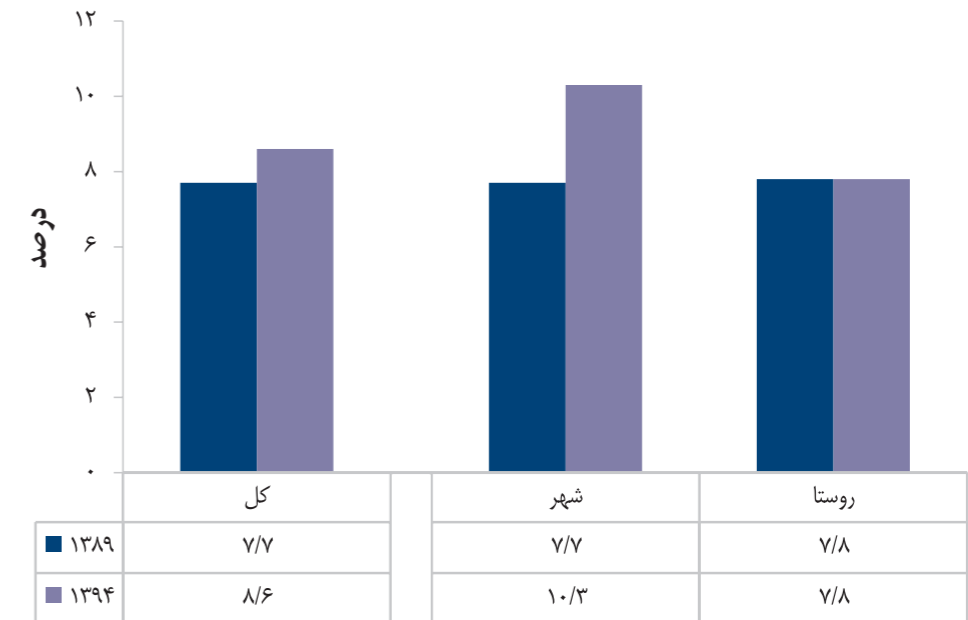


نمودار ۸-۸. میانگین روزانه دریافت نمک (گرم) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵



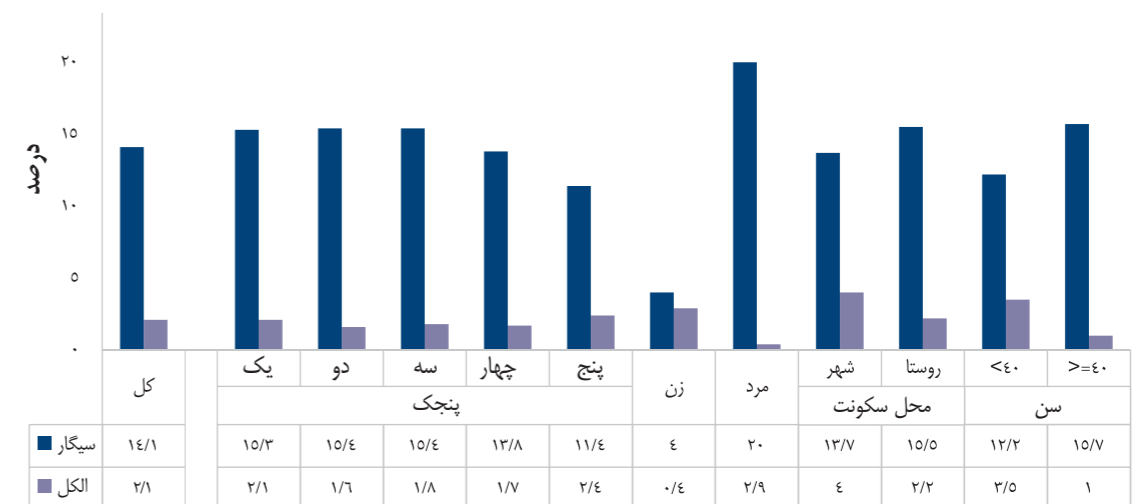
نمودار ۸-۹. نسبت دریافت میوه و سبزی (۴۰۰ گرم یا بیشتر در روز) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵

در سال ۱۳۹۴ درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲/۵ کیلوگرم برابر ۸/۶ درصد می‌باشد که مطابق نمودار ۸-۶ این مقدار در بین ساکنین روستاها بالاتر است. در سال ۱۳۹۴، در روستاها نوزادان بیشتری با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم متولد شده‌اند. این شاخص نیز به‌عنوان یکی از شاخص‌های پوشش مؤثر مطرح است و نشان می‌دهد گسترش ارائه خدمات در سطح شهرها و روستاها، برای خدمات بارداری و حول‌وحوش تولد، نیاز به بررسی دارد. این شاخص براساس مشاهده کارت رشد کودک بوده است.



نمودار ۸-۶. درصد تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴

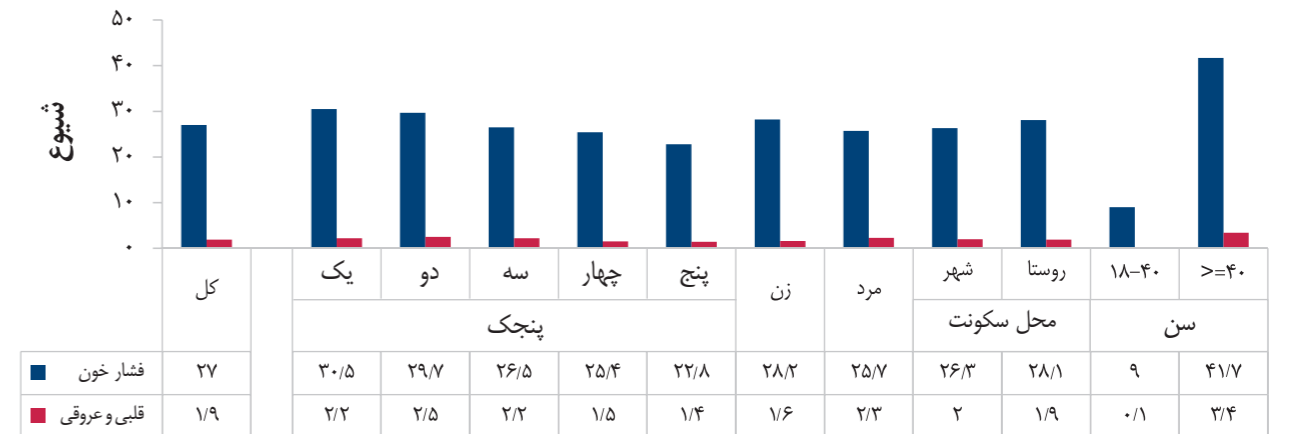
نتیجه برخی اقداماتی که در حوزه بهداشت عمومی انجام شده است را می‌توان با بررسی شیوع مصرف مواد دخانی، الکل، شیوع مصرف نمک و مقدار میوه و سبزی بررسی کرد. در سال ۱۳۹۵، حدود ۱۴ درصد بزرگسالان بالای ۱۸ سال مصرف سیگار را ذکر کرده‌اند و مصرف الکل ۲/۱ درصد در بزرگسالان ذکر شده است. در نمودار شماره ۸-۷ مصرف سیگار و الکل ارایه شده است. مطابق این نمودار، مصرف سیگار در سطوح درآمدی پایین و مصرف الکل در سطوح درآمدی بالا، فراوان‌تر است. از سویی مصرف الکل در سنین کمتر از ۴۰ سال نسبتاً شیوع بالاتری دارد.



نمودار ۸-۷. شیوع مصرف سیگار و الکل در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵

در ادامه، مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با اثر برنامه‌ها سنجیده می‌شود.

براساس درصد هموگلوبین A1C، در حدود ۹/۶ درصد جمعیت ایرانی بالای ۱۸ سال مبتلا به یکی از انواع دیابت هستند، ۲۷ درصد جمعیت نیز فشارخون بالا دارند. در حدود ۹/۱ درصد جمعیت ایرانی در سال ۱۳۹۵، مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بوده‌اند که در جمعیت بالای ۴۰ سال این نسبت دو برابر است. در نمودار شماره ۸-۱۰، شیوع فشارخون و بیماری‌های قلبی و عروقی نمایش داده شده است.



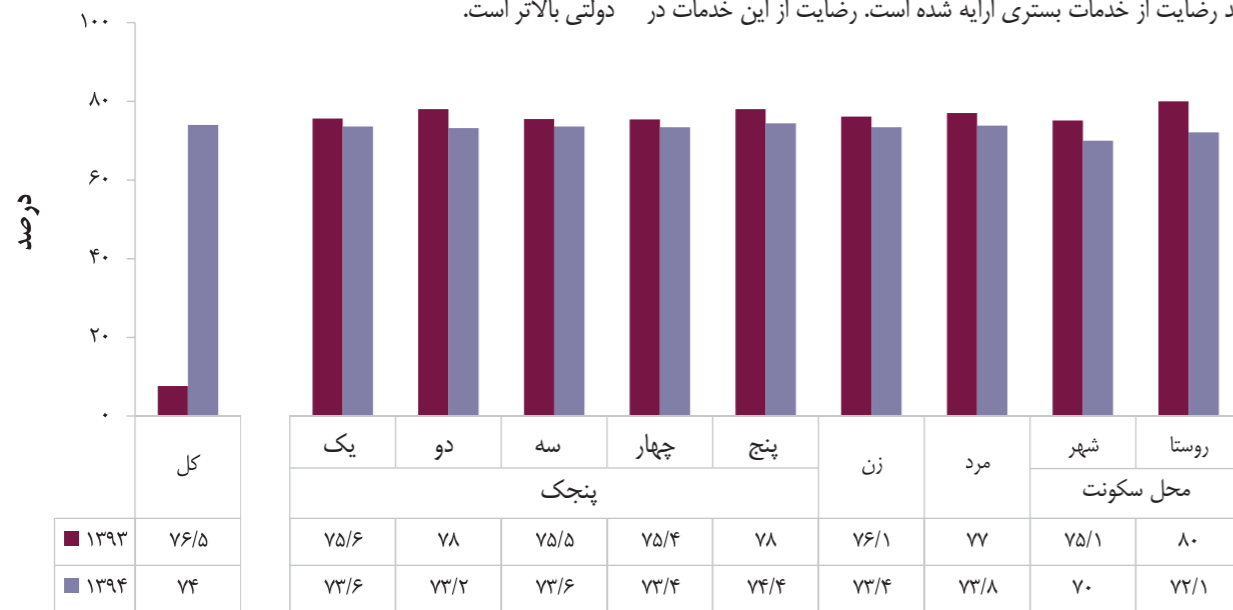
نمودار ۸-۱۰. شیوع فشارخون و بیماری‌های قلبی-عروقی در جمعیت ایرانی بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۹۵

بروز مرگ در نوزادان (سن زیر ۱ ماه) ۸/۴ و در کودکان زیر ۵ سال ۱۸/۶ در ۱۰۰۰ تولد زنده می‌باشد. در نمودار شماره ۸-۱۱ مرگ کودکان زیر ۵ سال نمایش داده شده است. مرگ کودکان زیر ۵ سال و نوزادان زیر ۱ ماه، در طول اجرای طرح تحول سلامت کاهش یافته است.

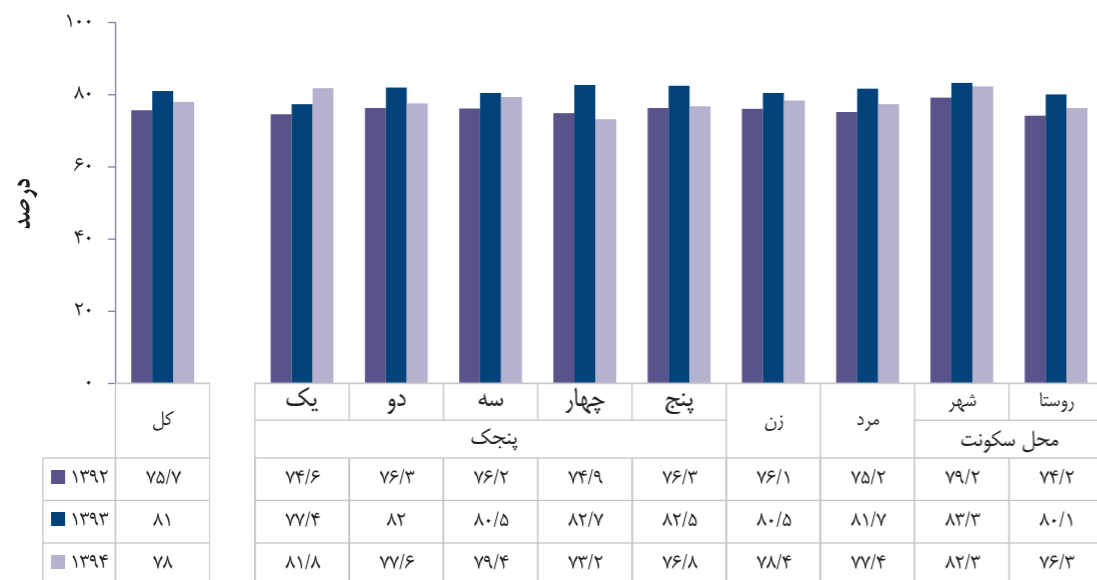


نمودار ۸-۱۱. مرگ نوزادان زیر یکماه به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴

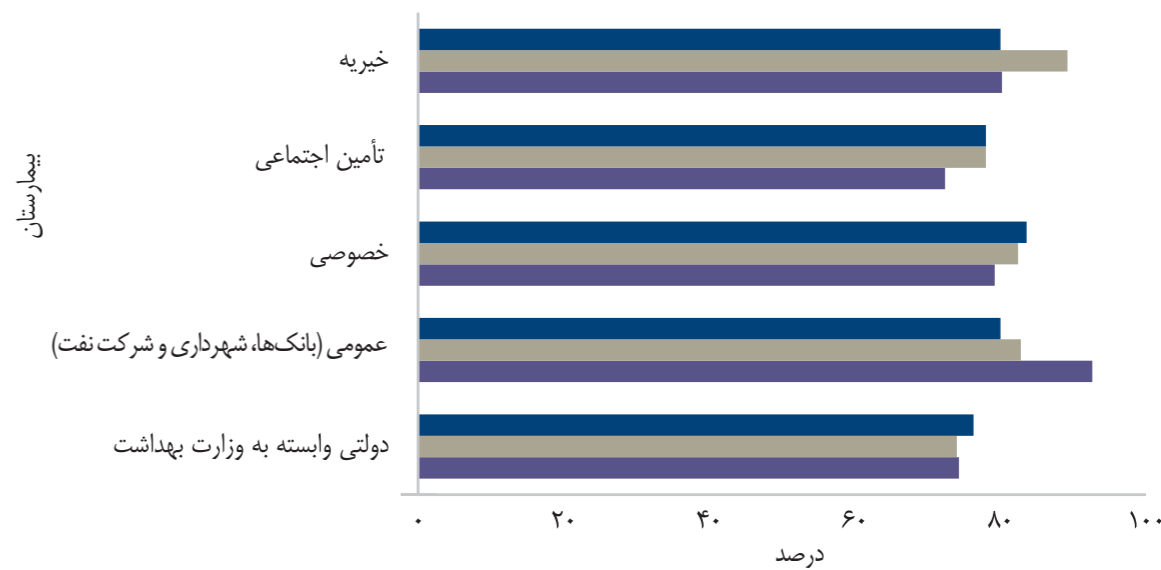
درصد رضایت از دریافت خدمات سرپایی و بستری تقریباً ۷۵ درصد است. در نمودار ۸-۱۲ درصد رضایت از خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ارائه شده است. توضیح این‌که، مداخلات طرح تحول عمدتاً به سوی خدمات بستری و در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت صورت گرفته است. عمده خدمات سرپایی در بخش خصوصی صورت می‌گیرد، از آن‌جا که ۱۳۹۳ مداخله‌های مربوط به طرح تحول بر تعرفه خدمات شروع شد و نمی‌توان داده‌های این نمودار را به قبل و بعد طرح تحول نسبت داد، چرا که بازه مورد سوال در پرسشنامه این مطالعه دو هفته بوده است. در نمودار ۸-۱۳، درصد رضایت از خدمات بستری ارائه شده است. رضایت از این خدمات در دولتی بالاتر است.



نمودار ۸-۱۲. درصد رضایت از خدمات سرپایی در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴



نمودار ۸-۱۳. درصد رضایت از خدمات بستری قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت



	بیمارستان				
	دولتی	عمومی	خصوصی	تأمین اجتماعی	خبریه
۱۳۹۴	۷۶/۳	۸۰	۸۳/۶	۷۸	۸۰
۱۳۹۳	۷۴	۸۲/۸	۸۲/۴	۷۸	۸۹/۲
۱۳۹۲	۷۴/۳	۹۲/۶	۷۹/۲	۷۲/۴	۸۰/۲

نمودار ۸-۱۴. درصد رضایت از خدمات بستری براساس بیمارستان‌ها در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۲، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴

منابع

۱. مرکز آمار ایران، مطالعهٔ هزینه‌درآمد خانوار، ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva. 2017; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
۳. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.
۴. مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ شاخص‌های چندگانهٔ سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹.
۵. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.
۶. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳.
۷. پژوهشکدهٔ آمار ایران و مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مطالعهٔ بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۷.
۸. دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سامانه آواب، دسترسی در مرداد ۱۳۹۶.
۹. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران، ۱۳۹۵.
10. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011 Jul 5; 11:159. doi: 10.1186/1472-6963-11-159.
11. Luft FC, Fineberg NS, Sloan RS, Hunt JN. The effect of dietary sodium and protein on urine volume and water intake. J Lab Clin Med. 1983 Apr; 101: 605-10.

نویسندگان: دکتر الهام احمدنژاد، دکتر ژاله عبدی، دکتر سید رضا مجدزاده

با تشکر از همکاران گرامی مشارکت‌کننده در تدوین فصل: رضوانه الوندی، کیمیا گوهری، علی شیدائی

برای استناد به مطالب این فصل از آدرس پیشنهادی زیر استفاده شود:

استناد به زبان فارسی

احمدنژاد الهام، عبدی ژاله، مجدزاده سید رضا. ارزیابی نظام سلامت در ایران با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت. دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. پدید آورندگان: حریرچی ایرج، مجدزاده سید رضا، احمدنژاد الهام، عبدی ژاله. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۶، صفحه: ۱۴۹ تا ۱۶۱.

استناد به زبان انگلیسی

Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh, Majdzadeh Seyed Reza. Assessment of Health System toward Universal Health Coverage. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 149-161.

رضایت از دریافت خدمات سلامت در ایران نزدیک به ۸۰ درصد می‌باشد و این بیانگر این موضوع است که اکثر جمعیت از دریافت خدمات سلامت اعلام رضایت کرده‌اند.

در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری کرد اقدامات اخیر در نظام سلامت ایران در راستای حفاظت مالی مناسب است، اما ضرورت دارد این اقدامات براساس گروه جمعیتی خاص دوباره تعریف و تا رسیدن سهم مستقیم پرداخت از جیب به زیر ۲۰ درصد ادامه یابد. پوشش خدمات سلامت مناسب، اما پوشش مؤثر خدمات که دربرگیرنده بعد کیفیت خدمات می‌باشد، نیاز به بازبینی برای داده‌های بیشتر و احتمالاً متعاقب آن مداخلات مناسب دارد. به‌عنوان قدم بعدی در تسریع حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، ضرورت دارد فهرست مهم‌ترین مشکلات سلامت که پوشش مؤثر آن‌ها می‌تواند کیفیت مناسب ارایه خدمات سلامتی را در نظام سلامت نشان دهد، تعیین و سپس

وضعیت ارایه خدمات برای این بیماری‌ها مشخص گردد. در این مرحله می‌توان گفت اطلاعی از کیفیت و پوشش مناسب خدمات سلامتی برای بیماری‌ها در دسترس نیست. از جمله این موارد می‌تواند به پوشش مؤثر درمان‌های تسکینی، توانبخشی، وضعیت‌های حاد از جمله سکنه‌های حاد قلبی و مغزی، و بیماری‌های غیرواگیر همانند بیماری‌های تنفسی، قلبی و عروقی، مشکلات چشم و مشکلات کلیوی اشاره نمود.

لذا به‌دلیل نبود اطلاعات در این زمینه، نمی‌توان برآورد کرد که آیا کشور جمهوری اسلامی ایران در مدت زمان متعهد شده به پوشش همگانی سلامت برای تمام جمعیت دست پیدا خواهد کرد یا نه؟

از سوی دیگر ضرورت دارد، بعد پوشش خدمت و حفاظت مالی خدمات با هم تحلیل و تفسیر شوند و مشخص گردد برای خدمات اساسی آیا حفاظت مالی مناسب ایجاد شده است یا نه.

فصل نهم

نتیجه‌گیری

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران طی چند دهه اخیر سعی کرده است دسترسی به خدمات سلامت را برای مردم، به‌ویژه اقشار ضعیف و آسیب پذیر جامعه افزایش دهد و در این راه به موفقیت‌هایی نیز دست یافته است. تجربه اجرای برنامه‌های مختلف اصلاحات سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی نشان می‌دهد اگرچه این برنامه‌ها در مجموع توانسته‌اند دستاوردهای مطلوبی برای نظام سلامت به‌همراه داشته باشند، اما تا دستیابی به اهداف، همچنان نیازمند اجرای برنامه‌های اصلاحی می‌ماند. ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که در تمام کشورها، حتی آن‌هایی که تحولات اساسی نظام سلامت را بیش از نیم قرن پیش شروع کرده‌اند و از نظر عملکرد رتبه‌های بالای جهانی را دارند، اصلاحات نظام سلامت همچنان یک اولویت اجتماعی تلقی می‌شود و این اصلاحات ادامه دارد.

آخرین برنامه برای اصلاح نظام سلامت ایران که «طرح تحول سلامت» خوانده می‌شود، هم‌زمان با شروع به کار دولت یازدهم در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت. نکته شایان ذکر، هم‌راستایی اهداف این طرح با جهت‌گیری‌هایی است که تحت عنوان سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری در اردیبهشت ۱۳۹۳ با اهداف پوشش همگانی سلامت به عنوان جامع‌ترین برنامه سلامت ابلاغ شد. اهداف عمده طرح تحول سلامت عبارت بودند از تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت، حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت باکیفیت، بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت.

به استناد شواهد، اجرای این طرح با همه فراز و نشیب‌هایی که داشته، موجب بهبود عملکرد نظام سلامت شده است؛ با این حال به‌رغم دستاوردهای حاصله، نظام سلامت ایران همچنان با چالش‌های متعددی دست‌به‌گریبان می‌باشد. ارزیابی حاضر نشان می‌دهد که نظام سلامت ایران به دستاوردها و موفقیت‌های دست یافته است.



در حال حاضر شاخص‌های کلی سلامت (مانند مرگ‌ومیر یا امید زندگی) در مقایسه با کشورهای منطقه چشم‌انداز و کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در جایگاه نسبتاً مناسبی قرار دارد. با این حال همین شاخص‌ها در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته از وضعیت چندان مناسبی برخوردار نیستند.

ارزیابی کارکردهای نظام سلامت که در حیطه‌های حاکمیت، ارایه خدمات، تأمین مالی، زیرساخت‌های فیزیکی و منابع انسانی و نظام اطلاعات ارایه شده است، نشان می‌دهد در حیطه «حاکمیت»، نظام سلامت طی سال‌های گذشته برای انجام وظایف خود در حوزهٔ بیمه، تأمین مالی و ساختار سازمانی ارایه‌دهندگان خدمات، از الگوی مشخصی پیروی نکرده و همین امر منجر به ایجاد یک نظام ترکیبی شده است؛ به‌نحوی که در حال حاضر انواع ارایه‌کنندگان خدمات از جمله بخش دولتی، عمومی، مطب‌ها، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی و مراکز خیریه با ماهیت و انگیزه‌های متفاوت در نظام سلامت در حال ارایه خدمت هستند. به‌علاوه، سازوکار پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات در کنار برخی از اصلاحات درون مجموعه وزارت بهداشت (مانند نظام خودگردانی بیمارستان‌ها) منجر به گسترش روابط مالی بین ارایه‌کنندگان و بیماران شده است. توسعهٔ بازار خدمات و محصولات سلامت نیز با سرعتی بسیار بالاتر از توانایی دولت برای کنترل و نظارت کافی بر این عرصه همراه بوده است. در نتیجه سازوکارهای نظارتی به‌خوبی و متناسب با نیازها توسعه نیافته، یا به‌دلیل تفویض برخی از اختیارات به نهادهای صنفی دچار چالش شده است. با وجود این پیچیدگی‌ها، امکان تنظیم روابط ارایه‌کنندگان خدمات سلامت با بیمه‌ها و نظارت فنی بر فعالیت‌های ارایه‌کنندگان، به چالشی عمده در حاکمیت و راهبری نظام سلامت تبدیل شده و نیاز به متولی واحد در بخش سلامت را بیش‌ازپیش محسوس کرده است. در پاسخ به نیاز مبرم برای تنظیم روابط بین ارایه‌دهندگان خدمات و بیمه‌ها، در متن سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، موضوع تولیت مورد توجه قرار گرفته است؛ اما به‌نظر می‌رسد در تفسیر این بند، اتفاق نظر وجود ندارد و در عمل، مشکل هنوز پابرجا است.

در یک نگاه کلی، چالش‌های زیر، مهم‌ترین موارد در حوزه حاکمیتی محسوب می‌شوند:

یکپارچه‌نبودن تولیت نظام سلامت، تعدد مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مؤثر بر سلامت جامعه، ارائهٔ خدمات سلامت توسط طیفی از سازمان‌های عمومی خارج از کنترل متولی بخش سلامت، نظارت ناکارآمد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر فعالیت بخش خصوصی به‌ویژه در خدمات سرپایی، پاسخگویی ناکافی سایر بخش‌ها (خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در خصوص اقداماتی که سلامت مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد و توجه محدود به نقش مردم و بخش غیردولتی در ارتقای سلامت مردم و ارایه خدمات.

با توجه به این‌که بخش عمده‌ای از عوامل مؤثر بر سلامت، خارج از کنترل وزارت بهداشت هستند، لزوم تقویت نقش حاکمیتی وزارت بهداشت برای ارتقای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از طریق همکاری بین‌بخشی، میانجی‌گری دانش و رهبری، در این برهه بیش از هر زمانی ضروری به‌نظر می‌رسد.

در حوزه ارایه خدمات سلامت، مراقبت‌های اولیه یا به‌طور مستقیم توسط مراکز دولتی ارایه می‌شود یا با نظارت بخش دولتی از مراکز خصوصی خریداری می‌گردد؛ اما در خدمات سطح دو و سه نقش بخش خصوصی پررنگ‌تر است. بخش خصوصی عمده خدمات مربوط به مراقبت‌های سرپایی را نیز برعهده دارد و این موضوع در کلان‌شهرها بیشتر به چشم می‌آید. موضوع مهم این‌که در شرایط موجود، بیمار، محدودیتی برای انتخاب ارایه‌کنندهٔ خدمت و محل دریافت خدمت ندارد و به‌رغم این که پزشکان عمومی به‌عنوان اولین مراقب سلامت برای خدمات سرپایی در سراسر کشور حضور دارند، همواره انتخاب اول مردم برای دریافت خدمات سلامتی نیستند. همچنین با وجودی که بار مراجعهٔ سرپایی نسبت به سایر کشورها زیاد نیست، دریافت خدمات تشخیصی و درمانی از مطب‌های خصوصی بیشتر از سایر بخش‌های ارایه خدمات است.

در بخش بستری، عمدهٔ بیمارستان‌ها با وجود اعلام خودگردانی، همچنان توسط دولت اداره می‌شوند. مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح اول ارایه خدمت هنوز ارتباط مشخصی با سطح دوم خدمات ندارد و نظام ارجاع محقق نشده است. با این حال وضعیت شاخص‌های خدمات، نسبت به کشورهای با درآمد مشابه به نسبت مطلوب است؛ اما در زمینهٔ خدمات بهداشت عمومی از جمله کاهش مخاطرات محیطی مانند آلاینده‌های هوا و در سطوح دو و سه در زمینه مراقبت بیماری‌های واگیر، سلامت مادر و کودک، بیماری‌های غیرواگیر و نظام مراقبت آن‌ها اقدامات بیشتری لازم است. در خدمات بستری هم بار مراجعه نسبت به کشورهای دیگر پایین‌تر و متوسط مدت اقامت کمتر است. شاخص تخت بیمارستانی نسبت به جمعیت نیز پایین‌تر از سطح استانداردهای بین‌المللی بوده و افزودن تخت امری ضروری است. به‌طور کلی عمده چالش‌های موجود در ارائهٔ خدمات نظام سلامت به‌شرح زیر است:

- برتری بخش خصوصی در حوزه سرپایی و دندانپزشکی به‌ویژه در کلان‌شهرها و سهم بالای آن از پرداخت مستقیم توسط مردم؛
- نداشتن محدودیت برای انتخاب ارایه‌کننده خدمات سلامتی (به‌طور مثال پزشک متخصص) و محل ارایه آن (به‌طور مثال بیمارستان فوق‌تخصصی) توسط بیمار؛
- استفاده بی‌رویه از خدمات سلامتی توسط مردم و توجه کم بیمه‌ها به اعمال کنترل منابع و مصارف در سطح ارایه خدمت اعم از بخش خصوصی و عمومی؛

- ناکافی بودن منابع مالی در بخش دولتی برای تأمین نیازهای خدمات بیمارستانی (تخت بستری)، فرسودگی بیمارستان‌های موجود و مساعد نبودن زمینه حضور بخش خصوصی برای تأمین تخت‌ها و تجهیزات مورد نیاز؛

- توجه ناکافی به نظام ارایه خدمات سلامتی در ایران در بخش غیررسمی (واحد‌های ارایه خدمات سلامتی بدون پروانه؛ به‌طور مثال طب سنتی توسط افراد بدون صلاحیت حرفه‌ای و ارایه مراقبت‌ها در منازل)؛

- عدم وجود مدل مطلوب برای نظام ارایه خدمات در منزل و مراکز بستری روزانه، متناسب با الگوی بیماری‌های مزمن و ضرورت بازتعریف نظام ارایه خدمات توانبخشی و تسکینی.

چالش عمده‌ای که نظام سلامت ایران در بخش تأمین منابع مالی سال‌ها با آن دست به گریبان بوده، بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم است. سهم هزینه‌های بخش عمومی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، منطقه مدیترانه شرقی، چشم‌انداز و متوسط جهانی، از هزینه‌های کلی سلامت پایین‌تر و سهم بخش خصوصی بالاتر از متوسط آن کشورها است. اگرچه در چند سال اخیر سعی شده با افزایش سهم بخش عمومی تا حدودی سهم پرداختی از جیب مردم کاهش یابد، هنوز سهم بخش عمومی که در برگیرنده صندوق‌های بیمه پایه نیز می‌باشد، پایین و سهم پرداخت از جیب مردم بالا بوده و به حد مورد انتظار در برنامه‌های توسعهٔ پنج ساله اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سایر اسناد بالادستی نرسیده است. در برخی از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا که سرانه هزینه سلامت دولت عمومی و نسبت سهم هزینه بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی، معادل ایران است، سهم پرداختی از جیب به کل هزینه سلامت در آن‌ها پایین‌تر از ایران است که به معنای بالاتر بودن کارایی هزینه‌کرد بخش سلامت در آن کشورها نسبت به ایران است. مشکل دیگر تأمین منابع مالی سلامت، نوسانات و به‌هنگام نبودن تخصیص منابع است؛ این موضوع ضرورت تعریف منابع پایدار و قابل پیش‌بینی برای بخش سلامت را دو چندان می‌کند. وجود صندوق‌های بیمهٔ سلامت با قوانین و مقررات متفاوت و بسته‌های خدمتی گسترده که با روش‌های علمی تعیین نشده‌اند، موجب بروز مشکلات و چالش‌های فراوانی در حوزه تأمین مالی شده است. نظام‌های چندگانهٔ بیمه‌ای (که زمینه‌ساز ناکارآمدی شده) و از سویی تجمع بدهی‌ها نیز به تحقق‌نیافتن عدالت در ارایه خدمات سلامتی منجر شده است. وجود چنین چالش‌هایی ضرورت ایجاد اصلاحات در این عرصه را ایجاب می‌کند. تعدد صندوق‌های انباشت خطر، یکی از نگرانی‌های اصلی سازمان جهانی بهداشت در حوزه تأمین مالی سلامت است که بر اصلاح آن تأکید فراوان شده است. در کشور ما نیز طی چند دههٔ گذشته، قوانینی برای کاهش مشکلات ناشی از پراکندگی صندوق‌های بیمه به تصویب رسیده، اما پیشرفت ناچیزی

در دست‌یابی به اهداف مورد نظر به دست آمده است. در نهایت برای کاهش پراکندگی در نظام بیمه سلامت و تشکیل یک بیمه واحد، تجمع صدوق‌های درمانی در سال ۱۳۸۹ در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. با این حال، ضعف در تدوین سیاست و نبود برنامهٔ مشخص در مورد چگونگی اجرای تجمع، همچنان از موانع اصلی اجرای این قانون است.

در حوزه منابع انسانی، اگر چه نیروی کار سلامت به لحاظ کمیت، تنوع و گسترش تحصیلات تکمیلی در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است، اما همچنان کمبودهایی در برخی از رشته‌ها به‌ویژه پرستاری و دکتری عمومی پزشکی، داروسازی و دندانپزشکی به چشم می‌خورد. این امر موجب شده شاخص «نیروی انسانی معادل تمام وقت» گروه‌های شغلی تا ۱/۴ نیز افزایش یابد. نکته حائز اهمیت آن که نیروی کار سلامت در ایران به‌صورت متوازن در مناطق مختلف جغرافیایی توزیع نشده است و مناطق توسعه یافته‌تر دسترسی بیشتری به این نیروها دارند.

در حوزه تجهیزات و دارو یکی از اساسی‌ترین مسایلی که می‌تواند زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی را با مشکل جدی روبه‌رو کند و کمبود دارو و تجهیزات و افزایش پرداخت از جیب بیماران را محتمل سازد، مشکل نقدینگی (نظام تولید، واردات و توزیع) از نظر مقدار و به‌هنگام بودن آن است. این معضل خود ناشی از بدهی‌های فزایندهٔ دولت و سازمان‌های بیمه‌گر به بخش سلامت است. علاوه‌بر این، اصلاح سیاست‌های قیمت‌گذاری می‌تواند به جبران برخی کاستی‌ها در حوزه تولید و همچنین ترغیب بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری منجر شود. نکته دیگر عدم استفادهٔ بهینه از ظرفیت‌های ارزیابی فنآوری سلامت در ارتقای کارآمدی اقتصادی فنآوری‌ها است. استفاده از این فنآوری‌ها وقتی همراه با التزام به استفاده از راهنماهای بالینی می‌گردد، منجر به کاهش هزینه‌های غیرضروری حوزه سلامت می‌شود.

در سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی در ایجاد زیرساخت‌ها برای حوزه اطلاعات نظام سلامت صورت گرفته که مهم‌ترین آن‌ها گسترش بستر الکترونیکی لازم برای کارکرد بهینه نظام اطلاعات سلامت است. باوجود این اقدامات، به‌نظر می‌رسد هنوز انسجام لازم از لحاظ سیاست‌گذاری در اطلاعات سلامت تحقق نیافته، با این‌حال در زمینه شاخص‌ها، به‌خصوص گردآوری داده‌های مرتبط به تعهدات بین‌المللی، جمهوری اسلامی ایران بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبی دارد؛ اما ارزیابی تعهدات ملی (سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه پنج ساله) به روش کمی نهادینه نشده است. در عین حال اقدامات قابل توجهی در به‌هنگام‌سازی پیمایش‌های ملی و ارایه گزارش‌های مرتبط صورت گرفته، اما اطلاعات بخش خصوصی قابل قبول نیست.

اجرای مداخله‌های مهم اصلاحات طی دو دههٔ اخیر، مانند بیمه همگانی، پزشک خانواده و در نهایت اجرای طرح تحول سلامت با تغییر در کارکردهای اصلی، نظام سلامت را به سمت بهبود عملکرد پیش برده

است. از آنجا که فرایند اصلاحات سلامت، فرایندی درازمدت است و نمی‌توان در کوتاه‌مدت انتظار تحقق همه اهداف متصور برای اصلاحات را داشت، در مقطع زمانی کنونی آنچه مورد نیاز است، برداشتن گام‌های بعدی و تکمیلی برای اصلاح، ارتقا و نهادینه کردن طرح تحول سلامت و اعمال تغییرات پایدار و هدفمند در جهت تقویت نظام سلامت می‌باشد. نکته مهم آن که اگر به هر دلیلی سلامت در اولویت برنامه‌های کشور قرار نگیرد، این طرح‌ها خود می‌توانند به کانون بحران تبدیل شوند.

به‌نظر می‌رسد با توجه به وضعیت فعلی نظام سلامت، این تغییرات باید با اصلاح ساختار و تقویت نقش حاکمیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جلب مشارکت حداکثری همه ذینفعان و ارتقای نظام‌های اطلاعات سلامت، تعهد سیاسی و مالی برای تداوم اجرای طرح تحول سلامت را تضمین کند. به این نکته نیز باید توجه داشت که به‌کارگیری تنها یک مدل یا الگوی حاکمیتی براساس آنچه تئوری‌های علمی پیشنهاد می‌دهند، نمی‌تواند پاسخگوی چالش‌های ناشی از نظام ترکیبی ارائه خدمات باشد. به‌جای به‌کارگیری این شیوه، لازم است با تقویت نهادها و فرایندهای حاکمیتی از طریق تقویت تولید شواهد مستند و معتبر، همچنین یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری و تنظیم قوانین و مقررات برای نظارت و تنظیم رفتار ارائه‌کنندگان و سایر فعالان حوزه سلامت، می‌توان اثربخشی اعمال حاکمیت و راهبری نظام سلامت را بهبود بخشید. انتظار می‌رود با اجرای این مداخلات بتوانیم شاهد تحقق حاکمیت مناسب بر نظام سلامت به‌منظور حفظ و ارتقای سلامت مردم با رویکردی منسجم، کارآمد و عدالت‌محور باشیم.

در حیطه تأمین مالی باید اصلاحاتی برنامه‌ریزی شوند که بتوانند ترکیب فراهم‌آوری منابع سلامت را تغییر دهند. این اصلاحات باید با پیاده‌سازی سازوکارهای خلاق، تأمین منابع پایدار بخش سلامت را از طرق زیر تضمین کنند: ۱. کاهش وابستگی بودجه سلامت به درآمد حاصل از فروش نفت و تعیین سهم مشخص از سایر منابع بودجه عمومی (مالیات، عوارض ارزش افزوده و هدفمندی یارانه‌ها)؛ ۲. در اختیار گذاشتن به‌هنگام بودجه بخش سلامت؛ و ۳. بازبینی سهم بیمه‌ها در تأمین مالی سلامت.

از سوی دیگر، اصلاحات حوزه تأمین مالی بایستی ساماندهی ساختاری و فرآیندی صندوق‌های بیمه پایه سلامت را در دستور کار خود قرار دهد و با تدوین و اجرای بسته‌های خدمات سلامت، اصلاح سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (فردی و سازمانی) و برنامه‌ریزی برای مصرف درست و بهینه منابع به بهبود کارکرد تأمین مالی نظام سلامت کمک کند. به‌منظور ارتقای نقش بیمه‌ها در نظام سلامت پیشنهاد می‌شود، اقدامات لازم برای بازنگری در بسته خدمات پایه انجام شود. برای تسریع در اصلاحات نظام بیمه‌ای لازم است تجمیع منابع بیمه‌ای و استقرار برنامه خرید راهبردی خدمات سلامت در دستور کار قرار گیرد و به سازمان‌های بیمه‌گر برای انجام خرید راهبردی خدمات، اختیارات و قدرت کافی اعطا گردد.

اصلاحات حوزه ارائه خدمات سلامت باید بتواند استقرار نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده را با تکیه بر نظام جامع مدیریت اطلاعات الکترونیک سلامت، تسهیل کرده و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامت را تضمین نماید.

در حیطه منابع انسانی، بازنگری در شیوه‌های تربیت نیرو متناسب با نیازهای کشور و ارتقای مهارتی ایشان باید در دستور کار قرار گیرد. اجرای برنامه‌های تحول و نوآوری در آموزش حوزه سلامت و برنامه‌ریزی برای توزیع عادلانه منابع انسانی دارای مهارت، عدالت در دسترسی به خدمات را ارتقا می‌بخشد.

نخستین گام برای بهبود شرایط نظام اطلاعات سلامت، ایجاد کارگروهی منسجم و کارآمد برای برنامه‌ریزی موارد زیر است:

تقسیم کار ملی و تبیین وظایف، اجرای به‌هنگام تقویم پیمایش‌های ملی و تقویت کیفیت آن، تقویت فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد با تلفیق آن در نظام ارزشیابی و آموزش رده‌های مختلف، تقویت نظام دیده‌بانی سلامت تا گزارش‌دهی در سطح مناطق آمایشی به‌تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی، الزام ذخیره‌سازی داده‌های خام مطالعه‌های پیمایشی حمایت‌شده توسط منابع عمومی، گزارش ادواری پیشرفت اسناد مهم و نیز برنامه‌های توسعه براساس شاخص‌های استاندارد.

طرح تحول سلامت با محوریت ایجاد عدالت در سلامت، ارائه خدمات با کیفیت هم‌راستا با سیاست‌های کلی سلامت و پوشش همگانی سلامت اجرا شد و توانست به موفقیت‌هایی در افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و افزایش حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت دست یابد؛ اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی جدی در کارکردهای سلامت روبه‌روست که مانع از تحقق کامل اهداف می‌شود. مجموع این مشکلات حکایت از وجود فاصله تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت در ابعاد حفاظت مالی و پوشش خدمات برای تمام جمعیت تا جامعه آرمانی پیش‌بینی‌شده در سیاست‌های کلی سلامت دارد. رفع این مشکلات برای دستیابی به نظام سلامتی کارآمد، پیشرفته و درخور شأن ایرانیان نیازمند عزمی جدی و ملی در همه سطوح است.

براساس آنچه گفته شد، اکنون نظام سلامت ایران با سابقه چند دهه اصلاحات در وضعیتی قرار دارد که می‌توان اذعان داشت در مسیری مناسب در حال حرکت است و با توجه به اهمیت مصرف درست منابع به‌منظور دستیابی به بالاترین سطح سلامت برای آحاد مردم، لازم است تقویت همکاری بین‌بخشی و هماهنگی درون‌بخشی، اصلاح نظام ارائه خدمات و بهبود نظام تأمین مالی سلامت در اولویت قرار گیرد. در این میان باید توجه ویژه‌ای به تحلیل خطر در این زمینه داشت و راه‌های کاهش آسیب به ساختار سلامت و نیز سایر نظام‌های اجتماعی و اقتصادی را مدنظر قرار داد.



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

تمرکز اصلی فعالیت‌های مؤسسه 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 به‌کارگیری ظرفیت‌های بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ 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 می‌پردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شده و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری می‌کند. در راستای این موضوع، در ادامه چشم‌انداز و مأموریت‌های کلان ارائه می‌شود.

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

