



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

پوشش همگانی سلامت در ایران

وضعیت فعلی، چالش‌ها، راهبردها



زمستان ۱۳۹۸

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت

پایگاه
مجله
پایگاه



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



Universal Health Coverage

uhc2030
International Health Partnership

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر همکاری‌های بین‌المللی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران
دیرخانه دیده‌بانی سلامت

دانشگاه علوم پزشکی تهران

درباره محتوی

به‌منظور بزرگداشت روز جهانی پوشش همگانی سلامت، روز یکشنبه ۲۴ آذر سال ۱۳۹۸ نشستی با حضور وزیر محترم بهداشت، معاونین و مشاورین، سازمان‌های بیمه، نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی و سایر ذینفعان در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برگزار شد که در طی آن واحدهای مختلف این وزارتخانه گزارشی از وضعیت فعلی، چالش‌ها، راهبردهای مناسب جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت را ارائه نمودند. این مجلد حاوی جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در این نشست می‌باشد.

این گزارش توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به همراهی دفتر همکاری‌های بین‌المللی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه‌شده است.

در ابتدا گزیده بیانات وزیر محترم بهداشت: “جناب آقای دکتر نمکی” و معاون کل “جناب آقای دکتر حریرچی” ارائه شده است. در ادامه مباحث مطرح‌شده توسط حوزه‌های مختلف (معاونت بهداشت، درمان، بیمه، سازمان برنامه و بودجه) درج شده است. در نهایت مطالب ارائه‌شده توسط نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی در ایران (سازمان جهانی بهداشت و صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل - یونیسف) آورده شده است.

از این گزارش تنها ۳۰ نسخه چاپ شده است و نسخه الکترونیک آن در سایت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران موجود است.



Health: A political choice

سلامت یک انتخاب سیاسی است

امروزه سلامت در دنیا به یک انتخاب سیاسی مبدل شده است و رهبران سیاسی جهان به اهمیت سلامت در توسعه و پیشرفت جوامع پی برده‌اند و نکاتی را در مورد چگونگی ارتقای سلامت در جهان را ذکر کرده‌اند که جمع‌بندی آنها در شش نکته کلیدی زیر خلاصه می‌شوند.

۱. تضمین رهبری سیاسی فراتر از سلامت. تعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای زندگی سالم و تندرستی برای همه در همه مراحل زندگی، به‌عنوان یک پیمان اجتماعی؛
 ۲. کسی مورد غفلت واقع نشود. دنبال نمودن عدالت در دسترسی به خدمات سلامت باکیفیت همراه با حفاظت مالی؛
 ۳. قانون‌گذاری و تنظیم. ایجاد یک محیط نظارتی و قانونی قوی؛
 ۴. کیفیت بالای مراقبت. ایجاد نظام‌های سلامت با کیفیت و مورد اعتماد مردم و جوامع؛
 ۵. سرمایه‌گذاری بیشتر، سرمایه‌گذاری بهتر. پایداری بودجه عمومی و هماهنگی سرمایه‌گذاری‌های سلامت؛
 ۶. حرکت دسته‌جمعی - ایجاد سازوکارهای چند ذینفع برای مشارکت کل جامعه برای یک جهان سالم‌تر.
- رسیدن به این اهداف از مسیر دستیابی پوشش همگانی میسر خواهد شد. به‌همین دلیل از رهبران سیاسی خواسته شده تا با قانون‌گذاری و سرمایه‌گذاری مناسب و همکاری با تمام جامعه تربیتی دهند تا پوشش همگانی سلامت به واقعیت تبدیل شود.



بخش اول

بیانات وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

فهرست محتوی

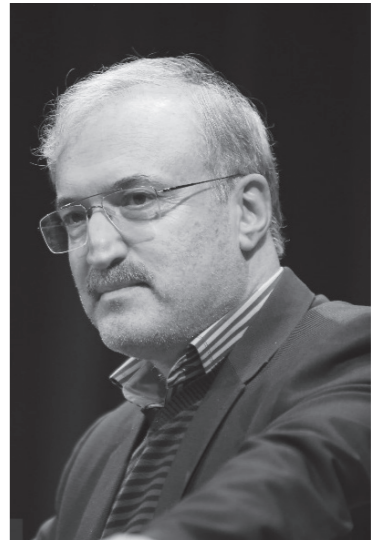
۱	بخش اول / بیانات وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران
۴	گزیده بیانات جناب آقای دکتر نمکی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	گزیده بیانات جناب آقای دکتر حریری قائم مقام محترم وزیر و معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸	بخش دوم / پوشش همگانی سلامت در حوزه‌های بهداشت، درمان، بیمه و بودجه
۱۱	مقدمه
۱۴	مراقبت‌های اولیه سلامت
۱۵	وضعیت کلی مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران
۱۷	سند مشترک منطقه‌ای صلاله
۱۹	اعلامیه آستانه
۲۰	راه آینده در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در نگاه کلی
۲۰	اقدامات حوزه‌ها
۳۱	اقدامات حوزه معاونت بهداشت در زمینه پوشش همگانی سلامت
۴۴	اقدامات حوزه معاونت درمان در زمینه پوشش همگانی سلامت
۴۵	اقدامات سازمان‌های بیمه سلامت در زمینه پوشش همگانی سلامت
۴۶	قوانین بالادستی مرتبط با پوشش همگانی سلامت
	نقش بودجه سال ۱۳۹۹ و برنامه ششم توسعه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۵۷	بخش سوم / پوشش همگانی سلامت و نقش کنونی آژانس‌های سازمان ملل متحد در ایران
۵۸	گزیده سخنرانی دکتر کریستف هاملمان، نماینده سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران
	گزیده سخنرانی خانم مندیپ اوبرایان نماینده سازمان یونیسف در کشور ایران

فهرست جدول‌ها

۱۳	جدول ۱. تقسیم‌بندی کشورها براساس وضعیت پوشش خدمات و دشواری مالی و توصیه‌هایی برای هر گروه توسط سازمان جهانی بهداشت
۳۱	جدول ۲. مقایسه شاخص‌های دسترسی و عملکردی بخش درمان در ایران، وزارت بهداشت و کشورهای OECD
۴۶	جدول ۳. اعتبارات حوزه سلامت در لایحه سال ۱۳۹۹ - میلیون ریال
۴۷	جدول ۴. برآورد اعتبارات هزینه‌ای سلامت لایحه ۱۳۹۹ - میلیون ریال
۴۹	جدول ۵. بودجه طرح تحول سلامت - ۱۳۹۱۳۰ - میلیون ریال
۵۰	جدول ۶. اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای - میلیون ریال
۵۱	جدول ۷. هزینه‌های خانوار از هزینه‌های سلامت سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷ - میلیون ریال
۵۳	جدول ۸. اعتبارات بخش سلامت - میلیون ریال
۵۴	جدول ۹. مقایسه تعداد خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی
۵۴	جدول ۱۰. مقایسه وضعیت پرداخت مستمری - تومان

فهرست شکل‌ها

۶	شکل ۱. جایگاه کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت براساس مدل سازمان جهانی بهداشت
۶	شکل ۲. کمی‌سازی پوشش همگانی سلامت در ایران براساس مدل سازمان جهانی بهداشت
۸	شکل ۳. تحقق سه هدف عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به خدمات و جامعه سالم در نظام‌های سلامت
۹	شکل ۴. ابعاد پوشش همگانی سلامت
۲۲	شکل ۵. مقایسه تعداد واحد ارائه خدمت مناطق شهری بین سال ۱۳۹۲ و سال ۱۳۹۸
۲۴	شکل ۶. جمعیت حداقل یک‌بار خدمت گرفته به جمعیت ثبت نام شده - سال ۱۳۹۷ (درصد)
۲۴	شکل ۷. میانگین خدمت به‌ازای هر خدمت‌گیرنده - سال ۱۳۹۷
۳۳	شکل ۸. مقایسه تعداد تخت‌های بیمارستانی در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در کشور در سال ۱۳۷۷ (نارنجی) و ۱۳۹۵ (آبی)
۳۴	شکل ۹. تخت‌های بیمارستانی در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در کشور در سال ۱۳۹۷
۳۵	شکل ۱۰. تعداد بیمارستان در صدهزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی
۳۵	شکل ۱۱. تعداد تخت‌های بیمارستانی در صدهزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی
۳۶	شکل ۱۲. ضریب اشغال تخت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی
۳۶	شکل ۱۳. سهم پرداختی از جیب به تفکیک سال (درصد)
۵۳	شکل ۱۴. سرانه هزینه‌های سلامت از محل منابع بخش عمومی و خصوصی



گزیده بیانات جناب آقای دکتر نمکی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ابتدا به‌عنوان گام نخست، رسیدن به اهداف مقدسی که برای خود ترسیم کرده که شامل استقرار مراقبت‌های اولیه سلامتی است. لذا ایران از استقرار مراقبت‌های اولیه سلامت توانست بهره‌های بزرگی را ببرد. رسیدن به پوشش همگانی سلامت حتماً بایستی از اتوبان مراقبت‌های اولیه سلامت بگذرد. باید سعی شود برای استقرار پوشش جامع نظام سلامت، حتماً مراقبت‌های اولیه سلامت را مستقر کرده باشیم و کشورهایی که هنوز نتوانستند گام‌های کاملی را در این راستا بردارند هم قطعاً در رسیدن به پوشش همگانی سلامت ممکن است دچار عقب‌افتادگی‌هایی شوند که امید هست این راه را بتوانند پیمایند.

ما در استقرار مراقبت‌های اولیه سلامت توانستیم در کاهش مرگ‌ومیر گروه‌های آسیب‌پذیر، در افزایش پوشش واکسیناسیون، در توسعه زیرساخت‌های نظام سلامت گام‌های بسیار مؤثری را برداریم و در میان کشورهای مدیرانه شرقی به‌عنوان یک کشور مطرح در کارشناسی بین‌المللی مورد قضاوت قرار بگیریم. طرح تحول نظام سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی دولت جناب آقای دکتر روحانی بازم توانست که ما را در گام‌های بعدی به پوشش جامع خدمات سلامت نزدیک‌تر کند. توسعه

زیرساخت‌ها در نقاط محروم، ماندگاری پزشک و کادر پزشکی در نقاط کم‌تر برخوردار، رسیدگی به بیماران خاص و صعب‌العلاج و از همه مهم‌تر کاهش پرداخت از جیب بیمار و کاهش هزینه‌های کمرشکن از دوش بیماران در سراسر کشور از گام‌های بسیار مؤثری بوده که ما توانستیم در طرح تحول نظام سلامت برداریم. اما امروز وارد مرحله جدیدی از چالش‌ها و مشکلات نظام سلامت شدیم. بحث بیماری‌های غیرواگیر در کنار بیماری‌های واگیردار در این مرحله مطرح است. اما این موضوع مهم است که نبایستی غافل شویم از بیماری‌های واگیردار با اولویت قرار دادن بیماری‌های غیرواگیر. ما کشوری هستیم که موج جدید آنفلوآنزا گرفتاری برای نظام سلامت ایجاد می‌کند و خوشبختانه همین قابلیت وجود ابزار مراقبت‌های اولیه سلامت توانست ما را از این گذار پرخطر عبور بدهد و مرگ‌ومیری که طبق پیش‌بینی کارشناسان بایستی بیش از این باشد به کمترین مقدار برساند. همین نظام مراقبت‌های اولیه سلامتی مستقر شده بود که توانست در سیلاب‌های بهار امسال که ما انتظار اپیدمی‌های بسیار بزرگ را داشتیم با حضور بهورز و کادر پرستار، پزشک و پیراپزشک، ادغام یافته در نظام شبکه بهداشت و درمانی کشور عوارض را به حداقل برسانیم.

هم‌زمانی گرفتاری ما در بیماری‌های واگیردار در کنار غیرواگیر

می‌طلبد که ما برنامه بسیار مفصلی را برای آینده با کمک دانشگاه‌های علوم پزشکی طراحی کنیم. ما نمی‌توانیم غفلت کنیم از بیماری‌های مشترک انسان و دام به‌خصوص در استان‌های مرزی به‌همان میزان که داریم از فشارخون مراقبت می‌کنیم. ما نمی‌توانیم غفلت کنیم از ابتلای به HIV به‌همان میزانی که نمی‌توانیم به سرطان و برنامه‌های پیشگیری و کنترل سرطان‌ها نپردازیم. این موقعیت جدیدی است که حتماً دو جنبه را می‌طلبد در نظر بگیریم هم جنبه سلامتی و هم جنبه اقتصادی. طبق نظر نماینده یونسف، بعضی اوقات یک دلار سرمایه‌گذاری، بیش از ۱۰ برابر برگشت سرمایه در نظام سلامت برای ما دارد. اما در فاز کنونی و بیماری‌های غیرواگیر، عظمت این فاصله قطعاً بیشتر

از بیماری‌های واگیردار است. ما روزی فرزندانمان را با پنج دلار علیه شش بیماری مهلک و مسری قابل پیشگیری با واکسن واکسینه می‌کردیم اما امروز برای حوادث جاده‌ای سرمایه‌گذاری که بایستی کنیم در آموزش همگانی، در اصلاح نقاط پرخطر برای کاهش آسیب‌های جاده‌ای است لذا برگشت سرمایه‌گذاری در این حوزه به‌مراتب از سرمایه‌گذاری در بیماری‌های واگیردار

هم بیشتر خواهد بود و هم سودی که ما از این سرمایه‌گذاری می‌بریم به‌مراتب ارزشمندتر از سودی است که ما در قبال بیماری‌های واگیردار در سرمایه‌گذاری اولیه بردیم.

بر این اساس ما باید توجه کنیم یکی از ابعاد مهم برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت بعد اقتصادی است که همان‌طور که آقای دکتر حریرچی فرمودند که به‌رحال ما بایستی خودمان را آماده کنیم برای شرایط اقتصادی که شاید امسال و سال آینده به‌دلیل فشار تحریم‌ها از سخت‌ترین سال‌های بعد از انقلاب باشد، برای بستن بودجه امسال و سال گذشته و برای بودجه سال آینده ما در مضیقه هستیم به‌دلیل فشارهای سنگین اقتصادی. ولیکن ما خود را آماده کردیم. به‌طوری‌که در این سخت‌ترین ایام هزار پروژه را

برای دسترسی مردم با اولویت نقاط کم‌تر برخوردار در کشور داریم آماده می‌کنیم و این در اوج تحریم‌ها کار بسیار بزرگی است. اما باید قطعاً همکاران ما در دانشگاه‌های علوم پزشکی به صرفه‌جویی، به استفاده بهینه از منابع، به افزایش اولویت کیفیت نسبت به کمیت، به اولویت بخشیدن به پیشگیری بر درمان، به درمان سرپایی بر بستری به‌عنوان سیاست‌های اصلی که در وزارت بهداشت دارد دنبال می‌شود، در کل کشور بایستی بپردازند.

بحث دیگر تحریم‌ها هستند که دوستان ما در سازمان‌های بین‌المللی هم دارند کمک می‌کنند به گشودن راه‌هایی برای این که مردم در تجهیزات پزشکی، در دارو و لوازم مصرفی‌شان دچار مشکل نشوند. در شرایط کنونی، دارو و تجهیزات پزشکی با مشکلات بسیار زیاد و با برنامه‌ریزی پیچیده وزارت بهداشت،

مسیر رسیدن به پوشش همگانی سلامت مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد؛ همان‌گونه که حوزه سلامت در ابتدای شروع اقدامات در ایران، از این طریق موفق شد، ضرورت دارد هم‌اکنون نیز این برنامه را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت سرلوحه اقدامات خود قرار دهد؛

درمان و آموزش پزشکی تأمین می‌شود. علی‌رغم ادعای دروغ آمریکا مبنی بر عدم تحریم غذا و دارو، همکاری سازمان‌های بین‌المللی در شکستن حلقه‌های محاصره اقتصادی و آوردن دارو و تجهیزات پزشکی از منابع مطمئن و اصلی بسیار کمک‌کننده خواهد بود. اما از این مهم‌تر ما برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت نیازمند اول مشارکت قوی بین‌بخشی و دوم مشارکت مردم هستیم. ما اگر یک روز می‌توانستیم پوشش واکسیناسیون را بهبود ببخشیم، اگر می‌توانستیم نرخ مرگ‌ومیر را در گروه‌های آسیب‌پذیر بهبود ببخشیم به این دلیل بود که برای این که اکثریت فعالیت‌ها تحت کنترل وزارت بهداشت بود و با مداخلاتی که مرتبط با ما بود قابل اجرا بود. ما خودمان واکسن را می‌آوردیم، زنجیره سرد را خودمان رعایت می‌کردیم، تلقیح و ارزشیابی آن با ما بود. اما امروزه، ما برای کاهش سرطان‌ها، برای کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی، برای کاهش حوادث جاده‌ای و خیلی از این موارد در وزارت بهداشت حداقل تأثیرگذاری را در کاهش خطرها و بلایای حاصل از این مشکلات داریم. لذا ما نیازمند یک مشارکت عظیم بین‌بخشی هستیم و دوم مشارکت مردم.

طرح جدید وزارت بهداشت، هر "خانه یک پایگاه سلامت"، به‌عنوان اصلی‌ترین تدبیر برای جلب مشارکت مردم در نظام سلامت است. خوشبختانه این طرح در ۳ استان هم‌اکنون شروع شده است و استان‌های دیگری دارند به این طرح می‌پیوندند و امیدواریم با استفاده از این ظرفیت بزرگ حدود ۲۰ میلیون سفیر سلامت را در خانواده‌ها تربیت کنیم و سطح خدمت‌گزاری را از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی-درمانی به‌عنوان خط اول تماس به داخل خانواده‌ها ببریم. ما در این طرح بزرگ ملی خواهیم توانست به ۲۰ میلیون ایرانی به‌عنوان محور خدمت در خانواده بیاوریم که اول، چگونه با تغییر شیوه زندگی در خودشان و دیگر اعضای خانواده بتوانند بیماری‌های غیرواگیر و همچنین بیماری‌های واگیردار مهم را کنترل کنند. دوم، چگونه بتوانند با آگاهی از علائم اولیه بیماری‌های شایع با مراقبت‌های اولیه و اطلاع‌رسانی به‌موقع به اورژانس کشور و بقیه مواردی که به کمک بطلبند از پیشروی بیماری‌های پرخطر



گزیده بیانات جناب آقای دکتر حریرچی معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیانیه نشست سپتامبر سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۹، در مورد پوشش همگانی سلامت که توسط رؤسای جمهور، نخست‌وزیر و مقامات ارشد همه کشورها امضا شد و از طرف ایران نیز مورد پذیرش قرار گرفته است و وزیر محترم امور خارجه این بیانیه را امضا کرده‌اند. تعهد به این بیانیه جهانی نشان‌دهنده بالاترین تعهد سیاسی کشورهای جهان در پوشش همگانی سلامت است.

پوشش همگانی سلامت فقط محدود به حوزه سلامت نیست با رسیدن به پوشش همگانی سلامت ما می‌توانیم فقر را از بین ببریم، می‌توانیم تضمینی برای آموزش مناسب بدهیم، می‌توانیم موقعیت زنان و کودکان را بهتر کنیم، کار آبرومند و رشد اقتصادی سالم را تضمین کنیم و نیز نابرابری‌ها را در جامعه کاهش دهیم. البته باید توجه داشت که در کشور باید حتماً پوشش همگانی سلامت مبتنی‌بر مدل بومی و مالکیت ملی و فراگیر کشوری

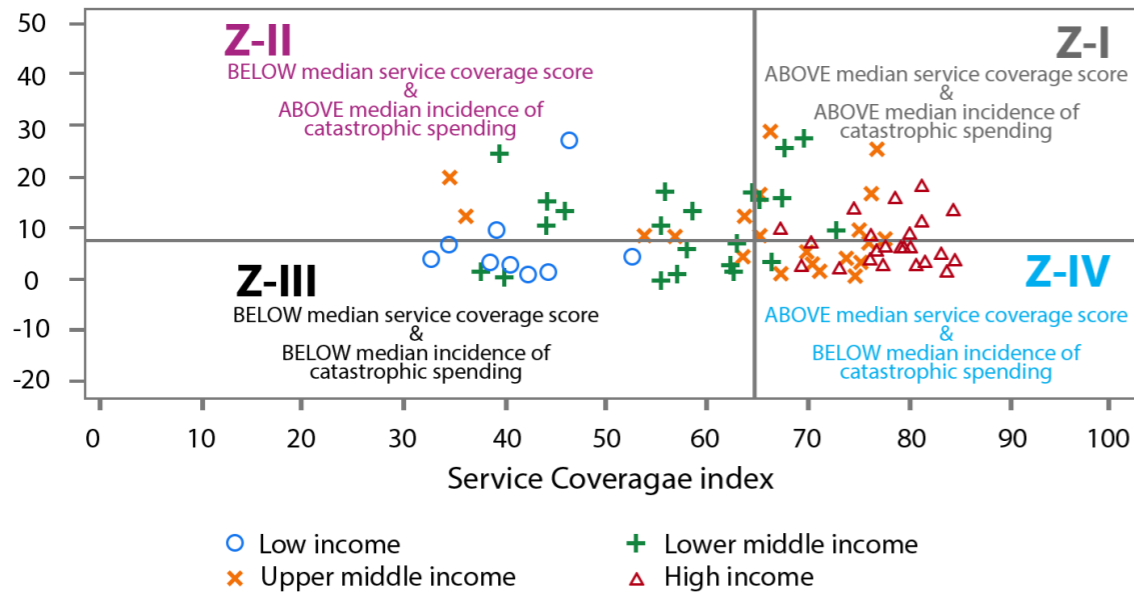
باشد یعنی مدل اجرا شده در ایران در داخل کشور تهیه و اجرا گردد ضمن این‌که توجه به مدل‌های جهانی را همراه داشته باشد. **اهداف این بیانیه:** در این بیانیه کشورها تعهد کردند تا سال ۲۰۲۳ یک میلیارد نفر به پوشش خدمات ضروری سلامت^۱ اضافه شود. هدف دیگر این است که تا ۲۰۳۰ هزینه‌های کمرشکن سلامت دیگر بالاتر نرود. ایران هر دو تعهد را پذیرفته است. تضمین سیاسی یکی از شش نقطه کلیدی این بیانیه است که تضمین رهبری سیاسی و حمایت فراتر از حوزه سلامت است. ما هرچقدر هم در حوزه سلامت قوی باشیم، دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون حمایت سیاسی عمومی و این‌که خواست همگانی نباشد و اولویت دولت و ملت نشود شکل نخواهد گرفت. سلامت در همه سیاست‌ها، اولویت قرار دادن سلامت همگانی و مراقبت‌های اولیه سلامت با یک ظرفیت‌سازی راهبردی، یعنی بایستی در

پوشش همگانی سلامت فقط محدود به حوزه سلامت نیست

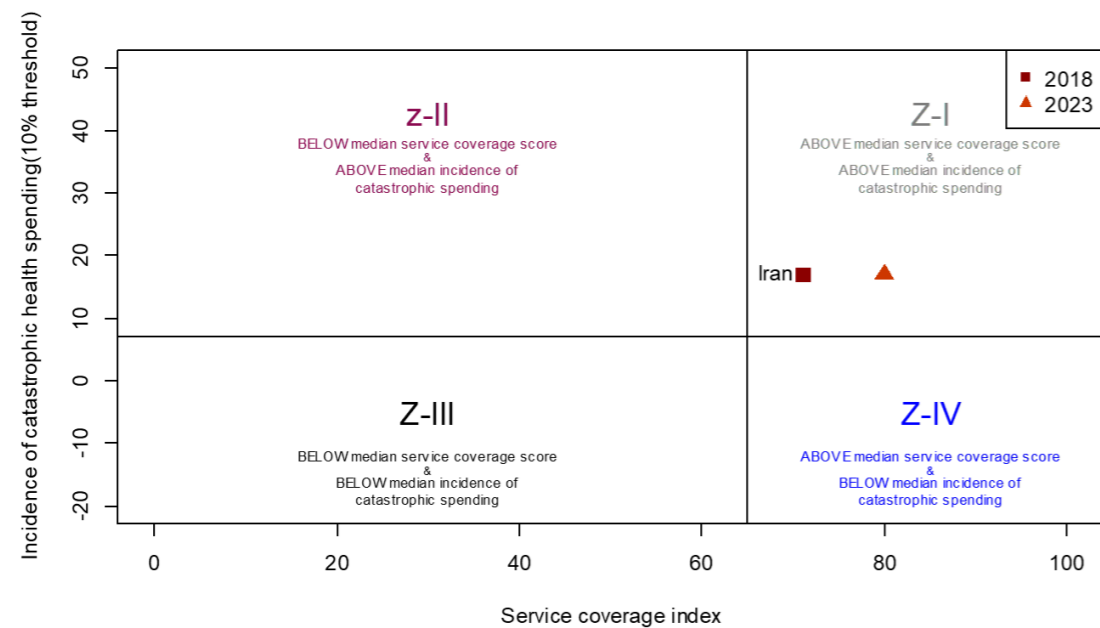
1. Essential health services

گزیده مهم‌ترین مداخلات ذکر شده در بیانات وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای تسریع دستیابی به پوشش همگانی سلامت.

۱. مسیر رسیدن به پوشش همگانی سلامت مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد؛ همان‌گونه که حوزه سلامت در ابتدای شروع اقدامات در ایران، از این طریق موفق شد، ضرورت دارد هم‌اکنون نیز این برنامه را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت سرلوحه اقدامات خود قرار دهد؛
۲. در اجرای مداخلات سلامتی هم‌زمان با پرداختن به این موضوع ضرورت دارد جنبه اقتصادی بیماری‌ها و مداخلات نیز مدنظر قرار گیرد؛
۳. هم‌زمان با توجه به مشکلات ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ضرورت دارد توجه دائمی به بیماری‌های واگیردار هم رخ بدهد؛
۴. به‌دلیل این‌که اغلب مشکلات سلامت جنبه فرابخش سلامت دارد، توجه به امر مشارکت بین‌بخشی ضروری است؛
۵. مشارکت مردم به‌عنوان یک بازوی قوی در کنترل سلامتی و مشکلات سلامتی مطرح است و هم‌اکنون نیاز به توجه ویژه دارد؛
۶. توجه به کیفیت در ارائه خدمات سلامت از ضروریات است؛
۷. به‌عنوان یک اقدام مهم، حوزه سلامت در حال اجرای بیمه همگانی اجباری برای سلامت است.



شکل ۱. جایگاه کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت براساس مدل سازمان جهانی بهداشت



شکل ۲. کمی‌سازی پوشش همگانی سلامت در ایران براساس مدل سازمان جهانی بهداشت

سایر مسئولین دولت و مجلس ایجاد ظرفیت برای حوزه سلامت کنیم و یک راهبری سیاسی استراتژیک ایجاد کنیم. نکته کلیدی بعدی این است که هیچ‌کس نباید مورد غفلت واقع شود. الان در کشور ۵۴ درصد بیمه نشده‌ها جوانان ۲۵ الی ۴۰ سال هستند که بایستی هدفگیری شوند. همچنین همه افرادی که در ایران زندگی می‌کنند اعم از افراد بدون شناسنامه و افراد غیر ایرانی، همه و همه باید تحت پوشش بیمه همگانی سلامت قرار گیرند. برای این‌که این موضوع محقق شود و نظام سلامت بتواند تاب‌آوری لازم را در این زمینه داشته‌باشد ضرورت دارد به تقویت دائمی نظام سلامت پرداخته‌شود.

موضوع بعدی، قانون‌گذاری و تنظیم مقررات است که در بیانیه آورده شده است. ایجاد یک محیط نظارتی و قانونی قوی و پاسخگو به نیازهای مردم از ضروریات اصلی عنوان شده در این بیانیه است که کشورها برای اجرای آن متعهد شده‌اند. نکته مهم دیگر که در این بیانیه به آن اشاره شده است شفافیت قیمت‌ها است. یعنی در حوزه سلامت بایستی قیمت‌ها در همه سطوح شفاف باشد. مؤسسات ما اثربخش شوند و تعهد دیگر کشورها این است که ظرفیت‌های نظارتی را باید بالا ببرند. موردی که در اکثر کشورهای درحال توسعه پایین و مورد غفلت است.

نکته دیگر، سرمایه‌گذاری بیشتر و سرمایه‌گذاری بهتر است. شاید نکته کلیدی برای ما الان سرمایه‌گذاری بهتر است. یعنی از منابع (خصوصاً عمومی) حداکثر استفاده را کنیم و یکسری اهداف ملی مناسب برای هزینه کردن داشته باشیم، بودجه عمومی را افزایش دهیم و پرداخت از جیب را کاهش دهیم.

نکته آخر، حرکت جمعی است به این معنی که برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت بایستی همه ذینفعان شامل پزشکان، پرستاران و نیز افراد خارج از نظام سلامت را همراهان کنیم.

در وضعیت پوشش همگانی سلامت در کشورهای مختلف دنیا، بهترین وضعیت در حالتی است که پوشش خدمات مناسب و بروز هزینه‌های کمرشکن پایین باشد (بالاتر از میانه برای پوشش خدمات سلامتی و پایین‌تر از میانه برای هزینه‌های کمرشکن) که خیلی از کشورهای توسعه‌یافته این وضعیت را دارند. الان هزینه‌های کمرشکن با آستانه ۱۰ درصد از کل هزینه‌های خانوار، برای بسیاری کشورهای با وضعیت مناسب، در حد صفر است. وضعیتی که ایران دارد در سال ۲۰۱۸ از لحاظ شاخص پوشش خدمات بالاتر از میانه جهان است ولی از لحاظ هزینه‌های کمرشکن، با آستانه ۱۰ درصد و ۲۵ درصد هزینه‌های کل خانوار، جزو کشورهایی هستیم که وضعیت خوبی ندارند و متأسفانه پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت تا ۲۰۲۳ از لحاظ این شاخص این است که هیچ بهبودی حاصل نخواهد شد ولی خوشبختانه شاخص پوشش خدمات بالاتر خواهد رفت یعنی علی‌رغم این‌که در کشور شاخص پوشش خدمات سلامت بالا می‌رود، اما میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت ثابت می‌ماند (شکل ۱ و ۲).

امید هست با هدایت آقای دکتر نمکی و همکاری که با سازمان برنامه و کل دولت داریم در ۵ سال آینده حرکت ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، هم روبه‌جلو باشد و در تمام ابعاد ما به موفقیت مطلوب برسیم.

مقدمه

پوشش همگانی سلامت و ارتباط آن با مراقبت‌های اولیه سلامت

در روز ۱۲ دسامبر سال ۲۰۱۲ میلادی سازمان ملل متحد در مصوبه خود دولت‌های جهان را مکلف کرد که همه مردم در همه‌جا دسترسی به خدمات سلامت باکیفیت، با قیمت قابل قبول داشته باشند و به‌همین دلیل این روز، روز جهانی پوشش همگانی سلامت نامیده می‌شود. پوشش همگانی سلامت طبق تعریف عبارت است از **”دریافت خدمات سلامت باکیفیت توسط همه مردم به‌طوری که به نیازهای آنان پاسخ داده و برای پرداخت بهای خدمات دچار مشکلات مالی نشوند.“**

در گزارش سال ۲۰۰۸ میلادی سازمان جهانی بهداشت، قرار بر این بود که نظام‌های سلامت به‌سمت تحقق عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت‌های مردم-محور و جامعه سالم حرکت کنند. اما آنچه در عمل اتفاق افتاد این بود که این نظام‌ها به سمت بیمارستان محوری، تجاری شدن نظام‌های سلامت پروسه‌های گران‌قیمت و صرف هزینه برای داروها رفتند و در واقع بیمارستان را به یک صنعت تبدیل کردند و ما شاهد چندپارگی خدمت در اغلب کشورها بودیم. به‌همین دلیل کشورها برای تحقق این اهداف سه‌گانه (عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت‌های مردم محور و جامعه سالم) تصمیم گرفتند که اصلاحات در مراقبت‌های اولیه سلامت و تحول در نظام‌های سلامت را در پیش بگیرند (شکل ۳).

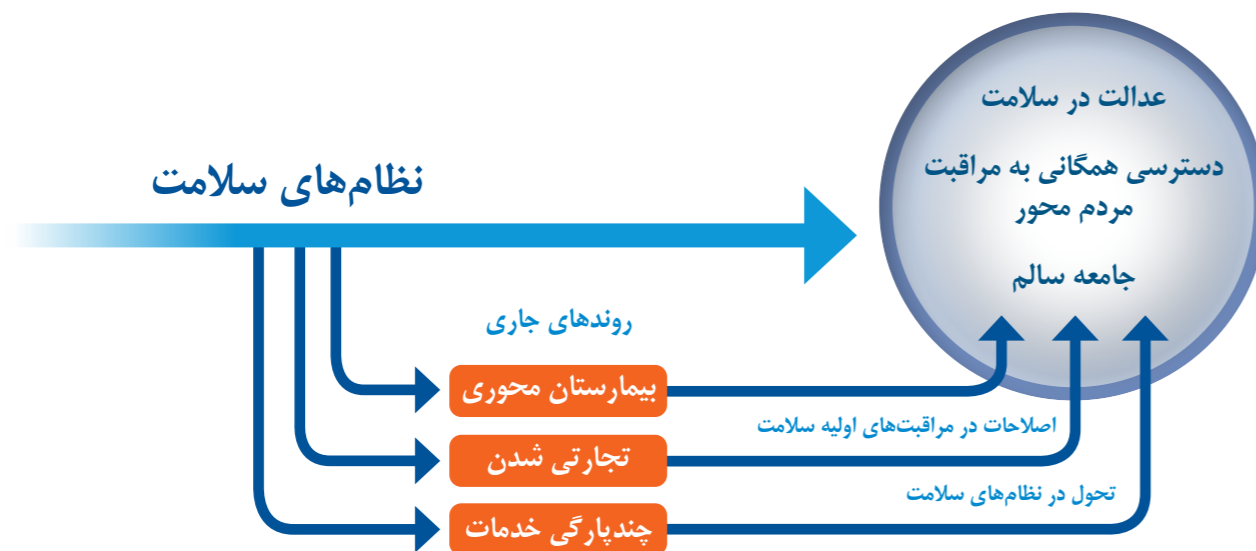


بخش دوم

پوشش همگانی سلامت در حوزه‌های بهداشت، درمان، بیمه و بودجه

سخنرانان کلیدی:

۱. جناب آقای دکتر آسایی، مشاور عالی وزیر در امور بهداشتی؛
۲. جناب آقای دکتر تبریزی، قائم‌مقام معاونت بهداشت و رئیس مرکز توسعه شبکه؛
۳. جناب آقای دکتر جان‌بابایی، معاون درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
۴. جناب آقای دکتر شجاعی، رئیس مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت؛
۵. جناب آقای دکتر پوراصغری، معاون اجتماعی سازمان برنامه و بودجه، ریاست جمهوری.



شکل ۳. تحقق سه هدف عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به خدمات و جامعه سالم در نظام‌های سلامت

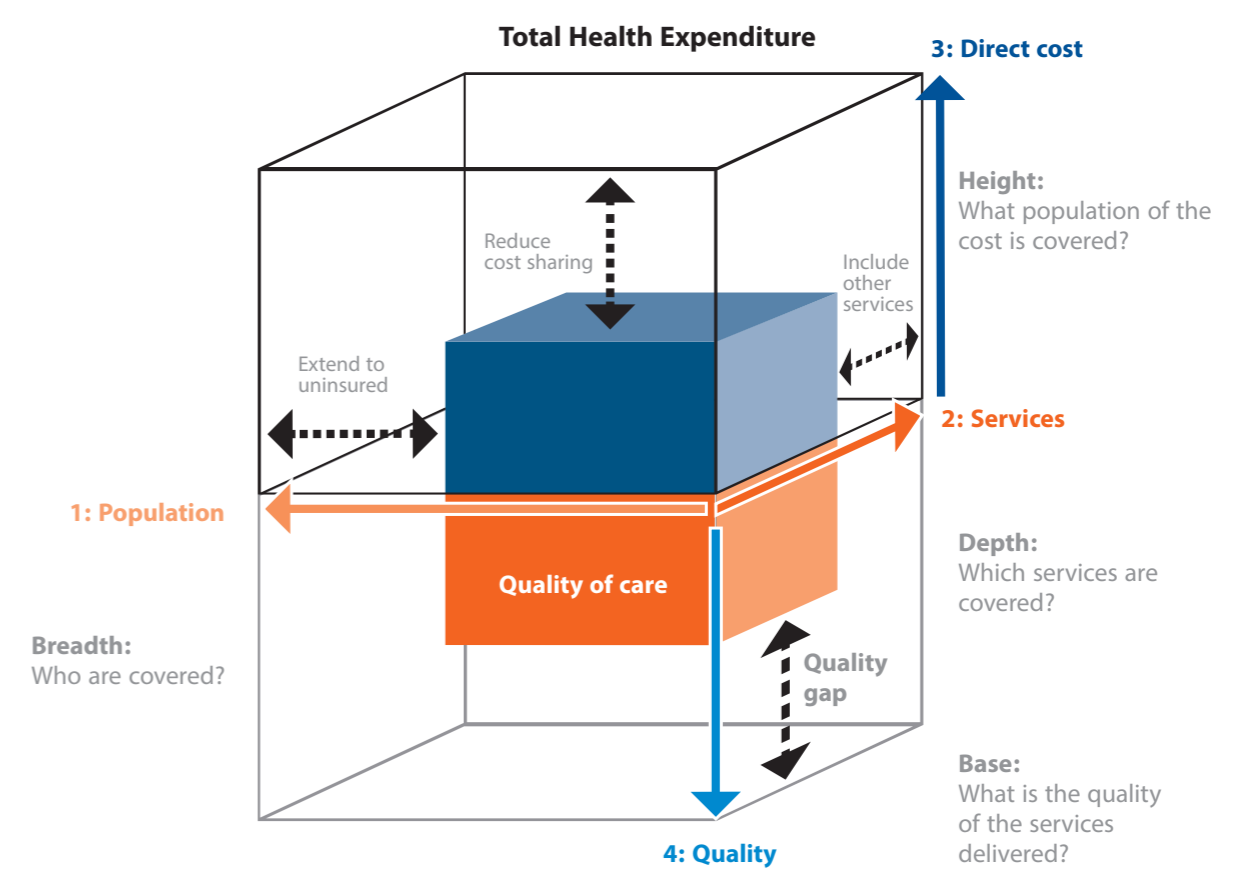
۱. پوشش جمعیت	۲. پوشش خدمات	۳. پوشش هزینه	۴. ارتقای کیفیت
<ul style="list-style-type: none"> پوشش حداکثری جمعیت (رسمی و غیررسمی) پوشش فقرا و اقشار آسیب‌پذیر جامعه پوشش جامع بیمه سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> توسعه بسته خدمات (پاسخ به نیازها و انتظارات سلامت مردم) اصلاح ساختار ارائه خدمت اصلاح روش ارائه خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد منابع مالی کافی محافظت مردم و کاهش پرداخت از جیب بهره‌گیری مناسب و صحیح از منابع موجود 	<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی مستمر کیفیت شناسایی ضعف‌ها و شکاف‌های کیفیتی اولویت‌بندی ارتقای مستمر کیفیت

بر اساس شکل مذکور، برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت باید همه ذینفعان در داخل و خارج از مجموعه وزارت بهداشت شامل معاونت بهداشت، درمان، توسعه، بیمه‌ها و سازمان برنامه و بودجه با یکدیگر همکاری و هماهنگی مناسب داشته باشند.

از سال ۲۰۱۵، برای تسهیل این امر سازمان جهانی بهداشت اهداف ۱۷گانه‌ای را در قالب اهداف توسعه پایدار ارائه کرد که سومین هدف آن (و اصلی‌ترین هدف آن) در مورد پوشش همگانی سلامت است که بر پایه مراقبت‌های اولیه سلامت بنا گذاشته شده تا همه مردم بتوانند خدمات سلامت باکیفیت را دریافت کنند به طوری که به نیازهای آن‌ها پاسخ داده شود و برای پرداخت بهای خدمات دچار مشکلات مالی نشوند.

هدف اصلی از پوشش همگانی سلامت ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی در تمام سطوح ارائه خدمت برای دستیابی به سطح مطلوبی از سلامت برای تمام افراد جامعه است. برای بررسی ارزیابی دستیابی کشورها به ابعاد پوشش همگانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یک مدل چهاربعدی پیشنهاد کرده است. این ابعاد عبارتند از: پوشش جمعیت، پوشش خدمات، پوشش هزینه و کیفیت (شکل ۴).

در ادامه به وضعیت فعلی، چالش‌ها، راهبردهای معاونت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این ابعاد چهارگانه اشاره خواهد شد.



شکل ۴. ابعاد پوشش همگانی سلامت



مراقبت‌های اولیه سلامت

اهمیت مراقبت‌های اولیه سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را در قالب موارد زیر می‌توان برشمرد:

- مراقبت‌های اولیه سلامت واقعاً می‌تواند یک موتور محرکه و موتور برنامه‌ریزی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات باشد؛
- مراقبت‌های اولیه سلامت اولویت‌های مورد نیاز سلامت جامعه را تحت پوشش برنامه خود قرار می‌دهد؛
- بدون تردید هدف جدی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات از طریق مراقبت‌های اولیه سلامت میسر است؛
- مراقبت‌های اولیه سلامت، مردم و جامعه را توانمند می‌کند برای این‌که به نیازهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی خودشان دستیابی پیدا کنند؛
- نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران مثال بسیار خوبی است در دنیا برای درگیر کردن مردم از طریق تربیت به‌روزان، از طریق تربیت رابطین بهداشت و از طریق نشست‌هایی که با شوراهای محلی روستا و شهرها برگزار می‌گردد؛
- مراقبت‌های اولیه سلامت فرصتی را ایجاد می‌کند برای این‌که بخش‌های مختلف اعم از آموزش، دوره‌های سوادآموزی و تغذیه و آب، فاضلاب، راه، امنیت و بقیه سازمان‌ها نیز در مسأله سلامت اشتراک داشته باشند؛
- مراقبت‌های اولیه سلامت یک رویکرد ادغام یافته است؛
- مراقبت‌های اولیه سلامت مقرون به‌صرفه است.

از موارد مرگ‌ومیر زیادی با اجرای صحیح مراقبت‌های اولیه سلامت می‌توان در کشورهای مختلف پیشگیری کرد و سازمان جهانی بهداشت و سازمان‌های بین‌المللی مراقبت‌های اولیه سلامت را به‌عنوان یکی از مقرون به‌صرفه‌ترین استراتژی‌های ارائه خدمات سلامتی می‌دانند.

در حال حاضر در سال ۲۰۱۷ میلادی، ۳۳ تا ۴۹ درصد مردم جمعیت دنیا به‌طورکلی به مراقبت‌های اولیه سلامت یا خدمات ضروری دسترسی دارند و اگر این روند توسعه دسترسی به پوشش همگانی سلامت به این ترتیب دنبال شود در سال ۲۰۳۰ میلادی بین ۳۹ تا ۶۳ درصد مردم جهان دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت خواهند داشت.

نکته قابل توجه این است که افراد فقیر و افرادی که درخطر بیشتری هستند از پوشش کمتری برخوردار می‌شوند. در خصوص پرداخت از جیب هم ۹۳۰ میلیون نفر، ۱۰ درصد از درآمدها را برای خدمات سلامتی صرف می‌کنند و ۲۱۰ میلیون نفر بیش از ۲۵ درصد درآمدها را برای خدمات سلامتی می‌دهند.

علت اصلی این امر این است که این کشورها:

- یا ساختار مناسب برای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت ندارند؛
- یا خدماتی که ارائه می‌شود از کیفیت لازم برخوردار نیست؛
- یا نیروی انسانی لازم برای ارائه خدمات در سطوح مختلف به‌صورت چندپیشه وجود ندارد؛
- و یا اعتماد کافی بین مردم و ارائه‌دهندگان خدمات وجود ندارد.



Primary Health Care



در جدول یک به‌طور کلی تقسیم‌بندی کشورها براساس ابعاد اصلی پوشش همگانی سلامت ارائه شده است.

جدول ۱. تقسیم‌بندی کشورها براساس وضعیت پوشش خدمات و دشواری مالی و توصیه‌هایی برای هر گروه توسط سازمان جهانی بهداشت

وضعیت اقتصادی	پوشش خدمات	دشواری مالی	چالش‌ها / توصیه‌ها
کشورهای با درآمد متوسط و بالا	بالا	پایین	کارایی، کیفیت و عدالت
کشورهای با درآمد پایین و متوسط	بالا	بالا	محافظت در مقابل پرداخت از جیب
دولت‌های درگیر جنگ و مناقشات داخلی	پایین	بالا	انجام اصلاحات جامع
ایجاد زیرساخت و منابع انسانی، زنجیره‌های تأمین			

وضعیت کلی مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران

نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران به‌صورت ادغام یافته است و مهم‌ترین خصوصیات آن شامل موارد زیر هستند:

این نظام به‌گونه‌ای طراحی شده که براساس نیاز مردم بوده (مردم محور) و استمرار و اطمینان از استمرار خدمات به‌ویژه برای افراد معلول و مبتلایان به بیماری‌های مزمن، مدنظر قرار گرفته است؛

این نظام مبتنی بر تحقیقات و شواهد مشخص است و نشانه مشخص آن نظام اطلاعاتی است که اخیراً به‌صورت نظام الکترونیکی خدمات درآمده است؛

نقش و وظایف مشخص برای سطوح مختلف ارائه خدمات تعیین شده است؛

جمعیت تحت پوشش مشخص برای نظام ارائه خدمات پیش‌بینی شده است. با این‌که ممکن است در سطوح دوم و

سوم این جمعیت تحت پوشش رعایت نشود اما طراحی آن به‌خوبی انجام شده است؛

خدماتی که ارائه می‌شود به‌صورت استاندارد است. به این صورت که خدمتی که در زابل (به‌طور مثال محروم‌ترین بخش کشور) در حال اجرا است به‌همان صورت در شمیرانات و در کرج (در مناطق برخوردار) نیز همان خدمات ارائه می‌شود؛

استمرار در پایش و نظارت بر خدمات سلامتی وجود دارد.

به‌دلایل مذکور، شاخص‌های سلامتی کشور از جمله پوشش مراقبت‌های اولیه سلامت به بیش از ۹۸ درصد رسیده است. امید زندگی به‌طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است و کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، افزایش پوشش‌های ایمن‌سازی رخ داده است و در مجموع در یک‌روند سه‌دهه‌ای پیشرفت بسیار قابل توجهی داشتیم.

چنانچه وضعیت کلی کشورها را در نظر بگیریم، سازمان جهانی بهداشت براساس وضعیت پوشش خدمات و دشواری مالی، کشورها را به چند دسته به شرح زیر تقسیم کرده و برای هر گروه توصیه‌هایی به شرح زیر دارد:

- کشورهایی که درآمد بالا یا متوسط رو به بالا دارند با پوشش خوب و با دشواری مالی پایین یعنی در وضعیت مناسب هستند، سازمان جهانی بهداشت به آن‌ها توصیه می‌کند که به کیفیت، به عدالت در خدمات و به به‌صرفه بودن خدمات بپردازند. یعنی تمام اهداف مدیریتی، آن‌ها را به‌طرف کارایی، کیفیت و عدالت سوق دهند؛
- کشورهایی که با جنگ و مشکلات داخلی روبه‌رو هستند بایستی واقعاً زیرساخت ارائه خدمات آن‌ها اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، ساختار مناسب برای ارائه خدمات، همکاری‌های بین بخش دولتی و خصوصی، درگیر کردن NGOها را مدنظر قرار دهند.



سند مشترک منطقه‌ای صلاله

در اکتبر سال ۲۰۱۸ نشست با حضور مقامات بلندپایه کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در شهر صلاله کشور عمان برگزار شد. اهداف اصلی نشست عبارت بود از: ۱. تبادل اطلاعات در سطح منطقه مدیترانه شرقی در مورد پوشش همگانی سلامت؛ ۲. ارائه و تبادل دانش و تجارب خوب در زمینه پوشش همگانی سلامت در سطح دنیا؛ و ۳. اعلام تعهد تمامی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۱۹ میلادی.

در نهایت، این نشست منجر به امضای یک سند مشترک منطقه‌ای^۱ تا سال ۲۰۳۰ شد که جناب آقای دکتر حقدوست به نمایندگی از طرف ایران این سند را امضا نمودند. در این سند کشورهای منطقه مدیترانه شرقی متعهد شدند که برای تقویت نظام‌های سلامت لازم است اقداماتی را در حوزه‌های زیر انجام دهند تا از این طریق دستیابی به پوشش همگانی سلامت فراهم شود: ۱. تولید و تأمین مالی؛ ۲. آمار و اطلاعات سلامت؛ ۳. ارائه خدمات سلامت ادغام یافته؛ ۴. توسعه نیروی انسانی حوزه سلامت؛ ۵. تکنولوژی و داروهای ضروری؛ و ۶. توسعه، تحقیق، و نوآوری. همچنین، تأکید شد که سایر بخش‌های درون و بیرون حوزه سلامت نقش مهمی در حمایت از اقدامات لازم برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت به‌عهده داشته باید با برنامه‌ریزی منسجم در انجام وظایف خود اهتمام لازم را داشته باشند. همانند دیگر برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، این موضوع مهم نیز دربرگیرنده مفاهیم عدالت، حقوق بشر، انسجام و همبستگی، و حفاظت و پاسخگویی بود.

1. Global Compact for UHC 2030



اعلامیه آستانه

در اعلامیه آستانه که در اکتبر ۲۰۱۸ میلادی در طی کنفرانسی در شهر آستانه قزاقستان برگزار شد، تمامی کشورها به ارزش و اصول مراقبت‌های اولیه سلامت صحنه گذاشتند و متعهد شدند که این اصول را در نظام سلامت خود دنبال کنند. در این اعلامیه جامعیت، مؤثر بودن و مقرون به‌صرفه بودن مراقبت‌های اولیه سلامت مورد توجه قرار گرفت و کشورها اصول و پایه یک نظام مستمر و پایدار خدمات سلامتی را متعهد شدند. کشورها بار دیگر بر این موضوع تأکید کردند که مراقبت‌های اولیه سلامت، عدالت در سلامت را افزایش می‌دهد و مشارکت کردن مردم، توانمندسازی مردم، و اطمینان از استمرار مراقبت‌های اولیه سلامت را مورد تأیید قرار دادند و متعهد شدند که مراقبت‌های اولیه سلامت را به‌صورت استاندارد و مستمر در نظام‌های سلامت ماندگار کنند و این اقدامات را مقرر شد با بررسی قوانین و مقررات در کشور و قطعاً درگیر کردن مردم، آگاه‌سازی آن‌ها نسبت به سلامت مورد توجه قرار دهند. کشورها باید هماهنگی‌های بین سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های ملی داخل کشور را برای دستیابی به خدمات سلامت ادغام یافته مردم‌محور انجام دهند.



ما فوراً بر عهد خودمان به خلق اساسی همی‌انسان‌ها برای برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دسترس سلامت نیکی، هیچ گونه تبعیض ناکه برای سطح امنیت و توسعه اجتماعی، اقتصادی و اجتماعی متقابل آن‌ها ناکند می‌کنیم.

ما متعهدیم که تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت، مؤثرترین کارآمدترین و همه‌پوشش‌ترین رویکرد برای بهبود بخشیدن به سلامت فیزیکی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی مردم است و ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت سنگین‌ترین نظام سلامت پایدار برای پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبه سلامت توسعه پایدار می‌باشد. ما از تشکیل شبکه در سطح ملی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۹ میلادی در راهی پوشش سلامت دنیای ما که همی مردم مسترس بالاترین به مراقبت‌های سلامتی با کیفیت و مؤثر مورد نیازشان را داشته باشند با اطمینان این که استاندارد از این ای آن‌ها نشود.

ما متعهدیم که تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت، مؤثرترین کارآمدترین و همه‌پوشش‌ترین رویکرد برای بهبود بخشیدن به سلامت فیزیکی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی مردم است و ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت سنگین‌ترین نظام سلامت پایدار برای پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبه سلامت توسعه پایدار می‌باشد. ما از تشکیل شبکه در سطح ملی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۹ میلادی در راهی پوشش سلامت دنیای ما که همی مردم مسترس بالاترین به مراقبت‌های سلامتی با کیفیت و مؤثر مورد نیازشان را داشته باشند با اطمینان این که استاندارد از این ای آن‌ها نشود.

ما متعهدیم که تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت، مؤثرترین کارآمدترین و همه‌پوشش‌ترین رویکرد برای بهبود بخشیدن به سلامت فیزیکی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی مردم است و ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت سنگین‌ترین نظام سلامت پایدار برای پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبه سلامت توسعه پایدار می‌باشد. ما از تشکیل شبکه در سطح ملی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۹ میلادی در راهی پوشش سلامت دنیای ما که همی مردم مسترس بالاترین به مراقبت‌های سلامتی با کیفیت و مؤثر مورد نیازشان را داشته باشند با اطمینان این که استاندارد از این ای آن‌ها نشود.

بیانیه
اجلاس آستانه
برای مراقبت‌های اولیه سلامت

GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

راه آینده در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در نگاه کلی

۱. مشارکت و توانمندسازی مردم؛

۲. پایداری تأمین مالی؛

۳. تقویت پزشکی خانواده؛

۴. کاهش سهم پرداخت از جیب به زیر ۲۰ درصد؛

۵. تقویت همکاری بین بخش دولتی و خصوصی؛

۶. ارزیابی و ارتقای کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت؛

۷. تعیین و اجرای بسته بیمه پایه مبتنی بر عدالت؛

۸. اجرای برنامه‌های درمان در منزل؛

۹. نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی در همه سطوح ارائه خدمات سلامت؛

۱۰. انتقال تجربیات در تمام سطوح ارائه خدمات؛

۱۱. شبکه‌سازی و همکاری بین کشورهای جنوب-جنوب^۱.

۱. همکاری جنوب-جنوب اصطلاحی است که توسط سیاستمداران و دانشگاهیان برای توصیف تبادل منابع، فناوری‌ها و دانش‌ها بین کشورهای در حال توسعه که به نام جنوب جهانی نیز شناخته می‌شوند به کار رفته است.

اقدامات حوزه‌ها

اقدامات حوزه معاونت بهداشت در زمینه پوشش همگانی سلامت

اقدامات این حوزه براساس ابعاد پوشش همگانی سلامت بررسی می‌شود که به شرح زیر است:

۱. پوشش جمعیت و خدمات سلامت

• وضعیت فعلی

هدف اصلی در بعد پوشش جمعیت، پوشش حداکثری هم جمعیت رسمی و هم جمعیت غیررسمی است؛ پوشش اقشار آسیب‌پذیر و پوشش جامع بیمه سلامت مدنظر می‌باشد.

در بُعد پوشش جمعیت جهت ارائه خدمات سلامت، براساس تقسیم‌بندی زیر ارائه خدمات صورت می‌گیرد:

۱. پوشش جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که حدود ۲۷ میلیون نفر (۲۶۹۵۱۰۰۰ نفر) هستند که حدود یک میلیون و دویست هزار نفر از آن جمعیت عشایری است؛

۲. پوشش جمعیت شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر که حدود ۵۶ میلیون نفر (۵۶۱۲۴۰۰۰ نفر) هستند که حدود ۱۱ میلیون نفر از آن جمعیت حاشیه‌نشین و سکونت‌گاه‌های غیررسمی است. قشر آسیب‌پذیر عمدتاً در این حاشیه‌نشین‌ها هستند.

بیمه سلامت تا پایان سال ۱۳۹۴ حدود ۹ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر را به شکل رایگان بیمه کرده است و بخش خصوصی سهم عمده‌ای را در ارائه خدمات ایفا می‌کند.

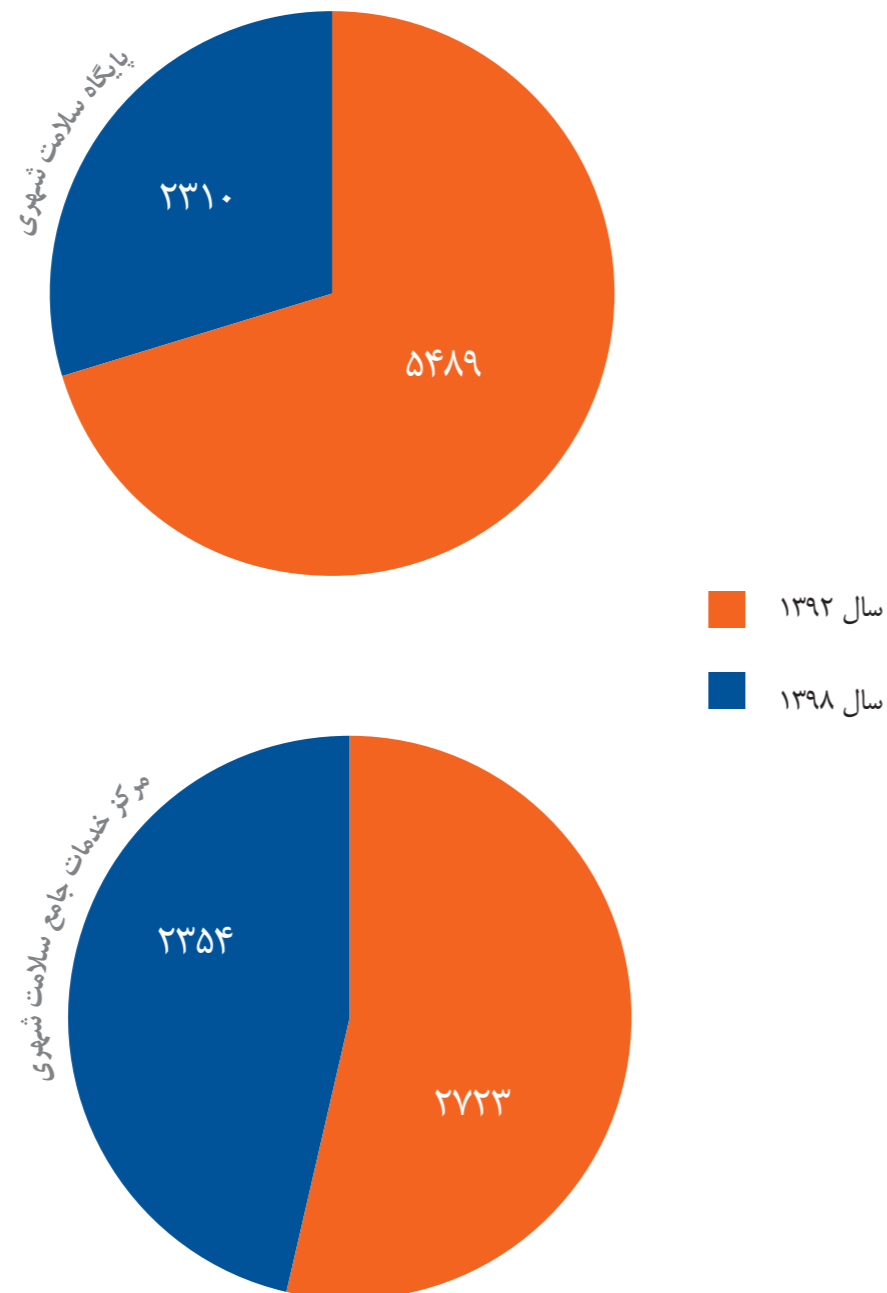


به‌منظور افزایش پوشش خدمات در حوزه معاونت بهداشت، ۱۷ هزار و ۹۴۵ خانه بهداشت راه‌اندازی شده است که بیش از ۳۱ هزار بهروز در این خانه‌های بهداشت مشغول ارائه خدمت هستند. همچنین ۲۹۷ پایگاه روستایی، ۲۷۹۴ مرکز خدمات جامع سلامت روستا، ۵۴۸۹ پایگاه سلامت شهری که بیش از ۲۰ هزار مراقب سلامت در آن مشغول خدمت هستند و حدود ۲۷۲۳ مرکز خدمات جامع شهری راه‌اندازی شده است.

پوشش جمعیت روستایی و شهری در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران



مقایسه آمار سال ۱۳۹۲ و سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که توسعه مطلوبی برای افزایش دسترسی اتفاق افتاده است، تعداد مراکز شهری از ۲۳۰۰ به ۲۷۰۰ مرکز رسیده است. تعداد پایگاه سلامت شهری حدود ۳۱۰۰ مورد افزایش را در طول ۶ سال گذشته داشته و در واقع یک پوشش ۹۸ درصدی جمعیت روستایی و ۹۳ درصدی جمعیت شهری در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت فراهم شده است.

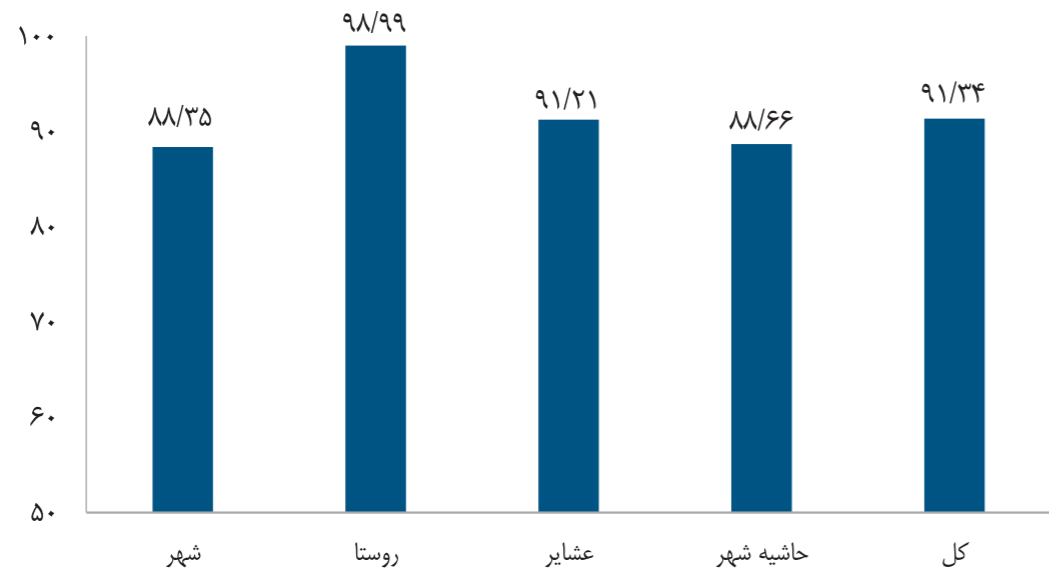


شکل ۵. مقایسه تعداد واحد ارائه خدمت مناطق شهری بین سال ۱۳۹۲ و سال ۱۳۹۸

در بُعد پوشش خدمات سلامت، حوزه بهداشت نقش بسیار مؤثری را در ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان به‌عهده داشته و دارد. در طول سال‌های گذشته پیشرفت‌های فراوانی در ثبت و گزارش‌دهی مراقبت‌ها، بیماری‌ها و مرگ رخ داده است. بسته‌های خدمت براساس بار بیماری‌ها و سال‌های ازدست‌رفته عمر (شامل غیرواگیر، سلامت روان، تغذیه، سلامت دهان و دندان، ایدز، هپاتیت، ...) توسعه پیدا کرده است. به‌تناسب برنامه‌های ادغام شده، چینش نیروهای انسانی اتفاق افتاده است. برای ارائه خدمت باکیفیت، ارتقای دانش و مهارت ارائه‌کنندگان خدمت در دستور کار قرار گرفته و همچنین توجه ویژه‌ای به عوامل خطر رفتاری، بیولوژیک و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اتفاق افتاده است.

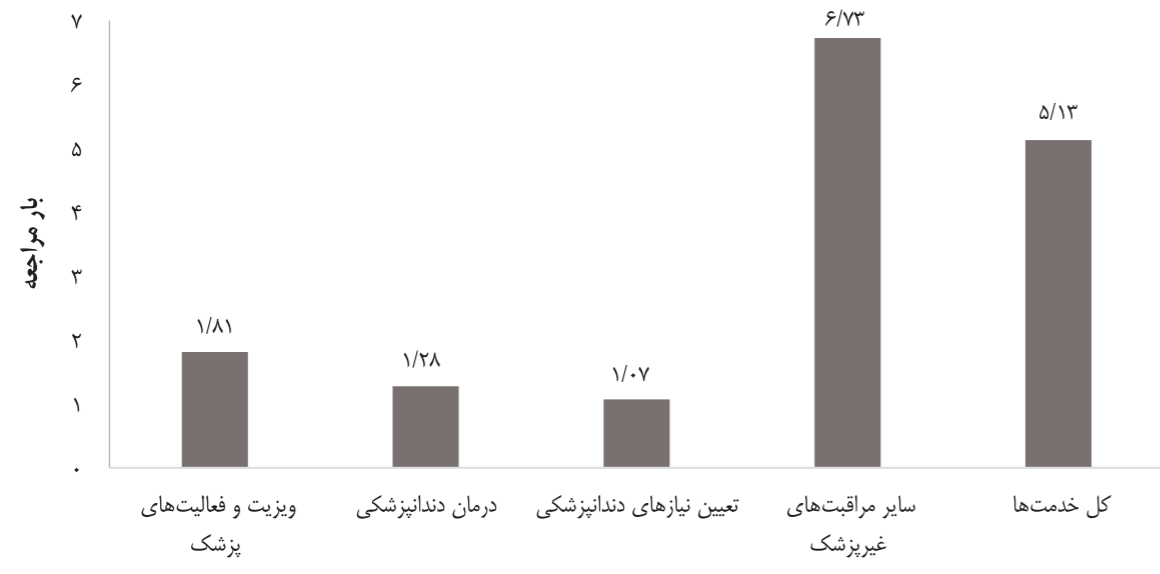
برنامه پزشک خانواده در دو استان پیشرو فارس و مازندران به مرحله اجرا درآمده است و برنامه پزشک خانواده روستایی در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و روستاها با مشارکت جدی سازمان‌های بیمه‌گر و بخش خصوصی انجام گرفته است. اخیراً برنامه هر "خانه یک پایگاه سلامت" در این حوزه برنامه‌ریزی شده و در حال اجرا می‌باشد آنچه در بُعد پوشش خدمات سلامت اتفاق افتاده است، توسعه بسته خدمات ادغام یافته، هماهنگ و مردم محور بوده است. در حال حاضر عمده تأثیر اجرای اقدامات در روستاها بوده است و چالش مهم در پوشش خدمات در شهر و به‌ویژه در حاشیه شهرها می‌باشد. با این‌حال در حاشیه شهرها نیز اقدامات مهمی انجام گرفته است. در طول ۶ سال گذشته ۳۳۲ مرکز خدمات جامع سلامت شهری و ۷۴۷ پایگاه با ۷۰۹۴ نیرو احداث شده است.

اقدامات انجام‌شده در راستای افزایش پوشش خدمات سلامت در حوزه معاونت بهداشت در حاشیه شهرها



شکل ۶. جمعیت حداقل یک‌بار خدمت گرفته به جمعیت ثبت نام شده - سال ۱۳۹۷ (درصد)

براساس ۴ سامانه سیب، سینا، ناب و پارسا بررسی میانگین خدمت به‌ازای هر خدمت‌گیرنده نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۷ هر فرد به‌طور متوسط توانسته است ۱/۸ خدمات پزشکی، ۱/۳ خدمات دندان‌پزشکی و حدود ۶/۷ خدمت مربوط به سایر مراقبت‌ها را دریافت کند و به‌طور میانگین حدود ۵ خدمت دریافت شده است. جمعیت خدمت گرفته در شکل ۶ و میانگین خدمت ارائه شده در شکل ۷ ارائه شده است.



شکل ۷. میانگین خدمت به‌ازای هر خدمت‌گیرنده - سال ۱۳۹۷

راه‌اندازی

راه‌اندازی ۳۳۲ مرکز خدمات جامع سلامت و ۷۴۷ پایگاه سلامت به‌کارگیری ۷۰۹۴ نفر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، شامل:

۳۷۳۶ نفر مراقب سلامت	۱۸۵ نفر دندان‌پزشک	۶۰۳ نفر پزشک
۲۳۳ نفر کارشناس آزمایشگاه	۲۸۶ نفر کارشناس سلامت روان	۲۹۱ نفر کارشناس تغذیه
۲۳۳ نفر کارشناس بهداشت حرفه‌ای	۵۰۸ نفر کارشناس بهداشت محیط	۳۳۲ نفر پذیرش
۶۴۶ نفر سایر		

۲. هزینه‌ها و حفاظت مالی

وضعیت فعلی

در بُعد پوشش هزینه در بخش بهداشت سه اقدام مهم انجام شده است:

- ارائه مراقبت‌های سلامتی اولیه به صورت رایگان در روستاها؛
- اجرای برنامه پزشکی خانواده در روستاها، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و دو استان فارس و مازندران با مشارکت بیمه سلامت؛
- ارائه خدمات در نزدیک‌ترین فاصله به محل زندگی و کار مردم.

۳. ارتقای کیفیت

وضعیت فعلی

در بُعد ارتقای کیفیت دستاوردهای فراوانی در حوزه بهداشت به دست آمده که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- طراحی و برنامه‌ریزی برای پیاده‌سازی نظام پایش و ارزشیابی مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر ۱۰ کلان منطقه؛
- برگزاری کارگاه‌های تربیت ارزیاب؛
- پیاده‌کردن چارچوب کیفیت دفتر منطقه مدیریت شرقی سازمان جهانی بهداشت در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران؛
- اجرای پایلوت چارچوب طراحی شده برای کیفیت در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران؛
- پایلوت و نهایی‌کردن چارچوب کیفیت در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در ۷ حیطه، ۳ سطح ارزیابی و ۴۰ شاخص؛
- معرفی چارچوب کیفیت در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در حاشیه نشست منطقه‌ای ۱۶۶ دفتر منطقه‌ای مدیریت شرقی و برنامه‌ریزی برای اجرا در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی شامل اراک، بابل، تبریز، سمنان، شیراز، زنجان، کرمان، کاشان، گلستان، مازندران، مشهد و همدان.



IRAN Quality framework at the PHC Level

Quality Domains

Access and Equity Safety Efficiency Effectiveness People Centeredness Appropriateness

Quality Measures

Structure

Process

Outcome

Quality Indicators

40 Indicators Related to the Main Processes and Functions of PHC Facilities

چالش‌ها و راه رو به آینده

- مهم‌ترین چالش‌ها در ارائه خدمات سلامت سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع می‌باشد؛
- عدم توسعه مناسب خدمات در شهرها یکی دیگر از چالش‌های موجود است؛
- برنامه پیشرو در پوشش جمعیت، ساماندهی ارائه خدمات سلامتی به جامعه محروم عشایر است. در آینده بسیار نزدیک و در طول سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ حدود ۱۲۰ خانه بهداشت عشایری راه‌اندازی خواهد شد. ۲۱۶ مجوز بهورز عشایری با حمایت معاونت محترم توسعه به دانشگاه‌ها اختصاص داده شده است، ۱۵ مجوز مامای عشایری و سفارش ساخت ۶۰ کانکس و ۱۵ چادر و ۷۵ توالیت بهداشتی در فاز اول برای استقرار در جامعه عشایری داده شده است؛
- همچنین یکی دیگر از مهم‌ترین اقدامات و مهم‌ترین برنامه پیش رو، اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با ادغام برنامه "هر خانه یک پایگاه سلامت" است که در واقع باعث اضافه شدن یک سطح ارائه خدمات به قبل از سطح اول ارائه خدمات می‌شود و ارتباط بین سطوح را نظام‌مندتر می‌کند؛
- مهم‌ترین راهبرد در بخش هزینه‌ها و حفاظت مالی، هدایت اعتبارات جاری حوزه بهداشت، یک درصد ارزش‌افزوده، هدفمندی و منابع بیمه‌ها است؛
- مهم‌ترین چالش در بُعد پوشش هزینه، در تجمیع و افزایش منابع بوده که این امر می‌تواند بُدهای پوشش جمعیت و ارائه خدمات سلامتی را مورد تهدید قرار دهد؛
- برگزاری کارگاه ارتقای کیفیت براساس چارچوب کیفیت در مراقبت‌های اولیه سلامت مطابق چارچوب منطقه مدیریت شرقی (۳۰ دی و ۱ بهمن) برای ۱۲ دانشگاه داوطلب در حال برنامه‌ریزی برای اجرا می‌باشد؛
- برنامه‌ریزی برای اجرای پرداخت مبتنی بر کیفیت براساس نتایج ارزیابی کیفیت در حال انجام است؛
- اجرای برنامه ملی PHCMI^۱ برای ارزیابی و ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت (از مهرماه ۱۳۹۸) در این حوزه آغاز شده است. این برنامه در واقع ارتقای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت را مورد هدف قرار داده است و اهداف اختصاصی آن ارزیابی وضعیت مراقبت‌های اولیه سلامت براساس ۱۲۱ شاخص استاندارد بین‌المللی، شناسایی چالش‌ها، تدوین برنامه برای ارتقای آن با مشارکت همه سازمان‌ها، بخش‌ها، ادارات و دفاتر است که اولین گزارش آن در ماه نوامبر ارائه شده است؛
- تهیه علائم حیاتی مراقبت‌های اولیه سلامت^۲ که در واقع یک داشبورد است که وضعیت مراقبت‌های اولیه سلامت را نشان می‌دهد. این داشبورد ابتدا در سطح ملی و در گام بعدی در سطح دانشگاه‌ها و در گام بعدتر از آن برای شبکه‌های بهداشت و درمان در کل کشور اجرایی خواهد شد.

1. Primary Health Care Measurement and improvement initiative

2. Vital Signs Profile

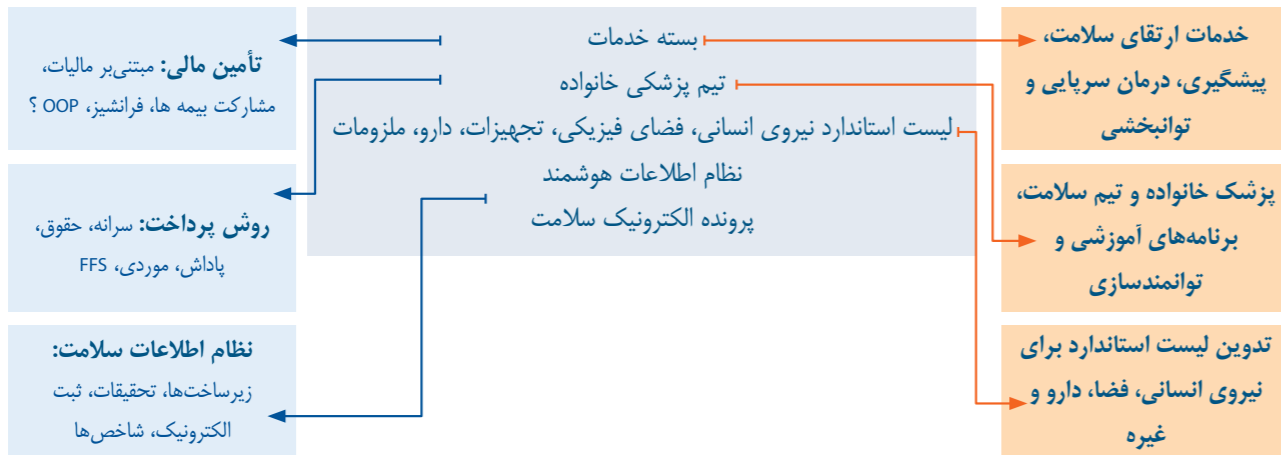
مدل طراحی شده برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

سیستم مدیریت سلامت منطقه، ارتباط با سطوح بالاتر ارائه خدمات فعال، برونسپاری و خرید راهبردی، عدم تمرکز، خدمات ادغام یافته، پایش، ارزشیابی و ارتقای مستمر کیفیت

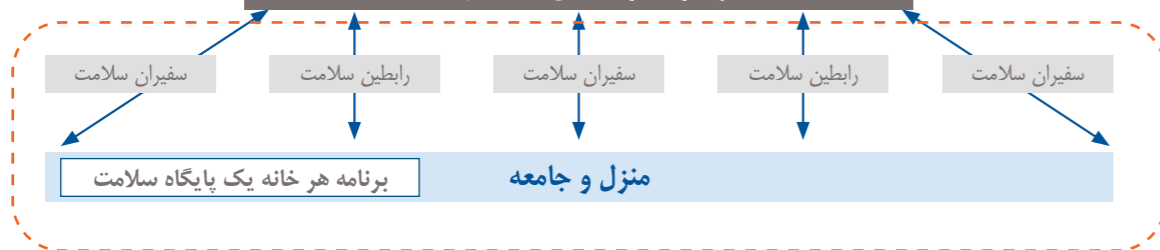
سطوح ۲ و ۳ مراقبت‌های سلامت

ارجاع
پس‌خوراند
پیگیری

مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه (PHC)، سطح ۱



افراد و خانواده‌های ثبت‌نام شده



ساماندهی ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جامعه عشایری کشور



راه‌اندازی ۱۲۰ خانه بهداشت عشایری



اختصاص ۲۱۶ مجوز بهورز عشایری

اختصاص ۱۵ مجوز مامای عشایری

سفارش ساخت ۱۶۰ کانکس



سفارش ساخت ۱۵ چادر با ستون‌های بادی

سفارش ساخت ۷۵ توالت بهداشتی

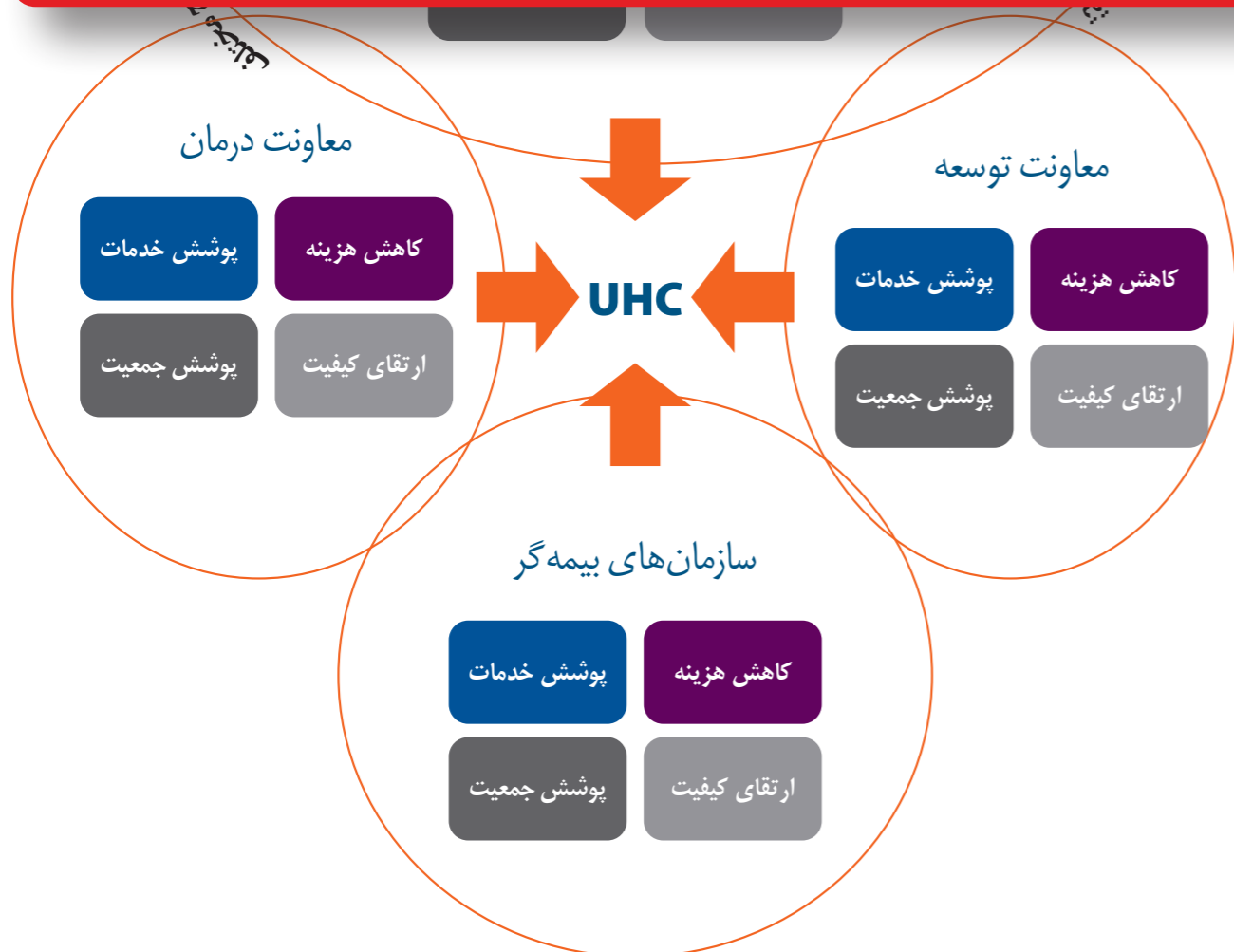


پرونده الکترونیک سلامت

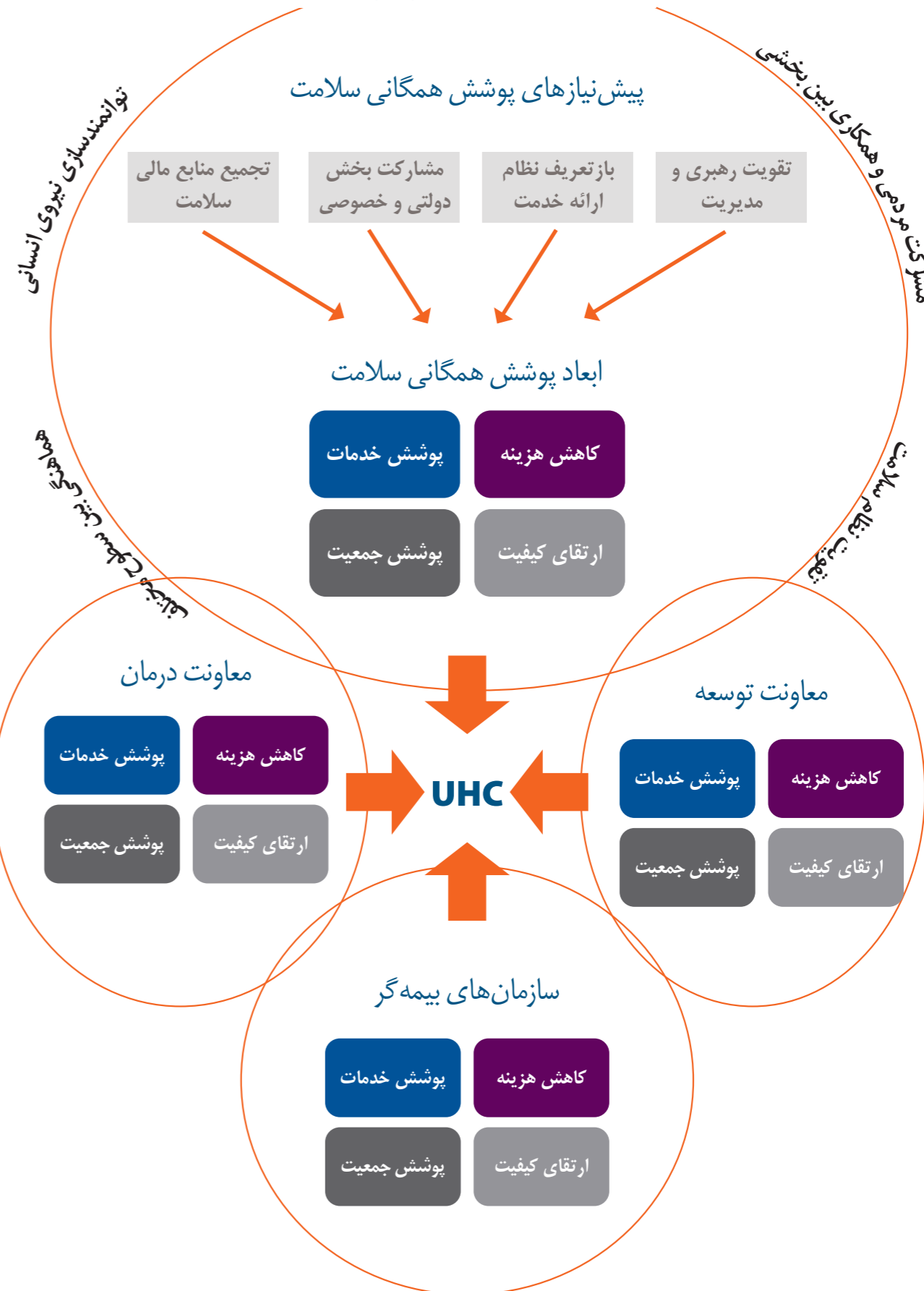
برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت

ارتقای مستمر کیفیت خدمات

برنامه پزشکی خانواده



سازمان برنامه و بودجه



اقدامات حوزه معاونت درمان در زمینه پوشش همگانی سلامت

وجود دارد؛

- تاکنون نزدیک به ۶۰۰ دستورالعمل برای اجرا در حوزه بالینی^۳ با کمک انجمن‌ها و اعضای مورد تدوین و ابلاغ شده است و برای بیش از نیمی از آن‌ها برای خرید راهبردی طراحی شده است و توسط سازمان‌های بیمه‌گر در حال اجرا است؛
- در حوزه نظام اطلاعات سلامت، خیلی از بیمارستان‌ها هم‌اکنون مجهز به داشبورد اطلاعاتی هستند. بیش از ۴۰۰ بیمارستان از ۶۰۰ بیمارستان در کشور تمام اسنادشان را به‌صورت الکترونیک برای سازمان‌های بیمه ارسال می‌کنند؛
- تعداد تخت‌های بیمارستانی براساس استان‌های کشور در ادامه ارائه شده است (شکل ۸ و ۹).

در جدول ۲، شاخص‌های دسترسی و عملکردی ارائه شده است. تعداد بیمارستان‌ها و تعداد تخت‌ها، در منطقه مدیترانه شرقی در شکل ۱۰ و ۱۱ ارائه شده است که ایران در کشورهای با تعداد تخت پایین‌تر نسبت به جمعیت قرار دارد. ضریب اشغال تخت در شکل ۱۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های دسترسی و عملکردی بخش درمان در ایران، وزارت بهداشت و کشورهای OECD

کشوری	وزارت بهداشت	OECD	
۱/۷۳	۱/۲	۴/۷	تخت
۳/۴۵	۱/۱۶	۱۵/۹	MRI
۷/۹۱	۴/۱۳	۲۵/۷	CT
۶۸/۵۹	۷۰/۶	۷۵/۷	ضریب اشغال تخت
۲/۷	۳	۷/۸	طول مدت اقامت

در حوزه درمان، مهم‌ترین اقدامی که هم‌اکنون در حال اجرا است، گذار از بیمار محوری به سمت مردم-محوری شدن ارائه خدمات سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت است. در راستای دستیابی به این هدف باید کل جامعه را در نظر بگیریم و خدمات را به‌طور ادغام یافته ارائه دهیم. در ادامه مواردی در راستای ابعاد پوشش همگانی سلامت ارائه می‌شود و نیز وضعیت فعلی، سپس چالش‌ها و راه رو به آینده در این حوزه برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ارائه شده است.

وضعیت فعلی

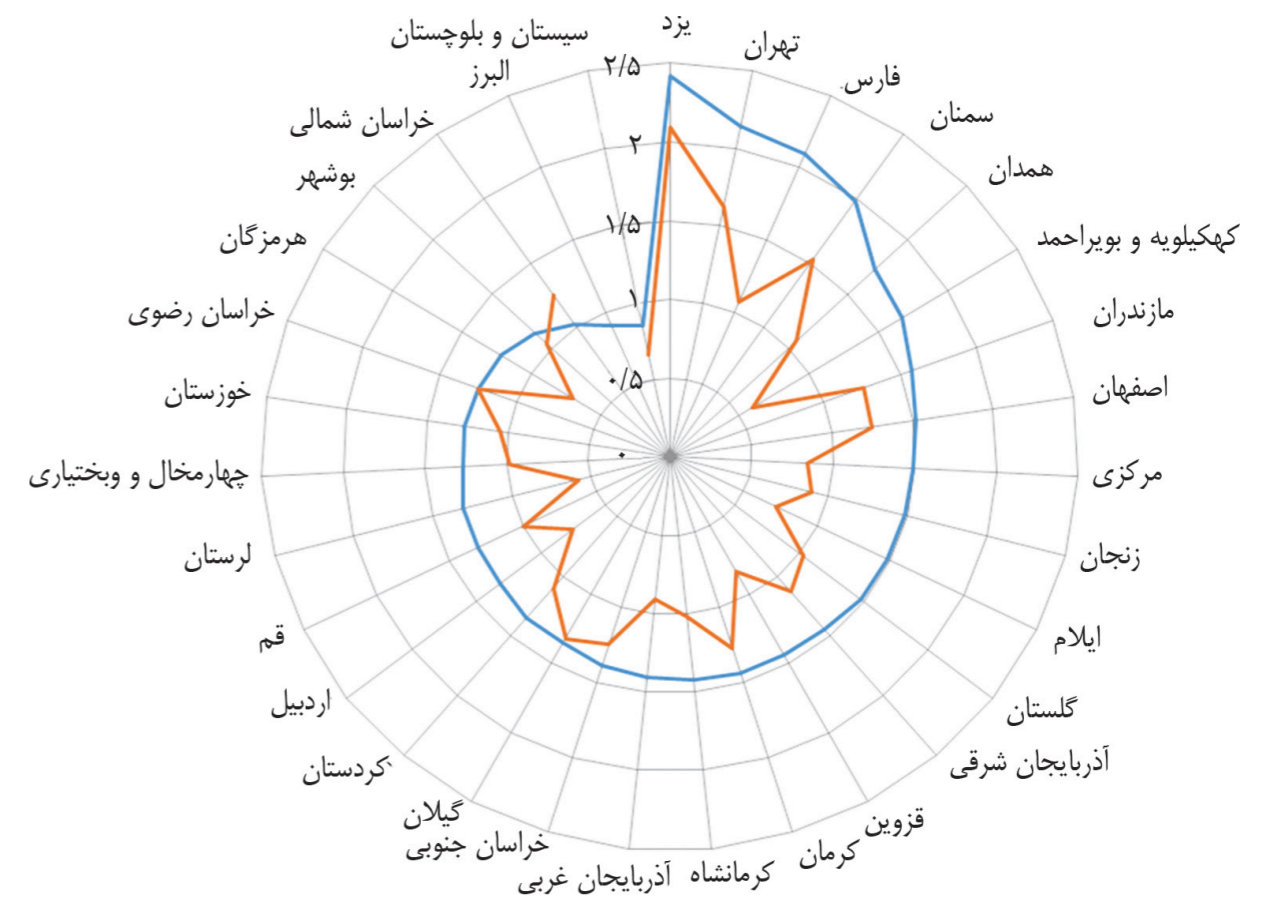
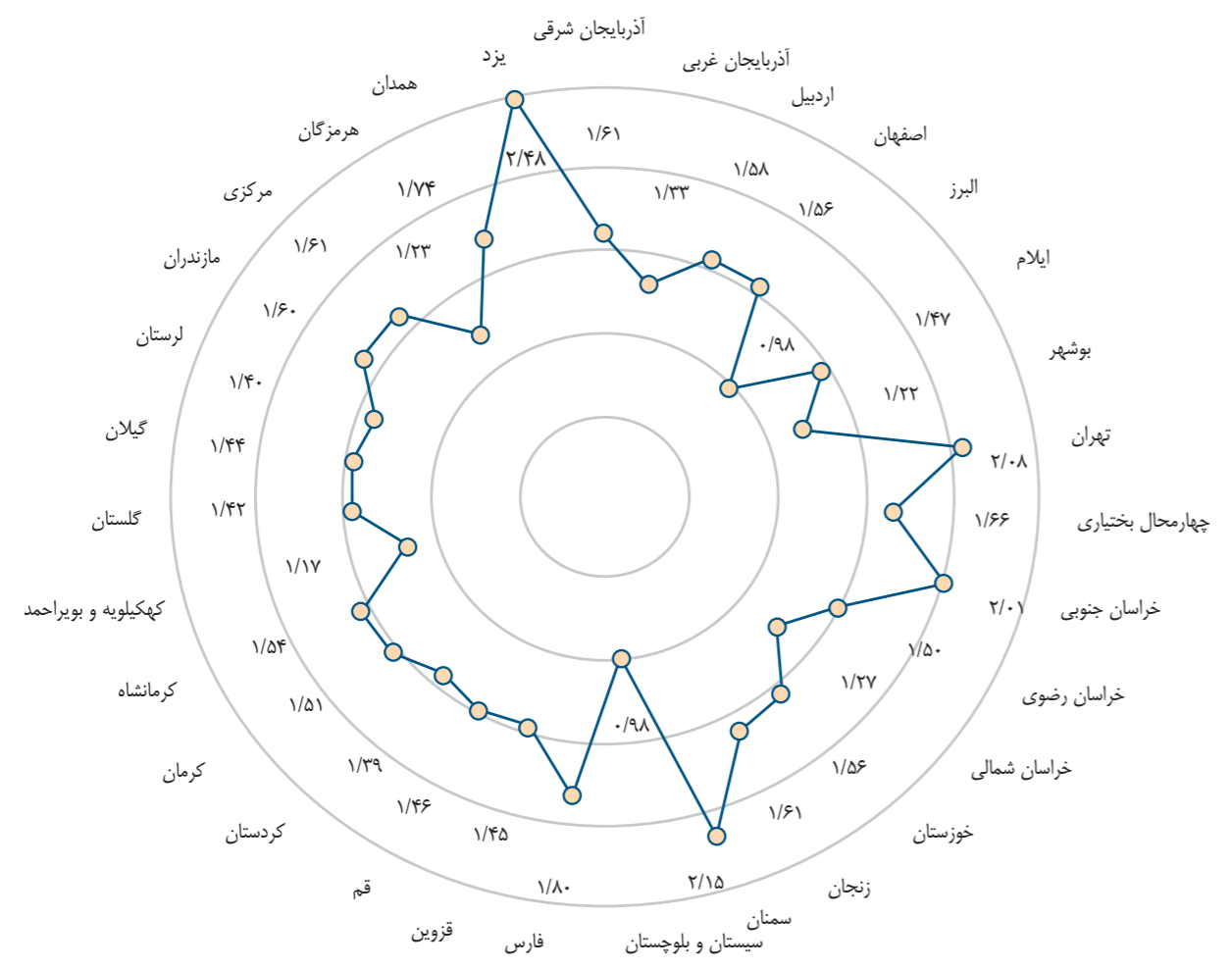
- در بخش بستری با اجرای طرح تحول سلامت تعداد و همچنین توزیع تخت‌های بیمارستانی در کشور بهبود قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده و به دسترسی یکسان یا نزدیک به یکسان به خدمات بستری کمک نموده است. در بخش خدمات سرپایی، در جریان اجرای طرح تحول سلامت نزدیک به ۲۵۰ کلینیک ویژه به بهره‌برداری رسیده است. این اقدامات پرداخت از جیب را بهبود داده است؛
- هم‌اکنون سطح‌بندی خدمت در این حوزه با همکاری سایر حوزه‌ها طراحی شده و بسته خدمتی^۱ برای خیلی از رشته‌های تخصصی تعریف شده است؛
- در زمینه سامان‌دهی نظام ارجاع با محوریت حوزه بهداشت کارهای بسیار خوبی در کشور شده است. در حال حاضر این نظام ارجاع جدید در چندین استان در حال آزمون می‌باشد؛
- یکی از دستاوردهای چند سال اخیر، آموزش مدیران به‌ویژه مدیران بیمارستانی است که در حال حاضر به‌صورت ساختارمند انجام می‌شود و مؤسسه‌ای وظیفه آن را برعهده دارد؛
- در زمینه کنترل عفونت، آنتی‌بیوتیک استواریتی^۲ در حال حاضر تقریباً در تمام بیمارستان‌های کشور در حال اجرا می‌باشد؛
- یکی از اقدامات مهم در بهبود کیفیت خدمات، ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. هم‌اکنون در کشور بیش از ۱۰۰ ارزیاب فنی اختصاصی برای اعتباربخشی

1. Service package
2. Antimicrobial Stewardship

3. Clinical Guidelines



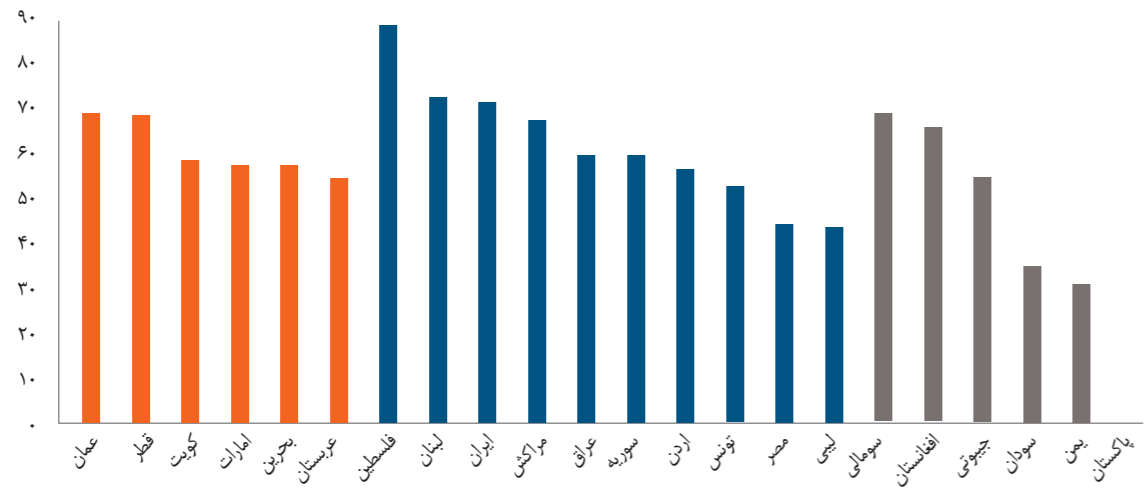
uhc2030
International Health Partnership



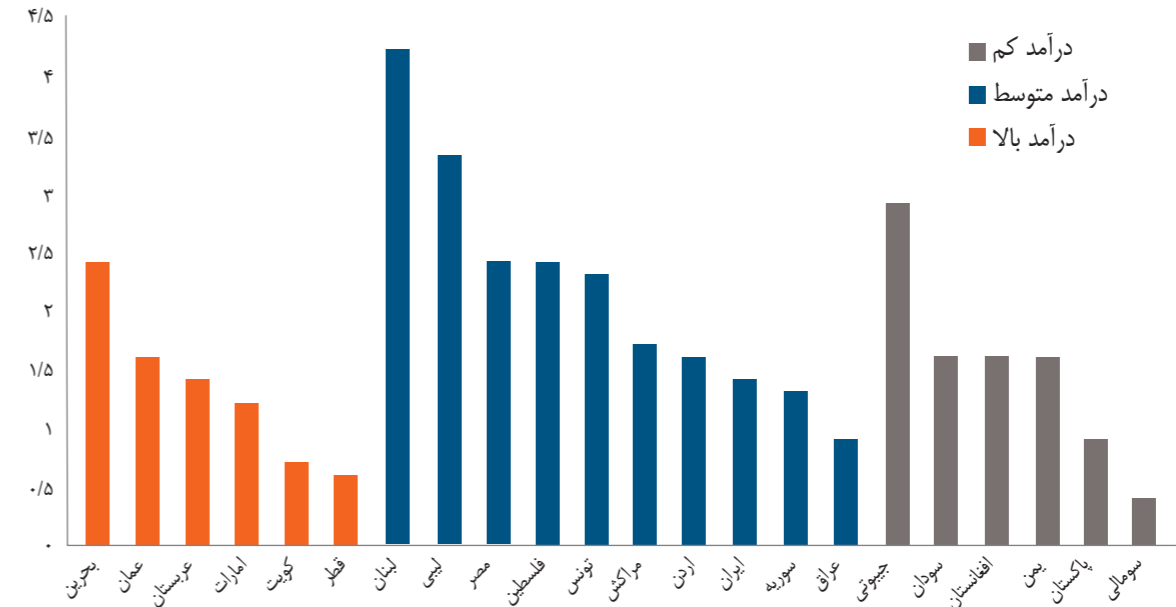
شکل ۹. تخت‌های بیمارستانی در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در کشور در سال ۱۳۹۷

شکل ۸. مقایسه تعداد تخت‌های بیمارستانی در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در کشور در سال ۱۳۷۷ (نارنجی) و ۱۳۹۵ (آبی)



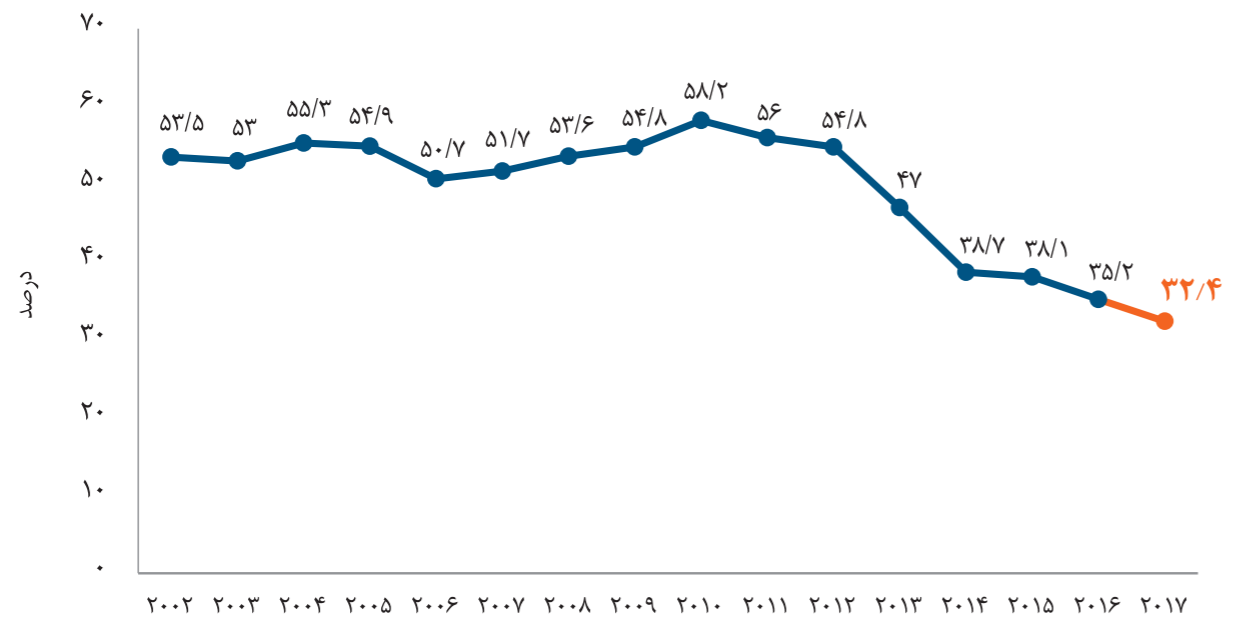


شکل ۱۲. ضریب اشغال تخت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

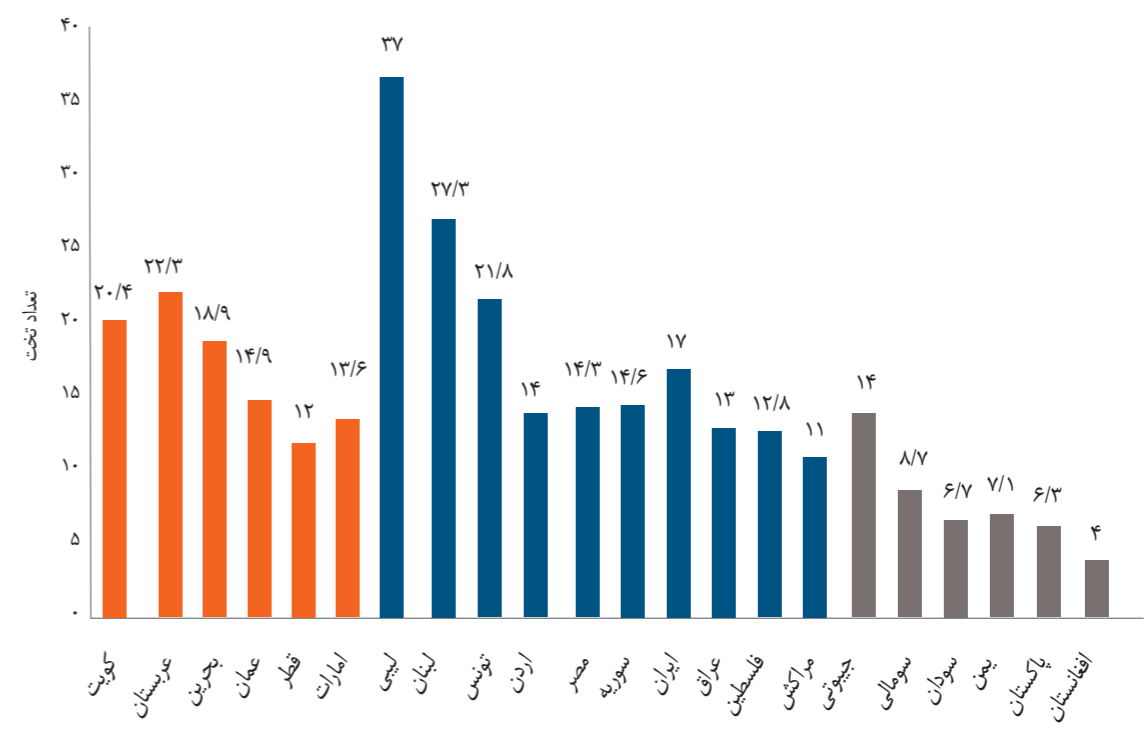


شکل ۱۰. تعداد بیمارستان در صد هزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

سهم پرداختی از جیب از کل هزینه‌های سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت کاهشی بوده است که در شکل ۱۳ ارائه شده است. در سال ۱۳۹۶ (۲۰۱۷)، این سهم به ۳۲٫۴ درصد رسیده است.



شکل ۱۳. سهم پرداختی از جیب به تفکیک سال (درصد)



شکل ۱۱. تعداد تخت‌های بیمارستانی در صد هزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

System level



Vision	<ul style="list-style-type: none"> UHC Change Paradigm Shift Community Engagements
Governance of Hospitals	<ul style="list-style-type: none"> Redesign Regionalization and Catchment Area
System Architecture	<ul style="list-style-type: none"> Hospital service package Palliative care Referral system
Quality Regulation	<ul style="list-style-type: none"> Enforcing Patient safety standards Mandatory Accreditation
Service Planning	<ul style="list-style-type: none"> Develop Guidelines Clinical governance framework HTA
Workforce Policies	<ul style="list-style-type: none"> HR planning Health managers development Institute
Payment System	<ul style="list-style-type: none"> Piloting DRG
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Management Information System (Dashboard)
Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> Patient Safety Friendly Hospital Telemedicine and E Health's
Information Systems	<ul style="list-style-type: none"> Electronic Health Record Piloting ICD11 Coding

● چالش‌ها و راه رو به آینده حوزه درمان در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

- هنوز بین ارائه‌کننده خدمت و خریدار خدمت ارتباط مناسبی وجود ندارد، در این زمینه اقداماتی در حال اجرا می‌باشد؛
- نظام پرداخت در مراقبت‌های اولیه سلامت و بیمارستان‌ها کاملاً متفاوت است که ضرورت دارد هر چه سریع‌تر حل شود؛
- بیمارستان‌ها با یکدیگر و با مراکز بهداشت در جذب بیمار در حال رقابت هستند. در حال حاضر عملاً فرد بیمار تصور می‌کند که اگر به بیمارستان برود خدمات بهتری دریافت می‌کند و بیمارستان هم سعی می‌کند بیمار بیشتری بستری کند، چون تصور افزایش درآمد از این راه دارد. ولیکن ما از یک منبع عملاً داریم مصرف می‌کنیم و هرچه در بیمارستان بیشتر مصرف کنیم عملاً در بخش بهداشت باید کمتر هزینه کنیم. در واقع بحث رقابتی بودن ارائه خدمات سلامت در ایران معضل است (در بخش دولتی) و این به این دلیل است که ارائه خدمات هنوز جامع نیست و همچنان چندپارچگی^۱ ارائه خدمت را داریم؛
- پاسخ‌گویی^۲ و سپس مشارکت جامعه^۳ در این حوزه ضعیف است؛
- نیروی انسانی در این حوزه هنوز تفکر بیمار محوری دارد و سلامت محور اقدام نمی‌کند و صلاحیت‌های حرفه‌ای^۴ بر این اساس طراحی نشده است؛
- یکی از مشکلات ریشه‌ای در حوزه درمان در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، اشتغال همزمان دوگانه^۵ است؛
- تحریم‌ها دسترسی به داروهای اساسی را با مشکلاتی مواجه کرده است؛
- به دلیل این‌که ورود تکنولوژی و داروهای جدید براساس ارزیابی‌های بومی فناوری سلامت^۶ نیست و براساس تأیید سازمان غذا و دارو^۷ است، این موضوع مشکلات زیادی به بار می‌آورد و منجر به پرداخت هزینه‌های هنگفت در حوزه سلامت می‌شود؛
- با وجود انجام اقداماتی در حوزه اطلاعات سلامت، هنوز ما به
 1. Fragmentation
 2. Accountability
 3. Community Engagement
 4. Health Professional Competency
 5. Dual Practice
 6. Local HTA
 7. FDA Approved

- اطلاعات سلامت ادغام یافته دسترسی پیدا نکرده‌ایم؛
 - علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان در سال‌های اخیر، هنوز نسبت تعداد تخت به جمعیت، نسبت تعداد بیمارستان‌ها به جمعیت نسبت به کشورهای منطقه پایین‌تر است همچنین توزیع و پراکندگی تخت‌های بیمارستانی در کشور نیز با وضعیت ایده‌آل فاصله دارد؛
 - خدمات سلامت به صورت پراکنده ارائه می‌شود و خدمات یکپارچه^۸ در کشور نداریم. بیماران مجبور هستند برای دسترسی به برخی از خدمات مسافت زیادی را طی کنند؛
 - منطقه‌ای شدن^۹ یکی دیگر از مشکلات این قسمت است. به طور مثال، در استان خراسان رضوی، شهر تایباد و دانشگاهی به نام تربت‌جام داریم. شهر تایباد در آن سوی تربت‌جام است که وصل به مرز است ولی تایباد وابسته به دانشگاه مشهد است. یعنی تمام ساکنین تایباد عملاً خدماتشان را از دانشگاه تربت‌جام می‌گیرند ولی از نظر دانشگاهی وابسته به دانشگاه مشهد هستند. عین همین مشکل در شهر خواف و رُشتخوار در استان خراسان رضوی وجود دارد. این شهرها در آن سوی تربت‌حیدریه قرار دارند ولیکن تربت‌حیدریه، خودش مستقل است و عملاً هیچ مسئولیتی در قبال این بیماران ندارد و این بیماران وابسته به دانشگاه مشهد هستند. این نوع منطقه‌ای شدن خدمات، مشکلاتی به بار آورده است؛
 - نتیجه محور^{۱۰} بودن در ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها جایگاه پررنگ‌تری پیدا خواهد کرد. در حال حاضر اعتباربخشی به صورت نتیجه محور انجام نمی‌شود؛
 - اصلاح کدهای بیماری‌ها و رفع اشکالات کدهای ICD نسخه ۱۱م در حال اجرا می‌باشد؛
 - اخیراً دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، چارچوبی را برای اجرای بهتر خدمات سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت طراحی کرده است که این مدل ارائه شده در حوزه درمان وزارت بهداشت در حال ارزیابی برای پیاده‌سازی است. با توجه به این موضوع که ایران در اجلاس ۶۶م منطقه مدیریتانه شرقی متعهد به اجرای این مدل شده است، ضرورت اجرا وجود دارد؛
 - اقداماتی برای افزایش کیفیت ارائه خدمات سلامت در حال ارزیابی برای اجرا است. معاونت درمان باید با همراهی معاونت بهداشت بتواند طبقه‌بندی خطر^{۱۱} برای بیماری‌ها را انجام دهد تا امکان ارائه مناسب خدمات با کیفیت مطلوب فراهم شود.
8. Comprehensive
 9. Regionalization
 10. Outcome Base
 11. Risk Stratification





Success in Health Sectors

Facilitation Access to Outpatients Services /
Reduction of Hospital's Load

Regionalization of Resource Distribution based
on Needs

Planning to reduce cesarean section
Reduce of Maternal & Neonatal Mortality

Reduction in Out of Pocket & catastrophic
expenditures

Development of a cascaded modular training
program

Attempts to Infection Control and Antibiotic
Stewardship

Improving the hospital evaluation and Mandatory
Accreditation

اقدامات سازمان‌های بیمه سلامت در زمینه پوشش همگانی سلامت

سرشماری اضافه شد و آن این بود که آیا دفترچه بیمه درمان را دارید اگر جواب خیر بود که هیچ، اگر پاسخ بله بود سؤال می‌شد که کدام دفترچه را شما دارید؟ براساس این آمار اعلام شده است که نزدیک ۱۰ (۱۰/۳۳) درصد افراد همچنان پوشش درمانی بیمه سلامت را ندارند.

گزارشی که اخیراً توسط بانک جهانی براساس مطالعه انجام شده در ۲۴ کشور با درآمد متوسط به بالا برای پوشش همگانی منتشر شده، تأکید شده است که پوشش بیمه بر مبنای مبتنی بر بیمه بدون اجبار به ۱۰۰ درصد نخواهد رسید.

در ماده ۳۸ قانون برنامه ایران نیز دقیقاً به این موضوع اشاره شده بود و در برنامه ششم هم به همین صورت در بند الف اشاره شده است.

براساس گزارش مبنای حساب‌های ملی سلامت ایران، در سال ۱۳۹۵، سهم ۳ بیمه پایه اصلی به ۳۱/۲ درصد رسیده است. در حالی که این سهم در سال‌های قبل ۱۸/۳ درصد بوده است. یک بخش عمده افزایش آن به بحث برنامه طرح تحول سلامت بر می‌گردد.

جمعیتی که در بیمه سلامت تحت پوشش است هم‌اکنون حدود ۴۰ میلیون نفر هستند.

موضوع مهم این است که داوطلبانه نمی‌توان پوشش همگانی بیمه سلامت فراهم کرد. لذا تکلیف ما براساس بیمه چه هست؟ اگر ما در راستای پوشش همگانی اقدام کنیم، آنجایی هست که باید به این سمت برویم که بتوانیم در واقع اجبار را پیاده کنیم. خوشبختانه آیین‌نامه اجرایی این موضوع، در دولت در مورخ ۱۰ شهریور سال ۱۳۹۸، به دستگاه‌های اجرایی مربوطه و از جمله سازمان بیمه سلامت ابلاغ شد و سازمان بیمه سلامت با همکاری با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در خصوص بحث ارزیابی و توسعه، این پوشش همگانی را فراهم آورد. برای این که افراد توان مالی خودشان را ندارند منتج شد به این که بحث ارزیابی و توسعه اتفاق بیفتد و حدود ۸۰۰ هزار نفر تاکنون درخواست ارزیابی و توسعه کردند. پوشش دقیق از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اعلام شده و یک ماه فرصت دارند برای این که این کار اتفاق بیفتد.

در سال ۱۳۹۳، به دنبال اجرای طرح تحول سلامت خوشبختانه تا حدودی همگانی شدن بیمه سلامت اتفاق افتاد و تمام افرادی که تحت پوشش بیمه نبودند به‌طور رایگان تحت پوشش بیمه درآمدند. این موضوع از سویی عادلانه تلقی نمی‌شد چون بهره‌مندی از یارانه‌ها براساس توسعه اتفاق نیفتاد و در رویکرد اخیر بیمه‌های سلامت درصدد اصلاح این موضوع هستند.

تعریف دسترسی^۱ در پوشش همگانی سلامت که در سازمان جهانی بهداشت اعلام شده شامل سه قسمت است که عبارتند از سه جزء: در دسترس بودن^۲، مقرون به صرفه بودن^۳ و قابل پذیرش بودن^۴.

در بحث مقرون به صرفه بود موارد زیر باید مد نظر قرار گیرد:

- اگر مردم نیاز به مراقبت سلامت داشتند بایستی هزینه‌های بالا مانع دسترسی آن‌ها نشود؛
- اگر وقتی که دسترسی پیدا کردند هزینه کمرشکن را متحمل نشوند؛

● اگر هزینه‌های مراقبت سلامت به آن‌ها تحمیل شد به ورطه فقر نیفتند.

سه کارکرد نامبرده را هم سازمان جهانی بهداشت و هم بانک جهانی بر آن اصرار دارند و سپس بحث اهداف هزاره، تبدیل شد به اهداف توسعه پایدار که در هدف شماره ۳ اهداف توسعه پایدار به تفصیل به آن پرداخته شده است.

براساس اهداف مشخص شده در برنامه ششم توسعه برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت بایستی در سال ۱۴۰۰ هزینه‌های کمرشکن به عدد یک درصد، ضریب پوشش بیمه‌های درمانی از ۹۶ به ۱۰۰ درصد و ضریب پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی به عدد ۷۵ درصد برسد.

بیمه‌های سلامت در کشور ما دو گونه تقسیم شده است:

- مبتنی بر استخدام است (نوع کار فرد)؛
- براساس جغرافیای سکونت است.

در نوع استخدام با فرد، یا کارمند بخش دولتی (کشوری) است که بیمه سلامت و بیمه خدمات درمانی به او تعلق می‌گیرد یا در نیروهای مسلح و سازمان‌های لشگری کار می‌کند و در صورتی که مشمول قانون کار باشد نوع بیمه وی، تأمین اجتماعی تلقی می‌شود.

در صورتی که فرد بیمه نباشد ولی در روستا ساکن باشد یا شهر زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر، باز صندوقی می‌شود مجزا که زیر پوشش سازمان بیمه سلامت ایران است.

در سرشماری عمومی نفوس مسکن سال ۲۰۱۶ میلادی (۱۳۹۵) براساس درخواست سازمان بیمه سلامت یک سؤال به سؤالات

1. Access
2. Availability
3. Affordability
4. Acceptability

Medical University

Regional Health Council

Clinic

Hospital

Integrated Supply Chain

Integrated Administrative Affairs

Health Center

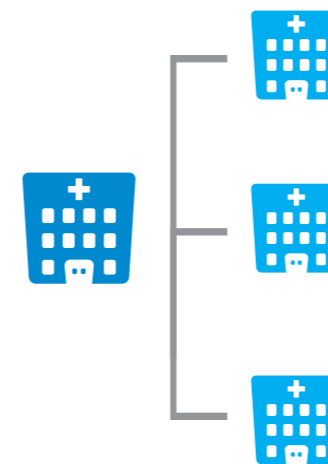
Main Hospital



Health House



Hospital Network



Health Post



Home Care



uhnc 2030
International Health Partnership

قوانین بالادستی مرتبط با پوشش همگانی سلامت

- اصول ۳ و ۲۹ قانون اساسی؛
- ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه (بیمه اجباری)؛
- مواد ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه (خرید راهبردی)؛
- ماده ۴۶ و ۳۷ قانون الحاق ۲ (عدالت در سلامت)؛
- سیاست‌های کلی سلامت.
- بند ۱۰- تأمین مالی پایدار با تأکید بر:
 - ۱-۱۰: شفاف‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها؛
 - ۲-۱۰: افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی؛
 - ۳-۱۰: وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور؛
 - ۴-۱۰: پرداخت یارانه به بخش سلامت.



نقش بودجه سال ۱۳۹۹ و برنامه ششم توسعه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

بودجه سنواتی وزات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۹

در بودجه سنواتی لایحه سال ۱۳۹۹، بخش سلامت ۴۶ هزار میلیارد تومان (معادل ۴۶۰ هزار میلیارد ریال) اعتبار به خود اختصاص داده است که در قالب اعتبارات به دانشگاه‌ها ردیف‌هایی ذیل وزارت بهداشت، یک درصد ارزش افزوده، هدفمندی و بحث‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای است و از این ۴۶ میلیارد تومان اعتباری که برای بخش حوزه سلامت در بودجه سال ۱۳۹۹ وجود دارد حدود ۴۰ درصد آن یعنی ۱۲ هزار میلیارد تومان از محل منابعی است که منابع پایدار محسوب می‌شوند (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳. اعتبارات حوزه سلامت در لایحه سال ۱۳۹۹ - میلیون ریال

شرح	عملکرد ۱۳۹۷	لایحه ۱۳۹۸	قانون ۱۳۹۸	کاهش ۱۳۹۸	برآورد لایحه ۱۳۹۹	رشد به قانون ۱۳۹۸	رشد به کاهش ۱۳۹۸
ردیف‌ها و دانشگاه‌های جدول ۷	۲۳۴,۰۴۳,۶۷۴	۲۶۹,۸۳۹,۰۰۰	۲۷۲,۵۸۴,۲۲۴	۲۳۳,۸۸۹,۲۶۷	۳۱۱,۴۳۳,۸۶۶	۱۴	۳۳
طرح تحول سلامت- درآمد اختصاصی	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	۴۷,۵۳۰,۰۰۰	۵۲,۰۰۰,۰۰۰	۶	۹
یک درصد ارزش افزوده (هزینه‌ای)- وزارت بهداشت	۲۹,۸۵۳,۱۷۰	۲۳,۴۴۹,۹۳۰	۴۳۴۴۹۹۳۰	۴۳,۶۸۶,۷۲۸	۴۶,۲۶۸,۰۰۰	۶	۶
یک درصد ارزش افزوده (تملك دارایی‌های سرمایه‌ای)	۱۹,۸۰۲,۰۰۰	۴۰,۵۷۱,۰۰۰	۲۰,۵۷۱,۰۶۰	۶,۵۸۲,۷۳۹	۲۸,۰۱۲,۰۰۰	۳۶	۳۲۶
سایر ردیف‌های متفرقه و هزینه‌ای	۱۸۵,۰۰۰	۴,۸۸۷,۰۰۰	۵۵۱۲۲۶۲	۱,۷۳۶,۳۶۳	۲,۷۵۰,۵۲۶	۵۰-	۵۸
سایر ردیف‌های متفرقه تملك دارایی‌های سرمایه‌ای	۳۰,۴۶۰	۶۱۴,۰۰۰	۱۶۹۹۲۸۰	۵۴۳,۷۷۰	۵۳۴,۰۱۳	۶۹-	۲-
تملك دارایی‌های سرمایه‌ای	۹,۷۸۹,۹۹۱	۹,۶۶۸,۰۰۰	۱۶۷۷۷۶۹۸	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۸۶,۶۹۹	۱	۷۷
جمع کل	۳۱۱,۲۰۴,۲۹۵	۳۹۸,۰۲۸,۹۳۰	۴۰۹,۵۹۴,۴۵۴	۳۴۳,۵۶۸,۸۶۷	۴۵۷,۹۸۵,۱۰۴	۱۲	۳۳

جدول ۴. برآورد اعتبارات هزینه‌ای سلامت لایحه ۱۳۹۹ - میلیون ریال

شماره طبقه‌بندی	عنوان دستگاه	مصوب ۱۳۹۸	کاهش ۱۳۹۸	لایحه ۱۳۹۹	رشد لایحه به ۱۳۹۹	رشد لایحه به ۱۳۹۸	رشد به قانون ۱۳۹۸	رشد به کاهش ۱۳۹۸
جمع کل		۲۱۴,۹۲۶,۳۹۸	۱۹۷,۷۴۰,۰۰۱	۲۰۷,۷۴۷,۳۶۴	۲۰۷,۷۴۷,۳۶۴	۳۷,۹۲۹,۰۰۲	۲۴۵,۶۷۶,۳۶۶	۱۴
جمع دانشگاه‌ها		۱۶۵,۴۲۶,۳۹۳	۱۵۲,۳۲۸,۰۹۵	۱۹۱,۱۵۵,۶۳۶	۱۹۱,۱۵۵,۶۳۶	۰	۱۹۱,۱۵۵,۶۳۶	۱۵
۱۲۹۰۰۰	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴,۲۷۳,۳۱۱	۳,۹۱۶,۵۳۹	۴,۵۸۲,۹۰۸	۴,۵۸۲,۹۰۸	-	۴,۵۸۲,۹۰۸	۷
۱۲۹۰۵۰	هیئت‌امنا صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران - کمک	۲۰۰,۰۰۰	۱۸۴,۱۶۴			۲۱۸,۰۰۰	۲۱۸,۰۰۰	۹
۱۲۹۰۶۰	سازمان اورژانس کشور	۱,۸۷۵,۰۰۰	۱,۷۲۶,۵۳۹	۲,۳۵۴,۳۵۰	۲,۳۵۴,۳۵۰	-	۲,۳۵۴,۳۵۰	۲۶
۱۲۹۰۸۴	اورژانس استان تهران	۲,۷۹۴,۶۳۳	۲,۵۷۳,۳۵۷	۳,۳۲۶,۱۵۰	۳,۳۲۶,۱۵۰	-	۳,۳۲۶,۱۵۰	۱۹
۱۲۹۱۰۰	بنیاد امور بیماری‌های خاص «هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی، سرطانی و ام.اس و بیماری‌های نادر از جمله اوتیسم و □□ (کمک) ۱	۹۰۰,۰۰۰	۸۲۸,۷۳۹	۹۸۱,۰۰۰	۹۸۱,۰۰۰	-	۹۸۱,۰۰۰	۹
۱۲۹۱۲۸	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران	۱۰۰,۰۰۰	۹۲,۰۸۲	۱۰۹,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰	-	۱۰۹,۰۰۰	۹
۱۲۹۲۰۳	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای برنامه پزشک خانواده (از محل یک درصد مالیات سلامت)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۲۰۸,۲۱۰			۱۰,۹۰۰,۰۰۰	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	۹
۱۲۹۴۰۰	سازمان غذا و دارو	۴۱۲,۵۰۳	۳۷۹,۸۴۲	۴۵۵,۲۹۸	۴۵۵,۲۹۸	-	۴۵۵,۲۹۸	۱۰
۱۲۹۴۰۱	سازمان غذا و دارو - مرکز تحقیقات حلال	۶۳,۰۰۰	۵۸,۰۱۲	۶۳,۰۰۰	۶۳,۰۰۰	-	۶۳,۰۰۰	۰
۱۲۹۴۵۱	ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۱,۳۳۲	۱,۸۸۵,۰۰۰	۱,۸۸۵,۰۰۰	-	۱,۸۸۵,۰۰۰	۲۶
۱۲۹۴۵۳	یارانه دارو و شیرخشک	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۶۰۴,۱۰۵			۵,۴۵۰,۰۰۰	۵,۴۵۰,۰۰۰	۹
۱۲۹۴۵۴	درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج و کمک به مجمع خیرین سلامت، زنجیره امید، بیمارستان محکم و موسسه محکم و بیماری اپیدرمولایزس بلوزا و سلیاک	۱,۶۶۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۹۳۸			۱,۸۰۹,۴۰۰	۱,۸۰۹,۴۰۰	۹
۱۲۹۴۵۹	کمک به اجرای سیاست‌های جمعیتی کشور	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۸۱۳,۲۲۶			۲,۱۸۰,۰۰۰	۲,۱۸۰,۰۰۰	۹
۱۲۹۵۰۰	سازمان انتقال خون ایران	۱,۵۵۲,۰۱۷	۱,۴۲۹,۱۲۹	۱,۶۹۱,۶۹۹	۱,۶۹۱,۶۹۹		۱,۶۹۱,۶۹۹	۹
۱۲۹۵۴۹	کاهش نرخ داروهای ساخته‌شده، مواد اولیه دارو، واکسن، شیرخشک، کیت و کیسه خون و مواد مصرفی پزشکی	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۷۳۳,۱۲۶			۱۷,۳۷۱,۶۰۲	۱۷,۳۷۱,۶۰۲	۹
۱۲۹۵۸۵	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت	۳۰,۰۰۰	۲۷,۶۲۵	۳۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	-	۳۰,۰۰۰	۰
۱۲۹۵۸۶	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - موسسه عالی توسعه مدیران نظام سلامت ایران	۳۰,۰۰۰	۱۸,۴۱۶	۳۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	-	۳۰,۰۰۰	۰
۱۳۰۵۰۰	انسیتو یاستور ایران	۱,۰۰۳,۱۴۱	۹۲۶,۶۱۶	۱,۰۹۳,۴۲۴	۱,۰۹۳,۴۲۴	-	۱,۰۹۳,۴۲۴	۹

برای بیماران خاص و صعب‌العلاج از چهار محل بنیاد امور بیماری‌های خاص (۹۸۱,۰۰۰ میلیون ریال)، طرح تحول سلامت (۲,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال)، ردیف بیماری‌های صعب‌العلاج ذیل ستاد وزارت بهداشت و درمان (۱,۸۰۹,۴۰۰ میلیون ریال) و سازمان بیمه سلامت (۷,۴۹۳,۱۰۵ میلیون ریال) جمعاً مبلغ ۱۲,۲۸۴ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۹ منظور شده است که نسبت به مصوب سال قبل ۶ درصد رشد داشته است. بابت یارانه دارو و شیرخشک و واکسن از دو محل ردیف ۱۲۹۴۵۳ و طرح تحول سلامت جمعاً به میزان ۸۴۵۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۹ تأمین اعتبار شده که نسبت به اعتبار مصوب سال ۱۳۹۸ حدود ۷۰ درصد رشد دارد.



UHC2030
International Health Partnership

یک موضوع مهم در بودجه سال ۱۳۹۹، بحث یارانه دارو، شیر خشک و واکسن است. با توجه به افزایش قیمت دلار، این اعتبارات در سال ۱۳۹۹ برابر با ۷۰ درصد، افزایش اعتبار خواهد داشت. در مورد بیماران خاص و صعب‌العلاج، در بودجه از ۴ محل الان اعتبار دارند می‌گیرند: از محل طرح تحول سلامت، از محل اعتبارات بیمه سلامت، از محل اعتبارات بنیاد بیماری‌های خاص و از اعتبارات خود وزارت بهداشت در ردیف‌ها. مجموعاً این اعتبارات ۱۲۰۰ میلیارد تومان است و در صورتی که این موارد در یک قالب قرار گیرد، به مراتب می‌تواند کارایی بالاتری داشته‌باشد. در ادامه در جدول ۵، بودجه اختصاصی طرح تحول سلامت ارائه شده است. رشد اعتبارات نسبت به سال قبل برای این موضوع ۶ درصد افزایش دارد.

جدول ۵. بودجه طرح تحول سلامت- ۱۳۹۱۳۰ - میلیون ریال

عنوان دستگاه اجرایی	مصوب ۱۳۹۸	لایحه ۱۳۹۹	رشد ۱۳۹۹ به ۱۳۹۸
جمع	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	۵۲,۰۰۰,۰۰۰	۶
برنامه ارائه خدمات بهداشت شهری	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۳-
اجرای برنامه پزشک خانواده	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی	۲,۳۳۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۴-
برنامه ارائه خدمات درمانی	۳۶,۶۷۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۹
حفاظت و حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج	۲,۱۶۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۷-
تأمین نیروی انسانی متخصص در مراکز بهداشتی و درمانی	۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۰۰
یارانه دارو، شیرخشک، واکسن، کیت و کیسه خون	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰
کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۲,۳۱۰,۰۰۰	۲۱,۸۰۰,۰۰۰	۲-
ماندگاری پزشکان در مناطق محروم	۱,۸۸۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۷-
حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴,۸۲۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۸۳-
پایگاه‌های اورژانس هوایی	۷۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳
فرانشیز زایمان طبیعی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۰
درمان ناباروری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۰
تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان و توان‌بخشی	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۰
خرید راهبردی خدمات بهداشتی درمانی	۴۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲۷۵

امسال بحث خرید راهبردی حوزه سلامت اهمیت بیشتری پیدا کرده و اعتبارات آن ۲۷۵ درصد افزایش پیدا کرده است. در جدول ۶ اعتبارات تملکی حوزه سلامت و رفاه اجتماعی ارائه شده است. در حوزه سلامت، این اعتبارات ۷ درصد رشد داشته اما در حوزه رفاه اجتماعی کاهش یافته است.

جدول ۶. اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای- میلیون ریال

عنوان	اعتبار پیوست شماره ۱ در سال ۱۳۹۸	اعتبار پیوست شماره ۱ در لایحه ۱۳۹۹	متفرقه سال ۱۳۹۸	متفرقه لایحه ۱۳۹۹	جمع لایحه ۱۳۹۹	رشد (درصد)
سلامت	۱۶,۷۲۳,۶۹۸	۱۶,۹۸۶,۶۹۹	۲۲,۴۲۳,۳۴۰	۲۸,۷۲۱,۷۶۰	۴۵۷۰۸۴۵۹	۱۷
رفاه اجتماعی	۹۵۸,۳۰۲	۸۹۹,۳۰۱	۲,۲۱۴,۱۶۰	۱,۳۵۳,۲۶۰	۲۲۵۲۵۶۱	۲۹-
جمع	۱۷,۶۸۲,۰۰۰	۱۷,۸۸۶,۰۰۰	۲۴,۶۳۷,۵۰۰	۳۰,۰۷۵,۰۲۰	۴۷۹۶۱۰۲۰	۱۳





یکی از شاخص‌های مالی مهم، سهم پرداخت از جیب است. در سال ۱۳۹۷، بخش سلامت ۱۶۳ هزار میلیارد تومان گردش مالی داشته که از این مقدار ۶۰ هزار میلیارد تومان را خانوارها پرداختند. سهم خانوارها معمولاً بالای ۵۰ درصد بوده است و هم‌اکنون به زیر ۴۰ درصد رسیده است. علت این امر این است که هزینه‌ها از محل منابع بخش عمومی دیده شده و نقش منابع بخش عمومی بارزتر شده است و این باعث شده که پرداخت از جیب پایین بیاید (جدول ۷).

جدول ۷. هزینه‌های خانوار از هزینه‌های سلامت سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷ - میلیون ریال

سال	خانوارها	جمع بخش خصوصی	جمع بخش عمومی	جمع صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی	جمع کل هزینه‌های سلامت
۱۳۸۰	۲۲,۹۸۴,۶۷۱	۲۳,۸۰۹,۹۲۰	۱۹,۰۶۲,۴۵۹	۷,۰۳۹,۷۲۱	۴۲,۸۷۲,۳۷۹
۱۳۸۱	۲۶,۹۷۴,۰۸۲	۲۹,۹۵۳,۷۳۹	۲۳,۳۵۳,۰۵۱	۸,۹۱۶,۶۲۳	۵۳,۳۵۱,۲۵۷
۱۳۸۲	۳۱,۰۶۸,۴۶۰	۳۵,۳۶۹,۸۴۶	۳۰,۵۸۵,۱۶۲	۱۱,۲۰۸,۱۶۸	۶۵,۹۸۴,۰۰۳
۱۳۸۳	۴۷,۹۴۵,۷۰۲	۵۳,۷۶۰,۳۲۲	۳۶,۵۶۰,۶۸۶	۱۴,۴۱۶,۶۵۶	۹۰,۵۳۴,۳۱۹
۱۳۸۴	۶۱,۴۶۵,۷۲۵	۶۸,۸۹۱,۱۶۳	۴۷,۳۴۶,۴۴۰	۱۹,۵۰۳,۸۰۹	۱۱۶,۶۴۵,۰۴۹
۱۳۸۵	۶۶,۹۹۸,۸۵۶	۷۵,۶۵۴,۴۲۲	۶۵,۹۰۳,۹۵۵	۲۳,۷۹۳,۹۹۵	۱۴۱,۶۶۷,۴۶۳
۱۳۸۶	۸۷,۷۴۱,۸۴۲	۹۹,۳۲۸,۰۸۷	۷۹,۹۱۰,۷۰۸	۳۰,۳۸۸,۶۴۷	۱۷۹,۳۳۲,۲۲۵
۱۳۸۷	۱۱۴,۲۹۱,۷۹۴	۱۲۹,۷۸۵,۰۹۲	۹۴,۴۵۹,۴۱۳	۳۹,۳۳۵,۲۸۳	۲۲۴,۳۵۹,۳۳۴
۱۳۸۸	۱۵۰,۴۴۵,۰۴۸	۱۷۰,۰۴۲,۸۰۰	۱۱۶,۲۶۶,۲۰۱	۴۵,۷۸۹,۴۸۵	۲۸۶,۳۲۷,۷۱۱
۱۳۸۹	۲۰۶,۵۴۱,۱۰۰	۲۳۴,۳۸۳,۹۷۶	۱۲۴,۸۸۲,۲۶۴	۵۵,۰۰۹,۸۲۴	۳۵۹,۲۸۶,۳۶۲
۱۳۹۰	۲۴۴,۵۸۱,۰۸۳	۲۸۳,۰۰۸,۰۳۲	۱۶۹,۷۵۸,۹۵۷	۶۵,۳۴۶,۵۷۰	۴۵۲,۷۹۳,۱۶۶
۱۳۹۱	۲۷۰,۰۱۷,۵۱۹	۳۲۷,۷۸۷,۹۵۰	۱۸۳,۰۴۶,۸۰۴	۸۶,۴۹۴,۹۹۹	۵۱۰,۸۷۲,۴۲۹
۱۳۹۲	۲۹۸,۹۰۷,۷۲۸	۳۸۶,۲۹۵,۹۱۰	۲۷۰,۲۰۰,۲۷۱	۱۲۲,۵۹۱,۷۲۴	۶۵۶,۵۳۷,۸۰۷
۱۳۹۳	۳۵۰,۵۳۷,۶۸۶	۴۴۹,۵۵۴,۳۱۴	۴۵۹,۷۶۲,۲۶۴	۲۰۸,۲۳۰,۵۳۲	۹۰۹,۳۹۶,۹۳۵
۱۳۹۴	۴۰۰,۶۹۹,۴۳۵	۵۱۰,۷۱۴,۰۸۴	۵۷۰,۰۰۳,۰۹۶	۲۸۹,۹۲۹,۷۹۳	۱,۰۸۰,۷۱۷,۱۸۰
۱۳۹۵	۴۱۷,۰۰۱,۷۷۱	۵۳۶,۹۷۷,۴۷۱	۶۷۲,۸۰۷,۸۲۱	۳۴۸,۷۳۹,۲۵۷	۱,۲۰۹,۹۶۶,۰۱۹
۱۳۹۶	۵۱۸,۸۰۲,۰۰۰	۶۸۵,۸۸۴,۰۰۰	۷۶۱,۹۲۳,۰۰۰	۳۹۶,۸۵۳,۰۰۰	۱,۴۴۷,۸۰۷,۰۰۰
۱۳۹۷	۶۰۶,۸۱۲,۰۰۰	۸۰۴,۹۷۱,۰۰۰	۸۲۴,۵۶۷,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۶۲۹,۵۳۸,۰۰۰

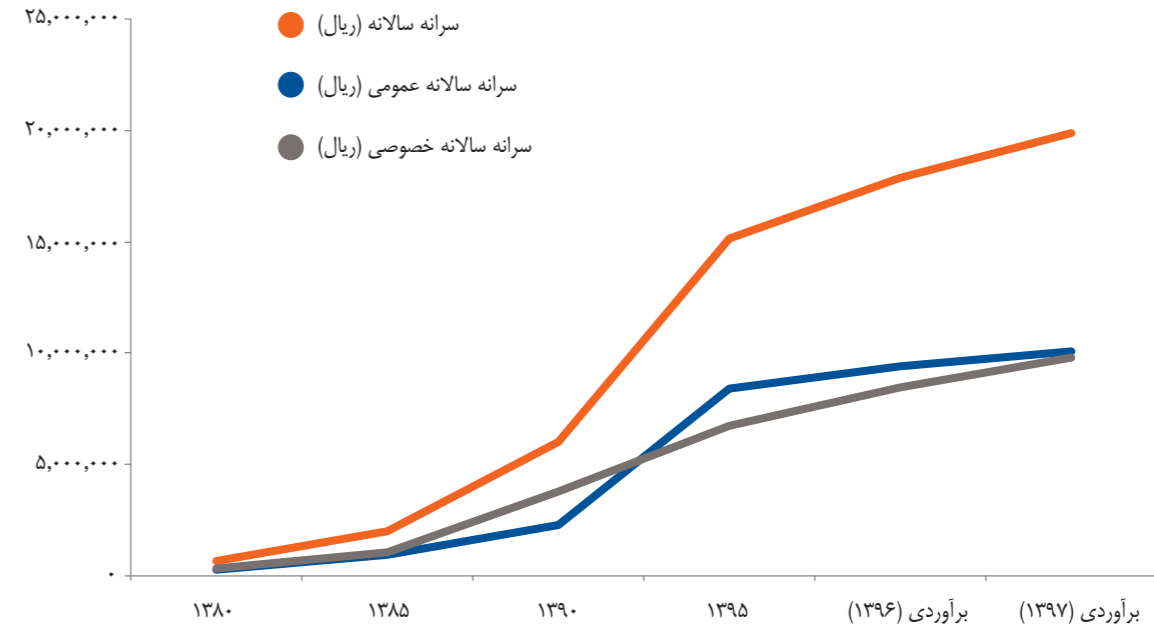
جدول ۹. مقایسه تعداد خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی

دستگاه اجرایی	تعداد خانوار در سال ۱۳۹۲	تعداد خانوار در سال ۱۳۹۸	درصد تغییرات (رشد)
کمیته امداد	۱۵۳۰۰۰۰	۲۱۹۳۰۰۰	۴۳
سازمان بهزیستی	۵۷۰۰۰۰	۱۰۵۵۰۰۰	۸۵
جمع	۲۱۰۰۰۰۰	۳۲۴۸۰۰۰	۵۵

جدول ۱۰. مقایسه وضعیت پرداخت مستمری - تومان

خانوار	پرداخت مستمری در سال ۱۳۹۲	پرداخت مستمری در سال ۱۳۹۸	درصد تغییرات (رشد)
یک نفره	۴۰۰۰۰	۱۶۱۵۰۰	۳۰۴
دو نفره	۴۵۰۰۰	۲۷۵۵۰۰	۵۱۲
سه نفره	۵۵۰۰۰	۳۶۰۰۰۰	۵۵۵
چهار نفره	۶۰۰۰۰	۴۶۶۵۰۰	۶۷۸
پنج نفره	۷۵۰۰۰	۵۱۶۵۰۰	۵۸۹

جمعیت تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی در حال حاضر حدوداً ۷۳ درصد است که ضرورت دارد در طی سنوات آتی افزایش مناسبی داشته باشد. در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مهم‌ترین چالش بحث گردش مالی در نظام سلامت است. به‌عنوان مثال از بیمارستان‌ها درخواست می‌شود که دوسوم درآمد را از محل درآمد اختصاصی داشته باشند و از طرفی دیگر درخواست می‌شود که در منابع صرفه‌جویی انجام دهند. به‌نظر می‌رسد که این یک تضاد بزرگ است که اگر چنانچه نتوانیم آن را در قالب تغییر نظام پرداخت حل کنیم، بازهم شرایط به‌همان شرایط سابق باقی خواهد ماند.



شکل ۱۴. سرانه هزینه‌های سلامت از محل منابع بخش عمومی و خصوصی

در بررسی اعتبارات از سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۸ با درآمدهای اختصاصی، اعتبارات بیش از دو برابر شده است و اگر فقط منابع بخش عمومی را در نظر بگیریم، تقریباً ۷۸ درصد رشد در طی این سال‌ها دیده می‌شود. نکته مهم این است که این‌ها فقط اعتباراتی بود که در بخش سلامت وجود دارد ولی اقدامات دیگری برای افسار آسب‌پذیر هم انجام شده برای این که بتوانند توانایی قدرت خرید داشته باشند و در این اعتبارات نیامده است (جدول ۸). از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۳۹۸ حدوداً ۵۵ درصد جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی تحت پوشش قرار گرفتند و مستمری این افراد از متوسط ۵۵۰۰۰ تومان در سال ۱۳۹۲ به ۳۶۰ هزار تومان افزایش پیدا کرده است که این موضوع توجه به فقرا و فقر مطلق در بودجه را نشان می‌دهد (جدول ۹ و ۱۰).

جدول ۸. اعتبارات بخش سلامت - میلیون ریال

عنوان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۸
	قانون	قانون	قانون	قانون	قانون	قانون
جمع کل هزینه‌ها و درآمدها	۳۵۷,۸۸۰,۳۲۹	۵۰۸,۶۲۳,۱۴۳	۵۵۱,۰۲۱,۳۶۵	۵۷۸,۶۵۹,۳۷۰	۶۷۳,۷۱۲,۳۵۸	۷۵۷,۵۲۸,۰۸۲
جمع کل هزینه‌ها	۲۳۸,۶۱۸,۴۱۰	۲۵۶,۰۴۸,۹۱۶	۲۸۴,۳۶۲,۸۱۴	۳۱۲,۰۰۰,۷۱۸	۳۴۳,۸۵۵,۹۲۷	۳۹۸,۰۲۹,۰۰۰
طرح تحول سلامت	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۷,۰۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰
هزینه‌های عمومی جدول ۷	۱۴۹,۳۲۴,۹۵۲	۱۶۰,۲۳۵,۶۹۸	۱۷۶,۰۰۷,۱۸۴	۲۰۶,۸۰۹,۱۷۱	۲۳۶,۸۴۳,۹۹۶	۲۶۹,۸۳۹,۰۰۰
ارزش افزوده جاری	۲۱,۳۴۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۷۸۶,۰۰۰	۳۲,۳۴۳,۰۰۰	۲۳,۴۵۰,۰۰۰
متفرقه جاری	۲,۷۹۵,۰۰۰	۵,۱۱۲,۸۰۰	۴,۰۵۷,۱۶۰	۲,۳۲۹,۴۰۰	۶,۶۱۶,۴۲۵	۴,۸۸۷,۰۰۰
تملك دارایی‌های سرمایه‌ای	۸,۵۸۱,۱۳۶	۱۱,۳۰۱,۴۱۸	۱۱,۴۰۹,۳۲۰	۹,۸۳۶,۱۴۷	۱۰,۵۵۶,۵۸۶	۹,۶۶۸,۰۰۰
ارزش افزوده تملك	۷,۱۶۲,۶۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۹,۲۶۲,۰۰۰	۴۰,۵۷۱,۰۰۰
متفرقه تملك	۱,۴۱۴,۷۲۲	۴,۳۹۹,۰۰۰	۲,۸۸۹,۱۵۰	۱,۲۴۰,۰۰۰	۱,۲۳۳,۹۲۰	۶۱۴,۰۰۰
درآمدهای اختصاصی	۱۱۹,۲۶۱,۹۱۹	۲۵۲,۵۷۴,۳۲۷	۲۶۶,۶۵۸,۵۵۲	۲۶۶,۶۵۸,۵۵۲	۳۳۹,۸۵۶,۴۳۲	۳۵۹,۵۰۹,۰۸۲

بخش سوم

پوشش همگانی سلامت و نقش کنونی آژانس‌های سازمان ملل متحد در ایران

سازمان جهانی بهداشت

صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد

TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS

Director general of the World Health Organization

"Universal health coverage does not mean that every country must provide free access to every conceivable health service or health product. All countries must make tough decisions about what to cover, based on the resources they have"





گزیده سخنرانی دکتر کریستف هاملمان، نماینده سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران

مفتخر و خشنودم تا در بزرگداشت روز جهانی پوشش همگانی سلامت با موضوع "پایبندی به وعده داده شده" مشارکت کنم. پوشش همگانی سلامت، وعده‌ای است برای وجود و دسترسی خدمات سلامت با کیفیت، مؤثر و درعین حال مقرون به صرفه با بالاترین سطح قابل دستیابی برای افرادی که به آن نیاز دارند. اجازه دهید از تعهد بالا و موفقیت‌های کشور جمهوری اسلامی ایران در مدت ۴۰ سال جهت رسیدن به پوشش همگانی سلامت قدردانی کنم. این مهم چه در تدوین نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، چه ظرفیت نیروی انسانی، و چه ایجاد زیرساخت بر مبنای شواهد مانند داده‌های بار بیماری‌ها و در نظر گرفتن حفاظت مالی به‌عنوان اساسی‌ترین چتر حمایتی، باهدف قرار دادن افراد بی‌بضاعت و آسیب‌پذیر جامعه خود را نشان می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت مثال‌های زیادی از ترویج بهترین تجربیات در کشورهای منطقه و خارج از آن دارد. امروزه نیاز به کوشش‌های بیشتر در جهت پایداری این موفقیت‌ها با سازگار نمودن نظام سلامت کارآمد، تاب‌آور و اثربخش وجود دارد. در تمامی این موارد سازمان جهانی بهداشت حامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. همان‌گونه که در برنامه و چارچوب همکاری‌های مشترک سال ۲۰۲۱-۲۰۲۰ آمده است، این سازمان ریاست حیطة سلامت تیم سازمان ملل متحد در ایران با عملکرد هماهنگی و تسهیل‌گری حمایت‌های آژانس‌های سازمان ملل (UNICEF، UNFPA و UNDP) و سایرین با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نیز عهده دارد. پوشش همگانی سلامت بدون توجه به مؤلفه‌های اجتماعی، اقتصادی، محیطی سلامت با رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها قابل دستیابی نخواهد بود. ما آمادگی خود را در بیشتر نمودن تلاش‌هایمان جهت حمایت در محیط زندگی و کاری با مردمی مولد و سالم‌تر اعلام می‌داریم. پوشش همگانی سلامت بدون آمادگی برای وضعیت‌های اضطراری، با در نظر گرفتن به‌موقع و جامع نیازهای اساسی سلامت در زمان فوریت‌ها و اورژانس‌ها

1. Pro- Health



گزیده سخنرانی خانم مندیپ اوبرایان نماینده سازمان یونیسف در کشور ایران

اجازه می‌خواهم از این فرصت استفاده کنم و چند نکته از منظر یونیسف در مورد پوشش همگانی سلامت را با شما در میان بگذارم. از منظر یونیسف پوشش همگانی سلامت از سه قسمت تشکیل شده است:

- همگانی یعنی همه افراد که از زنان، کودکان و گروه‌های محروم شروع می‌شود؛
- سلامت یعنی قبل از نیاز فرد به بیمارستان باید به وی توجه کنیم. ما احتیاج به خدمات پیشگیری، ارتقای سلامت و خدمات درمانی داریم. همان‌طور که سایرین نیز تأکید داشتند، ما باید با یکدیگر همکاری و هماهنگی داشته باشیم. ما نه تنها به تغذیه با شیر مادر، واکسیناسیون و آنتی‌بیوتیک‌های مؤثر، بلکه به آب سالم، توالت بهداشتی و غذای سالم نیاز داریم بلکه به نیروهای انسانی بخش سلامت در جامعه به‌عنوان خط اول نظام مراقبت‌های اولیه نیاز داریم؛
- و بالاخره پوشش یعنی پوشش خدمات سلامت که والدین، جوامع و کشورها را قادر می‌سازد که نه تنها برای بقا و زنده ماندن، بلکه برای پیشرفت و شکوفایی سرمایه‌گذاری کنند که در نهایت به جوامع سالم و مولد که در آن نسل جوان از افراد سالمند مراقبت می‌کنند، منجر خواهد شد.

سالانه در جهان ۵/۶ میلیون کودک قبل از سن پنج‌سالگی فوت می‌کنند و متأسفانه بیشتر آن‌ها به علل قابل پیشگیری است. از این کودکان ۲/۶ میلیون آن‌ها در ماه اول زندگی و یک میلیون نفر در ۲۴ ساعت اول پس از تولد فوت می‌کنند که این موضوع قابل قبول نیست. شواهد جهانی نشان می‌دهند که هر دلار سرمایه‌گذاری در کاهش کوتاه‌مدتی کودکان، باعث برگشت ۱۱ دلار سرمایه اقتصادی خواهد شد. همچنین تخمین زده می‌شود که هر دلار سرمایه‌گذاری در سلامت و تکامل دوران ابتدای کودکی، باعث برگشت ۱۳ دلار سرمایه اقتصادی خواهد شد و ۲۵ درصد افزایش درآمد در زمان بلوغ کودکان و سایر افراد می‌باشد.

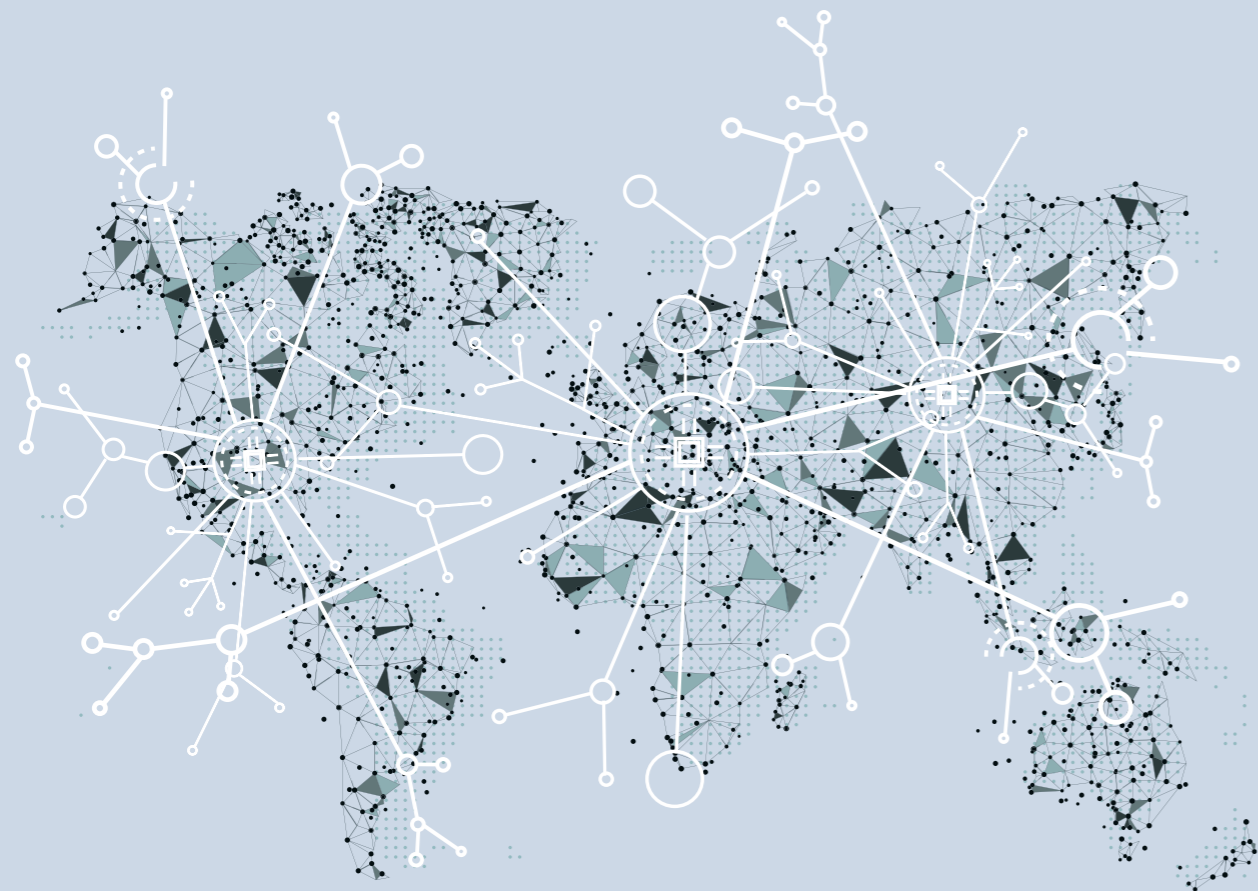
یونیسف با توجه ویژه به نیازهای کودکان قویاً از دستیابی به پوشش همگانی سلامت حمایت می‌کند. برای رعایت عدالت در پوشش همگانی سلامت، باید کودکان فقیر و محروم مورد توجه قرار بگیرند. در صورتی که این گروه‌های در تخصیص بودجه و اقدامات مورد غفلت قرار گیرند، تلاش‌های ما ممکن است سهواً باعث افزایش بی‌عدالتی شوند.

همان‌طور که اطلاع دارید، در اجلاس سال گذشته در آستانا، همکاری در سطح جهانی برای مراقبت‌های اولیه سلامت می‌تواند هماهنگی در سطح کشورها را تسهیل کند. نظام پایش مراقبت‌های اولیه سلامت براساس اقدامات پوشش همگانی سلامت و همکاری بین‌بخشی و کمک‌های فنی می‌تواند باعث افزایش کارایی شده و از چندتکه شدن خدمات جلوگیری کنند. در ماه ژوئن امسال به‌عنوان بخشی از همکاری‌های جنوب-جنوب، تهران میزبان نشست دوسالانه منطقه‌ای سلامت و تغذیه کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا با شرکت بیش از ۶۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت از دفاتر یونیسف در کشورهای مختلف بود. تمام شرکت‌کنندگان به‌اتفاق اعلام کردند که از سطح و کیفیت خدمات سلامت در ایران شگفت‌زده شده‌اند. منابع فنی و انسانی در مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت ایران که آن‌ها در مدت حضور خود در ایران از آن بازدید داشتند، تحسین‌برانگیز بود. آقای تد چایبان مدیر منطقه‌ای یونیسف در خاورمیانه و شمال آفریقا نیز در پیام خود در شصت و ششمین اجلاس منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در تهران در اکتبر امسال اهمیت مراقبت‌های اولیه سلامت را به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت برشمردند. در همین زمینه ایشان در چهار زمینه کلیدی تأکید نمودند.

- نیروهای انسانی قابل‌دسترسی با کیفیت و با تخصص‌های مناسب در خط اول؛
- تمرکز بر واکسیناسیون و افزایش پوشش آن در کشورها؛
- ادغام تغذیه و مراقبت‌های ابتدای کودکی به‌عنوان خدمات پایه در مراقبت‌های اولیه سلامت؛
- مشارکت فعال مردم و جوامع در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت با توجه به نیازهای آنان.

نتیجه‌گیری آن‌ها که به‌منظور پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، یونیسف با همکاری سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های بین‌المللی در جهت افزایش پوشش خدمات سلامت برای زنان، نوزادان، کودکان و نوجوانان در سطح جهان تلاش می‌نماید. یونیسف به حمایت خود برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران و جهان باهدف پایان دادن به مرگ‌ومیر قابل پیشگیری مادران، نوزادان و کودکان و ارتقای سلامت همه کودکان ادامه خواهد داد. ما از همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به‌ویژه در این شرایط دشوار تحریم‌های یک‌جانبه قدردانی می‌نماییم.

1. Fragmentation
۲. همکاری جنوب-جنوب اصطلاحی است که توسط سیاستمداران و دانشگاهیان برای توصیف تبادل منابع، فناوری‌ها و دانش‌ها بین کشورهای در حال توسعه که به نام جنوب جهانی نیز شناخته می‌شوند به کار رفته است.



uhc2030
International Health Partnership



PROFESSOR ILONA KICKBUSCH

Director of the Global Health Programme at the Graduate Institute of International and Development Studies

Countries will need to establish supportive working and living environments and opportunities for professional growth so that health workers are less likely to migrate. Unless this is done with a clear understanding of the role and needs of women in the health workforce, no such strategy will be successful"

UHC2030

International Health Partnership

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 سالم‌یاری 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

