

**باسمه تعالی**

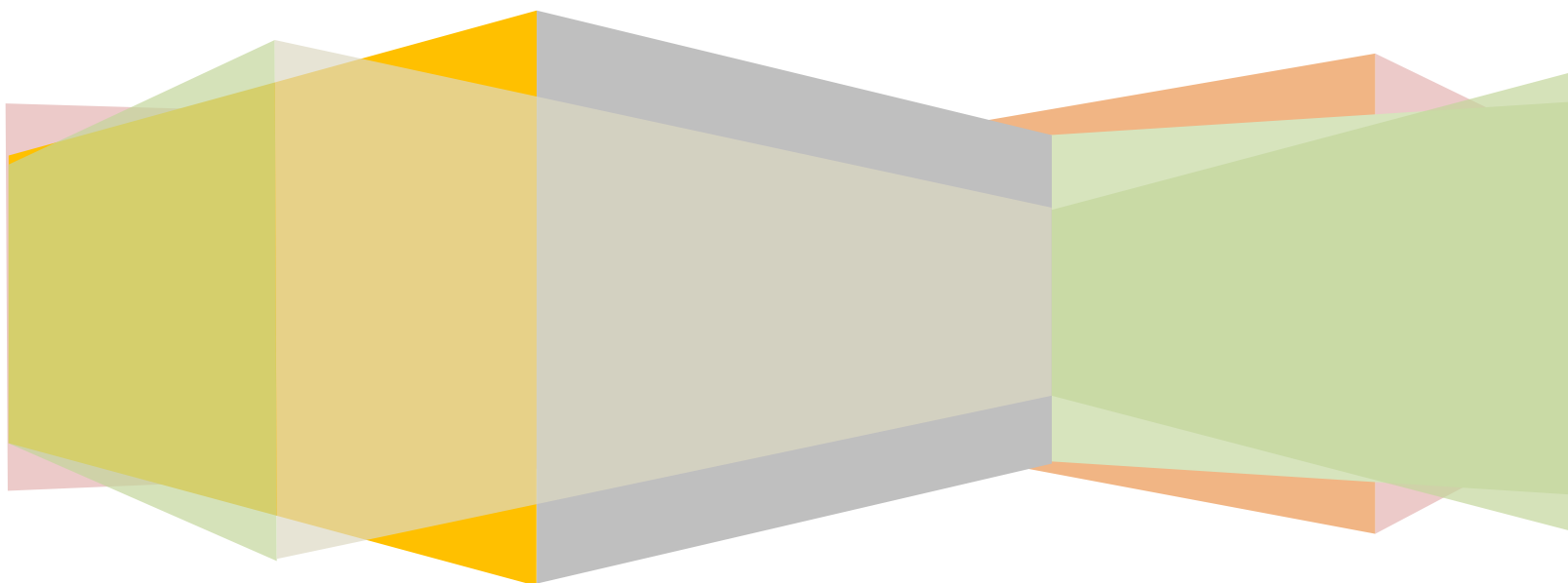
**گزارش مرحله نهایی**

**عنوان**

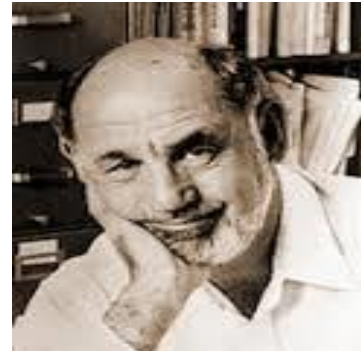
**تحلیل سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی سلامت در سه دهه اخیر و استخراج**

**گزینه های سیاستی و ارایه راهبردهای آینده نگاری برای تصمیم گیری های آینده نظام سلامت**

**ایران**



**خلاقیت در تحلیل سیاست‌ها منوط به یافتن مشکلاتی است که در مورد آنها کاری می‌تواند و باید انجام شود.  
آرون ویلداوسکی (۱۹۳۰-۱۹۹۳)**



**خلاصه سه صفحه ای گزارش:**

پوشش همگانی سلامت اصطلاحی است که توسط سازمان جهانی بهداشت برای توصیف راهبرد پیشنهادی اش برای دستیابی به «سلامت برای همه» به کار برده می‌شود؛ گسترش پوشش همگانی خدمات سلامت در کشور ریشه در قانون اساسی دارد و از تعالیم اصیل اسلامی سرچشمه می‌گیرد. تعمیم پوشش خدمات بهداشتی و درمانی در کشور در برنامه های توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور مورد تاکید قرار گرفته است. اگر چه تلاش برای گسترش پوشش همگانی سلامت در کشور به عنوان مجموعه ای از اصلاحات سیاستی از چندین دهه قبل در کشور ما آغاز شده است اما بسیاری از این اقدامات و تصمیم های سیاستی تاکنون به طور دقیق تحلیل نشده و هنوز تجربه کافی از اجرای این اقدامات و تصمیم های سیاستی یا عواملی که نشان دهند چرا اغلب اهداف اولیه بسیاری از تصمیم های سیاستی مرتبط با پوشش همگانی در کشور ما حاصل نشده و چرا حتی در برخی موارد منجر به تغییرات ناخواسته نیز گردیده است به طور دقیق مورد بررسی قرار نگرفته است. برای داشتن درک درستی از فاصله بین وضعیت موجود تا پوشش همگانی سلامت و ترسیم افق روشنی از قوانین و سیاست های مورد نیاز برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مطالعه سیر تحول سیاست ها در راستای پوشش همگانی کمک کننده است. این پژوهش بر آن است که به تعیین روندها، تحلیل تصمیم ها و پیامدهای سیاستی مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت در سه دهه گذشته نظام سلامت کشور بپردازد. در این مطالعه تصمیم های سیاستی در خصوص پوشش همگانی سلامت با استفاده از نظرات اتخاذ کنندگان آن سیاست ها و همچنین تحلیل

تأثیرات آن‌ها بر دریافت‌کنندگان و آرایه‌دهندگان خدمت مورد مذاقه قرار خواهد گرفت تا مشخص شود که چگونه توانایی برآورده کردن اهداف پوشش همگانی سلامت را داراست و توسعه آنها با چه چالش‌هایی روبرو است. تحلیل سیاست‌های موردنظر گامی مهم در جهت آگاهی از پیامدهای سیاست‌های سلامتی یا اثراتی است که تصمیم‌های سیاستی اجرا شده بر دستیابی به اهداف خاص دارند. تعیین نتایج ناخواسته و نامطلوب تصمیم‌های سیاستی و موانعی که باعث تضعیف پوشش همگانی خدمات سلامت شده و رسیدن به اهداف ملی و بین‌المللی را به خطر می‌اندازد با تحلیل تصمیم‌ها و پیامدهای سیاست‌های مورد نظر امکان پذیر می‌گردد. انجام این پژوهش در سطح ملی گامی در جهت نگاشت اسناد سیاستی و نگاشت سیاستی و آگاهی از نقاط ضعف و قوت سیاست‌های گذشته بوده و باعث آگاهی از عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده در اجرای تصمیم‌های سلامتی آینده و درک میزان حصول به اهداف تبیین شده می‌گردد. نتایج بدست آمده از این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای چگونگی تبیین فرایند سیاست‌گذاری آگاه از شواهد و سیاست‌گذاری آینده‌نگارانه در نظام سلامت کشور با تاکید بر مراحل عمده سیاست‌گذاری باشد. تقویت ظرفیت سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با آرایه رویکردی نظام‌مند برای سیاست‌گذاری در نظام سلامت کشور جهت حصول به پوشش همگانی خدمات سلامت از دیگر اهدافی است که امید می‌رود این مطالعه بتواند به آن دست یابد.

## **خلاصه روش اجرای طرح و یافته‌های بدست آمده:**

این پژوهش از نوع مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری سلامت (Health Policy Analysis) است که به تحلیل گذشته‌نگر و نگاشت نتایج اقدامات سیاستی مهم و تحلیل آینده‌نگر روندها، تصمیم‌ها و پیامدهای سیاست‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت در ایران می‌پردازد.

## مراحل و گام های انجام پژوهش:

۱. برای انجام مطالعه ابتدا مرور اولیه در خصوص مبانی و مفاهیم مرتبط با موضوع در حیطه پوشش همگانی خدمات سلامت و ابعاد آن، تامین مالی در نظام سلامت و چارچوب اواسیس<sup>۱</sup> انجام و مطالب مرتبط گردآوری گردید.
۲. در مرحله دوم مطالعه، سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت لیست شده و با بهره گیری از نظرات صاحب نظران سیاست های مورد نظر به منظور تهیه نگاهت سیاستی و یک سیاست (برنامه طرح تحول سلامت) به منظور تحلیل با بهره گیری از روش چارچوب والت و گیلسون انتخاب گردید.
۳. نگاهتی از سیاست های مختلف انتخاب شده در طول دهه های اخیر نظام سلامت مانند قانون بیمه همگانی خدمات سلامت، نظام شبکه بهداشتی، پزشک خانواده شهری و روستایی، طرح تحول نظام سلامت و برخی دیگر از تصمیم های سیاستی متعاقب مورد تحلیل قرار گرفته و نگاهتی از سیاست های مورد نظر تهیه گردید.
۴. طرح تحول نظام سلامت به دلیل معیارهایی مانند سیاست به روز و دغدغه مهم نظام سلامت در شرایط کنونی، همراستایی بیشتر اهداف این سیاست با ابعاد پوشش همگانی خدمات سلامت، با بهره گیری از نظرات صاحب نظران و انجام مصاحبه و بحث گروهی، نتایج بحث های دور میزی بر اساس چارچوب مثلث سیاست گذاری و با رویکرد کیفی با تکنیک تحلیل محتوایی (استقرایی و قیاسی) مورد تحلیل قرار گرفت.
۵. در مرحله پنجم مطالعه، تامین مالی سیاست طرح تحول سلامت نیز با بهره گیری از چارچوب اواسیس نیز مورد تحلیل قرار گرفت.
۶. در نهایت با بهره گیری از داده های بدست آمده از مراحل قبلی مطالعه راهبردهای آینده نگرانه برای جهت گیری های آینده نظام سلامت ارایه گردید.

---

<sup>۱</sup> OASIS

## یافته های مطالعه

نظام سلامت ایران در طول چهار دهه اخیر تجربه اجرای سیاست های مختلفی را داشته است و در طول اجرا با فراز و نشیب های متعددی روبرو شده است. در گذشته نظام سلامت ایران و در طول دولت های مختلف آنچنان که باید و شاید به بحث سلامت توجه نشده است. به واقع با شکل گیری وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴، به گونه ای می توان اذعان داشت که طرح تحول سلامت کلید خورد هر چند در آن زمان با امکانات و شرایط در اختیار، امکان تامین نیازهای کشور چندان قابل فراهم نبود. در سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت سیاست مهم دیگری را در نظام سلامت به اجرا درآورد که به نام طرح تحول سلامت معروف است. یافته های مطالعه بیانگر آن است که طرح تحول سلامت با برخی کاستی ها و برخی انتقادات مواجه است که این موارد در عدم دستیابی این سیاست به اهداف پوشش همگانی سلامت تاثیر قابل توجهی می تواند داشته باشد. از جمله مهمترین آنها را می توان به شرح زیر بیان کرد: عدم اصلاح واقعی نظام سلامت و دستیابی به اهداف نظام سلامت و پوشش همگانی خدمات سلامت، عدم نزدیکی به عدالت با اجرای این طرح، ترویج مصرف گرایی، گسترش طبی سازی و القای هزینه اضافی به نظام بهداشت و درمان، افزایش توابعات نابجا از نظام بهداشتی و درمانی، عدم هم سویی طرح با سیاستهای کلان کشور، آماده نبودن زیرساخت های لازم برای نیروی انسانی.

به طور کلی تحلیل نظام تامین مالی حوزه سلامت و به ویژه طرح تحول سلامت ایران بر اساس چارچوب اواسیس بیانگر آن است یکی از عوامل مهم مورد توجه در طول دهه های متمادی در نظام سلامت ایران در خصوص تامین مالی این نظام می باشد و به صورت خاص این دغدغه مهم در اجرای هر یک از سیاست های مهم نیز خود را به عرصه ظهور می رساند. در کشور ایران به دلیل اینکه تامین مالی نظام سلامت تا درصد بالایی از فروش منابع ملی تامین می شود، به صورت دقیقی نمایانگر ضربه پذیر بودن نظام سلامت ایران از بحران ها و متاثر از عوامل اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و مهمتر از همه تحریم های اقتصادی است. پرداخت مستقیم از جیب بیماران در زمان بیماری باعث ضعیف نشان داده شدن نظام سلامت در بعد تامین مالی گردیده و به همان نسبت باعث برخی قضاوت ها نیز در این خصوص شده است. در ایران بیمه های اجتماعی سلامت نیز به عنوان تامین کننده های مالی سلامت نیز به حساب می آیند. اگر ایران بتواند با بستن مالیات برای مشاغل خود(مالیات بر حقوق و دستمزدها) و جمع آوری منابع از طریق بیمه های اجتماعی سلامت تامین مالی سلامت کشور را انجام دهد، و تامین مالی یک پارچه ای داشته باشد، به مراتب در امر سلامت کشور و همچنین عادلانه بودن در تامین مالی موفق تر عمل خواهد کرد و همچنین در تامین مالی هزینه های بیماری افراد فقیر، که قادر به پرداخت هزینه های بیماری خود نیستند کمک خواهد شد و مانع از قرار گرفتن آنها در زیر خط فقر خواهد شد. که ضعف در سیاستهای ملی برای نظام سلامت کشور ایران به این دلیل می تواند باشد که در شرایط حاضر چندگانگی تصمیم گیرندگان و تامین کنندگان مالی سلامت موجب گردیده است تا وزارت بهداشت از جایگاه و اراده سیاسی لازم برای اعمال

اصلاحات و تغییرات جدی در مدیریت و ارائه بهتر خدمات سلامت جامعه برخوردار نباشد. اگر چه ضعف علمی و عملی ساختار وزارتی و از دست رفتن جایگاه اصلی سیاستگذاری و مدیریت خدمات سلامت برای این وزارت خانه بی تاثیر نبوده است. لیکن هم افزایی این دو پدیده موجب عدم دستیابی به اهداف متعالی این بخش گردیده است. توجه به نکته که با اجرای طرح تحول سلامت چگونه و به چه طریقی پرداخت برای ارائه دهندگان در عرصه سلامت صورت گیرد تا بتوانند توانایی لازم را در ارائه خدمات بهداشتی مناسب و با کیفیت حفظ کنند و همچنین این توانایی را در کنترل هزینه های خود داشته باشند و از سوی بتوان پایداری منابع مالی را حفظ کرد، بسیار مهم می باشد. چگونگی تسهیم بودجه وزارت بهداشت و درمان به طور مناسب میان سطوح مختلف نظام سلامت و به ویژه سرمایه گذاری مناسب در سطح یک می تواند یکی از راهبردهای مناسب برای گسترش دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت یعنی حصول سلامتی گردد.

## فهرست مطالب

I	خلاصه سه صفحه ای گزارش: .....
II	خلاصه روش اجرای طرح و یافته های بدست آمده: .....
III	مراحل و گام های انجام پژوهش: .....
IV	یافته های مطالعه .....
۱	فصل اول - معرفی پژوهش .....
۲	بیان مسئله: .....
۴	اهداف (خروجی ها) اصلی طرح: .....
۴	اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح: .....
۵	اهداف کاربردی طرح: .....
۵	فرضیه ها یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح): .....
۶	فصل دوم - ادبیات و پیشینه پژوهش .....
۷	پوشش همگانی سلامت .....
۸	مبانی و مفاهیم پوشش همگانی سلامت .....
۱۰	اجزای پوشش همگانی سلامت .....
۱۱	تامین خدمات با کیفیت .....
۱۱	محافظت مالی .....
۱۳	رفع ابهام ها درباره پوشش همگانی سلامت .....
۱۴	مزایای پوشش همگانی سلامت .....
۱۶	تامین مالی پوشش همگانی سلامت .....
۱۸	اندازه گیری پوشش همگانی سلامت .....
۱۸	پایش پوشش همگانی سلامت .....
۱۹	تامین مالی نظام سلامت .....
۲۰	روشهای تامین منابع مالی نظام سلامت .....
۲۱	اهداف دولت ها در تامین منابع مالی نظام سلامت .....
۲۳	منابع تامین مالی نظام سلامت در کشورها .....
۲۳	کارکردهای تامین مالی نظام سلامت .....
۲۳	جمع آوری درآمد .....
۲۳	تجمیع منابع .....
۲۴	خرید .....
۲۴	تامین مالی نظام سلامت و چارچوب OASIS .....
۲۶	شاخص های عملکرد نظام تامین مالی سلامت .....
۲۷	طراحی قانونمند و اجرای سازمانی .....
۲۹	اجرای عملی OASIS .....
۳۱	مروری بر مطالعات پیشین: .....
۳۶	فصل سوم - روش اجرا .....
۳۷	مقدمه .....

نوع پژوهش	۳۷
چارچوب های تحلیلی مطالعه	۳۷
مراحل انجام پژوهش	۳۸
مراحل تفصیلی مطالعه	۳۹
مرحله اول: شناسایی سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت کشور و انتخاب سیاست موردنظر	۳۹
مرحله دوم: نگاهت سیاست های مرتبط با پوشش همگانی سلامت و پیامدهای سیاستی مرتبط با آنها	۴۰
مرحله سوم: تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاستگذاری و فرایند سیاست گذاری	۴۲
مرحله چهارم: تحلیل نظام تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب اواسیس	۴۴
مرحله پنجم: تبیین تاثیر سیاست های انتخاب شده بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی آموزشی کشور	۴۴
مرحله ششم: ارایه راهبردهای آینده نگرانه/گزینه های سیاستی برای جهت گیری های آینده نظام سلامت ایران در طی مسیر پوشش همگانی خدمات سلامت	۴۵
فصل چهارم یافته ها	۴۷
۴-۱ شناسایی سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت کشور و انتخاب سیاست موردنظر	۴۸
۴-۲ نگاهت سیاست های مرتبط با پوشش همگانی سلامت(مرور مستندات) و پیامدهای سیاستی مرتبط با آنها	۴۹
۴-۳ تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاستگذاری و فرایند سیاست گذاری	۶۰
۴-۴ تحلیل نظام تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب اواسیس	۷۸
۴-۵ تبیین تاثیر سیاست انتخاب شده بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی آموزشی کشور	۸۰
۴-۶ ارایه راهبردهای آینده نگرانه/گزینه های سیاستی برای جهت گیری های آینده نظام سلامت ایران در طی مسیر پوشش همگانی خدمات سلامت	۸۴
فصل پنجم- بحث و نتیجه گیری	۹۱
منابع	۹۶
ضمائم	۹۹
پیوست شماره ۱: لیست سوالات مصاحبه	۱۰۰
پیوست شماره ۲: جدول مرتبط با چارچوب OASIS	۱۰۱
پیوست شماره ۳: جدول مرتبط با انتخاب سیاست های موردنظر بر اساس معیارهای مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت	۱۰۴
پیوست شماره ۴: مشخصات وب سایت های بررسی شده	۱۰۶



# فصل اول

## معرفی پژوهش

## بیان مسئله:

پوشش همگانی سلامت اصطلاحی است که توسط سازمان جهانی بهداشت برای توصیف راهبرد پیشنهادی اش برای دستیابی به «سلامت برای همه» به کار برده می شود(۱)؛ گسترش پوشش همگانی خدمات سلامت در کشور ریشه در قانون اساسی دارد و از تعالیم اصیل اسلامی سرچشمه می گیرد. تعمیم پوشش بیمه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور در برنامه های توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور مورد تاکید قرار گرفته است. اگر چه تلاش برای گسترش پوشش همگانی سلامت در کشور به عنوان مجموعه ای از اصلاحات سیاستی از چندین دهه قبل در کشور ما آغاز شده است اما بسیاری از این اقدامات و تصمیم های سیاستی تاکنون به طور دقیق تحلیل نشده و هنوز تجربه کافی از اجرای این اقدامات و تصمیم های سیاستی یا عواملی که نشان دهند چرا اغلب اهداف اولیه بسیاری از تصمیم های سیاستی مرتبط با پوشش همگانی در کشور ما حاصل نشده و چرا حتی در برخی موارد منجر به تغییرات ناخواسته گردیده است، به طور دقیق مورد بررسی قرار نگرفته است(۲و۳).

در بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای پیشرفته تحلیل تصمیم های سیاستی مرتبط با اصلاحات سیاستی مهم در بخش سلامت سابقه ای چند ساله داشته و بر اهمیت و ضرورت آن تاکید می گردد. در کشور ما علی رغم توجه به این مهم تاکنون تنها برخی از مطالعات به صورت پراکنده و بدون توجه به اصول تحلیل سیاست، برخی از سیاست ها و تصمیم های سیاستی نظام سلامت کشور را مورد تحلیل قرار داده اند(۴). بسیاری از صاحب نظران حوزه سیاست گذاری کشور هر کدام به نحوی بر این چالش اشاره کرده و بر لزوم درک و تحلیل سیاست ها به عنوان پیش نیاز سیاست گذاری تاکید کرده اند و لازم است ضرورت ارزیابی تاثیر تصمیم های سیاستی مرتبط و تحلیل ابعاد مختلف آن چه قبل از مرحله اجرا و چه بعد از آن مورد تاکید قرار گیرند(۵).

تعیین نتایج ناخواسته و ناخوشایند تصمیم های سیاستی و موانعی که باعث تضعیف اجرای تصمیم های سیاستی شده و رسیدن به اهداف ملی و بین المللی را به خطر می اندازد و درک اینکه چرا برخی موضوع ها در حوزه سلامت از توجه سیاسی برخوردارند در حالیکه برخی دیگر از موضوع ها از چنین خصوصیتی برخوردار نیستند با تحلیل سیاست های مورد نظر امکان پذیر می گردد. تحلیل یک سیاست، اصلاح سیاستی یا تصمیم سیاستی نشان می دهد که چه عوامل و شرایطی باعث گردید تا موضوع سیاست

موردنظر در دستور کار سیاست گذاری قرار گیرد و چگونه این عوامل در دستیابی به اهداف سیاست موردنظر تاثیرگذار بوده اند (۷ و ۸).

سیاست های سلامتی به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط اغلب با سردرگمی میان ابزارها و اهداف سیاست گذاری مشخص می گردند (۹). این امر مسلماً در مورد برخی اصلاحات مربوط به تامین مالی از جمله بیمه سلامت بیشتر می باشد، جایی که تمرکز بر پایه ریزی و گسترش طرح های بیمه ای بوده در حالی که بر اثرات این اصلاحات بر کارایی و کیفیت نظام بزرگتر اندیشیده نشده و یا به طور کامل نادیده گرفته می شود (۱۰). بعلاوه گاهی اوقات گسترش این اصلاحات بدون توجه به نظام مراقبت سلامت کنونی در یک کشور پیش می رود (۱۱). تلاش برای گسترش پوشش همگانی خدمات سلامت در کشور و تصویب سیاست هایی چون قانون بیمه تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ و قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳، پزشک خانواده روستایی و شهری و اخیراً طرح تحول نظام سلامت نمونه ای از این اصلاحات در ایران می باشد. عدم متناسب سازی نظام بیمه همگانی با سیاست های مربوط به دریافت و پرداخت در نظام سلامت کشور موجب گردید که این اصلاح نتواند به اهداف موردنظر خود دست یابد (۱۲ و ۱۳). بررسی مدت زمان رسیدن به بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای مورد بررسی در این مطالعه حاکی از آن است که بیشتر این کشورها مدت زمان زیادی را برای دستیابی به پوشش صرف کرده اند که عواملی مانند رشد اقتصادی، افزایش شهرنشینی و کاهش بخش غیررسمی در اقتصاد این مسأله را تسریع کرده و هزینه های اداری را کاهش داده است. در کشور ما نیز از زمان تصویب اولین قانون بیمه بیش از ۵۰ سال و از تصویب قانون بیمه همگانی حدود ۲۰ سال می گذرد. اگر چه کشور ما راهبرد استفاده کامل از بیمه درمان اجتماعی در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت را ندارد اما همین مسأله می تواند دست سیاست گزاران را باز گذاشته تا بتوانند از ترکیبات مختلف بیمه ای برای این کار استفاده کنند. تحلیل این سیاست ها و تدوین روندها، پیامدها و تصمیم های سیاستی مرتبط با آنها گامی مهم در جهت آگاهی از موفقیت ها و شکست های گذشته و برنامه ریزی برای تدوین و اجرای سیاست های موفق در آینده نظام سلامت کشورها است همچنین تحلیل سیاست های موردنظر در جهت دهی اصلاحات صورت گرفته یا گسترش سیاست های اصلاحی در جهت رفع اثرات منفی مهم می باشد (۱۴ و ۱۵ و ۱۶).

برای داشتن درک درستی از فاصله بین وضعیت موجود تا پوشش همگانی سلامت و ترسیم افق روشنی از قوانین و سیاست های مورد نیاز برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مطالعه سیر تحول سیاست ها در راستای پوشش همگانی کمک کننده است. این پژوهش بر آن است که به تعیین روندها، تحلیل تصمیم ها و پیامدهای سیاستی مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت در سه دهه گذشته نظام سلامت کشور بپردازد. در این مطالعه تصمیم های سیاستی در خصوص پوشش همگانی سلامت با استفاده از

نظرات اتخاذ کنندگان آن سیاست ها و همچنین تحلیل تاثیرات آن ها بر دریافت کنندگان خدمت مورد دقت قرار خواهد گرفت تا مشخص شود که چگونه توانایی برآورده کردن اهداف پوشش همگانی سلامت را داراست و توسعه آنها با چه چالشهایی روبرو است. تحلیل سیاست های موردنظر گامی مهم در جهت آگاهی از پیامدهای سیاست های سلامتی یا اثراتی است که تصمیم های سیاستی اجرا شده بر دستیابی به اهداف خاص دارند. تعیین نتایج ناخواسته و نامطلوب تصمیم های سلامتی و موانعی که باعث تضعیف پوشش همگانی خدمات سلامت شده و رسیدن به اهداف ملی و بین المللی را به خطر می اندازد با تحلیل تصمیم ها و پیامدهای سیاست های مورد نظر امکان پذیر می گردد. در این راستا این مطالعه به تحلیل تصمیم ها، پیامدها و روندهای سیاستی سیاست های اتخاذ شده با هدف گسترش پوشش همگانی خدمات سلامت در نظام سلامت ایران می پردازد. هدف از این تحلیل تعریف اهداف تصمیم های سلامتی موردنظر، تعیین چگونگی تبیین و اجرای آنها، درک اثرات تصمیم های سیاستی اجرا شده بر رفتار ها و نگرش افراد (سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت، افراد حمایت کننده از آن ها و سایر ذینفعان نظام سلامت) می باشد. تعیین اثرات اجرا بر دستیابی به اهداف نظام سلامت، تعیین نیاز به آنچه که بر پیامدهای این سیاست ها تاثیر گذار است و درس گرفتن از تجارب گذشته به منظور اتخاذ سیاست هایی با آگاهی از شواهد دقیق در آینده نظام سلامت کشور و اقدام در جهت سیاست گذاری های آینده نگارانه برای پیشبرد سیاست های مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت از دیگر اهداف این مطالعه می باشد.

## **اهداف (خروجی ها) اصلی طرح:**

تحلیل سیاست های اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در نظام سلامت ایران

## **اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح:**

۱. شناسایی و انتخاب سیاست های اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی سلامت در ایران
  ۲. تحلیل محتوایی و نگاشت سیاست های انتخاب شده
  ۳. تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاست گذاری در نظام سلامت ایران
  ۴. تحلیل تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب تحلیلی اواسیس در نظام سلامت ایران
  ۵. تعیین تاثیر سیاست های انتخاب شده بر میزان پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی
- آموزشی کشور

۶. ارایه راهبردهای آینده نگارانه / گزینه های سیاستی برای حصول به پوشش همگانی خدمات سلامت در نظام

سلامت ایران

## اهداف کاربردی طرح<sup>۱</sup>:

۱. ارایه نتایج پژوهش در قالب خلاصه سیاستی<sup>۱</sup> و گزارش ۲۵-۳-۱ به سیاست گذاران نظام سلامت کشور
۲. ایجاد راهنمایی برای سیاستگذاران نظام سلامت جهت استفاده در سیاستگذاری های آگاه از شواهد در جهت پوشش همگانی سلامت

## فرضیه ها<sup>۱</sup> یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح):

۱. سیاست های اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در نظام سلامت ایران کدامند و اولویت بندی آنها چگونه است؟
۲. نگرش سیاست های اولویت دار انتخاب شده چگونه است؟
۳. بر اساس اجزای مثلث سیاست گذاری تحلیل سیاست های منتخب چگونه است؟
۴. بر اساس چارچوب تحلیلی اواسیس عملکرد نظام تامین مالی سیاست های منتخب چگونه است؟
۵. تاثیر سیاست های انتخاب شده بر میزان پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی آموزشی کشور چیست؟
۶. راهبردهای آینده نگارانه/گزینه های سیاستی برای حصول به پوشش همگانی خدمات سلامت در نظام سلامت ایران کدامند؟

---

<sup>1</sup> Policy brief

# فصل دوم

ادبیات و پیشینه پژوهش

## پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت<sup>1</sup> به این معنی است که تمامی مردم، تمامی خدمات سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمانی، توانبخشی و تسکینی را که نیاز دارند، بدون تحمل رنج و سختی در پرداخت مالی، و بدون هرگونه تبعیض نژادی، مذهبی و... دریافت می کنند. پوشش همگانی سلامت نیازمند مداخلات کلیدی است که مهمترین عوامل بیماریها و مرگ و میر را مشخص میکند. یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت تامین خدمات سلامت با کیفیت مناسب است تا سطح سلامت افراد گیرنده خدمات را بالا ببرد.

اگر افراد مجبور باشند بیشتر هزینه های خدمات را از جیب خود پرداخت کنند، افراد بی بضاعت قادر به دریافت بسیاری از خدماتی که نیاز دارند نخواهند بود و حتی افراد ثروتمند نیز در صورت شدید بودن یا طولانی مدت بودن بیماری، متحمل پرداخت مالی سنگینی می شوند. آشکال محافظت در برابر ریسک مالی که منابع تامین مالی را یک کاسه می کند (مانند مالیات، سایر درآمدهای دولت و یا سهم بیمه ها) تا ریسک مالی بیماریها را در کل جمعیت پخش کرده و اجازه دهد تا یارانه از ثروتمندان به فقرا و از سالم به بیمار تغییر کند، هم دسترسی به خدمات مورد نیاز و هم حفاظت در برابر ریسک مالی را افزایش می دهد. نمی توان یک شبه در همه کشورها به پوشش همگانی سلامت دست یافت، بلکه تمام کشورها می توانند حرکت خود به سمت آنرا تسریع بخشند و یا وضعیت خود را تا جایی که به دست آورده اند، حفظ کنند. در کشورهایی که خدمات سلامت از قدیم در دسترس و مقرون به صرفه بوده است، دولتها دریافته اند که پاسخ به تمامی نیازهای بهداشتی در حال رشد جمعیت و هزینه های فزاینده خدمات سلامت سخت تر شده است. عوامل کلیدی در اولویت بندی خدمات، توسط کشورها، سابقه اپیدمیولوژیکی، سیستم های سلامت، سطح توسعه اجتماعی – اقتصادی و انتظارات مردم هستند. پوشش همگانی سلامت بر پایه ی اساسنامه ۱۹۴۸ WHO استوار است که سلامت را یک حق اساسی و انسانی دانسته و متعهد به تضمین بالاترین سطح سلامت ممکن برای همه می شود. اصل پوشش همگانی، در گزارش

---

<sup>1</sup>. Universal Health Coverage

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ تصریح گردیده و توسط کمیسیون ۲۰۰۸ شاخص های اجتماعی بهداشت و گزارش مجمع بهداشت جهانی، حمایت شد.

## مبانی و مفاهیم پوشش همگانی سلامت

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت پوشش همگانی به عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توانبخشی و در سطح هزینه ای است که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل می شود (۶). ارائه تعریف دقیقی از واژه پوشش همگانی سلامت به نظر ضروری می رسد تا به سرنوشت طرح " سلامت برای همه " که حمایت سیاسی قوی از آن شد اما نتوانست تغییرات وسیع سیاسی و مالی برای دست یابی به اهدافش ایجاد کند، دچار نشود (۷). پوشش همگانی سه جنبه‌ی هزینه‌ها، خدمات، و افراد تحت پوشش را در بر می‌گیرد که از آن به عنوان مکعب پوشش همگانی یاد می‌شود. در این راستا نظام‌های سلامت می‌باید تلاش خود را معطوف به پوشش بیشتر هزینه‌ها و مخارج سلامت و خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت نمایند و در عین حال تلاش کنند که افراد کمتری دچار مخارج کمر شکن سلامت شوند (۴). بر اساس این مکعب تلاش نظام‌های سلامت باید در جهت پوشش کامل خدمات پایه و ضروری سلامت و همچنین پوشش قریب به اتفاق افراد جامعه باشد. البته برخورداری خدمات سلامت از کیفیت مطلوب، می‌تواند به عنوان بعد چهارم لحاظ گردد. بنابراین، بر اساس آنچه که در تعریف و مکعب پوشش همگانی سلامت آمده است، هدف نهایی پوشش همگانی سلامت، تضمین بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی) بدون تحمل ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه‌ی پرداخت مخارج سلامت است. به عبارت دیگر، زیر چتر پوشش همگانی سلامت، نباید مخارج سلامت افراد بیش از آستانه‌ی توانایی مالی آنان باشد (۸).

مفاهیم تعیین کننده پوشش همگانی عبارتند از: اتخاذ تمهیدات قانونی مناسب در زمینه تعهد به دسترسی کلیه گروه های جمعیتی (در قالب تعریفی جامع از شهروندی) به خدمات سلامت مورد نیاز، عدالت در دسترسی به کلیه انواع خدمات سلامت بر اساس نیاز و حفاظت در برابر ریسکهای مالی برای کلیه افراد جامعه در برابر هزینه های کمر شکن و ممانعت از به ورطه فقر افتادن افراد (۳، ۹، ۱۰).

هنوز در بسیاری از کشورها پرداخت مستقیم بابت هزینه های سلامت در حین دریافت خدمات سلامت از سوی مردم رایج است که به نوبه خود توانایی مردم برای استفاده از خدمات را کاهش می دهد بنابراین یکی از چالش های مهم فاصله گرفتن از پرداخت مستقیم از جیب است. در این راستا چالش اصلی اغلب کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی تغییر روش تامین مالی از پرداخت های مستقیم به پیش پرداخت است. اصلاح تامین مالی باید با اطمینان از دسترسی همه افراد به خدمات باشد. اگر مردم



به خدمات محلی دسترسی ندارند یا اگر دسترسی به خدمات خارج از جامعه ای که آن ها زندگی می کنند بسیار هزینه بر است بنابراین عملاً برای افراد محافظت مالی وجود ندارد (۱۱).

بهره گیری از مکانیزم های مناسب جهت کنترل هزینه ها ضروری هستند زیرا اگر هزینه ها کنترل نشوند پوشش کل جمعیت و فراهم کردن خدمات کافی دشوار خواهد بود و پایداری مالی طولانی مدت حاصل نخواهد شد (۱۲). چنین ویژگی هایی از طرح پوشش همگانی تأکیدی بر مراقبت های سلامت اولیه، به عنوان سطح اول مراقبتی و مکانیزم های پرداخت می باشد که از سرانه و پرداخت به ازای مورد در داخل بودجه کلی استفاده می کند تا کل هزینه های سلامت را ثابت نگاه دارد. عنصر دیگر طراحی- خرید راهبردی- برای مدیریت سهمیه بندی خدمات و جهت دهی ارایه مراقبت به مناطقی با بیشترین نیاز ضروری است.

امروزه شواهد کافی در خصوص اینکه تأمین مالی مبتنی بر پیش پرداخت و بیمه می تواند از این مصائب بکاهد وجود دارد. بنابراین راه دستیابی به اهداف مراقبت های بهداشتی اولیه و به ویژه عدالت در آن، اصلاح تأمین مالی نظام سلامت بر مبنای پیش پرداخت است، به طوری که بتواند دسترسی به مراقبت های سلامت مورد نیاز را برای همه ایجاد کند (۱۱).

کشورهای جهان با نظام های سلامت متفاوت و با سطوح درآمدی مختلف راهبردهای گوناگونی را در راستای دستیابی به پوشش همگانی دنبال کرده اند. مالزی مالیات عمومی، کره جنوبی مشارکت های اجباری سیاهه حقوق<sup>۱</sup> و دستمزد، مکزیک تمرکز بر گروه های فقیر و حاشیه نشین و برزیل توسعه برنامه سلامت خانواده را به عنوان راهبرد خود برگزیده اند (۱۳). ترکیب متناسب این راهبرد بستگی به زمینه و بستر خاص هر کشور از جمله ارزش های اجتماعی، شرایط اقتصادی، ساختار صنعتی و توانایی های اجرایی آن دارد.

مسیر نه چندان هموار و پر از تعارض دستیابی به پوشش همگانی سه ویژگی عمده دارد. اول این که فرآیندی سیاسی است که طی آن نیروهای اجتماعی مختلف برنامه ها و قوانینی را در راستای افزایش دسترسی و عدالت و تجمیع خطر ارائه می دهند. افزایش درآمد و خرید خدمات سلامت بیشتر برای جمعیت بیشتر دومین ویژگی آن است و در نهایت افزایش سهم هزینه های سلامت که از طریق پیش پرداخت و انباشت حاصل می شود (۱۳).

کشورهایی با درآمد متوسط و بالا که به پوشش همگانی دست یافته اند هنوز هم در پی اصلاح نظام سلامت خود برای مقابله با نابرابری ها و بهبود کارایی و کاهش هزینه ها هستند و ۲۲ کشور با درآمد کم و متوسط نیز به دنبال دستیابی به پوشش همگانی از طریق بسیج منابع و اصلاح سیاست هایشان هستند (۱۰). این کشورها بنا بر مسوولیت و تعهد سیاسی خود در قبال کاهش نابرابری

---

<sup>1</sup> Payroll tax

ها در دستیابی به خدمات سلامت و حمایت از افراد در برابر تحمل هزینه های مراقبت سلامت، درصدد اصلاح نظام های مراقبت سلامت خود جهت محافظت افراد در برابر خطرات مالی به عنوان بخشی از برنامه پوشش همگانی سلامت بر آمده اند (۱۴، ۱۵). بنابراین در شرایط کنونی فراهم آوردن شرایط استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت جزو دغدغه های اصلی سطوح مختلف نظام سلامت کشورها قرار گرفته است.

با توجه به افزایش تقاضا برای شواهد، تجربیات و روش های اندازه گیری پیشرفت به سوی پوشش همگانی بررسی و مطالعه ی روندهای دستیابی به پوشش همگانی با هدف بهره گیری از تجربیات کشورها و تحلیل وضعیت کشور می تواند گامی مهم در جهت شناسایی شکاف موجود در شواهد، تجربیات و علل موفقیت ها و شکستهای هر یک از کشورها در گذار از پوشش ناکامل به دوره پوشش همگانی باشد. به نظر می رسد عدم صراحت در تعریف مبانی و مفاهیم پوشش همگانی باعث سردرگمی در هر یک از ابعاد سه گانه پوشش همگانی و تاخت زدن بین اجزای آن خواهد شد. لذا ارایه صریح و شفاف از مفاهیم اجزای پوشش همگانی، شناخت موانع دستیابی به پوشش همگانی را تسهیل خواهد کرد. هم چنین از آن جایی که روند دستیابی به پوشش همگانی با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی اقتصادی و سیاسی در هر کشور متفاوت است لذا بررسی الگوهای عمومی کشورهای که به پوشش همگانی دست یافته اند و بررسی عوامل اقتصادی جمعیت شناختی فناوری و سیاسی آنها می تواند مفید واقع شود. نتیجه حاصل از این بررسی ها می تواند راهنمای عملی تبیین فرآیند سیاست گذاری متاثر از شواهد در حوزه پوشش همگانی باشد.

## اجزای پوشش همگانی سلامت

در دستیابی به پوشش همگانی سلامت سه شاخص کلی تعریف شده است:

۱. پوشش خدمات سلامت

۲. حفاظت در برابر خطر مالی

۳. پوشش تمامی جمعیت

در خصوص پوشش جمعیتی ایده آل آنست که کلیه افراد یک کشور تحت پوشش قرار بگیرند. و در عین حال باید در نظر گرفت که به طور ایده آل، کلیه مداخلات پیشگیری، درمانی و توانبخشی بایستی به طور موثری ارایه شوند و بالاترین استانداردهای دست یافتنی سلامت تحقق و بهبود یابند. همچنین همه افراد باید بتوانند حین دریافت خدمات پزشکی مورد نیاز، دچار هزینه کمرشکن و مشکلات مالی قابل ملاحظه ای نشوند. شکل شماره یک اجزای پوشش همگانی را نشان می دهد (۱۶).

## تامین خدمات با کیفیت

یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت تامین خدمات سلامت با کیفیت مناسب است تا سطح سلامت افراد گیرنده خدمات را بالا ببرد. کیفیت در مراقبت سلامت، به فاکتورهای مختلف از جمله سازمان مراقبت سلامت و زمینه وسیع تر بستگی دارد.

تدوین شاخص های مناسب جهت رصد وضعیت کیفیت خدمات و اندازه گیری مداوم آنها می تواند راهکار مناسبی جهت اطمینان از تامین نسبی خدمات با کیفیت در پوشش همگانی خدمات باشد.

## محافظت مالی

همه افراد مایل به دریافت خدمات سلامت قابل خرید و با کیفیت می باشند، این تمایل افراد در سال های اخیر جنبش پوشش همگانی سلامت را ایجاد کرده است. هر چند ریشه های جنبش پوشش همگانی سلامت را در جنبش مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) می دانند اما به طور مستقیم از سال ۲۰۰۵ مجمع جهانی سلامت از دولتهای کشورهای جهان خواست تا نظام سلامت کشور خود را به گونه ای گسترش دهند که مردم بدون اینکه از نظر مالی دچار مشکل شوند بتوانند به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند. همانطوریکه در این تعریف ملاحظه می شود جنبش پوشش همگانی سلامت با تمرکز بر محافظت مالی خانوارها در برابر هزینه های بیماری آغاز شده است؛ لذا در مدل های ارائه شده از پوشش همگانی سلامت که هدف آن تضمین دسترسی همه افراد به خدمات سلامت موثر و موردنیاز است، یکی از ابعاد کلیدی این است که دسترسی به خدمات برای بیماری ها یا جراحات نباید منجر به ایجاد دشواری های مالی برای افراد گردد. گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره عملکرد نظام های سلامت در سال ۲۰۰۰ نیز توجه به محافظت مالی خانوار در برابر هزینه های بیماری را با مفهوم "تامین مالی منصفانه" به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام های سلامت معرفی نمود (۱۷).

اگر افراد مجبور باشند بیشتر هزینه های خدمات را از جیب خود پرداخت کنند، افراد بی بضاعت قادر به دریافت بسیاری از خدماتی مورد نیاز نخواهند بود و حتی افراد ثروتمند نیز در صورت شدید بودن یا طولانی مدت بودن بیماری، متحمل هزینه های سنگینی می شوند. آشکال محافظت در برابر خطر مالی که منابع تامین مالی را یک کاسه می کند (مانند مالیات، سایر درآمدهای دولت و یا سهم بیمه ها) تا ریسک مالی بیماریها را در کل جمعیت پخش کرده و اجازه دهد تا یارانه از ثروتمندان به فقرا و از سالم به بیمار تغییر کند، هم دسترسی به خدمات مورد نیاز و هم محافظت در برابر خطر مالی را افزایش می دهد.

نیاز به محافظت مالی خانوار به سه عامل اصلی مرتبط است؛ اول، در مورد زمان و شدت یک بیماری یا حادثه قطعی وجود ندارد؛ نیازهای بهداشتی و درمانی غیرقابل پیش بینی دارای هزینه فرصت می باشند زیرا منابع مالی که قرار بود برای خرید سایر مایحتاج خانوار مصرف شود برای سلامت هزینه می گردد. دوم، بهداشت و درمان چه به صورت نسبی و چه مطلق می تواند بسیار گران قیمت باشد: بطوریکه حتی خدمات سلامت ارزان نیز ممکن است برای فقرا کمرشکن باشد. در چنین مواردی مردم ممکن است از استفاده از خدمت چشم پوشی نمایند یا اینکه هزینه خدمات را پرداخت کرده و خطر فقیر شدن را بپذیرند. سوم، بیماری یا حوادث می توانند با کاهش درآمد همراه باشند که به نوبه خود خطر افتادن در ورطه فقر را افزایش می دهند (۱۷ و ۱۸).

پژوهش های بین المللی نشان می دهد محافظت مالی در نظام سلامت از طریق اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه های مختلف مردم ( انباشت) و توزیع خطر در طول زمان ( پیش پرداخت ) حاصل می گردد. انباشت و پیش پرداخت به کاهش مشکلات مالی ناشی از نیازهای بهداشتی درمانی غیر قطعی ؛ حذف موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشقت های مالی مرتبط با بیماری کمک می کند.

هر چند میزان انباشت و پیش پرداخت در نظام سلامت تاثیر اصلی را بر عمق ( نسبتی از هزینه مزایا که با منابع انباشت شده پوشش داده می شود) مکعب پوشش همگانی دارد اما بر عرض یا پهنای پوشش همگانی سلامت ( جامعیت مزایای سلامت ) و حیثه ( وسعت مزایایی که پوشش داده می شود ) نیز اثر گذار خواهد بود.

از سوی دیگر محافظت مالی می تواند سهم بسزایی بر دو هدف سیاسی یعنی کارآیی و عدالت داشته باشد. از سویی، محافظت مالی موجب رفاه افراد شده و باعث کارآ تر شدن نظام سلامت و اقتصاد کلان کشور می شود. از سوی دیگر محافظت مالی کافی باعث می شود همه خانوارها از جمله فقرا در صورت نیاز، به راحتی و بدون دغدغه مالی از خدمات استفاده نمایند و این امر به افزایش عدالت منجر خواهد شد.

سیاستگذاران در کشورهای مختلف ابزارهای متعددی در اختیار دارند تا از طریق آن بتوانند بر عمق پوشش همگانی خدمات یا محافظت مالی در نظام سلامت تاثیر بگذارند. در واقع عملکرد تامین مالی نظام سلامت بر این بعد پوشش همگانی سلامت بسیار تاثیرگذار خواهد بود. همه نظام های سلامت منابع را جمع آوری، مدیریت و مصرف می نمایند. به منظور دستیابی به هدف سلامت بهتر، لازم است بخش مالی خدمات سلامت، منابع کافی تولید نماید، به طور موثر خطرات انباشت شود و به خدمات اختصاص یابد به شیوه ایی که منجر به عملکرد مطلوب گردد. به منظور پایش عملکرد مالی نظام های سلامت برای هر یک از کارکردهای مالی شاخص های تعریف شده است. بطور مثال به منظور ارزیابی اثربخشی عملکرد جمع آوری منابع در نظام سلامت لازم است از شاخص هایی که بیانگر میزان منابع بالقوه در دسترس نظام سلامت استفاده گردد (۱۷ و ۱۴ و ۷).

یک نظام تامین مالی سلامت خوب به ارتقای وضعیت سلامت از طریق فراهم آوردن منابع کافی کمک می نماید. افزون بر این، تامین مالی بر وضعیت سلامت از طریق اصلاح انگیزه هایی که پرداخت کنندگان و دریافت کنندگان منابع در رابطه با ارایه و مصرف خدمت مواجه هستند، تاثیر می گذارد. اما نظام تامین مالی سلامت بر طیفی از اهداف اجتماعی غیر از ارتقای وضعیت سلامت نیز تاثیر می گذارد که عبارتند از: همبستگی ( انصاف در پرداخت برای خدمات سلامت مرتبط با درآمد افراد)، محافظت مالی ( حق مردم نسبت به اینکه نظام سلامت باید از آنها در برابر هزینه های بیماری محافظت نماید ) و پاسخگویی ( استفاده مسئولانه از منابع ).

در هر صورت تامین مالی نظام های سلامت از طریق کارکردهای جمع آوری، انباشت خطر و خرید خدمات، تاثیر بسیاری بر انصاف در مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت و نیز اثراتی بر پیامدهای سلامت و پاسخگویی دارد. تغییرات در نظام تامین مالی بایستی مکانیزم های تامین مالی فعلی و موسسات اجتماعی را که به صورت تاریخی شکل گرفته است و نیز عقاید و انتظارات مردم درباره پرداخت برای خدمات سلامت را در نظر بگیرد (۲۰ و ۲۱).

## رفع ابهام ها درباره پوشش همگانی سلامت

۱. پوشش همگانی سلامت فقط تامین مالی بخش سلامت نیست، بلکه باید تمام اجزای سیستم سلامت را پوشش دهد تا موفقیت آمیز انجام شود: سیستم های ارائه خدمات سلامت، نیروی کار بخش سلامت، تسهیلات و شبکه های ارتباطی بخش سلامت، تکنولوژیهای بخش سلامت، سیستمهای اطلاعاتی، مکانیزمهای تضمین کیفیت و...
۲. پوشش همگانی سلامت تنها تضمین ارائه بسته حداقلی از خدمات سلامت نیست، بلکه تضمین گسترش سریع پوشش خدمات سلامت و محافظت در برابر ریسک مالی است.
۳. پوشش همگانی سلامت به معنای پوشش رایگان تمام مداخلات بهداشتی ممکن بدون توجه به هزینه آن نیست؛ هیچ کشوری نمی تواند تمامی خدمات را به صورت رایگان ارائه کند.
۴. پوشش همگانی سلامت تنها بخش سلامت را در بر نمی گیرد. حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به معنی حرکت به سمت عدالت، توسعه اولویتها و همبستگی اجتماعی است.

پوشش همگانی سلامت نه تنها بر خدماتی که پوشش داده می شوند تمرکز دارد، بلکه بر چگونگی پوشش آنها از طریق تمرکز بر مراقبت‌های بهداشتی مردم محور و یکپارچگی مراقبت‌ها نیز تاکید می کند. سیستم‌های سلامت باید بر پایه نیازها و انتظارات مردم برپایه سلامت جامع طولانی مدت سازماندهی شوند تا مردم بتوانند بهتر نیازهای بهداشتی خود را درک کنند (۱۷ و ۲۷).

## مزایای پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت باعث حفظ و ارتقای سلامت می شود. سلامت بهینه به کودکان اجازه می دهد یاد بگیرند و به بزرگسالان اجازه می دهد کار کنند. پوشش همگانی سلامت به افراد کمک می کند از فقر بگریزند و اساس توسعه اقتصادی بلند مدت را فراهم می کند. همچنین محافظت در برابر ریسک مالی<sup>۱</sup> در بخش سلامت، باعث پیشگیری از فقیر شدن مردم در اثر ابتلا به بیماری غیرمنتظره می شود که آنها را مجبور به خرج پس اندازها، فروش وسایل زندگی و یا قرض گرفتن می کند و آینده آنها و فرزندانشان را نابود می کند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) کشورها را برای توسعه سیستم سلامت خود به سمت پوشش همگانی سلامت و حفظ و نظارت بر پیشرفت آن حمایت می کند. WHO با همکاری بانک جهانی، چارچوبی برای نظارت بر پیشرفت پوشش همگانی سلامت ترتیب داده است. با نظارت بر پوشش همگانی سلامت، کشورها می توانند اهداف خود را بررسی کرده و بر مناطقی که نیاز به توجه بیشتری دارد تمرکز کنند. این چارچوب سه شاخص کلی دارد:

۱. پوشش خدمات سلامت

۲. حفاظت در برابر ریسک مالی

۳. عدالت یا پوشش برای تمامی جمعیت (۱۷ و ۱)

هدف از اندازه گیری این شاخص ها، دستیابی سریع به پوشش همگانی سلامت برای تمامی کشورهاست. فاکتورهای مهم در دستیابی کشورها به پوشش همگانی سلامت شامل مواردی از قبیل:

- یک سیستم سلامت قوی و کارآمد که نیازهای بهداشتی را از طریق مراقبت یکپارچه مردم محور اولویت بندی می کند (شامل خدمات HIV، سل، مالاریا، بیماری‌های غیرواگیر، مراقبت های مادر و کودک) از طریق:

---

<sup>1</sup>. Financial Risk Protection

- آگاهی بخشی و تشویق مردم به سالم ماندن و پیشگیری از بیماری
  - تشخیص سریع وضعیت های سلامت
  - دارا بودن ظرفیت درمان بیماری
  - و کمک به بیماران بوسیله بازتوانی می باشد.
- مقرون به صرفه بودن: تامین مالی باید به نحوی باشد که مردم در زمان استفاده از خدمات سلامت دچار مشکل مالی نشوند.
  - دسترسی به داروهای ضروری و تکنولوژیها برای تشخیص و درمان مشکلات پزشکی
  - نیروی کار کافی، کارآزموده و با انگیزه که خدمات را به نحو احسن و براساس نیاز بیماران ارائه کنند.
  - همچنین تمامی بخشهایی که نقش مهمی در سلامت افراد جامعه ایفا می کنند – از قبیل حمل و نقل، آموزش و پرورش و...- شناسایی شوند تا سلامت مردم تضمین شود(۲).
- گامهایی که کشورها می توانند برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت بردارند (البته با حمایت سازمان جهانی بهداشت) شامل موارد زیر است:
- ارزیابی وضعیت سیستم سلامت و نیز پوشش همگانی سلامت به منظور شناسایی فرصتها و موانع موجود برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت،
  - گفتگوی جامع با همه ذینفعان سلامت برای بررسی سیاستهای لازم برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت و یا حفظ موقعیت فعلی آن،
  - طراحی و اجرای استراتژیها و برنامه ریزیهای کل نگر برای قوی تر کردن سیستم سلامت و رسیدن به پوشش همگانی سلامت،
  - انجام اقدامات بین بخشی به منظور تشویق شعار سلامت در همه بخشها، و تمرکز اولیه بر بخشهایی که بیشترین تاثیر را دارند،
  - نظارت، ارزشیابی و تعدیل برنامه در صورت لزوم(۳).

هدف نهایی پوشش همگانی سلامت افزایش تعداد خدمات سلامت تحت پوشش در طول زمان و در عین حال کاستن از Out of Pocket بیماران است. تصمیماتی که درباره این خدمات و اولویت بندی ارائه آنها گرفته می شود باید برپایه نیازهای بهداشتی مردم، نظرات و انتظارات آنها و هزینه این خدمات باشد.

## تامین مالی پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت اساس تضمین امنیت بهداشتی جامعه است. فقیرترین افراد جامعه اغلب با بالاترین ریسک بهداشتی مواجه شده و به خدمات بهداشتی بیشتری نیاز پیدا می کنند. از طرفی پرداختهای مستقیم از جیب باعث می شود افراد تمایلی به استفاده از خدمات سلامت بخصوص خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری نداشته باشند و مراقبتهای سلامت را به عقب بیاندازند(۲). تخمین زده می شود که حدود ۱.۳ میلیارد نفر از مردم جهان به دلیل فقر و ناتوانی در پرداخت خدمات مورد نیازشان، به خدمات سلامت دسترسی ندارند. به همین دلیل یا بخاطر پرداخت خدمات سلامت فقیر می شوند، یا به دلیل کار نکردن به خاطر بیماری. کاهش وابستگی به پرداختهای مستقیم و Out of Pocket، موانع تامین مالی را کاهش داده و اثر فقرزایی نظامهای پرداخت سلامت را کاهش می دهد(۴).

یکی از عناصر کلیدی در تامین مالی پوشش همگانی سلامت، به اشتراک گذاری منابع به منظور پخش کردن ریسک مالی بیماری-سلامت در تمامی جمعیت است. سیستم سلامت باید اعتبارات مالی عظیمی را که می تواند نیازهای مالی افرادی را که بدان احتیاج دارند پوشش دهد، بدون توجه به توانایی پرداخت آنها، جمع آوری کند(۲). کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در فراهم سازی پوشش همگانی سلامت داشته اند، از مشارکت اجباری افرادی که توان پرداخت دارند و دریافت مالیات از آنها، و یا مشارکت اجباری تعیین شده برای بیمه سلامت بهره گرفته اند. برای دستیابی به این امر، استفاده از سیستم پیش پرداخت لازم است. پیش پرداخت به این معنی است که مردم قبل از اینکه بیمار شوند، پرداخت می کنند و در هنگام بیماری، از منابع یک کاسه شده بهره می برند. جدای از افرادی که توان پرداخت را دارند، در تمامی کشورها افرادی وجود دارند که قادر به مشارکت مالی در پرداخت نیستند. کشورهایی که در حال رسیدن به پوشش همگانی سلامت هستند، از درآمدهای مالیاتی برای پوشش نیازهای اینگونه افراد استفاده می کنند تا اطمینان حاصل کنند که تمامی افراد به خدمات سلامت در زمان نیازشان دسترسی دارند.

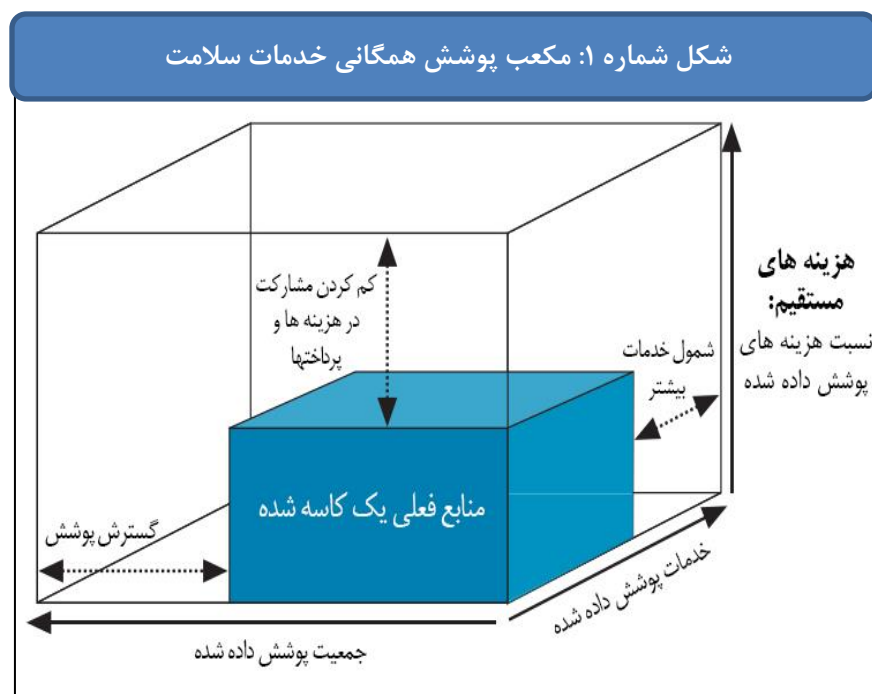
در کشورهای کم درآمد، که نظام پیش پرداخت کارا نبوده و نیازهای سلامت نیز گسترده است، کمکهای بین المللی برای حمایت از آنها ضروری است. سرمایه گذاری در توسعه نظام پیش پرداخت و تجمیع منابع، به منظور تامین مالی پروژه ها و برنامه های



بهداشتی، یکی از بهترین روشهای کمک به کشورها برای دور شدن از پرداخت مصرف کنندگان و بهبود دسترسی به مراقبتهای بهداشتی و محافظت از ریسک مالی، از طریق کمکهای بین المللی است (۱۹ و ۷).

در مجموع هیچ راه واحدی برای ایجاد یک سیستم تامین مالی برای پوشش همگانی وجود ندارد. همه کشورها باید براساس شیوه ای که از منابع تجمع شده استفاده می شود، تصمیم گیری کنند و دائماً اولویت هایشان را تعدیل کنند. چرا که منابع همواره کمیاب، تقاضای مردم مداوم و فناوریهای خدمات سلامت در حال گسترش اند. چنین تضادها و چالشهایی سیاستگذاران را وادار می کند که تصمیمات خود را در سه زمینه اساسی متمرکز کنند: نسبت جمعیتی که پوشش داده می شود؛ دامنه خدماتی که می خواهند فراهم کنند؛ و نسبت هزینه هایی که پوشش داده می شود (شکل شماره ۱). کشورهای مختلف، مسیرهای مختلفی را براساس نوع تصمیماتی که بر پایه این سه محور می گیرند، برای رسیدن به پوشش همگانی طی می کنند. برای مثال، در نظامی که همه به جز طبقه مرفه در دریافت خدمات سلامت عاجز هستند، حرکت سریع به سمت نظامی که همه افراد را، اعم از فقیر و ثروتمند، پوشش دهد، یک اولویت باشد؛ حتی اگر لیست خدمات و نسبت هزینه های پوشش داده شده توسط منابع مالی، به نسبت کم باشد. در عین حال، در یک سیستم جامع و گسترده، با اندک موارد استثناء، دولت ممکن است رویکرد هدفمندی را با هدف شناسایی و تحت پوشش قرار دادن این موارد برگزیند. در چنین مواردی، می توان خدمات بیشتری را به مردم فقیر ارائه کرد و یا نسبت بیشتری از هزینه ها را پوشش داد (۴).

کشورها با هر سطح درآمدی می توانند به پوشش همگانی سلامت دست پیدا کنند:



۱. در نپال، مراقبت بهداشتی همگانی در سال ۲۰۰۸ معرفی شد و هم اکنون در حال پیشرفت و دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت خود است.
۲. در سال ۲۰۰۸، دولت

افغانستان با استفاده از منابع مالی اهدایی قابل توجه، پرداختهای مصرف کنندگان را در بخشهای عمومی سلامت حذف کرد و استفاده از مراقبتهای سلامت بیش از دو برابر افزایش یافت.

۳. تايلند دهمین سالگرد طرح پوشش همگانی خود را که به طور چشمگیری اثرات فقرزایی پرداخت مستقیم از جیب را کاهش داده بود، جشن گرفت.

۴. به تازگی، السالوادور طرح بزرگی را اجرا کرده تا پوشش همگانی را گسترش دهد تا پرداختهای مصرف کنندگان را از میان بردارد و مراقبتهای بهداشتی اولیه را در مناطق دور افتاده و مناطق فقیر روستایی قوی تر کند.

۵. کشورهای آفریقایی مانند لیبیریا، گابن، غنا، سیرالئون و رواندا نیز در حال حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند.

## اندازه گیری پوشش همگانی سلامت

از آنجا که پوشش همگانی سلامت ترکیبی از افراد دریافت کننده خدمات بهداشتی مورد نیاز، و محافظت در برابر ریسک مالی است، باید هر دوی آنها اندازه گیری شوند. پوشش خدمات سلامت می تواند از طریق درصد افرادی که خدمات مورد نیازشان را دریافت می کنند اندازه گیری شود. از طرف دیگر محافظت در برابر ریسک مالی می تواند از طریق کاهش شمار خانوارهای فقیر شده و زیر فشار اقتصادی شدید، به دلیل هزینه های بهداشتی، ارزیابی شود. چالش اصلی در اغلب کشورها این است که آنها ظرفیت اندازه گیری پوشش تمامی مداخلات بهداشتی مورد نیاز جمعیت خود را ندارند. بنابراین آنها باید مجموعه ای از شاخص های کلیدی را برای ارزیابی عملکرد در پوشش خدمات انتخاب کنند (۲).

## پایش پوشش همگانی سلامت

به منظور سنجش میزان پیشرفت در مسیر نیل به پوشش همگانی سلامت، پایش آن می بایست مد نظر قرار گیرد که از آن به عنوان یکی از اجزای محوری و اصلی نظام پوشش همگانی سلامت یاد شده است (۳). این پایش روی دو جزء مجزای عملکرد نظام سلامت تاکید دارد: سطوح پوشش برای مداخلات سلامت و حفاظت از خطرات مالی با تاکید بر عدالت (۴).

اهمیت ارزیابی سیستماتیک پیشرفت در دستیابی به UHC در گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت پر رنگ تر گردیده است، جایی که توجه را به کمبود شواهد تجربی جهت ارزیابی و آگاه سازی سیاست های مرتبط به UHC جلب می کند. این گزارش چندین اولویت پژوهشی را مشخص می سازد که شامل عمق بخشیدن به درک بار بیماری در سطح کشور و تعیین ابزارهای

سنجش برای ارزیابی پیشرفت است. با این حال، این سوال باقی می ماند؟ چگونه باید پیشرفت به سمت UHC مورد پایش قرار گیرد (۵)؟ بنابراین جهت پایش پوشش همگانی سلامت در سطح کشور چارچوبی مورد نیاز است که بخشی از چارچوب جامع برای پایش عملکرد نظام سلامت ملی می باشد (۴)؛ کاری که کشورهایی مانند برزیل (۶)، بنگلادش (۷)، هند (۸) و تایلند (۹) با توسعه نظام پایش و ارزیابی UHC با ایجاد سیستمی جداگانه یا در داخل چارچوب ارزیابی نظام سلامت ملی خود انجام دادند.

در شورای فنی برگزار شده در سال ۲۰۰۱، WHO توصیه نمود که سنجش پوشش موثر بطور روتین در ارزیابی عملکرد نظام سلامت با توجه به مداخلات معین دخالت داده شود (۱۰). همچنین در گزارش اخیر بانک جهانی در خصوص UHC، به منظور درک تصویر کافی از گستره خدمات سلامت ارائه شده توسط نظام سلامت و جهت سنجش و ارزیابی میزان پیشرفت به UHC به استفاده از ابزار پوشش موثر توصیه شده است. ابزاری که برخلاف پوشش خام که تنها روی مولفه استفاده و دسترسی خدمات تمرکز دارد، مفاهیم نیاز، استفاده و کیفیت را نیز دربرمی گیرد. جامع بودن این ابزار آن را قادر می سازد تا جهت پایش پوشش خدمات UHC به کار گرفته شود (۵، ۱۱).

## تامین مالی نظام سلامت

نظام سلامت نیازمند برنامه ریزی برای پاسخ‌گویی به انتظارات و نیازهای بهداشتی مردم و ارتقای سلامت آنان می باشد. در این میان تامین مالی هزینه‌های نظام سلامت جلوه‌ای بسیار مهم می‌یابد. چرا که، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی برای مردم ضروری و حیاتی است و تاخیر در ارائه خدمات یا تامین منابع مالی آن، می‌تواند خسارت‌های جبران‌ناپذیری را به دنبال داشته باشد. از این رو تامین مالی یکی از اهرم‌های دستیابی به اهداف نظام سلامت است و توجه به آن بسیار ضروری است.

روش‌های مختلفی برای تامین مالی هزینه‌ها و پرداخت‌ها در نظام سلامت وجود دارد. نهادهای بین‌المللی بر این باورند که تامین مالی بخش سلامت باید به گونه‌ای صورت پذیرد که ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات، کم‌ترین ارتباط مالی را داشته باشند، «روشن است در یک نظام سلامت که افراد مجبورند در هنگام جستجو برای خدمات مورد نیاز یا دریافت مراقبت‌های درمان، میزان قابل توجهی از هزینه‌ی خدمات سلامت را به طور مستقیم از جیب خود بپردازند دسترسی به خدمات صرفاً برای کسانی میسر می‌شود که توان پرداخت آن را داشته باشند و این احتمال به وجود می‌آید که فقیرترین اعضای جامعه از دسترسی به آن محروم بمانند. عادلانه‌بودن محافظت در برابری خطر مالی، نیازمند بالاترین درجه‌ی تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف (بهره‌مندی از خدمات) است. این امر خصوصاً برای مداخلاتی که نسبت به ظرفیت پرداخت خانوار پرهزینه است صدق می‌کند» (۲۵). به عبارت

دیگر، آن چه که باید تعیین کننده تعامل میان بیمار و پزشک باشد، نیاز بیمار و تخصص پزشک است نه توانمندی‌ها یا محدودیت های مالی.

زمانی که حجم منابعی که به صورت پرداخت مستقیم از جیب تامین می‌شود، زیاد باشد، کلیه افراد جامعه از جنبه‌ی دیگری نیز با خسران مواجه می‌شوند و آن عدم برخورداری از توان انباشت منابع مالی است. سازمان جهانی بهداشت، انباشت و مدیریت منابع را چنین تعریف کرده است: «تجمیع و مدیریت درآمدها به گونه‌ای که اطمینان حاصل شود خطر (مالی) پرداخت برای مراقبت سلامت بر دوش همه‌ی اعضای صندوق است نه بر دوش تک‌تک آن‌ها به صورت فردی. مقصود اصلی این فرایند، تسهیم مشارکت افراد در خطر مالی ناشی از مداخلات سلامت است که نیاز به آن‌ها ممکن است قطعی و مشخص نباشد. انباشت، عدم قطعیت را هم برای شهروندان و هم برای ارائه‌کنندگان کاهش می‌دهد» (۱). یکی از عللی که دولتها تولیت و مسئولیت تامین منابع مالی آن را بر عهده می‌گیرند، این است که کالای سلامت جنبه عام دارد و تمام افراد جامعه صرف نظر از موقعیت اجتماعی و توان پرداختشان، حق بهره مندی از آن را دارند. بنابراین اگر مسئولیت اداره این امور به بخش خصوصی سپرده شود، ممکن است منابع مالی به صورت بهینه تخصیص داده نشود و بازار آن با شکست مواجه شود.

## روش های تامین منابع مالی نظام سلامت

در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ که به معرفی نظام‌های سلامت و چگونگی ارتقای عملکرد آن‌ها اختصاص دارد چنین آمده است: «روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری درآمد و منابع مالی در نظام‌های سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند که عبارتند از مالیات عمومی، مشارکت اجباری در بیمه‌ی اجتماعی سلامت (معمولاً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با خطر)، مشارکت اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با خطر)، پرداخت مستقیم از جیب و همچنین موقوفات و کمک‌های اهدایی» (۳۳).

بنابراین میتوان گفت که برای نظامهای سلامت، سه روش تامین مالی وجود دارد:

- تامین منابع مالی، دولتی و از طریق مالیاتهای عمومی (مدل بورلیج) است؛ در کشورهای انگلستان، نیوزلند، کشورهای اسکانداوی، کانادا، ایتالیا و اسپانیا استفاده می‌شود و عرضه کنندگان خدمات در آن دولتی هستند.
- تامین منابع مالی، دولتی و از طریق بیمه های اجتماعی اجباری (مدل بیسمارک) است؛ در کشورهای آلمان، هلند، فرانسه و بلژیک اجرا می‌شود عرضه کنندگان خدمات، هم سازمانهای دولتی و هم بخش خصوصی هستند.

- تامین منابع مالی توسط بخش خصوصی و از طریق بیمه های اختیاری و یا پرداختهای مستقیم؛ نمونه بارز آن در نظام سلامت کشور امریکا انجام می شود.

## اهداف دولت ها در تامین منابع مالی نظام سلامت

دولتها در تامین مالی نظام سلامت خود به دنبال اهداف مشخصی هستند که در کشورهای مختلف دنیا تقریباً مشترک و مشابه اند. بار (۱۹۹۰) این اهداف را به صورت ذیل طبقه بندی کرده است:

### پوشش مناسب

فراهم کردن پوشش بهداشتی مناسب جهت رفع نیازهای بهداشتی مردم، یکی از مهمترین اهداف دولتها در زمینه تامین مالی بخش سلامت است. از این رو دولتها باید مجموعه ای از حداقل خدمات بهداشتی و درمانی را براساس نیازهای بهداشتی افراد جامعه تامین کنند.

### کارایی کلان اقتصادی

با توجه به اینکه بخش بهداشتی و درمان، سهم ویژه ای را در GDP هر کشوری به خود اختصاص می دهد، کنترل هزینه ها و مخارج این بخش و جلوگیری از افزایش این هزینه ها، از طرق مختلف، یکی از اهداف مهم دولتها می باشد. یکی از این راهها کنترل طرف عرضه است. برای مثال در کشورهایی نظیر انگلستان و سوئد که تامین مالی آنها عمدتاً از طریق مالیاتهای عمومی و پرداخت مستقیم صورت می گیرد، موفق به کنترل هزینه های این بخش شده اند. این کشورها از دو سازوکار به این منظور استفاده می کنند؛ یکی اعمال بودجه کلی و دیگری ساختار انگیزشی که این اجازه را به عرضه کنندگان می دهد که بدون داشتن یک بودجه کلی، از طریق کانالی خاص کنترل کاملی روی قیمت و مقدار عرضه داشته باشد. راه دیگر، کنترل طرف تقاضا است. به طور مثال کره جنوبی نرخ بالایی را برای تسهیم هزینه بیماران برقرار کرده است. در امریکا این سازوکار پیچیده تر بوده و به وسیله یک استراتژی به نام رقابت مدیریت شده (Managed Competition) اعمال می شود.

## کارایی خرد اقتصادی

در بخش بهداشت و درمان، ترکیب خدمات ارائه شده و نتایج حاصل از آن باید هم رضایت مصرف کنندگان را به حداکثر برساند (کارایی تخصیص) و هم هزینه های مصرف شده از GDP را به حداقل برساند (کارایی فنی). کارایی خرد اقتصادی توسط سه عامل چگونگی تخصیص منابع، چگونگی استفاده از فناوری و چگونگی کارایی مدیریتی و اداری تعیین می شود.

## عدالت در تامین مالی

در هر نظام بیمه اجتماعی اجباری، مبلغی که مردم به عنوان مالیات می پردازند باید متناسب با قدرت پرداخت آنها باشد. یعنی نرخ مالیات بر درآمد افراد اصولاً با افزایش درآمد آنها نسبت مستقیم دارد. یک کاسه کردن ریسک مالی یکی دیگر از مباحث مهم عدالت در تامین مالی سلامت به حساب می آید. در هر برنامه بیمه ای، افراد سالم در واقع هزینه افراد بیمار را می پردازند. بنابراین تامین مالی از طریق مالیاتهای عمومی و یا بیمه های اجتماعی عمومی ریسکهای مالی را برای کل جمعیت یک منطقه یا یک کشور تجمیع (یک کاسه) می نماید.

## قدرت انتخاب مصرف کننده و استقلال عرضه کننده

در کشورهایی که خدمات به طور مستقیم عرضه می شود، مصرف کنندگان در انتخاب پزشک عمومی آزاد هستند، ولی آزادی آنها در انتخاب متخصص و بیمارستان محدود است (مانند سوئد و انگلیس). اما در برنامه های تامین مالی که خدمات سلامت را به طور غیرمستقیم عرضه می کنند، مصرف کننده از آزادی بیشتری برخوردار است.

## پوشش مالی

یکی دیگر از اهداف دولتها در تامین منابع مالی نظام سلامت، پوشش مالی افراد، بویژه افراد کم درآمد و فقیر، از طریق کاهش میزان پرداخت مستقیم آنها می باشد. میزان پرداختی مصرف کنندگان نباید به گونه ای باشد که بر درآمد آنها تأثیر منفی بگذارد و آنها را از رفع سایر نیازهای زندگیشان باز دارد (۱۷ و ۲۱).

## منابع تامین مالی نظام سلامت در کشورها

۱. منابع دولتی

- a. مالیاتهای عمومی
- b. اجبار کارفرمایان و افراد توسط دولت
- c. کمکهای بین المللی
- d. دریافت وام توسط دولت

۲. منابع خصوصی

- a. بیمه های درمان خصوصی
- b. پرداختهای مستقیم مصرف کنندگان
- c. اعطای اعانات و کمکها

## کارکردهای تامین مالی نظام سلامت

### جمع آوری درآمد<sup>۱</sup>

در فرایند جمع آوری درآمد، منابع مالی از طریق مالیاتهای عمومی، بیمه های اجتماعی اجباری، حق بیمه های خصوصی، پرداخت از جیب مردم و کمکهای مردمی و بین المللی جمع آوری می شود که اصولاً توسط دولت، یک سازمان اجتماعی مستقل (مانند تامین اجتماعی)، شرکتهای بیمه خصوصی و یا خود ارائه کنندگان خدمات بهداشتی انجام می شود (۱۷و۱).

### تجمیع منابع<sup>۲</sup>

فرایند تجمیع منابع به انباشت و مدیریت درآمدهای جمع آوری شده گفته می شود که هدف از آن توزیع خطرات مالی بین تمام افراد جامعه است. در اغلب موارد، نهادهای جمع آوری کننده درآمد، این کار را انجام می دهند.

---

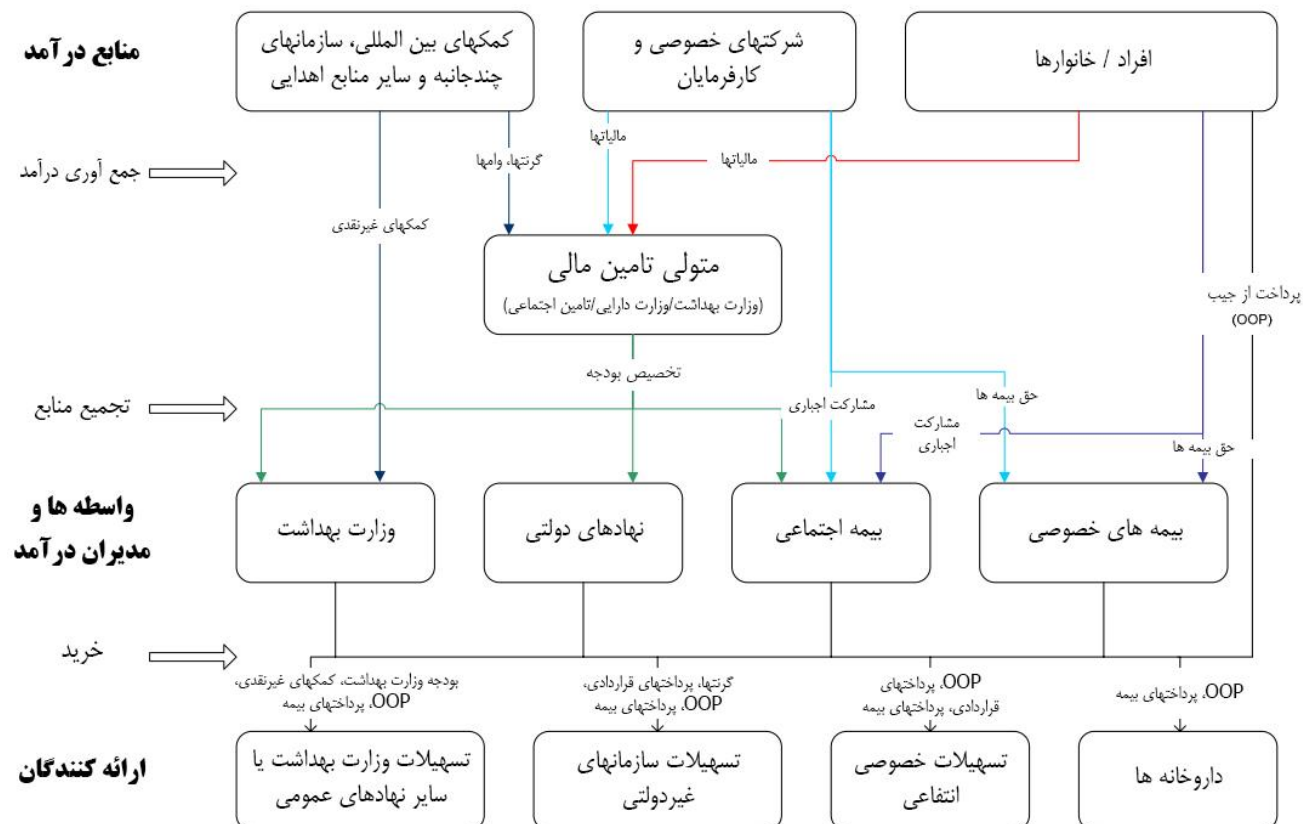
<sup>1</sup>. Revenue Collection

<sup>2</sup>. Pooling of Resources

## خرید<sup>۱</sup>

فرآیند خرید به معنای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به ارائه کنندگان و یا ارائه مستقیم خدمات توسط نهادهای فوق الذکر است. شکل شماره ۲ کارکردهای مختلف تامین مالی و سازمانهای درگیر در هر یک را نشان می دهد.

شکل شماره ۲: ارگان های مختلف تاثیرگذار بر کارکردهای تامین مالی در نظام سلامت



## تامین مالی نظام سلامت و چارچوب OASIS

به منظور ارزیابی وضعیت فعلی تامین مالی نظام سلامت یک کشور و نحوه عملکرد آن، یک بررسی بر روی سیستم تامین مالی نظام سلامت لازم و ضروری است. این بررسی نه تنها گردهم آوری منابع<sup>۲</sup> را ارزیابی می کند، بلکه کارکردهای تجميع<sup>۳</sup> (یک کاسه

<sup>1</sup>. Purchasing

<sup>2</sup>. Resource Mobilization

<sup>3</sup>. Pooling



کردن) و خرید<sup>۱</sup> نظام سلامت را در کنار پارامترهای کارایی و عدالت، شامل می شود. دپارتمان تامین مالی نظامهای سلامت WHO، یک رویکرد و چارچوب تحلیلی طراحی کرده است که می تواند چنین بررسی نظام مندی را هدایت کند که شامل ارزیابی عملکرد تامین مالی بخش سلامت می باشد. چنین درک جزئی ای، اساس اکتشاف و طرح گزینه ها و تغییرات مرتبط با تامین مالی سلامت را در درون سیستم تامین مالی سلامت مهیا می کند تا عملکرد تامین مالی سلامت را بهبود بخشیده و نهایتاً حرکت به سمت پوشش همگانی را سرعت بخشد یا وضعیت فعلی آن را در طولانی مدت حفظ نماید.

این رویکرد، مکمل گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ با عنوان *تامین مالی نظام های سلامت: مسیری به سمت پوشش همگانی می باشد که راهنمای عملی چگونگی شناسایی استراتژی مناسب کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی، است.* این رویکرد علاوه بر کشورهای با درآمد بالا، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین نیز قابل اجراست، هر چند که مسیر انتخابی آنها متفاوت خواهد بود. نتایج بررسی سیستم تامین مالی نظام سلامت می تواند پایه و اساس طرح و توسعه استراتژی تامین مالی نظام سلامت یک کشور را فراهم نماید. این رویکرد، OASIS<sup>۲</sup> نامیده می شود(۵).

بنابراین OASIS « رویکرد و چارچوب تحلیلی برای انجام بررسی نظام مند بر روی سیستم تامین مالی نظام سلامت است، به انضمام یک ارزیابی عملکرد».

#### OASIS شرایط:

- بررسی سیستم تامین مالی نظام سلامت و درک نقاط قوت و ضعف آن،
- ارزیابی عملکرد سیستم تامین مالی نظام سلامت و شاخصهای برجسته آن،
- رسیدن به درکی عمیق تر از دلایل عملکرد خوب یا ناکافی، با شناسایی تنگناها در طراحی قانونمند و اجرای سازمانی؛ و
- کمک به طراحی و توسعه گزینه های ارتقا و تغییرات مناسب در طراحی قانونمند و اجرای سازمانی، به منظور بهبود عملکرد تامین مالی نظام سلامت و حرکت به سمت پوشش همگانی را فراهم می کند(۶).

<sup>۱</sup>. Purchasing

<sup>۲</sup>. Organizational ASessment for Improving and Strengthening Health Financing

## شاخص های عملکرد نظام تامین مالی سلامت

هر سیستم تامین مالی سلامت بر پایه سه کارکرد مهم استوار است تا به اهداف زیر دست یابد:

۱. **جمع آوری درآمد** با هدف حصول اطمینان از جمع آوری درآمد کافی و پایدار و از طریق عادلانه
۲. **تجمیع منابع** با هدف اطمینان از اینکه هزینه های دسترسی به مراقبتهای سلامت تقسیم میشود، یعنی حصول اطمینان از دسترسی مالی<sup>۱</sup>
۳. **خرید/تهیه خدمات** با هدف اطمینان از اینکه اعتبارات خرید و تهیه خدمات سلامت به موثرترین و عادلانه ترین نحو استفاده می شوند.

دستیابی به هر سه این اهداف تامین مالی سلامت، نهایتاً منجر به دستیابی به هدف کلی پوشش همگانی می شود. میزان دستیابی به این اهداف می تواند از طریق نه شاخص عملکرد<sup>۲</sup> کلی که در تمامی سیستمهای تامین مالی سلامت قابل اجراست، عملی تر باشد.

۱. سطح اعتبارات
۲. سطح پوشش جمعیت
۳. درجه حفاظت در برابر ریسک مالی
۴. سطح عدالت در تامین مالی سلامت
۵. سطح تجمیع (Pooling) در سرتاسر نظام تامین مالی سلامت
۶. سطح کارایی در ارائه بسته خدمات ضروری
۷. سطح عدالت در ارائه بسته خدمات ضروری
۸. درجه هزینه-اثربخشی و ملاحظات عدالتی در تعریف خدمات ضروری
۹. سطح کارایی مدیریتی (اداری)

این شاخص ها برای مقایسه و رده بندی کشوری نیستند. هدف این شاخص ها ارزیابی عملکرد سیستم تامین مالی نظام سلامت یک کشور معین است. بدین ترتیب، مقایسه های عملکرد می تواند در داخل یک کشور در طول زمان و بویژه پس از ایجاد تغییرات در سیستم تامین مالی سلامت، انجام گیرد.

<sup>1</sup>. Financial Accessibility

<sup>2</sup>. Performance Indicator

## طراحی قانونمند<sup>۱</sup> و اجرای سازمانی<sup>۲</sup>

ماهیت متمایز رویکرد OASIS، تمرکز آن بر طراحی قانونمند و اجرای سازمانی تامین مالی سلامت می باشد، که عملکرد تامین مالی نظام سلامت، بر پایه آن استوار است. موفقیت پوشش همگانی و شاخص های عملکرد تامین مالی سلامت، بر دو اصل مهم استوار است: نخست، طراحی قانونمند زیربنایی برای هر سه کارکردهای تامین مالی سلامت؛ مثلاً مجموعه ای از قوانین و مقررات که ساختار کلی سیستم تامین مالی نظام سلامت و سازمانهای تامین کننده مالی نظام سلامت را تشکیل می دهد.

**طراحی قانونمند**، به معنی مجموعه قوانین رسمی مکتوب مرتبط با کارکردهای تامین مالی نظام سلامت است؛ برای مثال قوانین جمع آوری درآمد، قوانین تجمیع منابع، و یا قوانین خرید. این قوانین بر مبنای سیاست های تامین مالی سلامت شکل گرفته و در قانونگذاری و وضع مقررات نمود پیدا می کند. **اجرای سازمانی** نیز به معنی شیوه و روشی است که سازمان های مرتبط با تامین مالی نظام سلامت (مانند وزارت بهداشت، وزارت دارایی، شرکتهای بیمه، ارائه کنندگان خدمات و...) این قوانین را اجرا می کنند؛ که این امر وابسته به ظرفیت این سازمانها است. در حالت ایده آل، سازمانها کاملاً از قوانین پیروی می کنند و ظرفیت لازم را برای حرکت به سمت اهداف تامین مالی نظام سلامت دارا می باشند. اما در واقع عملکرد این سازمانها تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد. علاوه بر خود قوانین و انگیزه هایی که از آن نشأت می گیرند، منافع افراد و سازمانها بر عملکرد این سازمانها تاثیر گذار است. این منافع توسط عوامل مختلفی همچون اولویت ها و ترجیحات، قوانین غیررسمی شایع و هنجارهای فرهنگی، درجه توجه به منافع شخصی و حداکثرسازی سود، شکل می گیرند(۲۲).

از آنجا که این دو اصل، در عملکرد تامین مالی نظام سلامت نقش اساسی دارند، باید نقاط قوت و ضعف آنها شناخته شود. وقتی سازمانهای مذکور، توجه زیادی به منافع خود داشته باشند، نباید انتظار این را داشت که قوانین به صورت کامل و دقیق به اجرا درآیند. از این رو، به منظور شناسایی دلایل خوب یا ضعیف، شناخت محیط انگیزشی سازمانها نیز مهم است. عملکرد ناکافی می تواند بخاطر وجود شش نوع گلوگاه در طراحی قانونمند و اجرای سازمانی تامین مالی سلامت باشد. تحلیل گلوگاه نقطه آغاز استنتاج تدابیر مناسب برای بهبود عملکرد تامین مالی نظام سلامت است. براین اساس، شش نوع از گزینه های بهبود برای این گلوگاهها، همانند زیر، ارائه می شود(جدول شماره ۱).

<sup>1</sup>. Institutional Design

<sup>2</sup>. Organizational Practice

جدول ۱: گلوگاه ها و راه حل های مرتبط با طراحی قانونمند و اجرای سازمانی تامین مالی سلامت	
راه حل ها	گلوگاه ها
معرفی مقررات جدید	عدم وجود مقررات
طراحی مجدد مقررات	مقررات ناکافی
همسوسازی مقررات	مقررات ناهمسو
تقویت اجرای مقررات	اجرای ضعیف مقررات
تقویت ظرفیت سازمانی	ظرفیت سازمانی ضعیف برای اجرای مقررات
بهبود روابط درون سازمانی	روابط درون سازمانی نامساعد

در اغلب مواقع، ترکیبی از راه حل های بالا برای بهبود عملکرد تامین مالی سلامت ضروری می باشد. ممکن است تغییر به نوع دیگری از خرده نظام تامین مالی مانند تغییر از نظام تامین مالی مبتنی بر مالیات، به نظام بیمه اجتماعی سلامت و یا بالعکس ضروری باشد.

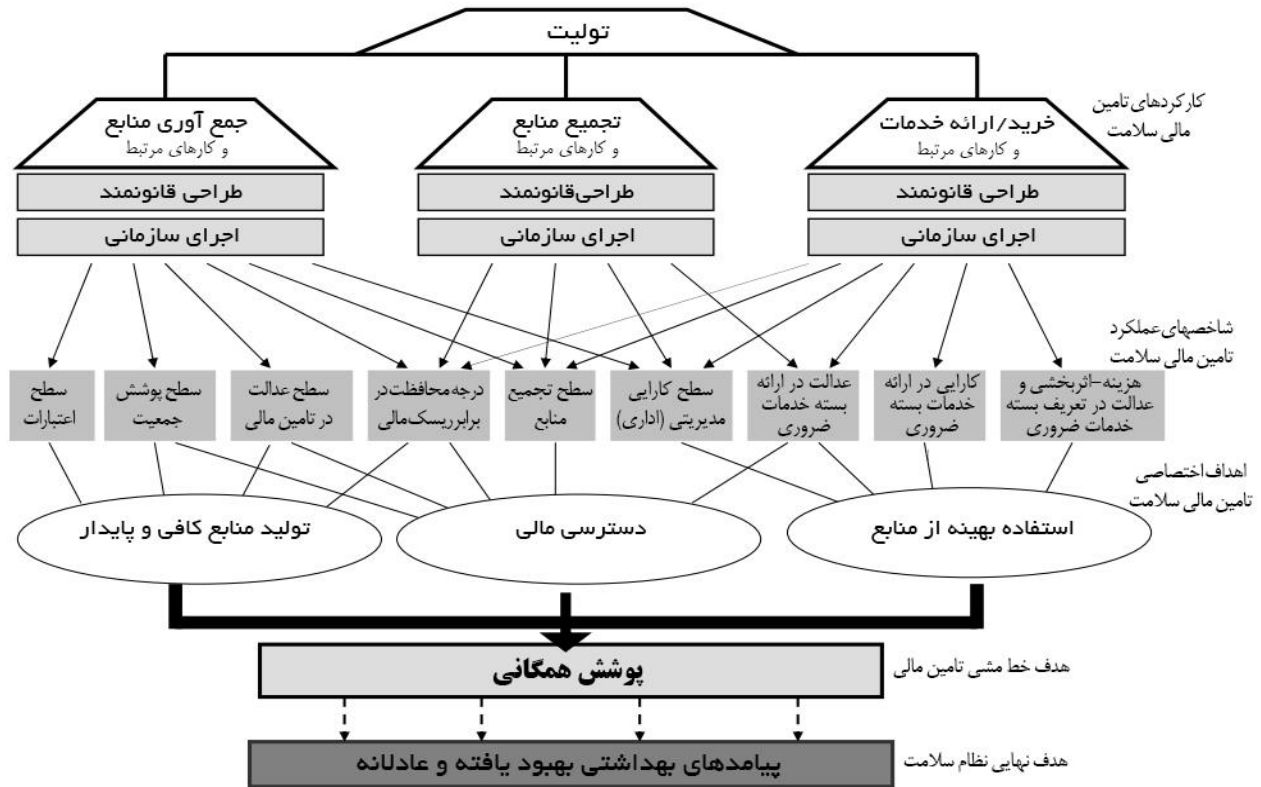
هنگامی که مناسب ترین تغییرات در طراحی قانونمند و اجرای سازمانی برای دستیابی به بهبودهایی در تامین مالی سلامت، شناسایی می شود، یک سری ملاحظات امکان پذیر بودن<sup>۱</sup> و یا محدودیت ها<sup>۲</sup> لازم است بررسی شود. این ملاحظات شامل ظرفیت اجرایی متولیان و امکان پذیر بودن از نظر فنی و سیاسی می شود. این بررسی ممکن است اشاره به نیاز به اعمال کردن تغییرات پیشنهادی به منظور حصول اطمینان از اینکه این تغییرات به بهبودهای مدنظر در عملکرد تامین مالی سلامت منجر خواهد شد، داشته باشد.

شکل شماره ۳ ارتباط میان اهداف و کارکردهای نظام سلامت و تامین مالی سلامت را نشان می دهد (۲۲).

<sup>۱</sup>. Feasibility Considerations

<sup>۲</sup>. Constraints

شکل ۳: ارتباط میان اهداف و کارکردهای تامین مالی در نظام سلامت



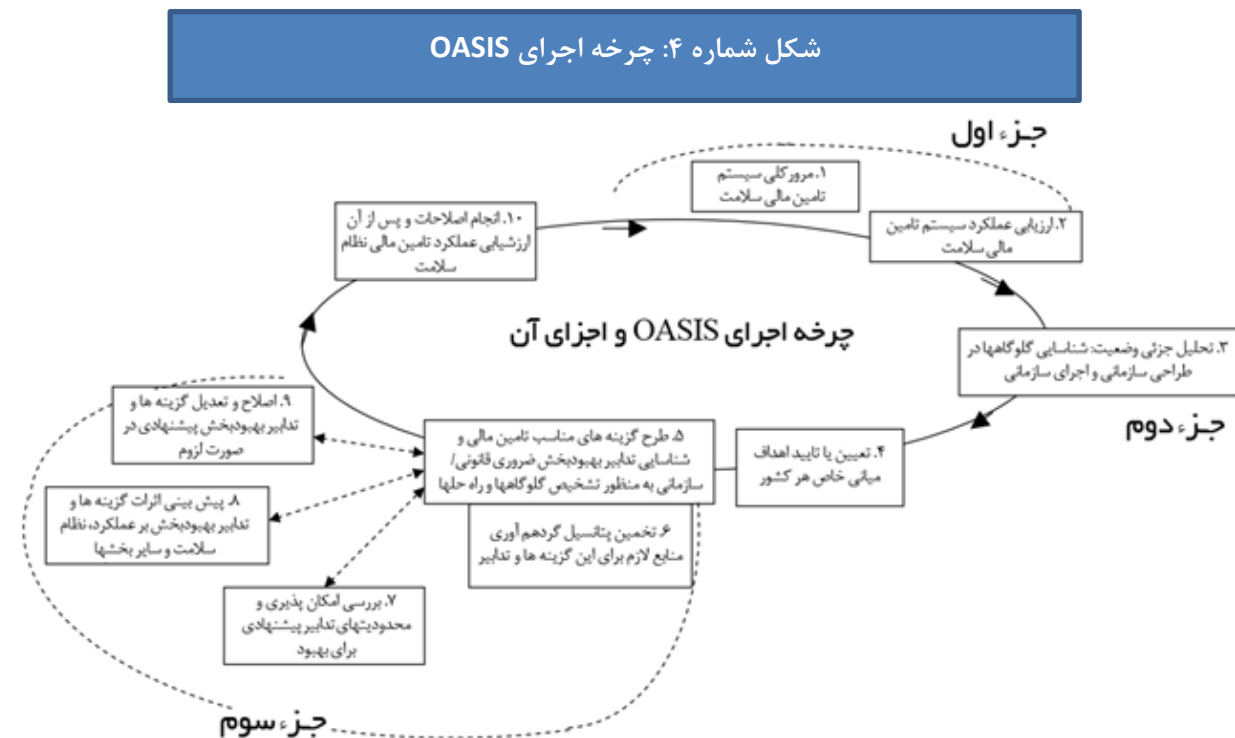
## اجرای عملی OASIS

انجام یک بررسی جامع از نظام تامین مالی سلامت با کمک OASIS، شامل سه جزء (گام) عمده و اساسی است. هر یک از این اجزا، شامل راهنمای تحلیلی و مجموعه ای از پرسش هاست که برای حصول اطمینان از انجام یک ارزیابی جامع و نظام مند به کار گرفته می شوند. این پرسش ها در فرم های اجرای عملی OASIS سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است. البته ممکن است این پرسشها در هر کشور تمامی جنبه ها را ارزیابی ننماید و برخی از آنها ممکن است با وضعیت نظام سلامت هر کشور مطابقت نداشته و نیازی به پاسخ دادن به آنها نباشد.

این اجزا شامل:

۱. مرور و بررسی سیستم تامین مالی نظام سلامت و ارزیابی عملکرد آن،
۲. تحلیل قانونی-سازمانی جزئی،
۳. تعیین گزینه ها و تدابیر لازم برای تغییر و بهبود عملکرد تامین مالی نظام سلامت

در مواقعی که زمان کوتاه است، می توان از جزء ۱ مستقیماً به جزء ۳ جابجا شد. هرچند توصیه می شود پرسش های کلیدی جزء ۲ نیز انجام شود تا گلوگاه های بیشتری شناسایی شود. شکل شماره ۴ چرخه انجام OASIS و اجزای آن را نشان می دهد.



گزینه ها و راه حل های بهبود در سیستم تامین مالی نیازمند بررسی جزئی و دقیق توسط ذینفعان و عوامل کلیدی تامین مالی نظام سلامت کشور می باشد. این فرایند مذاکره و هم فکری مهم است و تصمیم گیری و موافقت درباره استراتژیها و فعالیت های لازم الاجرا در مدت زمان معین، زمان بر خواهد بود. هنگامی که این تصمیمات گرفته شود یک سند استراتژی، محورهای کلیدی سیستم تامین مالی سلامت را مشخص می کند. به دنبال آن می توان نقشه اجرایی استراتژیها و فعالیتها را طراحی کرد. هنگامی که گزینه ها، تغییرات و تدابیر اصلاحی و بهبودبخش تامین مالی سلامت در حال انجامند، نظارت منظم و ارزشیابی مستمر نیز ممکن است لازم باشد. پس از انجام اصلاحات، می توان مجدداً رویکرد تحلیلی OASIS را برای ارزیابی اثرات اصلاحات بر شاخص های عملکرد تامین مالی سلامت انجام داد.

OASIS را می توان به وسیله کارشناسان تامین مالی نظام سلامت و کارکنان فنی بالا رتبه ی وزارت بهداشت، وزارت دارایی، واحد برنامه ریزی و واحد نیروی انسانی، در کنار سایر ذینفعان تامین مالی نظام سلامت خارج از دولت که نقش مشاوره در سیاستگذاری را در تامین مالی نظام سلامت ایفا می کنند، به کار گرفت (۷۲۲).

## مروری بر مطالعات پیشین:

در ارتباط با پوشش همگانی خدمات سلامت و گسترش آن مطالعات متعددی انجام شده است و هر یک با بهره‌گیری از روش‌های مختلف به ارزیابی روندها و پیامدهای مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت و ارزیابی گزینه‌های سیاستی مرتبط با آن پرداخته‌اند که از جمله آنها شامل موارد زیر می‌گردد:

«مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستائیان در چند کشور و ارزیابی الگوی مناسب برای ایران» عنوان مطالعه‌ای است که مظفر کریمی در سال ۱۳۸۳ به انجام آن پرداخته است. که به صورت مطالعه تطبیقی و گذشته‌نگر انجام داده به بررسی ده کشور کره جنوبی، ژاپن، ترکیه، فیلیپین، چین، آلمان، اتریش، فرانسه، روسیه و آمریکا پرداخت است. مشکلات موجود در سیستم فعلی بیمه روستائیان ایران به شرح زیر توصیف شده است:

بیمه خدمات درمانی روستائیان در شرایط موجود از حداقل استانداردهای لازم برخوردار نیست، بیمه‌گیری به مفهوم صحیح آن که مبتنی بر مشارکت افراد در زمان سلامتی و بهره‌گیری آنها در زمان بیماری است وجود ندارد، از افراد سالم حق بیمه وصول نمی‌شود و به جای آن از بیماران در هنگام دریافت خدمات درمانی فرانشیز بیشتری دریافت می‌گردد، تداوم پوشش بیمه به‌طور کامل به خواست مردم بستگی دارد و سازوکار مطمئنی برای آن پیش‌بینی نشده است، تعهدات بیمه از جامعیت لازم برخوردار نیست و محدود به خدمات بستری در بخش دولتی است، بنابراین انگیزه کافی برای پیوستن به نظام بیمه ایجاد نمی‌کند و ابهام در محاسبه حق بیمه، شفاف نبودن تعهدات دولت در تأمین منابع مالی و نبود معیاری برای تعیین حق بیمه سهم روستائیان از مهمترین مسائلی موجود در نظام بیمه خدمات درمانی است (۱۷).

در گزارش چهل و هشتمین نشست سلامت دنیا، توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵) با عنوان «تأمین مالی پایدار، پوشش همگانی و بیمه سلامت اجتماعی» آمده است: کشورهای در حال توسعه برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت باید به نکات زیر توجه کنند:

- سیستم تأمین مالی سلامت در بسیاری از کشورها برای تضمین دسترسی به خدمات لازم و حفاظت در برابر خطر مالی نیاز به توسعه بیشتری دارد.
- هر منبعی که برای تأمین مالی سلامت انتخاب شود باید توجه داشت که پیش‌پرداخت و یک کاسه کردن منابع و خطرات احتمالی اصول اساسی در محافظت در برابر خطر مالی هستند.
- انتخاب سیستم تأمین مالی سلامت برای هر کشور باید با توجه به بافت آن کشور صورت گیرد.

- تعدادی از کشورها به دنبال اصلاحات در نظام مالی هستند. این اصلاحات می‌تواند ترکیبی از دیدگاه‌های خصوصی و دولتی، به همراه آشنایی با بیمه سلامت اجتماعی باشد.

- نقش مهم قانونگذاران و مقامات اجرایی کشور در اصلاحات آینده سیستم تأمین مالی سلامت با نگاه به دستیابی به پوشش همگانی باید مورد توجه قرار گیرد (۱۸)

گای کرین (۲۰۰۴) با هدف بررسی تجربیات کشورهای که توانسته‌اند از طریق بیمه سلامت اجتماعی به پوشش همگانی بیمه برسند مقاله‌ای را با عنوان «دستیابی به پوشش همگانی از طریق بیمه سلامت اجتماعی: ویژگی‌های کلیدی طراحی در دوران انتقال» منتشر کرده است. کشورهای مورد بررسی از نظر زمانی دوره‌های متفاوتی برای رسیدن به پوشش همگانی طی کرده‌اند: اتریش (۷۹ سال)، بلژیک (۱۸ سال)، کاستاریکا (۲۰ سال)، آلمان (۱۲۷ سال)، اسرائیل (۸۴ سال)، ژاپن (۳۶ سال)، جمهوری کره (۲۶ سال) و لوکزامبورگ (۷۲ سال). عوامل تاثیرگذار بر حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت عبارتند از: ساختارهای اقتصادی کشورها، سطح درآمد عمومی قابل دسترسی کشورها، هزینه‌های اداری، توانایی کشور در مدیریت برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت و سطح یکپارچگی جامعه. بیمه اجتماعی در کشورهای مورد بررسی زمانی آغاز شده که این کشورها دارای سطح درآمد پایین یا متوسط بوده‌اند اما رشد اقتصادی این کشورها در دوره انتقال حداقل دارای ثبات بوده است. هم‌چنین بخش رسمی اقتصاد در این کشورها در این مدت رشد یافته است که این تقویت با رشد بخش شهرنشینی و صرفه‌جویی در هزینه‌های اداری همراه بوده است. هم‌چنین در بیشتر این کشورها حضور مدیران آموزش‌دیده و افزایش انسجام اجتماعی در زمره عوامل مؤثر بر گسترش بیمه بوده است. موضوعی که علاوه بر مسائل فوق می‌تواند روند رسیدن به پوشش همگانی را تسهیل کند تولید دولت است. دولت لازم است تا راهبرد شفاف‌تری برای تدوین ویژگی‌های اصلی طراحی بیمه داشته باشد. این ویژگی‌ها عبارتند از: محدوده زمانی لازم برای رسیدن به پوشش منظم جامعه یا گروه‌های خاص، تعریف مشارکت‌کنندگان و ذینفعان، منابع تأمین مالی، نحوه تخصیص این وجوه و روش‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات و چارچوب سازمانی و مدیریتی (۱۹ و ۲۰).

خولیو فرنک<sup>۱</sup> مطالعه خود با عنوان "اصلاح جامع برای بهبود عملکرد نظام سلامت در مکزیک" را با معرفی اصلاح قانون سلامت عمومی در سال ۲۰۰۳ برای پایه ریزی نظام محافظت اجتماعی در سلامت شروع می‌کند. هدف از این اصلاح، افزایش بودجه عمومی برای تضمین پوشش مراقبت سلامت همگانی است. در این مطالعه پژوهشگران ابتکارات مالی مرتبط با گسترش پوشش مراقبت‌های سلامتی در مکزیک را شرح می‌دهند. از آنجا که در مقالات قبلی، نویسندگان توضیح داده‌اند که چه چیزی منجر به اصلاح شد و چگونه آن به اجرا درآمد (۲۱-۲۳)، این مقاله بر اثرات اولیه اصلاح بر تجهیز منابع عمومی اضافی، دسترسی به

---

<sup>1</sup> Julio Frenk



زیرساختار سلامتی و داده های پایه، بهره وری خدمات و پوشش موثر مراقبت سلامتی و محافظت مالی متمرکز است. در این مطالعه همچنین موانع و چالش های آینده پیرامون اصلاح شرح داده شده است. نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد که اصلاح ایجاد شده باعث افزایش قابل توجه در سرمایه گذاری عمومی بر روی سلامت و ارتقای کیفیت خدمات سلامت می گردد(۲۴).

در سال ۲۰۰۴ مطالعه ای با عنوان "اصلاح تامین مالی سلامت در کنیا- ارزیابی طرح بیمه سلامت اجتماعی" توسط کارین<sup>۱</sup> و همکارانش انجام شد. برای پایش و ارزشیابی پیشرفت در استقرار بیمه سلامت اجتماعی، عملکرد مرتبط با اهداف این سیاست با بررسی سه کارکرد عمده تامین مالی سلامتی (۸) مورد ارزیابی قرار گرفت. برای هر یک از این کارکردها موضوعات مرتبط با عملکرد کلیدی تعیین و با تحقق اهداف تامین مالی سلامتی ارتباط داده شد. پژوهشگران با استفاده از این چارچوب عملکرد صندوق بیمه سلامت اجتماعی ملی را بر اساس کارکردهای تامین مالی سلامتی و از طریق شاخص های قابل اندازه گیری مورد ارزشیابی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان می دهد که استقرار موثر و کارای نظام بیمه ای چالشی دشوار می باشد و لازم است اقدامات بیشتری در خصوص شناسایی فقرا و جمع آوری وجوه در مناطق مختلف محلی انجام گردد تا بتوان دسترسی افراد به مراقبت های سلامتی را بیشتر کرده و از فقر بدلیل پرداخت های مستقیم برای خدمات درمانی جلوگیری کرد(۲۵).

گای کرین (۲۰۰۳) در یک طرح پژوهشی با عنوان «طرح های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه در کشورهای در حال توسعه: واقعیت ها، مشکلات و چشم اندازها» به طور مفصل به بررسی طرح های اجرا شده بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع در کشورهای مختلف پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داده که طرح های بیمه ای که به خصوص در جنوب شرقی آسیا و کشورهای آفریقایی اجرا شده، اولاً نتوانسته اند عضویت نسبت قابل توجهی از جمعیت را به دست آورند به علاوه ترکیب جمعیتی که تحت پوشش قرار داده اند بیشتر از افرادی بوده که درآمد بیشتری داشته اند و یا سالم تر بوده اند مگر این که دولت سازوکاری برای حمایت از این افراد داشته است. علاوه بر این، میزان پیش پرداخت ها در طرح های مختلف نسبتی در حدود ۴۰ درصد هزینه ها را پوشش می داده است یعنی افراد به هنگام مراجعه، با میزان بالایی از پرداخت از جیب مواجه بوده اند. همچنین در زمینه تجمیع مخاطرات و منابع، یافته ها نشان می دهد که طرح های بیمه ای کوچک بوده و جمعیت های به نسبت ناهمگنی را تحت پوشش داشته اند و این صندوق ها با هم ارتباطی برای انتقال ریسک نداشته اند. در زمینه خرید راهبردی، یافته ها نشان داده که به صورت کلی تعریف دقیقی از بسته های مزایا در این طرح ها در دسترس نبوده است. یعنی طرح ها همه خدمات ممکن را ارائه می کرده اند. علاوه بر این، فرایند خرید راهبردی در بسیاری از طرح ها هنوز اجرا نشده است. برخی به دلیل در دسترس نبودن مراکز ارائه خدمات به میزان کافی و برخی

---

<sup>1</sup> Carrin

نیز به دلیل نبود دید مدیریتی در این زمینه. علاوه بر این هزینه‌های مدیریتی طرح‌ها نیز از میانگین کشورهای پیشرفته بیشتر بوده است.

در نهایت، اعلام شده که بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع بهترین گزینه ممکن برای پوشش بیمه‌ای جمعیت نیست. روش‌های فراگیرتر دیگری هم برای تأمین مالی سلامت وجود دارد. اما در صورتی که هیچ گزینه تأمین مالی سلامتی در سطح ملی و به صورت فوری عملی نباشد، می‌توان نقش مفیدی را که بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع می‌تواند ایفا کند به دقت مورد بررسی قرار داد. با این حال به احتمال زیاد بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع؛ در بهترین حالت؛ می‌تواند نقش تکمیلی در کنار سایر سازوکارهای بیمه‌ای داشته باشد. (۲۶)

در مطالعه ای که توسط کانجی شیمازاکی در ژاپن با عنوان راهی برای پوشش همگانی سلامت، که تجارب و درس‌های از سیاست‌های عملیاتی ژاپن را بیان کرده و در سال ۲۰۱۳ به چاپ رسیده بیان می‌کند، دو نوع الگو برای دست یابی به پوشش همگانی سلامت وجود دارد که یک مدل بیمه اجتماعی سلامت می‌باشد و مدل دوم مبتنی بر مالیات می‌باشد که کشور ژاپن برای دستیابی به این پوشش از مدل بیمه اجتماعی سود برده است. ژاپن برای پوشش بیمه همگانی درمانی خود دو برنامه را انجام داد که یکی بیمه کارکنان بهداشتی خود بود و دیگری که امکان پوشش کل جمعیت را به کشور ژاپن می‌داد بیمه بهداشت و درمان مبتنی بر جامعه بود (۲۴). همچنین در مطالعه ای که توسط ایکه گامی و همکارانش با عنوان ارزیابی، دستیافته‌ها و چالش‌های پوشش همگانی سلامت ژاپنی‌ها انجام یافته است، عنوان شده، ژاپن در مسیر رسیدن به پوشش همگانی سلامت پنج فاکتور اصلی را دخیل می‌داند: اول، رشد اقتصادی که باعث بالا رفتن منابع مالی شده که خیلی مهم تلقی می‌شود. دوم، داشتن احساس همبستگی قوی نسبت به استفاده از خدمات و برابری در آن است. سوم، داشتن رهبری سیاسی توانمند و قوی است که دولت ژاپن بعد از جنگ جهانی دوم، پوشش همگانی سلامت را برای کشورش به عنوان نماد نشاط بخشی معرفی کرد که این عامل باعث شد تا دولت‌های محلی و شهرداری‌ها از شرکت‌های بیمه بهداشت و درمان مبتنی بر جامعه برای رسیدن به پوشش همگانی حمایتی قوی داشته باشند. چهارم، داشتن طراحی خیلی دقیق و نظامند از سیستم اجرای خود برای این کار بود، به طوری که دولت ژاپن بعد مطالعه سیستم‌های خارجی به صورت دقیق اقدام به طراحی سیستم خود مطابق با شرایط کشوری خود کرد و پنجم تجمیع کردن تمامی دستاوردهای قبلی در یک سیستم اداری عمومی می‌باشد. تجربه ژاپن نشان می‌دهد که داشتن تعهدی قوی و تلاشی که همراه با دقت باشد در این موضوع بسیار حیاتی می‌باشد (۲۴، ۲۵).

در مطالعه ای که توسط ویروژ تانگجروستین و همکارانش تحت عنوان پایش و ارزیابی فرایند حرکت به سوی پوشش همگانی خدمات سلامت در تایلند انجام گفت؛ عنوان شد که، کشور تایلند قبل از سال ۲۰۰۲ نزدیک به ۳۰ درصد از جمعیت ۶۳ میلیونی

خود را نتوانسته بود بیمه کند ولی بعد سال ۲۰۰۲ توانست با انجام یک طرح پوششی که توسط دولت خود با عنوان برنامه کارت رفاه پزشکی برای افراد کم درآمد و برنامه کارت درمانی اختیاری همراه با یارانه دولت توانست در سال ۲۰۰۲ به پوشش همگانی سلامت دست یابد (۲۶، ۲۷). طوری که شواهد نتایج مطلوبی را از کشور تایلند نشان می دهد که به عنوان مثال میتوان، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی، پایین بودن سطح نیازهای بهداشتی برآورد نشده و بالا بودن سطح محافظت از خطر مالی برای بیماران را نام برد (۲۶).

در یک مطالعه کیفی که در مورد مشکلات رسیدن به پوشش بیمه درمانی جهانی پایدار در ایران که توسط آقای حسین ابراهیم پور در ایران انجام شده بود، نتایج این مطالعه نشان می دهد که هفت مانع اساسی بر سر راه رسیدن به پوشش بیمه همگانی وجود دارد. که عبارتند از: ۱- نا معلوم بودن نرخ بیمه، ۲- تامین مالی واپسگرا و جریان مالی غیر شفاف، ۳- سیستم تکه تکه و غیر اجباری، ۴- طراحی بسته های خدمت غیر علمی، ۵- سیستم پرداخت هزینه گران و غیر سلامت گرا، ۶- تقاضا های کنترل نشده و ۷- کمبود های مدیریتی، اداری. که خود محقق در این مطالعه راه غلبه بر این موانع را در داشتن یک برنامه منظم بلند مدت می داند که باید بر پایه ی اصولی مانند پاسخگویی، شفافیت، عدم تبعیض و مشارکت ذینفعان بر قرار شود (۲۸).

# فصل سوم

## روش اجرا

## مقدمه

پژوهش حاضر به تحلیل گذشته نگر و آینده نگر سیاست های سلامت انتخاب شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در سه دهه خیر نظام سلامت ایران می پردازد. آنچه در این فصل از گزارش به بیان آن پرداخته ایم توضیحاتی درباره نوع پژوهش، جامعه و نمونه پژوهش، روش و ابزار جمع آوری داده های پژوهش، مکان و زمان انجام مطالعه، روش تحلیل داده ها و ملاحظات اخلاقی مطالعه انجام شده می باشد.

## نوع پژوهش

این پژوهش به طور عمده با بهره گیری از رویکرد کیفی انجام شده است که به تحلیل گذشته نگر و از جمله نگاشت نتایج اقدام های سیاستی<sup>۱</sup> و تحلیل آینده نگر سیاست های تعیین شده به منظور ارائه راهبردهای آینده نگرانه برای جهت گیری های آینده نظام سلامت ایران می پردازد.

## چارچوب های تحلیلی مطالعه

برای انجام این پژوهش پژوهشگر از چارچوب های تحلیلی مهم ( الگوی مثلث<sup>۲</sup> سیاستگذاری والت و گیلسون<sup>۳</sup> ۱۹۹۴(۲۶)، الگوی بیوس<sup>۴</sup> (مدافع تحلیل سیاست گذاری آینده نگر)<sup>۵</sup> ۲۰۰۸(۶۷) و چارچوب اواسیس) استفاده کرد. بهره گیری از این چارچوب ها باعث تسهیل در حصول پژوهشگر به اهداف پژوهش گردید.

---

<sup>1</sup> Mapping Policy Action Result

<sup>2</sup> Policy triangulation

<sup>3</sup> Walt&Gilson

<sup>4</sup> Buse

<sup>5</sup> Policy Engagement framewo

استفاده از این چارچوب باعث ایجاد چارچوبی از سوالات عمده برای تحلیل سیاست های موردنظر گردید. در طراحی چارچوب سوالات مرتبط با تحلیل سیاست از چارچوب تحلیل سیاست کالین و همکارانش نیز استفاده شد.

### چارچوب کلی سوالات مرتبط با تحلیل سیاست های موردنظر

۱.	چرا و چگونه سیاست(های) موردنظر وارد دستور کار سیاست گذاری شدند؟
۲.	چرا و چگونه سیاست موردنظر تدوین و اجرا شدند؟
۳.	تاثیرات سیاست های موردنظر و تاثیرات احتمالی آینده روی اهداف و مسئولیت های نظام سلامت چیست و چگونه خواهد شد؟
۴.	تا چه اندازه و چگونه سیاست تدوین و اجرا شده، عدالت در تامین مالی را تحت شعاع قرار داده است؟
۵.	تاثیرات سیاست موردنظر روی عملکرد بیمارستانها چیست؟
۶.	نقش سایر اصلاحات و تصمیم های سیاستی بر تاثیرات به وجود آمده چیست؟
۷.	آیا سیاست تدوین و اجرا شده قابل تعدیل و یا قابل برگشت می باشند؟
۸.	تا چه اندازه و چگونه ماهیت دولتی بیمارستانهای موردنظر با اجرای سیاست های موردنظر تحت شعاع قرار گرفته است؟
۹.	شقوق سیاستی برای رویارویی با چالش های حاصل از سیاست های موردنظر چیست؟
۱۰.	تا چه اندازه سیاست انتخاب شده در دستیابی به اجزای پوشش همگانی خدمات سلامت موفق می باشد؟
۱۱.	آیا ادامه اجرای این سیاست می تواند ایران را به پوشش همگانی خدمات سلامت برساند؟

### مراحل انجام پژوهش

مراحل انجام مطالعه در پاسخ به اهداف مطالعه و مطابق با الگوهای تحلیلی مطالعه، می باشد.

۱. **مرحله اول:** شناسایی و انتخاب سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران
۲. **تحلیل محتوایی و نگاشت** سیاست های انتخاب شده
۳. تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاست گذاری
۴. تحلیل نظام تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب اواسیس<sup>۱</sup>
۵. تبیین تاثیر سیاست انتخاب شده بر میزان پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی آموزشی کشور
۶. **ارایه راهبردهای آینده نگارانه /گزینه های سیاستی برای حصول به پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران**

<sup>1</sup> OASIS

## مراحل تفصیلی مطالعه

### – مرحله اول: شناسایی سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت کشور و انتخاب

#### سیاست موردنظر

- در این مرحله ابتدا با جستجو در پایگاه های داده ای داخلی کشور<sup>1</sup> و بر اساس معیارهای موردنظر، سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت شناسایی و اولویت بندی گردید. پس از تهیه نگاشت سیاستی از میان سیاست های انتخاب شده با بهره گیری از نظر صاحب نظران و تیم پژوهش یک سیاست جهت تحلیل بر اساس الگوی مثلث سیاست گذاری انتخاب گردید.
- محیط پژوهش: نظام سلامت کشور ایران
- نمونه پژوهش (شامل حجم نمونه و روش نمونه گیری): از میان جامعه پژوهش تمام سیاست های برخوردار از معیارهای موردنظر به روش سرشماری استخراج گردید.
- ابزار گردآوری داده ها: سیاست های موردنظر بر اساس برخی معیارها انتخاب گردید. معیارهای ورود بر اساس مرور متون، مشورت با برخی صاحب نظران کشور و نظر تیم پژوهش طراحی شده و شامل موارد ذیل می باشد: سیاست موردنظر مربوط به سطح ملی می باشد، اجرا شده و یا در حال اجرا می باشد، به نوعی بر پوشش همگانی خدمات سلامت تاثیرگذار است (نقش قابل توجهی در دستیابی به سه هدف پوشش همگانی خدمات سلامت دارد). برای انتخاب سیاست های استخراج شده از نظرات خبرگان و تیم پژوهش استفاده گردید.
- روش گردآوری داده ها: برای شناسایی سیاست های مرتبط، پایگاه های داده ای داخلی کشور جستجو و مستندات برجسته کشور شامل سند چشم انداز بیست ساله کشور، برنامه توسعه سوم، چهارم و پنجم کشور، نقشه جامع علمی سلامت کشور، نقشه تحول نظام سلامت کشور و برخی دیگر از اسناد سلامت کشور مرور شد. سپس در جلسه ای متشکل از تیم پژوهش و سه نفر از صاحب نظران و دو نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه که سابقه کار تخصصی در زمینه پوشش همگانی خدمات سلامت را داشتند خواسته شد که سیاست هایی را که با معیارهای تعیین شده (تاثیر گذار بر پوشش همگانی خدمات سلامت، اهمیت سیاست برای تحلیل، قابل استفاده بودن از نتایج آن در پاسخ به چالش های کنونی کشور، نو بودن سیاست جهت تحلیل، هم افزایی (جزیی از سیاست های جامع و هم نوا و هم سو با سایر سیاست های در دست طراحی و یا در دست

<sup>1</sup> [www.dastour.ir](http://www.dastour.ir), [www.dolat.ir](http://www.dolat.ir), [www.medlib.ir](http://www.medlib.ir), <http://www.modares.ac.ir>, <http://rc.majlis.ir/fa/parliament>

اجرا) تناسب و هم‌خوانی بیشتری دارند، انتخاب کرده و نظر خود را نیز در خصوص دلایل انتخاب خود توضیح دهند. پس از گردآوری نظرات صاحب‌نظران، نظرات آنها (انتخاب شده و نظرات تحلیلی) جمع‌بندی و مورد تحلیل قرار گرفت.

- **روش تحلیل داده‌ها:** برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مجدد<sup>۱</sup> و روش تحلیل سریع محتوایی استفاده گردید. به این ترتیب که نظرات صاحب‌نظران در خصوص سیاست‌های مناسب جهت تحلیل و همچنین نظرات تحلیلی آنها به طور سریع گردآوری و تحلیل گردید و در همان جلسه سیاست مورد نظر انتخاب گردید.
- تحلیل کامل و جامع نظرات مطرح شده مجدداً توسط پژوهشگر انجام و به تحلیل‌های اولیه اتخاذ شده اضافه گردید. بر اساس نتایج تحلیل‌ها سیاست طرح تحول نظام سلامت به عنوان یکی از سیاست‌های مهم قابل توجه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت، به منظور تحلیل سیاست بر اساس چارچوب مثلث سیاست‌گذاری انتخاب گردید. همچنین مقرر گردید نگاهی از سیاست‌های پیشین اتخاذ شده در نظام سلامت ایران که قرابت بیشتری با اهداف پوشش همگانی خدمات سلامت داشتند تدوین گردد.

#### **– مرحله دوم: نگاشت سیاست‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت و پیامدهای سیاستی مرتبط با آنها**

برای انجام این مرحله ابتدا نگاهی از سیاست‌های موردنظر و نقش آنها در حصول به پوشش همگانی خدمات سلامت بر اساس مرور متون و مستندات موردنظر تهیه گردید. در تهیه این نگاشت مراحل مختلف فرایند سیاست‌گذاری یعنی ورود سیاست‌های موردنظر به دستور کار سیاست‌گذاری، تدوین و اجرا و همچنین فرایند‌های تصمیم‌گیری عمده منبث از سیاست طرح تحول نظام سلامت و دلایل و پیامدهای مرتبط با آن را در نظام سلامت کشور مورد بررسی و نگاشت قرار گرفت.

انجام این مرحله باعث گردید که پژوهشگران به طور عمیق با تاکید بر تحلیل مستندات به بررسی بحث‌ها و مذاکرات سیاست‌گذاران و سایر صاحب‌نظران نظام سلامت در طول فرایند سیاست‌گذاری سیاست طرح تحول نظام سلامت بپردازند. سیاست‌های مورد نظر و به ویژه طرح تحول سلامت در طول سال گذشته به تفصیل در جلسات مختلف سازمانها به ویژه مجلس شورای اسلامی، گروه‌های مختلف از جمله سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان کشور و ذینفعان مختلف مورد بحث و بررسی قرار گرفته است و دسترسی به این مستندات در پایگاه‌های داده‌ای مختلف فرصتی برای بررسی و تحلیل عمیق سیاست‌های موردنظر فراهم آورد.

برای نگاشت سیاستی مستندات مرتبط به طور جامع مورد بررسی قرار گرفت.

---

<sup>1</sup> reflective analysis



بخش عظیمی از مستندات، مرتبط با وب سایت های داخلی کشور بود. مستندات گردآوری شده از برخی وب سایت های داخلی منبع غنی از اطلاعات در خصوص چگونگی ورود سیاست خودگردانی بیمارستانها به دستور کار سیاستی، تدوین و اجرای سیاست بود. این مستندات همچنین دیدگاه های سازمان های کلیدی ذینفع و نقش آفرینانی را بیان می نمود که توسط صاحب نظران مختلف تفسیر و ارایه شده بود. صاحب نظران مختلف همچنین از محافل سخنرانی و فرصت مصاحبه های بدست آمده برای بیان نگرانی ها و سوالات خود استفاده می کردند که به گونه ای دیدگاه های افراد مختلف را نیز در مورد سیاست بیان می نمودند.

مستندات دیگر شامل دیگر منابع داده ای مبنی بر سند همچون لوایح و قوانین مجلس، برنامه های ملی، طرح های پیشنهادی، آئین نامه ها، گزارش های رسمی منشر شده و منتشر نشده از سازمان های مرتبط، مقالات مجلات و روزنامه های داخلی، اخبار پایگاه های داده ای و مقالات، انتشارات پژوهشی و گزارش ها، قوانین، آئین نامه های اداری/اجرایی یا بخشنامه ها، روال های پرداخت، راهنماها/ نظرها، گزارش نشست ها، بیانیه سیاست، سخنرانی ها، روزنامه ها، مقالات و گزارش ها از سازمان های تامین مالی و پژوهشی و تصمیم های دولت و محتوی وب سایت های مطبوعات مختلف است. پژوهشگر مستندات و موضوع های مربوط به هر یک را در صفحه اکسل جداگانه ای طبقه بندی کرد. برای مستنداتی که نسخه word داشتند، قسمت های مرتبط در بخش مناسب مربوط به آن قرار گرفت(بخشی از مستندات گردآوری شده در پیوست شماره ۴ آورده شده است).

همچنین از هر مستند بدست آمده به عنوان راهنمایی برای دستیابی به مستندات مرتبط دیگر استفاده گردید. در این گام مستندات سیاست های انتخاب شده به ویژه مستندات طرح تحول نظام سلامت مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده از اسناد، یا به صورت مستقیم یا به صورت تفسیری برای تولید یافته های پژوهشی اولیه بکار رفت. پژوهشگر از اسناد به عنوان منبع مکمل داده ها در معتبر کردن دیگر داده ها<sup>۱</sup> نیز استفاده کرد.

در ادامه این روند، مصاحبه ای اکتشافی با ۹ نفر از خبرگان موضوع در خصوص تاریخچه سیاست طرح تحول نظام سلامت و وقایع مهم مرتبط با آن انجام گردید. انجام مصاحبه ها به منظور استخراج اطلاعات در مورد اهمیت و چرایی اتخاذ و اجرای طرح تحول سلامت، وقایع مهم مرتبط با سیاست مورد نظر و تاثیر آن بر دستیابی به اهداف پوشش همگانی خدمات سلامت و مستندات کلیدی سیاستی بود. مصاحبه ها همچنین تصویری کلی از فرایند تدوین و اجرای سیاست را فراهم کردند. همراه با انجام مصاحبه ها و استفاده از نتایج آنها، مستندات به طور جامع و هدفمند از پایگاه های داده ای و وب سایت های مختلف گردآوری گردیدند.

روش تحلیل داده ها: مستندات گردآوری شده با استفاده از روش کیفی تحلیل محتوایی به صورت استقرایی و استنتاجی تحلیل و دسته بندی گردید. اطلاعات کیفی در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوا مورد تحلیل قرار گرفت.

---

<sup>1</sup> Triangulation

تحلیل محتوا یکی از روش های ساده پژوهش کیفی است. هدف تحلیل محتوا "ارایه بصیرتی است که به درک پدیده مورد بررسی می انجامد. یکی از بزرگ ترین فواید متدولوژی تحلیل محتوا آن است که تولید سازه های بنیادین از اطلاعات متنی را با بهره گیری از یک روش منظم تحلیل و تقلیل داده ها تسهیل می کند. تحلیل محتوا به تقلیل داده ها پرداخته به آن ها ساختار و نظام داده و منجر به فراهم آوردن شناخت، بینشی نو و تصویری از واقعیت می گردد.

برای انجام تحلیل محتوایی، مستندات و متن مصاحبه ها چندین بار خوانده شد و سپس به صورت استنتاجی و استقرایی کدگذاری گردید. دو نفر از پژوهشگران (ل. د. و ح. م) داده ها را کدگذاری کردند.

### – مرحله سوم: تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاستگذاری و فرایند سیاست گذاری

این مرحله به صورت کیفی و با بهره گیری از روش مصاحبه و تحلیل مستندات انجام شده در مرحله قبل انجام گرفت. انواع روش های انجام مطالعه کیفی در شناسایی رشد و گسترش موضوع موردنظر، موانع و تسهیلات اجرا و چگونگی رویاوری با آنها مفید می باشد. هدف از این مرحله درک عمیق سیاست طرح تحول نظام سلامت بر اساس اجزای الگوی مثلث سیاست گذاری و بررسی تاثیر و پیامدهای هر یک به ویژه از نظر دستیابی به اهداف پوشش همگانی خدمات سلامت و تعیین نکات برجسته (موضوع ها) بود.

در این مرحله تحلیل سیاست منتخب بر اساس الگوی مثلث سیاست گذاری انجام گرفت. برای انجام تحلیل از داده های حاصل از مصاحبه و داده های بدست آمده از مرحله نگاشت سیاست نیز استفاده گردید. از یافته های بدست آمده از این مرحله به ویژه اهداف و پیامدهای سیاستی و همچنین سایر نکات برجسته سیاست گذاری سیاست های موردنظر در تبیین سیاست گذاری آینده نگر و ارایه راهبردهای آینده نگارانه در مرحله بعد مطالعه استفاده گردید.

- **محیط پژوهش:** نهاد های سیاست ساز و سیاستگذار در عرصه سلامت کشور از جمله مجلس، ریاست جمهوری، وزارت بهداشت و سازمان های بیمه ای می باشند.
- **جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش خبرگان موضوع اعم از سیاست گذاران، سیاست سازان، ذینفعان نظام سلامت و نقش آفرینان سیاست های موردنظر و پژوهش گران سیاستی را شامل می گردد. افراد مورد مصاحبه کسانی بودند که با سیاست های موردنظر آشنایی داشته و در جریان تحولات و پیامدهای ناشی از آنها بوده اند.
- **جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش خبرگان موضوع اعم از سیاست گذاران، سیاست سازان را شامل می گردد.

- **نمونه پژوهش (شامل حجم نمونه و روش نمونه گیری):** نمونه های موردنظر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به تعداد ۹ نفر انتخاب شدند. این تعداد برای اشباع داده ها کفایت می نمود. مصاحبه شوندهگان شامل دو نفر از استادان دانشگاه، سه نفر از صاحبان نظران شورای سیاست گذاری سلامت در وزارت بهداشت، دو نفر از صاحبان نظران سازمان بیمه، یک نفر از نمایندگان مجلس و یکی از وزرای سابق بهداشت می باشد.
  - **ابزار گردآوری داده ها (راهنمای مصاحبه):** ابزار گردآوری داده ها راهنمای مصاحبه کیفی نیمه ساختار و بدون ساختار می باشد. سوالات راهنما بر اساس اهداف مطالعه، بررسی متون و یافته های حاصل از مراحل قبلی پژوهش تهیه گردید (پیوست شماره ۱).
  - **روش گردآوری داده ها:** تمام مصاحبه ها توسط پژوهشگر (ل.د) و به صورت غیر رسمی و با پرهیز از هر گونه اعمال نظر شخصی توسط پژوهشگر انجام گرفت. مصاحبه ها در عمقی بود که می توانست زمینه ای غنی از ماهیت معانی را مشخص کند. در طول مصاحبه در صورت لزوم از سوالات ژرفکاو نیز استفاده گردید. جهت امکان تبادل بهتر افکار و اطلاعات، بخش قابل توجهی از مصاحبه ها (به جز دو مصاحبه) به صورت رودررو و در مکان موردنظر مصاحبه شوندهگان و به صورت حضوری انجام گرفت. مصاحبه در زمانی مناسب، تقریباً هنگامی صورت گرفت که برای مصاحبه شوندهگان راحت بوده و دغدغه فکری کمتری داشتند. دو تا از مصاحبه ها به دلیل طولانی بودن دو بار و در روزهای مختلف انجام گردید. در طول مصاحبه قسمت های موردنظر یادداشت و کل جریان مصاحبه نیز ضبط گردید. در فاصله زمانی کوتاه بعد از انجام مصاحبه نیز مصاحبه های صورت گرفته نسخه برداری شد. قبل از انجام مصاحبه با مصاحبه کنندگان رابطه مناسب (معرفی پژوهشگر، مقطع تحصیلی، ذکر انگیزه انجام پژوهش، محرمانه ماندن نام پژوهشگر و مکالمات ضبط شده، علت انتخاب فرد مصاحبه شونده، اخذ رضایت مصاحبه شونده جهت ضبط مکالمات) برقرار شد. این امر موجب جلب اعتماد پژوهشگر و علاقه بیشتر آنان به شرکت در مطالعه گردید.
  - **روش تحلیل داده ها:** برای تحلیل مصاحبه ها از روش چارچوب مفهومی استفاده گردید. در این مرحله همچنین به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن بدست آمده از مصاحبه های صورت گرفته و بررسی وقوع، تکرار و ارتباطات آن ها و استنتاج واقعیات نهفته در دیدگاه های صاحبان نظران از تحلیل محتوایی استفاده گردید.
- روش چارچوب مفهومی شامل چندین مرحله متمایز و بسیار بهم پیوسته است. این روش دارای پنج گام بوده و شامل آشنا کردن، تدوین چارچوب مفهومی، فهرست بندی، ترسیم جدول و نگاشت و تفسیر می باشد.

**اعتبار مطالعه:** در مراحل کیفی مطالعه از معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، همسانی و تاییدپذیری برای سنجش اعتبار مطالعه استفاده گردید. برای افزایش مقبولیت از تلفیق در پژوهش و بازنگری استفاده شد. برای افزایش انتقال پذیری، نمونه های مناسب انتخاب و جمع آوری و تحلیل داده ها همزمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده ها توسط پژوهشگر و برخی از اعضای تیم تحلیل شد و تلاش گردید نتایج مشابهی حاصل گردد و برای افزایش تایید پذیری پژوهشگر قادر بود تمام روند پژوهش را از ابتدا تا انتها توضیح دهد.

### **– مرحله چهارم: تحلیل نظام تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب اواسیس**

در این مرحله بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت مطالعات اولیه در زمینه چارچوب اواسیس که به منظور تحلیل تامین مالی سیاست های مختلف، انجام گرفت. از طریق مکاتبه با نویسندگان و کارشناسان مختلف سازمان جهانی بهداشت جدول طراحی شده در نرم افزار EXCELL برای تحلیل تامین مالی سیاست انتخاب شده نهایی گردید (پیوست شماره ۲). سپس از طریق مرور متون، مرور مستندات و مکاتبه با صاحب نظران و سازمانهای مرتبط داده های مورد نظر گردآوری گردید.

- ابزار گردآوری داده ها (فرم استخراج داده): ابزار گردآوری داده های جدول استخراج داده های مرتبط تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت می باشد.
- روش گردآوری داده ها: کلیه داده ها از سازمان ها و از طریق مکاتبه با کارشناسان سازمان های مختلف گردآوری گردید.
- روش تحلیل داده ها: تحلیل داده ها به صورت توصیفی و روایی انجام شد.

### **– مرحله پنجم: تبیین تاثیر سیاست های انتخاب شده بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای دولتی**

#### **آموزشی کشور**

در این مرحله با بهره گیری از مراحل پیشین (تحلیل مستندات، انجام مصاحبه ها) تاثیر سیاست انتخاب شده بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت استخراج و تبیین می گردد.

- روش گردآوری داده ها: داده های مرتبط بر اساس یافته های مراحل پیشین و مستندات گردآوری شده از سازمانهای مرتبط می باشد.
- روش تحلیل داده ها: مستندات به صورت محتوایی مورد تحلیل قرار می گیرد.

## – مرحله ششم: ارایه راهبردهای آینده نگرانه/گزینه های سیاستی برای جهت گیری های آینده نظام سلامت

### ایران در طی مسیر پوشش همگانی خدمات سلامت

در این مرحله با بهره گیری از اصول سیاست گذاری متاثر از شواهد ( تعیین مشکل یا مساله، ارایه گزینه های سیاستی، بهره گیری از شواهد بومی و جهانی) گزینه های سیاستی مناسب برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت ارایه گردید. برای گردآوری گزینه های سیاستی و ارایه راهبردهای آینده نگارانه برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت از یافته های مراحل پیشین و مرور جامع مطالعات و گزارش های مرتبط نیز استفاده گردید.

- **جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش خبرگان موضوع می باشد. در این مرحله با بهره گیری از نظرات مصاحبه شوندهگان در مراحل قبلی مطالعه گزینه های سیاستی و راهبردهای آینده نگارانه برای جهت گیری های آینده نظام سلامت ایران در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت گردآوری گردید. همچنین در ادامه این گام با بهره گیری از شواهد جهانی (مرور متون) و شواهد بومی (مرور منابع داخلی، نتایج تحلیل مراحل پیشین مطالعه) گزینه ها و راهبردهای موردنظر کامل تر گردید.

### – ملاحظات اخلاقی

قبل از انجام مصاحبه با بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، روش های جمع آوری و ضبط داده ها، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات مصاحبه شوندهگان (اعم از نام، نوارهای مصاحبه، نوشتارها) و به کارگیری کد به جای اسم، رضایت آگاهانه مصاحبه شوندهگان اخذ گردید. پژوهشگر در تمامی مراحل پژوهش تلاش کرد رعایت امانت، صداقت و پرهیز از جهت گیری های خاص را مدنظر قرار دهد.

### محدودیت های پژوهش

مستندات مهم مطالعه مربوط به دو یا سه دهه قبل بوده و مجموعه جامع و کاملی از مستندات مرتبط سیاستی برای سیاست های موردنظر در مرحله نگاشت سیاستی وجود نداشت. با جستجو در کتابخانه ها و بهره گیری از نظرات صاحب نظران و خود مستندات، مستندات مرتبط جمع آوری گردید. علی رغم تمام تلاش ها، ما نمی توانیم ادعا کنیم که تمام مستندات مرتبط با تحلیل سیاست موردنظر به طور کامل گردآوری گردید.

دشواری در جمع آوری مستندات از سازمان های مختلف بدلیل نبود نظام جامع ثبت مستندات دشواری در تعیین اثرات اجرا در دستیابی به اهداف موردنظر و تغییرات احتمالی در نظام سلامت و سیاست های مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت که در

طول مطالعه اعمال گردید، به ویژه در تکمیل داده های مرتبط با جدول اواسیس از دیگر محدودیت های عمده پژوهش بود که تلاش گردید با اختصاص زمان کافی و بهره گیری از نظرات صاحب نظران مختلف و مکاتبه با سازمانهای مختلف در این خصوص این موانع را کاهش دهیم.

# فصل چهارم

## یافته ها

## ۱-۴ شناسایی سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت کشور و

### انتخاب سیاست مورد نظر

یافته های حاصل از این مرحله شناسایی سیاست های سلامت اتخاذ شده در طول چهار دهه اخیر با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت بود (پیوست شماره ۳) از میان سیاست های مورد نظر ابتدا نگاهی از سیاست های انتخاب شده (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، سیاست پزشک خانواده روستایی و سیاست پزشک خانواده شهری) با تاکید بر نقش این سیاست ها در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت تهیه گردید. از میان سیاست های انتخاب شده با بهره گیری از نظر صاحب نظران و تیم پژوهش یک سیاست (سیاست طرح تحول نظام سلامت) جهت تحلیل بر اساس الگوی مثلث سیاست گذاری انتخاب گردید

لیست سیاست های انتخاب شده به شرح زیر می باشد:

۱. پزشک خانواده روستایی
۲. پزشک خانواده شهری
۳. بیمه همگانی خدمات درمانی
۴. بیمه تامین اجتماعی
۵. پایه ریزی شبکه های بهداشتی
۶. طرح تحول نظام سلامت ایران
۷. قانون بودجه سال ۱۳۷۳ کل کشور تبصره ۱۰ - تبصره ۲۹ - تبصره ۳۷ -
۸. قانون بودجه سال ۱۳۷۴ کل کشور. تبصره ۱۰ بند ک - بند م - بند ن - بند د
۹. قانون بودجه سال 1375 کل کشور تبصره ۱۰ بند ک - بند م - بند د
۱۰. قانون بودجه سال ۱۳۷۶ کل کشور تبصره ۱۰ بند ب - بند ج - بند د - بند ک - بند ن تبصره ۶۴ بند ب
۱۱. قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور تبصره ۴ - بند الف. تبصره ۱۰ - تبصره ۱۱



۱۲. قانون بودجه سال ۱۳۷۸ کل کشور تبصره ۱۰ تبصره ۱۱ تبصره ۲۴
۱۳. قانون بودجه سال ۱۳۷۹ کل کشور تبصره ۱۰ بند ز- بند ف
۱۴. قانون بودجه سال ۱۳۸۰ کل کشور تبصره ۱۰ بند ز - و - بند ع- بند ص
۱۵. قانون بودجه سال ۱۳۸۱ کل کشور تبصره ۱۰ بند الف- ب - ه
۱۶. قانون بودجه سال ۱۳۸۲ تبصره ۱۰
۱۷. قانون بودجه سال ۱۳۸۳ کل کشور تبصره ۱۰
۱۸. قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور تبصره ۱ - تبصره ۱۴- تبصره ۱۵
۱۹. قانون بودجه سال ۱۳۸۵ کل کشور تبصره ۲ - تبصره ۱۴- تبصره ۱۵
۲۰. قانون بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور تبصره ۱۴ بند الف ب ث ج چ  
ح خ ذ ض ط ع ق ک ل تبصره ۱۵- تبصره ۱۸ بند ک
۲۱. قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور تبصره ۱۲، ۱۴، ۲۴، ۳۴، ۳۷
۲۲. قانون بودجه سال ۱۳۸۹ تبصره ۷، ۹، ۱۶
۲۳. قانون بودجه سال ۹۲ بند ۷۲، ۸۹، ۸۶ و ۹۱
۲۴. اصول ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی
۲۵. قانون مدیریت خدمات کشوری: ماده ۸
۲۶. برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی : ماده ۱۹، ماده ۳۲، ماده ۳۴، ماده ۳۵، ماده ۳۶، ۳۷، ۳۸
۲۷. برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مواد ۸۴، ۸۵، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳
۲۸. قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی-اجتماعی-فرهنگی مواد ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۶، ۱۹۷
۲۹. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی
۳۰. قانون هدفمند کردن یارانه‌ها

## ۲-۴ نکات سیاست های مرتبط با پوشش همگانی سلامت (مرور مستندات) و پیامدهای سیاستی

### مرتبط با آنها

#### ۱-۲-۴ نکات سیاست های مختلف و پیامدهای سیاستی آنها

در کشور ما طی ۳۶ سال گذشته طرحها و برنامه های بسیار خوبی در حوزه سلامت کلید خورده، اما متاسفانه گاهی نه تنها توفیقی نداشتند بلکه چالشهایی را برای مردم و جامعه پزشکی ایجاد کردند. در ایران نیز به عنوان کشوری در حال

توسعه پوشش فراگیر سلامت یکی از اهداف غایی نظام سلامت و از مهمترین اصول قانون اساسی و نیز بندهای سیاستهای کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری می‌باشد. در برنامه های توسعه ای کشور و از جمله برنامه توسعه پنج ساله چهارم و پنجم نیز بر این ضرورت مهم تاکید شده است. در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به‌عنوان حق فراگیر برای تمام شهروندان در نظر گرفته شده است.

در این راستا، جمهوری اسلامی ایران نیز در جهت پوشش فراگیر سلامت تلاش‌های متعددی انجام داده است و دستیابی به آن در زمره اهداف نظام سلامت قرار دارد. مطرح شدن مباحث مربوط به حفاظت مالی بیماران، ارایه خدمات سلامت در همه‌ی مناطق و مواردی از این قبیل در برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم، همچنین سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، اجرای طرح تحول سلامت و غیره شواهدی هستند که بر توجه به پوشش فراگیر سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران دلالت می‌کنند. اما این فعالیت‌ها شاید نتیجه‌ی سال‌ها تلاش در راستای تحقق پوشش فراگیر سلامت است. بر این اساس در ادامه سابقه تلاش ایران در زمینه دستیابی به پوشش فراگیر سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شاید اولین اقدام در ایران جهت دستیابی به پوشش فراگیر سلامت را بتوان به حدود ۸۰ سال پیش منتسب کرد که در سال ۱۳۰۹ با تصویب طرح تشکیل صندوق احتیاط کارگران راه آهن حرکت در مسیر پوشش فراگیر سلامت در ایران آغاز شد. پس از آن طی تغییر و تحولات زیادی در سال‌های مختلف، در آبان ماه ۱۳۶۸ ضمن تصویب قانون الزام تامین اجتماعی مسئولیت تامین درمان، انجام و ارایه خدمات و مراقبت‌های درمانی کارگران و مشمولان قانون کار و تامین اجتماعی به سازمان تامین اجتماعی محول گردید.

همچنین در سال ۱۳۷۴ سازمان بیمه خدمات درمانی تاسیس شد که طبق قانون، تامین بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، خویش فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی به این سازمان واگذار شد. بر اساس ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۹۱ با تجمیع صندوق‌های متعدد، این سازمان به سازمان بیمه سلامت ایران تغییر نام داد. در حال حاضر سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران اکثر افراد را تحت پوشش بیمه قرار داده‌اند.

ارایه خدمات بیمه‌ای و تحت پوشش قرار دادن افراد جامعه یک جنبه‌ی پوشش فراگیر سلامت است و جنبه‌ی دیگر آن ارایه خدمات سلامت به آحاد جامعه است. در این زمینه ایران از حدود ۷۰ سال پیش دست به اقدامات متعددی زده است. از جمله اقدامات موثری که قبل از مطرح شدن مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کنفرانس آلماتا در ایران اجرایی شده است، طرح تربیت بهدار در شهرهای مختلف و همچنین طرح سپاه بهداشت می‌باشد.

پس از انقلاب نیز از جمله اقدامات بسیار موثر استقرار نظام شبکه بهداشتی درمانی و سطح بندی خدمات سلامت در فاصله سال‌های ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۶ می‌باشد که یکی از موفق‌ترین تجربیات جهانی در زمینه‌ی دستیابی آحاد جامعه به خدمات سلامت می‌باشد. به اذعان بسیاری از صاحب‌نظران نظام سلامت کشورمان، استقرار نظام مراقبت‌های بهداشتی در ایران از اولین گام‌های مهم در جهت گسترش پوشش همگانی خدمات سلامت می‌باشد.

در پی پایه ریزی مراقبت‌های سلامت اولیه در کشور شاخص‌های سلامتی ایران به گونه‌ای ارتقا یافت که در حال حاضر جز بهترین موارد در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت است. در طول قریب به سی سال پس از راه اندازی شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران امید به زندگی در بدو تولد (در هر دو جنس - برحسب سال) از ۵۹ در سال ۱۳۶۵ به ۷۴ در سال ۱۳۹۱ ارتقا یافته است. شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت را می‌توان تنها شبکه سلامت فراگیر در ایران به حساب آورد که بر مبنای ارتقای سلامت بنا شده و زیربنای آن صرفاً درمان بیماران نیست. موقعیت این شبکه در نواحی روستایی منحصر به فرد است چرا که تنها تسهیلات ارایه خدمات در نقاط روستایی به حساب می‌آید. هر چند که در نقاط شهری چندان محکم و قابل اتکا نیست. این شبکه اولین نقطه‌ای است که روستاییان مراقبت سلامت را از آن طلب می‌کنند به خصوص که از لحاظ دسترسی شرایط مناسبی را برایشان فراهم کرده است.

در فاصله سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۰ تعداد پزشک به ازای جمعیت از ۴.۷ به ۱۱.۱ به ازای هر ۱۰ هزار نفر رسیده است. تنها در فاصله چهار سال بد از راه اندازی شبکه مراقبت‌های بهداشتی کشور، تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۸۰۰ واحد به بیش از ۷۹۰۰ واحد رسید و تعداد ۱۹۰۰ مرکز بهداشتی درمانی نیز به مراکز کشور اضافه شد.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ابتدای شکل‌گیری نظام شبکه فقط شامل هشت خدمت اصلی بود که به مرور اجزای دیگری به آن افزوده شد و خدمات جدیدی در نظام شبکه ادغام شد. شبکه مراقبت‌های بهداشتی بر مشارکت اجتماعی و همکاری بین بخشی متمرکز شد و راهبردهایی نظیر ایمن‌سازی کودکان، مایع درمانی خوراکی، تنظیم خانواده،

مراقبت های دوران بارداری، درمان عفونت های تنفسی و بهداشت محیط به طور کامل توسط نظام شبکه تحقق یافت. توجه ویژه به گروه های سنی و جنسی آسیب پذیر و طراحی مناسب برای برآورده کردن نیازهای مهم و اساسی جمعیت های غیربرخوردار- و به طور خاص ساکنین روستا- باعث شد که نمونه موفقی از شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه به دنیا عرضه گردد.

کاهش چشمگیر مرگ و میر مادران و نوزادان در کشور دلیلی بر توسعه مناسب شبکه مراقبت های بهداشتی بوده است. مرگ و میر مادران از حدود ۱۴۰ هزار در ۱۰۰ هزار تولد زنده به حدود ۲۷ رسیده است، مرگ های زیر ۵ سال ناشی از بیماری های اسهالی و عفونت های تنفسی از ۵ و ۷.۸ در نقاط روستایی در سال ۱۳۷۲ به ترتیب به ۰.۸ و ۲.۹ در سال ۱۳۸۱ رسیده است.

حذف بیماری سرخک در کودکان بین سنین شش ماهگی در سال ۱۳۷۳ رخ داد. در حالی که میزان بروز این بیماری یک سال قبل از پیروزی انقلاب اسلامی در کشور ایران بالغ بر ۳۶ مورد در صد هزار جمعیت بوده است. در ادامه، در سال ۱۳۸۴ با اجرایی شدن طرح پزشک خانواده روستایی، برگ دیگری از آرایه خدمات به ساکنان روستاها ورق خورد که نتایج بسیاری از پژوهش‌ها از موفقیت این طرح در دسترسی بیشتر روستاییان و شهرهای زیر بیست هزار نفر جمعیت به خدمات سلامت حکایت می‌کنند.

نظام ارجاع و پزشک خانواده از جمله سیاست هایی است که به نظر صاحب نظران نظام سلامت می تواند نظام سلامت را از برون رفت و بن بستها خارج و اقتصاد سلامت را مدیریت کند.

در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی دولت را موظف کرد تا پوشش بیمه ای روستائیان و عشایر کشور را گسترش داده و عدالت در بهداشت و درمان روستائیان را با رویکرد پزشک خانواده میسر سازد؛ دولت نیز با همکاری وزارت رفاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این مهم همت گماشت. اجرای اولیه این طرح گرچه بسیار شتابزده و بدون تامین زیر ساختهای لازم برای چنین تحول عظیمی در نظام سلامت کشور انجام شد، توانست برخی شاخصهای سلامتی و بهداشت از جمله افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه های خدمات درمانی، افزایش دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی، توجه به امور پیشگیری و غربالگری را افزایش دهد و تعداد زیادی از پزشکان عمومی را بکار گیرد، اما در طول اجرای قریب به ۶ سال از اجرای طرح، این طرح ملی با چالشها و مشکلات عدیده قانونی، ساختاری و اجرایی روبرو است.

در ابتدای طرح چندین شاخص از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی برای پایش موفقیت طرح در نظر گرفته شد که به نظر می رسد پس از اجرای طرح این شاخص ها چندان مورد توجه قرار نگرفت و برای ارزیابی پزشک خانواده نیز تلاش جدی در کشور به عمل نیامد.

بسیاری از صاحب نظران نظام سلامت کشور بر این باور هستند که پزشک خانواده، قربانی شتابزدگی دولتها شد و نتوانست به اهداف خود از جمله پوشش کامل مردم و پوشش خدمات با کیفیت دست یابد.

برخی از موارد مطرح شده از دیدگاه صاحب نظران مختلف در ارتباط با پزشک خانواده و برقراری نظام ارجاع و حصول موفقیت در این مسیر شامل موارد زیر می گردد:

الف- تعرفه های درمانی در کشور مابا واقعیت روز و با دیگر نقاط جهان فاصله بسیاری دارد، این وضعیت به بیمار اجازه می دهد تا عدم رعایت سیستم ارجاع بار مالی سنگینی بر او تحمیل نکند و او به راحتی و یا با پرداخت مبلغی جزئی سیستم ارجاع را دور بزند.

ب- دیدگاه جامعه ایرانی از بعد جامعه شناسی به اقتصاد سلامت نگاهی برنامه ریزی شده نیست، عموم ایرانیان هنوز سبب تعریف شده ای برای اقتصاد خانوار خود ندارند و حتی آندسته که میزان هزینه و درآمد خود را به تفکیک محاسبه میکنند، هزینه های سلامت را بطور کلی از قلم انداخته اند، این هزینه ها که به ((خرج دوا و دکتر)) شهرت دارد، همواره یک هزینه پیش بینی نشده و اتفاقی تلقی میشود که جایی در بین سایر هزینه های خانوار ندارد و هنگامی که بیماری بروز میکند، ایرانی حاضر است به هر قیمتی و هرچه زودتر از آن خلاصی یابد، فلذا حاضر است مابقی اقتصاد خانواده را به پای درمان قربانی نماید. پذیرش حرکت در یک چهارچوب مدون و برنامه ریزی شده مورد علاقه ذائقه ایرانی نیست، در واقع برخورد آنها با مقوله درمان یک برخورد احساسی است که هیچ قانونی را بر نمی تابد. اکنون گران قیمت ترین بیمارستانهای کشور مملو از روستائینی است که توان پرداخت هزینه های درمانی خود را ندارند و حاضر به پذیرش در بیمارستانهای دولتی هم نشده اند، بطور معمول در هنگام بروز چنین هزینه هایی خانوار ایرانی آینده را نمی بیند و تنها به فکر حال است و خداوند را مسئول نجات خود در آینده میداند، این تفکر به او این قدرت را میدهد که سدهای مالی در بخش درمان را فراتر از آنچه هست نبیند. این واقعیت مهم جامعه شناختی از اقتصاد سلامت در ایران مسئله ای است که توسط طراحان اولیه نظام ارجاع در بستر پزشک خانواده مغفول باقی ماند که اگر مورد توجه قرار میگرفت قبل از

عملیاتی شدن طرح ضرورت فرهنگ سازی و اطلاع رسانی به عموم جامعه در برنامه ای هدفمند و چند ساله را طلب می‌کرد.

ج- نظام ارجاع از آغاز حرکت خود در بستر پزشک خانواده تا کنون متأسفانه نتوانسته است چنان کارآمد و هماهنگ عمل کند که پاسخگوی نیازهای بیماران باشد، حرکت در این بستره لغزان گاهی به قفل شدن مسیر درمان بیماران می‌انجامد و حلقه های ناقص فراوانی بیمار را در قسمتی از مسیر ارجاع به خروج از آن ترغیب میکند، کمبود برخی امکانات درمانی، سوء مدیریت در بخش درمان، عدم رغبت و همکاری متخصصین به خصوص در بخش خصوصی و عدم توجه متخصصین بیمارستانهای آموزشی و دستیاران با نحوه اجرای طرح و الزامات آن و شاید از همه مهمتر بی اعتقادی آنها به اهمیت و هزینه اثر بخش بودن نظام ارجاع در کشور از مهمترین عوامل بازدارنده روند تکامل و بالندگی این طرح ملی در گستره بازه زمانی ۶ ساله از آغاز آن بوده است.

د- فرهنگ حرکت در یک بستره نظام مند به خصوص در بحث درمان که همیشه با مسائل احساسی هم گره می‌خورد، نتوانسته جایی در ذهن ایرانیان باز کند، در کشور ما به دلایل مختلف دور زدن قوانین و نظامهای وضع شده به نوعی رفتار و عادت اجتماعی بدل شده که اصلاح آن به نظر قاطبه جامعه شناسان به گذشت دو نسل نیازمند است. لذا این انتظاری گزافه است که بدون فرهنگ سازی در حوزه پزشک خانواده و نظام ارجاع و اعتماد سازی مردم به هدفمند بودن طرح بتوان ضمانتی برای اجرای موفق و یا استقبال مردم از طرح پیدا کرد.

ه- نگرش بیماران به پزشک خود در اغلب موارد نگرشی سنتی و خود محورانه است، حرکت بر اساس پلانی که پزشک خانواده به آنها اعلام میکند، معمولاً مورد قبول آنها نیست و هیچ مانع قانونی هم برای جلوگیری از تخطی از این رویکرد وجود ندارد، اکثر بیماران ترجیح میدهند بر اساس شنیده هاشان برنامه خود را تنظیم کنند و نه حرف و تصمیم پزشک خانواده خود.

و- مفاهیم شهر و روستا و ارتباطات بین این دو در دهه های اخیر دچار تغییرات شگرفی شده است، اینک روستایی بودن به معنی زندگی مشقت بار و فرساینده و شهر نشینی به معنای آسودگی و بهره مندی نیست، حتی مفاهیم تولیدکننده و مصرف کننده هم که به این دو نوع سکونت اطلاق میگردید نیازمند ارائه تعاریف جدیدی است. در حال حاضر فاجعه بارترین وضعیت زندگی در حاشیه شهرها مشاهده میگردد، راههای ارتباطی و وضعیت حمل و نقل نوع

ارتباط شهر و روستا را متحول ساخته است، اینک در بسیاری از نقاط مراجعه به مطب یک پزشک متخصص به مراتب آسانتر از بهره مند شدن از سیستم ارجاع است و هیچ منع قانونی هم ندارد.

ی-نظام ارجاع در بستر پزشک خانواده در کشور ما تقریباً بطور تامه ای به سیستمهای آموزشی و دانشگاهی وابسته است و بدتر از آن به آنها ختم میشود، یکی بودن نظام درمانی دولتی و نظام آموزشی کشور لطمات جبران ناپذیری را بر پیکره درمان کشور وارد ساخته است.

ط-نظام ارجاع به گونه ای انحصاری و اجباری قدرت انتخاب را از بیمار سلب کرده است، اعتماد و اعتقاد بیمار به پزشک از ضروری ترین پیش نیازها برای درمان موفق هر بیماری است، هنگامی که پزشک و کانال درمان به بیمار تحمیل میشود، نتیجه ای جز بی اعتمادی بیمار، کاهش احتمال موفقیت در درمان، تکرار فرآیندهای درمانی و افزایش هزینه ها را در پی نخواهد داشت، در نظام ارجاع کنونی بیمه شده محکوم به تبعیت از سیستمی پر نقیصه است، در حالی که میتوانستیم مسیرهای ارجاع متفاوت با فرانشیز گوناگون برای افزایش قدرت انتخاب بیماران در این نظام ارجاع تعریف کنیم.

ظ-نظام ارجاع اهرم فشار خود برای انجام صحیح مسیر ارجاع را تنها عدم پرداخت هزینه درمان قرارداده است و نه دعوت و تشویق به ارائه خدمات برتر. این اهرم آکنده از قانون و محدودیت را اکنون در مراکز مجری طرح تنها با پرداخت ۳۷۰۰ تومان میتوان خرید، آیا چنین اهرم ارزان قیمتی میتواند برای اجرای صحیح مسیر ارجاع الزام آور باشد؟

س-نظام ارجاع به دلیل اشکالات زیادش به نوعی تشریفات دست و پاگیر بدل شده است؛ نوعی بروکراسی دست و پاگیر در روند اجرای این طرح بسیاری از بیماران و همراهیان را آزار میدهد و در موارد متعدد دیده میشود که بیمار برای زدن یک مهر (که آنها بنا به تشخیص و خواسته بیمار یا پزشکی غیر از پزشک خانواده درخواست میشود) به روستا بازگردانده میشود.

ش- متأسفانه در روند اجرای طرح هیچ ساز و کار مشخصی برای کنترل تعداد ارجاع و نحوه ارائه پسخوراند سطوح تخصصی به پزشک خانواده وجود ندارد، دردآورتر اینکه هیچ الزامی برای ارائه پسخوراند ارجاع توسط پزشکان متخصص در روند ارجاع وجود ندارد

سرانجام در اوایل سال ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، تاکید ضمنی و آشکاری بر پوشش فراگیر سلامت داشت. در این سال برای اولین بار در کشور، دولت با اجرای طرح تحول نظام سلامت، گامی مهم و بلند در راستای دستیابی به ابعاد پوشش فراگیر سلامت و از جمله کاهش میزان پرداخت از جیب و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات ارایه شده در مراکز بالینی برداشت.

## ۲-۲-۴ نکات سیاست طرح تحول سلامت و پیامدهای سیاستی

طرح تحول نظام سلامت پس از ابلاغ سیاست‌های کلی از سوی مقام معظم رهبری در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۹۳ اجرای آن کلید خورد. طرح تحول نظام سلامت یکی از بزرگترین برنامه‌های ملی کشور در حوزه سلامت می باشد که در راستای آن هشت بسته خدمتی سلامت (کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های علوم پزشکی، حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت، ارتقای کیفیت هتلینگ، ترویج زایمان طبیعی، نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت، تعرفه گذاری خدمات سلامت و تکمیل حلقه حفاظتی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت) جهت اهداف حوزه سلامت و تحقق اهداف سیاست‌های ابلاغی ارائه شد.

در اولین گام از برنامه تحول نظام سلامت و با توجه به سیاست‌های تدوین شده، روستاییان، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه بودند ۳ درصد از هزینه خدمات را پرداخت کردند. همچنین تدوین کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات درمانی که در بیست سال گذشته به دلیل ثابت ماندن تعرفه‌های خدمات درمانی با مشکلات عدیده‌ای مواجه شده بود، در دستور کار برنامه طرح تحول قرار گرفت و کاهش پرداخت از جیب مردم نیز به طور جدی در این طرح دنبال شد.

بسیاری از کارشناسان معتقدند که اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌تواند در پایداری و تثبیت جمعیت روستایی و ماندگاری روستاییان موثر باشد چرا که این طرح توانسته موجبات رضایتمندی مردم از خدمات بخش سلامت را بیش از پیش فراهم کند. در واقع دولت یازدهم با تزریق منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها در این بخش گام‌های خوبی را برداشته است که این‌ها عواملی برای افزایش امید به زندگی در میان افراد است. این در حالی است که برخی از صاحب



نظران نظام سلامت معتقدند قضات درباره افزایش امید به زندگی نیاز به گذشت زمان دارد و کاستی‌های طرح تحول نظام سلامت باید برطرف شود تا بتوان در این باره اظهار نظر کرد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که با استقبال قابل توجهی مواجه شد و توانست پیامدهای قابل توجهی را به ویژه از جهت دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت بگذارد.

به اذعان صاحب نظران در گذشته نظام سلامت ایران و در طول دولت‌های مختلف آنچنان که باید و شاید به بحث سلامت توجه نشده است. به باور برخی خبرگان مطالعه با شکل‌گیری وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴، طرح تحول سلامت کلید خورد هر چند در آن زمان با امکانات و شرایط در اختیار، امکان تأمین نیازهای کشور چندان قابل فراهم نبود. یکی از مستندات به نقل از یکی از صاحب‌نظران در این خصوص چنین نوشته است: "حداکثر دانشجویان پزشکی زیر ۱۰۰۰ نفر بودند و بیش از ۴۰۰۰ پزشک خارجی برای تأمین نیازهای اولیه کشور فعالیت می‌کردند، اما در همین مدت در بعد کمی توسعه دانشگاه‌ها، افزایش دانشجویان و اساتید و توسعه شبکه بهداشت کشور موفق بودیم" (وبدا، سند شماره ۲۳).

«حالا ما به جایی رسیده‌ایم که نیازهای کشور از نظر کمی برطرف می‌شود، اما در بعد کیفی و اولویت قرار دادن خدمات سلامت مشکلاتی داشتیم که خوشبختانه در دولت تدبیر و امید برنامه طرح تحول اجرا شد و سلامت از اولویت پانزدهم کشور به ۵ اولویت اول کشور رسید این مهم‌ترین افتخار و برنامه‌ای بود که به همت ریاست‌جمهور انجام شده. با شرایط اقتصادی موجود، بیش از ۹۵ درصد جمعیت کشور برای دریافت خدمات سلامت نیاز به بخش دولتی دارند و حداکثر ۵ درصد جمعیت می‌توانند از امکانات خارج از دولتی بهره‌مند شوند، اما مهم این است که برای آن ۹۵ درصد این امکانات را فراهم کنیم که خوشبختانه این طرح از سوی وزارت بهداشت انجام شده است» (وب سایت د ع پ، سند شماره ۴)

در همین سال و با مطرح شدن فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها، بخش عمده‌ای از درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها و همچنین یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت اختصاص یافت. بر پایه منابع حاصله طرحی موسوم به طرح تحول سلامت در گام‌های مختلف در کشور اجرا شد که هدف مشترک این گام‌ها و برنامه‌های اجرایی دستیابی به پوشش فراگیر سلامت بود. از جمله برنامه‌های اجرایی در قالب طرح تحول سلامت می‌توان به طرح کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، و حفاظت مالی از بیماران خاص، صعب‌العلاج و نیازمند اشاره کرد که می‌توانند تاثیر مستقیمی بر پوشش فراگیر خدمات سلامت داشته باشند.

علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی پوشش فراگیر سلامت در ایران از سالیان دور تا کنون هنوز جمهوری اسلامی ایران تا دستیابی به پوشش فراگیر سلامت راه پرفراز و نشیبی در پیش رو دارد. برای کوتاه‌تر کردن این مسیر می‌توان بر پایه‌ی تجربیات کشورهای مختلف که توانسته‌اند مسیر دستیابی به پوشش فراگیر سلامت در مدت زمان کوتاهی طی کنند، اقدامات موثری را انجام داد. لذا در ادامه به بررسی تجربیات کشورهای مختلف در زمینه‌ی دستیابی به پوشش فراگیر سلامت پرداخته می‌شود.

## بر اساس مستندات موجود مهمترین تاثیرات طرح تحول نظام سلامت را می‌توان به شرح زیر

### تبیین کرد:

تحلیل مستندات گردآوری شده بیانگر آن است که از بین ۱۹۱ کشور جهان، از حیث اهداف کلی نظام سلامت ایران در رتبه ۱۱۴، سطح سلامت ۹۶، توزیع عادلانه ۱۱۳ و مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها رتبه صد و دوازدهم بود. براین اساس سه هدف اصلی برای برنامه‌های تحول سلامت در دستور کار قرار گرفت که شامل برقراری عدالت در دسترسی به خدمات، کاهش پرداخت مستقیم از جیب و ارتقای کیفی خدمات بود.

در اجرای طرح تحول نظام سلامت برنامه‌های حوزه درمان شامل بیمه افراد فاقد بیمه، کاهش هزینه‌های پرداختی از سوی مردم برای بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از پزشکان مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص به صورت مقیم، ترویج زایمان طبیعی، ارتقای هتلینگ و اورژانس هوایی و اصلاح تعرفه‌ها و پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌شود. پس از اجرای طرح تحول پوشش بیمه ای به بیش از ۹۵ درصد افزایش یافته است. و به این طریق می‌توان گفت دستیابی به عدالت در نظام سلامت کشور ما تا حدودی محقق شده است. کاهش میزان پرداختی‌ها، کاهش قیمت لوازم پزشکی مصرفی، وجود تمام امکانات درمانی موردنیاز در بیمارستان‌ها بدون پرداخت هزینه از دیگر دستاوردهای طرح تحول می‌باشد که در بسیاری از مستندات بدان اشاره شده است. ازجمله اثرات فرادستگاهی این طرح را می‌توان اولویت قرار دادن سلامت و افزایش حمایت‌طلبی در این حوزه عنوان کرد. کمیت و کیفیت ازجمله معیارهای در نظر گرفته شده در این طرح است، همچنین هویت‌بخشی به هر بخش یکی دیگر از دستاوردهای این طرح به شمار می‌رود.

بر اساس آمارها پس از اجرای این طرح شاخص‌های اقتصاد سلامت بهبود یافته و میزان مواجهه خانواده‌های شهری و روستایی با هزینه‌های کمرشکن درمانی به ترتیب به ۲/۷ درصد و ۶ درصد کاهش یافته است. استمرار برنامه ۹۳ و حفظ دستاوردها ازجمله برنامه‌های مهم در سال جاری در کنار دیگر برنامه‌های جدید عنوان شده است.

یکی دیگر از مستندات با ارایه آمار دستاوردهای نظام سلامت پس از اجرای طرح تحول را جبران عقب ماندگی‌های نظام سلامت در طول سالهای گذشته عنوان کرده است:

بر اساس مطالعاتی که در نه کشور صنعتی انجام شده، ۲۶ تا ۴۰ درصد رشد اقتصادی به ارتقای سلامت وابسته است. با توجه به اینکه ایران از نظر تولید ناخالص داخلی در رتبه هجدهم قرار دارد و سرانه تولید ناخالص داخلی ایران ۷۰ دلار است. کشور ما از نظر سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در رتبه هشتاد و هشتم و از نظر سرانه هزینه سلامت در رتبه هشتاد و یکم قرار دارد. در خصوص موضوعاتی نظیر امید به زندگی در بین ۲۰ کشور منطقه رتبه ایران ۱۲، مرگومیر رتبه ۱۳، مرگومیر زیر یک سال نیز ۱۲، مرگومیر بالغین ۱۱ است. همچنین در خصوص آماری نظیر تراکم پزشک، پرستار و ماما نیز ایران از کشورهای منطقه می باشد. همچنین از ۱۹۲ کشور جهان ما ایران جز ۳۷ کشوری می باشد که بیش از ۵۰ درصد پرداختی در حوزه سلامت از جیب مردم صورت می گرفت و جزو ۸ کشوری است که بیش از ۶۰ درصد هزینه های درمان از جیب مردم پرداخت می شد و این نشان دهنده این امر است که پرداخت از جیب در مرز خطرناکی قرار داشته است. در سال ۹۲، از ۵ درصد پرداختی از جیب مردم، ۴۵ درصد مربوط به هزینه های بیمارستانی، ۳۱ درصد مربوط به هزینه های سرپایی و ۲۲/۴ درصد برای تأمین داروخانه و سایر اقلام پزشکی بوده است.

بر اساس دو هدف اصلی سازمان جهانی بهداشت "پوشش تمام جمعیت با حداقل خدمات ۸۰ درصدی پایه سلامت تا سال ۲۰۳۰، حفاظت مالی صد درصد جمعیت از آسیب های پرداخت از جیب دو هدف اصلی برنامه سازمان بهداشت جهانی است بر همین اساس سه کار اصلی در حوزه تمرکز نظام سلامت کشور قرار گرفت. این حوزه ها شامل گسترش پوشش بیمه ای، ارائه خدمات مناسب و حفاظت مالی از مردم است.

یکی از مستندات به نقل از برخی خبرگان سلامت چنین نوشته است. «این اقدامات به نظر ساده می رسند، ولی بسیار ساده اما عمیق و تأثیرگذار بر زندگی مردم است و از جمله اقداماتی هستند که در سال های گذشته از آن غفلت کردیم» (سند شماره ۵). تحلیل مستندات نشان داد میزان پرداختی از جیب مردم برای هزینه های بیمارستانی در سال ۹۳ حدود ۱۰/۳ درصد کاهش یافته و این نشان دهنده افزایش حفاظت از خانواده ها است. این مستند در ادامه آورده است سالانه ۷۰۰ هزار نفر از مردم به دلیل پرداخت از جیب، زیر خط فقر می رفتند. فقر ناشی از بیماری بدترین نوع فقر است چون فرد امکان بازگشتن به وضع قبلی را ندارد. پوشش بیمه ای بالای ۹۵ درصد نیز از دیگر اثرات مهم این طرح می باشد.

از دیگر تاثیرات طرح تحول سلامت می توان به افزایش تعداد نیروی انسانی اشاره کرد. ۷۷۵ مرکز بهداشت در کشور بدون پزشک بود که در بهار ۹۴ تعداد این مراکز بدون پزشک به صفر رسید. همچنین ۴۰۰ خانه بهداشت تأسیس شد بعد از سال ها مجدداً ویتامین D و اسید فولیک و قرص آهن به مردم عرضه شد.

طبق آمار وزارت بهداشت ۱۰ میلیون و ۶۰ هزار نفر جمعیت حاشیه‌نشین در کشور وجود دارد که در اجرای طرح تحول نظام سلامت برای این افراد برنامه‌هایی در نظر گرفته شده است. همچنین ۷۰۰ سکونتگاه غیررسمی شناسایی شده که خدمات سلامت از طریق بخش خصوصی به آنها ارائه خواهد شد و ۳۵۰ مرکز سلامت جامع نیز در این مدت تأسیس گردید.

در سال ۱۳۹۳ ۷۹ هزار میلیارد برای نظام سلامت کشور هزینه شد و این به آن معناست که هر یک درصد کاهش پرداخت از جیب مردم به معنای پرداخت ۷۹۰ میلیارد تومان از سوی دولت و بیمه برای ارائه خدمات درمانی است.

### **۳-۴- تحلیل سیاست انتخاب شده بر اساس الگوی مثلث سیاست‌گذاری و فرایند سیاست‌گذاری**

این بخش از مطالعه به تحلیل طرح تحول نظام سلامت بر اساس الگوی مثلث سیاست‌گذاری می‌پردازد. اجزای این الگو متشکل از زمینه، محتوا، فرایند سیاست‌گذاری (ورود سیاست به دستور کار سیاست‌گذاری، تدوین، اجرا و ارزشیابی) می‌باشد. یافته‌های مطالعه برای هر یک از این اجزا ارائه شده است.

#### **۱-۳-۴ زمینه سیاست**

##### **۱-۱-۳-۴ ساختار نیروی انسانی**

نیروی انسانی یکی از مهم‌ترین چالش‌های اداره بیمارستان‌های کشور، شبکه بهداشتی درمانی و متعاقباً طرح تحول نظام سلامت می‌باشد. بنا بر نظرات صاحب‌نظران اجرای شتابزده طرح تحول سلامت مانع توجه ویژه به نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای آن شد. عدم اعتماد پزشکان و پرستاران به وعده‌های مالی داده شده، حجم بالای کاری در بیمارستان‌های تحت پوشش طرح، افزایش توقعات مردم از کادر درمانی برای ارائه سریع خدمات بیانگر نبود برنامه ریزی صحیح برای نیروی انسانی می‌باشد.

حفظ شأن و جایگاه پزشک و پرستار و کادر درمانی کشور وظیفه مهم وزارت بهداشت می‌باشد. عدم آمادگی برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی استانها و شبکه‌های بهداشت در کشور باعث شده است تا هر استان نگاهی سلیقه‌ای به طرح داشته و چشم‌انداز مناسبی برای آن تصور نشود. اجبار پزشکان شاغل به تعطیلی مطب، تهدید پزشکان به تهیه لیست سیاه، پرداخت مستقیم یارانه درمان و مراجعه بی‌دلیل برخی افراد به مراکز درمانی، ممانعت از صدور پروانه مطب به پزشکان طرحی جدید، عدم رعایت سقف ساعت کاری برای پزشکان و پرستاران و مشخص بودن ضوابط پالایش و ارزیابی کادر درمانی و عدم پرداخت به موقع کارانه پزشکان از جمله ایرادهایی است که اجرای عملی این طرح را با چالش مواجه خواهد ساخت.

## ۱-۲-۳-۴ قوانین و مقررات

بنا بر نظرات بیان شده؛ عدم هم سویی طرح با سیاستهای کلان کشور بیانگر عدم تبعیت کامل آن از قوانین و مقررات موجود می باشد. برخی از موارد در نظر گرفته شده در طرح در راستای سیاست های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری نمی باشد و در مواردی با آن مغایرت دارد. مصاحبه شوندگان اظهار داشتند نظام سلامت کشور زمانی در جهت صحیح خود حرکت خواهد نمود که سیاستهای آن متناسب با سایر سیاستهای ملی بوده و حتی اجرای آنها را تسهیل نمایند.

## ۱-۳-۳-۴ نظام تعرفه ای

تعرفه های نظام درمانی کشور در سی سال گذشته یکی از موضوع هایی بوده است که همواره مورد بحث و مناظره میان نقش آفرینان و ذینفعان مختلف نظام سلامت بوده است. به اذعان برخی از صاحب نظران عدم تغییر تعرفه ها در طول سالهای گذشته علی رغم رشد قابل توجه در قیمت سایر کالاها و مواد، باعث شده است که در اجرای طرح تحول سلامت این موضوع نیز در اولویت قرار گیرد «بیشتر از ۹ سال است که تعرفه ها بدون هیچ تغییری مانده است در حالی که در این سالها از قیمت سبزی گرفته تا دارو افزایش پیدا کرده است. با مطالباتی که پزشکان داشتند و با در میان گذاشتن این موضوع با نظام پزشکی و بیمه ها، نظام سلامت بالاخره به تجمیع تفکر رسیدند و قرار شد مبنای ۸۴ که به واقعیت نزدیک تر است، اساس کار باشد» (م ۲۴).

ابلاغ کتاب جدید ارزش گذاری نسبی خدمات از سوی وزارت بهداشت تحت عنوان گام سوم طرح تحول نظام سلامت حرکتی به سوی استاندارد نمودن تعرفه خدمات درمانی بوده است اما با این وجود انتقادات فراوانی بر آن وارد شده است. بنا بر ادعای صاحب نظران ارائه بسیاری از خدمات مراقبت از سلامت با رشد فناوری پزشکی و ابداع روش های جدید، مستلزم زمان کمتر، ریسک کمتر و مهارت کمتری شده است و منطقاً می باید ارزش نسبی این خدمات نیز کاهش پیدا کند، که چنین نبوده است.

همچنین نظارت بر این بسته اجرائی خود چالشی دیگر است به گونه ای که اعمال نظارت واقعی و موثر از طرف افراد و نهادهایی که خود در ارائه خدمات درمانی ذی نفع نباشند، ضروری می باشد. برخی معتقد بودند نظارتی که از سوی نهادهای ذی نفع - مانند سازمان صنفی نظام پزشکی - و پزشکان فعال در بخش خصوصی صورت می گیرد هرگز به شکل واقعی و مطلق موثر نخواهد بود. وجود تبعیض در اجرای تعرفه های جدید یک چالش بسیار مهم برای ادامه این مسیر می باشد که منجر به بروز نارضایتی در بین تیم ارائه دهنده خدمت و کاهش کیفیت خدمات شده است.

به نظر برخی از صاحب‌نظران کشورمان تغییر و اصلاح تعرفه‌ها یکی از راه‌های مهم برخورد با معضل پدیده زیرمیزی است. هر چند تاکید داشتند که انجام کارهایی بدین بزرگ نیاز به همراهی تمام ذینفعان و کارگزاران مربوط نظیر پرستاران، پیراپزشکان، داروسازان و دندانپزشکان دارد.

جالبتر آن که شورای عالی بیمه تعرفه‌های پزشکی بخش خصوصی را به دولت پیشنهاد می‌دهد، اما آنها را ملاک پرداخته‌ایشان قرار نمی‌دهند و به همین دلیل میتوان گفت که عملاً در این بخش حمایت معناداری از مردم نمی‌گردد.

### ۱-۴-۳-۴ منابع مالی اجرای سیاست

تخصیص منابع مالی مورد نیاز اجرای این طرح به این صورت تامین گردید که از مجموع ۱۸۶۰۰ میلیارد تومان بودجه سلامت، ۶۰۰۰ میلیارد تومان سهم بیمه‌ها، ۲۰۲۷ میلیارد تومان برای پزشک خانواده و ۲۹۷۵ میلیارد تومان از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده مطابق قانون بودجه برای ساکنین روستاها، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خدمات بهداشتی درمانی جامعه با استانداردها کیفیتی بالاتر به همراه خدمات اولیه جدید فراهم شد.

دولت برای تامین مالی طرح متعهد به پرداخت ۱۰۰٪ تعهدات مالی از محل هدفمندی یارانه‌ها به میزان ۷۶۰۰ میلیارد تومان گردید که در سال ۱۳۹۲ از این مبلغ ۲۰۰۰ میلیارد تومان سهم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ۸۰۰ میلیارد تومان سهم سازمان بیمه گردید و ۴۸۰۰ میلیارد تومان مابقی در طول سال ۱۳۹۳ به مرور تخصیص داده شد. بنا بر نظرات ارائه شده دولت مکلف به تامین تخصیص کامل منابع مالی طرح خواهد بود و تضمین خواهد نمود که تخصص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی هیچگاه از ۸۰٪ قید شده کمتر نگردد. در واقع دولت باب جدیدی در دسترسی مردم به خدمات درمانی ایجاد نموده است که استمرار آن نیازمند تامین منابع لازم است زیرا منابع لازم برای اجرای این طرح بسیار بالاست.

برخی از صاحب‌نظران معتقد بودند بزرگترین مشکل اجرای این طرح هماهنگ کردن منابع با هزینه‌هاست:

«منابعی که در بودجه پیش‌بینی می‌شود متناسب با هزینه‌های واقعی حوزه سلامت نیست، با توجه به ضرورت تدوین یک برنامه و حرکت به سمت بودجه کارآمد لازم است قدم‌های منطقی را در آینده برداریم و تا جایی که امکانپذیر است بخش خصوصی را در این عرصه فعال کنیم» (م ۱۲).

یکی از مسائل مهم در بحث تامین مالی نظام‌های سلامت دنیا، موضوع پایدار بودن منابع مالی نظام‌های سلامت می‌باشد. البته هنوز پاسخ قطعی برای این سوال که آیا منابعی که برای بخش سلامت اختصاص یافته‌اند، پایدار خواهند بود یا خیر، وجود ندارد:

«هرچند یک همدلی مناسبی در همه بخش های نظام سلامت در کشور برای اجرای این طرح به وجود آمده است ولی یادمان باشد که مهمترین عامل در اجرای موفق طرح تحول سلامت تامین منابع مالی مورد نیاز، آن هم به شکل پایدار است، لذا نقش بیمه‌ها در اجرای موفق طرح تحول سلامت اهمیت زیادی دارد، در صورتی که بیمه‌ها در این زمینه کمک نکنند، اجرای طرح تحول سلامت با موفقیت همراه نخواهد بود» (م ۲).

برای موفقیت طرح تحول نظام سلامت باید هزینه‌ها کنترل و فرایند توزیع عادلانه خدمات در کشور صورت گیرد تا تحقق پوشش همگانی در آینده ای نزدیک میسر گردد.

پایداری طرح تحول سلامت یکی از مسائل اساسی است که به نظر برخی از صاحب‌نظران این امر به چگونگی هزینه کرد مربوط می شود. بسیاری از مصاحبه شوندگان نیز بر این باور بودند که اگر طرح تحول سلامت طبق نقشه راهنما پیش نرود هزینه‌ها افزایش یافته و غیرقابل تحمل خواهد شد.

#### **۱-۵-۳-۴ ساختار و ظرفیت نظام سلامت**

ماموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تاثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و پیوسته تغییر می کنند. از سوی دیگر بیمارها و عوامل مخاطره آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و بخصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می نمایند. پاسخگویی به این تغییرات و متعاقباً ایجاد پوشش همگانی مهمترین استدلالی است که بر اساس آن نیاز به اجرای طرح تحول سلامت احساس می شده است.

با اجرای طرح تحول سلامت در کشور برای نخستین بار شهرهای زیر ۲۰ هزار دارای پزشک شده اند. توزیع واکسن، مکمل‌ها برای زنان باردار و افزایش داروها به ۴۰۰ قلم از دیگر اقدامات مهم در مراکز بهداشتی مناطق محروم می باشد. هر چند نظام سلامت و متعاقباً وزارت بهداشت مهره های اصلی اجرای طرح تحول می باشند اما بی شک همکاری سایر سازمانها و بخش های جامعه در اجرای موفقیت آمیز آن تاثیری قطعی خواهند داشت.

#### **۱-۶-۳-۴ ساختار و سازماندهی بیمارستانهای هدف**

بنا بر نظرات ارائه شده، زیرساخت های لازم برای ارتقاء خدمات هتلینگ و تشخیصی آماده نشده است. هر چند تامین اعتبار برای بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت صورت گرفته است اما بیمارستانهای دیگر مانند تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خیریه

و بخش خصوصی را شامل نمی شود. همچنین منابع انسانی که اصلی ترین لازمه ارائه خدمات سلامت می باشند بطور عادلانه مورد توجه قرار نگرفته اند که در نتیجه نارضایتی عمومی به دنبال داشته است.

علاوه بر این برخی از صاحب نظران اظهار داشتند بیمارستان ها در خرید دارو و لوازم مصرفی پزشکی که هزینه بسیار سنگینی دارند و در تهیه به موقع آنها با مشکل مواجه می باشند. مهمتر اینکه اغلب بیمارستانهای دولتی کشور دارای تجهیزات قدیمی و فرسوده ای می باشند که پاسخگوی تعداد فزاینده مراجعان نمی باشند.

"بیمارستانهای ما واقعا نیاز به کمک مالی دارند بررسی ها نشون میدن از ۸۰ هزار تخت بیمارستانی کشور، ۶۰ هزار تخت فرسوده است."

### ۱-۷-۳-۴ ساختار و سازماندهی سازمانهای بیمه ای

به دلیل پراکندگی بیمه ها و این که بیمه ها تحت راهبری و سیاستهای متفاوتی می باشند چندگانگی در نظام سلامت کشور ایجاد شده است. هرچند که الزام قانونی نیز برای تجمیع بیمه ها وجود دارد اما سازمانهای بیمه ای با طرح مسایل متفاوت رفتارهای متفاوتی نیز در مقابل قانون دارند. این مبحث یکی از چالشهای عمده ای است که هنوز حل نشده است.

«تجمیع بیمه ها باید در اسرع وقت اجرا شود و رسانه ها نیز نباید بگذارند که این قانون مشمول گذر زمان بشود و مانند گذشته سالها از زمان تصویب آن بگذرد بدون اینکه اجرا شود» (س ۵۶).

بنا بر ادعای صاحب نظران موضوع اصلی در اصلاح نظام سلامت و اجرای سیاستهای کلان این است که همه سازمانهای مرتبط به خصوص وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نقش تولیدی وزارت بهداشت و سیاستهای آن را بپذیرند.

بسیاری از مصاحبه شوندگان اعلام داشتند وزارت بهداشت خواستار تجمیع بیمه ها می باشد و در این صورت حتی منابعی که از محل هدفمندی یارانه ها به وزارت بهداشت داده شده است را نیز به سمت بیمه ها سوق خواهد داد البته به شرط آن که بیمه ها نیز رفتارهایی که ناشی از تمامیت خواهی و تعصب می باشد را نداشته باشند.

در شرایطی که وزارت بهداشت امیدوار است که در این دولت فکری جدی به حال بیمه ها شده و در زمینه تجمیع و واحد شدن ۱۷ سازمان بیمه گر فعلی گامی اساسی برداشته شود، مسئولان سازمان تامین اجتماعی اظهارات متفاوتی بیان کرده اند مبنی بر اینکه با توجه به ابلاغ طرح یکسان سازی رویه بیمه های پایه دیگر ضرورتی برای طرح موضوع تجمیع منابع بیمه ای وجود ندارد. این در حالی است که برخی دیگر از صاحب نظران بر این نظر هستند که عدم تجمیع بیمه ها باعث می گردد که بسیاری از مشکلات مرتبط گذشته همچنان پابرجا بمانند.



یکی دیگر از اجزای الگوی مثلث سیاست گذاری فرایند می باشد. در این بخش یافته ها بر اساس اجزای فرایند سیاست گذاری به عبارت دیگر ورود سیاست به دستور کار سیاست گذاری، تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست می پردازد.

## ۲-۳-۴ ورود سیاست به دستور کار سیاستگذاری

بنا بر نظرات صاحب نظران؛ اغلب کارشناسان حوزه سلامت اصلاح نظام سلامت را ضروری و بعنوان وسیله ای برای دست یافتن به هدف پوشش همگانی می دانستند. مقایسه هزینه ها پرداخت شده توسط مردم برای خرید خدمات سلامت بیانگر آن بوده است که این میزان در کشور ما نسبت به سایر کشورها بالاتر می باشد:

" در بخشهای بسیاری از دنیا ۱۷.۹ درصد هزینههای درمان از جیب مردم پرداخت میشود و این آمار در خاورمیانه و شمال آفریقا 46.6 درصد، میانگین آن در سطح کشورهای منطقه ۳۶ درصد است در حالی برای ایران پرداختی از جیب مردم ۵۶.۱ است."

بنا بر ادعای صاحب نظران؛ در کشور ما از سالهای دور مردم در انتظار عزمی راسخ برای حرکت بسوی اهداف غائی نظام سلامت که همانا برقراری عدالت در تامین بار مالی و بهره مندی از سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی، بهبود کیفیت خدمات، حفظ شان و کرامت بیماران و نهایتاً کاهش سهم مردم و در پرداخت مستقیم هزینه های خدمات بهداشتی درمانی و سلامت است بوده اند و چشم امید به عملکرد سیاست گزاران و مدیران اجرایی دوخته اند.

هر چند پس از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت های متعددی در کشور و بویژه حوزه سلامت ایجاد شده و تمامی وزرای بهداشت و درمان به نوبه خود تمامی سعی خویش را در توسعه و بسط عدالت در این حوزه بکار بستند اما هزینه های درمان تا پیش از طرح تحول نظام سلامت، بخش زیادی از سبد هزینه های خانوار را به خود اختصاص داده بود. برخی از صاحب نظران معتقد بودند با اجرای طرح کاهش هزینه ها در بخش درمان، باری از دوش بیماران برداشت. البته این طرح گام های ابتدایی خود را طی می کند و ممکن است نواقصی طی این مسیر وجود داشته باشد لذا ضروری است با تلاشی خردمندانه و عالمانه و مبتنی بر شواهد و مستندات علمی و قانونی ضمن برشمردن معایب و مزایای این طرح با ارائه راهکارهایی علمی و عملیاتی راه را برای توسعه عدالت محورانه آن فراهم آورد.

### ۳-۳-۴ طراحی و تدوین سیاست

هر چند تدوین طرح تحول با دقت و نکته سنجی انجام شده است و در طراحی قسمت‌های مختلف آن از صاحب‌نظران مختلف در نظام سلامت نظرات تخصصی اخذ شده است اما بنا بر نظرات صاحب‌نظران در تدوین طرح چالش‌هایی وجود دارد که می‌توان آنها را بدین گونه برشمرد:

**بی توجهی به خدمات بهداشتی و پیشگیری:** محور اصلی طرح تحول، درمان است در حالی که، پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت‌های پیشگیرانه می‌باشد و بدون بسط و گسترش نظام-های مراقبت سلامت، مواجهه با چالش‌های نظام سلامت بسیار دشوار است؛ از این رو، مشاهده می‌شود که در اکثر کشورهای توسعه یافته، پیشگیری بر درمان اولویت می‌یابد.

**ارتقای نظام سلامت مبتنی بر تخصیص مستقیم منابع مالی:** اکثر نظام‌های توسعه یافته ی نظام سلامت، از ساز و کارهای تأمین مالی برای مدیریت و سوق نظام به اهداف تعیین شده و رفع چالش‌های پیش رو سود می‌برند و تولید نظام سلامت، نقش سیاست‌گذاری و نظارت را بر عهده می‌گیرند. این در حالی است که در طرح تحول سلامت، نقش بیمه به عنوان یک ساز و کار برای مدیریت منابع سلامت، کم رنگ شده و اکثر منابع مالی بصورت مستقیم تخصیص یافته است که این امر، زمینه ی بروز فساد را فراهم می‌آورد. (بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بر تفکیک وظایف تولید و تأمین مالی و تدارک خدمات، تأکید داشته و مدیریت منابع سلامت را بر عهده ی بیمه قرار می‌دهد). همچنین طرح تحول قوانین مبنایی حوزه ی سلامت، مانند قانون برنامه ی پنجم توسعه، در مواردی شامل مراقبت‌های اولیه ی سلامت، خرید راهبردی خدمات، جواز خدمت پزشکان در بخش دولتی یا خصوصی و ... که مبنای هر تغییری در نظام سلامت می‌باشد را به حاشیه رانده است.

**به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی:** مأموریت اصلی وزارت بهداشت، ایجاد بستر برای تأمین سلامت کلیه ی افراد کشور است که این مهم، از طریق سیاست‌گذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش‌های مختلف امکان پذیر است اما عملاً، مشاهده می‌شود که وزارت بهداشت، خود به بزرگترین ارائه-کننده ی خدمات درمانی تبدیل شده که این امر انجام مؤثر وظایف حاکمیتی را با مشکل مواجه می‌کند و این موضوع، در اجرای طرح تحول نیز آشکار است؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت، مسؤول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد.

### ۴-۳-۴ اجرای سیاست

اجرای نادرست طرح تحول سلامت در برخی از فازها منجر به سرازیر شدن اعتبارات به بیمارستانهای مجهز و دارای نیرو و تخت بیشتر شده در حالی که طبق قانون اعتبارات باید در جاهایی هزینه می شد که سطح برخورداری آنها کمتر بود. پایداری منابع لازم برای ادامه طرح تحول نظام سلامت یکی از لازمه های استمرار و بهبود اجرای این طرح است چراکه در صورت تحقق و استفاده آن میتوان رضایتمندی مردم از اجرای طرح تحول نظام سلامت را ارتقا بخشید. برخی اظهار داشتند نگرانیهایی از جهت تامین مالی طرح و همچنین اصلاح کتاب ارزش نسبی وجود دارد که باید به آنها پرداخته شود. بنا بر ادعای برخی از صاحب نظران بزرگترین مشکل اجرای طرح هماهنگ کردن منابع با هزینه ها می باشد.

بنا بر نظرات برخی از صاحب نظران قرار گرفتن طرح تحول نظام سلامت بعنوان یکی از دستاورد های بزرگ دولت یازدهم، تداوم طرح را در میان مدت تضمین می نماید اما تزریق منابع مالی با روند کنونی، موجب افزایش هزینه های سلامت خواهد شد. بعلاوه افزایش منابع مالی مورد نیاز با تداوم سیاست یکسان سازی تعرفه ها، تأمین منابع مالی برای سایر بخش های اقتصادی کشور را تحت تأثیر قرار می دهد. با این وجود، افزایش شکاف درآمدی بین بخش های مختلف نظام سلامت، بر کیفیت خدمات درمانی ارائه شده، تأثیر سوء می گذارد. همچنین اختلاف درآمدی بخش سلامت با سایر بخش های کشور می تواند مقدمه ی بروز آثار مخرب در نظام اقتصادی کشور در سال های آتی باشد.

از سوی دیگر تداوم روند کنونی طرح تحول، بستری برای گسترش توقع و انتظار جامعه ی پزشکی (افزایش درآمد) و مردم (خدمت ارزان) می باشد. با فرض محدود بودن منابع کشور، افزایش مستمر هزینه های سلامت می تواند مانع اصلی تداوم طرح باشد. در هنگام وقوع توقف طرح، انتظار ایجاد شده در جامعه ی پزشکی و مردم و ناتوانی مدیران اجرایی در پاسخگویی به انتظارات ایجاد شده، میتواند زمینه بروز نارضایتی های گسترده را فراهم آورد که در آن زمان، حل واقعی مشکلات این بخش بسیار پیچیده و دشوار خواهد بود.

### ۴-۳-۵ ارزشیابی سیاست

حلقه گمشده طرح تحول ارزیابی و پایش آن می باشد. هر چند از همان ماههای ابتدایی شروع طرح اقدام به نظرسنجی های عمومی در میان خدمت گیرندگان در بیمارستانها و استانهای مختلف کشور شد اما شواهد موجود بیانگر آن است که فرایند مشخصی برای ارزیابی نحوه اجرای مراحل مختلف برنامه و میزان حصول آن به اهداف تعیین شده اعلام نشده است. بنا بر ادعای

مصاحبه شوندگان تا زمانیکه فرایندی منظم و قاعده مند و اجباری برای پایش اجرای طرح در ابعاد مختلف تعیین نگردد نمی توان در موفقیت آمیز بودن اجرای آن با اطمینان قضاوت نمود.

یکی از مواردی که برخی از صاحب نظران به جد بر ارزیابی آن تاکید داشتند ارزیابی نحوه تخصیص بودجه و پرداختی ها توسط سازمانهای بیمه و وزارت بهداشت می باشد. همچنین تاخیر در پرداختی های بیمه به بیمارستان ها و بخش خصوصی مورد اختلاف بوده و برخی از سازمانها از جمله کمیسیون بهداشت مجلس مصمم است تا با نظارت بر تخصیص بودجه، در مسیر اجرای طرح تحول سلامت انحرافی پیش نیاید.

## ۶-۳-۴ نقش آفرینان و ذینفعان سیاست

### ۱-۶-۳-۴ نقش ذینفعان

مشارکت و نقش افراد، گروه ها و سازمان های مختلف به عنوان ذینفعان برنامه طرح تحول سلامت برپا پیشبرد بهتر این طرح از سوی بسیاری از صاحب نظران مورد تاکید قرار گرفته است. به اذعان بسیاری با توجه به انتظاراتی که مردم از نظام سلامت دارند "مردم سه انتظار بیشتر از نظام سلامت ندارند؛ نخست آن که در مراجعاتشان حدود اخلاق و کرامت انسانی رعایت شود. دوم، خدمات مورد نیازشان با کیفیت مناسب در دسترسشان باشد و سوم اینکه سهم پرداختی شان از هزینه های سلامت، اعداد و ارقام متعارف و معقولی باشد"، مشخص است که تحقق آنها منحصرا به عملکرد وزارت بهداشت محدود نمی شود، بلکه هر یک از اجزای نظام سلامت هم باید به تکالیف خودشان به درستی عمل کنند تا مردم به خواسته های قانونی شان دست یابند. ارکان مختلف نظام سلامت باید با یکدیگر همراهی کنند تا نظام سلامت بتواند به اهداف خود دست یابد.

نظام سلامت ارکان مختلفی دارد؛ وزارت بهداشت به عنوان سیاست گذار باید سیاست های درست را در نظام سلامت پایه ریزی کند و در کنار آن سازمان نظام پزشکی به عنوان نماینده جامعه پزشکی و نماینده ارائه دهندگان خدمات، وظایف خاص خودش را بر عهده دارد و در کنار آن، وزارت رفاه و بیمه ها هم به عنوان تامین کننده منابع مالی، تکالیف خاص خود را در نظام سلامت عهده دار هستند.

اجرای طرح با مشارکت گروه های مختلف ذینفعان تا حدودی مورد توجه بوده است. هر چند بنا بر ادعای بسیاری از صاحب نظران میزان مشارکت گروهها و اصناف مختلف در تدوین برنامه تحول سلامت محدود بوده است اما برخی نیز از تعامل وزارت بهداشت با برخی از ارگانها و نهادها از جمله کمیسیون بهداشت و درمان مجلس قردانی نموده و آن را حرکت مثبتی برای بهبود روند اجرا و ادامه طرح دانستند. با وجود این یکی از انتقادات وارد بر طرح فقدان مشارکت جدی بخش خصوصی در تدوین و اجرای طرح بوده

است که برخی آن را بعنوان بزرگترین نقطه ضعف و عیب طرح تلقی نمودند. زیرا ادامه اجرای موفقیت آمیز طرح در گرو تعامل و همکاری سازنده بخش خصوصی بویژه در خدمات درمانی تخصصی خواهد بود که این امر نیازمند جلب مشارکت فعالانه ارائه کنندگان خدمات در این بخش می باشد.

«امکان حضور بخش غیر دولتی در همه عرصه‌های مدیریتی کشور امری ضروری و لازم است این مهم را در حوزه سلامت فراهم کنیم؛ به هر میزان که در این مسیر حرکت کنیم دستاوردهای بهتری را به دست خواهیم آورد» (م ۱۳).

برخی معتقد بودند دولت در اجرای هیچ طرحی بدون مشارکت مردم موفق نخواهد شد و با اشاره به مشارکت گسترده مردم در ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها بیان داشتند همه و از جمله پزشکان و سایر کادر بهداشتی و درمانی باید در راستای اجرای طرح تحول سلامت دولت را یاری کنند:

«اجرای هر طرح در حوزه سلامت مستلزم همکاری و همراهی پزشکان و جامعه درمانی کشور است که به نظر می‌رسد متأسفانه در برخی زیرمجموعه‌های وزارت بهداشت آمادگی لازم برای این طرح وجود ندارد» (م ۵).

مجلس شورای اسلامی یکی دیگر از ذینفعان مهم در اجرای طرح تحول سلامت می باشد. تحلیل مستندات و نظرات صاحب‌نظران بیانگر آن بود که کمیسیون اجتماعی این سازمان چندان موافق اجرای این طرح نبوده و در زمان‌های مختلف نیز آهنگ مخالف از سوی برخی صاحب‌نظران این کمیسیون نواخته می شده است. یکی از دلایل مخالفت این گروه از صاحب‌نظران آن بود که هر چند اجرای این طرح در کوتاه‌مدت می‌تواند موجب رضایت بیماران شود، ولی در دراز مدت علاوه بر اینکه نارضایتی جامعه پرستاری و پیراپزشکی را به دنبال دارد موجب نارضایتی بیماران نیز خواهد شد. همچنین برخی بر این باور بودند که در طرح تحول نظام سلامت اینکه چه برنامه‌ریزی‌هایی صورت گرفته، چه تسهیلاتی در نظر گرفته شده و چه خدماتی باید ارائه شود روشن و گویا نیست. یکی دیگر از دلایل مخالفت برخی از اعضای کمیسیون مجلس این بود که اگر منابع پایدار برای طرح تحول سلامت مشخص نگردد منجر به افزایش تورم خواهد شد.

## **۲-۶-۳-۴ تفکر سیاستگذاران و تحلیلگران سیاسی**

بنا بر نظرات صاحب‌نظران هر چند طرح تحول سلامت گامی بزرگ برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت در سطح کشور بوده است اما بی شک وجود رویکرد های متفاوت در میان سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان نظام سلامت باعث شده است انتقادات متعددی نسبت به آن بیان گردد. خلاصه ای از انتقادات بیان شده که تا حدودی متاثر از تنوع در دیدگاهها و جهت گیری سیاستگذاران نسبت به طرح بوده است عبارتند از:

- ۱- طرح در راستای سیاست های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری نمی باشد و در مواردی مغایرت دارد.
- ۲- نیروی انسانی لازم از نظر کمی و کیفی در بخش های پرستاری، آزمایشگاهی و خدمات پاراکلینیکی برای اجرای طرح پیش بینی نشده است.
- ۳- به اهمیت پیشگیری و بهداشت توجه نشده است و منابع مالی صرفا در بخش درمان هزینه می گردد.
- ۴- زیر ساخت لازم برای ارتقا خدمات هتلینگ و تشخیصی آماده نشده است و با تعجیل این طرح برای اجرا ابلاغ گردیده است.
- ۵- تامین اعتبار برای بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت صورت گرفته و بیمارستان های دیگر مانند تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خیریه و بخش خصوصی را شامل نمی شود.
- ۶- منابع انسانی که اصلی ترین شاخصه ارائه خدمات سلامت هستند فقط گروه پزشکان و به تازگی اندکی پرستاران مد نظر هستند و بقیه کارکنان مراکز درمانی دیده نشده اند و نارضایتی عمومی بدنبال داشته است.
- ۷- با توجه به اینکه در اهداف طرح مناطق محروم مد نظر بوده است و معیارهایی هم گذاشته شده است ولی عملا تفاوتی بین شهرهای برخوردار و محروم وجود ندارد.
- ۸- همخوانی نداشتن این طرح با هدف اصلاح نظام سلامت نیز یکی دیگر از معایب طرح می باشد. آنطور که از نام این طرح بر می آید ایجاد تحول در نظام سلامت از اهداف آن می باشد. اما کارشناسان بر این باورند که تحول در نظام سلامت اساسا روند دیگری را باید طی کند.  
بنا بر نظرات صاحب نظران؛ طرح تحول سلامت در صورتی موفق می شود که در این طرح نگاه به نظام بهداشت و درمان تغییر کند و به بحث سلامت نگاهی جامع و مدیریتی داشته باشد تا بدین گونه بتواند منافع نظام سلامت، مردم و همچنین ارایه دهندگان خدمات را در بر بگیرد. طرح به عنوان طرحی امیدآفرین، زمانی به طور کامل نتیجه بخش و موفق می شود که جامعیت خود را حفظ و در میدان عمل نیز آن را پیاده کند تا دلسردی بر جامعه خدمتگزار در این طرح سایه نیندازد و مردم به شکلی عادلانه از آن برخوردار شوند.
- تأمین سلامت آحاد جامعه بر اساس قانون، بر عهده ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این مهم با سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی و نظارت، امکان پذیراست؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت مکلف است با راهبری و هماهنگی سازمان ها و دستگاه های مختلف، سلامت جامعه را تأمین کند ولی در نظام سلامت فعلی، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان بزرگترین ارائه کننده ی خدمت یاد می شود، نقش تصدی گری و ذی نفع بودن، می تواند بر وظایف اصلی این وزارت خانه که شامل سیاستگذاری، هماهنگی، ارزیابی و نظارت است، تأثیر سوء داشته باشد؛ از این رو، مشاهده می شود، بسیاری از قوانین و

برنامه ها که با همکاری این وزارت خانه تهیه و به تصویب می رسد، در عمل اجرا نشده و یا بطور ناقص اجرا می شود در این راستا، ارتقاء کیفیت و عدالت در ارائه ی خدمات که با مدیریت و اجرای قوانین مصوب امکانپذیر است، با تزریق مالی گسترده و احاطه بر بیمه ها، برای پوشش ناکارایی ارائه دهندگان بخش دولتی، صورت می گیرد.

یکی دیگر از نکات مهم مورد توجه آن بود که با توجه به اینکه بیمه همگانی، یک هدف مترقی در حوزه سلامت است، نگاه نظارتی سازمان های بیمه گر در کنار سازمان نظام پزشکی می تواند از هزینه های غیر ضروری حوزه سلامت بکاهد. بسیاری از صاحب نظران، حوزه سلامت را همچون زنجیری ترسیم می کنند که هر یک از حلقه های آن اگر از دست رود و با مشکل روبرو شود، دستیابی به اهداف این حوزه غیر ممکن می شود. بر همین اساس موضوع بدهی میان دولت و سازمان بیمه گر که می توان آن را بیمه سلامت ایرانیان نام برد، اگر چه شاید بنابر گفته برخی از متفکران سیاستی از بعد قانونی قابل اغماض باشد، اما می تواند نقش همان پاشنه آشیل معروف را در طرح تحول نظام سلامت ایفا کند. امیدواریم وزارت بهداشت و دولت متوجه تاثیر این مشکلات باشد و به آینده کار توجه لازم داشته باشد.

### ۳-۶-۳-۴ همکاری و همراهی سازمانهای بیمه

در طی یکسال پس از اجرای طرح تحول سلامت در مقطعی اندک اختلافاتی میان وزارت بهداشت و بیمه سلامت ایرانیان وجود داشت و پینگ پونگوار و به عبارتی یکی در میان قرعه قصور و تقصیر مشکلات مالی در حوزه سلامت به گردن یکی از این دو نهاد انداخته می شد. به اذعان برخی از صاحب نظران، شاید اولین جرقه این اختلاف بر سر همان یک درصد مالیات بر ارزش افزوده و ۱۰ درصد منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها باشد که قرار بود بیمه سلامت ایرانیان در آن سهیم باشد که چنین برنامه ای محقق نشد. بعد هم که بحث مطالبات بیمارستان ها از صندوق های بیمه گر به میان آمد. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص چنین گفته است: «یکی از مشکلات اساسی حوزه سلامت و اجرای طرح تحول نظام سلامت بحث بر سر مطالبات بیمارستان ها از صندوق های بیمه گر است، چنانچه بنابر اطلاعاتی که از مطالبات ۲۶ بیمارستان در اختیار سازمان نظام پزشکی قرار گرفته است، رقمی بالغ بر ۱۶۰ میلیارد تومان از مطالبات این بیمارستان ها از سوی صندوق های بیمه پرداخت نشده است که طبیعتاً اگر این مسئله به طور جد پیگیری شود و پرداخت ها به موقع انجام گیرد، طبیعتاً شرایط بهتر خواهد شد» (م ۲).

هر چند اجرای موفقیت آمیز طرح نیازمند همکاری سازمانها و نهادهای مختلف می باشد اما برخی از سازمانها همکاری مناسبی نداشته اند به تعبیر مصاحبه شوندگان از جمله موضوعاتی که ممکن است این طرح را با مشکل مواجه نماید سازمانهای بیمه می باشند. به باور برخی اگر بیمه ها تعهداتی را بپذیرند و در نتیجه با مشکل مالی مواجه شوند و نتوانند طلب داروخانه ها، بیمارستان ها،

پرستاران و پزشکان را بپردازند وضعیت دشواری بوجود خواهد آمد. بنابراین همکاری نکردن بیمه‌ها به عنوان یکی از اصلی‌ترین چالش‌های پیش‌روی طرح تحول در نظام سلامت خواهد بود. در واقع از همان زمان شروع اجرای طرح بر لزوم همراهی بیمه‌ها تأکید شد و برخی از تصمیم‌گیرندگان در وزارت بهداشت بر این نکته تأکید نمودند که باید سیاستی واحد بر بیمه‌ها حاکم شود و وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت در چگونگی مصرف منابع بیمه‌ها نظارت داشته باشد. از سوی دیگر برخی نیز اظهار داشتند در طرح تحول نظام سلامت باید نظرات کارشناسان، متخصصان و نکات مدنظر بیمه‌ها مورد توجه قرار گیرد تا با رفع معایب، اجرای طرح با روند بهتری ادامه یابد.

«طرح تحول نظام سلامت که ۱۵ اردیبهشت ۹۳ با تمرکز بر ساماندهی خدمات سلامت و بویژه کاهش سهم مردم در پرداخت هزینه‌های سلامتی‌شان آغاز شد، از همان ابتدا بر لزوم همراهی بیمه‌ها تأکید داشت و اخیراً نیز وزیر بهداشت به عنوان سرتیم جراحی بزرگ نظام سلامت مجدداً اعلام کرده که باید یک سیاست واحد بر بیمه‌ها حاکم شود و وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت در چگونگی هزینه‌کرد منابع بیمه‌ها مداخلت داشته باشد» (م ۱).

بنا بر ادعای برخی از مصاحبه‌شوندگان؛ آسیب‌شناسی این موضوع می‌تواند به عدم همراهی ارکان تأثیرگذار نظام سلامت یعنی بیمه‌ها با طرح تحول بازگردد و علیرغم اینکه در ابتدای طرح اعلام شد قدر مطلق پرداخت مردم تغییر نخواهد کرد اما عملاً بیمه‌های پایه سهمشان را از هزینه‌های بخش خصوصی مطابق تعرفه‌های خصوصی کشور پرداخت نمودند و همواره مبنای پرداخته‌ایشان را تعرفه دولتی قرار دادند. همین موضوع باعث پرداخت تفاوت تعرفه‌های دولتی تا خصوصی توسط مردم در مراجعاتشان به بخش خصوصی شد که در نهایت نیز سهم پرداختی مردم از هزینه‌های سلامت افزایش یافت.

"این مهم نیست که بیمه کجاست و مسئولیتش با کدام دستگاه است. آنچه مهم است این است که مردم وقتی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند از نظر هزینه‌ها آسیب نبینند" (س ۲۰۰).

بنا بر ادعای برخی از صاحب‌نظران برای اطمینان یافتن از حمایت مالی بیمه‌ها از طرح تحول جمع‌بندی بیمه‌های درمانی امری ضروری می‌باشد:

"ضعف بیمه‌ها تهدیدی برای طرح تحول سلامت است و اگر حمایت‌ها کم یا متوقف شود و تکلیف قانونی جمع‌بندی صندوق‌های بیمه اجرا نشود، این طرح آسیب جدی خواهد دید" (م ۷).

وجود سازمانهای متعدد بیمه مشتمل بر ۱۷ سازمان بیمه‌گر و عدم تبعیت آنان از تعرفه‌های تعیین شده توسط وزارت بهداشت اجرای طرح تحول سلامت را با اختلال مواجه کرده‌اند. برخی معتقد بودند جزیره‌ای عمل کردن بیمه‌های درمانی در سال گذشته، اثرات خود را بطور واضح در طرح تحول سلامت نشان داده است. در شرایطی که اگر یک بیمه واحد و متمرکز درمانی وجود داشته



باشد نظام سلامت فقط با یک سازمان بیمه‌گر مواجه خواهد بود و در نتیجه احتمال تحقق اهداف طرح تحول که همان پوشش همگانی سلامت می باشد نیز تقویت خواهد شد.

نکته مهم دیگر این است که با تجمیع بیمه‌ها، ریسک بیمه‌های درمانی هم کمتر می‌شود و ریسک بیمه‌های درمانی به حداقل ممکن می‌رسد. همچنین در صورت تجمیع بیمه‌ها مردم می‌توانند بدون دغدغه و فقط با استفاده از یک دفترچه بیمه، به هر مرکز درمان دولتی که در محل زندگی‌شان وجود دارد مراجعه کنند، بدون ترس از این‌که این مرکز درمانی به کدام سازمان بیمه‌گر وابسته می باشد. همین اتفاق به نوبه خود می‌تواند بحث عدالت در سلامت را به نقطه بسیار مطلوبی برساند و طرح تحول سلامت را به موفق‌ترین طرح عدالت محور در دولت تبدیل نماید.

یکی دیگر از سازمان های بیمه ای مهم در جریان اجرای طرح تحول سلامت فعالیت سازمان تامین اجتماعی بود. در این میان با اجرای طرح تحول نظام سلامت و کم‌رنگ شدن نقش این سازمان در حوزه بهداشت و درمان اختلافاتی به میان آمد که یکی از اساسی‌ترین آن تجمیع بیمه‌ها بود.

البته در نقطه مقابل برخی از مصاحبه شوندگان ضمن قدردانی از همکاری بیمه‌ها در تامین منابع و نیز تصویب تعرفه‌های جدید برای ارائه خدمات مناسب بیان داشتند با همکاری بیمه‌ها، شورای عالی بیمه و تصویب نهایی در دولت شاهد وضع تعرفه‌های نسبتاً مناسبی نسبت به گذشته برای بخش دولتی هستیم که البته همچنان با ایده‌آل فاصله دارد.

در مقابل تمامی اظهارات بیان شده توسط افراد و گروه های مختلف برخی از صاحب‌نظران نیز بر این نظر هستند که بیمه در کشور ما همانند سایر کشورها نیست و قدرت خرید راهبردی ندارد و در نتیجه قدرت عرض‌انداز پیدا نمی‌کنند، و این موضوع باعث می‌گردد کیفیت ارائه خدمات کاهش پیدا می‌کند و نقش‌آفرینی ضعیفی از این بیمه‌ها را شاهد خواهیم بود. لذا به باور این گروه تا زمانی که نظام سلامت ایران نتواند خرید راهبردی خدمات سلامت را توسط سازمان های بیمه نهادینه کند، انتظار کارایی و کیفیت بالای عملکرد توسط سازمانهای بیمه بی نتیجه خواهد بود.

#### **۴-۶-۳-۴ نقش وزارت بهداشت و دولت**

نظام سلامت دارای ارکان مختلفی می باشد که وزارت بهداشت بعنوان رکن اصلی آن باید سیاستهای صحیح و مناسب را در نظام سلامت پایه ریزی نماید و در کنار آن سازمان نظام پزشکی به عنوان نماینده جامعه پزشکی و نماینده ارائه دهندگان خدمات و وزارت رفاه و بیمه ها هم به عنوان تامین کننده منابع مالی، تکالیف خاص خود را در نظام سلامت انجام دهند.

تأمین سلامت آحاد جامعه بر اساس قانون، بر عهده ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد که این مهم، با سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی و نظارت امکان پذیراست؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت مکلف است با راهبری و هماهنگی سازمان ها و دستگاه های مختلف، سلامت جامعه را تأمین نماید. در نظام سلامت حاضر، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان بزرگترین ارائه کننده ی خدمت یاد می شود. بنا بر نظرات بیان شده نقش تصدی گری و ذی نفع بودن، می تواند بر وظایف اصلی این وزارت خانه که شامل سیاستگذاری، هماهنگی، ارزیابی و نظارت است تأثیر سوء داشته باشد؛ از این رو، مشاهده می شود بسیاری از قوانین و برنامه ها که با همکاری این وزارت خانه تهیه و به تصویب می رسد، در عمل اجرا نشده و یا بطور ناقص اجرا می شوند در این راستا، ارتقاء کیفیت و عدالت در ارائه ی خدمات که با مدیریت و اجرای قوانین مصوب امکانپذیراست، با تزریق مالی گسترده و احاطه بر بیمه ها، برای پوشش ناکارایی ارائه دهندگان بخش دولتی، صورت می گیرد.

## ۷-۳-۴ پیامدهای سیاستی

### ۱-۷-۳-۴ ارائه دهندگان خدمات

ارائه دهندگان خدمت بعنوان یکی از پایه های اصلی نظام سلامت دارای اهمیت ویژه ای می باشند. اجرای طرح تحول بدون همکاری و همراهی ارائه دهندگان مختلف میسر نخواهد بود. به عبارت دیگر فشار عمده ناشی از افزایش خدمات در قالب طرح تحول به آنها تحمیل می شود. در کنار مشکلات و چالشهای مربوط به نظام ارائه خدمت، یک چالش قدیمی دیگر نیز مطرح می باشد و آن میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات است. هر طرحی زمانی به فرجام خواهد رسید که ارائه دهندگان خدمات آن بویژه در سطوح نخست، نسبت به آن رضایت و اعتماد داشته باشند. بنا بر ادعای مصاحبه شوندگان هم اکنون احساس ناخوشایندی در میان کادر درمانی کشور اعم از پرستاران و برخی گروههای پزشکی و مامائی ایجاد شده است و آنان احساس می کنند نگاهی تبعیض آمیز نسبت به فعالیتشان در نظام سلامت کشور وجود دارد. بنا بر نظرات صاحبان نظران هر چند ارائه کنندگان خدمت از جمله اجزای مهم و کلیدی نظام سلامت می باشند اما در این طرح بطور مناسب مورد توجه قرار نگرفته اند و برنامه ای مدون نیز برای انگیزش آنان در بلندمدت در نظر گرفته نشده است. افزایش حجم کاری نیروی شاغل در بیمارستانها و بویژه پزشکان و پرستاران سبب تحمیل بار کاری اضافه به آنان و در نتیجه کاهش کیفیت کار در بلند مدت خواهد شد. برخی از صاحبان نظران در این باره گفته اند:

" شاید پیش از این برخی از بیماران به دلیل هزینه های درمان از مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی خودداری می کردند و اکنون به دنبال کاهش هزینه های بستری این بیماران برای درمان خود اقدام کردند" (س ۲۸۸).

" فشارکاری کارکنان نظام سلامت پس از اجرای طرح تحول افزایش یافته است. البته این فشار مضاعف با پرداخت پول جبران نمی‌شود. هرچند که اکنون هم در پرداختی‌های پرسنل بیمارستان‌ها تغییرشگرفی ایجاد نشده است، زیرساخت‌های فعلی ناوگان ارائه خدمات در بیمارستان‌های دولتی باید تغییر کند" (م ۲۰).

## **۸-۳-۴ محتوای سیاست**

### **۸-۳-۴-۱ ماهیت سیاست**

#### **- بسته خدمت (ارائه همه خدمات مورد نیاز)**

شاید بزرگ‌ترین نقطه قوت طرح تحول جهت‌گیری مردمی آن است. طرح تحول سلامت قبل از اینکه بخواهد هر گروهی از ارایه‌کنندگان خدمت اعم از پزشکان، پرستاران، کارکنان بیمارستان‌ها، کارکنان شبکه‌های بهداشتی درمانی و... را مورد هدف قرار دهد، مردم را مورد هدف قرار داده است با توجه به اینکه هدف از اجرای طرح تحول سلامت ایجاد عدالت، دسترسی مناسب و پوشش همگانی خدمات درمانی در چارچوب برنامه و منابع بوده است به نظر می‌رسد محتوای برنامه به صورتی می‌باشد که بیشترین تنوع در ارائه خدمات سلامت با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک جمعیت ایران در آن لحاظ شده است. علاوه بر این ارتقای کیفیت خدمات درمانی ناشی از ارتقای کیفیت خدمات ویزیت (استفاده از پزشکان متخصص و فوق تخصص) و هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی بوده که پشتوانه ی ارتقاء کیفیت خدمات نیز تزریق منابع مالی برای ایجاد انگیزه در پزشکان برای حضور در بخش دولتی و ارتقاء تجهیزات بیمارستان‌ها می‌باشد.

#### **- بعد مالی (جلوگیری از مصائب مالی برای مردم)**

نظر به اینکه اهداف اصلی برنامه نظام تحول سلامت حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، ساماندهی خدمات بیمارستانی و ارتقای کیفیت آن و دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی است. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقشار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی تامین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت از ۱۵ اردیبهشت در کشور اجرا شد. تحلیل مستندات نشان داد که این مهم تا حد زیادی محقق شده است و افراد بستری واحد بیمه پایه سلامت فقط ده درصد از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب پرداخت می‌کنند. از سوی دیگر روستاییان، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند، ۵ درصد از هزینه خدمات را پرداخت می‌کنند. و این امر تاثیر قابل توجهی بر کاهش هزینه‌های دریافت کنندگان خدمات داشته است.

بنا بر اظهارات بیان شده؛ مهم‌ترین هدف این طرح حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت بوده است که شواهد موجود بیانگر آن است که خوشبختانه این هدف تا حد زیادی حاصل شده است؛ به‌گونه‌ای که پرداختی‌های مردم در بیمارستان‌ها از ۳۷ درصد به ۴/۵ درصد رسیده و همچنین تعداد افرادی که بر اثر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر می‌رفتند کاهش چشمگیری داشته است. برخی از صاحب‌نظران دید خوش بینانه‌ای نسبت به تداوم برنامه در سالهای آتی و در نتیجه تحمیل هزینه‌های مالی کمتر به بیماران و خانواده‌هایشان داشتند:

«این طرح کلان که از حمایت مسئولان عالی‌رتبه نظام هم برخوردار است، در صورت تداوم در سال ۹۴ و سال‌های آینده می‌تواند دردهای چندین ساله نظام سلامت را التیام بخشد و هزینه‌های نظام درمان را برای مردم کاهش دهد» (س ۴۴۵).

کاهش میزان پرداخت بیماران در بیمارستانهای دولتی، ناشی از تخصیص منابع مالی گسترده (ناشی از هدفمندی یارانه‌ها، ۱٪ ارزش افزوده، طرح پزشک خانواده و بیمه‌ها) بوده است به عبارتی دیگر، کاهش هزینه‌های درمانی مردم (فقط در بخش دولتی)، با افزایش هزینه‌های دولت همراه می‌باشد. بطوریکه با اجرای فاز سوم طرح تحول، تعرفه‌ها رشد ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی را تجربه نمودند که باعث افزایش مجدد منابع تخصیصی دولت شد. برخی بیان داشتند بعلت رویارویی تمامی مردم با موضوعات مربوط به سلامت، بهداشت و درمان؛ کاهش هزینه‌های این بخش به ارتقای سطح رفاه مردم در بلندمدت کمک خواهد نمود به عبارت دیگر آنان اقدام دولت در اجرای طرح تحول نظام سلامت را مثبت دانستند.

در نقطه مقابل برخی از صاحب‌نظران معتقد بودند هر چند یکی از اهداف ارائه خدمات بهداشتی درمانی، توزیع عدالت می‌باشد که در قالب توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی به سمت آن حرکت می‌شود اما روند موجود تعادل را به هم خواهد زد و بی‌عدالتی را بیشتر خواهد نمود. به اعتقاد آنان نحوه توزیع منابع در طرح به صورتی است که نه تنها به عدالت در ارائه خدمت نزدیک نیست بلکه الزامات پرداخت عادلانه به ارائه دهندگان خدمت نیز در آن دیده نشده است. همچنین از آنجائی که در این طرح به سطح‌بندی و اولویت قرار دادن مناطق محروم و حاشیه‌نشین‌ها توجه چندانی نشده است می‌توان ادعا نمود طرح تحول در سلامت در این بعد نیز نتوانسته است نظام سلامت را به عدالت نزدیک کند.

برخی از صاحب‌نظران با تاکید بر اینکه همچنان خط قرمز وزارت بهداشت عدم افزایش پرداخت از جیب مردم در تامین هزینه‌های درمانی می‌باشد اظهار نمودند که هرگز با وجود تمامی فشارها و کمبودها، وزارت بهداشت برای جبران هزینه‌ها به سراغ مردم نخواهد رفت و براساس برنامه ریزی‌های صورت گرفته تلاش خواهد شد شرایط هرگز به قبل از زمان اجرای برنامه تحول نظام سلامت که عمده پرداختی از جیب مردم بود، بازنگردد.

## – بعد جمعیتی (افراد تحت پوشش)

به علت انگیزه ی پایین کادر درمانی برای خدمت در مناطق محروم، همواره این مناطق از کمبود نیروی انسانی، بالاخص پزشکان متخصص رنج می برد؛ از این رو، یکی از مهم ترین اهداف نظام های سلامت، تأمین کادر درمانی در این مناطق بوده است که در بسته ی دوم طرح تحول، سعی شد انگیزه لازم برای تأمین پزشکان متخصص این مناطق با تزریق منابع مالی ایجاد شود.

## ۲-۸-۳-۴ اهداف و خصوصیات سیاست

همگانی نمودن بیمه های درمانی، عدالت در ارائه خدمات سلامت و کاهش هزینه های درمانی از منویات رهبر معظم انقلاب در حوزه سلامت می باشد که طرح تحول نیز با هدف جامه عمل پوشاندن به آنها به اجرا درآمد. در واقع پس از ابلاغ سیاست های کلی نظام سلامت توسط رهبر معظم انقلاب، دولت، طرح تحول نظام سلامت را به عنوان گامی اساسی برای تحقق عدالت در دستیابی به خدمات سلامت آغاز نمود. با اجرای طرح مقرر گردید بیمارانی که در بیمارستان ها بستری می شوند تنها ۶ درصد از کل هزینه بستری را پرداخت کنند. همچنین روستائیان، عشایر و افراد تحت تکفل کمیته امداد و بهزیستی فقط ۳ درصد هزینه درمانی را در صورت بستری شدن خواهند پرداخت. یکی دیگر از مزایای این طرح، رایگان شدن زایمان طبیعی بوده است. مفاد طرح تحول نظام سلامت که در سایت وزارت بهداشت آمده است به شرح زیر می باشد:

- کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های دولتی
- برنامه ترویج زایمان طبیعی
- ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های دولتی
- حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
- حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دولتی
- ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دولتی
- حفاظت مالی از بیماران صعبالعلاج، خاص و نیازمند

بنا بر نظرات صاحب نظران؛ اجرای کامل و گام به گام و مبتنی بر قانون مصوب دولت و مجلس شورای اسلامی از عوامل موفقیت طرح تحول نظام سلامت در بلند مدت خواهد بود. تجربه جهانی نیز نشان داده است اگر طرحی خوب برنامه ریزی و اجرا شود، موفق خواهد بود و بر همین اساس، به نظر می رسد که اگر دولت واسطه اجرای این طرح باشد نه عامل تعیین کننده، طرح تحول نظام سلامت با موفقیت دنبال خواهد شد.

## ۴-۴ تحلیل نظام تامین مالی سیاست انتخاب شده بر اساس چارچوب اواسیس

در این بخش یافته های کلی از تحلیل تامین مالی طرح سلامت بر اساس چارچوب اواسیس و یافته های حاصل از مراحل قبل ارایه می گردد:

کشور ایران طی سال های متمادی پشرفت های زیادی را در زمینه سلامت تجربه کرده است. این روند رو به جلو با انجام مواردی چه از طرف خود دولت، یا چه از طرف مردم و شرکای توسعه کشور انجام گرفته است. دولت ایران با تعهدی که در این چند سال اخیر از خود در زمینه سلامت نشان داده است، نمایانگر این موضوع می باشد. همچنین با پشتیبانی دولت و تفویض اختیار تولیدی نظام سلامت به وزارت بهداشت، حمایت از این وزارت خانه در زمینه تربیت نیروی انسانی و یا در زمینه تامین مالی سلامت، نشان می دهد که دولت ایران، سلامت جامعه را در اولویت های سیاستی خود گنجانده است. با اجرای طرح تحول سلامت در کشور ایران در اردیبهشت ماه سال ۹۳ و ارائه خدمات با بودجه که از طرف دولت تامین مالی می شود و میزان پرداختی مستقیم از جیب بیماران را تا حدودی پایین آورده است و منجر به انسجام ملی و اجتماعی شده است. تخصیص ۶.۷ درصد از تولید ناخالص ملی به بخش بهداشت و درمان به نوعی بیان کننده اولویت دار بودن بخش سلامت برای کشور ایران در مقایسه با GDP تخصیصی کشور های دیگر می باشد.

در کشور ایران به دلیل اینکه تامین مالی نظام سلامت تا درصد بالای از فروش منابع ملی تامین می شود، به صورت دقیقی نمایانگر ضربه پذیر بودن نظام سلامت ایران از بحران ها و متاثر از عوامل اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و مهمتر از همه تحریم های اقتصادی است. پرداخت مستقیم از جیب بیماران در زمان بیماری باعث ضعیف نشان داده شدن نظام سلامت گردیده و همچنین باعث فقیر تر شدن این بیماران می شود. در ایران بیمه های اجتماعی سلامت نیز به عنوان تامین کننده های مالی سلامت نیز به حساب می آیند. اگر ایران بتواند با بستن مالیات برای مشاغل خود(مالیات بر حقوق و دستمزدها) و جمع اوری منابع از طریق بیمه های اجتماعی سلامت، تامین مالی کشور را انجام دهد و تامین مالی یک پارچه ای داشته باشد، به مراتب در امر سلامت کشور و همچنین عادلانه بودن در تامین مالی موفق تر عمل خواهد کرد و همچنین در تامین مالی هزینه های بیماری افراد فقیر، که قادر به پرداخت هزینه های بیماری خود نیستند کمک خواهد شد و مانع از قرار گرفتن آنها در زیر خط فقر خواهد شد. با توجهی به امار ارائه شده از یک پژوهش که در سال ۹۲ در این زمینه انجام گرفته، اشاره شده است که ۳.۵ الی ۴ درصد خانوارهای کشور ایران در معرض هزینه های کمر شکن قرار دراند، که منجر به زیر خط فقر رفتن این خانوارها می شود .

ایران با توجه به مواردی که پیشرو دارد بودجه نظام سلامت خود را به طرح تحول سلامت اختصاص داده است. طرح تحول نیز با توجه به اولویت های بهداشتی درمانی خود این بودجه را بر اساس هشت هدف تعیین شده خود تقسیم بندی کرده است.

تامین مالی نظام سلامت ایران تا درصد بالایی از فروش منابع ملی تامین می شود و همچنین بیمه های اجتماعی سلامت و پرداخت مستقیم از جیب بیماران نیز در ایران به عنوان مهمترین منابع تامین مالی نظام سلامت می باشند. پوشش بیمه های سلامت ایران در حد متوسط عملکرد تامین منابع مالی را انجام می دهند. همچنین چندین نوع بیمه سلامت در ایران وجود دارد که هر کدام بسته های خدمتی مخصوص به خود و فرانشیز را در رابطه با بسته خدمتی خود دارند، به صورتی که بیمه تامین اجتماعی در بخش رسمی و افرادی که خود را بیمه می کنند حدود ۲۸ میلیون نفر را تحت پوشش خود دارد. یا بیمه خدمت درمانی که حدود ۳۸ میلیون نفر را در سال ۲۰۰۹ تحت پوشش قرار داده بود(۸).

در رابطه با میزان رشد تولید ناخالص کشور ایران در ابتدا به صورت نزولی ولی از نیمه سال ۲۰۱۴ درجه رو به رشدی را به خود گرفته است(نمودار ۱). در سال ۲۰۱۳ میزان تخصیص تولید ناخالص داخلی کشور برای سلامت ۶.۷ (WHO\2013) بود. عملکرد سیستم تامین مالی نظام سلامت ایران هنوز هم تکیه بر پرداخت مستقیم از جیب بیماران و یارانه های عمومی دولت از بودجه ملی و غیره دارد. از طرفی بخش خصوصی سیستم سلامت نیز در ایران، تا حدود نسبتاً زیادی عملکردهای مالی نظام سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد و از عمده ترین عوامل افزایش پرداخت مستقیم از جیب بیماران می باشند. این نسبتها را می توان با توجه به توزیع موسسات درمانی نسبت به نوع وابستگی آنها نیز مورد توجه قرار داد. (نمودار ۲).

در رابطه با خرید خدمتی در سیستم سلامت نیز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان خریدار اصلی خدمات جهت ارائه به مردم می باشد. در کنار اینها برخی سازمانها مانند سازمان تامین اجتماعی نیز به عنوان خریدار اصلی خدمات سلامت می باشد. در مورد انباشت نیز می توان گفت که با توجه به اینکه تعداد زیادی بیمه در ایران وجود دارد باعث بوجود آمدن صندوق های انباشت متعددی در ایران شده است. متعدد بودن بیمه ها ضعف پیوند بین شبکه های انباشت خطر را در ایران باعث شده است. بیمه ها در ایران به دو صورت دولتی و خصوصی وجود دارند. سازمان بیمه تامین اجتماعی به عنوان یکی از سازمان های انباشت خطر محسوب می شود. همچنین در نظر گرفتن این مورد که تامین مالی بیمارستان های دولتی کشور از طریق بودجه کشوری تامین می شوند و در کنار این مورد خود بیمارستان ها نیز اکثراً از پرداخت مستقیم بیماران نیز تامین مالی می شوند از موارد مهم در عدم یکپارچگی سیستم تامین مالی و انباشت خطر می باشد.

سیاستگذاران سلامت و مسئولین منطقه در ایران نسبت به نیاز های محلی خود وظیفه تعریف بسته های خدمتی را برای منطقه خود دارند. و این بسته های خدمتی برای مناطق با توجه به مقرون به صرفه بودن برای مناطق در نظر گرفته می شوند. همچنین بسته های خدمتی برای بیماران خاص در کشور ایران به صورت رایگان در نظر گرفته می شود. فرانشیز نسبت به دریافت خدمات

نیز در ایران جهت جلوگیری از سوء استفاده ی دریافت کننده گان خدمات از آنها دریافت می شود، که خود عاملی برای پیشگیری محسوب می شود.

در رابطه با تامین و مدیریت منابع در بیمارستانها و نظام سلامت کشور ایران، محدودیت منابع عاملی برای توجه هر چه بیشتر مسئولین و مدیران برای کنترل کردن هزینه ها در خرید منابع و موارد دیگر می باشد و این کار سببی برای دستیابی به حداکثر نتیجه ممکن با حداقل امکانات برای کشور می باشد. از سوی دیگر در بیمارستانهای دولتی در کشور ایران به دلیل تامین منابع مالی از فروش منابع ملی مانند نفت، مدیران دقت کمتری را نسبت به اینکار صرف می کنند. اینکار سبب شده تا هزینه های اداری بیمارستان های دولتی نسبت به بیمارستان های خصوصی خیلی زیاد گردد. با توجه به اینکه تمامی قوانین در نظام سلامت ایران تعریف شده می باشد و اینکه از جانب مسئولین چقدر قابلیت اجرایی دارد قابل تامل است.

در مقوله تولید نظام سلامت کشور ایران اینگونه می باشد که تولید از جانب دولت به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تفویض شده است. تامین مالی حیطه سلامت و نظارت درست بر تخصیص این منابع از وظایف تولیدی وزارت بهداشت می باشد. شاید عاملی که در وزارت بهداشت ایران بتوان آن را ضعف تولیدی سیستم سلامت عنوان کرد ضعف در هماهنگی بین بخشی است.

## **۵-۴- تبیین تاثیر سیاست انتخاب شده بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت در بیمارستانهای**

### **دولتی آموزشی کشور**

نتایج حاصل از یافته های قبلی نشان داد که تاثیر سیاست طرح تحول سلامت بر پرداختی دریافت کنندگان خدمت متاثر از عوامل موثری همچون نظام ارایه خدمت، نظام بیمه ای و نظام تامین مالی کشور بعد از اجرای این طرح می باشد. لذا در این بخش ابتدا پیامدها و تاثیرات طرح تحول سلامت بر موارد ذکر شده و از جمله تاثیر بر پرداختی دریافت کنندگان خدمات شرح داده خواهد شد.

### **۱-۵-۴ نظام ارایه خدمت**

یکی از ابعاد نظام سلامت که در اثر اجرای طرح تحول سلامت دستخوش تغییراتی مثبت و مطلوب گردید «ارائه خدمات» بوده است. با اجرای طرح، حضور پزشکان مقیم در بیمارستانها و میزان حضور پزشکان متخصص بویژه در مناطق محروم افزایش یافته است. قیمت دارو و خدمات درمانی کاهش پیدا کرده و باعث افزایش مراجعات بیماران به بیمارستانها شده است.



به تعبیر برخی از مصاحبه شونده‌گان اجرای طرح دارای محسنات متعددی در بعد ارائه خدمت بوده است که از آن جمله می‌توان به حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و ارائه بموقع و ۲۴ ساعت خدمات درمانی، ارتقای ویزیت و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی و ارتقا انگیزه ارائه دهندگان خدمات اشاره نمود که مجموع آنها در نهایت باعث ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته، افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت های سلامت در سطح دوم و سوم و در نتیجه ارتقای عدالت در سلامت بعثت حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه های کمر شکن سلامت اشاره نمود. البته در کنار محاسن پیشگفت اجرای این طرح دارای معایبی نیز در زمینه ارائه خدمات بوده است که بی شک باید مورد توجه قرار گیرند. چنانچه یکی از صاحب نظران بیان داشت:

«من معتقدم اجرای نادرست طرح تحول سلامت در برخی از فازها منجر به سرازیر شدن اعتبارات به بیمارستانهای مجهز و دارای نیرو و تخت بیشتر شده در حالی که طبق قانون اعتبارات باید در جاهایی هزینه میشد که سطح برخورداری آنها کمتر است» (م ۱). علاوه بر این، افزایش مصرف و القای هزینه اضافی به سیستم بهداشت و درمان یکی دیگر از مشکلات مربوط به ارائه خدمات می باشد. تقاضای القایی در بسیاری از نظام های سلامت، یکی از چالشهای اساسی و از دلایل هدر رفت منابع عمومی محسوب می شود. یکی از دلایل آن استفاده بیش از حد نیاز از خدمات تخصصی و فوق تخصصی می باشد. آنچه امروز در دل طرح تحول نظام سلامت در جریان است، جهت دادن بازار درمان به سوی خدمات تخصصی و فوق تخصصی، افزایش درخواست های القایی و سفارش آزمایش ها و سایر فرایندهای کلینیکی و پاراکلینیکی بدون توجیه علمی می باشد و در نتیجه با روال موجود، هزینه های بسیاری به نظام سلامت وارد خواهد شد. همچنین طرح مزبور باعث شده است تا بازار استفاده از محصولات دارویی خارجی به نفع کمپانی های خارجی مشخصی جهت داده شود و این امر نهایتا به ضرر مردم خواهد بود:

«به عنوان یک متخصص داروسازی بالینی نگرانی‌های خیلی بزرگی هم در خصوص طرح تحول نظام سلامت دارم. چرا که این طرح در واقع باعث افزایش مصرف شده است؛ هم در حوزه تجهیزات و هم در حوزه دارو.» (م ۱۴).

تامین مالی بعنوان پاشنه آشیل طرح تحول سلامت مطرح شده است و آنچه که در در بحث تامین مالی بسیار مهم می باشد پایدار بودن منابع مالی می باشد. در حال حاضر منابع مالی حاصل از هدفمندی یارانه ها برای تامین مالی طرح در نظر گرفته شده است. بنا بر ادعای صاحب نظران، چنانچه در یک مقطع زمانی خاص، منابع زیادی به سیستم درمان یک کشور تزریق شود، این موضوع باعث افزایش تقاضا و از سوی دیگر، افزایش سطح قیمت ها خواهد شد. حال اگر در چنین شرایطی، منابع این حوزه به هر دلیل کاهش پیدا کند و یا حتی افزایش متناسبی نداشته باشد منجر به بروز تورم شدید توام با رکود در بازار سلامت خواهد شد. در این شرایط، زبانی که به سیستم سلامت وارد خواهد شد در کوتاه مدت جبران ناپذیر خواهد بود و سبب بروز نوعی افسارگسیختگی در

بازار ارائه خدمت می گردد که از پیامدهای آن، افزایش سطح توقعات ارائه دهندگان خدمت و بوجود آمدن زمینه فساد و از جمله پرداختهای نامتعارف خواهد بود. یکی از نگرانی های اصلی بسیاری از صاحبان نظران مربوط به عدم استمرار حمایت های مالی دولت از برنامه تحول بود. هر چند به نظر می رسد تدابیری برای تداوم تامین مالی مکفی برنامه از جمله تخصیص اعتبار حاصل از ارزش افزوده تولیدات داخلی و نیز صرفه جویی های حاصل از هدفمندی یارانه ها در نظر گرفته شده است اما در صورت عدم مدیریت صحیح بروز مشکلات قابل پیش بینی خواهد بود.

بنا بر نظر برخی از مصاحبه شوندگان تامین مالی مستمر یکی از ابعاد چالشی طرح می باشد شدت این چالش به اندازه ای می باشد که در حال حاضر که مراحل ابتدایی طرح تحول سلامت طی می شود بسیاری از صندوقهای بیمه ای از جمله صندوق بیمه نیروهای مسلح با کسری بودجه میلیاردی روبه رو شده اند که علت اصلی آن بنا به گفته یکی از مصاحبه شوندگان افزایش بدون ضابطه تعرفه ها است. حتی برخی معتقد بودند با ادامه اجرای طرح تحول سلامت به این شکل علاوه بر صندوقهای بیمه، کسری در بودجه دانشگاهها نیز قابل انتظار خواهد بود:

« وقتی قیمت تمام شده افزایش یابد بودجه اختصاص یافته پاسخگوی نیازها نخواهد بود و از طرف دیگر افزایش سطح توقع و رشد درآمدهای جاری به اختلاف درآمدها منجر خواهد شد» (م2)

به نظر برخی از صاحبان نظران یکی از نکات قابل توجه در اجرای این طرح، نگاه به گذشته می باشد و میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در طول سالهای متوالی بوده است. این گروه از افراد معتقد بودند هر چند اسم این طرح، طرح تحول نام گرفته است اما باید به این موضوع توجه داشته باشیم که آیا واقعا تحولی صورت گرفته است و یا فقط بودجه ای هزینه شده است. در این طرح به هر طریقی دنبال منابع بوده ایم اما کدام عدالت می گوید که تمام منابع و یا اکثریت آن را باید صرف بستری کردن بیماران کرد. به باور این گروه، این طرح باید نیاز به بودجه را با کاستن از بودجه کم کند چون پیشگیری کم خرج تر، کم هزینه تر و عادلانه تر است.

## ۲-۵-۴ دریافت کنندگان خدمت

ارتقاء سلامت و رضایت مندی عموم مردم هدف اصلی طرح تحول سلامت بوده است. بنا بر ادعای یکی از صاحبان نظران طبق نظرسنجی رسمی انجام شده از طرح تحول نظام سلامت بیش از ۸۰ درصد مردم از این طرح اعلام رضایت کرده اند که به نظر می رسد این طرح رضایت نسبی مردم در سطح کشور را به وجود آورده است. یکی از دلایل اصلی این رضایت پوشش بخشی بزرگی از هزینه ها در بخش بستری می باشد.

بنا بر ادعای مصاحبه شوندهگان؛ نکته قابل تعمق این است که طرح تحول در حدودی که کاملاً تحت راهبری وزارت بهداشت بوده، توفیق داشته است و وزارت بهداشت توانسته است پرداختهای مردم در بیمارستانهای دولتی و دانشگاهی را به ارقام شش و سه درصد برساند، اما در هزینه های سرپایی کشور و هزینه های بستری بخش خصوصی هیچ گونه توفیقی در نظام سلامت کشور ایجاد نشده است. بنا بر نظرات صاحب نظران، آسیب شناسی این موضوع نیز می تواند به عدم همراهی ارکان تاثیرگذار نظام سلامت با طرح تحول بازگردد. بعنوان نمونه عدم همکاری بیمه ها برای پرداخت هزینه های بخش خصوصی مطابق تعرفه های خصوصی و مبنا قرار دادن تعرفه دولتی قرار باعث می شود مردم در مراجعاتشان به بخش خصوصی ناگزیر به پرداخت تفاوت تعرفه های دولتی تا خصوصی شوند که این امر سهم پرداختی مردم در هزینه های سلامت را بالا می برد.

به باور برخی از مصاحبه شوندهگان اجرای طرح تحول سلامت علاوه بر پیامدهای مثبت بر رفتار دریافت کنندگان خدمات باعث ایجاد برخی اثرات نامناسب نیز شده است که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

افزایش مصرف و القای هزینه اضافی به سیستم بهداشت و درمان، افزایش توقعات از سیستم و نادیده گرفتن نیازهای کارکنان، از مهمترین انتقادات وارد بر طرح تحول نظام سلامت می باشد.

### ۳-۵-۴ نظام بیمه ای

نظام بیمه بعنوان مکمل اصلی نظام سلامت برای اجرای طرح تحول مطرح بوده است. بنا بر نظرات کارشناسان بیمه اجرای طرح تحول بدون پیش بینی منابع مالی پایدار و انجام هماهنگی های لازم با وزارت رفاه و سازمان بیمه سلامت ایرانیا حتی برای دولت نیز مشکل ایجاد خواهد نمود زیرا هزینه خدمت را افزایش داده و قیمت تمام شده به این ترتیب رشد خواهد داشت. بیمه کردن سیستم بدون هیچ ضابطه و قانونی در طرح تحول سلامت تبعات منفی و ناخوشایندی به همراه دارد و اگر تمام اعتبار دولت نیز در این راستا صرف شود بازهم ادامه کار ممکن نخواهد بود. بنا بر ادعای کارشناسان بیمه؛ هزینه های اجرای طرح باعث افزایش هزینه های سازمان تامین اجتماعی از میزان تعیین شده گردیده است که این موضوع مشکلاتی را در تامین منابع لازم برای اجرای طرح ایجاد نموده است.

برخی از صاحب نظران اظهار داشتند امیدوار بودن به آینده طرح تحول سلامت و متعاقباً رسیدن به پوشش همگانی سلامت در کشور منوط به تقویت بیمه ها است، به عبارت دیگر لازم است مشارکت فعالانه سازمانهای بیمه از طرف وزارت بهداشت جلب گردد تا اجرای موفقیت آمیز طرح با خوش بینی بیشتری قابل انتظار باشد.

«متاسفانه امروزه فاصله ای بین بیمه و حوزه سلامت ایجاد شده که تا حدودی بخش بهداشت و درمان را با مشکل مواجه کرده است به گونه ای که بیمه مستقل عمل کرده و وزارت بهداشت نیز اعتبارات را خودسرانه تقسیم می کند و در نتیجه ضرر اصلی متوجه بیماران می شود» (م ۹).

در صورت عدم تقویت زیرساختهای بیمه ای ممکن است اجرای طرح و در نتیجه رسیدن به هدف غایی پوشش همگانی با شکست مواجه گردد.

یکی دیگر از صاحب نظران در این باره چنین گفته است «بیمه ها به خصوص تأمین منابع مالی، چالش اصلی این طرح است چون بار اصلی هزینه درمان با اجرای این طرح به آن ها محول شده است. ما با زنجیره ای از عدم تعادل ها روبرو هستیم، البته این مسئله متوجه برنامه ریزان کل کشور است، نه وزارت بهداشت اما نمی توان یک بخش از کشور را جدای از دیگر بخش ها اصلاح کرد و اگر قرار است نظام سلامت ارتقا یابد، باید دیگر بخش ها هم به موازات آن مورد اصلاح و تغییر قرار گیرد» (م ۷).

## ۶-۴- ارایه راهبردهای آینده نگرانه/گزینه های سیاستی برای جهت گیری های آینده نظام سلامت

### ایران در طی مسیر پوشش همگانی خدمات سلامت

#### ۱-۶-۴ راهبرد جامع

پوشش بیمه های سلامت در کشور ایران در حد متوسطی می باشد. زیرا که عملکرد پوشش جمعیتی کشور ایران با چالشهای عمیقی روبرو است. به طوری که بیمه های سلامتی که در ایران وجود دارند عموماً از فیلترهای امنیتی برای پایداری وجود خود در بازار بیمه سلامت ایران، برای زیر پوشش قرار دادن جمعیت هدف استفاده می کنند. خود دولت ایران، وزارت بهداشت و درمان و تمامی سازمانها و بخش های دیگری که در تأمین مالی نظام سلامت کار می کنند به شدت در تلاش برای تأمین مالی عادلانه برای نظام سلامت می باشند. طوری که ایران بعد از اجرای طرح تحول سلامت در سال ۹۳ با اختصاص یارانه به بیماران بستری، جهت پایین آوردن مبلغ پرداختی مستقیم از جیب بیماران در هنگام بروز بیماری تا حدودی موفق عمل کرده است، که این خود یکی از اقدامات برای تأمین مالی عادلانه از طرف خود دولت ایران است. و همچنین عملکردهای پشتیبانی از بهداشت عمومی و ارائه خدمات با استفاده از بودجه دولتی و کمک های خیرین سلامت، به نوعی تأمین کننده سلامت جامعه و عادلانه بودن تأمین مالی سلامت در استفاده از بودجه های دولتی و مردمی است.

طرح کنونی که با عنوان طرح تحول سلامت در کشور ایران انجام می‌گیرد، به نحوی در تلاش می‌باشد تا تمامی جمعیت را زیر پوشش خود قرار دهد، به صورتی که توانسته نه به صورت کلی ولی درصد بالای از جمعیت را حمایت و تحت پوشش قرار دهد. که این خود به عنوان عاملی برای افزایش دسترسی و افزایش بهره‌مندی فقرا از تسهیلات سلامت شده است. با توجه به اینکه طرح تحول سلامت کشور ایران در حال حاضر در حال اجرا می‌باشد ولی با گذشت زمان اندکی از اجرای آن، اصلاحات اساسی را به خود دیده است.

بیمه‌های سلامت که در کشور ایران وجود دارند خود به نوعی تامین‌کننده منابع مالی نظام سلامت می‌باشد. ولی اینکه این بیمه‌ها تا چه میزانی در عادلانه بودن تامین مالی نظام سلامت کمک می‌کنند قابل تامل می‌باشد. و اینکه، یکی از بزرگترین چالش‌های که نظام سلامت کشور ایران با آن روبرو می‌باشد متعدد بودن بیمه‌های سلامت می‌باشد. این خود عاملی برای تکه‌تکه شدن صندوق‌های انباشت خطر شده و از یکپارچگی آن در نظام سلامت جلوگیری می‌کند و در نتیجه میزان حمایت و تحت پوشش قرار دادن جمعیت کشور را پایین می‌آورد. کشور ایران در تلاش است برنامه‌هایی را در جهت ایجاد یکپارچگی در نظام سلامت انجام دهد، که یکی از این موارد اجباری کردن بیمه‌های تامین اجتماعی سلامت برای کارکنان دولتی و خصوصی می‌باشد. پیش پرداخت در این نوع بیمه بر اساس حقوق بیمه‌شدگان می‌باشد، که تا حدودی عادلانه بودن تامین مالی را حفظ می‌کند و از هر فردی بر اساس حقوق و دستمزد دریافتی آن فرد حق بیمه دریافت می‌کند. که به نوعی به عادلانه بودن تامین مالی نظام سلامت کمک می‌کند.

## **۲-۶-۴ روش‌های تامین مالی و محافظت مالی بیماران**

علی‌رغم آنکه دولت ایران زحمات زیادی را در حوزه سلامت کشور انجام داده است و وزارت بهداشت و درمان اصلاحات اساسی در نظام سلامت انجام می‌دهد اما در طول سال‌های متمادی باز هم این نظام سلامت به وفور از طریق پرداخت مستقیم از جیب بیماران و فروش منابع ملی تامین مالی می‌شود، که به نوعی بزرگترین ضعف برای نظام سلامت یک کشور می‌باشد. تا قبل از سال ۱۳۹۳ (قبل از اجرای طرح تحول سلامت) در شرایط فعلی در کشور ایران مردم در حدود ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت را تامین مالی می‌کردند. در حالی که سهم نظام سلامت ما از (GDP) یا همان تولید ناخالص داخلی در این بخش پیشرفت خوبی را داشته است، ولی تنها ۴۰ درصد خدمات را باکیفیت دولتی تامین مالی می‌کند. در مطالعه‌ای که در خرداد ماه سال ۹۲ در یکی از شهرستان‌های کشور ایران انجام گرفت بیمارانی که دفترچه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه روستایی داشتند، ۷۸ درصد از هزینه‌های خدمات سرپایی خود را در سطح ۲ و ۳، ۸۲.۲ درصد از کل هزینه‌های داروی، ۸۰.۳ درصد از کل هزینه‌های دریافت

خدمات آزمایشگاهی و ۹۱.۸ درصد از کل هزینه های دریافت خدمات تشخیصی مثل رادیولوژی و سونگرافی و ... از بخش خصوصی را مستقیم از جیب پرداخت نمودند. این نشان دهنده این موضوع می باشد که به دلیل بالا بودن هزینه های درمانی و سهمی که میزان زیادی از آن را مردم مجبور به پرداخت می باشند ۳.۵ تا ۴ درصد خانوار های ایرانی را وقتی که یکی از اعضای خانواده آن بیمار می باشد به علت مخارج بالای سلامتی دچار هزینه های کمر شکن می کند. این مشکلات باعث سقوط این خانوار ها به زیر خط فقر می شوند. و همچنین در کشور با توجه به اینکه اصلاحات زیادی در تامین مالی صورت گرفته و طرح تحول سلامت جاری تاکید زیادی بر روی این موضوع دارد ولی همچنان موارد زیادی در مورد پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت مشاهده می شود. همچنین در بیمه های سلامت ایران، تکیه بر هزینه های کاربر منطقی به دلیل نبود یک مکانیسم یا صندوق ادغام یافته کافی و کارآمد، چالشی اساسی و عمده ای را برای عادلانه بودن نظام سلامت ایران بوجود آورده است. پرداخت مستقیم از جیب بیماران توسط خانوارها نشان دهنده ای این است که قسمت زیادی از هزینه های کلی نظام سلامت در کشور ایران توسط بخش خصوصی جذب می شود. و این نشان می دهد که خانوارهای که به دلیل پرداخت مستقیم از جیب خود برای بیماری نسبت به دیگران توسعه ای اقتصادی کمتری دارند و حتی در موارد زیاد باعث فرود و ماندن این خانوارها در زیر خط فقر می شوند.

### ۳-۶-۴ انباشت منابع و ایجاد یک صندوق یکپارچه

ارزیابی و سنجش شاخص انباشت خطر دشوار است زیرا که در ایران صندوق های انباشت خطر به صورت تکه تکه می باشند و جدا از هم فعالیت می کنند. ولی در این بین تنها سازمانی که می تواند و قدرت ادغام صندوق های انباشت را دارد، خود دولت و متولی آن در نظام سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. دولت ایران می تواند با بررسی شواهد جهانی و استفاده از نتایجی که کشورهای مختلف از طراحی یک سازمان شبکه ای ایمنی برای یکپارچه کردن نظام سلامت و صندوق های انباشت خطر خود به دست آوردند، از تکه تکه شدن نظام سلامت و صندوق های انباشت خطر خود بر اساس شرایط بومی خود جلوگیری کند. این نکته قابل توجه می باشد که تامین مالی سلامت از طریق بیمه ها در ایران پراکنده و جدا از هم می باشد و برای اینکه بتوان تامین مالی عادلانه ای داشت حتما باید از طریق منابع داخلی ایران و همچنین از طریق مالیات عمومی مورد حمایت قرار قرار گیرد. توجه به اینکه منابع مالی نظام سلامت به صورت حداکثری از فروش منابع ملی تامین می شود، برای تامین مالی عادلانه نیاز به بستن مالیات بر درآمد به صورت عادلانه داریم، که این کار می توان از طریق قانونی کردن و نهادینه کردن آن انجام داد. در مورد اینکه بیمه های سلامت در ایران اجباری می باشند یا اختیاری بسته به مشاغل افراد فرق می کند. در ایران تمامی مشاغل دولتی و شرکتهای خصوصی که تا حد معینی کارمند دارند مجبور به بستن قرار داد با بیمه ی اجتماعی و بیمه کردن کارمندان

خود می باشند. در مورد بیمه های خصوصی و تکمیلی که به صورت اختیاری می باشند و افراد با توجه به بسته های خدمتی که ارائه می دهند در آنها ثبت نام می کنند. با توجه به اماری که توسط مرکز امار و وزارت بهداشت در سالنامه اماری کشوری در سال ۹۱ منتشر شده است می توان استناد کرد که ۸۲.۶ درصد از جمعیت فعال کشور که در بخش رسمی به فعالیت مشغول می باشند به صورت بیمه اجباری در بیمه تامین اجتماعی ثبت نام می شوند. ۱۶.۹ درصد از جمعیت شاغل کشور در بخش خصوصی مشغول به فعالیت می باشند که از ثبت نام آنها در بیمه ها اطلاع دقیقی در دسترس نیست. ولی با این حال بیمه های خصوصی زیادی در ایران مشغول فعالیت می باشند و سهم بزرگی از بیمه شدگان را نیز به خود اختصاص می دهند.

یکی از مشکلات اساسی که بیمه های خصوصی در ایران و یا در کشورهای دیگر برای افزایش میزان سود خود، برای مشتریان خود اعمال می کنند، مشکلی تحت عنوان خامه گیری است. بیمه های خصوصی در ایران بیشتر با افراد جوان و همچنین افرادی که، تست های سلامت خود را انجام داده و تاحدودی از سالم بودن این افراد مطمئن شدند با آنها قرار داد می بندند. ولی به صورت کلی خود این بیمه ها نیز از طریق مشکل انتخاب معکوس تهدید می شوند. بیمه های خصوصی در کشور ایران برای ماندن در عرصه رقابت با بیمه های خصوصی دیگر و حتی بیمه ای تامین اجتماعی در رقابت شدیدی می باشند و برای اینکه ضرر نکنند، بسته های خدمتی خود را به صورت دقیق و روشن تعریف می کنند.

یکی از چالشهای که وزارت بهداشت و درمان ایران در اجرای طرح تحول سلامت با آن روبرو می باشد، چگونگی زیر پوشش قرار دادن افراد بیمه نشده در هنگام مراجعه برای درمان بیماری آنها می باشد. زیر پوشش قرار دادن این افراد با توجه به اینکه باعث عادلانه بودن دسترسی به خدمات می شوند ولی از طرف دیگر نیز بار مالی زیادی برای وزارت بهداشت و درمان ایران دارد. توجه به اینکه، بودجه وزارت بهداشت و درمان به صورت قابل توجهی در ایران در سطوح دو و سه خرج می شوند و حداقل آن متاسفانه به سطح یک تعلق می گیرد که نیازمند بررسی ضروری می باشد.

#### **۴-۶-۴ خرید راهبردی**

در کشور ایران سازمانهای که می توانند در انباشت منابع دست داشته و اقدام به این کار کنند عبارتند از: وزارت بهداشت و درمان می باشد و در کنار این سازمان ، سازمان بیمه تامین اجتماعی و بیمه های خصوصی به عنوان عوامل انباشت می باشند. همچنین این سازمان ها علاوه بر انباشت منابع، برای ارائه خدمات به اعضا خود، خرید خدمتی را نیز انجام می دهند. این سازمان ها با توجه به قرار داد های که با افراد یا سازمانها می بندند، بر این اساس بسته های خدمتی مشخص شده ای را به این اعضا ارائه می دهند.

میزان بهره مندی مردم ایران از خدمات ارائه شده در بخش های خصوصی بسیار بالا می باشد. در حالی که دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز خود، از طریق تامین مالی عادلانه در حد متوسطی می باشد. با توجه به طرح های که در کشور انجام پذیرفته است و اتمام یافته، می توان به یکی از مفید ترین و مقرون به صرفه ترین آنها اشاره کرد که ساخت خانه های بهداشت در سراسر کشور بود که تا حدودی باعث تعادل در دسترسی به خدمات مورد نیاز اولیه گشت و تا حدودی پوشش کلی را برای کشور در ثمر داشت. ولی در طرح تحول اجرایی حاضر که هنوز هم در حال انجام می باشد بیشتر به خدمات در مانی و بستری پرداخته شده است به صورتی که فقط یک بعد از نظام سلامت را می نگرد.

خرید خدمت در کشور ایران به صورتهای مختلفی اتفاق می افتد و پرداختی که به آنها تعلق می گیرد نیز متفاوت است. طرح تحول حاضر در کشور نیز بیشتر در این طرح پرداخت خود را بر روی نوع کارانه آن اختصاص داده است. خرید خدمت سازوکاری است که از آن طریق پولی که در صندوق های بیمه ای یا خزانه جمع شده است، از صندوق خارج و به ارایه دهنده خدمت داده شود. در حالت کلی، خرید خدمات به دو صورت شناخته شده انجام می گیرد (خرید خدمت انفعالی و خرید راهبردی). ۱. خرید خدمت انفعالی: روشی است که در کشور ایران بیشتر رایج می باشد. در این نوع خرید خدمت در فترچه درمانی افراد دارنده بیمه نقش چک سفید را داشته و پزشک هر خدمت و هر دارویی را که دلش می خواهد در آن می نویسد. این خدمت ممکن است درست یا غلط ارائه شده باشد، که پس از ارسال برگه ها به سازمان بیمه گر، سازمان بیمه گر باید نسبت به پرداخت هزینه های به عمل آمده اقدام کند. ۲. خرید خدمت راهبردی: روش دیگری است که در آن سیستم های پرداخت کننده سعی می کنند دنبال خدماتی بگردند که در صورت پرداخت، سلامت جامعه را به حداکثر برساند. در این خرید خدمت سوال می شود که چه خدمت یا خدماتی را از چه کس یا سازمانی و چگونه باید بخریم. خوشبختانه با اجرای طرح تحول سلامت در ایران وزارت بهداشت تا حدودی به طرف خرید راهبردی سوق داده شده است و دیگر خود بیمارستانها تمامی وسایل مورد نیاز بیمارستان بستی را در داخل خود بیمارستان تهیه می کنند.

توجه به این نکته که چگونه و به چه طریقی پرداخت برای ارائه دهندگان در عرصه سلامت صورت می گیرد تا بتوانند توانایی لازم را در ارائه خدمات بهداشتی مناسب و با کیفیت حفظ کنند و همچنین این توانایی را در کنترل هزینه های خود داشته باشند، بسیار مهم می باشد. در کشور ایران روشهای مختلفی برای پرداخت به ارائه دهندگان وجود دارد به صورتی که از روش بودجه برای بیمارستان ها و از روش کارانه و هم روش سرانه برای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت استفاده می شود. طرح تحول سلامتی که در کشور ایران در حال انجام می باشد، بیشتر سیاست پرداختی خود را برای ارائه دهندگان خدمات سلامت در سطح دو و سه، علاوه بر بیمارستان های دولتی که بر اساس بودجه می باشد به صورت کارانه انتخاب کرده است. البته در سطح یک نظام



سلامت کشور ایران که بیشتر پرداخت ها به صورت سرانه می باشد و بودجه آن از طریق دولت تامین می شود. سطح یک به نوعی عاملی برای دسترسی مردم فقیر به خدمات بهداشتی اولیه به صورت رایگان و در مواردی با تخفیف زیاد می باشد. در برخی موارد نیز در کشور ایران برخی معافیت ها و معیار ها برای مردم فقیر جامعه در نظر گرفته شده است، به طوری که مردمی که نیاز به درمان دارند ولی قادر به پرداخت مبلغ مورد نظر نیستند، توسط برخی از سازمانها مانند سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره) مورد حمایت قرار می گیرند و خدمات درمانی خود را به صورت رایگان دریافت می کنند.

بعد از اجرای طرح تحول سلامت در کشور ایران، سیستم ساختاری باز پرداخت از طریق بودجه سرعت زیادی به خود گرفت، که این عامل به نوعی باعث افزایش انگیزه و کیفیت مناسب کاری در بین کارکنان سطوح مختلف، بیمارستان ها و در حالت کلی آرایه کنندگان خدمات سلامت گردیده است. این نشانگر این موضوع می باشد که هر چقدر پرداخت برای آرایه دهندگان خدمات سلامت ساده در نظر گرفته شود اطمینان اینکه استفاده بهینه ای از منابع می شود و انگیزه ی خوبی برای ارائه کنندگان خدمات سلامت دارد بیشتر است. این خود عاملی برای افزایش رضایت مصرف کنندگان از خدمات با کیفیت ارائه شده توسط کارکنان می باشد.

## ۵-۶-۴ تولید در نظام سلامت ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی از دولت مسئولیت تولید سلامت را در کشور ایران بر عهده دارد. این وزارت خانه وظیفه سیاستگذاری، برنامه ریزی برای تامین و ارتقاء سلامتی و تضمین کفایت عادلانه ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظارت بر کیفیت آنها را بر عهده دارد. سیاستگذاری در سطح کشوری تنظیم شده و در استان ها نیز ریشه می کشاند. کمیته های برنامه ریزی استان با توجه به برنامه های پیشنهادی شهرستان های تابعه، برنامه استان را تنظیم کرده و به کمیته بخش برنامه ریزی (بهداشت و درمان) ارائه می دهند. کمیته های بخشی برنامه های کلی بخش را تنظیم می کنند، ولی برنامه ریزی های تفصیلی و اجرای در استان ها انجام می گیرد. اعتبارات مورد نیاز برنامه ها از طریق استان با توجه به پیش بینی های برنامه در اختیار شهرستان قرار می گیرد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وظیفه خطیر سیاستگذاری در بخش بهداشت و درمان را بر عهده دارد. نظام بهداشت و درمان کشور ایران در قالب یک شبکه منسجم فعالیت می کند که سه سطح، شبکه مذکور را تشکیل می دهند. سطح اول شامل خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستای و شهری است. سطح دوم شامل واحد های است که قادرند خدمات بهداشتی درمانی را در سطح تخصصی تر ارائه کنند، که این واحدها شامل مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان هستند. سطح سوم، خدمات تخصصی تر و فوق تخصصی آموزشی را در بر می گیرد و مکمل سطح دوم است. بیمارستان های

تخصصی و فوق تخصصی در مرکز بهداشت استان، در این سطح قرار دارند. حرکت بیماران در بین سطوح مذکور، در قالب سیستم ارجاع صورت می گیرد.

در نظام ارائه خدمات سلامت کشور ایران، ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرجع نهایی تصمیم گیری در زمینه خدمات مدیریتی و تخصیص منابع مربوطه به واحد های دولتی تحت پوشش سطح شهرستان است و وظیفه دارد علاوه بر پایش فنی کلیه خدمات بهداشت و درمان واحد های تابعه، خدمات مدیریتی این واحد ها را نیز نظارت و کنترل کند. با توجه به این مسئله که تضمین کیفیت در بخش بهداشت و درمان دارای اهمیت خاصی می باشد، جهت بررسی و تضمین کیفیت مکانیسم ها در ایران باید یک بخش مستقل و دارای قدرت کافی وجود داشته باشد. همچنین این بخش باید برای کنترل و نظارت تمامی سطوح حتی بخش خصوصی نیز باید امکانات کافی را داشته باشد.

ضعف در سیاست های ملی برای نظام سلامت کشور ایران وابسته به این دلیل است که در شرایط حاضر چندگانگی تصمیم گیرندگان و تامین کنندگان مالی سلامت موجب گردیده است تا وزارت بهداشت از جایگاه و اراده سیاسی لازم برای اعمال اصلاحات و تغییرات جدی در مدیریت و ارائه بهتر خدمات سلامت جامعه برخوردار نباشد. اگر چه ضعف علمی و عملی ساختار وزارتی و از دست رفتن جایگاه اصلی سیاست گذاری و مدیریت خدمات سلامت برای این وزارت خانه بی تاثیر نبوده است. لیکن هم افزایی این دو پدیده موجب عدم دستیابی به اهداف متعالی این بخش گردیده است. ولی با اجرای طرح تحول سلامت در ایران موارد ذکر شده تا حدودی تحت تاثیر قرار گرفته اند و در مورد اصلاح موارد ذکر شده تا حدودی ولی اندک برخی اقدامات صورت گرفته و همچنین در حال اقدام می باشد.

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

طرح تحول نظام سلامت یکی از بزرگترین برنامه های ملی کشور در حوزه سلامت می باشد که یافته های مطالعه نشان داد که با استقبال قابل توجهی مواجه شد و توانست پیامدهای قابل توجهی را به ویژه از جهت دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت بگذارد. اما همچنان برای رسیدن به اهداف خود فاصله قابل توجهی دارد و همچنان برخی نگرانی ها از پایدار بودن این طرح به ویژه تامین مالی مناسب آن از سوی صاحب نظران مختلف وجود دارد.

در گذشته نظام سلامت ایران و در طول دولت های مختلف آنچنان که باید و شاید به بحث سلامت توجه نشده است. به اذعان صاحب نظران مطالعه با شکل گیری وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴، طرح تحول سلامت کلید خورد هر چند در آن زمان با امکانات و شرایط در اختیار، امکان تامین نیازهای کشور چندان قابل فراهم نبود.

به طور کلی می توان مهمترین انتقادات وارده به طرح تحول نظام سلامت را که می تواند باعث عدم دستیابی این سیاست به اهداف پوشش همگانی سلامت به شرح زیر نام برد:

- عدم اصلاح نظام سلامت و دستیابی به اهداف نظام سلامت و پوشش همگانی خدمات سلامت: تحلیل یافته های مطالعه نشان داد که به اذعان نظر متخصصان سلامت طرح تحول سلامت با هدف اصلاح نظام سلامت همخوانی ندارد. آنطور که از نام این طرح برمی آید، ایجاد تحول در نظام سلامت از اهداف این طرح می باشد. اما کارشناسان بر این باورند که تحول در نظام سلامت اساساً روند دیگری را باید طی کند. به اذعان برخی صاحب نظران هیچ راهی به جز نظام ارجاع و پزشک خانواده، برای اصلاح نظام سلامت ایران وجود ندارد.

- عدم نزدیکی به عدالت با اجرای آن: یکی از اهداف ارایه خدمات بهداشتی درمانی، توزیع عدالت می باشد که در قالب توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی به سمت آن حرکت می شود. بر اساس اصل عدالت در سلامت باید به کسی که نیازمند تر است بیشتر بدهیم؛ نه این که کسی که بی نیاز است بیشتر بگیرد و آن کس که نیازمند است کمتر. به نظر می رسد روند موجود تعادل را بهم زده است. نحوه توزیع منابع در این طرح به صورتی است که تا حدودی از عدالت در ارائه خدمت دور می باشد و الزامات پرداخت عادلانه به ارائه دهندگان خدمت نیز در آن دیده نشده است.

- افزایش مصرف و القای هزینه اضافی به سیستم بهداشت و درمان: «تقاضای القایی»، در بسیاری از نظام های سلامت، یکی از چالشهای اساسی و از دلایل هدر رفت منابع عمومی و فقیر شدن مردم محسوب می شود. یکی از دلایل ایجاد تقاضای القایی استفاده بیش از حد نیاز از خدمات تخصصی و فوق تخصصی است. یافته های مطالعه بیانگر آن است که آنچه امروز در دل طرح تحول نظام سلامت در جریان است، جهت دادن بازار درمان به سوی خدمات تخصصی و فوق تخصصی است و با روال موجود، هزینه های زیادی به سیستم سلامت وارد خواهد شد. به ویژه در حوزه دارو و تجهیزات این روند باعث شده است تا بازار استفاده از محصولات دارویی خارجی به نفع کمپانی های خارجی مشخصی جهت داده شود و این امر نهایتاً به ضرر مردم خواهد بود. مطابق با یافته های مطالعه ادامه اجرای طرح تحول سلامت با روند فعلی نه تنها ایران را از دستیابی به عدالت در دسترسی و پوشش خدمات با کیفیت باز خواهد داشت بلکه باعث شکل گرفتن تقاضای القایی و افزایش مصرف نیز خواهد شد. افزایش درخواست های القایی و سفارش آزمایش ها و سایر فرایندهای کلینیکی و پاراکلینیکی بدون توجیه علمی از پیامدهای اجرای این طرح در طول سال اخیر بوده است.

- افزایش توقعات از سیستم از دیگر پیامدهای این طرح می باشد که این امر نیز به طور بالقوه بر میزان پوشش خدمات مورد خواست افراد تاثیر خواهد گذاشت. یکی از مسائل مهم در بحث تامین مالی نظام های سلامت دنیا، موضوع پایدار بودن منابع مالی نظام های سلامت می باشد. به عنوان مثال در صورتی که در یک برهه زمانی، منابع زیادی به سیستم درمان یک کشور تزریق شود، بنابر اصول اقتصادی، این موضوع باعث افزایش تقاضا و از سوی دیگر، افزایش سطح قیمت ها خواهد شد. حال اگر در چنین شرایطی، منابع این حوزه به هر دلیل کاهش پیدا کند و یا حتی افزایش متناسبی نداشته باشد، می تواند منجر به بروز تورم شدید توأم با رکود در بازار سلامت شود. در این شرایط، لطمه ای که به سیستم سلامت وارد خواهد آمد، در کوتاه مدت جبران ناپذیر خواهد بود و سبب بروز نوعی افسارگسیختگی در بازار ارائه خدمت می شود که از پیامدهای آن، افزایش سطح توقعات ارائه دهندگان خدمت و بوجود آمدن زمینه فساد، از جمله پرداختهای نامتعارف خواهد بود. تمرکز بر اجرای دقیق و کارشناسی درست طرح تحول نظام سلامت و اولویت بندی خدمات مختلف سلامت باعث کاهش این پیامد خواهد شد.

- عدم هم سویی طرح با سیاستهای کلان کشور: کشتی بزرگ اداره کشور، زمانی در جهت صحیح خود حرکت خواهد کرد، که همه اعضا در یک جهت توان خود را برای حرکت کشتی به کار بگیرند. این جهت، در واقع سیاستهای کلی کشور هستند که بایستی در همه برنامه ریزی ها از سوی مسئولین کشور مورد توجه قرار بگیرند. یافته های مطالعه نشان داد بی توجهی به سیاستهای کلان بخش سلامت از نقاط ضعف این طرح می باشد. به اذعان برخی صاحب نظران این نوع

توزیع منابع در این طرح در چارچوب اقتصاد مقاومتی نمی باشد. این نگاه به طرح تحول سلامت که با اجرای آن بیمار فقط ۱۰ درصد از هزینه های درمانی را پرداخت میکند و مابقی را دولت و بیمه ها میپردازند صحیح نمی باشد. اقتصاد مقاومتی همچنین منزلتی ندارد؛ چون به نظر می رسد آن پولی که دولت میدهد هم از جیب عمومی مردم پرداخت می شود.

- نادیده گرفتن نیازهای کارکنان: یقیناً جهت اجرای هر تغییری، یکی از اصول اساسی، آماده سازی زیرساختها بویژه برای نیروی انسانی می باشد. اگرچه سرعت و ضرورت اجرای این طرح، فرصت خیلی از این زمینه سازی ها -مانند آموزش نیروی انسانی - را از مجریان طرح گرفت، اما به هر صورت ادامه اجرای این طرح مستلزم آموزش صحیح به کارکنان است. عدم آشنایی مسئولین با این طرح و همینطور عدم اعتماد پزشکان به این طرح، از مشکلات اساسی در اجرای این طرح هستند. یکی دیگر از مشکلات اجرای این طرح، نادیده گرفتن کل کادر پزشکی در طرح تحول نظام سلامت در دریافتی ها می باشد.

در ارتباط با طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده و نقش این سیاست در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت یافته ها دلالت بر آن دارد که آنچه تا کنون به عنوان طرح ملی بیمه روستایی و پزشک خانواده در نواحی روستایی کشور در حال اجرا بوده است، نه تنها ما را به سوی یک سیستم توانمند رهنمون نمی سازد بلکه بهم ریختگیهایش ما را به خود مشغول داشته است و در بسیاری از جهات به خصوص بحث ارجاع بیماران به نحوه صحیح رضایت مطلوب بیماران و تسهیل امور آنها در جهت برآورده سازی اهداف اولیه طرح را در پی نخواهد داشت، اما نکته مهم این است که اکنون آنچه نمی بایست رخ دهد رخ داده است و راه برگشتی هم نیست، بستن چشمها بر روی خطاها و متهم ساختن یکدیگر تنها زمان ما برای رسیدن به اهداف طلایی به خصوص رسیدن به عدالت در سلامت که از اجزای پایش پوشش همگانی خدمات سلامت می باشد را از بین می برد، راهکار اصلی در این بخش بازبینی شجاعانه و بدور از تعصب و نگاههای مقطعی و سیاسی در این حوزه است. سیاست زدگی و شتابان فروافتادن در اجرای شتابزده طرحها و دفاع غیرمنصفانه از آنها هرگز ما را به منزل ایده آلی در عرصه بهداشت و درمان کشور نخواهد رساند، لذا در راستای عملیاتی شدن اصولی نظام ارجاع در بستر پزشک خانواده پیشنهاد میگردد:

۱- اصلاح قوانین موجود در سیستم ارجاع و پزشک خانواده به نحوی که بیماران ملزم به پیمایش در مسیر مشخص شده در طرح باشند و دور زدن طرح هزینه زیادی برای آنها در بر داشته باشد، البته برای جذاب بودن انتخاب این مسیر لازم است مزایای سیستم ارجاع و هزینه اثربخش بودن آن برای مردم و گروههای هدف تبیین شود.

۲- الزام قانونی متخصصین به همکاری موثر و هدفمند در طرح و پرداخت حق بیمه تنها در صورت ارائه پسخوراند به سطح اول ارجاع.

۳- کار فرهنگی به خصوص بهره گیری از ظرفیتهای رسانه ملی برای اطلاع رسانی، آگاهی و توانمندسازی جمعیت هدف در خصوص اهداف، مزایا، نحوه بهره گیری از بیمه روستایی، خصوصیات پزشک خانواده و سیستم ارجاع.

۴- بهره گیری از خدمات ارجاع در سطوح تخصصی تنها محدود به مراکز دانشگاهی و آموزشی نباشد و بیمه شده بتواند از چندین سطح تخصصی دولتی و غیر دولتی با فرانشیز متفاوت و کیفیتهای گوناگون بسته به انتخاب خود و قدرت خرید خدمت بهره گیری کند.

۵- ارائه راهکار ویژه برای جلوگیری از خرید مالی مسیر ارجاع معکوس در این طرح

۶- ارائه ساز و کار مراقبتی و نظارتی جدی بر روند ارجاع بیماران از سطح یک ارائه خدمت (توسط پزشکان خانواده) از لحاظ کمی و کیفی با همکاری سازمانهای بیمه گر

عزم جدی در عرصه اطلاع رسانی و وضع قوانین مربوطه در این حوزه به خصوص همکاری جدی سطوح تخصصی با سطح اول ارجاع (پزشک خانواده) دارد، در انتها به این نکته کلیدی نیز اشاره شده است که نظام پزشک خانواده به عنوان پیشانی بند بیمه روستاییان در کشور در حال حاضر به هیچ عنوان مفهوم واقعی خود را ندارد و تنها به عنوان حلقه رابطی معکوس بین سطوح اولیه با سطوح تخصصی ارجاع عمل میکند و عملاً ارجاع معکوس در این نظام از فراوانی بالایی برخوردار است.

**منابع**



1. World Health Organisation, *The World Health Report 2010: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO; 2008.
2. World Health Organisation, *The World Health Report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: WHO; 2008.
3. Doshmangir L. analyzing policies influencing equitable financing in Iranian Health system. Ph.D thesis, Iran University of Medical Sciences
4. Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health Policy and Planning*. 2008;23:351.
5. Coveney J. Analyzing public health policy: Three approaches. *Health Promotion Practice*. 2010;11(4):515.
6. TAKIAN A H. IMPLEMENTING FAMILY MEDICINE IN IRAN: IDENTIFICATION OF FACILITATORS AND OBSTACLES London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2009.
7. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2008;24.
8. Gilson L, Erasmus E, Borghi J, Macha J, Kamuzora P, Mtei G. Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project. *Health Policy and Planning*. 2012 Mar;27:i64-i76.
9. Ham C. Analysis of health policy--principles and practice. *Scandinavian journal of social medicine Supplementum*. 1991;46:62.
11. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9(4):353-70.
12. Reich MR. Applied political analysis for health policy reform. *Current issues in Public health*. 1996;2:186-91.
13. 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(3):e121-37.
14. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan*. 2011 Mar;26(2):163-73.
15. Siverbo S. The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*. 2004;20(4):401-20.
16. Hermans LM, Cunningham SW. Actor Models for Policy Analysis. *Public Policy Analysis: Springer*; 2013. p. 185-213.
17. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries? *Social Science & Medicine*. 2002;54(10):1559-87.
18. World Health Organisation, *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
19. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. 2004.
20. Carrin G, James C. Determinants of achieving universal coverage of health care: an empirical analysis. M Audibert, J Mathonnat, et E de Roodenbeke (éditeurs), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* Paris: Karthala. 2003:299-321.
21. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet*. 2006;368(9550):1920-35.
22. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*. 2006;368(9546):1524-34.

23. World Health Organization. Department of Health Systems Financing. User Manual for OASIS. Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing. A tool Health financing review Performance assessment Options for improvement. World Health Organization 2010
24. King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*. 2009;373(9673):1447-54.
25. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001;56(3):171-204.
26. Carrin G, James C, Adelhardt M, Doetinchem O, Eriki P, Hassan M, et al. Health financing reform in Kenya--Assessing the social health insurance proposal. *SAMJ-South African Medical Journal*. 2007;97(2):130.
27. Carrin G, Organization WH. Community based health insurance schemes in developing countries: facts, problems and perspectives/by Guy Carrin. 2003.
28. World Health Organization; **Universal Health Coverage**; Available at: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>
29. World Health Organization; **Questions and Answers on Universal Health Coverage**; Available at: [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc\\_qa/en/](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc_qa/en/)
30. Kieny, Marie-Paule, and David B. Evans; **Universal health coverage**; EMHJ 19.5 (2013).
31. World Health Organization; **The world health report: health systems financing: the path to universal coverage**; Available at: [http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_en.pdf?ua=1)
32. World Health Organization; Health systems financing review; Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/tools/systems\\_review/en/](http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/)
33. World Health Organization; Health systems financing review; Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/tools/systems\\_review/en/index1.html](http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/index1.html)
34. World Health Organization, Department of Health Systems Financing; User Manual for OASIS; Available at: [http://www.who.int/entity/health\\_financing/tools/oasis\\_manual\\_version\\_october.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/health_financing/tools/oasis_manual_version_october.pdf?ua=1)
35. World Health Organization; Universal Health Coverage; Available at: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>
36. World Health Organization; Questions and Answers on Universal Health Coverage; Available at: [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc\\_qa/en/](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/uhc_qa/en/)
37. Kieny, Marie-Paule, and David B. Evans; Universal health coverage; EMHJ 19.5 (2013).
38. World Health Organization; The world health report: health systems financing: the path to universal coverage; Available at: [http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_en.pdf?ua=1)
39. World Health Organization; Health systems financing review; Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/tools/systems\\_review/en/](http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/)
40. World Health Organization; Health systems financing review; Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/tools/systems\\_review/en/index1.html](http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/index1.html)
41. World Health Organization, Department of Health Systems Financing; User Manual for OASIS; Available at: [http://www.who.int/entity/health\\_financing/tools/oasis\\_manual\\_version\\_october.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/health_financing/tools/oasis_manual_version_october.pdf?ua=1)

ضمانہ

## ضمیمه:

پیوست شماره ۱: لیست سوالات مصاحبه

### **عنوان: تحلیل سیاست های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی سلامت در چهار دهه اخیر با تاکید بر طرح تحول نظام سلامت و تاثیرات آن بر پوشش همگانی سلامت کشور با سلام و احترام**

لطفا خود را معرفی و سابقه و سمت خود را بفرمایید.

۱. به نظر شما در طول چهار دهه اخیر نظام سلامت ایران کدام سیاست ها با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت (پوشش جمعیت، پوشش هزینه ها و خدمات) اتخاذ و اجرا شده است؟
۲. به نظر شما کدام یک از این سیاست ها توانسته است به هدف پوشش همگانی خدمات سلامت دست یابد. لطفا توضیح دهید.
۳. فکر می کنید عوامل اصلی مرتبط با عدم دستیابی این سیاست ها (منظور سیاست های ذکر شده) به اهداف مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت چه بوده است؟ لطفا توضیح دهید.
۴. در مورد طرح تحول نظرتان چیست؟ چقدر فکر می کنید این سیاست با هدف پوشش همگانی خدمات سلامت اتخاذ گردید؟
  - اهداف و فرایندهای مرتبط با اجرای این طرح را توضیح دهید.
  - بفرمایید چگونه این سیاست وارد دستور کار سیاستگذاری، تدوین و اجرا شد؟
۵. به نظر شما آیا ایران با اجرای طرح تحول نظام سلامت می تواند به هدف پوشش همگانی خدمات سلامت دست یابد؟ توضیح دهید چه اقدامات دیگری لازم است انجام شود تا بتواند به هدف پوشش همگانی خدمات سلامت دست یابد.
۶. به نظر شما مهمترین چالشهای مرتبط با اجرای این طرح در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت کدامند. توضیح دهید.
۷. تداوم مالی طرح را چطور ارزیابی می کنید.
۸. اجرای این طرح چه تاثیری روی سازمانهای بیمه ای کشور و رفتار صندوق های بیمه ای گذاشت؟
۹. فکر می کنید با اجرای این طرح چقدر سازمانهای بیمه ای برای تحت پوشش قرار دادن همه مردم کشور تقویت شدند؟
۱۰. آینده طرح تحول سلامت ایران را چگونه پیش بینی می کنید.
۱۱. لطفا چنانچه مورد دیگری در خصوص موارد شرح داده شده مورد نظر می باشد بفرمایید.

## پیوست شماره ۲: جدول مرتبط با چارچوب OASIS

oasis fainal [Compatibility Mode] - Microsoft Excel

File Home Insert Page Layout Formulas Data Review View

Cut Copy Paste Format Painter Clipboard Font Alignment Number Styles Cells Editing

Working version 14 - November 2011

World Health Organization OASIS Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing  
Health financing review  
Performance assessment  
Options for improvement

Switchboard Acronyms

Component 1: Health financing system review			
C1	1. Health system overview Related HF performance indicators	2. Resource collection Related HF performance indicators	3. External funding Related HF performance indicators
	4. Pooling Related HF performance indicators	5. Purchasing Related HF performance indicators	6. Benefit package Related HF performance indicators
	7. Fund management Related HF performance indicators	8. Stewardship Related HF performance indicators	9. Health financing performance analysis Related HF performance indicators
	10. More details: Performance Related HF performance indicators		
Component 2: Detailed institutional-organizational analysis			
C2	1. Health insurance resource mobilization Related HF performance indicators	2. Health insurance membership registration Related HF performance indicators	3. Targeted subsidization of health insurance premiums Related HF performance indicators
	4. Targeted exemption from cost-sharing Related HF performance indicators	5. Provider payment mechanisms and claims Related HF performance indicators	6. Placeholder for new module Related HF performance indicators
Component 3: Options for improvement			
C3	1. Health insurance collection of Related HF performance indicators	2. Health insurance membership registration Related HF performance indicators	3. Targeted subsidization of health insurance premiums Related HF performance indicators
	4. Purchasing Related HF performance indicators	5. Targeted exemption from cost-sharing Related HF performance indicators	6. Provider payment mechanisms and claims Related HF performance indicators
	7. Benefits package Related HF performance indicators	8. Pooling Related HF performance indicators	9. Stewardship Related HF performance indicators
	10. Domestic resource mobilization Related HF performance indicators		

OASIS Excel Aid, developed by Inke Maltefuer in collaboration with Guy Carrin, Department of Health Systems Financing  
© World Health Organization 2010 Working version 14 - November 2011

Switchboard HF Performance indicators C1-1. Health System Overview C1-2. Resource collection C1-3. External resources C1-5. Purchasing C1-4. Pooling

F28

1. Currency

For the year	2018	Source: <a href="http://www.tradingeconomics.com/iran/gdp">http://www.tradingeconomics.com/iran/gdp</a>
National currency unit	IRR	
Exchange rate US\$	29.896	

2. GDP trends in national currency and in constant prices

Year	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GDP per capita						2737.11	2864.78	3011.8
GDP growth rate		6.5	6.1	6.3	6.9	4.3	6.2	6.5
Year	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GDP per capita	3021.68	3053.49	3215.72	3299.99	3043	2945.29	2949.29	
GDP growth rate	1.5	1	2	9	-6.9	-1.8	0.6	

Source: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ir&v=66>---<http://www.tradingeconomics.com/iran/gdp>

3. Population

For the year	2013	Source: WHO...TAMIN24.IR.....1391 مرکز امور و وزارت بهداشت سازمانه اماری کشور
Total population (pop.)	77.447.000	
Population growth rate (%)	1.29	
Economically active pop.	89.3	
Informal sector (%)	82.6	
Formal sector (%)	16.9	

4. Income

Average household income of income quintiles	National currency	Share in total national income
For the year		
1st income quintile	167241442	
2nd income quintile		
3rd income quintile		
4th income quintile		

Source:

B51

با توجه به طرح تحول سلامت در حال حاضر کشور ایران سعی میکند تا در راستای یک پارچه کردن برنامه های بیمه قدم بردارد. که این کار تا حدودی به صورت متوسط انجام شده است.

Mark the relevant cell

Indicators	Rather lower fragmentation	Rather higher fragmentation
Type of membership	Compulsory	Voluntary
Membership unit	Family / group	Individual
If voluntary, do individuals have to join via a group?	Yes	No
Contribution rules	Income-based	Flat rate
Is opting out possible for certain (income) groups?	Not possible	Possible

Mark the relevant cell

Indicators	Rather lower fragmentation	Rather higher fragmentation
Type of membership	Compulsory	Voluntary
Membership unit	Family / group	Individual
If voluntary, individuals have to join	Yes	No
Contribution rules	Income-based	Flat rate
Is opting out possible for certain groups?	Not possible	Possible

For additional schemes, you may copy this table.

What is the degree of fragmentation within insurance schemes?	High	Medium	Low

با توجه به طرح تحول سلامت در حال حاضر کشور ایران سعی میکند تا در راستای یک پارچه کردن برنامه های بیمه قدم بردارد. که این کار تا حدودی به صورت متوسط انجام شده است.

3.2 Resource allocation in tax-based health financing

Mark the relevant cell

Sub-indicators	Rather lower fragmentation	Rather higher fragmentation
What are the criteria for resource allocation to sub-national units?	بنابه درخواست مناطق ، دانشگاههای علوم پزشکی بودجه را از وزارت بهداشت درخواست می کنند.	Per capita allocation, historical budgeting
What is the level of fund pooling?	National level	Sub-national level
Is there ex-post adjustment of resource allocation?	Yes	No

List the the criteria for resource allocation.

معیار های تخصیص منابع محدود از دیدگاه اقتصاد بهداشت: 1. کفایت 2. عدالت

با توجه به اجرای سراسری و ملی بودن طرح تحول در خرید راهبردی و رقابتی وجود ندارد ولی بین سازمانهای می خواهند تجهیزات و یا هر چیزی را بفروشند در درون یک رقابت شدید قرار می گیرند.

**3. What are the incentives set by these provider payment mechanisms (PPMs)?** *Or type in the appropriate provider types.*

	Government health centres	Government hospitals	Private clinics	Private hospitals	Non-profit clinics	Non-profit hospitals
<b>Dominant PPM</b>	سرنانه	کارانه	کارانه	کارانه	کارانه	کارانه
<b>Incentives set by dominant provider payment mechanism(s)?</b>	ارانه خدمات بیش از اندازه ارانه خدمات بیش از اندازه ارانه خدمات زیاد به بیمار از ارانه زیاد خدمات به مراجع ارانه خدمت زیاد به مراجع پوشش تعداد زیادی از افراد					
Is there over-provision? <i>(high, medium, low)</i>	کم	کم	کم	زیاد	زیاد	زیاد
Is there under-provision? <i>(high, medium, low)</i>						
Is there cream-skimming? <i>(high, medium, low)</i>	کم	کم	متوسط	زیاد	زیاد	زیاد
What is the level of administrative complexity? <i>(high, medium, low)</i>	کم	زیاد	کم	کم	کم	کم

**Questions for further reflection:**

**Overall, does the current PPM setup raise concerns regarding efficiency and equity?**  
 بله اگر مکانیسم پرداخت به صورت سرنانه باشد ارانه دهنده دوست دارد تا خدمات کمی را ارانه دهد. همچنین اگر مکانیسم پرداخت به صورت کارانه باشد ارانه دهنده حلقه مند است تا خدمات بیشتری را ارانه دهد.

**Which purchasers should improve their provider payment system and how?**

پیوست شماره ۳: جدول مرتبط با انتخاب سیاست های موردنظر بر اساس معیارهای مرتبط  
با پوشش همگانی خدمات سلامت

اهداف پوشش همگانی سلامت											سیاست اتخاذی نظام سلامت
پوشش خدمات				پوشش جمعیت				پوشش هزینه			
											۱. پزشک خانواده روستایی
											۲. پزشک خانواده شهری
											۳. بیمه همگانی خدمات درمانی
											۴. بیمه تامین اجتماعی
											۵. پایه ریزی شبکه های بهداشتی
											۶. طرح تحول نظام سلامت ایران
											۷. اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی
											۸. قانون مدیریت خدمات کشوری: ماده ۸
											۹. برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی : ماده ۱۹، ماده ۳۲، ماده ۳۴، ماده ۳۵، ماده ۳۶، ۳۷، ۳۸
											۱۰. برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مواد ۸۴، ۸۵، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲
											۹۳



												<p>۱۱. قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی-اجتماعی- فرهنگی مواد ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۶، ۱۹۷،</p> <p>۱۲. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی</p> <p>۱۳. قانون هدفمند کردن یارانه‌ها</p> <p>۱۴.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

پیوست شماره ۴: مشخصات وب سایت های بررسی شده

تاریخ بارگذاری	آدرس وب سایت	عنوان	نام مجله	نام پایگاه داده ای	کد
23/3/1394 9:46:0	<a href="http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81964&amp;type=3">http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81964&amp;type=3</a>	چهره ها	سپید	سلامتیران	S1
23/3/1394 10:8:0	<a href="http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81958&amp;type=3">http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81958&amp;type=3</a>	اختلاف وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت بر سر اختصاص منابع؛ منابع مالی بیمه سلامت اختصاص نیافته است	"	"	S2
23/3/1394 10:9:0	<a href="http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81946&amp;type=3">http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81946&amp;type=3</a>	بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی قرار داد خود را با بیمه آتیه سازان حافظ لغو کرده‌اند/پرداخت طلب بیمارستان‌ها از سوی بیمه‌ها با فاصله ۳ تا ۴ ماهه گاهی با تاخیری ۷ ماهه انجام می‌شود چرا بیمه‌ها بدهی بیمارستان‌ها را به روز پرداخت نمی‌کنند؟	"	"	S3
23/3/1394 9:46:0	<a href="http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81963&amp;type=3">http://www.salamatiran.ir/NSite/Fullstory/?Id=81963&amp;type=3</a>	حرمت‌شکنی علت بیشتر شکایات از پزشکان	"	"	S4
31/3/1394 10:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82417&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82417&amp;type=3</a>	جهانگیری معاون برنامه‌ریزی سازمان نظام پزشکی تاکید کرد هیچ کاستی از جامعه پزشکی در روند طرح تحول ندیدیم	"	"	S5
31/3/1394 9:11:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82412&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82412&amp;type=3</a>	گفتگو سالن‌های ورزشی، میزبان برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد	"	"	S6
31/3/1394 9:11:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82408&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82408&amp;type=3</a>	هر ۵ سال یکبار کوریکولوم آموزش پزشکی تغییر کند تغییر اساسی نیاز است	"	"	S7
31/3/1394 10:4:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82406&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82406&amp;type=3</a>	گزارش افزایش حقوق رزیدنتی از مهرماه	"	"	S8
30/3/1394 10:21:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82293&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82293&amp;type=3</a>	نایب رئیس سندیکای تولیدکنندگان داروهای انسانی در گفتگو با سپید اگر ثابت شود هر داروی ایرانی کیفیت ندارد مطمئناً آنرا از بازار جمع می‌کنیم	"	"	S9
30/3/1394 10:17:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82300&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82300&amp;type=3</a>	آمار	"	"	S10
30/3/1394 8:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82241&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82241&amp;type=3</a>	نقد و بررسی چالش‌های مدیریتی و طرح تحول نظام سلامت سلامت از اولویت پانزدهم به اولویت پنجم کشور رسید	"	"	S11
30/3/1394 8:9:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82234&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/Fullstory/?Id=82234&amp;type=3</a>	دبیر کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی با تاکید بر وضعیت نامطلوب انجمن‌های علمی پزشکی در ایران معلوم نیست برخی از انجمن‌های ما به چه دلیل تشکیل می‌شوند؟	"	"	S12

30/3/1394 8:7:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82246&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82246&amp;type=3</a>	در دیدار اعضای کمیسیون بهداشت مجلس با مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی مطرح شد دغدغه‌های مجلس نشینان در مورد تأمین اجتماعی	سپید	سلامتیران	S13
30/3/1394 8:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82250&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82250&amp;type=3</a>	پزشکان معترض به شفاف نبودن پرداخت‌ها در بیمارستان دولتی بخشی از علی‌الحساب دریافتی را برگردانید!	“	“	S14
26/3/1394 11:2:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82199&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82199&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت: مشکلات حوزه پزشکی به آموزش پزشکی برمی‌گردد امیدواریم شاهد تصمیمات خلق الساعه و تحمیلی نباشیم	“	“	S15
25/3/1394 10:26:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82125&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82125&amp;type=3</a>	در گفت‌وگو با معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان مطرح شد اعتبارات آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کافی نیست	“	“	S16
24/3/1394 10:39:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82049&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82049&amp;type=3</a>	روایت دبیر شورای عالی نظام پزشکی از نظر مقام معظم رهبری در مورد زیر میزی بدون رسانه‌ای شدن اقدامات قانونی انجام شود	“	“	S17
24/3/1394 10:41:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82045&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=82045&amp;type=3</a>	بررسی نقطه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌ای از طرح تحول سلامت نام شرکت‌های منتفع شده را علنی کنید	“	“	S18
20/3/1394 10:31:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81886&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81886&amp;type=3</a>	معاون سازمان درمان تأمین اجتماعی در گفتگو با سپید تأمین منابع مالی مهمترین چالش پیش رو سازمان‌های بیمه‌گر	“	“	S19
20/3/1394 10:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81878&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81878&amp;type=3</a>	نظرات متناقض در مورد وضعیت فعلی اجرای طرح پزشک خانواده در مناطق پایلوت برنامه پزشک خانواده نجات‌بخش است، اگر مشکلاتش حل شود	“	“	S20
18/3/1394 12:9:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81725&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81725&amp;type=3</a>	جوابیه سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی به اظهارات عضو هیات مدیره انجمن تالاسمی این حرف‌ها بسیار خطرناک است!	“	“	S21
18/3/1394 9:25:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81670&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81670&amp;type=3</a>	گزارش اول/گزارشی از اورژانس بیمارستانی در مرکز پایتخت از اخراج بیمار تصادفی تا نداشتن متخصص مقیم	“	“	S22
18/3/1394 9:27:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81651&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81651&amp;type=3</a>	بررسی بهترین روش پرداخت در نظام سلامت در مصاحبه با مشاور معاون وزیر رفاه و تأمین اجتماعی تلفیقی از کارانه و سرانه را به‌کار بگیریم	“	“	S23
18/3/1394 9:24:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81666&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81666&amp;type=3</a>	اعتراض به ضرایب K همچنان وجود دارد کتاب تعرفه‌ها باز هم اصلاح می‌خواهد	“	“	S24
11/3/1394 10:4:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81541&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81541&amp;type=3</a>	نشست تخصصی عدالت در سلامت با محوریت مسائل مربوط به دستیاران و کارورزها برگزار شد دستیاران و کارورزان؛ مشمول آموزش یا مشغول کار؟	“	“	S25
11/3/1394 10:16:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81548&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81548&amp;type=3</a>	سید وحید شریعت، رئیس بیمارستان روانپزشکی ایران در گفتگو با سپید تعرفه‌گذاری جدید روانپزشکان را برای ارائه خدمات ترغیب می‌کند	“	“	S26

10/3/1394	10:4:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81481&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81481&amp;type=3</a>	درخواست معاون نظارت سازمان نظام پزشکی از نمایندگان مجلس مستندات عدم موفقیت مقابله با زیرمیزی را ارائه دهید	سپید	سلامتیران	S27
9/3/1394	9:55:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81391&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81391&amp;type=3</a>	گزارش خبری برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده تکلیف قانونی است	“	“	S28
5/3/1394	9:43:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81247&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81247&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت هشدار داد نظام پزشکی بر خورد نکند، نهاد های دیگر وارد می شوند	“	“	S29
3/3/1394	9:53:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81071&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=81071&amp;type=3</a>	انتقادات یک متخصص بیهوشی به مدیریت های کلان بخش سلامت مدیریت درمان را می توان به غیر پزشکان سپرد	“	“	S30
27/2/1394	8:33:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80580&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80580&amp;type=3</a>	بررسی وضعیت تولیدات داخلی در حیطة تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی به سوی تولیدات بیشتر و حضور موثرتر در بازارهای جهانی	“	“	S31
27/2/1394	8:24:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80563&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80563&amp;type=3</a>	سی و نهمین کنگره جامعه جراحان ایران همه جراحان ایران زیر یک سقف	“	“	S32
23/2/1394	9:55:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80491&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80491&amp;type=3</a>	پیشنهاد واگذاری اداره سلامت پایتخت به شهرداری از سوی وزیر بهداشت در جلسه علنی شورای شهر تهران	“	“	S33
23/2/1394	9:47:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80529&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80529&amp;type=3</a>	پیشکش وزیر به شهردار سید ابوالقاسم موسوی، معاون اجرایی مجمع تشخیص مصلحت نظام در گفتگو با سپید اگر مسئولان به نقدها توجه نکنند، طرح تحول زمین می خورد	“	“	S34
23/2/1394	9:44:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80528&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80528&amp;type=3</a>	آمار	“	“	S35
22/2/1394	9:29:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80483&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80483&amp;type=3</a>	ایرج فاضل در نشست خبری سی و نهمین کنگره سالانه جامعه جراحان ایران چرا بدهی میلیاردی بیمه ها به بیمارستان ها پیگیری نمی شود؟	“	“	S36
21/2/1394	8:49:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80423&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80423&amp;type=3</a>	امامی رضوی در همایش کشوری آموزش پزشکی تاکید کرد ضرورت تغییر نظام ارائه خدمات در بیمارستان ها ی آموزشی به شیوه انگلستان	“	“	S37
20/2/1394	8:49:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80308&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80308&amp;type=3</a>	در مقطعی از زمان، آموزش پزشکی اصل و مردم فرع واقع شدند شرکت درآزمون دستیاری، یک سال پس از فارغ التحصیلی	“	“	S38
19/2/1394	9:47:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80184&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80184&amp;type=3</a>	انتقاد شدید رئیس سازمان نظام پزشکی از عملکرد بیمه ها ی تکمیلی در طرح تحول نظام سلامت بخش خصوصی درمان در شهرهای کوچک در خطر نابودی است	“	“	S39
19/2/1394	9:48:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80191&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80191&amp;type=3</a>	سر مقاله منتقدان جدی تر به صحنه بیابند	“	“	S40

19/2/1394 9:48:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80187&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80187&amp;type=3</a>	ایرج فاضل با انتقاد از عدم همکاری بیمه‌های تکمیلی در طرح تحول نظام سلامت عنوان کرد سهل‌انگاری بیمه‌ها مانع اصلی درمان کشور	سپید	سلامتیران	S41
19/2/1394 9:46:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80175&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80175&amp;type=3</a>	در بیست و ششمین کنگره پزشکان متخصص داخلی مطرح شد عدم حمایت تعرفه‌ای تخصص داخلی را نابود می‌کند	“	“	S42
16/2/1394 9:36:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80096&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80096&amp;type=3</a>	گزارش جای روابط عمومی خوب در اطلاع‌رسانی اقدامات مهم خالی است	“	“	S43
16/2/1394 9:44:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80095&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80095&amp;type=3</a>	گزارش در منطقه فقط پاکستان، عراق و افغانستان از ما بدترند	“	“	S44
16/2/1394 9:37:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80094&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80094&amp;type=3</a>	ابراز نگرانی مکرر وزیر بهداشت حداقل ۱۰ تا ۱۵ سال زمان تا رسیدن به نقطه مطلوب فاصله داریم	“	“	S45
16/2/1394 9:36:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80090&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80090&amp;type=3</a>	نظرات شفاف و پیشنهادهای حسین ملک‌افضلی در روز اول همایش نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت بهداشت را با نیروی اجاره‌ای نمی‌توان اداره کرد	“	“	S46
15/2/1394 9:16:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80036&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80036&amp;type=3</a>	رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت در خصوص همایش نقد عملکرد دولت در حوزه سلامت عنوان کرد سعی کردیم منتقدان از طیف‌های گوناگون باشند	“	“	S47
15/2/1394 9:15:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80037&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=80037&amp;type=3</a>	چهره‌ها	“	“	S48
14/2/1394 9:43:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79958&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79958&amp;type=3</a>	چهره‌ها	“	“	S49
7/2/1394 9:31:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79675&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79675&amp;type=3</a>	معاون اول رئیس‌جمهور با اشاره به موفقیت بیش از ۹۰ درصدی طرح تحول سلامت بخش خصوصی نباید احساس کند از میدان به در شده است	“	“	S50
6/2/1394 9:34:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79614&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79614&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت: وظیفه خود می‌دانم در دانشگاهی که مهد آزادی و گفت و شنود است، گوش شنوای اعتراضات باشم استقبال از اعتراض	“	“	S51
5/2/1394 9:31:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79484&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79484&amp;type=3</a>	مدیرکل اداره نظارت و ارزیابی تجهیزات پزشکی در گفتگویی اختصاصی با سپید ایران هلث ۹۴، متفاوت‌تر از سال‌های گذشته	“	“	S52
5/2/1394 9:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79490&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79490&amp;type=3</a>	آمار	“	“	S53
2/2/1394 10:42:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79436&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79436&amp;type=3</a>	چهره‌ها	“	“	S54

1/2/1394	9:5:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79337&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79337&amp;type=3</a>	آموزش داروسازان باید تغییر کند تلاش برای کار آمد شدن داروساز های بالینی در بیمارستان ها	سپید	سلامتیران	S55
31/1/1394	9:33:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79266&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79266&amp;type=3</a>	اعضای کمیسیون بهداشت مجلس از کم کاری ها در حوزه سلامت روان می گوید نیاز به مشارکت عمومی برای بهبود وضعیت سلامت روان	“	“	S56
30/1/1394	9:37:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79204&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79204&amp;type=3</a>	گزارش بخش سرپایی و غیردولتی وضعیت مطلوبی ندارد	“	“	S57
30/1/1394	9:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79211&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79211&amp;type=3</a>	خبرنامه	“	“	S58
30/1/1394	9:34:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79203&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79203&amp;type=3</a>	رئیس دانشگاه علوم پزشکی جهرم خبر داد اجرای طرح مراقبت فعال از بیماران غیر واگیر	“	“	S59
26/1/1394	10:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79059&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=79059&amp;type=3</a>	مجدواد کبیر، معاون سازمان بیمه سلامت ایران بدون تقویت بسته خدمات پایه نظام سلامت اصلاح نمی شود	“	“	S60
25/1/1394	10:41:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78994&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78994&amp;type=3</a>	گزارش سپید از اما و اگر های اجرای یک طرح بزرگ در حوزه دهان و دندان جراحی مدیریتی در حوزه دهان و دندان جواب می دهد؟	“	“	S61
24/1/1394	9:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78929&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78929&amp;type=3</a>	سپید از مشکلات دندان پزشکان گزارش می دهد کسی به فکر دندان پزشکان نیست	“	“	S62
22/1/1394	8:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78770&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78770&amp;type=3</a>	بررسی سپید از طرح یکپارچگی خدمات بهداشتی در ۳ دانشگاه علوم پزشکی در تهران بهداشت در تهران یکپارچه می شود؟	“	“	S63
19/1/1394	10:11:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78703&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78703&amp;type=3</a>	معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی کشور عنوان کرد یک وزارت بهداشت و هزاران سودا!	“	“	S64
19/1/1394	10:10:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78716&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78716&amp;type=3</a>	سرانه سلامت در ایران از نگاه نمایندگان مجلس سرانه سلامت در ایران یک پانزدهم اروپا، یک سی ام آمریکا	“	“	S65
19/1/1394	10:9:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78720&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78720&amp;type=3</a>	گزارش خبری روند سنتی آموزش پزشکی در انتظار تغییر	“	“	S66
18/1/1394	9:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78638&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78638&amp;type=3</a>	وزارت بهداشت در سال ۹۴ با چه چالش هایی روبرو می شود؟ پیشگیری و آموزش را جدی بگیرید	“	“	S67
17/1/1394	8:36:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78592&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78592&amp;type=3</a>	کارشناسان تغذیه در گفتگو با سپید از روند تولید نان و لبنیات گلایه کردند انتظار تحول در سلامت تغذیه ای	“	“	S68
25/12/1393	10:23:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78497&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78497&amp;type=3</a>	گزارشی پیرامون برنامه های سال آینده برخی انجمن های پزشکی کشور برنامه های انجمن ها و مراکز علمی برای سال ۹۴	“	“	S69

25/12/1393	10:27:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78495&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78495&amp;type=3</a>	گفتگوی اختصاصی سپید با علی نوبخت‌حقیقی دبیر مجمع انجمن های علمی گروه های پزشکی نگذارید دلوایسان شیرینی طرح تحول سلامت را به کام ملت تلخ کنند	سپید	سلامتیران	S70
18/12/1393	11:24:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78022&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78022&amp;type=3</a>	بررسی آمار اعلامی وزارت بهداشت از میزان رضایتمندی مردم از طرح تحول سلامت 70۰80، ۸8!	“	“	S71
18/12/1393	11:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78013&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=78013&amp;type=3</a>	برگزاری آزمون استخدامی برای جذب ۵۰۰ نیروی درمانی در خوزستان تلاش برای رسیدن به استانداردهای کشوری	“	“	S72
17/12/1393	12:49:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77937&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77937&amp;type=3</a>	روند اجرای دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و غیرپزشک بیمارستان‌های وزارت بهداشت چرا پرداخت به پزشکان علی الحساب است؟	“	“	S73
17/12/1393	10:34:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77874&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77874&amp;type=3</a>	علیرضا اولیایی‌منش از ویرایش کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات سلامت می‌گوید در بازنگری نهایی، هیچ پزشکی ضرر نمی‌کند	“	“	S74
13/12/1393	12:7:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77833&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77833&amp;type=3</a>	گفت و گو هنوز با کمبود پزشک متخصص مواجه هستیم	“	“	S75
13/12/1393	12:14:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77835&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77835&amp;type=3</a>	مشکلات اجرای طرح تحول از زبان معاون درمان وزیر بهداشت کمبود تخت اورژانس، فرسودگی بیمارستان‌ها، کمبود نیروی انسانی	“	“	S76
12/12/1393	10:25:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77757&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77757&amp;type=3</a>	دبیر همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت اعلام کرد فقط ۹ درصد پرستاران از درآمد خود راضی هستند	“	“	S77
11/12/1393	10:40:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77661&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77661&amp;type=3</a>	قائم مقام سازمان بیمه سلامت ایران، تجمیع بیمه‌ها را وظیفه سازمان مدیریت و برنامه ریزی دانست فاصله بخش خصوصی و دولتی زیاد شده است	“	“	S78
10/12/1393	10:41:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77600&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77600&amp;type=3</a>	یادداشت بی توجهی به اعتبارات موردنیاز بیمه‌ها در طرح تحول نظام سلامت	“	“	S79
6/12/1393	11:48:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77426&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77426&amp;type=3</a>	آسیب شناسی بسته ویزیت سرپایی نادیده گرفتن بخش خصوصی	“	“	S80
5/12/1393	11:49:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77338&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77338&amp;type=3</a>	با اجرای برنامه جدید وزارت بهداشت برای سلامت دندان ایرانی‌ها طرح تحول به ایستگاه دندانپزشکی رسید	“	“	S81
5/12/1393	11:49:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77318&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77318&amp;type=3</a>	دغدغه‌ها و نگرانی‌های پرستاران پرستاران در انتظار عدالت	“	“	S82
2/12/1393	10:46:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77108&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77108&amp;type=3</a>	ارزیابی «بسته زایمان طبیعی رایگان» در گفتگو با اعضای کمیسیون بهداشت افزایش زایمان طبیعی، کاهش سزارین	“	“	S83



2/12/1393	10:44:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77094&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77094&amp;type=3</a>	روایت رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران از اجرای طرح تحول نظام سلامت بیش از ۷۸ درصد از پزشکان زیر ۱۰ میلیون تومان کارانه می‌گیرند	سپید	سلامتیران	S84
29/11/1393	11:27:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77035&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77035&amp;type=3</a>	نمایندگان مجلس در گفتگو با سپید از آینده پزشکان شاغل در مناطق محروم می‌گویند ماندگارتر شده اند، اما...	“	“	S85
29/11/1393	11:26:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77036&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=77036&amp;type=3</a>	یادداشت ضرورت تربیت پزشک بومی متخصص	“	“	S86
28/11/1393	10:35:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76936&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76936&amp;type=3</a>	از بیمار فروشی تا پارتی بازی در گفتگو با مدیران آمبولانس‌های خصوصی آمبولانس خصوصی ضرورت یا تشریفات؟	“	“	S87
27/11/1393	11:30:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76897&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76897&amp;type=3</a>	گزارش تحلیلی فرارو از سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأملی بر روند اجرای طرح تحول نظام سلامت	“	“	S88
26/11/1393	11:57:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76815&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76815&amp;type=3</a>	در بیمارستان‌های دانشگاهی اولویت با درمان است یا آموزش؟ کثرت بیماران اورژانسی به آموزش دستیاران لطمه زده؟	“	“	S89
26/11/1393	11:56:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76832&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76832&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت در مراسم معرفی ۲ داروی جدید ایرانی صادرات دارو تا سه سال آینده به ۵۰۰ میلیون دلار برسد	“	“	S90
25/11/1393	9:23:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76760&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76760&amp;type=3</a>	چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در گفتگو با احمد فیاض‌بخش مسیري که می‌رویم شاخص های سلامت را ارتقا نمی‌دهد	“	“	S91
21/11/1393	10:45:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76678&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76678&amp;type=3</a>	بازار قاچاق تجهیزات پزشکی همچنان داغ است لزوم ورود هماهنگ قوای سه گانه به موضوع مبارزه با قاچاق	“	“	S92
20/11/1393	10:24:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76594&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76594&amp;type=3</a>	رشد فزاینده درآمد اختصاصی در بودجه سال آینده تفاوت دیدگاه‌ها در موضوع درآمد بیمارستان‌های دولتی	“	“	S93
15/11/1393	12:25:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76324&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76324&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت از راه اندازی ۲۲۰ مرکز جامع خدمات سلامت خبرداد موج تحول به بیماری‌های خاص رسید	“	“	S94
13/11/1393	13:32:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76196&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76196&amp;type=3</a>	وزارت بهداشت کمبود منابع، مشکل شماره یک نظام سلامت	“	“	S95
12/11/1393	15:18:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76133&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=76133&amp;type=3</a>	معاون وزیر بهداشت در نشست خبری هفته ملی مبارزه با سرطان اعلام کرد سالانه ۸۵۰۰ میلیارد تومان هزینه سرطان در ایران	“	“	S96
8/11/1393	11:11:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75937&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75937&amp;type=3</a>	وزارت رفاه آشنایی شرکت‌های دارویی به برخی پزشکان برای تجویز دارو	“	“	S97
7/11/1393	12:29:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75850&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75850&amp;type=3</a>	مروری بر بودجه سلامت در لایحه ۹۴ بودجه سلامت چقدر رشد می‌کند؟	“	“	S98

/11/1393 11:2:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75648&type=3	مدیران بیمارستان های خصوصی از مشکلات شان می گویند بیمارستان های خصوصی یارانه می خواهند؟	سپید	سلامتیران	S99
5/11/1393 10:58:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75663&type=3	بودجه بهداشت از درمان جداست طرح تفکیک بودجه در مبداء	“	“	S100
4/11/1393 10:35:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75610&type=3	بیماران خاص در آینه طرح تحول نظام سلامت اما و اگر های تشکیل فراکسیون بیماری های خاص	“	“	S101
30/10/1393 10:2:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75414&type=3	وقتی مددکاری به خانه امید بیماران بی بضاعت تبدیل می شود چراغ مددکاری را روشن نگه دارید	“	“	S102
29/10/1393 10:38:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75368&type=3	کارشناسان بر بازنگری در نظام پرداختی در طرح تحول نظام سلامت تاکید می کنند نظام پرداخت کارانه ایجاد مشکل می کند؟	“	“	S103
24/10/1393 10:37:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75148&type=3	معاون توسعه و مدیریت بهرهوری سازمان بیمه سلامت ایران در گفتگو با سپید برای اعلام بار مالی بیمه شدگان، نیاز به زمان داریم	“	“	S104
23/10/1393 10:16:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=75050&type=3	هشت میلیون و یکمین ایرانی صاحب دفترچه بیمه همگانی شد رئیس جمهور: اجرای سیاست های بهداشت در گرو ارتقای فرهنگ توسط رسانه هاست	“	“	S105
21/10/1393 11:4:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74843&type=3	کارشناسان معتقدند حوزه درمان سرپایی نیازمند توجه بیشتر است 5سال زمان برای واقعی شدن تعرفه درمان سرپایی	“	“	S106
17/10/1393 10:17:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74708&type=3	اعضای کمیسیون بهداشت مجلس بر لزوم بازنگری هزینه ها، در طرح تحول سلامت تاکید کردند اولویت بهداشت بر درمان	“	“	S107
17/10/1393 10:11:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74706&type=3	مجلس طرح تحول سلامت برگرفته از تایلند است	“	“	S108
16/10/1393 10:2:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74620&type=3	معاون آموزش وزارت بهداشت از چانه زنی برای افزایش حقوق دستیاران تخصصی گفت (۲) تا دو برابر	“	“	S109
15/10/1393 13:36:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74531&type=3	در گفتگوی سپید با معاون آموزش وزیر بهداشت مطرح شد (۱) تا پایان سال حقوق دستیاران تغییر می کند	“	“	S110
13/10/1393 11:46:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74333&type=3	صنفي مددکاران اجتماعی کجای طرح تحول نظام سلامت جای دارند..؟	“	“	S111
13/10/1393 11:47:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74340&type=3	پایگاه های اورژانس شناسنامه دار می شوند طرح تحول به اورژانس رسید	“	“	S112
9/10/1393 11:43:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74218&type=3	چالش های پیش روی آموزش پزشکی آموزش پزشکی هیچ کشوری شبیه ما نیست!	“	“	S113

9/10/1393	11:47:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74206&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=74206&amp;type=3</a>	به پاس نیم قرن تلاش برای سلامت ایرانیان گزارش از یک جشن	سپید	سلامتیران	S114
29/9/1393	10:16:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73987&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73987&amp;type=3</a>	درسفر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به قم عنوان شد قدردانی مراجع عظام از رئیس جمهور به عنوان متولی طرح تحول سلامت	“	“	S115
29/9/1393	10:14:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73993&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73993&amp;type=3</a>	یادداشت 95 درصد فاز اول طرح تحول نظام سلامت به نتیجه رسیده است	“	“	S116
29/9/1393	10:13:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73979&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73979&amp;type=3</a>	کاهش قیمت در حوزه تجهیزات پزشکی داخلی ها ۱۰ درصد، خارجی ها ۳۰ درصد	“	“	S117
26/9/1393	11:17:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73935&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73935&amp;type=3</a>	عابد فتاحی، عضو کمیسیون بهداشت مجلس ویزیت پزشکان در ایران بسیار کمتر از سایر کشورهاست	“	“	S118
25/9/1393	11:47:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73841&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73841&amp;type=3</a>	1482 تماس مربوط به تعرفه ها بوده است ابهام در آمار ۱۶۹۰	“	“	S119
24/9/1393	11:16:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73754&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73754&amp;type=3</a>	گزارش از بخش اورژانس یک بیمارستان دانشگاهی افزایش فشار کاری پرسنل درمان بخش دولتی	“	“	S120
19/9/1393	11:31:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73556&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73556&amp;type=3</a>	برگزاری هفتمین کنگره انجمن آزمایشگاه و بالین ۲۳ تا ۲۵ بهمن ۱۳۹۳ اصلاح تعرفه های آزمایشگاهی به سال ۹۴ موکول شد	“	“	S121
16/9/1393	10:32:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73313&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73313&amp;type=3</a>	رئیس دانشگاه علوم پزشکی اهواز مشکل جذب متخصص در بیمارستان های با ضریب اشغال کم	“	“	S122
16/9/1393	10:34:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73319&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73319&amp;type=3</a>	وحدت رویه یا تجمیع سازمان های بیمه گر در گفتگو با نمایندگان مجلس پیشبرد اهداف حوزه سلامت نیازمند تجمیع بیمه هاست؟	“	“	S123
16/9/1393	10:33:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73304&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73304&amp;type=3</a>	در نهمین کنگره سالیانه طب اورژانس مطرح شد: بحران مدیریت در «مدیریت بحران کشور»	“	“	S124
15/9/1393	11:3:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73204&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73204&amp;type=3</a>	یادداشت شفاهی با بیمه های متخلف برخورد می شود	“	“	S125
15/9/1393	11:1:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73191&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73191&amp;type=3</a>	معاون بهداشت وزارت بهداشت و درمان در اختتامیه کنگره تغذیه از نتایج این کنگره ها استفاده شود	“	“	S126
12/9/1393	11:27:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73149&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73149&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت خبر داد امضای قرارداد بیمه های تکمیلی با بیمارستان های خصوصی تا پایان هفته	“	“	S127
11/9/1393	11:31:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73067&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=73067&amp;type=3</a>	تاثیر و جایگاه سامانه ۱۶۹۰ از نگاه نمایندگان مجلس مسئولان مراقب آسیب های احتمالی به رابطه پزشک و بیمار باشند	“	“	S128
10/9/1393	11:55:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72974&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72974&amp;type=3</a>	تخصیص دائمی یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده به حوزه سلامت	“	“	S129

9/9/1393	11:51:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72897&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72897&amp;type=3</a>	«آموزش پزشکی» در گفتگوی سپید با اعضای کمیسیون بهداشت چگونه پزشکان بهتری تربیت کنیم؟	سپید	سلامتیران	S130
8/9/1393	11:7:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72743&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72743&amp;type=3</a>	پوشش نامناسب بیمه برای پاتولوژی‌ها	“	“	S131
8/9/1393	11:13:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72757&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72757&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت در سخنرانی پیش از خطبه های نماز جمعه عدم تحریم دارو یک دروغ بود	“	“	S132
8/9/1393	11:8:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72758&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72758&amp;type=3</a>	پادداشت مخالفان مرحله سوم طرح تحول	“	“	S133
5/9/1393	12:40:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72698&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72698&amp;type=3</a>	معاون درمان وزارت بهداشت در گفتگو با سپید ضریب ۲K برای تمام وقتی جغرافیایی اعمال می‌شود	“	“	S134
4/9/1393	16:43:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72639&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72639&amp;type=3</a>	چگونه ممکن است دستمزد پزشکانمان جهانی باشد؟	“	“	S135
4/9/1393	11:53:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72585&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72585&amp;type=3</a>	در قالب بسته ارتقای کیفیت خدمات میتالیان به سرطان سرطان بیماران محروم رایگان درمان می‌شود	“	“	S136
4/9/1393	11:55:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72581&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72581&amp;type=3</a>	بسته آموزشی طرح تحول ابلاغ شد آغاز مرحله چهارم طرح تحول نظام سلامت	“	“	S137
3/9/1393	14:1:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72474&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72474&amp;type=3</a>	سر مقاله مرحله سوم طرح تحول سلامت، متن و حاشیه	“	“	S138
3/9/1393	14:28:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72468&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72468&amp;type=3</a>	صدا و سیما انتقاد از طرح تحول سلامت را آغاز کرد	“	“	S139
3/9/1393	14:24:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72472&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72472&amp;type=3</a>	اخبار سیاست سلامت	“	“	S140
3/9/1393	16:1:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72473&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72473&amp;type=3</a>	تشریح علت کمبود داروهای شیمی درمانی در برخی بیمارستان‌ها	“	“	S141
3/9/1393	14:24:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72471&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72471&amp;type=3</a>	طرح تحول در مطبوعات	“	“	S142
3/9/1393	15:13:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72459&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72459&amp;type=3</a>	افتتاح خط دوم تولید صافی دیالیز مشکلات و کمبودهای بیماران دیالیز	“	“	S143
2/9/1393	16:57:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72426&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72426&amp;type=3</a>	درخواست رئیس جمهوری از رسانه‌ها برای آموزش اصول بهداشت و سلامت پنج‌گانه تزریق شد	“	“	S144
27/8/1393	7:13:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72304&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72304&amp;type=3</a>	رئیس انجمن حمایت از بیماران کلیوی در گفتگو با سپید عنوان کرد کمبود وسایل و تجهیزات دیالیز مهم‌ترین مشکل بیماران کلیوی	“	“	S145

27/8/1393	7:12:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72318&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72318&amp;type=3</a>	بررسی سپید از جایگاه تغذیه در طرح تحول نظام سلامت هرم غذایی تدوین شد	سپید	سلامتیران	S146
27/8/1393	6:27:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72314&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72314&amp;type=3</a>	دبیر انجمن علمی روانپزشکان در گفتگو با سپید حرف‌های وزیر بهداشت «امیدوار کننده» بود نه «مایوس کننده»	“	“	S147
27/8/1393	6:23:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72320&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72320&amp;type=3</a>	برنامه ویژه طرح تحول سلامت برای خانم‌ها	“	“	S148
27/8/1393	6:47:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72313&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72313&amp;type=3</a>	اخبار کوتاه	“	“	S149
26/8/1393	10:11:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72206&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72206&amp;type=3</a>	نمایندگان بیمه در گفت‌وگو با سپید اعلام کردند جایگاه بیمه‌های تکمیلی نیازمند بازنگری است	“	“	S150
26/8/1393	10:12:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72196&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72196&amp;type=3</a>	آیا نظام سلامت می‌تواند به گونه‌ای اثر بخش برنامه‌ها و اهداف مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر را در شبکه ادغام نماید؟ جایگاه بیماری‌های غیر واگیر در شبکه بهداشت و درمان	“	“	S151
26/8/1393	10:10:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72207&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72207&amp;type=3</a>	اخبار نظام سلامت	“	“	S152
25/8/1393	11:46:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72159&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72159&amp;type=3</a>	سر مقاله باید به پزشکان احترام گذاشت	“	“	S153
25/8/1393	11:55:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72152&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72152&amp;type=3</a>	سندیکای بیمه گران ایران با صدور بیانیه‌ای بر اجرای کتاب تعرفه تأکید کرد حمایت قاطع بیمه‌های تکمیلی از طرح تحول سلامت	“	“	S154
25/8/1393	11:21:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72158&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72158&amp;type=3</a>	اخبار سیاست سلامت	“	“	S155
25/8/1393	11:57:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72157&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72157&amp;type=3</a>	مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران در گفتگو با سپید عنوان کرد 700میلیارد تومان هزینه سالانه اجرای کتاب تعرفه‌ها برای بیمه سلامت ایرانیان	“	“	S156
25/8/1393	11:22:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72156&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72156&amp;type=3</a>	گزارش خبری طرح تحول مشکلی در تامین اعتبار نخواهد داشت	“	“	S157
24/8/1393	10:8:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72052&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72052&amp;type=3</a>	تمهیدات برای استمرار طرح تحول سلامت	“	“	S158
24/8/1393	11:11:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72055&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=72055&amp;type=3</a>	سر مقاله شورای عالی بیمه، نواقص کتاب تعرفه را برطرف می‌کند	“	“	S159
21/8/1393	10:52:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71995&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71995&amp;type=3</a>	هزینه‌های دندانپزشکی در طرح تحول سلامت	“	“	S160

21/8/1393	11:32:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71992&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71992&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت از غرفه روزنامه سپید در نمایشگاه مطبوعات بازدید کرد برنامه ای برای ریاست جمهوری ندارم	سپید	سلامتیران	S161
21/8/1393	10:52:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71994&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71994&amp;type=3</a>	آغاز طرح تحول بهداشت تغذیه	“	“	S162
20/8/1393	11:21:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71932&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71932&amp;type=3</a>	نقش کلیدی سازمان‌های بیمه‌گر در پیشبرد طرح تحول لزوم همراهی تامین اجتماعی و وزارت رفاه با طرح تحول	“	“	S163
20/8/1393	10:56:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71931&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71931&amp;type=3</a>	تدوین برنامه خدمات سلامت زنان	“	“	S164
19/8/1393	11:1:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71806&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71806&amp;type=3</a>	انتقاد صریح مسعود پزشکیان در گفتگویی اختصاصی با سپید طرح تحول نظام سلامت به مناطق محروم نرسیده است	“	“	S165
19/8/1393	10:18:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71816&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71816&amp;type=3</a>	عملیاتی کردن طرح اقتصاد خون	“	“	S166
19/8/1393	10:29:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71814&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71814&amp;type=3</a>	تهیه فهرست محرمانه محصولات زیان‌آور برای سلامت توسط وزارت بهداشت طرح تحول سلامت به مواد غذایی رسید	“	“	S167
19/8/1393	10:30:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71813&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71813&amp;type=3</a>	دیدگاه	“	“	S168
19/8/1393	10:18:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71815&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71815&amp;type=3</a>	کتاب تعرفه سلامت مقوله‌ای رفتار ساز یا اقتصادی؟	“	“	S169
18/8/1393	13:51:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71756&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71756&amp;type=3</a>	هدف صیانت از جامعه پزشکی است رونمایی از «۱۶۹۰»	“	“	S170
18/8/1393	13:49:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71760&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71760&amp;type=3</a>	سر مقاله کتابی برای همه	“	“	S171
18/8/1393	13:11:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71753&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71753&amp;type=3</a>	رئیس سازمان نظام پزشکی سامانه «۱۶۹۰» فرصت است، نه تهدید	“	“	S172
17/8/1393	11:17:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71640&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71640&amp;type=3</a>	روسای بیمارستان‌ها از ساز و کار اجرای مرحله سوم طرح تحول سلامت می‌گویند آغاز پایان «زیرمیزی»	“	“	S173
17/8/1393	11:16:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71644&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71644&amp;type=3</a>	سر مقاله نگاهی به طرح تحول سلامت	“	“	S174
17/8/1393	10:13:0	<a href="http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71638&amp;type=3">http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71638&amp;type=3</a>	اخبار نظام سلامت	“	“	S175



11/8/1393	10:53:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71588&type=3	بازنگری چارت درمانی در وزارت بهداشت	سپید	سلامتیران	S176
11/8/1393	12:49:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71591&type=3	سر مقاله عدالت بین رشته‌ای با کتاب ارزش نسبی خدمات	“	“	S177
10/8/1393	11:2:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71468&type=3	سر مقاله نقش اخلاق در طرح تحول سلامت	“	“	S178
10/8/1393	11:1:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71460&type=3	متخصصان در هر ساعت ۸ بیمار ویزیت کنند	“	“	S179
7/8/1393	11:56:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71390&type=3	اطمینان دانش جعفری از ایجاد صف متقاضیان مناقشه برای بیمارستان های مشارکتی	“	“	S180
7/8/1393	11:21:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71395&type=3	آثار مثبت اجرای طرح تحول نظام سلامت	“	“	S181
6/8/1393	12:9:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71326&type=3	مشکل داروخانه‌های خصوصی با طرح تحول سلامت	“	“	S182
5/8/1393	11:45:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71251&type=3	سامانه تلفنی ۱۶۹۰ برای طرح شکایات صدور حکم در ۴۵ روز	“	“	S183
5/8/1393	11:37:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71249&type=3	سر مقاله جایگاه دندانپزشکی در طرح تحول سلامت کجاست؟	“	“	S184
5/8/1393	11:37:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71239&type=3	نگاه طرح تحول نظام سلامت به بخش خصوصی در گفتگوی سپید با نمایندگان بیمارستان‌های خصوصی نادیده گرفته شده‌اند؟	“	“	S185
3/8/1393	12:14:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71121&type=3	گزارش خبری ۱۸ هزار پرستار در سال ۹۴ استخدام می‌شوند	“	“	S186
3/8/1393	12:2:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71130&type=3	حلقه‌های محافظتی طرح تحول سلامت	“	“	S187
3/8/1393	12:39:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71128&type=3	وزیر بهداشت از هیات امنایی شدن ۲۰ درصد بیمارستان‌ها تا پایان سال خبر داد استقلال بیمارستان‌ها ، اولویت وزارت بهداشت	“	“	S188
30/7/1393	12:4:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=71055&type=3	سخنرانی وزیر بهداشت در تونس مقامات ارشد سازمان جهانی بهداشت، طرح تحول سلامت را تایید کردند	“	“	S189
29/7/1393	11:42:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70982&type=3	سر مقاله جایگاه قائم‌مقام وزیر و معاون کل فرصتی برای تقویت تولید نظام سلامت	“	“	S190
29/7/1393	10:53:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70979&type=3	آغاز طرح برچسب‌گذاری مواد غذایی	“	“	S191

28/7/1393	11:22:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70874&type=3	جزئیات طرح تحول بهداشت در حوزه سلامت روان تشریح شد انقلاب دوم در سلامت روان	سپید	سلامتیران	S192
28/7/1393	10:54:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70873&type=3	ضرورت توزیع عادلانه اعتبارات حوزه سلامت خبر	“	“	S193
27/7/1393	12:59:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70759&type=3	موافقان و مخالفان نظر می‌دهند آیا ترکیه الگوی مناسبی برای نظام سلامت ماست؟	“	“	S194
27/7/1393	12:56:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70756&type=3	در مورد کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات معترض هستیم، اما متعهد به اجرا	“	“	S195
27/7/1393	12:6:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70764&type=3	حمایت غذایی از حاشیه نشین‌ها	“	“	S196
26/7/1393	16:51:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70688&type=3	بیمارستان‌های خصوصی موظفند دستورالعمل هزینه‌ها را نصب کنند مبارزه با زیرمیزی به مرحله سرنوشت ساز رسید	“	“	S197
26/7/1393	16:35:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70693&type=3	سر مقاله نگاهی به برنامه تحول سلامت در حوزه درمان	“	“	S198
26/7/1393	15:16:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70691&type=3	پوشش بیمه‌ای درمان اختلالات روانی	“	“	S199
26/7/1393	15:17:0	http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70689&type=3	پادداشت دفع زیرمیزی در گرو آگاهی بیماران	“	“	S200
26/7/1393	11:10:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70622&type=3	مسعود پزشکیان، وزیر پیشین بهداشت در گفتگو با سپید به نظر من طرح تحول نظام سلامت غیر علمی است	“	“	S201
19/7/1393	11:9:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70568&type=3	سامانه سهند در آستانه افتتاح سامانه ای برای رسیدگی به شکایات از پزشکان	“	“	S202
19/7/1393	10:34:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70570&type=3	منابع پایدار مالی برای طرح تحول سلامت	“	“	S203
19/7/1393	11:8:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70553&type=3	انجمن‌ها ی علمی بر اجرای کتاب تعرفه پافشاری کنند	“	“	S204
19/7/1393	10:34:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70571&type=3	افزایش زایمان طبیعی	“	“	S205
19/7/1393	11:9:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70572&type=3	سر مقاله طرح تحول مصداق مدیریت جهادی	“	“	S206
16/7/1393	9:42:0	http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70461&type=3	نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی در برنامه های دولت	“	“	S207



16/7/1393	9:42:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70457&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70457&amp;type=3</a>	یادداشت یک ایراد به طرح تحول	سپید	سلامتیران	S208
15/7/1393	10:10:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70406&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70406&amp;type=3</a>	سر مقاله سلامت، اولویت اول کشور است	“	“	S209
15/7/1393	9:54:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70396&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70396&amp;type=3</a>	خبر رسانه ها افزایش درآمد پزشک و غیر پزشک با تعرفه‌گذاری جدید	“	“	S210
14/7/1393	10:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70354&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70354&amp;type=3</a>	سر مقاله طرح تحول سلامت فرصت‌ها و چالش‌ها	“	“	S211
14/7/1393	10:21:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70306&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70306&amp;type=3</a>	از سند ملی «ارتقای سطح شاخص توسعه انسانی» رونمایی شد عدالت اجتماعی در گرو رشد توسعه انسانی	“	“	S212
9/7/1393	10:37:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70207&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70207&amp;type=3</a>	طرح تحول وارد فاز سوم شد تعرفه‌های غیر قانونی کنترل می‌شود	“	“	S213
9/7/1393	10:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70212&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70212&amp;type=3</a>	سر مقاله سلامت و آموزش دو رکن اساسی توسعه پایدار	“	“	S214
9/7/1393	10:21:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70198&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70198&amp;type=3</a>	تعیین تکلیف هزار و ۷۰۰ خدمت جدید	“	“	S215
7/7/1393	9:36:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70055&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=70055&amp;type=3</a>	طرح تحول سلامت عامل ارتقای بیمارستان‌ها	“	“	S216
6/7/1393	9:56:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69984&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69984&amp;type=3</a>	همراهی سپاه با طرح تحول سلامت	“	“	S217
5/7/1393	9:58:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69872&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69872&amp;type=3</a>	فاصله پرداختی بیمه‌ها کاهش یافته است	“	“	S218
2/7/1393	10:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69819&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69819&amp;type=3</a>	سر مقاله طرح تحول سلامت در ایلام	“	“	S219
2/7/1393	10:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69818&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69818&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت در گفتگو با سپید منتظر تحولات در بخش آموزش باشید	“	“	S220
2/7/1393	10:9:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69815&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69815&amp;type=3</a>	احترام به حقوق دیگران، رویکرد جدید دانشگاه علوم پزشکی تهران	“	“	S221
2/7/1393	10:12:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69810&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69810&amp;type=3</a>	عدم تعادل درآمد پزشکان، آفتی برای نظام سلامت	“	“	S222
31/6/1393	14:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69619&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69619&amp;type=3</a>	موج تحول به پایگاه بهداشت مشارکتی رسید	“	“	S223

31/6/1393	13:29:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69622&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69622&amp;type=3</a>	73 رضایت درصد بیماران از هزینه‌های درمان	سپید	سلامتیران	S224
30/6/1393	12:0:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69546&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69546&amp;type=3</a>	معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در گفتگو با خبرنگار سپید بهروز، روح نظام سلامت است	“	“	S225
30/6/1393	10:16:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69537&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69537&amp;type=3</a>	پرونده ای برای مبتلایان به بیماری‌های نادر کمک کنید!	“	“	S226
26/6/1393	13:54:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69303&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69303&amp;type=3</a>	در اجلاس معاونین توسعه مدیریت و منابع دانشگاه‌های علوم پزشکی بررسی شد تحول بهداشتی در دولت یازدهم	“	“	S227
26/6/1393	12:40:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69299&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69299&amp;type=3</a>	بررسی وضعیت بیمه‌ها در مقایسه با بیمه کشورهای همجوار اصلاح بیمه مشکلات سلامت را حل می‌کند	“	“	S228
26/6/1393	12:43:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69298&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69298&amp;type=3</a>	یادداشت شفاهی کارآیی بیمه‌ها باید کارشناسانه ارزیابی شود	“	“	S229
25/6/1393	13:32:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69212&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69212&amp;type=3</a>	سر مقاله طرح تحول نظام سلامت در قم	“	“	S230
25/6/1393	10:21:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69211&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69211&amp;type=3</a>	اعتبارات مالیات بر ارزش افزوده تخصیص یافت	“	“	S231
24/6/1393	11:34:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69140&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69140&amp;type=3</a>	جایگاه جمعیت هلال احمر در طرح تحول سلامت طرح تحول، نیازمند مشارکت تشکلهای	“	“	S232
24/6/1393	10:34:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69142&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69142&amp;type=3</a>	کاهش چشمگیر کسری بودجه بیمارستان‌ها	“	“	S233
23/6/1393	15:3:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69073&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69073&amp;type=3</a>	بسته دندان طرح تحول، در دست بررسی!	“	“	S234
23/6/1393	15:3:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69077&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69077&amp;type=3</a>	خبر بسته تحول نظام آموزشی در راه است	“	“	S235
23/6/1393	15:48:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69074&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69074&amp;type=3</a>	کاهش ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان از دستاوردهای طرح تحول نظام سلامت است ساماندهی ارجاعات بیمارستانی	“	“	S236
23/6/1393	12:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68998&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68998&amp;type=3</a>	دعوت گسترده وزارت بهداشت برای نوسازی ناوگان فرسوده بیمارستانی سرمایه گذاران به میدان بیا یند	“	“	S237
23/6/1393	12:19:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69006&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69006&amp;type=3</a>	چرا برخی بیمارستان‌های دولتی با بحران کمبود پرستار روبرو هستند برای حقوق پرستاران کاری کنید!	“	“	S238

23/6/1393	12:20:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69018&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=69018&amp;type=3</a>	557 بیمارستان به سامانه پرونده الکترونیک سلامت متصل شدند سپاس، تحولي در خدمات درماني	سپید	سلامتیران	S239
22/6/1393	13:58:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68956&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68956&amp;type=3</a>	خبر کارانه طرح تحول به کارکنان غیر پزشک	“	“	S240
22/6/1393	14:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68954&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68954&amp;type=3</a>	براي کاهش مشکلات حاشیه نشینان ویزیت جهادي با دست‌هاي مهربان	“	“	S241
22/6/1393	13:58:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68959&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68959&amp;type=3</a>	واريز ۵۰ درصد اعتبارات هتلینگ در فاز دوم	“	“	S242
22/6/1393	13:58:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68960&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68960&amp;type=3</a>	ابهام در جایگاه پیشگیری از اعتیاد در طرح تحول	“	“	S243
22/6/1393	11:42:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68880&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68880&amp;type=3</a>	مشکلات رزیدنت ها از زبان یک رزیدنت سال دوم حقوق پایین، فشار کار بالا	“	“	S244
17/6/1393	12:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68793&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68793&amp;type=3</a>	بررسی سپید از اجرای طرح قیمت‌گذاری تجهیزات پزشکی دلالتان تجهیزات پزشکی حذف می شوند	“	“	S245
17/6/1393	12:19:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68820&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68820&amp;type=3</a>	سر مقاله طرح تحول نظام سلامت و نقش و جایگاه سازمان‌هاي بیمه	“	“	S246
17/6/1393	12:20:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68816&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68816&amp;type=3</a>	پس از طرح تحول، بدهی بیمارستان ها به شرکت های دارویی یک و نیم برابر شد بیمارستان‌هاي دولتي بدهکارتر شدند	“	“	S247
17/6/1393	12:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68821&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68821&amp;type=3</a>	اصلاح زیر ساخت ها، ضرورتی ناگزیر	“	“	S248
17/6/1393	11:15:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68817&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68817&amp;type=3</a>	اختصاص بودجه به طرح تحول تداوم یابد	“	“	S249
17/6/1393	11:14:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68818&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68818&amp;type=3</a>	هلال احمر آماده همکاری با طرح تحول است	“	“	S250
16/6/1393	11:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68704&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68704&amp;type=3</a>	انتقادات تند و تیز رئیس انجمن مامایی 52 درصد زایمان‌ها با سزارین اغلب انتخابی	“	“	S251
16/6/1393	11:6:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68721&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68721&amp;type=3</a>	کارت های سلامت هنوز هم در راهند	“	“	S252
16/6/1393	11:7:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68720&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68720&amp;type=3</a>	سر مقاله در تکاپوی عدالت در سلامت	“	“	S253
16/6/1393	10:19:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68716&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68716&amp;type=3</a>	خبر بیمه تخت روان پزشکی افزایش می یابد	“	“	S254

16/6/1393	10:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68717&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68717&amp;type=3</a>	خدمات خون هم وارد طرح تحول مي شود	سپید	سلامتیران	S255
15/6/1393	11:15:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68574&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68574&amp;type=3</a>	رئیس بخش اورژانس بیمارستان شریعتی از مشکلات اجرای طرح تحول می گوید ضریب ۱۲۰ درصدی اشغال تخت ها	“	“	S256
15/6/1393	10:50:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68584&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68584&amp;type=3</a>	افزایش خدمات سلامت، سیاست دولت یازدهم	“	“	S257
12/6/1393	13:38:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68528&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68528&amp;type=3</a>	جزئیات بسته سلامت روان طرح تحول سلامت اعلام شد حضور رسمی روانشناسان در نظام سلامت	“	“	S258
12/6/1393	12:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68524&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68524&amp;type=3</a>	برنامه وزارت بهداشت در حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تزییق علاقه به پزشکان	“	“	S259
12/6/1393	13:48:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68471&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68471&amp;type=3</a>	سر مقاله طرح تحول سلامت در استان فارس	“	“	S260
11/6/1393	10:42:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68367&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68367&amp;type=3</a>	هفتاد و هشتمین اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی سراسر کشور فاز بهداشتی طرح تحول سلامت آغاز شد	“	“	S261
11/6/1393	10:42:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68391&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68391&amp;type=3</a>	سر مقاله جایگاه مناطق محروم در بسته تحول سلامت	“	“	S262
11/6/1393	10:11:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68377&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68377&amp;type=3</a>	در پی عدم استخدام نیروی پرستاری توسط دولت تامین نیروی پرستاری در اولویت وزارت بهداشت	“	“	S263
11/6/1393	10:39:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68392&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68392&amp;type=3</a>	پیوند عضو در ایران رایگان می شود؟	“	“	S264
10/6/1393	14:29:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68321&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68321&amp;type=3</a>	اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی در تهران	“	“	S265
9/6/1393	14:16:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68233&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68233&amp;type=3</a>	هتلینگ بیمارستانی پدیده ای که سال ها مورد غفلت قرار گرفته بود بیمارستان به مثابه یک هتل	“	“	S266
9/6/1393	14:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68243&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68243&amp;type=3</a>	حاشیه شهرها در اولویت هستند انقلابی به نام سلامت روان	“	“	S267
8/6/1393	12:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68191&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68191&amp;type=3</a>	گزارش تکمیلی از ارائه اولین گزارش رسمی وزارت بهداشت به معاونت نظارت راهبردی رئیس جمهور تحقق آرمانی بزرگ	“	“	S268
8/6/1393	12:55:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68192&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68192&amp;type=3</a>	رهبر معظم انقلاب در دیدار با هیات دولت باید طرح نظام سلامت پشتیبانی شود	“	“	S269

8/6/1393	12:10:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68185&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68185&amp;type=3</a>	متخصصان در تهران و مناطق محروم نیازمند مانده‌اند	سپید	سلامتیران	S270
5/6/1393	9:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68111&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68111&amp;type=3</a>	در نشست ژنرال‌های حوزه سلامت مطرح شد رضایت ۷۳ درصدی از اجرای طرح تحول سلامت	“	“	S271
5/6/1393	9:18:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68110&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68110&amp;type=3</a>	محمد رضا واعظم‌دهوی، در نشست بررسی عملکرد طرح تحول نظام سلامت وضعیت عدالت در سلامت رو به بهبود است	“	“	S272
4/6/1393	13:14:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68046&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68046&amp;type=3</a>	سر مقاله برنامه تحول نظام سلامت در حوزه درمان بستری	“	“	S273
4/6/1393	12:35:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68045&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=68045&amp;type=3</a>	نظارت‌ها تا رسیدن به هدف ادامه یابد	“	“	S274
3/6/1393	11:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67929&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67929&amp;type=3</a>	مروری بر روند پیشرفت بسته دوم جراحی بزرگ در نظام سلامت طرح تحول در سربالایی مناطق محروم	“	“	S275
3/6/1393	11:59:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67914&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67914&amp;type=3</a>	گرامیداشت روز پزشک با حضور اعضای جامعه پزشکی و مسوولان همه از حفظ کرامت جامعه پزشکی می‌گویند	“	“	S276
3/6/1393	10:56:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67927&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67927&amp;type=3</a>	بودجه مناسب برای طرح تحول	“	“	S277
3/6/1393	10:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67926&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67926&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت تأکید کرد نیازهای محتوایی رسانه ملی در حوزه سلامت	“	“	S278
2/6/1393	12:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67847&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67847&amp;type=3</a>	میزگردی با موضوع حرفه مندی با حضور دکتر علی جعفریان و دکتر احد فرامرزی قراملکی و دکتر فریبا اصغری حرفه گرایبی و حرفه مندی در پزشکی	“	“	S279
2/6/1393	12:19:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67864&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67864&amp;type=3</a>	خدمات دولت یازدهم در برخی رسانه‌ها انعکاس مطلوب نداشته است بسته هشتم تغییر و تحول در راه است	“	“	S280
29/5/1393	14:45:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67695&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67695&amp;type=3</a>	میزگردی با موضوعیت حقوق بیمار جایگاه حقوق بیمار در نظام سلامت	“	“	S281
29/5/1393	14:22:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67713&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67713&amp;type=3</a>	بسته حمایتی برای بیماران خاص و صعب‌العلاج	“	“	S282
28/5/1393	14:9:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67641&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67641&amp;type=3</a>	همایش سراسری روسا و مدیران بیمارستان‌های وزارت بهداشت به کار خود پایان داد طرح تحول نظام سلامت، آبروی بهداشت و درمان کشور	“	“	S283
26/5/1393	11:19:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67459&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67459&amp;type=3</a>	اجلاس معاونین درمان، روسا و مدیران بیمارستان‌های سراسر کشور آغاز شد حالا نوبت پایش، ارزیابی، و نظارت طرح تحول است	“	“	S284

25/5/1393	13:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67410&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67410&amp;type=3</a>	طرح تحول زیر ذره بین روسا و مدیران بیمارستان های سراسر کشور طرح تحول، زیر ساخت اصلاحات اساسی	سپید	سلامتیران	S285
25/5/1393	13:57:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67405&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67405&amp;type=3</a>	یادداشت بسته‌های خدمتی بهداشت محیط نیازمند بازنگری	“	“	S286
22/5/1393	14:13:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67322&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67322&amp;type=3</a>	معاون بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران پایداری طرح تحول در گرو نظام ارجاع	“	“	S287
22/5/1393	14:13:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67313&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67313&amp;type=3</a>	رئیس سازمان نظام پزشکی در گفتگو با خبرنگار سپید طرح تحول نیازمند پاسداشت نیروی انسانی	“	“	S288
20/5/1393	10:44:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67217&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67217&amp;type=3</a>	ضرورت پیوست سلامت در طرح‌های بزرگ	“	“	S289
20/5/1393	10:44:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67219&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67219&amp;type=3</a>	گزارش اختصاصی سپید از افتتاح یک طرح ملی پرواز بالگردهای اورژانس در آسمان طرح تحول	“	“	S290
20/5/1393	10:44:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67222&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67222&amp;type=3</a>	وزیر بهداشت در گفتگو با سپید کاهش پدیده زیرمیزی با اجرای طرح تحول	“	“	S291
18/5/1393	12:50:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67080&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67080&amp;type=3</a>	مصاحبه با دکتر مهدی مومنی رئیس بخش اورژانس بیمارستان سینا لزوم حمایت از متخصصان طب اورژانس	“	“	S292
18/5/1393	11:38:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67089&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67089&amp;type=3</a>	بهربرداری از ۲۸ بیمارستان تا پایان سال	“	“	S293
15/5/1393	12:36:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67004&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67004&amp;type=3</a>	چرا ضریب k اعلام نمی شود تغییر تعرفه ها در راه است	“	“	S294
15/5/1393	11:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67017&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=67017&amp;type=3</a>	1000 نفر کمبود نیروی درمانی در همدان	“	“	S295
13/5/1393	12:1:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66888&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66888&amp;type=3</a>	نشست کمیته ها و کارگروه های تخصصی سیاست های کلی نظام سلامت امروز برگزار می شود ضرورت افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی	“	“	S296
13/5/1393	12:1:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66889&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66889&amp;type=3</a>	سر مقاله سیاست‌های کلی سلامت به مثابه چارچوب راهنما	“	“	S297
13/5/1393	12:2:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66884&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66884&amp;type=3</a>	معاون درمان وزیر بهداشت خبر داد سود طرح تحول برای ۱۴۰۰۰۰ نفر	“	“	S298
11/5/1393	11:29:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66759&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66759&amp;type=3</a>	سر مقاله «طرح تحول در پژوهش نظام سلامت»	“	“	S299
11/5/1393	11:30:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66753&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66753&amp;type=3</a>	یادداشت طرح تحول در مسیر اشتباه	“	“	S300



11/5/1393 11:2:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66757&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66757&amp;type=3</a>	نظارت بر اجرائی طرح تحول با جدیت ادامه دارد	سپید	سلامتیران	S301
11/5/1393 11:3:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66752&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66752&amp;type=3</a>	از پروتکل کهنه آموزش تا تربیت پزشکان بساز بفروش	"	"	S302
4/5/1393 12:13:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66630&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66630&amp;type=3</a>	پس لرزه‌های رد فوریت طرح نمایندگان برای اصلاح قانون عدالت آموزشی ظرفیت آزمون دستیاری افزایش می‌یابد؟	"	"	S303
4/5/1393 11:45:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66627&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66627&amp;type=3</a>	معاون درمان وزیر بهداشت در گفت‌وگو با سپید: 42نقطه برای استقرار اورژانس هوایی جایابی شده است	"	"	S304
1/5/1393 11:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66541&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66541&amp;type=3</a>	روسای بیمارستان‌های دولتی در گفتگو با سپید عنوان کردند بخش خصوصی بیمارستان‌های دولتی را نجات می‌دهد	"	"	S305
1/5/1393 11:28:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66561&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66561&amp;type=3</a>	نمایندگان مجلس در گفت‌وگو با سپید از نکات مثبت و منفی طرح تحول سلامت می‌گویند طرح بزرگ در بوته نقد	"	"	S306
1/5/1393 11:2:0	<a href="http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66562&amp;type=3">http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=66562&amp;type=3</a>	طرح تحول نباید منجر به حیف و میل شود	"	"	S307
6/3/1394	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56876">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56876</a>	پاسخ به انتقادهای طرح تحول سلامت در گفتگو با رییس دانشگاه/ اعتماد مردم به پزشکان يك سرمایه اجتماعی است	-	دانشگاه تهران	Teh1
1/2/1394	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56016">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56016</a>	جلسه تحول سلامت/ نخستین نشست رییس دانشگاه با هیات ریسه، روسا و مدیران بیمارستان‌ها در سال جدید	"	"	Teh2
6/2/1394	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56184">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56184</a>	همایش ملی سلامت با تقدیر از تلاشگران عرصه سلامت برگزار شد	"	"	Teh3
19/2/1394	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56509">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56509</a>	يك سالگی طرح تحول نظام سلامت/ گفت و گو با دکتر مهدی رضایی	"	"	Teh4
22/2/1394	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56626">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=56626</a>	دکتر بیگلر از انعقاد تفاهنامه طرح توسعه بهینه فضاهاي فیزیکی بیمارستان‌ها تا هفته آینده خبر داد	"	"	Teh5
5/12/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54973">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54973</a>	در جشن روز پرستار بر اهمیت جایگاه پرستاری در روند درمان بیمار، تأکید شد	"	"	Teh6
4/11/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53610">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53610</a>	بررسی سیر تحول نظام سلامت در گفتگو با رییس دانشگاه (بخش نخست) / طرح تحول فراتر از انتظار	"	"	Teh7
8/11/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54224">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54224</a>	با حضور وزیر بهداشت چهل و چهارمین جلسه هیات امنای دانشگاه برگزار شد	"	"	Teh8
14/11/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54426">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54426</a>	جلسه طرح تحول نظام سلامت/گزارش مالی طرح تحول سلامت، پروژه های عمرانی قابل افتتاح در دهه فجر و گزارش وضعیت هتلینگ بیمارستانها	"	"	Teh9

16/11/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54507">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54507</a>	شانزدهمین جشنواره ابن‌سینا/ رییس دانشگاه بر ارائه خدمات مطلوب با رعایت رفتار حرفه ای تاکید کرد	"	"	Teh10
26/11/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54718">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=54718</a>	برگزاری سمینار فن‌آوری سلامت و شیوه‌های تحول در بیمارستان/ تاکید دکتر ترابی بر یکپارچه سازی فناوری‌های هوشمند سلامت در کشور	"	"	Teh11
30/9/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53214">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53214</a>	عیادت رئیس‌جمهور از بیماران بیمارستان بهارلو/ رضایت بیماران از ارائه خدمات و شرایط بیمارستان بهارلو و اجرای طرح سلامت	"	"	Teh12
8/10/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53364">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53364</a>	در نشست مشترک اعضای ستاد اجرایی طرح تحول سلامت دانشگاه بر رفتار حرفه‌ای در بیمارستان‌ها تاکید شد	"	"	Teh13
25/10/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53841">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53841</a>	بیست و هفتمین همایش معاونین توسعه دانشگاه های علوم پزشکی/ تاکید بر نقش بخش های توسعه و مدیریت برنامه ریزی منابع مالی در پیشبرد اداره امور دانشگاه ها	"	"	Teh14
29/10/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53957">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=53957</a>	جلسه طرح تحول نظام سلامت / بررسی مسائل مربوط به استخدام نیروی مورد نیاز کادر پرستاری بیمارستان‌ها	"	"	Teh15
4/9/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52586">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52586</a>	از مجموعه راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد برای پزشکان خانواده رونمایی شد	"	"	Teh16
4/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51945">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51945</a>	جلسه مشترک روسای دانشگاه‌ها و روسای سازمان نظام پزشکی/ وزیر بهداشت: متخلفان جایی برای طبابت در کشور نخواهند داشت	-	دانشگاه تهران	Teh17
8/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52049">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52049</a>	ابلاغ کتاب ارزش گذاری خدمات سلامت/ دکتر جباروند : اجرای طرح تعرفه گذاری خدمات درمانی ارتقا کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی – درمانی را به دنبال دارد	"	"	Teh18
7/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52062">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52062</a>	ابلاغ کتاب ارزش گذاری خدمات سلامت/ دکتر رهبری منش تعرفه های این کتاب را بسیار دقیق و عدالت محور خواند	"	"	Teh19
10/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52098">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52098</a>	در جلسه تبیین کتاب ارزش‌گذاری خدمات سلامت و بسته نظارتی آن تاکید شد/ مشارکت جدي اساتید بالینی در اجرای صحیح کتاب ارزش‌های نسبی سلامت	"	"	Teh20
19/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52213">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52213</a>	جلسه ستاد طرح تحول سلامت/ بررسی وضعیت VIP در بیمارستان‌های تحت پوشش و برنامه های طرح تحول بر اساس دستورالعمل	"	"	Teh21
26/8/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52391">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=52391</a>	جلسه طرح تحول نظام سلامت / نشست مشترک روسا و مدیران بیمارستان‌های تحت پوشش طرح تحول سلامت با اعضای ستاد اجرایی طرح تحول سلامت دانشگاه	"	"	Teh22
14/7/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51464">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51464</a>	تبادل تجربیات تایلند و دانشگاه علوم پزشکی تهران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت	"	"	Teh23
22/7/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51655">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51655</a>	طرح تحول نظام سلامت/ گفت‌وگو با دکتر اسماعیلی رییس بیمارستان رازی	"	"	Teh24
3/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51655">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=51655</a>	معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران سمینار تحول نظام سلامت در	"	"	Teh25



	asp?newsID=50214	ترکیه را در محل سالن آمفی تئاتر دانشکده بهداشت برگزار کرد			
3/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50248">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50248</a>	رییس دانشگاه: کاری نکیم طعم شیرین اجرای طرح تحول سلامت به کام خودمان و مردم تلخ شود	"	"	Teh26
8/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50393">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50393</a>	رییس دانشگاه در بازدید از معاونت درمان: مهمترین دستاورد طرح تحول نظام سلامت تغییر نگرش در محیط درمانی است	"	"	Teh27
10/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50457">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50457</a>	هفتاد و هشتمین اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار شد/ تحول نظام بهداشتی در راه است	"	"	Teh28
11/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50500">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50500</a>	قدرانی رییس دانشگاه از همکاران برای تحقق اهداف طرح تحول سلامت و اجرای موفق سیاست‌های وزارت بهداشت	"	"	Teh29
13/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50536">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50536</a>	دکتر رستمیان، آموزش خود مراقبتی را از ارزشمندترین حقوق بیمار خواند	"	"	Teh30
16/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50578">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50578</a>	نخستین کارگاه تجهیزات پزشکی با حضور دکتر بیگلر برگزار شد	"	"	Teh31
17/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50623">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50623</a>	پرداخت کارانه تشویقی طرح تحول نظام سلامت به کارکنان غیر پزشک بیمارستان‌ها	-	دانشگاه تهران	Teh32
18/6/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50640">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=50640</a>	جلسه رؤسای بیمارستان‌ها و اعضای هیئت رئیسه دانشگاه در بیمارستان بهارلو برگزار شد	"	"	Teh33
4/5/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49469">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49469</a>	نشست وزیر بهداشت با روسای سه دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران و بیمارستان‌های تابعه برگزار شد	"	"	Teh34
21/5/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49817">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49817</a>	ششمین همایش بین‌المللی مدیریت بیمارستانی آغاز بکار کرد	"	"	Teh35
21/5/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49831">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49831</a>	دکتر جعفریان: باید در بیمارستان‌ها منافع بیمار بر هر چیز دیگری مقدم باشد	"	"	Teh36
1/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48608">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48608</a>	گزارش خردادماه رییس دانشگاه به همکاران و دانشجویان/ درست شدن از همان جا شروع می‌شود که ما هستیم، نه از بالا	"	"	Teh37
4/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48673">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48673</a>	چهل و دومین نشست هیئت امنای دانشگاه با حضور وزیر بهداشت برگزار شد	"	"	Teh38
11/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48888">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48888</a>	دکتر جلیلی ارائه مدلی برای جدي تر کردن آموزش بالینی را چاره مشکلات دانشجویان پرستاری و مامایی در عرصه بالین دانست	"	"	Teh39
17/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49058">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49058</a>	در نشست رییس دانشگاه با روسا و مدیران بیمارستان‌ها مطرح شد/ باز خورد مثبت جامعه به نتایج طرح تحول نظام سلامت	"	"	Teh40

17/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49059">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49059</a>	دکتر جعفریان در نشست با روسای بیمارستان ها: حساسیت های موجود بر بیمارستان های دانشگاه را درک می کنی	"	"	Teh41
17/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49061">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49061</a>	دکتر تهرانی دوست در نشست با روسای بیمارستان ها هدف اصلی در اجرای طرح هتلینگ را رضایتمندی بیماران دانست	"	"	Teh42
23/4/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49202">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=49202</a>	تصویب ۱۲ مصوبه در نخستین کمیته دارو و تجهیزات دانشگاه	"	"	Teh43
1/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47938">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47938</a>	گزارش اردیبهشت ماه دکتر جعفریان به همکاران و دانشجویان/ احترام به مردم از دیدگاه من مهمترین جزء طرح تحول نظام سلامت است	"	"	Teh44
10/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48131">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48131</a>	طرح تحول نظام سلامت/ دکتر ربانی رییس مرکز طبی کودکان اجرای این طرح را در بیمارستانها حائز اهمیت دانست	"	"	Teh45
12/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48215">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48215</a>	اولین جلسه مسئولین درمانگاههای مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در راستای اجرای طرح تحول نظام سلامت	"	"	Teh46
13/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48245">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48245</a>	برگزاری جلسه مشارکت پزشکان متخصص مقیم در طرح تحول نظام سلامت/ تاکید دکتر جعفریان بر لزوم تعهد و مشارکت فعال پزشکان در اجرای این طرح	"	"	Teh47
17/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48280">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48280</a>	بازدید رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران از داروخانه بزرگ ۱۳ آبان/ دکتر جعفریان ارتقاء کیفیت خدمات دارویی در داروخانه های بیمارستانی دانشگاه را ارزشمند خواند	"	"	Teh48
27/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48527">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48527</a>	بررسی میزان پیشرفت برنامه طرح تحول نظام سلامت در نشست رییس دانشگاه با روسای بیمارستان ها	"	"	Teh49
29/3/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48574">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=48574</a>	برگزاری اجلاس رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور با محوریت برنامه تحول نظام سلامت/ تاکید دکتر هاشمی بر ضرورت بازنگری در ساختار قدیمی شبکه خدمات بهداشتی در کشور	"	"	Teh50
6/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47321">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47321</a>	معاون اول رییس جمهور: منابع حاصل از اجرای فاز دوم هدفمندی یارانه ها تنها صرف بخش درمان و امنیت غذایی خواهد شد	"	"	Teh51
10/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47453">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47453</a>	جلسه هماهنگی معاونت توسعه با روسای واحدهای درمانی با محوریت تحول در نظام سلامت برگزار شد	"	"	Teh52
10/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47455">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47455</a>	برگزاری سومین جشنواره ارزیابی عملکرد همراه با آغاز طرح تحول نظام سلامت / دکتر رحیم نیا نهادینه کردن نظام جامع ارزیابی را در راستای اهداف استراتژیک دانشگاه دانست	"	"	Teh53
10/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47456">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47456</a>	برگزاری سومین جشنواره ارزیابی عملکرد همراه با آغاز طرح تحول نظام سلامت/ دکتر نمازی ایجاد فضای رقابتی سالم را حرکت به سوی تعالی خواند	"	"	Teh54
14/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47558">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47558</a>	نشست هماهنگی اجرای برنامه تحول نظام سلامت در دانشگاه/ طرح تحول نظام سلامت از دوشنبه ۱۵ اردیبهشت آغاز می شود	"	"	Teh55

15/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47597">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47597</a>	اجرای طرح تحول سلامت دانشگاه/ دکتر صادق نیت از بیمارستان بهرامی بازدید کرد	"	"	Teh56
21/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47701">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47701</a>	جلسه رییس دانشگاه با روسای بخش های بیمارستانها / دکتر جعفریان خواستار مشارکت فعال روسای بخش ها در اجرای طرح تحول نظام سلامت شد	"	"	Teh57
22/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47720">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47720</a>	نشست بررسی طرح تحول نظام سلامت با حضور نمایندگان وزارت بهداشت برگزار شد	"	"	Teh58
27/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47801">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47801</a>	نشست بررسی چالش ها و راهکارهای اجرای هر چه بهتر طرح تحول نظام سلامت در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) برگزار شد	"	"	Teh59
29/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47845">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47845</a>	قدردانی و حمایت نمایندگان مجلس از اجرای طرح تحول نظام سلامت	"	"	Teh60
29/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47842">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47842</a>	طرح تحول سلامت در مرکز طبی کودکان/ دکتر رضایی: اجرای فاز اول طرح تحول نظام سلامت رضایت بخش و امیدوارکننده در سطح سلامت کشور است	"	"	Teh61
29/2/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47850">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=47850</a>	رئیس بیمارستان امیراعلم کمتر شدن هزینه درمان را عامل افزایش رضایتمندی در طرح تحول سلامت دانست	"	"	Teh62
15/1/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=46844">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=46844</a>	عیادت رییس جمهور از بیماران در بیمارستان امام خمینی(ره)/دکتر روحانی از اختصاص بخش اعظم درآمدهای ناشی از هدفمندی یارانه ها به بخش بهداشت و درمان خبر داد	"	"	Teh63
18/1/1393	<a href="http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=46911">http://publicrelations.tums.ac.ir/news/detail.asp?newsID=46911</a>	سیاست های کلی سلامت از سوی رهبر معظم انقلاب ابلاغ شد	"	"	Teh64

تاریخ بارگذاری	آدرس وب سایت	عنوان	نام مجله	نام پایگاه داده ای	کد
شنبه ۲۳ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۱:۳۱	<a href="http://isna.ir/fa/news/94032312773/">http://isna.ir/fa/news/94032312773/</a>	بهره‌مندی بیش از ۸۰ هزار نفر از خدمات طرح تحول نظام سلامت	ایسنا	خبرگزاری دانشجویان ایران "ایسنا"	T1
جمعه ۲۲ خرداد ۱۳۹۴ - ۰۹:۴۵	<a href="http://isna.ir/fa/news/94032212241">http://isna.ir/fa/news/94032212241</a>	طرح تحول سلامت با قوت ادامه می‌یابد	"	"	T2
چهارشنبه ۲۰ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۴:۳۴	<a href="http://isna.ir/fa/news/94032011651">http://isna.ir/fa/news/94032011651</a>	اجرای طرح تحول نظام سلامت شتاب زده بود	"	"	T3
چهارشنبه ۲۰ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۲:۵۶	<a href="http://isna.ir/fa/news/94032011550/">http://isna.ir/fa/news/94032011550/</a>	افزایش تخت‌های بیمارستانی در اولویت وزارت بهداشت	"	"	T4
یکشنبه ۱۷ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۵:۳۲	<a href="http://isna.ir/fa/news/94031709532">http://isna.ir/fa/news/94031709532</a>	تاخیر بیمه‌ها در پرداخت مطالبات بیمارستانی	"	"	T5
دوشنبه ۱۱ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۲:۲۱	<a href="http://isna.ir/fa/news/94031106707">http://isna.ir/fa/news/94031106707</a>	جهت‌گیری طرح «تحول سلامت» به سمت مناطق محروم است	"	"	T6
یکشنبه ۱۰ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۱:۳۱	<a href="http://isna.ir/fa/news/94031005908">http://isna.ir/fa/news/94031005908</a>	برخورد جدی با تخلفات تعرفه‌های مراکز درمانی/اصرار بر استمرار برنامه تحول سلامت	"	"	T7
شنبه ۹ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۶:۳۶	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030905485">http://isna.ir/fa/news/94030905485</a>	بازدید معاون علمی معاونت علمی فناوری ریاست جمهوری از اجرای طرح تحول نظام سلامت گرگان	"	"	T8
سه‌شنبه ۵ خرداد ۱۳۹۴ - ۰۹:۱۲	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030502752">http://isna.ir/fa/news/94030502752</a>	لزوم تهیه پیوست اخلاقی برای طرح " تحول سلامت"	"	"	T9
سه‌شنبه ۵ خرداد ۱۳۹۴ - ۰۰:۲۳	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030502650">http://isna.ir/fa/news/94030502650</a>	عده‌ای نمی‌توانند افزایش تعرفه‌های پزشکی را تحمل کنند	"	"	T10
دوشنبه ۴ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۵:۵۰	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030402504">http://isna.ir/fa/news/94030402504</a>	اختصاص ۷۰ میلیارد ریال اعتبار برای اجرای طرح تحول نظام سلامت	"	"	T11
شنبه ۲ خرداد ۱۳۹۴ - ۱۶:۱۹	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030200991">http://isna.ir/fa/news/94030200991</a>	رضایتمندی ۹۷ درصدی گیلانی‌ها از اجرای طرح تحول نظام سلامت	"	"	T12
شنبه ۲ خرداد ۱۳۹۴ - ۰۲:۴۷	<a href="http://isna.ir/fa/news/94030200387">http://isna.ir/fa/news/94030200387</a>	بسته درمانی رایگان اپیز برای حاشیه‌نشین‌ها	"	"	T13

دوشنبه ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۸:۴۳	<a href="http://isna.ir/fa/news/94022816039">http://isna.ir/fa/news/94022816039</a>	چگونه تمایل مادران به زایمان طبیعی افزایش می‌یابد؟	"	"	T14
یکشنبه ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۰:۳۷	<a href="http://isna.ir/fa/news/94022715457">http://isna.ir/fa/news/94022715457</a>	طرح تحول نظام سلامت، رضایتمندی در هزینه‌های درمانی	"	"	T15
یکشنبه ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۲:۴۲	<a href="http://isna.ir/fa/news/94022715271">http://isna.ir/fa/news/94022715271</a>	ملاحظات درباره طرح تحول سلامت در سال دوم	"	"	T16
سه‌شنبه ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۹:۴۷	<a href="http://isna.ir/fa/news/94022212802">http://isna.ir/fa/news/94022212802</a>	تابوی سزارین شکسته می‌شود؟	"	"	T17
دوشنبه ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۹:۳۰	<a href="http://isna.ir/fa/news/94022112043">http://isna.ir/fa/news/94022112043</a>	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی موظف به تأمین منابع مورد نیاز طرح سلامت شد	"	"	T18
شنبه ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۷:۵۷	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021911039/">http://isna.ir/fa/news/94021911039/</a>	مدیریت هزینه‌های درمان در بخش بستری به صورت گلوبال	"	"	T19
شنبه ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۶:۵۶	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021911004/">http://isna.ir/fa/news/94021911004/</a>	چالش‌هایی که ادامه تحول در سلامت را با نگرانی همراه می‌کند	"	"	T20
شنبه ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۰:۲۴	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021910515">http://isna.ir/fa/news/94021910515</a>	وزیر بهداشت: از همکاری‌های تعرفه‌ای در تهران راضی نیستم	"	"	T21
جمعه ۱۸ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۳:۰۶	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021810206">http://isna.ir/fa/news/94021810206</a>	برای به ثمر نشستن طرح‌های بهداشت و درمان قول ۱۰ ساله می‌دهم	"	"	T22
چهارشنبه ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۳:۴۵	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021609379">http://isna.ir/fa/news/94021609379</a>	ضرب‌شستی به شفاخانه بیمار	"	"	T23
چهارشنبه ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۹:۲۹	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021609020">http://isna.ir/fa/news/94021609020</a>	جای خالی "خدمات درمان در منزل" در طرح تحول سلامت	"	"	T24
سه‌شنبه ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۷:۱۳	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021508819">http://isna.ir/fa/news/94021508819</a>	افزایش نیاز به ماما با اجرای طرح تحول نظام سلامت در کشور	"	"	T25
سه‌شنبه ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۰۳:۳۶	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021508169">http://isna.ir/fa/news/94021508169</a>	طرح تحول سلامت یکی از نقاط قوت دولت یازدهم است/ توجه صرف به "بستری دولتی" گره‌گشا نیست	"	"	T26
دوشنبه ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۰:۴۱	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021407618">http://isna.ir/fa/news/94021407618</a>	تابش: اهتمام به امر بهداشت جامعه را شاداب می‌کند	"	"	T27
دوشنبه ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۰:۱۱	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021407570">http://isna.ir/fa/news/94021407570</a>	افزایش ماندگاری بیماران در اورژانس‌ها در پی نبود تخت خالی	"	"	T28
یکشنبه ۱۳ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۲:۵۵	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021307109">http://isna.ir/fa/news/94021307109</a>	آخرین دستاوردهای طرح تحول نظام سلامت در سال جاری	"	"	T29
یکشنبه ۱۳ اردیبهشت ۱۳۹۴ - ۱۰:۱۸	<a href="http://isna.ir/fa/news/94021306893">http://isna.ir/fa/news/94021306893</a>	اعلام جزئیات برنامه جدید وزارت بهداشت برای بیماران سرطانی بعد از ۱۵ اردیبهشت	"	"	T30
			"	"	T31