

مجموعه نشستهای تخصصی مشترک

موسسه ملی تحقیقات سلامت و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت،

دمان و آموزش پزشکی

۱۴ نشست تخصصی برگزار شده طی سالهای

۱۳۹۱-۱۳۹۳

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي
جعلنا من عباده
الغاصقين والذليلين
الذين لا ينفعنا
الجاه والجاهل
والجاهل والجاهل
والجاهل والجاهل

فهرست

شماره صفحه	عنوان و شماره نشست
۷	مقدمه
۹	نشست اول - استفاده از اهرم های نظام سلامت در اجرای برنامه پزشکی خانواده
۳۱	نشست دوم - دیده بانی نظام سلامت
۵۳	نشست سوم - آمایش سرزمین نظام آموزش پزشکی در کشور
۸۵	نشست چهارم - برنامه جامع ارتقاء سلامت روان
۱۱۱	نشست پنجم - مطالعه شاخصهای چندگانه سلام و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران
۱۵۳	نشست ششم - گزارش حسابهای ملی سلامت
۲۰۷	نشست هفتم - بیمه سلامت، چالشها و راهکارها
۲۴۱	نشست هشتم - سند جامع مدیریت انسانی بخش سلامت
۲۷۱	نشست نهم - راهنماهای بالینی، چالش ها و راهکارها
۲۹۹	نشست دهم - مدل تعیین فرانشیز و مشارکت در پرداخت و هزینه های درمانی
۳۲۳	نشست یازدهم - عدالت در پرداخت هزینه های سلامت: مروری بر سیاست ها و چالشهای کاهش هزینه از جیب خانوار در کشور
۳۶۵	نشست دوازدهم - سیمای مرگ و میر کشور در سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹
۴۲۹	نشست سیزدهم - معرفی برنامه ملی تاثیر ترویج توسعه خود مراقبتی در جمهوری اسلامی ایران
۴۵۱	نشست چهاردهم - مبانی برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت و درمان

مقدمه

در سیاست گذاری، افراد یا سازمان‌هایی که از تصمیم یا سیاست مورد نظر تاثیر پذیرفته یا بر آن تاثیر می‌گذارند بسیار مهم هستند. دانستن نظرات این ذی نفعان برای تدوین سیاست‌های قابل اجرا و تاثیر گذار ضرورتی غیرقابل انکار است. فرایند گفتگو در سیاست‌گذاری به دلایل مختلفی مانند اهمیت نیاز به شواهد محلی حمایت کننده پی بردن به نقش سایر ذینفعان در اعتباربخشیدن به فرایند سیاست گذاری و تعیین اولویتها، ایجاد فضای تعامل بین محققین و سیاست گذاران و در نتیجه احتمال بیشتر برای استفاده از شواهد علمی، ایجاد فرصتی برای ارائه شواهد، فرصتی برای ایجاد هماهنگی بین ارزشها، عقاید و انگیزه ذینفعان، مورد توجه است.

دبیرخانه شورای سیاست گذاری از ابتدای سال ۱۳۸۷ (هـ.ش) جلساتی را تحت عنوان نشستهای تخصصی با ریاست معاون هماهنگی وقت وزیر بهداشت آغاز نمود که تا شهریور ۱۳۸۸ ادامه داشت. در سال ۱۳۹۱ دور دوم نشستهای تخصصی با هدف بهره گیری از نظرات ذینفعان به ویژه خبرگان نظام سلامت به طور مشترک با موسسه ملی تحقیقات سلامت شروع و تا مهرماه ۱۳۹۲ ادامه یافت. همچنین در سال ۹۳ نیز مجدداً برگزاری این نشستها از سر گرفته شد.

شیوه برگزاری جلسات از سه بخش تشکیل شده است:

۱- سخنرانی

۲- بحث اعضای پانل

۳- بحث گروهی با استفاده از اصول گفتگوی سیاستی

در هر جلسه از افراد برجسته که سابقه کار در حیطه مورد بحث را داشته و در سطح استانی یا ملی کارشناس و صاحب نظر هستند و همچنین از سه تا پنج کارشناس خبره در سازمانهای مرتبط و معاونتهای حوزه های ستادی وزارتخانه بصورت کتبی و تلفنی جهت شرکت به عنوان عضو پانل در جلسه دعوت بعمل آمده است. همچنین جهت اطلاع

رسانی، از ذینفعان در سایر حوزه ها نیز جهت شرکت در جلسه بصورت کتبی دعوت انجام گرفته است.

مهمترین اهداف برگزاری این نشستها عبارتند:

۱. ایجاد تعهد و ظرفیت سازی برای اجرای برنامه های کلان
۲. ایجاد حس مالکیت فرایند در شرکت کنندگان
۳. پذیرش دیگران و ایجاد ارتباط دو جانبه
۴. تشخیص وجود دیدگاههای مختلف در مورد یک مسئله
۵. ایجاد فضای امنیت، آرامش و اعتماد
۶. فرصت برابر گفتگو

طی سالهای ۹۳-۱۳۹۱، ۱۴ نشست تخصصی برگزار گردیده است که در این مجموعه کلیه نشستها در قالب متن اصلی سخنرانی، نظرات اعضای پانل و نظرات شرکت کنندگان به تفکیک هر یک از نشستها ارائه شده است.

اولین نشست تخصصی مشترک
استفاده از اهرمهای کنترل نظام سلامت در اجرای
برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

سخنران

دکتر محمد شریعتی

قائم مقام معاونت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۳/۲۳

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر حسن امامی رضوی، معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمد کوشا، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر حمید پوراصغری، مدیر کل دفتر برنامه ریزی تامین اجتماعی

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هئیت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست گذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

فرانک بهزادی، دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت

دکتر علی اردلان، هئیت علمی و معاون پژوهشی موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند؛

دکتر فرشاد فرزادفر، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر گل مکانی، مدیر کل سلامت شهرداری تهران

دکتر مازیار مرادی، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی

دکتر جندقی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

دکتر مهدی جعفری، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت

دکتر حیدری، دانشجوی پی اچ دی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محسن اعرابی، معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر منوچهر مهرام، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر فرامرزی

خانم طاهره میرمولایی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

متن سخنرانی

مقدمه

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از مهمترین برنامه های نظام سلامت بوده و اهمیت آن به گونه ای است که وزیر محترم بهداشت خود را وزیر پزشک خانواده نامیدند. سال جدید از سوی مقام معظم رهبری سال تولید ملی و حمایت از کار و سرمایه ایرانی نامیده شده است و باید توجه کرد که تولید تنها تولید کالا نبوده و تولید خدمات را نیز در بر می گیرد. یکی از مهم ترین خدمات تولید شده توسط پزشک خانواده تولید سلامتی بوده که توسط نیروی کار و سرمایه ایرانی در سطح ملی صورت می گیرد و از این نظر برنامه پزشک خانواده مصداق بارز کلام رهبری خواهد بود. امید است برنامه پزشک خانواده شهری در راستای تکامل و تبیین هر چه بیشتر و بهتر پزشک خانواده روستایی بوده و همسو با اهداف آن در راستای پیشبرد کامل تر طرح پزشک خانواده حرکت کند.

مشکلات نظام سلامت

در حال حاضر نظام سلامت مشکلاتی دارد و وضعیت موجود آن با وضعیت مطلوب در افق ۱۴۰۴ متفاوت است. پاره ای از این مشکلات عبارتند از: بی عدالتی، سالمندی و شهرنشینی، حاشیه نشینی، فقدان پوشش مناسب خدمات نظام سلامت، بیمارستان محوری و تخصص گرایی، تجاری سازی طب، افزایش بیماریهای غیرواگیر، عدم توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عدم وجود منابع کافی در حوزه سلامت متناسب با افزایش نیازها و انتظارات، پرداخت های مستقیم از جیب، بی عدالتی در دریافت ها، عدم مشارکت پزشک در مخاطرات تحمیل هزینه های اضافی بر بخش ها، (نسخه هایی که پزشکان فاقد قرارداد با بیمه ها می نویسند و از این طریق هزینه هایی را بر بیمه ها تحمیل میکنند)، نظام پرداخت کارانه ای که تقاضای القایی و استفاده بی رویه از خدمات را افزایش می دهد، فقدان پوشش بیمه برای خدمات پیشگیری و ارتقا سلامت.

اهداف برنامه پزشک خانواده و تفاوت آن با برنامه مرسوم

در پاسخگویی به چالشهای مورد اشاره، برنامه پزشک خانواده اهدافی را دنبال می کند که عبارتند از: ۱- افزایش پاسخگویی در نظام سلامت ۲- افزایش دسترسی و افزایش

پوشش خدمات سلامت ۳- کاهش هزینه های غیر ضروری ۴- حذف تقاضای القایی ۵- منطقی کردن بهره مندی از خدمات تخصصی سرپایی ۶- سلامت نگر کردن بیمه ها ۷- منطقی کردن هزینه های خدمات پاراکلینیکی ۸- تغییر پزشک رادارگونه به پزشک پاسخگو ۹- خدمات بهداشتی، پیشگیری، درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران پس از ارجاع، ۱۰-وظایف اداری، اجرایی و همکاری بین بخشی .به عبارتی تلاش پزشک خانواده بر انتقال افراد از انتهای طیف بیماری آشکار و برگشت ناپذیر به عدم وجود استعداد ابتلا به بیماری متمرکز می باشد .

در مقایسه بین پزشکی مرسوم و کلاسیک و پزشک خانواده باید گفت پزشکی مرسوم بیمار محور و درمان نگر است در حالی که پزشک خانواده پیشگیری کننده و سلامت نگر است، پزشکی مرسوم به دنبال علائم و علل خاص بیماری است در حالی که پزشک خانواده کل نگر بوده و کلیه شرایط زندگی فرد را در نظر می گیرد. اقدامات پزشکی مرسوم به تشخیص و درمان بیماری می پردازد، در حالی که پزشک خانواده در پی ریشه یابی علل بیماری در روش زندگی افراد است. پزشکی مرسوم از روش طبابت و جراحی استفاده می کند ، در حالی که پزشک خانواده از ابزارهای رهبری اجتماعی و تغییر رفتار مدد می جوید. در پزشکی مرسوم فرد بیمار برای دریافت درمان مراجعه می کند ، درحالیکه در پزشک خانواده فرد سالم و یا دارای بیماری پنهان برای ارتقا سلامت خود مراجعه می کند. پزشکی مرسوم حق الزحمه خود را در ازای ویزیت و ارائه خدمت دریافت می کند لذا داشتن بیمار بیشتر ، منفعت مالی بیشتری را به همراه دارد ، در حالی که پزشک خانواده بر اساس جمعیت تحت پوشش خود سرانه دریافت می کند که منجر به پیشگیری بهتر از بیمار شدن و ارائه خدمات سلامت عمومی با کیفیت بالاتر و نیز کاهش اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری می شود. در پزشکی مرسوم خدمات متناسب با توان پرداخت افراد و توام با پرداخت مستقیم از جیب آنها ارائه می شود ، در صورتی که در پزشک خانواده افراد خدمات را متناسب با نیاز دریافت کرده و متناسب با توان بهای آن را پرداخت می کنند و مشارکت مالی عادلانه رخ می دهد.

ضرورت اصلاحات در نظام سلامت

مشکلات اشاره شده و برخی عوامل دیگر که میتوان آنها را نیروهای محرکه اصلاحات نامید، تغییر و تحول در نظام سلامت را ضروری می سازند. این عوامل محرکه عبارتند از:

- ۱- هزینه های فزاینده (تغییرات دموگرافیک، سالمند شدن جمعیت، افزایش آگاهی جمعیت، بیماریهای مزمن، افزایش سرباری به علت سالمندی جمعیت، فناوری های تشخیصی درمانی جدید، داروهای جدید و ...) ۲- انتظارات فزاینده (افزایش درآمد مردم، تغییرات وضع اقتصادی اجتماعی، افزایش تمایل افراد به هزینه کردن در خصوص سلامتی و ...) ۳- محدودیت در ظرفیت پرداخت (عدم تناسب تخصیص منابع با انتظارات، تورم، عدم افزایش منابع بخش سلامت متناسب با افزایش تورم، بحران های اقتصادی و تاثیرات آن ها بر سلامت فقرا، تاثیر بحرانهای اقتصادی بر کاهش درآمدهای کشورها، کاهش درآمدهای مالیاتی ناشی از رکود اقتصادی و ...) ۴- عدم اطمینان نسبت به وضع موجود و رویکردهای سنتی (تلاش های منفعت طلبان بخش خصوصی، وجود موسسات یا NGO هایی که شفاف عمل نمی کنند، ناکارآمدی برخی از نظام های دولتی، مقایسه غیر معمول کشورهای پیشرفته با شرایط کشور)

اصلاحات نظام سلامت ساده نیست، اما غیر ممکن هم نیست، اصلاحات همواره فرایندی چالشی توأم با تنش ها و استرس های فراوان بوده است که نیازمند ابزار سیاسی، موقعیت شناسی ورهبری سیاسی - اجتماعی است. عصر پذیرش بی چون و چرای اصلاحات به سر آمده است و امروزه برای پذیرش هر نوع تغییری از سوی افکار عمومی و جامعه نیازمند شواهد هستیم و اصلاحات بدون چون و چرا مورد پذیرش قرار نمی گیرند. شفاف سازی اهداف، وضوح هر چه بیشتر راهکارهای اصلاحی، تعیین موافقان و مخالفان اصلاحات، تعیین ذینفعان اصلی اقدامات اصلاحی، همه و همه در انجام موفق و هدفمند اصلاحات ضروری است. نظام سلامت واجد مشکلات گوناگونی بوده که نیازمند اصلاح می باشد و برنامه پزشکی خانواده نه تنها راهکار، بلکه یکی از راهکارهای اصلاحی پیش رو است.

الزامات اجرای برنامه پزشکی خانواده و اهرمهای کنترل نظام سلامت

اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع الزاماتی دارد که باید فراهم شوند، در غیر اینصورت برنامه اصلاحی یا اجرا نشده و یا خاصیت خود را به عنوان یک ابزار اصلاحی از دست می دهد. پزشک خانواده به تنهایی هدف نیست بلکه دست یابی به اهداف پزشک خانواده هدف به شمار می آید. اگر اجرای برنامه پزشکی خانواده منجر به تامین عدالت در سلامت، پوشش همگانی، کاهش تقاضای القایی و کاهش پرداخت مستقیم از جیب در زمان ارائه خدمت نشود، این برنامه هیچ سودی نخواهد داشت. این حداقل الزامات تغییر در اهرم های کنترل نظام سلامت هستند که عبارتند از تامین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع قوانین و مقررات و رفتار. تغییرات هدفمند در اهرم های مذکور و اطمینان از حرکت در مسیر درست منجر به دست یابی به خروجی های مدنظر خواهد شد.

در حین توجه به اهرم های کنترل همزمان بایستی عوامل فراتر از اهرم های کنترل را به جهت فراهم شدن امکان اجرای یک برنامه اصلاحات موثر در نظر داشت، از جمله این عوامل عبارتند از: عوامل سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و سیاسی، سنت ها و نگرش های سیاسی اجتماعی مردم و دولتمردان، نگرش مردم به حکومت و عدالت گستری آن، توان اتخاذ تصمیمات معقول و اجرای آن ها، نگرش مردم نسبت به نظام سلامت (که بدنبال کاهش هزینه های خود است یا به دنبال ارتقا سلامت مردم). دولت ها می توانند به طور مستقیم یا غیر مستقیم از اهرمهای کنترل برای دست یابی به خروجی ها و اهداف مدنظر استفاده کنند. استفاده همزمان از چند اهرم کنترل برای اصلاحات با در نظر گرفتن اثرات متقابل مستقیم و غیر مستقیم آن ها ضروری به نظر می رسد. تعیین دقیق اهداف همراه با استفاده هدفمند و موثر از اهرمهای کنترل، تعیین علل عملکرد نامطلوب و طراحی اصلاحات موثر، تجزیه و تحلیل وضعیت کشور در برخورد با اصلاحات نظام سلامت، ایجاد توانمندی در مجریان اصلاحات با آموزش مجریان و تمرین و نظارت بر عملکرد ایشان ما را به مقصد دلخواه هدایت می کند. باید به خاطر داشت که پزشک خانواده به منظور اصلاح نظام سلامت و اصلاح نظام سلامت را به جهت مرتفع ساختن مشکلات نظام سلامت از قبیل بی عدالتی و نبودن پوشش خدمات برای همگان در نظر

داریم و از این روی اگر برنامه ای را اجرا کردیم، که این مشکلات را مرتفع نساخت، به حتم مسیر را اشتباه پیموده ایم.

اهرمهای کنترل نظام سلامت در اجرای برنامه پزشکی خانواده

تامین مالی: منبع اصلی تامین مالی در برنامه پزشکی خانواده، بیمه ها و منابعی است که در اختیار بیمه ها می باشد (پیش پرداخت ها و کمک های مردمی). هزینه ای که به بیمه ها تحمیل می شود در برخی موارد بیشتر از موجودی بیمه ها خواهد بود که دولت متعهد شده است از منابعی که در اختیار دارد (به عنوان مثال از محل هدفمند کردن یارانه ها و...) مبالغی در اختیار بیمه ها قرار دهد. در کنار بیمه ها، منابع دانشگاهها و وزارتخانه ها نیز در اجرای این طرح به کار گرفته خواهند شد.

نظام پرداخت: در این محور هدف مدیریت پرداخت به ارائه کننده خدمت است. در این برنامه پرداخت به پزشک خانواده، پزشک مسئول و ماما و ... به صورت سرانه، موردی، سرانه + پاداش، انجام می گیرد و تلاش می شود که پرداخت ها در راستای تشویق پزشک به داشتن رفتار سلامت نگر باشند، ضمن اینکه آموزش، پایش و ارزیابی رفتار پزشک نیز مبنایی برای پرداخت به وی قرار می گیرد، به گونه ای که حدود ۴۰٪ دریافتی پزشکان در قبال پایش عملکرد آنان می باشد. از سویی پزشک خانواده مسئولیت هماهنگی را در یک منطقه ۱۰ هزار نفری برعهده دارد و مبلغی از پرداختی وی به عنوان حق مدیریت محسوب می گردد و برای اینکه وقت کافی به جهت انجام مسئولیت های مدیریتی خود داشته باشد سقف بیمارانی که بایستی تحت پوشش قرار دهد به تعداد ۵۰۰ بیمار کاهش داده شده است. در مورد پرداخت هایی که افراد انجام می دهند نیز دوحالت کلی در نظر گرفته شده است ۱- فرد مراجعه کننده به پزشک خانواده برای ارتقا سلامت خود، هیچ پرداختی انجام نمی دهد ۲- فرد به اورژانس مراجعه می کند، اگر مورد اورژانس بود که پرداختی انجام نمی دهد خدمات مورد نیاز را دریافت می کند تا بتواند در اولین فرصت پزشک خانواده خود را ملاقات کند. اما اگر فرد اورژانس نبود، حداقل سرویس را دریافت می کند و ملزم به پرداخت ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

اگر فرد در خارج از ساعات کار مراکز پزشکی خانواده به مرکز معین مراجعه کرد (مراکز معین تعریف شده که به ازای هر ۳۰ هزار نفر یک مرکز وجود خواهد داشت)، و مورد

اورژانسی نبود، پرداخت را به صورت فی فور سرویس انجام می دهد و ۳۰٪ فرانشیز را می پردازد.

سازماندهی: کلیه ارائه دهندگان خدمت اعم از دولتی و غیر دولتی به ترتیب خاصی در برنامه سازماندهی شده اند. مراکز دولتی تحت عنوان مرکز مجری پزشکی خانواده، بیمارستان ها و... در سازماندهی خدمات دیده شده اند. از سویی مراکز غیر دولتی مثل مطب های پزشکان خصوصی که به پایگاههای پزشکی خانواده تبدیل می شوند، دفاتر کارشناسی تغذیه، روانشناسی بالینی و... نیز در سازماندهی برنامه جای گرفته اند.

(لازم به ذکر است که در بخش سرپایی خصوصی بیمه ها حاضر به تهیه لیست خدمات شدند اما در بخش بستری خصوصی بیمه ها حاضر به ارائه لیست خدمات خود نمی باشند). برای این که افراد ترغیب شوند برای دریافت خدمات از بخش خصوصی، از نظام ارجاع مراجعه کنند، بیمارانی که از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع به بخش خصوصی مراجعه کنند، شرایط پرداختشان با بیمارانی که خارج از نظام ارجاع مراجعه می کنند، متفاوت است و بهای کمتری را پرداخت می کنند. (معادل $k1/5$ حق الزحمه پزشک بخش دولتی را در بخش خصوصی پرداخت می کند). نکته دیگر در بحث سازماندهی، مدیریت جذب و توزیع پزشک در سطح کشور است. اکنون ۲۳ هزار پزشک شاغل در مطب های خصوصی داریم که با اجرای این طرح پزشک خانواده به حدود ۳۰ هزار پزشک نیاز است و باید تعداد ۷۰۰۰ پزشک از سایر بخش ها به این بخش وارد شوند. سرانه پرداختی و نحوه قرارداد باید به گونه ای باشد که پزشکان را به همکاری با این برنامه تشویق کند. سیستم پرداخت و قراردادها بایستی رفتار پزشکان را به گونه ای تنظیم کند که پزشکان تمایل پیدا کنند از مرکز کشور به محیط کشور، از مرکز استان به محیط استان، و از مرکز شهر به محیط شهرنقل مکان کنند و توزیع پزشکان به نفع مناطق محروم اتفاق بیفتد. تفاوت پرداخت ها بین مناطق محروم و برخوردار زیاد بوده و به گونه ای تنظیم شده است که جذب پزشک به مناطق محروم و کمتر برخوردار افزایش یابد. از طرف دیگر پزشکان خانواده ای که بعد از دو ماه نتوانند بیشتر از ۵۰۰ نفر را جذب کنند بایستی از طرح خارج شوند. در سازماندهی طراحی شده تداوم دسترسی به خدمت از طریق پزشک جانشین و

جایگزین، تعریف خدمات در ۲ شیفت، مشاوره تلفنی، مراجعه به اورژانس بدون نیاز به ارجاع تامین شده است.

قوانین و مقررات: به جهت جلوگیری از بحث دست چین کردن Cream Skimming (جداسازی افراد سالم از بیمار و افراد کمتر بیمار) در این طرح، پزشکان خانواده بایستی افراد منطقه خود را چه سالم و چه بیمار تحت پوشش قرار دهند. راهکارهایی در ثبت نام برای ممانعت از دست چین کردن تعبیه شده است که عبارتند از: ۱- پزشک باید یک خانوار را کامل ثبت نام کند. ۲- پزشک بایستی افراد را در محدوده شعاع ۱/۵ کیلومتری ثبت نام نموده و تحت پوشش بگیرد. ۳- اگر افراد ثبت نامی توسط یک پزشک از ریسک بالا برخوردار بودند متناسب با ریسک بیماران تحت پوشش پرداخت به پزشک افزایش پیدا می کند. (گروههای دارای ریسک بالاتر عبارتند از: کودکان زیر ۵ سال، بزرگسالان بالای ۶۰ سال، مادران باردار، افراد دارای بیمارهای مزمن).

در بحث مدیریت ارائه خدمات، زمانی که پرداخت ها به شکل سرانه باشد کمیت و تعداد خدمات غیر ضروری کاهش پیدا می کند اما نیاز به مکانیزمهای نظارت جدی به جهت اطمینان از دریافت خدمت توسط جمعیتی است که هزینه آن از قبل به پزشک به طور سرانه پرداخت شده است. (باید نظارت سطح به سطح برقرار گردد، پزشک خانواده مسئول اولین کسی است که بر عملکرد پزشک خانواده و تیم سلامت نظارت می کند)

اهرم رفتار: کلیه آیتم های تعبیه شده در برنامه به گونه ای است که اگر مراجعه کننده و بیمار در مسیر پیشنهادی و مد نظر ما حرکت کنند از حداقل پرداخت و فرانشیز برخوردار می شوند اما در صورتی که به هر شکل از مسیر ارجاع دور شوند، مبلغ پرداختی توسط آنها افزایش پیدا می کند.

تدوین نسخه ۰۲:

بعد از پایلوت نسخه ۰۱ و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن طی جلسات کارشناسی متعدد با بهره گیری از نظرات کارشناسان مختلف سعی شد راهکارهای برای مشکلات موجود اندیشیده شود. ضمن مطرح شدن مشکلات در جلسه معاونین، تلاش در رسیدن به نوعی توافق همگانی صورت گرفت که ماحصل آن دستورالعمل فوق می باشد (نسخه ۰۲) که در نهایت به تصویب هیات محترم دولت رسیده است. در طراحی این دستورالعمل، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، بیمه ها، و سازمان های بیمه گر باید به توافق می رسیدند که تعامل با سازمان های بیمه گر که خود را به نوعی زیرمجموعه وزارت رفاه نمی دیدند، بخش دشواری در تالیف نسخه ۰۲ بود

برای تبدیل مطب پزشکان خصوصی به پایگاههای پزشکی خانواده، باید مطب ها تغییر استانداردهای محتوایی ارائه خدمت را رعایت نموده و نیز استانداردهای نیروی انسانی پایگاههای پزشکی خانواده از قبیل داشتن پرستار و ماما را اجرا کنند. دفاتری که باید پروانه داشته باشند از قبیل تغذیه، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی، روانشناسی بالینی در مسیر مشاوره قرار می گیرند، همزمان با این فعالیت ها، پزشک خانواده مسئول نقش مدیریتی داشته و موضوعات را به مراکز بهداشت انتقال داده و با همکاری سایر دستگاهها اقدامات بین بخشی را انجام می دهد.

جمع بندی مباحث پانل

استقرار برنامه

برای اجرای طرح باید آمادگی کامل داشت و پذیرای انتقادات بود و حتی الامکان از تنش ها و چالش های غیر ضروری پرهیز نموده و افراد را درمقابل بدنه اجرایی برنامه به گروه بندی نکشاند. با توجه به بستری که در جامعه حاکم است نباید انتظار داشت که به لحاظ اجرایی، فرهنگی و اجتماعی کلیه جزئیات در تدوین برنامه دیده شده باشد. بسیاری از مسائل و کاستی ها در طول زمان آشکار و در طول اجرای برنامه مرتفع خواهند شد. اما در شروع و اجرا باید بر استوار بودن زیربناها تاکید داشت و به تدریج برنامه را کامل کرد.

پیشنهاد شده است از متدولوژی های مشخصی که برای گسترش برنامه ها وجود دارد کمک گرفته و مرحله به مرحله برنامه پیش برده شود بجای اینکه برنامه ناگهانی گسترش یابد. یا پیشنهاد شده نحوه هزینه کرد منابع مانند الگوهای موجود در دنیا به طور کامل سرانه باشد و یا از الگوهای دیگر استفاده شود. در روند اجرای برنامه دو جور صحبت شد. گاهی گفته شده تعجیل میکنیم و گاهی گفته شده تاخیر میکنیم. به هر صورت هدف این است برنامه به تدریج اجرا شود و نباید فکر کرد نسخه ۰۲ که در حال اجراست نسخه مختومی است. خیلی از نکاتی که مورد انتقاد است ناشی از این مسئله است. اینکه گفته شده است در سطح اول سرانه میدهیم و در سطح دو و سه پرداخت به آزاری خدمت میدهیم یک دلیلش این است که به هر حال این برنامه باید اجرا شود و با این روش امکان مرحله به مرحله پیش بردن برنامه بیشتر است.

میتوانیم در یک استان این کار را کامل و عمیق اجرا کنیم بعد به کل کشور تعمیم دهیم یا نه یک لایه ضعیف تر را در کل کشور اجرا کنیم و بعد تعمیقش کنیم. به هر حال با توجه به فضای اجرای برنامه در کشور صحیح دانسته شده که در ابتدا کل کشور پوشش داده شود و بعد برنامه عمیق شود.

لازم است بر هزینه های که در اجرای پزشک خانواده در روستا صرف شده است مروری صورت گرفته و هزینه اثربخشی ارائه خدماتی که انجام شده معلوم شود. باید هزینه پزشک خانواده روستایی محاسبه شود و نیز هزینه اضافی را که اجرای پزشک خانواده در

شهر با توجه به پرداخت به پزشکان عمومی و متخصص به نظام سلامت تحمیل می کند، مورد ارزیابی قرار گیرد.

شاید لازم باشد پاره ای از مسائل را مجریان در سطح استان حل و فصل نموده و چه بسا به الگوها و راه حل های خوبی دست یابند. تعمیم یک مدل به یک کلان شهر با دشواریهای فراوانی همراه بوده و مسائل چالشی از قبیل اینکه جمعیت های مناطق مختلف شهر (مناطق شمال و جنوب تهران) چگونه باید تحت پوشش یک برنامه قرار بگیرند را متوجه تیم اجرایی می کند

پیشنهاد دیگر این است یک برنامه سایه برای نظام سلامت، توسط وزارت خانه و یا مجموعه و گروهی داوطلب با محوریت اجرایی وزارتخانه طراحی و اجرا شود.

گفته شد طرح شبکه و گسترش شبکه، به عنوان یکی از موفقیت های بزرگ و مایه افتخار کشور است که با اجرای طرح پزشکی خانواده مورد غفلت قرار خواهد گرفت و شاید بهتر بود طرح شبکه با آن پایه های استواری که داشت در برنامه های عملیاتی و آیین نامه های اجرایی وارد می شد و اسم این طرح را طرح گسترش و به روز سازی شبکه می نامیدند.^۱

بحث جریانهای پولی نیز اهمیت دارد. یکی از دلایل آسیب دیدن PHC به علت برنامه پزشکی خانواده ناشی از این بوده که نتوانستیم مشخص کنیم که پزشکی خانواده چگونه مستقر گردد، محل اقامت وی کجا باشد؟ و بودجه مورد نیاز از کجا تامین شود؟

میزان مشارکت مردم، خانوارها و جامعه در تدوین این برنامه اهمیت داشته و برنامه هایی اینچنین زمانی که با مشارکت پایین به بالای سطوح مختلف همراه شوند، موفقیت آمیز خواهند بود.

برخی از مشکلات اجرای برنامه پزشکی خانواده ناشی از مشکلات بنیادی و عمده نظام سلامت و دیگر حوزه ها مثل مشکلات سیستم مالیاتی است و بعضی از چالشها و مشکلات و مقاومتها در مقابل اجرای پزشکی خانواده متاثر از وجود آنها است.

^۱ اما باید توجه داشت پزشکی خانواده روی بستر شبکه و توسط شبکه طراحی شده است و روی آن پایه هم سوار است.

تامین مالی

در دستورالعمل تدوین شده شیوه تامین مالی موجود تغییر زیادی نکرده است. منابع موجود همچنان اعتبارات دولتی و بیمه ها می باشند که بیمه ها با پزشک خانواده قرارداد می بندند و پرداخت می کنند. از سویی اعتبارات دولتی نیز به مراکزی که پزشک خانواده یا پزشک مسئول مستقر می شود تخصیص می یابند. در نحوه تامین منابع، منابع از همان محل قبلی تامین می شوند و در عمل تجمیع و انباشت منابع صورت نمی گیرد. در دستورالعمل نیز چگونگی تجمیع منابع ذکر نشده است. زمانی که انباشت منابع صورت نگیرد بسته خدمتی در دو بخش متفاوت ارائه می شود که بخشی از آن به عهده پزشک خانواده است که خدمات بهداشتی - درمانی را در بر می گیرد و پرداخت آن به عهده بیمه ها است و مابقی آن از محل اعتبارات دولتی پرداخت می شود. در نتیجه جامعیتی که در دستورالعمل از آن سخن گفته شده مورد سوال قرار می گیرد که ناشی از عدم تجمیع و انباشت منابع است. نکته دیگر برآورد منابع اعتباری سازمانهای بیمه گریه ادارات کل بیمه در زمان مناسب است زیرا تنها در صورت تامین بموقع منابع مالی، اجرای برنامه میسر خواهد بود. با توجه به رایگان بودن دارو در سطح اول ارائه خدمت، سهم پرداختی دارو از سوی سازمانهای بیمه گر چگونه و با چه فاصله زمانی به داروخانه های طرف قرارداد پرداخت خواهد شد؟ و با توجه به افزایش بارمراجعه به سطح اول، منابع مورد نیاز جهت تامین دارو از چه محلی تامین می شود؟ وضعیت نقدینگی داروخانه ها و وصول مطالبات آنها چگونه خواهد بود؟ آیا مطالبات خود را بموقع از بیمه ها دریافت خواهند کرد؟ زیرا در غیر این صورت ارائه خدمت مطابق با دستورالعمل ابلاغی ممکن نخواهد بود.

پرداخت

از مزایای این برنامه این است که ارتباط مالی پزشک و بیمار قطع خواهد شد و مشکلات ناشی از آن مرتفع می گردد. پزشکان می توانند با بیمه ها در خصوص تعرفه ها، وارد مذاکره شده و تعرفه ها را با یکدیگر انتخاب کنند (بالا نرفتن تعرفه ها منجر به افزایش پرداخت های زیرمیزی می شود و چون تعرفه ها بالا نمی روند مردم باید از جیب پرداخت کنند). بیمه ها نیز ممکن است در ادامه به حمایت مالی دولت نیاز داشته باشند و لازم شود

هزینه های دولتی به این سیستم وارد شوند. این امر برای بیمه ها نیز مقرون به صرفه است چون از بسیاری اقدامات و هزینه های غیر ضروری جلوگیری می شود.

از سوی دیگر پرداخت فقط در بخش پزشک خانواده به صورت سرانه صورت می گیرد که در راستای شعار سلامت نگر بودن رویکرد پزشک خانواده است ،اما نکته مهم این است که در بسته خدمتی تعریف شده (که کامل نیست) ، خدماتی مانند دارو، آزمایشگاه و از بودجه سرانه استثنا شده است و در عین حال فرانشیز آن ها نیز کاهش پیدا کرده است که این امر ممکن است به استفاده بیش از حد این خدمات منجر شود (خدمات پاراکلینیکی و تشخیصی). ریسک پزشک خانواده فقط به قسمت ویزیت بیماران محدود شده است. این کاهش فرانشیز نه به عنوان کاهش پرداخت مستقیم از جیب بلکه به عنوان تشویق به مراجعه به پزشک خانواده مورد استفاده قرار گرفته است ،در حالی که در بررسی مطالب و سوابق تحقیقاتی مشاهده می کنیم که پرداخت مستقیم از جیب در جای دیگری بیشتر به افراد تحمیل می شود نه در سطح اول.هدف کاهش فرانشیز در این قسمت باید مورد بررسی قرار گیرد.از سویی در بحث پرداخت سرانه ، بسته خدمات را بایستی وسیع تر در نظر گرفت که از اضافه مصرف خدمات در آینده بتوان پیشگیری کرد. حتی اگر مکانیزمی برای جلوگیری از اضافه مصرف خدمات در بخش پزشک خانواده تعیین شده باشد، به عنوان مثال از سرانه وی کاسته شود ، چنین مکانیزمی مستلزم داشتن سیستم نظارتی بسیار قوی و مستحکم و قابل رویت و نظارت می باشد در غیر اینصورت با عوارض اضافه مصرف خدمات دست به گریبان خواهیم بود.نکته دیگر خدماتی است که پرداخت آنها به صورت کارانه و از منابع بیمه ای است (مانند خدمات تغذیه ای و روانشناسی) اما هنوز این خدمات جزء تعهدات بیمه قرار نگرفته اند.

در این برنامه نظام پرداخت به پزشک بیشتر در بخش شهری متمرکز است که این موضوع بخش روستایی را تهدید کرده و منجر به سوق دادن وانتقال بیشتر پزشکان از بخش های

روستایی و دورافتاده به نقاط شهری می شود. افزایش ۲۰٪ که به بخش روستایی اختصاص داده شده تکافو نخواهد کرد و این شکاف به قوت خود باقی خواهد ماند.^۱

در نظام پرداخت شهری نیز بایستی ضرابی را برای نقاط مختلف شهر، نقاط محروم تر، حاشیه شهر و یا حتی بین شهرهای مختلف بر اساس ضرایب محرومیت و شاخص هزینه ها (مثلا هزینه اجاره مطب و ...) در نظر گرفت. در شهرها مردم از پرداخت فرانشیز معاف شده اند در حالی که در روستاها هنوز چنین تصمیمی ابلاغ نشده است. این تبعیض باعث می شود که امتیاز بیشتری به بخش شهری داده شده و در بخش روستایی چالش هایی ایجاد خواهد شد

شکل تغییر یافته روش سرانه که در این طرح در حال انجام است و با شکل اصلی سرانه متفاوت است، در کاهش تقاضای القایی و خدمات غیر ضروری که در سطح دو و سه اتفاق می افتد، بخصوص با مشوقهایی که برای آن سطوح در نظر گرفته شده است، با مشکلاتی روبرو خواهد بود^۲، بحث دیگر تخصیص واقعی منابع به جهت ارتقا سلامت در برنامه پزشک است و اینکه عوامل اجتماعی و اقتصادی و سایر عوامل تاثیر گذار بر سلامتی به چه میزان در برنامه دیده شده اند؟ سهم هریک از بخش های بهداشت و درمان در محتوای این برنامه به چه میزان است؟

^۱ در برنامه ها بحث روستا دیده شده است و در حال حاضر دستورالعمل در دست تهیه است که برای دانشگاه ارسال شود. در این دستورالعمل آمده که منافع و خدمات روستاییان نباید کمتر از شهری باشد اما این برنامه ها به منابع نیاز دارند و این منابع را باید تامین شود و روند آن کمی طولانی شده است.

^۲ به این دلیل از سرانه برای پزشکان سطح دو و سه استفاده نکرده اند که از شدت مقاومت پزشکان متخصص و فوق تخصص در مقایسه با پزشکان عمومی آگاه بودند. مسیر کار باید به تدریج طی شود تا به اهدافمان برسیم.

سازماندهی

در بحث سازماندهی یک سری از مطب‌ها طبق دستورالعمل به پایگاه پزشک خانواده تبدیل شده و سرانه دریافت می‌کنند. طبق این گزینه دقیقاً در جایی که پرداخت به صورت سرانه انجام می‌شود گرایش برای سازماندهی بخش خصوصی وجود دارد، اما طبق دستورالعمل در سطح بالاتر یعنی مرکز مسئول سرانه‌ای دریافت نمی‌کند، (اگرچه زیاده شفاف نیست)، اما تشکیلات آن دولتی است و از دولت پول می‌گیرد با توجه به اینکه هر ۱۰ هزار نفر تحت پوشش یک مرکز مسئول قرار می‌گیرند، در آینده در سطح وسیعی گسترش تشکیلات دولتی را به دنبال خواهیم داشت که بایستی منابع آن را تدارک دید که اگر منابع آن تدارک دیده نشده باشد، در قسمت ارجاع و کنترل به مشکل برخوردیم خورد.^۱ در حال حاضر این مراکز به تعداد کافی در اختیار نیست و مراکز موجود به لحاظ فضای فیزیکی و تجهیزات از استانداردهای لازم برخوردار نبوده و نیازمند ارتقا کیفیت هستند.^۲

پزشکان بخش دولتی نمی‌توانند به علت دوشیفته بودن تایم کاری در زمان بندی این برنامه کمک کرده و تامین ۷۰۰۰ نفر پزشک با مشکل روبرو خواهد بود.^۳

در تیم پزشک خانواده از پرستار و ماما استفاده می‌شود، علامت ممیز حاکی از "یا" است، یعنی پزشک خانواده می‌تواند از پرستار یا ماما استفاده کند. اما پرستار و ماما دو فرد جدا هستند با دو تا شرح وظیفه جدا. تحت هر شرح وظیفه‌ای، آنها دو آدم جدا هستند و شرح وظایف آنها یکسان نیست. این موضوع مسئله آفرین خواهد بود. شرح وظایف مشخص شده، مورد توافق ماماها نبوده و مجوز برخی موارد مانند تزریقات وجود ندارد.^۴ جدای از

^۱ پزشک خانواده مسئول به صورت سرانه پول می‌گیرد. اصلاً گسترش بخش دولتی نداریم. در جلسه با استانها هم مطرح شده است که کار مغز افزاری و نرم افزاری است. سازماندهی مجدد آنچه که وجود دارد. فقط سازماندهی

مجدد انجام شده و نباید گسترش بخش دولتی داشته باشیم

^۲ برای رفع کمبود نیرو و مراکز می‌توان از برون سپاری استفاده کرد

^۳ در دستورالعمل آمده هر کسی به هر دلیلی نخواهد یا نتواند دو شیفت کار کند، می‌تواند کمتر کار کند و متناسب با کاهش تعداد ساعت کاریش تعداد بیمارانش کاهش پیدا می‌کند.

^۴ در رابطه با ممنوعیت تزریق توسط ماما دکتر بیان کردند که ماما می‌تواند تزریق کند و مجوز آن نیز صادر شده است.

این ماما در طول این چند سال در جوار برنامه پزشک خانواده در روستا به اندازه کافی تجربه کسب کرده اند، بنابراین با مشکلات این برنامه در سطح مامایی آشنا هستیم و بنظرمی رسد که این مشکلات هنوز برطرف نشده اند. علاوه بر پزشکان صدای دیگر همکاران تیم پزشک خانواده نیز باید شنیده شود. اگر در سیستم پزشک خانواده ما همه کارها را حول پزشک خانواده بینیم و مسائل دیگر افراد تیم را نینیم باعث مشکل خواهد شد. اگر ما دنبال عدالت برای گیرندگان خدمت هستیم ما باید این عدالت را در تیم پزشک خانواده اجرا کنیم.

قوانین و مقررات

قوانین و مقررات باید‌ها و نباید‌های دستوری هستند. در این زمینه باید راهبردهایی را به کار برد که سیستم در اجرای آن‌ها با کمترین تغییر و بیشترین میزان تسهیل مواجهه باشد. الزام اینکه افراد حتما با خانواده خود تحت نظارت یک پزشک باشند و یا الزام اینکه افراد حتما بایستی تا شعاع ۱/۵ کیلومتری تحت پوشش پزشک قرار بگیرند در حالی که بحث تشکیل پرونده الکترونیک سلامت ضرورت این الزامات (الزام رعایت فاصله زمانی و مکانی) را تحت الشعاع قرار خواهد داد و ممکن است برای مجریان در مرحله اجرا موانع و حساسیت‌هایی را ایجاد کند.^۱

مقررات و قوانین بایستی هوشمندانه و هدفمند تدوین شود و به روز رسانی و پایش اجرای آن مستمر صورت بگیرد تا از تاثیر آن اطمینان حاصل گردد. توجه به محتوای برنامه، استانداردهای فعالیت‌ها، طراحی چک لیست بر اساس آن و اجرا و پایش جدی موارد مذکور، اهمیت دارد.

^۱ باید توجه کرد تکوین بیماری داخل خانواده و در محیط کار و محیط زندگی اتفاق می افتد. پزشکی که از آن محیط بهتر اطلاع دارد مسلما بهتر میتواند خدمات را ارائه دهد. به همین علت انتخاب پزشک خانواده به صورت خانوادگی و براساس محل سکونت است. اما هر کدام از اعضای خانواده بخواهد هر پزشکی را که دوست دارد انتخاب کند بلامانع است و این اجازه‌ها داده شده و بحث فاصله‌ها در اختیار استان است. جایی که تمرکز جمعیت کم است فاصله را باید زیاد کرد جایی که جمعیت تراکمش زیاد است فاصله را باید کم کرد

در صورتی که پایش و ارزشیابی در این برنامه نیز مشابه پزشک خانواده روستایی جدی نگرفته شود، هیچکدام از اهداف تعیین شده محقق نخواهد شد با علم به اینکه در سطح دوم و سوم پزشک خانواده به پایش و ارزشیابی بیشتری نیاز است.

در بحث نظارت باید به ترکیب کمیته ها توجه کرد تا با وجود بیمه ها و بخش درمان ، بخش بهداشت مورد کم توجهی قرار نگیرد.

استانداردهای چند گانه بیمه ها ، باعث می شود افراد با دفترچه بیمه های مختلف بتوانند به این برنامه وارد شوند. چند گانه بودن مقررات بیمه ها در نهایت به برنامه لطمه خواهد زد. برای مثال ویزیت تخصصی و فوق تخصصی جهت بیمه شدگان تامین اجتماعی در درمانگاههای تخصصی تامین اجتماعی هم اکنون رایگان صورت میگیرد و مشخص نیست پس از اجرای برنامه ارائه خدمت در سطوح تخصصی به بیمه شدگان تamen اجتماعی چگونه خواهد بود.

رفتار

در اجرای برنامه باید رفتار ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت را کنترل کرد. چنانچه نظام پرداخت سرانه در لایه های بالاتر تسری پیدا نکند و نتوان اهرمهای کنترل را در سطوح دوم و سوم به کار گرفت ، (چون این سطوح مشارکتی در ریسک ندارند)، رفتارهای افراد به سمت استفاده بیش از حد و تقاضای القایی پیش خواهد رفت. بسته خدمات را فقط برای سطح اول طراحی کردن و گسترش ندادن آن به سطوح دیگر، احتمال تغییر رفتار را در سطح دیگر کاهش خواهد داد. باید با اتکا به کمیته هایی که قرار است سیستم را در هنگام اجرا نظارت کنند، از بعد نظارتی برنامه اطمینان حاصل کرد.

یکی از نگرانی های عمده این است که حداقل در سطح اول مراجعات به میزان زیادی افزایش پیدا خواهد کرد. از سوی دیگر ارجاع از متخصص به فوق تخصص با کسب اجازه پزشک خانواده اندکی دشوار می نماید زیرا فرد در سطح بالاتر مجبور به اخذ اجازه از فرد در سطح پایین تر می شود.

باید به مقاومت پزشکان بخش خصوصی توجه کرد. علت عمده آن این است که درآمد آنها مقداری کم می شود. اما باید به حرفها و نظرات آنها توجه شود^۱. برخی فعالیتهایمانند درمان اعتیاد با متادون در آمد بیشتری برای برخی پزشکان به همراه دارد و از هم اکنون آنها اعلام کرده اند که در این سیستم وارد نمی شوند. همین طور در بخش دولتی برخی پزشکان عمدتاً خانمها که فقط یک شیفت کار می کنند اظهار می کنند فعالیتهایی که برای پزشکان بخش دولتی دیده شده است بسیار بیشتر از فعالیتهایی است که برای پزشکان بخش خصوصی در پایگاه ها دیده شده است.

در اجرای برنامه ارتقای سواد سلامتی مردم ضروری است زیرا معلوم نیست افرادی که به اورژانس مراجعه می کنند چگونه باید تشخیص دهند که مورد اورژانس هستند و یا خیر و اینکه ۳۰٪ فرانسیز تعیین شده را بایستی پرداخت کنند و یا خیر. تجربیات کشورهای دنیا در پیاده سازی پزشک خانواده موفق بودند نشان می دهد در هیچیک از کشورهای دنیا بیمار هنگام مراجعه به اورژانس موظف به پرداخت وجه نبوده و این نکته باید مورد دقت قرار گیرد

موفقیت این دست از برنامه ها وقتی بیشتر است که کل جمعیت تحت پوشش قرار بگیرند. وقتی افراد برای شرکت در این برنامه آزاد باشند همواره این ریسک وجود دارد افرادی که سالم هستند و ریسک بیماری کمتری دارند وارد برنامه نشوند و این به کلیت برنامه لطمه خواهد زد.

از سوی دیگر، نارضایتی مردم در میان مدت و بلند مدت خود را نشان خواهد داد نه در کوتاه مدت. مردم خیلی از چیزها را قبول خواهند کرد، ثبت نام خواهند کرد، اما وقتی در آینده در انتخاب پزشک خانواده شان با محدودیت روبرو شدند، مشکلات بروز پیدا کرد و اجرا به کندی صورت گرفت نارضایتی در مردم ایجاد می شود که از هم اکنون باید به فکر آن بود. به دیدگاههای مردم باید توجه کرد برخی تصور می کنند هدف از این برنامه اشتغال زایی برای پزشکان است.

^۱ این نکته که تلفن پزشکان خانواده به بیماران داده شود آسایش را از آنها خواهد گرفت و احتمالاً ستاد مجبور خواهد بود این را تغییری دهد.

نتیجه گیری

لازم است با بهره گیری مناسب از اهرمهای کنترل نظام سلامت پایه های اساسی و الزامات اولیه استقرار برنامه پزشکی خانواده را محقق نمود. روند اجرای برنامه تدریجی است و نسخه ۰۲ نسخه نهایی برنامه پزشکی خانواده نخواهد بود. برآورد صحیح از هزینه های برنامه، تامین مالی مناسب، یکسان سازی عملکرد صندوقهای بیمه، تدوین برنامه پایش و ارزشیابی، نظارت قوی، منظم و شفاف سبب خواهد شد تا رفتار ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات در راستای استقرار برنامه تغییر یابد. همواره باید توجه داشت که هدف نهایی، اجرای برنامه پزشکی خانواده نیست بلکه دستیابی به اهداف برنامه اهمیت دارد که در راس آنها ارتقاء سلامت جامعه و بهبود عدالت در سلامت می باشد.

دومین نشست تخصصی مشترک

دیده‌بانی نظام سلامت

سخنران

دکتر بهزاد دمازی

هیئت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت

رئیس دپارتمان عوامل اجتماعی سلامت پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۴/۲۷

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

خانم دکتر جیهان توپلا، نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران
دکتر سید رضا مجدزاده، استاد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فرشاد پورملک، دکترای اپیدمیولوژی

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هئیت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری
طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت
آقای ورمزیاری، دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت
دکتر علی اردلان، هئیت علمی و معاون پژوهشی موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر پرویز اولیاء، هئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد
دکتر شهرام توفیقی، استاد مدیریت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
آقای شمس، دانشجوی دکتری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
دکتر محمد حسین سالاریان زاده، کارشناس معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت
بهداشت

خانم دکتر فرانک فرزندی، دانشیار رشته مدیریت پژوهشده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر یمانی، کارشناس حوزه سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت
دکتر اسدی لاری، دانشیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر منوچهر مهران، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین
آقای توسلی، دانشجوی دکترای تغذیه دانشکده بهداشت

متن سخنرانی

مقدمه

بحث‌های دیده‌بانی با نگاه به شاخص‌های نظام سلامت از چند سال قبل در کشورهای مختلف مطرح است. نمونه برجسته بین‌المللی آن نظام دیده‌بانی PAHO است که در منطقه آمریکایی سازمان جهانی بهداشت از سالها قبل فعالیت کرده و گزارشها و شاخص‌های مختلفی را ارائه می‌کند. هدف این مطالعه بررسی چگونگی مدل دیده‌بانی نظام سلامت جهت ارزیابی شاخص‌های مهم سلامت و عملکرد نظام سلامت، مسیر ایجاد و ساختار این نظام است. این مسئله از سال‌های قبل جزء چالش‌های موسسه ملی تحقیقات سلامت و خواسته‌های وزارت بهداشت از موسسه بوده است. اخیراً نیز وزیر محترم بهداشت در زمینه اجرای دیده‌بانی نظام سلامت در کشور دستوری را ابلاغ کرده اند. بخش‌های مختلف کشور نیز نسبت به این موضوع حساس و علاقه مند هستند و گروه‌های مختلفی که با سلامت مردم سروکار داشته و مسولیت دارند و لزوماً درون نظام سلامت نیستند، در این موضوع درگیرند. این گزارش خروجی مطالعه ای است که در زمینه طراحی مدل دیده‌بانی نظام سلامت انجام شده و پیشنهاد نظامی برای اجرای عملیاتی دیده‌بانی نظام سلامت است.

ضرورت و اهمیت موضوع

هدایت راهبردی به سوی چشم انداز سلامت نیازمند اطلاعات جامع، مانع و به موقع است. از طرف دیگر اگر ویژگی‌های یک نظام خوب سیاستگذاری سلامت را مرور کنیم موضوع دیده‌بانی و به روز بودن اطلاعات و داده‌های سلامت برای سیاستگذار از اولویت‌ها است و لازم است که این سیستم در کنار نظام سیاستگذاری سلامت ایجاد شود. در حقیقت این موضوع روی ضرورت ساختاری تاکید می‌کند. اولین بند ماده ۳ اساسنامه موسسه ملی تحقیقات سلامت به ایجاد این سیستم دیده‌بانی می‌پردازد و یکی از وظایف موسسه بوده است که این کار را انجام دهد. اما در ابتدای کار در شهریور سال ۱۳۸۸ که موسسه ملی شکل گرفت برای ما نیز مبهم بود که عبارتی که اینجا نوشته شده چطور باید پیاده شود. بنابراین طرحی تعریف شد تا بتوانیم از مشارکت سایر افراد و تجربیات دنیا استفاده کنیم. این کار دو سال طول کشید و الان به یک دیدگاه رسیدیم که این دیدگاه

می تواند توسط مشارکت سایر ذی نفعان در کشور عملیاتی شود. بند ۶ ماده ۱۶ قانون برنامه پنجم توسعه نیز روی موضوع دیده بانی در مورد وضعیت علمی تاکید داشته است. نقشه جامع علمی کشور و سیاست شماره ۱۳ نقشه تحول نظام سلامت به موضوع دیده بانی پرداخته اند. این مقدمه ای بود در مورد اینکه چرا این کار شروع شد. همچنین دیده بانی سلامت و علوم مرتبط از کارکردهای اصلی موسسه ملی سلامت است و در اساسنامه شورای گسترش دانشگاه‌ها این موضوع دیده شده است.

روش کار

در ابتدا تجربیات سایر کشورها بررسی شد. مرحله بعد تحلیل نظام تولید و بکارگیری اطلاعات سلامت در کشور بود که از طریق مدل SWOT و سایر روشها و بررسی مستندات و گزارش‌های موجود انجام گرفت. برای مثال مشاور بانک جهانی از ایران بازدید داشته‌اند و موظف بوده‌اند از وضعیت HMIS ایران گزارشی را ارائه دهند. آن گزارش و سایر گزارش‌های مشابه در سازمان جهانی بهداشت جمع آوری و بررسی شد و در قسمت تحلیل نظام تولید و بکارگیری اطلاعات سلامت در کشور استفاده شد. اسناد بالادستی نیز بررسی شد که حاصل آن یک گزارش ۸۰ صفحه‌ای بود. بعد از این سه مرحله ما اصولی را برای طراحی نظام دیده بانی طراحی کردیم و بر اساس اجزای پنجگانه یک نظام شامل اهداف، ساختار، فرایند، روال و استاندارد، منابع و مدیریت، نظام نامه طراحی شد. در طراحی نظام نامه ما سعی کردیم اجزای یک سیستم را مدنظر قرار دهیم. خروجی این کارها به صورت یک آیین نامه نظام دیده بانی بیرون آمد که پیوسته‌ایی نیز دارد: فهرست شاخص‌های سلامت، چارچوب یک گزارش دیده بانی و از همه مهمتر تقویم پیمایش‌های کشوری منطبق بر برنامه‌های توسعه کشور.

در یک مرحله از ذی نفعان در مورد آیین نامه نظرخواهی شد و نتایج نظرخواهی در یک جلسه حضوری مجدداً بررسی و نهایی شد. البته در هنگام ارائه آن به شورای سیاست گذاری تغییراتی در متن آن نیز داده شد.

نتایج

یکی از این نتایج تعریف واژه های نزدیک به این موضوع است. برای مثال پایش، ارزشیابی، ارزیابی، مراقبت سلامت. دیده‌بانی چیزی فراتر از این‌هاست و به نوعی وصل به آنهاست و با همه آنها کار می‌کند، یعنی با نظام‌های ارزشیابی، مراقبت سلامت و ارزیابی مرتبط است و با آنها کار می‌کند. در مرور تجربیات کشورها، نظام‌های دیده‌بانی مختلف بررسی شد. هر کدام ویژگی‌ها، معایب و مزایایی داشتند. در هندوستان دیده‌بانی ملی در کنار دیده‌بانی منطقه‌ای و استانی فعال است ولی دیده‌بانی ملی زیر نظر وزارت بهداشت و رفاه فعالیت می‌کند. در انگلستان ۱۲ دیده‌بانی سلامت عمومی در ۵ منطقه کشور در قالب یک شبکه فعالیت می‌کنند که در این دیده‌بانی از توانایی‌های دانشگاه‌ها استفاده می‌کنند. بحث‌های زیادی است که آیا این دیده‌بانی‌ها به مراکز علمی وصل باشد یا نباشد. در امریکای لاتین، پرتقال و اسپانیا ویژگی‌ها که نظام‌های دیده‌بانی دارند مشارکت جامعه مدنی و جنبشهای اجتماعی است که در شوراها نماینده دارند و به نوعی حرف و نظر آنها منتقل می‌شود. در مدل‌هایی که در امریکا و کانادا وجود دارد، کل فرایند مراقبت، پایش وضعیت سلامت، انتشار اطلاعات و هشدار به جامعه و اتصال به فرایند سیاستگذاری در طراحی دیده‌می‌شود. می‌توان گفت نظام‌های دیده‌بانی امریکا و کانادا کامل‌تر هستند و ویژگی‌های نظام‌های دیده‌بانی در آنها دیده می‌شود به ویژه اتصال آن به حوزه سیاستگذاری و کاری که انجام می‌شود. به طور خلاصه در کشورهای مختلف نظام‌های دیده‌بانی مختلفی وجود دارد و باید ببینیم با توجه به شرایط کشور ما کدام مدل مناسب‌تر است.

در مرحله بعدی ما وضعیت فعلی نظام اطلاعات کشور را بررسی کردیم. دیده‌بانی نظام سلامت در کانادا و امریکا مانند یک شبکه است که در آن چند جزء دیده می‌شود. می‌توان سه جزء اصلی را برای آن ذکر کرد. جزء اول و جزء شروع کننده در واقع وظیفه تولید و جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده دارد مانند نظام پایش، نظام مراقبت و دیده‌بانی‌های ویژه و نظام‌های اطلاعات سلامت و دیگر منابع. این اطلاعات در جایی ثبت و جمع‌آوری می‌شود تا به گزارش‌های مروری و دیگر محصولات دیده‌بانی تبدیل شوند. این اطلاعات مورد استفاده کاربران نهایی مثل مسئولان سلامت برای سیاستگذاری قرار می‌گیرد. یکی از

چالش‌های طراحی، نظام ارتباطات و اطلاع‌رسانی به مردم بود که باعث بسیج اجتماعی در حل مشکلات می‌شود. بنابراین تولید، جمع‌آوری و تحلیل و استفاده از این اطلاعات سه جز نظام دیده‌بانی را تشکیل می‌دهد.

در ایران ما در این زمینه در نقطه صفر قرار نداریم و بیش از دو دهه است که سیستم‌ها و نظام‌های مختلفی برای تولید و جمع‌آوری داده داریم. از ثبت کاغذی اطلاعات در خانه‌های بهداشت تا سیستم ثبت اطلاعات سرطان، بیماری‌های واگیر، حوادث و سوانح و نظام مراقبت از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، پیمایش‌های ملی از قبیل سلامت و بیماری، سلامت و جمعیت، مطالعه بار بیماری‌ها و پیمایش سلامت روان و مطالعات ملی که انجام می‌شود. بخشی از این اطلاعات در سایر بخش‌های سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی تولید می‌شود. پس مشکل کجاست؟ می‌توان سه مشکل اساسی و یا در واقع سه نقطه بهبود برای نظام مدیریت اطلاعات کشور ذکر کرد: یکی اینکه این اطلاعات در زیر سیستم‌های نظام اطلاعات تولید می‌شود ولی ضمانتی برای بهره‌گیری از آنها در سیاست‌گذاری وجود ندارد. برای مثال سیستمی برای ایجاد ارتباط بین این اطلاعات و محققین و مسئولان و مدیران وجود ندارد. مشکل دوم تداوم و کیفیت تولید اطلاعات اولویت دار است. ما کمبود اطلاعاتی (gap) در کشور داریم خیلی از اطلاعات مورد نیاز و شاخص‌های ضروری برای سیاست‌گذاری در کشور تولید نمی‌شوند. در مورد بقیه شاخص‌ها در مورد کیفیت و تداوم جمع‌آوری آنها چالش وجود دارد. برای مثال مطالعه بار بیماری‌ها در کشور در سال ۷۸ شروع شد و بعد از آن به فراموشی سپرده شد. به نظر می‌رسد ما در کیفیت تولید اطلاعات در زیر سیستم‌های موجود و هم در تداوم جمع‌آوری آنها در مقاطع زمانی مشخص نیاز به بازنگری داریم. مشکل سوم عدم هماهنگی و انسجام در بین متولیان تولید اطلاعات است. بارها در وزارت بهداشت دوستان اظهار کردند که در مطالعه و طرح ملی فلان خواسته شد که اطلاعات مورد نیاز ما را هم جمع‌آوری کنند که انجام نشد در صورتی که چند تا از سوالات مورد نیاز ما را به نحوی دیگر در طرح گنجانده بودند. این زیر سیستم‌ها به طور مجزا فعالیت می‌کنند که لازم است جایی این هماهنگی بین زیر سیستم‌ها برقرار شود. این مشکلات و فرصت‌های بهبود در طراحی نظام دیده‌بانی به

عنوان ملاک مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس تحلیل وضعیت و بررسی متونی که انجام شده اصل استخراج شد که مبنای طراحی نظام ماست.

اصول طراحی نظام دیده بانی سلامت

- از ظرفیت های موجود وزارتخانه و دستگاه های خارج از وزارت بهداشت برای تولید، تحلیل و مصرف داده ها و اطلاعات استفاده شود.
- ظرفیت های قانونی را در نظر داشته باشد.
- کارکردهایی که در حال حاضر انجام می شود ادامه یافته و حتی کیفیت آنها هم زیاد شود.
- مالکیت تولید داده ها در طراحی نظام حفظ شود.
- ارتباط بین تولید کنندگان اطلاعات، تبدیل کنندگان و یا میانجیان دانش و مصرف کنندگان شفاف گردد.
- تقسیم کار مشخصی برای تولید اطلاعات صورت پذیرد.
- نظامی هماهنگ برای کنترل کیفی تولید داده ها ایجاد گردد.
- متولی مشخصی برای مراجعه در سطح ملی وجود داشته باشد.
- محصولات نظام دیده بانی ملموس و شفاف باشد.
- ساختار پیچیده ای نداشته باشد.
- این اصول با استفاده از اطلاعات قبلی در یک نظام نامه جمع بندی شده است که حدود هفت ماده دارد که به چند مورد آن مانند تعریف و هدف دیده بانی اشاره میکنیم.

تعریف دیده بانی

شبکه ای ملی، مجازی و سیاست محور است که رصد نظام مند و مستمر شرایط و مسائل مربوط به سلامت همه مردم در پهنه جغرافیایی کشور را بر عهده دارد تا از سیاست، برنامه، تصمیم گیری و اجرای «کارآمد و مبتنی بر شواهد» حمایت کند؛

هدف نهایی نظام دیده‌بانی؛ مشارکت در حفظ و ارتقای سلامت مردم و بهبود آن و کاهش بی‌عدالتی در سلامت است.

این ماده یک نظام نامه‌ای است که تدوین شده است. محصولاتی که از نظام دیده‌بانی انتظار می‌رود به شرح ذیل است:

- گزارش‌های مروری و تحلیلی سلامت به طور سالانه در زمینه‌های خاص
- گزارش دوره‌ای عملکرد نظام سلامت در حیطه‌های مختلف (منطبق با زمان بندی برنامه ریزی های توسعه کشور)
- گزارش پیشرفت وضعیت شاخص های کلان سلامت (از جمله مقایسه با کشورهای منطقه)
- گزارش دوره‌ای آینده‌نگاری از وضعیت سلامت ملی
- گزارش‌های درخواستی بالاترین شوراهای تصمیم‌گیری در نظام سلامت

ساختار کاری نظام دیده‌بانی



سه جزء نظام دیده‌بانی که پیشتر به آن اشاره شد در طراحی ساختار نظام دیده‌بانی مورد توجه قرار گرفته است. همان‌طور که در سمت راست و پایین شکل ملاحظه می‌فرمایید جز اول ساختار واحدهای تولیدکننده داده‌ها و اطلاعات است. جزء دوم شبکه مشاوران و خبرگان هستند که این داده‌ها و اطلاعات را به گزارشها و مستندات تبدیل می‌کنند. این

شبکه ها هم حقیقی و هم حقوقی هستند. ما حدود ۴۰۰ مرکز تحقیقاتی، حدود ۱۶۰ انجمن علمی، گروه های آموزشی و دانشکده های متعدد و مراکز مختلفی داریم که اینها به عنوان شبکه هایی می توانند از این داده ها استفاده کنند و گزارشهای تحلیلی و مروری مناسبی را برای سیاستگذاران و تصمیم گیران آماده کنند. این دو جزء ذیل شورای فنی دیده بان فعالیت می کنند. اعضای اصلی شورای فنی دیده بان مالکان حقوقی داده ها و اطلاعات هستند. یعنی اگر واحدی درون وزارت بهداشت از زیر سیستمی برای جمع آوری اطلاعات برخوردار است مسئول آن واحد عضو این شورا است. در شورای فنی دیده بان نقش بخش ها و دستگاه های دیگر از طریق مشارکت مرکز آمار ایران و چند دستگاه دیگر دیده شده است، بنابراین نقش هماهنگی بین بخشی در این شورا دیده شده است. این شورای فنی زیر نظر شورای معاونین و سیاست گذاری وزارت بهداشت به عنوان مرجع تصمیم گیر بوده و بالاتر از آن شوری عالی سلامت و امنیت غذایی است. بنابراین سه جزء تولیدکنندگان، تبدیل کنندگان و تصمیم گیران در این نظام نامه به هم متصل شده اند و برای هر کدام شرح وظایفی تعیین شده است. بعد از طراحی ما یک بار دیگر به عقب برگشتیم تا ببینیم ویژگی هایی که ما می توانیم برای این نظام تعیین کنیم چیست.

ویژگی های نظام طراحی شده

- ارتقای مشارکت، هماهنگی و مالکیت در تولید کنندگان اطلاعات سلامت
 - مشخص بودن پیمایش های دوره ای ملی منطبق بر زمان بندی برنامه های توسعه کشور (به منظور افزایش بهره برداری برنامه ریزان)
 - ادغام در فرایند سیاست گذاری سلامت
 - تعیین راهکارهای تامین منابع مالی و انگیزش در صاحبان فرایند
- توضیح این الگو به دلیل ظرفیت های موجود کشور و بهره مندی از فرصت ها به مدل جامع و تلفیقی از نظام های دیده بان شباهت دارد.
- ما تولیدکنندگان اطلاعات را در کنار هم قرار دادیم بنابراین می توانیم از مشارکت و همکاری آنها استفاده کنیم. پیمایش های دوره ای ملی از این به بعد مطابق با زمان بندی برنامه های توسعه کشور منظم خواهند شد که این همزمانی به منظور استفاده برنامه ریزان

بسیار مهم خواهد بود. برای مثال در طراحی برنامه توسعه پنجم بسیاری از داده های مورد نیاز برای طراحی مربوط به ۵ الی ۶ سال قبل بود. ویژگی دیگر این نظام نامه تعیین راه کارهای تامین منابع مالی و انگیزش در صاحبان فرایند است. خلاصه این بند این است که اگر کسی اطلاعاتی را تولید می کند مالکیت آن به چه نحوی خواهد بود. یکی دیگر از مسائل امنیت اطلاعات است که در نظام نامه به آن اشاره شده است. اینکه محقق یا یک عضو هیئت علمی در تبدیل داده ها به گزارش چه سهم انگیزشی خواهد داشت در نظام نامه به آن اشاره شده است. در واقع مدل طراحی شده تلفیقی از مدل های دیده بان است. برای مثال مشابه مدل های دیگر برای جلب مشارکت مردم، در این نظام نامه رئیس شوراهای شهر و روستا در کمیته فنی عضویت دارد.

راه آینده

این نظام نامه در هفت ماده به تصویب شورای سیاست گذاری و شورای معاونان رسیده و در تاریخ ۹۱/۳/۱ توسط وزیر محترم بهداشت ابلاغ شده است براساس این ابلاغ:

- احکام کمیته فنی تا پایان مرداد صادر شده و اولین جلسه در شهریور تشکیل می گردد.
- سه اولویت برای گزارش دیده بان در سال ۱۳۹۱ از طرف موسسه تعیین شده و به شورای سیاست گذاری شورای معاونان، ارسال خواهد شد.
- پیش نویس تقویم بررسی های دوره ای سلامت در سطح ملی آماده شده است که مراحل تکمیل، نظرخواهی و تصویب و تدارک الزامات آن تا پایان سال طی خواهد شد.
- طرحهایی به منظور داشبورد نظام دیده بان در حال تدوین است که پس از تصویب باید به اجرا گذاشته شود.

در طول طرح به این نتیجه رسیدیم که باید تقویم بررسی های دوره ای داشته باشیم. تقویم پیمایش های ملی سلامت نهایی نیست. چون هر روز مدل های جدیدی برای پیمایش های ملی تدوین می شود. هدف طرح هم این نبود که این پیمایش ها را جمع آوری کند فقط آنچه که موجود بود جمع آوری شد. بنابراین پیشنهاد شد که طراحی این تقویم به طور مبسوط

توسط یک تیم قوی از کارشناسان با تجربه در این زمینه صورت گیرد. مهمترین مسئله در این تقویم تعیین زمان صحیح انجام پیمایش است. مقاطع زمانی مهم است. بعضی از پیمایشها به نظر می رسد که به طور غیر منطقی از لحاظ زمانی انجام می شوند. برای مثال شاخصی که باید ۳ سال بعد تغییر کند را امسال اندازه گیری می کنیم در حالیکه سال قبل هم آن را سنجیده ایم. اینها نکات ریزی است که طراحی این تقویم را دشوار می کند. توصیه این است که طراحی تقویم طی یک کار مجزا تا پایان سال بررسی و طراحی شود و الزامات آن مشخص گردد. یکی از این الزامات مسائل مالی است، یعنی منابع مالی که در معاونتهای مختلف به طور پراکنده هزینه می شود، در جایی ساماندهی شود. و نکته آخر اینکه طرح هایی برای داشبوردینگ نظام دیده بانی در حال تدوین است که ویژه مدیران و سیاست گذاران مختلف است. مفهوم داشبورد با مفاهیم دیده بانی نزدیک است چون که فرض بر این است که داشبورد ضروری ترین اطلاعات را جلو چشم راننده فراهم می کند. برای وزیر بهداشت و سایر تصمیم گیران وجود چنین داشبوردهایی ضروری است.

جمع بندی اعضای پائل

ویژگیهای ساختاری و فرایندی نظام دیده‌بانی سلامت

مهمترین ویژگیهای ساختاری نظام دیده‌بانی سلامت به شرح زیر می باشد:

۱- لازم است که سهم هر کدام از ذی نفعان مشخص شود تا تداخل به وجود نیاید. مشارکت آنها باید قانونمند و رابطه مند باشد.

۲- این نوع سازمانها و نظام ها انحصاری هستند یعنی ما نمی توانیم ۱۰۰ تا نظام دیده‌بانی داشته باشیم. معقول این است که در یک کشور یک سازمان انحصاری وظیفه دیده‌بانی را بر عهده بگیرد. با توجه به مشارکت ذی نفعان مختلف به نوعی این نظام محوریت استاندارد را پیدا می کند. یعنی یا خود یک مجموعه استانداردها را تدوین می کند یا با بکارگیری نظام نامه، جامعه را به حرکت به سوی استانداردها وادار می کند.

۳- شفافیت گردش اطلاعات مهم است و گردش اطلاعات کاملاً آزاد است و لایه بندی نداریم. اگر امکان شفافیت و گردش آزاد اطلاعات نباشد و به ضرر یکی از ذی نفعان تمام شود باید امکان شکایت وجود داشته باشد.

۴- پویایی این سازمان اهمیت دارد، اگر این سازمان داده ای منتشر نکند، سازمان مرده ای است.

۵- بحث دیگر مجازی و در عین حال رسمی بودن این سازمان است. اما این نظام مجازی را نمی توان در خلاها کرد باید در سیستم اجتماعی سیاسی، جایگاهی را برای آن در نظر گرفت تا بتواند این مجموعه مشارکت ها را جمع کند.

با توجه به این ویژگی ها، آیا ما سازمان مشابهی برای آن در کشور داریم؟ بله سازمان بورس. سازمان بورس با مشارکت ذی نفعان با سهم مشخص و به طور قانونمند مداخلات همه را تعریف می کند، در قبال داده ای که تولید می کند پاسخگوست. داشبورد اطلاعات را در اختیار همه قرار می دهد و هر کسی با توجه به نیاز خود از آن استفاده می کند. و تا زمانی که داده تولید می کند زنده است. مردمگی منظور این نیست که این سازمان را لغو کنند و ابلاغ آن گرفته شود همین که داده ای تولید نکند مرده است. از لحاظ مالی هم مستقل است یعنی وابسته به یک اسپانسر نیست که هنگام تولید و انتشار اطلاعات تحت فشار آن اسپانسر اطلاعات را دستکاری کند. این ویژگی ها برای نظام دیده‌بانی باید مورد

توجه قرار بگیرد. اما باید به چند نکته نیز توجه کرد. در همه جای دنیا امنیت و طبقه بندی اطلاعات وجود دارد و در نظام نامه دیده‌بانی در مورد امنیت اطلاعات قرار شد که در انتشار اطلاعات به مردم در چارچوب قوانین وزارت بهداشت عمل شود. موضوع بعدی اینکه در کشورهای مختلف تنها یک منبع وظیفه دیده‌بانی را انجام نمیدهد. منابع مختلفی ممکن است که وظیفه دیده‌بانی را بر عهده داشته باشند. ولی در کشور ما بخش اعظم تولید اطلاعات سلامت درون وزارت بهداشت اتفاق می افتد. بنابراین نقطه شروع ما اینجا خواهد بود. در نظام دیده‌بانی قرار نیست جای سایر سیستمهای دیگر کار کنیم. وظیفه موسسه مدیریت شبکه است و همه دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و... در این شبکه سهیم هستند. قرار نیست ما همه این کارها را انجام بدهیم این شبکه است که این کارها را انجام می دهد. در مورد نظام دیده‌بانی و تامین مالی آن اتفاقا برای اینکه اطلاعات تحت تاثیر قرار نگیرند بودجه دولت جزء سالم ترین پول ها است. وقتی پول از بخش خصوصی تزریق می شود بیشترین سوگیری ایجاد می شود. پول بخش خصوصی برای هدف خاصی تامین می شود و به دنبال منافع مشخصی است. وزارت بهداشت جایگاه مناسبی برای نظام دیده‌بانی است و بخش دولتی و بودجه دولتی برای نظام دیده‌بانی ذاتا مشکلی ندارد. مشکل در اجراست اگر اجرا درست باشد دولتی بودن دیده‌بانی مسئله ای نخواهد بود.

چیزی که بارها گفته شده اینکه ۲۰ تا ۲۵ درصد سلامت دست وزارت بهداشت و بقیه تحت تاثیر سایر سازمانهاست. مجموعه عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی که به اصطلاح عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۱ نامیده می شود. اما اگر بپذیریم که ساختاری که ارایه شد فقط شورایی در سطح شورای معاونین یا شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت است و قرار است تصمیم گیری کند، باز این بی فایده خواهد بود، چون تنها مجموعه ای از اطلاعات از تولید تا نتیجه گیری در محدوده وزارت بهداشت قرار می گیرد. پس آنجایی که قرار است این اطلاعات مورد استفاده قرار بگیرد کجاست؟ آیا قرار است در سطح شورای عالی سلامت کشور، یا در کارگروه های سلامت و امنیت غذایی استانها اتفاقی بیفتد یا نه؟

^۱Social determinant of health (SDH)

در تولید اطلاعات تنوع و روشهای مختلفی وجود دارد. وجود اعتماد بین اعضا یک بعد نرم افزاری حیاتی برای تاسیس نظام دیده‌بانی است. بین اعضا باید اعتماد، تفاهم، مالکیت و حفاظت معنوی وجود داشته باشد. با توجه به شرایط حاکم بر جامعه و از منظر دولت، مستقل بودن و بی طرف بودن نظام دیده‌بانی نسبت به دیدگاه‌های مختلف را باید مورد توجه قرار داد. نقاط بررسی و حفاظتهایی برای بی طرف بودن نظام دیده‌بانی لازم خواهد بود. لازم نیست خود نظام دیده‌بانی شخصا در تولید اطلاعات درگیر شود. این نظام یک نظام نظارتی است و باید اطلاعات تولید شده را از نظر کیفیت و ارزش بررسی و تحلیل کند. این نظام باید در تحلیل اطلاعات و تدوین *policy direction* و *policy guidance* برای تصمیم‌گیران قوی باشد. به همین دلیل لازم است که این نظام ساختار مربوط به خود را داشته باشد و از شفافیت لازم برخوردار باشد. چون این نظام دیده‌بانی چند بخشی است لازم است که از شان و همکاری بالایی برخوردار باشد تا اسناد سیاستی^۱ که تدوین می‌شود مورد پذیرش قرار بگیرد. همچنین ما باید بین بازیگران مختلف یعنی اعضای نظام، مشارکت کنندگان و ذی‌نفعان نهایی تفکیک قائل شویم و آنها را با یکدیگر قاطی نکنیم. همچنین سخت است که از ابتدا بخواهیم خیلی کامل و بدون نقص پیش برویم. لازم است ابتدا روی نیازهای مردم، سیاست‌گذاران و سیاستمداران تمرکز کنیم و خرد خرد پیش برویم.

اجرا و پیاده‌سازی نظام دیده‌بانی سلامت

تعداد شاخص‌ها زیاد است. باید مشخص کرد کدام شاخص‌ها را باید جمع‌آوری کرد. از ۳۰۰ شاخصی که برای رصد انتخاب شده شاید بهتر باشد در راندهای اول تعدادی از شاخص‌های اولویت‌دار انتخاب شود چون تحلیل آنها وقت‌گیر خواهد بود. هم‌خوانی شاخص‌ها بسیار مهم است. شاخص‌ها در سطح ستاد وزارتخانه، در سطح دانشگاه‌ها، در سطح استان‌ها و استانداری‌ها، در سطح مجلس و در تدوین برنامه پنجم توسعه هم‌خوانی ندارند. این‌ها هم‌خوانی را باید اصلاح کرد تا همه از یک زبان مشترک برخوردار باشند.

^۱ طبق نظام نامه دیده‌بانی تولید سند سیاستی را جزء وظایف نظام دیده‌بانی نیست چون تولید این سندهای سیاستی نیازمند کار زیاد و توجه به مسائل دیگر از جمله تحلیل شرایط سیاسی کشور، تحلیل ذی‌نفعان و ... است.

لازم است نظام دیده‌بانی در مورد شاخص‌ها و فهرست شاخص‌های اصلی و تعریف آنها و نحوه تحلیل آنها به توافق برسد.

فعالیت دیده‌بانی، فعالیتی ستادی و نوعی هماهنگی است تا فعالیتی اجرایی. خیلی خوب است که داده‌ها تجمیع شوند، شفاف شوند اما این امر نیازمند استانداردسازی داده‌هاست. برای استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری سه مفهوم لازم است: یکی اینکه گروه‌های مختلف تولیدکننده داده، واژه‌ها و مفاهیم یکسان را بکار ببرند. دوم سازه منطقی همسان داشته باشند و سوم عاطفه همخوان داشته باشند. اگر این سه تا رخ دهد مرحله بعدی توزیع کردن داده‌هاست. اگر قرار است که نظام دیده‌بانی در محدوده فعلی و با امکانات فعلی کار کند لازم است که ما مفاهیم، روالها و منطق‌های تصمیم‌گیری را تا حد امکان هم‌خوان و تئوریزه کنیم. اگر تئوری‌های متخلفی برای سازمان داشته باشیم قطعاً مدل‌های مختلفی هم خواهیم داشت. این مدل برای سیاست‌گذاری باید شکل بگیرد. عناصر تشکیل‌دهنده مدل هم اقتصاد است، هم فرهنگ و هم عوامل اجتماعی و هم عوامل علمی و فناوری. اگر این عوامل در نظام دیده‌بانی شکل بگیرند، سیاست‌گذاران می‌توانند از منطق واحدی پیروی کنند. تجارب داخلی و خارج در حوزه نظام‌های اطلاعات نشان می‌دهد که هر زمان توانستند در سطح ملی مدل‌ها و تئوری‌های رفتاری را برای تصمیم‌گیری ایجاد کنند و از داده‌ها خوب استفاده کرده و ورودی داده‌ها را یکدست کنند، دیده‌بانی می‌تواند موفق باشد که لازم است این مسائل در شورای فنی مورد توجه قرار بگیرند.

برای استقرار نظام دیده‌بانی ما باید ابتدا برنامه ریزی کنیم و برای برنامه ما باید بدانیم چه محصولی را انتظار داریم. آیا ما فقط می‌خواهیم تصویری از سلامت افراد جامعه بدهیم؟ آیا می‌خواهیم تصویری از دستاوردهای بخش سلامت بدهیم؟ آیا می‌خواهیم عملکرد بخش سلامت را نیز رصد کنیم؟ آیا می‌خواهیم منابع بخش سلامت را نیز بررسی کنیم؟ اگر همه این موارد است شاید بهتر باشد برنامه خود را فاز بندی و به ترتیب اولویت عمل کنیم. برای استقرار نظام دیده‌بانی باید دید در عمل این نظام چگونه تعریف می‌شود؟ چگونه اجزای خود را تعریف می‌کند؟ نظام دیده‌بانی عملکرد بخش سلامت را می‌سنجد یا نظام سلامت؟ نظام سلامت خیلی وسیع است اگر نظام سلامت مد نظر است پس باید سازمان‌هایی که به نحوی روی سلامت تاثیر گذار هستند مثل شهرداری هم توجه شود.

شاید بهتر باشد مثلاً ابتدا روی بخش سلامت و در بخش سلامت روی سلامت جامعه کار کنیم بعد از اینکه بخش سلامت تمام شد روی نظام سلامت کار کنیم.^۱ انعطاف در نظام دیده‌بانی بسیار مهم است و امکان حذف و اضافه باید فراهم باشد حتی به صورت سالانه.

بحث انتشار عملکرد و نتایج نیز اهمیت دارد که حتی به عنوان یک شاخص می‌توان تعداد policy brief که تولید می‌شود، به عنوان شاخصی برای بررسی عملکرد این دیده‌بانی در نظر گرفته شود.

در مورد عملکرد، می‌توانیم چند لایه در نظر بگیریم. یکی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. در سطوح میانی evidence based practice مطرح است. یعنی صرفاً نباید به سیاست‌گذاری یا فقط به CBI^۲ پردازیم تمام عملکردها را باید مد نظر داشته باشیم.

آسیب شناسی نظام های داده ای موجود

مرز بین نظام دیده‌بانی و سایر منابع داده باید روشن شود. مسئله این نیست که نظام تولید داده‌ها مشکل داشته است و برای رفع این مشکلات نظام دیده‌بانی شکل گرفته است. واقعیت این است که نظام دیده‌بانی دنبال تک تک داده‌ها نیست. در کشور برای پاسخ به یک سوال یا یک موضع معمولاً منابع بسیار زیادی وجود دارد که می‌توان به کمک آنها، آن سوال را پاسخ داد ولی اگر بخواهیم همین را کوتاه و مختصر در دو جمله آماده بینیم وجود ندارد، این مشکل ماست. مسئله بعدی تقویم زمانی برای جمع‌آوری داده‌ها و ارزیابی شاخصهاست. مهم این نیست که چه کسی این کار را انجام می‌دهد بلکه مهم این است که طی چه زمانی ما کدام شاخص‌ها را نیاز داریم.

روی تولید داده‌ها بحث شد در حالی که مشکل ما تولید اطلاعات است. برای بعضی مسائل داده‌ها موجود است و مرتباً تولید می‌شود ولی اطلاعات نیست. برای تبدیل این داده‌ها به اطلاعات در نظام دیده‌بانی باید فکری اندیشیده شود. برای بعضی مسائل

^۱ واقعیت این است که موسسه ملی سلامت به عنوان مسئول این کار به هیچ وجه دنبال این نیست که تمام این مسائل را از ابتدا بر عهده بگیرد چون اگر تمام این ابعاد را مورد توجه قرار دهیم مسئله خیلی بزرگ می‌شود. یکی از وظایف شورای فنی این است که تعیین کند که چه چیزی لازم است الان انجام شود و چه بخشی را میتوان در آینده گسترش داد.

^۲Community based interventions

اطلاعات موجود است ولی باید ببینیم منابع آن کجاست و طبق یک روال این منابع در حوضی که توسط این نظام دیده‌بانی تهیه می‌شود ریخته شود. برای داده‌هایی که جمع‌آوری نمی‌شود آیا ساختاری برای جمع‌آوری آن داریم یا شاید چون این ساختار را ایجاد نکرده ایم داده‌ها جمع‌آوری نشده است؟

در برخی موارد خلاء‌های اطلاعاتی بزرگی داریم. این خلاء اطلاعاتی خوراک نظام دیده‌بانی است و اینجاست که باید بر اساس این خلاء اطلاعاتی موضوع برای کار مشخص شود.

در زمینه تولید داده‌ها نه در دانشگاه و نه در وزارت یکپارچگی نداریم. چرا که معاونت بهداشتی ساز خودش را می‌زند و تحقیقات جمعیتی و تحقیقات سلامت زیر نظر حوزه پژوهشی ساز دیگری را می‌نوازند. در حوزه درمان، بهداشت، پژوهش واحدهای آمار داریم که پراکنده هستند و هیچ یکپارچگی بین آنها وجود ندارد. بین مراکز پژوهشی هم این عدم یکپارچگی وجود دارد. جایی بین آنها یکپارچگی وجود ندارد.

چنین سیستمی نیازمند اطلاعات درست و صحیح است، در مورد صحت اطلاعات تمهیداتی باید در نظر گرفته شود چون سیستم ثبت اطلاعات ما مشکل دارد.

نگاه به دیده‌بانی به فعالیتهایی که منجر به تولید اطلاعات می‌شود منحصر نشود. معمولاً وقتی می‌خواهیم مداخله انجام دهیم تنها کسی که باید آموزش ببیند بهورزان هستند و بر روی شاخص‌هایی که بهورزان مسئول آنها هستند پافشاری میکنیم، ولی در مورد تصمیمات مبتنی بر شواهد مدیران و اینکه تصمیمات آنها به چه تغییری منجر شد هیچ بررسی انجام نشده است. هرچه دوربین دیده‌بانی را بالاتر ببریم حوزه وسیعتری را باید بررسی کنیم. این حد وسیع را باید طوری تعیین کنیم که انتظاراتمان را برآورده کند.

همکاری و اتحاد مالکان داده‌ها در وزارتخانه و قبولاندن به آنها در استفاده از این داده‌ها در تصمیم‌گیری و سیاستگذاری کاری است که طول خواهد کشید. واحدهای ما به تنهایی خوب کار می‌کنند مشکل ما در همکاری و کار جمعی برای رسیدن به خروجی است وظیفه دیده‌بانی این است که این واحدها را در کنار همدیگر قرار دهد.

دیده بان‌ی نظام سلامت و تولیت سلامت

اولین چیزی که در مورد نظام دیده بان‌ی سلامت باید بدانیم این است که این نظام نمی خواهد جایگزین هیچ نظام تصمیم گیری در کشور شود. بنابراین بخاطر وجود دیده بان‌ی، قرار نیست مثلاً فعالیت نظام مراقبت مادران تعطیل شود. یا در سطح استان، شهرستان این مسائل کنار گذاشته شوند. بنابراین این نظام، نظام دیده بان‌ی سلامت در سطح ملی خواهد بود. همان طور که در ساختار دیده بان‌ی مشاهده کردیم، این نظام به عنوان سیستم پشتیبان تصمیم گیری وزارت بهداشت برای سیاست گذاری مبتنی بر شواهد عمل خواهد کرد. پس کارکرد این نظام این است که داده ها را تولید، دسته بندی و با انسجام معین در اختیار سیاست گذار قرار دهد. اگر از این اطلاعات در جهت سیاست گذاری مبتنی بر شواهد و بهبود تولیت سلامت استفاده نشود، در واقع فقط اطلاعات را تولید کرده ایم. باید به استفاده از این اطلاعات در جهت سیاست‌گذاری به عنوان رسالت این نظام توجه کنیم. این مسئله مهمی است و همان طور که در برنامه توسعه پنجم و نقشه تحول نظام سلامت کشور دیدیم، عدم یکپارچگی و منابع متعدد تصمیم گیری وجود دارد. ما نمی توانیم این منابع را با هم یکپارچه کنیم و بعد بگویم وزارت بهداشت باید همه تصمیم ها را بگیرد!!! ما باید در شیوه تصمیم گیری شفافیت ایجاد کنیم. اگر این شفافیت اتفاق بیفتد، امکان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد هم وجود خواهد داشت. یعنی اگر شورای سلامت و امنیت غذایی به ازای هر تصمیم، شواهد آن را نیز ارائه دهد، این شفافیت باعث تقویت کارایی نظام دیده بان‌ی سلامت در سطح ملی می شود. یکی از رسالت‌های اصلی، توجه به برنامه تصمیم گیری در مورد خروجی هایی است که از این نظام دیده بان‌ی در سطح ملی تولید می شود و تضمین اینکه تصمیم گیری‌های بعدی در نظام سلامت، با توجه به این شواهد باشد. برای مثال ما موفق شدیم که تصویب کنیم که تمام طرح های کلان کشور باید پیوست سلامت داشته باشد. مثلاً ساخت سد چه تاثیری روی سلامت مردم دارد. به طور مشابه می توانیم بگویم که در تمام تصمیم گیری های کلان کشور باید شواهد تصمیم گیری آن موجود باشد. به طور خلاصه اگر به سلامت و پیامدهای آن نگاه می کنیم، باید تقویت تولیت، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، شفافیت تصمیم گیری و وجود برنامه تصمیم گیری برای اطلاعاتی که تولید می شود را در نظر بگیریم.

دیده‌بانی علم و فناوری

در نظام دیده‌بانی، در مورد آینده نگری هم صحبت شد. اگر به مجله فیوچر ریست نگاه کنید میبینید فقط بحثهای تکنولوژیکال می‌کند. این مجله پیش بینی برای آینده بار بیماری‌ها نمی‌کند. وقتی ما در مورد علم و فناوری در سطح ملی صحبت می‌کنیم نکته ای که پیش می‌آید این است که آینده نگری علم و فناوری در دیده‌بانی نظام سلامت باید دیده شود. الان که ما موسسه ملی تحقیقات سلامت داریم باید به مسئله دیده‌بانی علم و فناوری سلامت هم توجه کنیم. چون که تکنولوژی‌های سلامت هزینه‌های گزافی بر ما وارد می‌کند و منابعی که ما در حال حاضر برای نانو تکنولوژی، بیوتکنولوژی و سلولهای بنیادی هزینه می‌کنیم خیلی زیاد است. از طرفی ما چهار دوره P.h.D برای آینده نگاری کشور داریم که دانشگاه تهران، علامه طباطبایی، شریف و امام خمینی آنها را برگزار می‌کنند که تاکید آنها بر مدیریت و سیاستگذاری علم و فناوری است. به همین خاطر من فکر می‌کنم این بحث را مورد توجه قرار دهیم. سوال این است که ما در آینده به چه فناوری نیاز خواهیم داشت؟ کدام یک از فناوری‌ها را می‌خواهیم خریداری کنیم یا اکتساب کنیم؟ ما باید نگاه کنیم اگر می‌خواهیم نانوداروها را تولید کنیم، باید برای کل کشورهای منطقه تولید کنیم. پس باید به الگوی بیماری‌ها، الگوی ورود و توزیع تکنولوژی در کل سطح منطقه ای که می‌خواهیم با آن کار کنیم توجه کنیم. تحقیق بازار خوب داشته باشیم، بتوانیم برای ۲۰ سال بعد فکر کنیم، تا بدانیم علوم پایه ای که باید الان روی آن سرمایه گذاری کنیم کدام‌ها هستند؟ اگر مدل‌های دیده‌بانی کشورهای دیگر را برای سلامت می‌بینیم باید بدانیم آنها وزارت بهداشت و آموزش پزشکی مستقل ندارند که اگر نوبت پژوهش شد وزارت علوم بگوید ربطی به من ندارد. بنابراین با تعریف گسترده ای که از نظام دیده‌بانی ذکر کردم باید جزء علم و فناوری سلامت را در دیده‌بانی لحاظ کنیم و در انتقال دانش و فناوری سلامت این موضوع باید مورد توجه قرار بگیرد. در همین نظام دیده‌بانی است که باید به بحث علم و فناوری سلامت فکر کرد. در غرب بحث آینده نگری وجود دارد و در نقشه جامع علمی کشور این موضوع به راحتی قابل لمس است. به طور خلاصه باید به بحث علم و فناوری سلامت در همین نظام فکر کنیم چون جای دیگری برای آن متولی نداریم.

مشارکت ذینفعان و مردم

دایره ذی نفعان باید گسترده تر شود. یکی از ذینفعان مرکز آمار ایران است. یکی از الزامات قانونی این است که هر طرح کشوری که با داده های ملی سروکار دارد باید توسط مرکز آمار تایید شود. ما باید در شوراها از افراد غیر پزشکی هم استفاده کنیم. یعنی هم در سیاستگذاری و هم از نظر فنی از افرادی از علوم اجتماعی، روانشناسی، جامعه شناسی، حقوق و ... استفاده کنیم که معمولاً آنها را فراموش می کنیم. برای مثال ستاد مبارزه با مواد مخدر پیمایش هایی را انجام می دهد و در مورد مواد مخدر و روان گردان باید با آنها تعامل داشته باشیم. هرچقدر ذینفعان دیرتر و کمتر مشارکت داده شوند، نتایج ما را کمتر خواهند پذیرفت و در صورت مشارکت حتی نسبت به اطلاعات احساس مالکیت خواهند کرد و بهتر همکاری می کنند.

پیشنهاد دوم این است که در رابطه با ذی نفعان صلح و دوستی را رعایت کنیم. بارها شنیده ایم که تولیت سلامت دچار بحران است. برای بهبود نتایج سلامت، باید ذی نفعان مختلف را جذب کنیم نه دفع. اگر آنها مشارکت داده شوند دید انتقادی پیدا نخواهند کرد و در ضمن وقتی یک ذی نفع مستقل در کار ما مشارکت دارد باعث افزایش اعتبار نتایج و گزارشها خواهد شد. در نظام دیده بانی فقط تولید علم و مقاله را رصد نمی کنیم، بلکه آموزش پزشکی، پژوهش، تکنولوژی، ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و توانبخشی را نیز رصد میکنیم. بهزیستی هم در راستای سلامت فعالیت می کند. ما هم سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را نگاه می کنیم ولی در زمینه سلامت اجتماعی باید بیشتر تلاش کنیم. تعیین کننده اجتماعی و اقتصادی سلامت را باید رصد کرد. عوامل اجتماعی سلامت شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است. در عوامل فرهنگی ما یک رصد فرهنگی و یک مهندسی فرهنگی داریم. شورای عالی انقلاب فرهنگی رصد و مهندسی فرهنگی دارد که بی ارتباط با سلامت نیست پس باید با آنها نیز ارتباط داشت. ارتباط با ذی نفعان مثل دانشگاه ها، مراکز پژوهشی، مردم و حتی سازمانهای بین المللی باید مورد توجه قرار بگیرد از طرف دیگر لازم است که سهم هر کدام از ذی نفعان مشخص شود تا تداخل به وجود نیاید. مشارکت آنها باید قانونمند و رابطه مند باشد.

مردم به عنوان یکی از ذی نفعان هستند که از رئیس شوراهای شهر و روستا به عنوان نماینده آنها در نظام دیده‌بانی استفاده می‌شود. اگر نماینده‌های مجلس مشارکت داده شوند بهتر به سلامت مردم فکر خواهند کرد. سازمانهای غیر دولتی (NGO) هم باید دیده شوند.^۱ در انتشار گزارشها باید به مردم هم توجه کرد و طوری نوشته شود که برای مردم هم قابل استفاده و قابل درک باشد. یعنی سیاست‌گذاران، محققین و اساتید، مردم، بخش صنعت، و بخش خصوصی همگی از ذی نفعان دیده‌بانی هستند. در مورد مشارکت در کمیته‌ها، معمولا در جلسات از همه دعوت می‌کنیم و مشارکت می‌کنند اما اتفاقی که باید بیفتد نمی‌افتد! چیزی که مشخص نیست سهم افراد از مشارکت است. نماینده مردم را دعوت می‌کنیم که چه اتفاقی بیفتد؟ سهم ایشان چیست؟ اینها مسائلی است که باید دقیقا مشخص شود و از قبل دیده شود.

جایگاه عدالت در سلامت در دیده‌بانی

به هر حال ما به سمت «سلامت برای همه، همه برای عدالت» حرکت می‌کنیم. در این زمینه بحث شکستن داده‌ها بسیار مهم است. در حال حاضر برای ۴۰۰ شهرستان این کار انجام شده است، اما باید در سطح بلوک‌های شهر تهران این کار انجام شود. اتفاق بزرگی که در حال حاضر در تهران در حال انجام است این است که داده‌های جمع‌آوری شده سنجش عدالت به سمت محلات حرکت کرده است. بزرگترین پروژه‌های مبتنی بر جامعه در تهران در حال انجام است. این تجربه‌ها باید دیده شود. تجربه موفق دیگر مربوط به urban heart است که دو روش نشان دادن شاخص را نشان می‌دهد. اولی equity monitor است که روند را به ما نشان می‌دهد و دیگری ماتریکس عدالت است که همان زرد، سبز و قرمز است که با آن آشنا هستیم که بد نیست از آنها استفاده کنیم.

^۱ در ابلاغیه حضور NGOها و شورای شهر و روستا در شورای فنی دیده‌بانی به تصویب نرسید. چون نگاه به این شورا یک نگاه فنی است و شورایی است که زیر نظر وزارت بهداشت کار می‌کند، اما جز ملزومات آن این است که با ذی نفعان مختلف ارتباط داشته باشد.

سومین نشست تخصصی مشترک

آمایش سرزمینی آموزش عالی سلامت
در جمهوری اسلامی ایران

سخنران

دکتر سید امیر محسن ضیایی

آموزش پزشکی مدیر کل وقت دفتر گسترش و ارزیابی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۶/۲۷

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر شهرام یزدانی، رئیس دانشکده آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

همکاران

دکتر فاطمه رجبی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری
طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت
معصومه حسینی، دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

آقای دکتر پوراحمد - آقای دکتر کریمی - آقای دکتر ندافی - آقای دکتر یحیی پور -
آقای دکتر عزیزی - آقای دکتر حدادیان - خانم کرمانچی - خانم دکتر شکیب زاده -
خانم دکتر یمانی - آقای دکتر صادقی زاده - آقای دکتر جهانمهر - خانم دکتر رستمی -
آقای دکتر استوار - آقای دکتر صادقی - آقای دکتر کوهپایه زاده - آقای دکتر احمدی -
آقای دکتر آشتیانی - آقای دکتر نجفیان

متن سخنرانی

مقدمه

از سال ۱۳۸۶ دفتر گسترش وزارت بهداشت طی جلساتی در مورد اقدامات مورد نیاز تحول در نظام آموزش پزشکی به این نتیجه رسید که برای ایجاد تحول در نظام آموزش پزشکی باید در تمام ارکان از درون‌داد تا برون‌داد و سایر بخش‌ها تغییراتی ایجاد شود. همچنین در آن زمان درخواست‌های بسیاری برای تاسیس مراکز آموزش عالی، دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها، رشته‌ها و مقاطع وجود داشت که وزارت بهداشت سیاست روشن و مشخصی در قبال آنها نداشت و باید پاسخگو می‌بود. لذا یکی از تحولات و بحث‌ها توسعه سرزمینی نظام آموزش پزشکی یا موسسات آموزش پزشکی بود که هم‌زمان با آن در تابستان ۱۳۸۶ بحث نقشه جامع علمی کشور پیش آمد و در کارگاه نقشه جامع، طرح توسعه سرزمینی نظام آموزشی نیز پی‌گیری شد. این طرح به صورت سند راهبردی گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران آماده شد. این سند در بدنه سیاست‌گذاری و اجرایی وزارت بهداشت، فرهنگستان، شورای گسترش، روسای دانشگاه‌ها و معاونین دانشگاه‌ها مورد بحث قرار گرفت و بازخوردهای خیلی خوبی دریافت شد و تا جایی که ممکن بود، نظرات وارد سند شد. در این نشست نیز از نظرات همکاران قبل از ابلاغ سند استفاده خواهد شد.

ضرورت و اهمیت موضوع

توسعه آموزش عالی سلامت باید در جهت هدف‌ها باشد. آموزش عالی باید هدفمند باشد و موسسین آموزش عالی باید از توسعه غیر هدفمند به شدت پرهیز کنند. جهت جلوگیری از اتلاف منابع مالی و انسانی نیاز است که تعیین کنیم چه چیزهایی لازم داریم؟ هدف کجاست؟ به کجا می‌خواهیم برسیم؟ و بر اساس آن فضاهای آموزش را توسعه بدهیم. بنابراین باید بر اساس نیاز دنبال اهداف خود باشیم. حتی ریز موضوع‌هایی از قبیل: "به چه تعداد دانشجوی، چه تعداد دانشگاه و چه رشته‌هایی نیازمندیم؟ رشته‌ها در چه سطوحی باید تعلیم و تعلم یابند؟" را باید مورد توجه قرار دهیم، چرا که اگر به این سوالات پاسخ داده شود، مشخص می‌شود که برای توسعه آموزش عالی به چه چیزهایی نیاز است. از طرف دیگر بعد از تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توسعه محیطی ما در وزارت

بهداشت، توسعه دانشگاهی است، یعنی ما اداره کل منطقه‌ای بهداشت در کشور نداریم. لذا استانها بازوهای اجرایی وزارت بهداشت هستند و هر قسمتی که قرار است توسعه یابد، باید با ایجاد آموزش عالی توأم باشد و این امر در داخل خود نوعی تضاد ایجاد می‌کند که در شرایط فعلی با آن مواجه می‌باشیم. بنابراین چون خارج از وزارت بهداشت به جز موسسات آموزش عالی سلامت و دانشگاه‌ها واحد دیگری نداریم، توسعه آموزش عالی مهم است. برای توسعه آموزش عالی سلامت الگوی مدونی وجود نداشت و در بسیاری موارد با فشارهای محلی و بدون توجه، این مراکز تاسیس شده و گاهی نیز برای بهبود شرایط بهداشتیو درمانی مجبور به تاسیس موسسه آموزش عالی شده ایم. به هر حال، در برخی موارد هدف ایجاد دانشکده یا دانشگاه، توسعه آموزش عالی نبوده، بلکه برای ارتقای وضعیت بهداشتی و درمانی منطقه‌ای مجبور به ایجاد واحد سازمانی بودیم که در واقع همان موسسه آموزش عالی است. از طرفی هزینه تربیت نیروی انسانی در این شرایط، بدون شک بسیار بالاست. پس باید در آستانه دهه چهارم تشکیل وزارت بهداشت لزوم بازنگری در توسعه کمی و داشتن الگوی مناسب را در ذهن خود داشته باشیم.

برای هدفمندسازی تربیت نیروی انسانی باید به چند سوال پاسخ دهیم:

الگوی توسعه ما چه باید باشد؟ چه رشته‌ها و مقاطعی را باید تامین کنیم تا بتوانیم به اهداف توسعه آموزش عالی و نقشه جامع علمی کشور برسیم؟ چقدر دانشجو و چه رشته‌هایی در چه مقطعی باید داشته باشیم تا هم نیاز کشور را فراهم کنیم و هم دچار تورم نیروی انسانی نشویمو هم به استانداردهای جهانی برسیم؟ چه مقدار امکانات و اعتبارات و هیات علمی لازم داریم؟

در مورد شاخص‌های چند دهه گذشته وزارت بهداشت، می‌توان شاخصها را در چهار دهه خلاصه نمود:

دهه اول: شتاب زیاد در گسترش کمی و انبوه‌سازی تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بود که بعد از تشکیل وزارت بهداشت این امر اتفاق افتاد. انبوه‌سازی در آموزش عالی سلامت به دلیل همزمانی با جنگ و نیازهای شدید کشور بعلا از دست دادن بسیاری از متخصصین و ارایه کنندگان خدمات لازم اجرا بود.

دهه دوم: نیازهای نسبی فوری نیروی انسانی تامین شد و در واقع وزارت بهداشت در بخش آموزش با تقویت تحصیلات تکمیلی هم در بخش ارائه کننده خدمات و هم در بخش رشته های وابسته به علوم سلامت همت گماشت. علاوه بر آن دهه دوم زمانی بود که فرصت ایجاد شد تا به توسعه علم در علوم پزشکی توجه شود و از آن زمان تعداد مقالات و نیز تولید علم افزایش پیدا کرد، در صورتیکه قبل از آن قابل توجه نبود. علاوه بر آن، سطح ارائه خدمات با تشکیل وزارت بهداشت در کشور در مناطق کمترخوردار و غیر برخوردار ارتقا داده شد.

دهه سوم: تثبیت رشد تربیت نیروی انسانی مورد نیاز کشور بود و نیز افزایش تولید علم و فناوری در حوزه پزشکی مورد توجه قرار گرفت. امروزه یک سوم تولیدات تحقیقات کشور در علوم پزشکی است در حالیکه نه تعداد محققین ما و نه اعتبارات متناسب با آن یک سوم است و این امر نشان دهنده این است که افراد شاغل در علوم پزشکی افراد کیفی تری بوده و توجه زیادی به این موضوع داشته اند. یک مقام مسئول بیان داشت که در این دوره توانستیم برنامه ای حرکت کنیم. تا زمانی که نیازها زیاد است شاید نتوانیم یک برنامه میان مدت را حتی اجرا کنیم ولی با توجه به اینکه نیازها تا حد زیادی برآورده شده بود توانستیم با برنامه حرکت کنیم. همینطور فرصت پیدا کردیم به کیفیت آموزش و مهارت های فراگیران و دانش آموختگان توجه کنیم و اعتبارسنجی و ارزشیابی را نیز اجرا کنیم.

دهه چهارم: این زمانی است که باید تمام ارکان نظام آموزش پزشکی از درون داد تا برون داد بازنگری شود که یکی از آنها همین بحث توسعه هدفمند آموزش عالی سلامت می باشد. همکاران و سیاستگذاران با توجه به پیشرفت هایی که تا کنون ایجاد شده است و با توجه به برنامه های پیش رو، باید دهه چهارم را برنامه ریزی کرده و شرایط مناسب برای دستیابی به اهداف کشور در حوزه سلامت و نیز علم و فناوری را فراهم کنند. در این برنامه ریزی، باید به اسناد بالادستی کشور توجه شود. در این راستا می توان به اهداف برنامه چشم انداز ایران ۱۴۰۴، سیاست های کلی نظام در بخش سلامت، نقشه جامع علمی کشور، نقشه علمی سلامت، احکام برنامه های توسعه کشور و ماموریت های وزارت بهداشت اشاره نمود.

تعریف و تاریخچه آمایش سرزمینی

وقتی صحبت از آمایش می‌شود یعنی یک فعالیتی برای یک سرزمین متناسب شود و یا یک سرزمینی را برای فعالیتی پیدا کنیم. در واقع یک نوع آماده‌سازی فعالیت یا آماده‌سازی عرصه می‌باشد. طرح آمایش سرزمین به معنای تعیین استراتژی‌های توزیع فضای جمعیت و فعالیت در پهنای سرزمین است. در این سند استراتژی‌های توزیع فضایی موسسات آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمینی مورد توجه قرار گرفته است که البته این تمام آمایش نیست.

همچنین در پاسخ به این سوال که این موضوع در کشور سابقه دارد یا نه؟ باید پاسخ داد که در سال ۱۳۵۵ مطالعاتی در این زمینه انجام شد. در سال‌های بعد از پیروزی انقلاب نیز این اتفاق در بخش‌های مختلف به نوعی اجرا شده است. مثلاً توسعه شبکه‌های بهداشتی کشور در واقع یک نوع طراحی آمایشی و یک نوع توزیع جغرافیایی آمایش است. آنچه که امروز نواحی فرماندهی سپاه گفته می‌شود، یا طرح پدافند ملی، آرایش منطقه‌ای سازمان انتقال خون و حتی توزیع دانشگاه‌های علوم پزشکی در واقع یک نوع طرح آمایشی هستند. همچنین در برنامه چهارم و پنجم موضوع آمایش مورد توجه قرار گرفته است که دستگاه‌های اجرایی مکلف شده‌اند برنامه‌های توسعه‌ای را بر اساس توسعه آمایش سرزمینی اجرا کنند. در واقع بحثی در معاونت پیگیری و نظارت ریاست جمهوری وجود دارد که شورای ملی آمایش سرزمینی را تشکیل داد، لذا سازوکار برنامه‌ای دارد و قانون‌های بعدی نیز باید بر اساس آن اجرا و طراحی شود. در حال حاضر از دستگاه‌های اجرایی خواسته شده است که تمام برنامه‌های اجرایی توسعه خود را بر اساس این موضوع سرو سامان دهند، مثلاً در برنامه چهارم، کشور به ۹ کلان منطقه تقسیم شده که در واقع مناطق آمایشی کشور هستند. این مناطق عبارتند از: شمال - آذربایجان - زاگرس - خوزستان - فارس - البرز جنوبی - مرکزی - جنوب شرقی - خراسان.

اهداف سند آمایش سرزمینی

در این سند اهداف زیر دنبال می‌شود:

- عدالت در آموزش عالی در سطح کشور

- تلاش در جهت ایجاد فرصت‌های برابر
- ورود مناطق کمتر برخوردار در عرصه آموزش عالی
- ایجاد فرصت برای آموزش عالی بخش سلامت برای حفظ ثروت از طریق توسعه علمی
- ایجاد زمینه برای کسب مرجعیت و پیشرفت علمی در بخش سلامت
- تربیت نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای هر منطقه در کشور
- توسعه هدفمند آموزش عالی سلامت
- مشارکت بخشهای مختلف کشور در تربیت نیروی انسانی
- افزایش بومی گزینی در پذیرش دانشجو
- افزایش به کارگیری نیروی انسانی در بخش سلامت در مناطق بومی
- افزایش اختیارات دانشگاه‌های علوم پزشکی در بخش‌های فرااستانی
- تولید برنامه‌ها و کریکولوم‌های مورد نیاز بخشهای مختلف کشور
- افزایش ماندگاری نیروی متخصص سلامت در منطقه
- ارتقای همکاری و هماهنگی دانشگاه‌های علوم پزشکی
- افزایش سهم آموزش عالی در مجموع نظام آموزش عالی
- تعیین ماموریت برای دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی
- تعیین شرایط احراز تشکیل دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی
- تعیین ماموریت برای واحدهای ستادی وزارت بهداشت جهت تعیین استراتژیهای توسعه هدفمند متناسب
- متناسب سازی توسعه آموزش عالی کشور در بخش سلامت با نیازها در استانها
- تنوع بخشی در شیوه‌های ارابه آموزش عالی بخش سلامت و ایجاد ساز و کار آمایشی برای توسعه آموزش عالی در مناطق کمتر برخوردار

نکات مهم در آمایش سرزمین

• توزیع یکنواخت یا توزیع مبتنی بر مزیت موجود

حال سوال مهم این است آیا در توسعه آموزش عالی ما باید بیشتر به این سمت برویم که عدالت یا توزیع یکنواخت را ایجاد کنیم؟ یا اینکه آموزش عالی را در جایی توسعه دهیم که مزیت وجود دارد؟ یعنی اول مزیت ایجاد شود تا بتوانیم آموزش عالی سلامت ایجاد کنیم. هر دو الگو در دنیا وجود دارد. آنچه که ما در توسعه آموزش عالی در نظام‌های غربی می‌بینیم این است که هر جا مزیت دارد آموزش عالی ایجاد می‌شود. همانطور که در بسیاری از کشورها آموزش عالی خصوصی است و در جایی که زیر ساخت‌های لازم وجود داشته باشد، ایجاد می‌شود. عده‌ای هم آموزش عالی را یک زیر ساخت می‌دانند، یعنی معتقدند اگر می‌خواهیم جایی را توسعه دهیم آموزش عالی باید در کنار سایر زیر ساخت‌های اساسی باشد.

• تفاوت آموزش عالی سلامت با سایر حوزه‌ها

نکته بعدی این است که توسعه آموزش عالی در کشور ما یک نظام یکپارچه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بر این اساس آیا توسعه آموزش عالی سلامت با سایر حوزه‌ها تفاوتی دارد یا خیر؟ باید به این سوال نیز پاسخ داده شود که ما باید توسعه آموزش عالی را مانند وزارت علوم انجام دهیم یا نه؟ در ارتباط با نیروی انسانی بخش سلامت باید گفت که نیروی انسانی بخش سلامت مسائل و مشکلات مخصوص به خود را دارد:

اولاً: افزایش تعداد نیروی انسانی بخش سلامت وقتی تاثیر مناسب دارد که در زمان مناسب برای کار مناسب با سطح آموزش مناسب به کار گرفته شود. سازمان جهانی بهداشت هدف از برنامه ریزی برای نیروی ارایه کننده خدمات را داشتن نیروی انسانی مناسب و دارای مهارت‌های موردنیاز می‌داند که در محل صحیح و مناسب استقرار یافته و کار را درست و به‌هنگام انجام می‌دهند. یعنی باید پنج خصوصیت داشته باشد. حال ما در وزارت بهداشت دو نوع نیروی انسانی تربیت می‌کنیم. ۱- نیروی انسانی ارایه کننده خدمات (پزشک، پرستار،...)، ۲- نیروی انسانی که علوم وابسته به سلامت را توسعه می‌دهند. هر دو این بخش‌ها به وزارت بهداشت سپرده شده‌اند و عملاً وزارت علوم در این دو بخش فعالیتی را

انجام نمی‌دهد. بنابراین باید برای هر دو بخش برنامه‌ریزی کنیم که با هم متفاوت می‌باشند. همانطور که گفته شد آمایش سرزمین فقط اینکه بگوییم توسعه سرزمین را چطور انجام دهیم نیست، بلکه باید همزمان در این ظرفی که درست کرده‌ایم نیروی انسانی مورد نیاز خود را برآورد کرده و بگوییم چه رشته و مقاطعی را می‌خواهیم در آن جای دهیم تا مجموع این فعالیتها، ما را به هدف توسعه کشور در نقشه جامع علمی کشور و اسناد بالادستی برساند.

• آموزش عالی و توسعه کشور

آموزش عالی با توسعه کشورها ارتباط مستقیم دارد که در اسناد مختلف هم ثابت شده است. انبوه‌سازی در آموزش عالی جایگاهی دارد و بسیاری از کشورهایی که امروزه توسعه یافته هستند انبوه‌سازی را انجام داده‌اند. در امریکا در دهه ۶۰، در انگلیس در دهه ۷۰ و در کشورهای اروپایی بین دهه ۷۰ تا ۸۰ انبوه‌سازی انجام شده است. در حال حاضر پروفایل کشورهای توسعه یافته از نظر سطح بدین صورت است: ۱۰۰٪ تحصیلات اولیه، ۱۰۰٪ تحصیلات دیرستانی، ۷۵٪ تحصیلات ثالثیه یا آموزش عالی. در کشور ما این میزان به صورت ۱۰۰، ۷۵ و ۳۵ درصد می‌باشد. اگر ما بخواهیم این موضوع را جبران کنیم هنوز باید ظرفیتهای زیادی را در آموزش عالی ایجاد کنیم که به هدف ۱۰۰، ۵۰، ۷۵ تا ۱۴۰۴ برسیم. این در زمانی است که بپذیریم توسعه کشور با انبوه‌سازی در آموزش عالی نسبت مستقیم دارد و باید این کار را انجام دهیم، ولی اینکه این را کجا انجام دهیم مسئله مهمی است. بحث انتظار جوانان از تحصیلات دانشگاهی و توانمندی بالقوه جوانان، یک نیاز است. به هر حال ما در کشور جمعیتی داریم که نیاز به آموزش عالی دارد و امکانات ما آن چیزی است که در حال حاضر وجود دارد. بین این نیاز و امکانات یک فاصله وجود دارد که در کشور ما این فاصله زیاد است و اگر بخواهیم آن را تامین کنیم هنوز باید ظرفیت های زیادی را در کشور فراهم کنیم.

• تعداد واحدهای آموزش عالی مورد نیاز

سوال بعدی این است که در توسعه آموزش عالی بالاخره چه تعداد واحد آموزش عالی باید ایجاد کنیم؟ آیا جایی نوشته شده است یا نه؟

در پاسخ باید گفت که جایی نوشته نشده است. اگر به کشورهای مختلف نگاه کنیم مثلا در هند حدود ۸۴۰۷ واحد دانشگاهی در جمعیتی بالای یک میلیارد نفر وجود دارد که نسبت به جمعیت ۷ به یک میلیون است در امریکا ۵۷۰۰ واحد دانشگاهی وجود دارد که نسبت ۱۸ است، در آرژانتین نسبت ۴۲، در فرانسه ۱۶ و در اسپانیا ۳۰ می باشد (سال ۲۰۱۰). در ایران اگر مجموع واحدهای آموزش عالی را در نظر بگیریم نسبت مراکز آموزش عالی به ازای هر میلیون نفر جمعیت، ۳۲ است که در مقایسه با سایر کشورها تقریبا در وسط قرار دارد. حال اگر ما بخواهیم دانشگاه‌های بزرگ که تولیدات پژوهشی دارند را اندازه گیری کنیم مفهوم این اعداد بهتر می شود. مثلا در استرالیا نسبت به جمعیت ۱/۸، در هلند ۰/۷، در امریکا ۰/۹، نیوزلند ۱/۷، که اعداد به هم نزدیک می شود. در جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه ۱۵ دانشگاه در کشور مورد حمایت قرار گرفته است یعنی دانشگاه‌هایی که باید در تراز جهانی قرار گیرند که در این ۱۵ دانشگاه، ۵ دانشگاه مربوط به حوزه علوم پزشکی است و ۱۰ دانشگاه دیگر مربوط به وزارت علوم می باشد. این نشان می دهد قانون گذار به این موضوع توجه کرده است، در حالیکه ما سهم زیادی در آموزش عالی نداریم با این حال ۵ سهم به وزارت بهداشت داده شده است.

• تمرکز در مقابل گسترش

بحث بعدی تمرکز در مقابل گسترش می باشد. در سالهای اخیر ما گسترش زیادی داشته ایم. اگر به آمار توجه کنیم می بینیم گسترش ما متمرکز است و بیشتر در مراکز استانها و تهران قرار گرفته است. حال در مورد اینکه آیا این خوب است یا خیر باید بحث شود. ولی به هر حال گسترش باید هدفمند و متناسب با اهداف باشد.

در حل حاضر ما تعدادی دانشگاه داریم که با کوریکولوم وزارت بهداشت کار می کنند ولی وابسته به وزارت بهداشت نیستند، مانند دانشگاه‌های ارتش و بقیه ... همچنین دانشگاه‌هایی داریم که جامع هستند یعنی هم بخش پزشکی دارند و هم بخش غیر پزشکی مانند دانشگاه های شاهد و تربیت مدرس. دانشگاه آزاد نیز به عنوان بخش غیر دولتی حدود ۳۲۰۰۰ دانشجو دارد (سال ۲۰۱۰). همچنین ۱۱ واحد بین المللی در دانشگاه‌های علوم پزشکی داریم. اما بالاخره با همه این توضیحات در این گسترش باید یک سطح بندی

ایجاد کنیم. همانطور که در درمان این سطح بندی را داریم، در آموزش هم باید نوعی سطح بندی و ماموریت های خاصی را داشته باشیم. لذا این سند راهبردی، مراکز آموزش عالی کشور را در ۵ سطح و رده تقسیم بندی کرده است:

- دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین المللی
- دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانی (در مراکز استانی و یا شهرستانهای بزرگ)
- دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- مراکز آموزشی سلامت یا مجتمع آموزشی سلامت

البته باید توجه شود که چون ما نمی توانیم همه زیر ساختهای کشور را تغییر دهیم، ناچاریم تا حدی برای اجرای برنامه با شرایط فعلی سازگار شویم. ولی به هر حال تقسیم بندی که در سند ایجاد شده بدین شکل است. ویژگیهای هر یک از سطوح:

دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین المللی: دانشگاه هایی هستند که علاوه بر ماموریت ملی، ماموریت بین المللی نیز دارند. معنی آن این نیست که سایر دانشگاه ها نمی توانند فعالیت های بین المللی داشته باشند، ولی به هر حال اگر بخواهیم در علم و فن آوری در سال ۱۴۰۴ در منطقه اول باشیم باید نقاطی را تعیین کنیم که به آن برسیم. طبیعی است که در بخش توسعه سرزمینی آموزش عالی سلامت به این موضوع اشاره شده و توجه شده است. این که این دانشگاه ها باید ما را در آن شاخص ها جلو ببرند، یعنی دانشگاه هایی باید در صف اول قرار بگیرند. دانشگاه های بعدی پشتیبان هستند و این قسمت را پشتیبانی می کنند. همه این مجموعه باید بتوانند یک هدف را جلو ببرند و به آن هدف برسند. بنابراین کارکردهای آنها مشخص است و مقیاس هایی برای آن مطرح شده است.

دانشگاه های علوم پزشکی با کارکرد ملی: دانشگاه هایی هستند که در حیطه آموزش و تربیت نیروی انسانی به سطح تحصیلات تکمیلی بیشتر توجه می کنند. در حیطه پژوهش آنها در توسعه دانش علوم پزشکی، انجام پژوهش های راهبردی علوم پایه و غیره نقش دارند. همچنین در حیطه مدیریت دانش نیز نقش دارند. در حوزه های خدمات، ارائه

خدمات تخصصی و فوق تخصصی را بر عهده دارند و در حیطه توسعه جامعه در سیاست‌های کشوری مشارکت فعال دارند. دانشگاه‌های علوم پزشکی ملی علاوه بر آموزش، پژوهش و ارایه خدمات در سایر بخش‌ها نیز درگیر هستند. البته دانشگاه‌ها با کارکرد بین الملل نیز اول یک دانشگاه علوم پزشکی ملی هستند.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانی: دانشگاه‌هایی هستند که در حال حاضر در همه مراکز استان‌ها داریم. حیطه ماموریت بطور اصلی در استان محل پوشش و جمعیت محل پوشش است و از نظر سطح آموزش و تربیت نیروی انسانی در سطوح کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری حرفه‌ای و تخصص‌های بالینی فعالیت دارند. در حیطه پژوهش و مدیریت دانش و ارایه خدمات و توسعه جامعه نیز نقش دارند. در واقع این فعالیتها در استان و جمعیت تحت پوشش آن است. این بدان معنا نیست که این دانشگاه‌ها نمی‌توانند فعالیت فرا استانی داشته باشند ولی اول باید ماموریت‌های اصلی خود را انجام دهند.

دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: در شهرستانها با جمعیت ۱۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر شرایط ویژه‌ای وجود دارد و چارچوبی به نام دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقل در نظر گرفته شده است که اینها موسسات آموزش عالی هستند و با ستاد وزارت بهداشت ارتباط مستقیم دارند. یعنی در حیطه خودشان مستقیم با وزارت بهداشت در تماس هستند و زیر نظر دانشگاه استانی هم نیستند. بسیاری از آنها در حال حاضر به دانشگاه علوم پزشکی استانی تبدیل شده‌اند ولی در این برنامه توسعه این‌ها به شدت محدود شده‌اند زیرا به نوعی با توسعه آمایشی در تقابل می‌باشند.

مراکز آموزشی سلامت یا مجتمع آموزشی سلامت: چیزی که امروزه در حوزه توسعه شهرستانی داریم مرکز آموزش سلامت یا مرکز آموزش عالی سلامت نامیده می‌شود. این‌ها واحدهای آموزش سلامت هستند که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی استان در شهرستان خاصی و با شرایط خاصی تشکیل می‌شوند و در حال حاضر درخواست‌های بسیار زیادی از شهرستان‌ها برای ایجاد این مراکز در دست می‌باشد. در اینجا سطح بندی مشخص کرده است که چه شهرستان‌هایی می‌توانند درخواست دهند و حیطه رسالت و ماموریت آن‌ها

چه باید باشد. مثلا در حیطه آموزش در سطح کارشناسی این مراکز می توانند تربیت نیروی انسانی داشته باشند.

شرایط تاسیس و صدور مجوز برای واحدها نیز مشخص شده است که عبارتند از:

- دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین المللی: هفت ملاک باید داشته باشند، شامل:

سرآمدی در آموزش، پژوهش، جهانی شدن و بین المللی شدن و کسب اعتبار جهانی، این استانداردها سخت گیرانه در نظر گرفته شده است که می تواند موقعیت ما را در نقشه جامع سلامت در منطقه ارتقا دهد.

- دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی: هم در سند آمایش سرزمینی و هم در وزارت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، اصفهان، مشهد، تبریز، شیراز، کرمان و اهواز دانشگاه های ملی هستند. اینها دانشگاه های هستند که علاوه بر اینکه یک دانشگاه علوم پزشکی استانی هستند ماموریت ملی و منطقه ای را نیز باید اجرا کنند.

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانی: از این به بعد دانشگاه علوم پزشکی استانی نخواهیم داشت مگر اینکه استان جدیدی تاسیس شود، مانند تاسیس دانشگاه علوم پزشکی البرز.

- دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: دانشکده علوم پزشکی جدید نیز در سطح شهرستان نخواهیم داشت.

- مراکز آموزشی سلامت یا مجتمع آموزشی سلامت: در مورد این مراکز سه مساله وجود دارد که باید ایجاد شود تا شرایط احراز را کسب کنند: ۱- توسعه آموزش پزشکی باید در استان مربوطه دیده شود. ۲- زیر ساخت سلامت در شهرستانها باید بررسی شود که در آنجا یک بیمارستان، یک مرکز آموزش بهورزی وجود داشته باشد و ۳- تقاضای القوهو اینکه جمعیت شهرستانی بیش از ۱۰۰ هزار نفر باشد. اگر جایی این سه شرط را داشت و تقاضا کرد و نیاز کشور نیز اقتضاء می کرد می توان تاسیس مرکز آموزش سلامت را در آنجا بررسی کرد.

موضوع دیگر بحث دانشگاه های ویژه است که این معیارها را ندارند ولی بر حسب سیاست های کلی کشور لازم است توسعه دانشگاهی داشته باشیم که ارتباطی به توسعه

آموزش عالی ندارد. در جاهایی که حاکمیتی است لازم است واحد آموزش عالی سلامت ایجاد کنیم نه بدین خاطر که به آموزش عالی نیاز داریم بلکه به خاطر اینکه حاکمیت جمهوری اسلامی را در آنجا به نحوی نشان دهیم و تقویت کنیم. امروز بر اساس این سند هر شهری که تقاضای واحد آموزش عالی سلامت داشته باشد مشخص می شود که مقبول است یا خیر.

یکی دیگر از بحثها، تشکیل کلان منطقه یا قطب‌های نظام سلامت است که در سند آمایش سرزمین این بحث در وزارت بهداشت بعنوان قطب‌های سلامت نامیده می شود، اهداف آن مشخص شده و کاملاً با بخشهای آموزش هماهنگ شده است، چیزی که در نظام قطبی در معاونت درمان و بهداشتی هم وجود دارد. هر جا که ما به آن منطقه می گوئیم در تمام بخش‌های وزارت بهداشت این موضوع ساری و جاری است. آرایش فعلی دانشگاه علوم پزشکی و ترتیب قرار گرفتن با توجه به برنامه توسعه چهارم و مصوبات هیات دولت قرابت تاریخی جغرافیایی، اقلیمی، قومی و نژادی می باشد که در کل وزارت بهداشت هماهنگ شده است و به این ترتیب می باشد:

منطقه شمال: دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مازندران، بابل، گلستان، سمنان، شاهرود.

منطقه آذربایجان: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ارومیه، اردبیل، زنجان، دانشکده های علوم پزشکی مستقر.

منطقه زاگرس: کرمانشاه، همدان، کردستان، ایلام، خوزستان، اهواز، لرستان و سایر دانشکده های منطقه.

منطقه فارس: شیراز، جهرم، فسا، هرمزگان، بوشهر، یاسوج و سایر دانشکده ها.

منطقه البرز: البرز جنوبی، اراک، قزوین، قم و البرز.

منطقه مرکزی: اصفهان، یزد، کاشان و شهرکرد.

منطقه جنوب شرقی: کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت و زابل.

منطقه خراسان: مشهد، بیرجند، خراسان شمالی، سبزوار، گناباد.

منطقه تهران بزرگ: دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، دانشگاه آزاد، ارتش، بقیه...، شاهد، بهزیستی و توانبخشی.

از نظر وزارت بهداشت ما به نوعی مناطق فدرال را در آموزش پزشکی، درمان و بهداشت داریم. این مناطق در عرض هم هستند، تلاش خود را برای توزیع عادلانه امکانات صرف می‌کنند و در واقع به نوعی فعالیت‌های فرااستانی و داخل منطقه را با هم دارند. طبیعی است که باید یک نوع بازی برد - برد را برای دانشگاه‌های علوم پزشکی، در هر منطقه تعریف کنیم تا دانشگاه‌ها احساس نکنند که چون یک دانشگاه بزرگ را تعیین کرده ایم سایر دانشگاه‌ها باید تابع باشند، بلکه این قطب‌ها باید با هم همکاری کنند و اهداف را پیش ببرند. بخش‌هایی که این گونه عمل می‌کنند در واقع بیشتر مورد حمایت وزارت بهداشت قرار می‌گیرند. برای اداره این قطب‌ها شورایی مرکب از روسای دانشگاه‌های مربوط به قطب تشکیل می‌شود و یکی از معاونین یا مدیران ارشد وزارت بهداشت در ستاد وزارت بهداشت به عنوان دبیر هماهنگی انتخاب شده و ارتباط را با ستاد وزارت بهداشت تامین می‌کند. عبارتی ما ۸ یا ۹ ستاد وزارت بهداشت خواهیم داشت که سطح عملکردی آنها هم مشابه خواهد بود.

آموزش عالی غیردولتی

در مورد جایگاه آموزش عالی غیر دولتی گفته شده که این مسئله در این سند مورد توجه قرار گرفته است. به هر حال وزارت بهداشت بخش غیر دولتی را در توسعه آموزش عالی رقیب خود نمی‌داند بلکه شریک خود می‌داند، اما باید جایگاه آن مشخص باشد. همانطور که گفته شد در تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات باید متناسب با نیاز حرکت کنیم چرا که اگر کمتر یا بیشتر باشد مشکل ایجاد خواهد شد. طبیعی است به دانشگاه آزاد یا غیر دولتی نیز باید توجه شود، به دلیل اینکه تولید نظام سلامت با وزارت بهداشت است، وزارت بهداشت باید پاسخگو باشد که در سند به این موضوع نیز توجه شده است. برای اجرایی کردن سند باید بخش‌های مختلف در داخل و خارج وزارت بهداشت را به رسمیت شماریم. همچنین این سند باید در شورای عالی سلامت به تصویب برسد که به این موارد نیز توجه شده است. همانطور که گفته شد در این سند توجه شده است دانشگاه، دانشکده، مرکز آموزش سلامت کجا تشکیل شود و چه رشته‌ها و در چه سطوحی در این واحدها تربیت شوند. پس بحث فقط توسعه سرزمینی نیست بلکه هم تعداد مورد نیاز و هم رشته‌های مورد نیاز را باید در نظر بگیریم. همچنین قسمت‌های مختلف ستادی وزارت بهداشت

باید نقش خود را در این سند ایجاد کنند، برای مثال دبیرخانه شورای آموزش تخصصی وزارت بهداشت با توجه به این برنامه بر روی توسعه دستیاری تمرکز داشته، برنامه را نوشته و سایر بخش‌ها مانند داروسازی و دندانپزشکی هر کدام باید جای خود را در این برنامه کلان مشخص کرده و برنامه خود را ارائه دهند. به هر حال نکته مهم این است که موفقیت این طرح وابسته به این است که نگاه ملی باشد که این فقط بخشی از تحول آموزش پزشکی است و پاسخگوی تمام بخش‌ها نخواهد بود.

چگونگی استفاده از ظرفیت‌ها در آموزش عالی

در طرح‌های گسترش آمایش سرزمینی در ابتدا چگونگی گسترش جلب توجه می‌نماید، اما بخش مهم دیگر این است که چگونه گسترش ندهیم یعنی به هر دو بخش اشاره شده است. در فرآیند تدوین این برنامه در مورد عمومی سازی آموزش عالی بسیار بحث شده که آیا ما نقشی در آن داریم یا نه؟ در سطوح مختلف کشوری و وزارتی بحثهای زیادی وجود داشت و در نهایت این نتیجه حاصل شد که طبق اسناد بالا دستی می‌خواهیم به این جهت برویم و وزارت بهداشت در مان نقش عمده‌ای در این امر دارد. پروفایل ما امروز مانند ۱۹۷۰ کشورهای توسعه یافته است. یعنی وقتی بیان می‌شود تحصیلات ابتدایی ۱۰۰، ثانویه ۷۵٪ و ثالثیه ۳۵٪، این مانند کشورهای UNDP در چهار دهه قبل بوده است. همان زمان ما نهضت سوادآموزی و ریشه‌کنی بی‌سوادی را داشتیم و آنها به دنبال عمومی سازی بودند، یعنی ما بی‌سوادی را ریشه‌کن کردیم و آنها بحث ورود به دانشگاه را به اعداد بالا رساندند. در کشورهای توسعه یافته میزان ورود به آموزش دانشگاهی متوسط در واقع ۷۰٪ است. در ۲۰ کشور توسعه یافته این میزان بالای ۶۰٪ و در ۶ کشور این میزان بالای ۸۰٪ است. همچنین این میزان در فنلاند ۹۳٪ و در کره جنوبی ۹۶٪ است. پس ما خیلی از این میزانه‌ها فاصله داریم. متوسط سواد بزرگسالان در ابتدای انقلاب اسلامی ۲/۱ سال بود، زمانی که بر روی سند کار می‌کردیم ۵/۳ سال و در حال حاضر این میزان ۷/۲ سال می‌باشد. جالب این است زمانی که میانگین سواد بزرگسالان در کشور ما ۷/۲ استدر کشوری مانند امریکا این عدد به ۱۳/۹ رسیده، یعنی ما از آن کشور عددی حدود ۶ الی ۷ سال عقب هستیم. اگر این را ضرب در تعداد افراد بزرگسال کنیم (بزرگسال بالای ۱۵ سال) حدود ۴۰-۳۵ میلیون نفر، که عدد بالایی مثلا ۳۰۰-۲۵ میلیون نفر سال آموزش بزرگسال بدست

می‌آید. این در حالی است که ظرفیت آموزش بزرگسال اعم از دبیرستان و دانشگاه حدود ۸ میلیون نفر سال در مملکت ما است. پس در حال حاضر اگر دنیا بایستد ما باید حدود ۲۵ سال بدویم تا این شاخص را پر کنیم. پس باید در آموزش عالی از کل ظرفیت خود برای پر کردن این فاصله استفاده کنیم.

نکته دیگر این است که ما انبوه‌سازی متمرکز می‌خواهیم یا غیر متمرکز؟ مطالعه شده که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، شهریه، مهمترین عامل عدم دسترسی افراد به تحصیلات دانشگاهی است. در حالی که در مملکت ما، دسترسی جغرافیایی مهمترین عامل دسترسی جوانان مستعد به تحصیلات دانشگاهی است. پس مهم است که این موضوع در نظر گرفته شود. مطالعات دیگر نشان می‌دهد جوانانی که به مرکز استان می‌آیند چقدر به شهرستان برمی‌گردند؟ این یکی از مشکلات فرار مغزی بین‌المللی می‌باشد، چرا که جوانان از شهرستان به مرکز استان و از مرکز استان به کلان شهرها مانند تهران و سپس به سایر کشورها عزیمت می‌کنند. بررسی شده که اگر بخواهیم جلوی فرار مغزی بین‌المللی را بگیریم باید بتوانیم بخشی از آموزش عالی را در سطح شهرستان پوشش دهیم. اما سوال این است که چه سطحی را پوشش دهیم؟ اینکه دانشگاه را به مرکز شهرستان ببریم یا نه؟ در اینجا دو شاخص وجود دارد: یکی سالهای متوسط تحصیلات بزرگسالان و دیگری سالهایی که توقع داریم افراد تحصیلات داشته باشند. از بدو انقلاب تا حال حاضر بطور ثابت، تعریف بین سالهای متوسط تحصیلات بزرگسالان و سالهایی که توقع داریم افراد تحصیلات داشته باشند تغییر کرده است. این عدد در ابتدای انقلاب ۸ کلاس سواد بوده و متوسط ایرانی در آن زمان ۲/۱ سال سواد داشته استدر حالی که در کشور دارا بودن ۸ کلاس سواد را باسواد می‌دانستند. امروز متوسط سواد ۷/۲ سال است در صورتی که مردم ما ۱۴/۵ سال سواد را باسواد میدانند، یعنی دوسال و نیم تحصیلات دانشگاهی داشته باشد. این بدان معناست که باید حداقل در تمام شهرستان‌ها فوق دیپلم و ترجیحا لیسانس داشته باشیم. در مورد انبوه‌سازی غیر متمرکز سوال این است که آیا دانشجو در محل زندگی خودش تحصیل کند یا در جای دیگر مانند خوابگاه باشد؟ عملکرد تحصیلی کدام بهتر است؟ مطالعات متعددی نشان می‌دهد که قطعا در منزل خودش بهتر است. در مورد آسیب‌های اجتماعی که رخ می‌دهد نیز مطالعاتی متعددی انجام شده است، از میزان سیگار

گرفته تا مصرف مشروبات الکلی و... در افرادی که از شهر خود خارج می شوند این امر به مراتب بیشتر از دیگران است.

نکته بعدی این که مدل عمومی سازی غیرمتمرکز چه مدلی از عدم تمرکز را باید داشته باشد؟ در این راستا چهار مدل برای تمرکززدایی (تراکم زدایی، تفویض، واگذاری، خصوصی سازی) داریم، که به آموزش عالی وارد شده و بیان شده که برای آموزش عالی در هر شهر، می توان چهار کار انجام داد:

۱. تراکم زدایی: یعنی ساختار همین باشد و دانشگاه علوم پزشکی در شهرستان ها کمپ بزند یا اینکه یک دانشکده را منتقل کنند که همان دانشکده و همان رئیس دانشگاه است. در دنیا مطالعات متعددی در این مورد انجام شده که از آنها نتایج مطلوبی بدست نیامده است.

۲. نماینده گی: عملاً از لحاظ ساختار مالی - اداری مستقل، ولی از لحاظ علمی وابسته به درون دانشگاه مرکز استان است. این همان مدل کالج است که عمومی سازی در دنیا با این مدل انجام شد. خیلی ها معتقدند بعد از جنگ جهانی دوم عمده توسعه امریکا این است که گفته هر امریکایی باید به آموزش عالی با همین مدل کالج و کالج اجتماعی (دو سطح تعریف شده آموزش عالی با همین مدل یونسکو) دسترسی داشته باشد. در افغانستان نیز این مدل در حال حاضر در حال پیاده سازی است. یعنی مدل افغانستان، مدل چهار سطحی یونسکو است. مطالعات نشان داده است که این مدل نتایج مطلوبی دارد.

۳. واگذاری: منظور این است یکسری دانشگاه های کوچک دولتی شهرستان داشته باشیم که در سالهای اخیر با فشار سیاسی شکل گرفته است. اما تحقیقات نشان داده که دانشگاه با حیطه کوچک اصلاً جوابگو نیست.

۴. خصوصی سازی: از قبل دانشگاه خصوصی در سطح شهرستان در کشور ما وجود داشت اما موانع دسترسی را حل نمی کرد.

پس مدل ما عمومی سازی از نوع تمرکززدایی به شکل تفویض را انتخاب کرده است.

نظرات شرکت کنندگان

- آیا در مورد توسعه آموزش عالی تصمیم خاصی گرفته شده است یا نه و این جلسه برای نظرسنجی است یا برای اطلاع رسانی؟ چون در بسیاری از مواقع در وزارتخانه تصمیم گرفته می شود سپس درخواست می شود افراد نظرات خود را بیان کنند و در نهایت گفته می شود به تایید معاونین نیز رسیده است و اجرا می شود. در اینجا به نظر می رسد تصمیم گیری شده و لذا باید از طرف دانشگاه های کوچک که تصور می شود متضرر خواهند شد انتظار مقاومت را داشت. همچنین در مسئله آمایش سرزمینی همه چیز منطقی به نظر می رسد اما حلقه های آموزش ناقص خواهند ماند. چون اگر رشته های خاص و پیشرفت های خاص به دانشگاه های بزرگ اختصاص داده شود و دانشگاه های کوچک را محروم کنیم حلقه های آموزش ناقص خواهند ماند. بعنوان مثال در برخی دانشگاه ها رزیدنت نداریم و با توجه به این آمایش نمی توانیم رزیدنت بگیریم لذا آموزش ناقص خواهد ماند.

پاسخ سخنران: این سند هنوز ابلاغ نشده است اما در نشست هایی مانند همین نشست مطرح شده و نظرات همکاران که مبنی بر تجربیات بیرونی است اعمال شده است. این شاید نسخه دهم یا یازدهم سند باشد که امروز بحث شد.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- وضعیت موسساتی مانند موسسه آموزشی پژوهشی طب انتقال خون که بر اساس مزیت یا برای توسعه ایجاد شده است در آمایش سرزمینی چگونه خواهد بود؟
- پاسخ سخنران:** این ها همان واحدهای ویژه هستند. در حالیکه ساختارشان مقداری با دانشگاه علوم پزشکی متفاوت است و ماموریت آنها ماموریت خاص است. این برنامه متعرض آنها نشده و آنها با توجه به ماموریت سازمانی کار خود را انجام می دهند.
- اگر این سند مراحل تصویب را گذرانیده است چه زمانی ابلاغ خواهد شد؟ ما در حال حاضر با گسترش شدیدی بنابر درخواست دانشگاه ها برای بسیاری از رشته ها روبرو هستیم و در حال حاضر این سند را در اختیار نداریم که بر اساس آن عمل کنیم، در حالی که در بسیاری موارد می توانیم گسترش ها را طبق سند اصولی انجام دهیم و جلوی گسترش بی رویه گرفته شود. همچنین بر اساس روند گذشته خیلی از

دانشگاه‌های کوچک تعداد زیادی دوره‌های Ph.D. و کارشناسی ارشد را دایر کرده‌اند که طبق این طبقه بندی نمی‌توانند چنین دوره‌هایی را در آن دانشگاه‌ها دایر کرد، حال اگر این سند ابلاغ شود عطف به ماسبق می‌شود و آن رشته‌ها دچار مشکل می‌شوند یا آنها ادامه خواهند داشت؟

پاسخ سخنران: وقتی جایی دانشگاه علوم پزشکی شد محدودیتی ندارد. در بحث توسعه تربیت نیروی انسانی در دو بخش بالینی و غیربالینی تفاوت وجود دارد. به هیچ وجه در دانشگاه‌های علوم پزشکی که می‌خواهند در قسمت علوم وابسته به سلامت توسعه داشته باشند (مانند کارشناسی ارشد یا دکترا) محدودیت نداریم. البته این توسعه‌ها باید با هدف خاصی باشد، اینطور نباشد که بخواهیم فقط رشته‌ها را کپی برداری کنیم بلکه باید بر اساس مزیت‌ها و متناسب با نیازها در عمق حرکت کنیم. در بحث علوم بالینی، و پذیرش رزیدنتی، جمعیت تحت پوشش مسئله مهمی است. نمی‌توانجایی با جمعیت ۱۵۰ هزار نفر را رزیدنت جراحی بدهیم. لذا تربیت دستیار متفاوت از سایر علوم وابسته به سلامت می‌باشد اما باید در نظر داشت هیچ سقفی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی از لحاظ عملکردی وجود ندارد بلکه حتی پیشنهاد می‌کنیم در موضوع خاصی متمرکز شوند و دپارتمان بین‌المللی تشکیل دهند. همچنین تا به حال در توسعه آموزش عالی سلامت بطور غیرفعال^۱ عمل می‌کردیم، یعنی صبر می‌کردیم دانشگاه‌ها یا واحدهای مختلف در خواست دهند که بعضی‌ها را بپذیریم و یا رد کنیم. اما این برنامه اینگونه عمل می‌کند که علاوه بر اینکه دانشگاه‌ها کار خود را انجام می‌دهند ماموریت هم برای آنها در نظر گرفته شده است که باید در آن زمینه کار کنند و وزارت بهداشت نیز در آن زمینه دانشگاه را حمایت خواهد کرد.

- در مورد جمعیت که می‌فرمایید شهرستانی مانند جهرم جمعیتی حدود ۱۵۰ هزار نفر دارد اما پوشش درمانی و پزشکی وسیع است مثلاً شهرستان‌های اطراف مانند لارو و گراش و فیروزآباد و... را پوشش می‌دهد آیا اینها در نظر گرفته می‌شود؟

پاسخ سخنران: در دنیا بحث سطح بندی آموزشی اثبات شده است و در علوم پزشکی هم سطح بندی انجام شده است. مثلاً Doctor university intensive، Doctor university extensive و .. که اثبات شده هم میباشند. حتی شواهد نشان داده که جهت آموزش پزشک عمومی نیازی به حضور رزیدنت نیست. بعضی از دانشگاه ها مانند کانادا فقط پزشک عمومی تربیت می کنند و این سطح بندی همه جای دنیا وجود دارد.

- در شهرستانی مانند بابل که حدود ۵۰۰ هزار نفر جمعیت دارد، طبق تحقیقی در یکی از بخشهای یک بیمارستان، ۳۸/۲ درصد بیماران بومی بابل بودند و ۶۱/۸ درصد غیر بابلی بوده و از سایر شهرها و حتی استان هم جوار (۱۳/۷ درصد) خدمات دریافت کرده اند، اما در حال حاضر با توجه به این بحث جمعیت ۱۵۰ هزار نفر، ما نگران هستیم علی الرغم راه اندازی بسیاری از رشته ها احساس می کنیم توسعه آموزشی ما متوقف شود.

پاسخ سخنران: توسعه آموزش پزشکی دستیاری بر اساس سند به طور کامل مطرح نشده است.

- با بحث قطب بندی مشخص می شود که بسیاری از تصمیمات باید در قطبها اتخاذ شود. پس نقش شورای گسترش در این میان چه می شود؟ آیا هنوز تصمیمات به موازات یکدیگر هم در شورای گسترش و هم در دانشگاه اتفاق می افتد یا نه؟ و نقش هیات بردها در وزارتخانه چه خواهد شد؟

پاسخ سخنران: نهادهای قانونی سر جای خود هستند و سایر این برنامه ها بیشتر تصمیم ساز هستند و تصمیم گیری در مورد گسترش دانشگاه طبق قانون شورای گسترش است. هیات برد در حال حاضر در سه بخش سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، اعتباربخشی و آزمونها تقسیم شده اند و کار خود را انجام می دهند و تصمیمات در جای لازم عملیاتی می شود.

- اعداد ارایه شده به نظر کمی با یکدیگر تناقض دارد. در جایی بیان می شود پروفایل تحصیلی ۱۰۰، ۱۰۰، ۷۵ است و جایی می گوئیم در ایران ۱۰۰، ۷۵ و ۳۵ است در حالیکه در ایران برای تحصیل وزارت بهداشت از آموزش عالی جداست ولی در سایر کشورهای دنیا شاید با یکدیگر ترکیب شده باشند. لذا باید ببینیم سهم وزارت بهداشت در آموزش عالی چقدر است؟ که این اعداد با توجه به سهم وزارت بهداشت کمتر

خواهد بود. همچنین باید در هر منطقه توزیع تعداد دانشجو و رشته ها و مقاطع مشخص شود. این نشان می دهد میزان نابرابری چگونه خواهد بود. اگر بخواهیم مناطق را هم عرض یکدیگر ببینیم باید این توزیع را در نظر بگیریم. همچنین در مورد آموزش غیر متمرکز باید نگاهی به این قضیه داشته باشیم که صرفا مقطع را نباید تمرکززدایی کرد. گاهی مقطع را غیر متمرکز می کنیم یعنی در منطقه ای توزیع می کنیم که کجا رشته ای بهتر جواب می دهد و توزیع رشته را تمرکززدایی کنیم.

پاسخ سخنران: این سند فقط در مورد توزیع مرکز آموزش عالی است. ما سند دیگری داریم که تا یک الی دو هفته آینده کامل خواهد شد که سند راهبردی در توزیع رشته مقاطع میباشد. در کل ۱۴ سند در مورد آمایش به موازات نقشه جامع علمی کشور بخش سلامت شکل می گیرد که یک آمایش موسسه ای بود و سایر آنها در مورد گزینش دانشجو، نظام رشته مقاطع، توزیع و توسعه رشته مقاطع، سیاستهای هیات علمی، ساختار مدیریتی دانشگاه، تمایز نقش های راهبردی دانشگاه و... می باشد. همچنین یکی از وظایف این است که نیازهای خود را برآورد و متناسب با آن برنامه ریزی کنند. البته طبیعی است از جایی که لازم است باید مجوزها گرفته شود ولی چه کسی بهتر از خود منطقه می تواند نیاز خود را تعیین کند و دانشجوی بومی بگیرد و کوریکولوم را متناسب با خودش طراحی و اجرا کند. مثلا اگر مجوز رشته ای را در دانشگاه علوم پزشکی خاصی با توجه به این تقسیم بندی نمی توانیم بدهیم ولی اگر در قالب قطب بیاید اجازه می دهیم.

- هدف اصلی از تشکیل وزارت بهداشت و درمان این است که نیاز درمانی کشور را تامین کند. اینکه چطور وزارت بهداشت این سیستم را پایش می کند، نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در هر منطقه چگونه است و چگونه آموزش را متناسب با آن تنظیم می کند، در این سند روشن نیست. در واقع سیستم تحصیلات تکمیلی (فلوشیپ و متخصص) چه تناسبی با نیاز منطقه دارد و چه ابزارهایی برای متناسب کردن آن برقرار شده است؟ موضوع دیگر خدمات قانونی افراد متخصص است که ما باید با توجه به نیاز کشور این خدمات را به طور پویا و دینامیک تنظیم کنیم، اما امروز در بعضی تخصصها به شدت نیاز داریم که خدمات قانونی تمام شده و بیمارستانها خالی شود، در صورتی که هنوز در آن سطح فلوشیپ تربیت می کنیم. پس چیزی بعنوان سطح بندی

نیروی انسانی مطرح است و نیازمند این است که کاملاً با نیازهای درمانی کشور مرتبط شود که این با ابزارهایی به صورت پویا و منطقه بندی شده مشخص می‌شود. همچنین حتماً در کنار افزایش تعداد باید به کیفیت آموزش به شدت توجه شود. ما بعنوان اولین رده مشتریان افراد تحصیل کرده در مواردی که می‌بینیم که میزان مرگ و میرمادری در کشور با توزیع متخصصین ارتباط معنی داری دارد، نگران می‌شویم. وقتی با هیات برد صحبت می‌کنیم می‌بینیم که آموزش‌ها، مبتنی بر نیازهای واقعی مردم نیست. لذا باید این موضوع هم بطور جدی مطالعه شود. از طرفی در سیستم درمانی بحث بومی گزینی یکی از الزامات ماست. امروز کسی در استان محروم دارد کار می‌کند که بومی آن استان بوده‌است. باید این مسئله را هم به صورت جدی ببینیم.

پاسخ سخنران: ما در اینجا وارد توسعه دستیاری نشدیم. خیلی جزئیات در مورد پوشش جمعیتی دانشگاه‌ها در آن وجود دارد. اینکه بعضی از دانشگاه‌ها خیلی پیش رفته‌اند و با این سند امکان محدودیت برای سایر دانشگاه‌ها وجود دارد. در سند آورده شده است که اگر توسعه آموزش دستیاری با جزئیات توضیح داده شود این سوالات پاسخ داده خواهد شد. در آنجا رشته‌های دستیاری به چند بسته تقسیم شده است: بسته ۱، بسته ۲، بسته ۳ و بسته ۴. بر اساس این بسته‌ها این توسعه انجام می‌شود و دانشگاه‌ها نیز بر اساس جمعیت تحت پوشش خود تقسیم بندی شده‌اند. همچنین در مورد آموزشهای فوق تخصصی باید گفت که بطور کلی به دانشگاه‌های ملی سپرده شده است. در جایی که دانشگاه ملی نداریم مثل منطقه شمال کشور، در واقع خود قطب می‌تواند این درخواست را بدهد و این جایی است که قطب‌ها می‌توانند به یکدیگر کمک کنند. مثلاً می‌گوییم در دانشگاه علوم پزشکی غیر مادر رشته‌های فوق تخصصی نمی‌دهیم زیرا همانطور که در حال حاضر بسیاری از ظرفیتهای فوق تخصصی ما خالی است، برای آزمون دستیاری سال گذشته برای ۳۵۰ نفر ظرفیت، ۴۵۰ نفر شرکت کردند. این نشان می‌دهد که در خیلی جاها ظرفیت مازاد داریم. بنابراین ایجاد ظرفیتهای جدید کار غیر عادی است. در زمانی لازم بود گسترش شدیدی انجام دهیم و نیاز به برنامه نداشتیم، چون کمبود شدید بود و هر جا که ایجاد می‌شد خوب بود. اما در حال حاضر وضعیت این گونه نیست. ما مثلاً در رشته جراحی قلب، ۹ تا ۱۰ بخش آموزشی داریم که چارتهایشان پر نمی‌شود. چه لزومی دارد

در جای دیگر بخش جراحی قلب و آموزشی قلب ایجاد کنیم. پس در قالب قطب، برنامه وزارت بهداشت این است که قطبها همتراز هم دیده شوند. بدین معنی که قطبها را شبیه هم کنیم. ممکن است نتوانیم دانشگاهها را شبیه هم کنیم اما باید قطبها شبیه هم شوند. لذا در آن زمان بسیاری از مناطق کمتر برخوردار باید امکانات بیشتری بگیرند و طبیعی است که تمرکززدایی باید انجام شود.

- بسیاری دانشگاهها تربیت دانشجوی Ph.D دارند اما در این گزارش گفته شده که دانشگاهها می توانند دانشجوی کارشناسی ارشد به پایین تربیت کنند در حالی که بیان شد اینطور نیست. خواهش می کنم این مورد در سند قید شود و مشخص شود که به چه نحوی دانشگاههای استانی می توانند دانشجوی Ph.D تربیت کنند. همچنین آیا یک دانشگاه علوم پزشکی استانی همیشه دانشگاه علوم پزشکی است یا اینکه پیش بینی شده با احراز شرایط خاصی به دانشگاههای ملی تبدیل شوند؟

پاسخ سخنران: دانشگاهها هیچ محدودیتی در تربیت دانشجوی Ph.D ندارند و در سند آورده شده است.

- خوب بود سند را به صورت پیش نویس برای ما می فرستادید که می توانستیم با دقت بیشتری مطالعه کنیم، زیرا این اولین جلسه ای است که ما در آن حضور داریم. پیشنهاد دیگر اینکه سند آمایش باید خوراکی باشد برای انواع برنامه ریزیها مانند آموزش درسی که در اینجا به کیفیت اشاره می شود. وقتی بحث عمومی سازی است یک سوال اساسی این است که برای کیفیت چه اتفاقی می افتد؟ آیا مناطق دارای چشم اندازهای مختلف هستند که اولویت های هر منطقه را نشان می دهد؟

پاسخ سخنران: در کنار ۱۲ سند، بحث کیفیت آموزش است که در حال اتمام است و مشخص می کند کیفیت آموزشی چگونه تضمین شود.

- زمانی که به تمرکززدایی فکر می شود تولید ما در سطح مرکزی باید تقویت شود. به این معنا که وقتی نواحی در حال ایجاد شدن می باشند، هماهنگی بین اینها نیاز به ابزارهای کارآمدتر و بهتری دارد و حتی هماهنگی بین سایر واحدهای وزارت بهداشت مورد نیاز است. این موضوع در سطح داخل خود وزارت بهداشت هم مطرح است. از

طرفی بحث آمایش فقط منحصر به آموزش پزشکی نیست بلکه در سطوح دیگر هم این توزیع هم وجود دارد. سوال این است که به این موارد چطور توجه شده است؟

پاسخ سخنران: در بحث تولید و تمرکززدایی در آمایش سرزمینی یک بحث جدی این بود که ما سطح بندی ایجاد می کنیم. در بحث زیر گروه تمرکززدایی یک واژه معروف، سطح انعطاف پذیری بحرانی است. یعنی ما یک هرم داریم پایتخت، شهرستان و... سطح انعطاف پذیری بحرانی سطحی است که شما به آن اختیار می دهید و یک توان اضافی نیز به آن می دهید. وقتی تصمیم گیری متمرکز است و سیاست های شما اکثر مواقع خارج از موضوع است و شما موضوع را نمی بینید. زمانی که تمرکززدایی انجام شده باشد، تصمیم گیری را به سطح پایین می دهیم و خیلی وقت ها فعالیت ها در چارچوب سیاست نیست و سیاست دیده نمی شود. بین این سطوح سازمانی، یک سطحی معمولا در این میان دیده می شود که هم سیاست را می بیند و هم مشکلات سیستم را می بیند. این سطح در سطح منطقه دیده شد، همان ۱۲ منطقه. یعنی در واقع به تدریج بعد از توانمندی، این ۱۲ منطقه مانند وزارتخانه بدل هستند. لذا یک سیستم فدرال را در نظر بگیرید. همانقدر که تمرکززدایی نیازمند توانمندسازی در سیستم پایینی است این نیازمندی در سطح بالادستی هم مطرح می باشد. واقعیت امر این است که در این برنامه در واقع سطح انعطاف پذیری بحرانی که تصمیم گیری در آنجا صورت می گیرد؛ سطح مناطق است که رنج این تصمیم آنجا خواهد بود. در حال حاضر بیشتر تصمیم گیرها در سطح وزارتخانه صورت می گیرد مانند کریکولوم.

- بر اساس تجربه های کشور شما دارید کاری می کنید که دانشکده های کوچک رشد نمی کنند ما در سیستم دولتی رکود سنگینی داریم یعنی اگر همین امکانات را به بخش خصوصی بدهند خیلی بهتر کار می کند. دولتی ها هم نباید مانند مراکز خصوصی مجوز بگیرند.
- آمار و اطلاعاتی که در حوزه سلامت داریم شکاف هایی را نشان می دهد که در آن ها فقط مسئله رشته و مقطع مطرح شد. حال اگر این جمع آوری اطلاعات از سال ۸۶

شروع شده است هیچکس این آمار را از ما نخواسته که آیا نیاز ما با این طرح پاسخ داده خواهد شد؟

- نظارت بر دانشگاه‌های غیردولتی که دانشجویان مربوط به بخش سلامت تربیت را می‌کنند بیشتر کنید که کیفیت مناسب دانش سلامت را داشته باشند.

پاسخ سخنران: این یکی از مزیت‌های قطب است در حال حاضر اعتباربخشی را نیز باید از ستاد انجام دهیم و تا انتها گروه را باید ارزشیابی کنیم که امکان‌پذیر نیست و لی وقتی که وزارت بهداشت مثلا ۹ رشته را اعتبار بخشی کند و بقیه را به خود قطبها بسپارند نظارت بیشتر خواهد شد.

- در چشم انداز آورده شده است توزیع جغرافیایی مناسب و متناسب موسسات آموزشی عالی و تامین شاخص‌های رعایت عدالت، افزایش دسترسی متقاضیان منطقه‌ای به آموزش عالی و جلوگیری از مهاجرت نخبگان بومی، تاثیر روی بازار کار و استخدام در منطقه، استفاده حداکثر از قابلیت‌های محیطی و ... البته نکته‌ای که مطرح است این است که نوعی تناقض بین این استراتژی‌ها و نتیجه‌گیری وجود دارد. نتیجه‌گیری در دو جهت است که دانشگاه‌ها را به دو قسمت بزرگ و کوچک تقسیم کنیم و اینکه قطب‌های مختلف را تعریف کنیم. اما ارتباط بین این اهداف و وضعیت موجود و این نتیجه‌گیری چیست؟ خیلی واضح نمی‌باشد!

- مبنای ملاک ما خروجی هاست یا چیز دیگر؟ چگونه گفته شد در چین بیش از هزار دانشگاه داریم پس ما هم باید به آن میزان برسیم؟ پس خروجی ما مهم است یا تعداد دانشگاه‌ها؟ از طرفی در سطح بندی و تقسیم بندی جغرافیایی دانشگاه در بحث تمرکززدایی، یکسری مسائل مدیریتی، تصمیم‌گیری و مالی داریم. این موارد چه می‌شود؟ به نظر می‌رسد فعلا نگاه به مساله مدیریتی متمرکز شده است. بالاخره مبنای برنامه ۴ و ۵ اقتصاد دانش محور است. فکر می‌کنید با تقسیم بندی بر اساس محدوده جغرافیایی چقدر می‌توانیم زمینه رقابت و نوآوری را با این نوع سطح بندی ایجاد کنیم و یا بالعکس مانع آن شویم. همچنین در هم سطح کردن قطب‌ها، چقدر نیازها و استعدادهای منطقه این ده قطب با هم مشترک است که نیاز است با یکدیگر بصورت هم سطح عمل کنند، واضح نیست که این هم سطحی از لحاظ رشته، تعداد دانشجو و...

چگونه است؟ اگر از لحاظ حوزه‌های عملیات بین‌المللی هم به آنها نگاه کنیم باز هم به نظر می‌آید از لحاظ محدوده‌ای که می‌خواهیم وارد شویم تفاوت خواهند داشت.

- در این آمایش سرزمینی بحث آموزش با نیازهای آموزشی در انطباق است. یعنی قرار است در شهرستان‌ها و استان‌ها، آموزش به سمت رشته‌های خاصی که مورد نیاز است برده شود و متناسب با آن نیازها رشته‌های دانشگاهی در آن مناطق ایجاد شود. در بحث نیازهای آموزشی یک منطقه، اگر در سایر دانشگاه‌ها مانند ملی و بین‌المللی آموزش داده شوند ولی توزیع نیروی انسانی درست باشد نیازهای آموزشی آن مناطق را هم پوشش خواهد داد. آیا در بحث آمایش سرزمینی برای ارتباط بین آموزش و توزیع نیروی انسانی فکری شده است؟ یعنی افرادی که در سایر دانشگاه‌ها مانند دانشگاه ملی تحصیل کرده‌اند به شهرستان و استان مورد نیاز بر می‌گردند؟ همچنین این محدودیتی که می‌فرمایید دانشگاه‌های استانی می‌توانند به دانشگاه‌های ملی تبدیل شوند به چه معنی است؟ یعنی می‌توانند دانشگاه‌های استانی دانشجوی Ph.D، تخصصی و فوق تخصصی هم بگیرند؟

- وضعیت وزارت بهداشت برای دانشگاه‌های کوچک وضعیت کمک‌کنندگی است. شما برای تمامی معاونین آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی نامه فرستادید ولی اکثر معاونین دانشگاه‌های بزرگ شرکت نکرده‌اند چون تامین هستند و می‌دانند که پشتوانه‌ای دارند، ولی این نگرانی برای دانشگاه‌های کوچک است. بحث این است که می‌ترسیم این سند آمایش در دست افرادی قرار گیرد که از آن بعنوان سد بازدارنده برای ارتقای دانشگاه‌های کوچک استفاده کنند. چون در دانشگاه‌های کوچک باید اعضای هیات علمی در تمامی گام‌های پژوهش با دانشجو همراه باشند تا ارتقا بگیرند، لذا ترس ما این است که این سند در دست افرادی باشد که مانع ارتقای دانشگاه‌های کوچک شوند.

- دیدن یک جنبه قضیه که امروز بحثش کافی نیست. اما وقتی گفته شد که ما ۱۴ سند داریم خیالمان راحت می‌شود که جنبه‌های بیشتری دیده شده است که شاید خیلی از سوالات با دانستن آنها حل شود. این نشست ۲ ساعته پاسخگوی همه سوالات نیست و

برنامه کلی را هم شاید نشان نمی دهد. باید یک روند توسعه ای در ۱۴ سند مکمل داشته باشیم که خدمات و آموزش را به صورت هدفمند بود ببینیم تا اوضاع بدتر نشود.

- در بحث قطبی نمودن با توجه به وجود برخی تجربیات در سازمانها در مورد منطقه ای شدن، آیا در این سند سیاست توجه لازم به تنوع فرهنگ ها و گرایش های قومی و قبیله ای شده است یا خیر؟ اینکه چه استانی قطبی شود سوال است. این که آیا استان برتر قطب شود و نحوه انتخاب قطب چگونه خواهد بود؟ همچنین تمرکززدایی زمانی خوب است که از یک تمرکز خوب به عدم تمرکز حرکت کنیم. آیا در بحث آموزش عالی ما با یک تمرکز خوب مدیریت می کنیم؟ آیا آموزش عالی ما بصورت متمرکز خوب اداره می شود و خروجی های خوبی داریم و می توانیم آنها را کنترل کنیم و مشکلات خود را حل کنیم؟ اگر این طور است که خیلی عالی است اما می بینیم که بسیاری از کشورهای دنیا گرایش به سمت سیاست های تمرکز گرایی دارند، چون نتوانسته اند با روش عدم تمرکز خوب کار کنند. لذا این نگران کننده است که ما از کجا به کجا حرکت می کنیم؟ آیا این سیاستها در سه سطح ما کرو، میانی و خرد دیده شده است یا خیر؟

- فکر می کنم ما بیش از هر چیز در نظام آموزشی به آرامش نیاز داریم. متأسفانه جو آموزشی حال حاضر این سیاست ها را تحت الشعاع قرار میدهد. یکی از شاخص های معاون آموزشی در طول دوره خدمت این است که چند دانشکده راه اندازی کرده، چند رشته اضافه کرده و چند دانشجو گرفته است؟ یعنی یک رقابتی که خواسته یا ناخواسته وارد آن می شویم. مسایلی مانند اینکه رشته های استان مجاور چقدر است و ما عقب مانده ایم یعنی ما ناخواسته وارد گودی می شویم که حتی نمی توانیم از آن دفاع کنیم. لذا ابتدا باید بحث آرامش بصورت سیاست کلی وزارت بهداشت تبیین شود تا همه از این جو رقابتی خارج شوند. همچنین در بحث سیاست گذاری متأسفانه وزارتخانه ناگهان شانه خالی می کند. مثلاً در بحث کارشناسی ارشد علوم تشریح، مامایی و پرستاری ناگهان اعلام می کند که از امسال دیگر راه اندازی نمی شود. به همین خاطر دانشگاهی که از ۵ سال قبل هدفگذاری و برنامه ریزی و هزینه کرده است اما در حال حاضر با مخالفت وزارتخانه روبرو شده چقدر اعتبارات و اعضای هیات

علمی که واحد کافی ندارند و باید سردرگم باشند. در بحث مجتمع آموزش سلامت که دو تعبیر از آن آورده شد، نیاز به اطلاع رسانی دارد که برای افراد مشکل ساز نباشد. در بحث دانشجو در مجتمع آموزش سلامت با تهدیدی مواجه هستیم به نام بومی گزینی. تهدید دوم این است که سطح کیفی

- داوطلبین که به این مجموعه ها جذب می شوند غالباً مناسب نیست. این ها در رقابت کشوری پذیرفته نمی شدند. لذا باید توجه داشت که به کجا چنین شتابان که اگر آرامش حاکم شود سیاستگذاری ها عقلانی تر و منطقی تر خواهد شد.

پاسخ سخنران: بالاخره توسعه آموزش عالی در بخش سلامت با سایر بخشها یکی است یا نه؟ این موضوع متفاوت است از هدف توسعه آموزش عالی. در بخش سلامت هدف نهایی حفظ، ارتقا و تامین سلامتی جامعه است. اگر آموزش پزشکی در وزارت بهداشت داریم برای همین هدف درست شده است. حتی بخشی از علوم سلامت که ممکن است مستقیماً مربوط به ارائه خدمات نباشد باز در ارتباط با ارتقای سلامت جامعه است و گرنه باید در وزارت علوم که هدف توسعه ظرفیت دانش است می رفت. ما باید تصمیم بگیریم آیا همه ما باید همه کار انجام دهیم؟ این یک نوع برنامه ریزی می خواهد یا اینکه باید کل مجموعه هماهنگ باشیم؟ آیا ما باید یک تیم باشیم؟ در یک تیم همه چیز لازم داریم آیا اینطوری باید برنامه ریزی کنیم که هدف همه ما به یک هدف واحد منجر شود یا نه؟ این چیزی است که در نقشه جامع سلامت و نقشه علمی کشور و اسناد بالادستی دیده شده است. یا اینکه همه بخواهیم همه کار کنیم؟ اگر اینطور باشد نیازی به آمایش نداریم. در این موضوع بحث اولویتهاست که باید بعضی چیزها بیشتر توجه شود همه کارها را نمی توانیم همزمان انجام دهیم نه منابع کافی است نه زمان نه نیروی انسانی نه استعدادها ما. ما باید انتخاب کنیم و بر اساس آن حرکت کنیم در دنیا کشورهایی که به جایی رسیده اند اینطور حرکت کرده اند.

بطور کلی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی به هیچ وجه محدودیت در توسعه نیست. فقط کنار این سند در سند توسعه رشته مقطع اولویتهای نقشه جامع علمی کشور مشخص شده است. در علوم سلامت ۹ اولویت مشخص شد؛ اولویتهای زیر ساختی، اولویتهای کمال و اولویتهای بقا. ماتمام دانشگاه های اول دنیا و رشته هایی که مربوط به علوم سلامت و

وابسته است را نیز جدا کردیم و کنار گذاشتیم و بانقشه جامع علمی و اطلاعات موجود سایر دانشگاه‌های دنیا مطابقت دادیم این موضوع درسند دیده شده است و حالا دارد به جایی می‌آید که شما نظر دهید پس باید حتما به بخش سلامت، معاونت درمان، بهداشت و... برود و نیازهای آنها دیده شود تا بگوییم تا ۱۴۰۴ این مقاطع و رشته‌ها مورد نیاز است که طبیعی است که با دانشگاه علوم پزشکی حتی قرارداد بسته می‌شود که در مورد موضوع مورد نیاز کشور کار کند و بورس دهد و تربیت نیروی انسانی انجام دهد و به جای اینکه هر کار را در عرض انجام دهیم مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی در عمق انجام وظیفه کنند و ضمن ارائه خدمات معمول خود در بعضی از قسمت‌ها که مزیت دارند فعالیت کنند. پس ما باید شاخصها را اصلاح کنیم که رقابتهای غیر صحیح به رقابتهای صحیح تبدیل شود و هر مجموعه که کار می‌کند احساس کند کار صحیح انجام می‌شود نه اینکه همه ما رزیدنت تربیت کنیم.

جمع بندی

باید به چند نکته توجه کرد: در جایی مثل ایران چاره ای جز آمایش سرزمینی نداریم. زیرا مکانیسم کنترلی برای آن، مانند مکانیسم بازار، مکانیسم عرضه و تقاضا است. سیستم آموزش عالی کشور ما هیچ نوع مکانیسمی برای کنترل و عرضه ندارد یعنی اگر دانشگاهی تقاضا دهد و نماینده مجلس هم راضی باشد، دانشگاه تاسیس می شود؛ و چون گسترش اتفاق می افتد، استاد و کارمندان و اهالی و دانشجو راضی هستند و از طرفی چون نحوه پذیرش توسط کنکور و رتبه است، رشته ها هم خالی نمی ماندند و پول و امکانات و زیرساخت ها و نیز حقوق استاد و کمک هزینه دانشجو را هم دولت می دهد، یعنی هیچ گونه ضرری در گسترش آموزش عالی نداریم. پس چاره ای جز نقشه آمایش نیست. لذا در شرایطی که مکانیسم کنترلر اختیار نداریم باید سیاست گذار چاره ای بیاندیشد.

نکته دوم این که به هر حال ما نمی توانیم برای برنامه ریزی درازمدت، رفتار کنونی دریافت کننده خدمات را در نظر بگیریم. باید فکر کنیم که تصویرمان در آینده چیست.

نهایتا کلیت طرح آمایش سرزمینی بیانی است برای اینکه به کجا چنین شتابان؟ و ماهیت آن برنامه نداشتن نیست، که این مسائل در اکثر دانشگاه ها وجود دارد. یعنی برنامه ها به صورتی است که تصمیمات را عینی نمی کند. بعنوان مثال بسیاری از حاضرین معاونین آموزشی هستند و برنامه استراتژیک نوشته اند، اما چند دانشکده بهداشت یا پزشکی داریم که در برنامه استراتژیک مشخص کرده اند که ده سال آینده چه دپارتمان هایی خواهیم داشت؟ در چه رشته هایی عضو هیات علمی استخدام کنیم؟ و در چه رشته هایی کاهش خواهیم داشت؟ که مهم ترین بند برنامه استراتژیک دانشکده است. لذا مهم ترین بحث در آمایش این است که چند دانشگاه می خواهیم؟ چگونه می خواهیم؟ و چاره ای جز جواب دادن نداریم.

در ادامه پیشنهاد شد که قبل از نهایی شدن، سند به معاونت های آموزشی دانشگاه ها ارسال شود تا اگر معاونین پیشنهادی داشتند، اعلام نمایند.

چهارمین نشست تخصصی مشترک
برنامه جامع ارتقای سلامت روان جامعه

سخنران

دکتر عباس علی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۷/۲۵

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

آقای دکتر احمد علی نوربالا، استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
آقای دکتر جعفر بوالهری، استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رئیس
انستیتو تحقیقات روانپزشکی
آقای دکتر بهزاد دماری، رئیس دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت مؤسسه ملی
تحقیقات سلامت

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هئیت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری
طاهره دیده بان، کارشناس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

خانم دکتر رخشانی - آقای دکتر طلایی - آقای دکتر دژبان - خانم دکتر رستمی

متن سخنرانی

مقدمه

یکی از موضوعات خیلی مهم و مشکلات اساسی سلامت در همه کشورها بحث سلامت روان است که بار بالایی را به خود اختصاص داده است. در سطح جهانی بار بیماری حدود ۱۴ درصد است که همیشه در همه کشورها در رتبه اول، دوم یا سوم است. از نظر شیوع و ابتلا نیز در تمام کشورها رتبه بالایی داشته و متوسط شیوع اختلالات روانی در سطح جهان، حدود ۲۵ درصد ذکر شده است.

در کشور ما در سال ۱۳۷۸ مطالعه ای انجام شد که به طور میانگین میزان شیوع اختلالات روانی را ۶۰.۲۱ درصد نشان می داد. بعد از آن آماری نداشتیم تا اینکه در سال ۹۰-۸۹ یک پیمایش ملی کشوری انجام شد که خیلی گسترده تر و وسیع تر از مطالعه قبلی بود و همچنین از ابزارهای بیشتری استفاده شد. این مطالعه سه هدف عمده داشت:

۱- بررسی شیوع اختلالات روان و شدت آنها

انواع اختلالات روان (حدود ۱۰ اختلال روان) به طور کامل بررسی شد. ابزاری که عمدتاً استفاده شد GHQ^۱ بود. جمعیتی که مورد مطالعه قرار گرفتند حدود ۷۸۰۰ نفر بودند و طرح به صورت کشوری انجام شد. آماری هم اخیراً استخراج شده است. البته هنوز منتشر نشده ولی آمار اولیه را داریم. به طور میانگین شیوع ابتلا به اختلالات روان ۲۳.۶ درصد است که در خانمها حدود ۲۶ درصد و در آقایان ۲۰ درصد است. به هر حال این آمار نسبتاً بالایی است و گروه بیماری دیگری نداریم که شیوع آن اینقدر بالا باشد. به این اختلالات مواردی که به عنوان اختلال نیستند و به عنوان مشکل (problem) در نظر گرفته می شوند را نیز باید اضافه کرد. این موارد به مداخلات سلامت روان نیاز دارند، مثل انواع مشاوره ها و راهنمایی ها و امور تربیتی که خانواده ها با آن مواجهه می شوند و به راهنمایی و مداخله نیاز است بدون اینکه هیچ اختلالی در کار باشد.

۲- برآورد میزان هزینه ای که افراد کشور صرف مراجعه یا درمان اختلال روان می کنند

۳- تعیین میزان بهره مندی افراد مبتلا به اختلال روان از خدمات سلامت روان

^۱General Health Questionnaire (GHQ)

در مقایسه با کشور های دیگر شیوع در کشور ما تقریباً متوسط است. از بعضی از کشور های پیشرفته حتی از آمریکا و از بعضی از کشور های اروپایی آمار بهتری داریم. همچنین آمار این پیمایش در مقایسه با مطالعه سال ۷۸ افزایش مختصری را نشان می دهد. البته در فاصله ی ۷۸-۸۹ مطالعات موردی به صورت منطقه ای در سطح کشور انجام شده که آمار آنها متفاوت است. برای مثال مطالعه ای که در سطح تهران در سال ۸۸ و با GHQ انجام شد، میانگین شیوع ۳۴.۲ را نشان داده که آمار نسبتاً بالایی است. آمار های دیگری هم بوده ولی احتمالاً بیشترین مطالعه در سطح تهران انجام شده است.

WHO پیش بینی می کند که در سطح جهان تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به تنهایی بالاترین بار بیماری ها را به خود اختصاص خواهد داد و ناتوان کننده ترین بیماری مزمن، افسردگی خواهد بود. در کشور ما بر اساس مطالعه بار بیماری ها در سال ۱۳۸۴، در مردان رتبه اول بار بیماری مربوط به حوادث ناشی از تصادفات و سوانح است، رتبه دوم مشترکاً به حوادث قلبی عروقی و اختلالات روان تعلق دارد. در خانم ها رتبه اول بار بیماری مربوط به اختلال روان است، زیرا هم بروز حوادث قلبی عروقی و هم بروز سوانح و حوادث در خانمها کمتر است.

به هر حال مطالعات در تمام کشورها نشان می دهد که شیوع ابتلا به اختلالات روان روندی فزاینده دارد. ظرف ۳۰ سال گذشته، این آمار مرتب افزایش پیدا کرده و پیش بینی می شود ظرف ۳۰ سال آینده هم حداقل این روند ادامه داشته باشد. در صورتی که اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد را هم جزء اختلالات روان محاسبه کنیم، به این موارد اضافه می شود (بر اساس آخرین مطالعه ای که در همان پیمایش انجام شد میزان ابتلا به اعتیاد و سوء مصرف مواد و الکل جمعاً حدود یک میلیون و پانصد هزار نفر بود. البته جمع آوری داده ها به صورت خود اظهاری انجام شده است).

این وضع نشان می دهد که باید چاره ای اندیشید. ما در دفتر سلامت روان باید بدانیم که برنامه های دراز مدت و کوتاه مدت در سلامت روان کدامند. از سوی دیگر باتوجه به گستره عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان این نکته آشکار می شود که مسئولیت تامین سلامت روان جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و یا دانشگاه های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد.

برنامه جامع ارتقای سلامت روان (سند سیاست سلامت روان)

سندی که تهیه شده از اسناد قبلی استفاده کرده و در عین حال سعی شده است سندی کشوری باشد و همه دستگاه‌ها را درگیر کند. سند حاضر مطابق با موارد قانونی برنامه پنجم توسعه کشور بوده و از روی اقبال تدوین آن با تهیه نقشه تحول نظام سلامت هم زمان شد و کارگروه‌هایی که تشکیل شد مشترک بود و از نتیجه کار گروه‌های این سند برای تهیه نقشه تحول نظام سلامت (در بحث سلامت روان) استفاده شد. تهیه کنندگان این سند افراد زیادی بودند. در وزارت بهداشت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد که خود متولی تهیه سند بود. از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به طور منتخب، کارشناسان سلامت روان حضور داشتند و از تمام دستگاه‌های خارج از وزارت بهداشت (آنهایی که ذینفع بودند) نمایندگانی حضور داشتند. نقش اساسی اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز برجسته بود. جا دارد اینجا از موسسه ملی تحقیقات سلامت به خاطر اینکه اجرای پروژه را بر عهده داشتند و از شورای سیاست گذاری سلامت به خاطر اینکه تهیه سند تحت راهنمایی ایشان انجام شد، نیز تشکر کنیم.

ویژگی‌های برنامه

این برنامه چند ویژگی مهم دارد که در اسناد قبلی کمتر به چشم می‌خورد. مدلی که در این برنامه استفاده شد مبتنی بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است و مداخلات خیلی متنوع تری را پیشنهاد می‌کند، همچنین از مشارکت وسیع ذینفعان استفاده شد. اسناد بالا دستی از جمله سند برنامه پنجم توسعه و نقشه تحول نظام سلامت مد نظر قرار گرفتند. در تهیه این برنامه، کارشناسان ستادی وزارت بهداشت (دفتر سلامت روان) و همچنین کارشناسان دانشگاه‌ها هم مشارکت داشتند و در ذیل این برنامه، برنامه‌های توانمندسازی برای آنها اجرا شد. و بالاخره قرار بر این است که این سند تا مرحله نهایی و عملیاتی شدن ادامه داشته باشد.

به هر حال در کنار سند کارهای دیگری باید انجام شود، مانند تصویب قانون سلامت روان، که این هم در دست تهیه و آماده کردن پیش نویس برای تصویب در مجلس شورای اسلامی است و همچنین برنامه راهبردی سلامت روان که باید بر اساس این سند تهیه شود.

اهداف اصلی برنامه عبارت است از:

- دستیابی به یک نقشه راه مطمئن برای تغییر شاخص های اصلی سلامت روان
- ایجاد حساسیت در ذینفعان نسبت به اقدام جمعی در زمینه سلامت روان
- افزایش منابع مورد نیاز به ویژه منابع مالی سلامت روان
- سازماندهی مداخلات کنونی و شناسایی شکاف ها (به ویژه تکمیل مداخلات پیشگیری سطح اول)
- بازبینی در شیوه استقرار برنامه های سلامت روان در دانشگاه ها به ویژه انطباق با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

این سند بخش های مختلفی دارد که عبارتند از:

- بخش اول - شناخت: شامل بررسی شاخص ها، تحلیل SWOT، تحلیل برنامه های فعلی، مرور اسناد بالادستی
- بخش دوم - جهت گیری ها: شامل: دورنما، اهداف راهبردی و مداخلات که در سه سطح پیشگیری می باشند
- بخش سوم - نظام استقرار و نهادینه سازی: که شامل موارد زیر می شود:

- ساختار استقرار ستادی و دانشگاهی
- جدول تقسیم کار درون وزارتی
- جدول تقسیم کار برون بخشی
- راهبردهای نهادینه سازی
- جدول گانت ۵ ساله
- شیوه نامه استقرار در دانشگاهها

به هر حال این برنامه نیاز به ساختاری در خود ستاد دارد و در دانشگاهها هم اگر این ساختار نیست باید ایجاد شود و اگر وجود دارد باید تقویت شود.

برای مداخلاتی که در داخل وزارت بهداشت پیشنهاد شده حتما باید تقسیم کار صورت بگیرد. علاوه بر آن باید تقسیم کار برون بخشی و همچنین راهبرد های نهادینه سازی تدوین شود و جدول گانت ۵ ساله و شیوه نامه اجرایی آن ترسیم گردد.

محتوای برنامه

موضوعات کلیدی سلامت روان کشور بر اساس نتایج بخش شناخت و با نظر افرادی که در کارگروه‌ها شرکت کردند تعیین شده اند.

موضوعات کلیدی سلامت روان به شرح زیر می باشند:

۱- نیاز است سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان ارشد کشور نسبت به موضوع حساس شوند. در واقع عقیده بر این بود که سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان ارشد چه در سطح وزارت بهداشت و چه خارج از وزارت بهداشت، آگاهی لازم را نسبت به سلامت روان ندارند و نیاز است که این آگاهی بیشتر شود.

۲- مساله دیگر افزایش آگاهی و سطح سواد سلامت روان در مردم است. پیمایش ملی انجام شده نیز دقیقا همین مساله را نشان داده است.

۳- لازم است برنامه های سطح یک پیشگیری در سلامت روان ارتقا یابد. با توجه به اینکه کلا در سطح پیشگیری در سلامت روان نسبت به بیماری های جسمی دستمان بسته تر است و خیلی نمی توانیم مثل آن برنامه ها موفق باشیم- فرض کنید در مورد یک بیماری عفونی کافی است یک واکسن داشته باشیم تا بتوانیم موفقیت زیادی در پیشگیری و کنترل بیماری پیدا کنیم- ولی در مورد سلامت روان در سطح پیشگیری اولیه دست ما باز نیست و لازم است برنامه های بیشتری را در این سطح تدوین و اجرا کنیم. در واقع به هماهنگی درون بخشی و همکاری های برون بخشی نیاز است. به پوشش سلامت در نظام PHC که الان در حال تبدیل شدن به برنامه پزشک خانواده است نیاز داریم، در مورد سلامت روان هم مثل همه برنامه های PHC، فقط در روستا ها موفق بوده ایم. در شهر ها اصلا پوشش خوبی نداشتیم. امیدواریم که با برنامه پزشک خانواده این پوشش افزایش پیدا کند.

۴- نیاز به ارتقای کیفیت و تداوم مراقبت از بیماران مزمن وجود دارد. ما در این قسمت در مورد بیماران مزمن در سطح کشور خیلی ضعف داریم.

۵- نیاز به ارتقای نظام مراقبت سلامت روان در شهرها وجود دارد که امیدواریم در برنامه پزشکی خانواده ارتقا پیدا کند.

۶- نیاز به ارتقای ساختار مدیریت سلامت روان کشور وجود دارد. در این حوزه عقیده همه افرادی که در تهیه این سند نقشی داشتند بر این بود که ساختار موجود سلامت روان در وزارت بهداشت و در سایر سازمانها دچار ضعف است و باید ارتقا پیدا کند.

۷- همچنین اعتبارات مورد نیاز در بحث سلامت روان نیز باید ارتقا یابد. حدود ۵-۶ سال گذشته در دفتر سلامت روان پژوهشی انجام شد و نشان داد که فقط ۳ درصد از بودجه های وزارت بهداشت در رابطه با برنامه نظام سلامت روان است در حالی که بار بیماریها و اختلالات روانی ۱۴ درصد است. اگر ۱۴ درصد بار بیماریها مربوط به اختلال روان است انتظار می رود ۱۴ درصد بودجه هم به این مساله اختصاص پیدا کند. البته در آماری که WHO حتی در کشورهای پیشرفته ارایه می دهد این تناسب وجود ندارد، هر چند که وضع آنها از ما بهتر است. مثلا فرض کنید در کشورهای اروپایی مثل انگلستان بار بیماری روان ۱۴ درصد است ولی در اعتبار بودجه ای که دارند، سهم اختلال روان ۱۱ درصد می باشد. بقیه کشورها نیز همین طیف را دارند (از یک درصد تا ۱۴ درصد).

در قسمت غیر اعتباری هم این اختلاف وجود دارد. آموزش پزشکی که دانشجویان پزشکی در باره بهداشت روان می گیرند را با سایر آموزشها مقایسه کنید. بخش روانپزشکی بخش خیلی کوچکی است. معادل مثلا بخش چشم است. در صورتی که مثلا ما از پزشک عمومی انتظار نداریم که جراحی چشم را انجام دهد. بیشتر بیماریهای چشم نه به پزشک عمومی مراجعه می کنند و نه پزشکان عمومی توان درمان آن را دارند. ولی پیمایش اخیر به ما نشان داد در مورد سلامت روان، افراد بیشتر به پزشک عمومی مراجعه می کنند و متاسفانه اطلاعات پزشک عمومی ما در زمینه سلامت روان در حد صفر است. پزشک خانواده را می خواهیم اجرا کنیم و آنجا هم این مشکل را داریم. پزشک خانواده ما در باره سلامت روان اطلاعات خیلی کمی دارد. ما قسمت آموزش و پژوهش را داریم. اعتبارات داریم. اما همه جا به موضوع سلامت روان کم توجهی می شود.

راهبردهای برنامه و شیوه استقرار

بر اساس این برنامه سه راهبرد اساسی وزارت بهداشت در ۵ سال آینده عبارتند از: بهبود خدمات سلامت روان، ارتقای سواد بهداشت روان گروه‌های مختلف جامعه و سرمایه گذاری برای کاهش عوامل خطر سلامت روان از طریق همکاری‌های بین بخشی. بر این اساس ۴۰ مداخله در سه سطح پیشگیری طراحی شد، که از این ۴۰ مداخله ۱۴ تا در سطح یک پیشگیری است.

در جهت ارتقای ساختار کاری این برنامه چند پیشنهاد مطرح شده است. یکی اینکه ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور یک کمیسیون دائمی تشکیل شود، کمیته ای تخصصی تحت عنوان برنامه سلامت روان و اعتیاد که بتواند نظارت کافی در سطح کشوری روی همه دستگاه‌ها داشته باشد. پیشنهاد می شود که در این برنامه دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت ارتقای ساختاری پیدا کند و مستقیماً زیر نظر وزیر بهداشت قرار گیرد.

با توجه به این که یکی از اهداف راهبردی ارتقای سطح سواد سلامت روان می باشد، پیشنهاد بعدی تشکیل کمیته رسانه است.

باز برای تقویت دفتر سلامت روان و ساختار آن پیشنهاد می شود که شورای مراقبت از برنامه سلامت روان اجتماع و اعتیاد تشکیل شود، که عمدتاً متشکل از سازمان های ذینفع و هم افراد مختلف در حوزه سلامت کشوری است. چیزی مشابه کمیته کشوری سلامت روان که قبلاً وجود داشت و امیدواریم که دوباره این کمیته فعال شود. به هر حال در دانشگاه‌ها هم باید این ساختار متناظر اجرا شود و در واقع آن واحدی که به عنوان سلامت روان در دانشگاه‌ها است ارتقا پیدا کند و مستقیماً زیر نظر رئیس دانشگاه باشد و به تعداد کافی کارشناس داشته باشد.

این برنامه قاعدتاً باید در وزارت بهداشت تصویب شود و در مرحله بعد به دانشگاه‌ها ابلاغ شود. برای اینکه برنامه قابلیت اجرایی کشوری پیدا کند، قدم بعدی این است که در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب برسد. در کنار این مصوبات انتظار می رود ساختار ارتقا پیدا کند و منابع مالی هم به همان نسبت ارتقا یابد.

جمع بندی اعضای پائل و پرسش و پاسخ

روند تغییرات شاخصهای سلامت روان

در سیاستگذاری و برنامه ریزی باید به سیاست گذار نشان دهیم الان کجا هستیم و به کجا می خواهیم برویم [بنابراین آمار اهمیت دارد]. در اولین پیمایش سلامت که در سال ۱۳۷۲ انجام شد، بحث سلامت روان وجود نداشت زیرا بحث مشکل و پیچیده ای به نظر می رسید. در سال ۱۳۷۶ دو طرح مطرح شد، بررسی بیماری های روانی که با توجه به ۴۰۰ نوع اختلال روانی کار ساده ای نبود و دیگری غربالگری سلامت روان بود که با استفاده از پرسشنامه ی سلامت عمومی^۱ که معتبر ترین و کاملترین ابزار در آن زمان بود انجام شد. در سراسر کشور یک هزارم خانواده ها یعنی سی و پنج هزار و پانصد نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتیجه این پیمایش نشان داد شیوع اختلالات روانی در کل کشور ۲۱ درصد می باشد. تقریباً در همان زمان طرح بررسی جامع بیماری ها نیز مطرح شد که با حذف الکل و تعدیل مباحث جنسی پرسشنامه تعدیل یافته ای تهیه شد و در سال ۱۳۷۸ این ارزیابی انجام گرفت که بر اساس نتایج آن شیوع اختلالات روانی در کل کشور ۱۷.۱ درصد بود. بین دو طرح از نظر نوع سوالات، نحوه تکمیل و شیوه ارزیابی اختلافاتی بود که می توان تفاوت در نتایج را به آن نسبت داد. در سال ۱۳۷۹ در هیئت دولت مصوب شد که هر ۵ سال یک بار این پیمایش انجام شود. اما این گونه نشد تا اینکه در سال ۱۳۸۷ مجدداً با استفاده از پرسشنامه GHQ این پیمایش انجام شد که شیوع کل ۳۴.۵ درصد بود. [تفاوت در آمار ممکن است ناشی از این موضوع باشد که در برخی طرح ها شیوع اختلالات برآورد شده و در برخی غربالگری سلامت (شیوع نشانه ها) انجام گرفته است] شاید بهتر باشد بررسی های دوره ای با یک روش و ابزار انجام شود تا قابل مقایسه باشند. اگر نفهمیم کجا هستیم و هر بار با یک ابزاری اندازه گیری کنیم هم مردم و هم دست اندرکاران را گیج می کنیم.

^۱General Health Questionnaire (GHQ)

شاخص سلامت روان

مشکل دیگر این است که نمی دانیم شاخص سلامت روان ما کدام است؟ الان حدود ۵۹ تا شاخص سلامت داریم که برای اختلالات روانی تصویب شده اند که شاخص های مناسبی نیستند و برای استفاده در شبکه مناسب نمی باشند و حتما نیاز به بازنگری دارند. حتما باید شاخص سلامت روان را اصلاح کنیم.

باز تعریف شاخص ها باید به شکلی باشد که به طور جدی تعهدات را مشخص کند. وزارت کشور چه کار کند؟ وزارت نفت چه کار کند؟ مشخص باشد نیروی انسانی و منابع مالی چگونه و از چه محلی برای این کار تامین می شود. به گونه ای که وزیر یا مسئولین دانشگاه، سندی داشته باشند که بتوانند به طور جدی از مجلس، نماینده مجلس از استاندار و ... درخواست کند به شیوه مناسب از برنامه حمایت کنند.

حساس سازی مسئولین در زمینه سلامت روان

در بین ده موضوع کلیدی سلامت روان اولین نیاز، نیاز به حساس نمودن سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان ارشد کشور است و اولویت دارترین کارهاست. الان ببینید با مصاحبه ی یک مقام ارشد کشوری یا سخنرانی یک مقام عالی کشوری اوضاع و احوال بازار به هم می ریزد. این طبیعی است و همه جای دنیا هم همین جور است. ولی هیچ کس نمی فهمد همین موضوع سه برابر روی سلامت روان مردم تاثیر می گذارد. واقعیت قضیه این است که تاثیر مخرب این فضای ناامن و نامتعادل و ناموزون بودن تصمیم گیری ها، روی سلامت روان است و کسی هم در این مورد دغدغه ای ندارد. همه نگران این هستند که آقا شما سیاه نمایی می کنی در صورتی که باید وضعیت را مشخص کنیم و بدانیم. یعنی بحث شفاف سازی مهم است. یعنی شاید اگر ما خیلی از مطالب را نگوئیم، ممکن است استرس فوری را ایجاد نکنیم اما اگر بخواهیم همه چیز رابوشانیم شاید از جای دیگری روی سلامت روان جامعه اثر بگذاریم.

نکته ی دیگری که وجود دارد در چند سال اخیر می بینیم سیاستگذاران در این موضوعات سلامت روانی و اعتیاد و سلامت جنسی وارد نمی شوند، کنار می نشینند و در نهایت اگر جلسات خیلی علمی و خوب باشد یک امضا می کنند که به جایی ابلاغ کنید. به شدت جای مسئولین رده بالای کشور از سطح وزارت بهداشت تا سایر سازمان ها و مجلس از این

سیاست گذاری ها خالی است. نباید فقط به امضای یک شخص یا مصوبه یک جلسه بسنده کنیم چون اگر مسئولان کلیدی کشور درگیر نشوند جانانه دفاع نمی کنند و به راحتی بخش های عظیمی از کار را به بهزیستی، بنیاد جانبازان، ستاد مواد مخدر و کمیته امداد وارگان های دیگر می سپرند و هیچ چیز برای برای وزارت بهداشت و سلامت روان نمی ماند که اگر به این صورت جلو رود خطر دارد. ما داریم همکاری بین بخشی را وارد می کنیم. اما جالب است که استاندار و فرماندار می گوید من همه کاره هستم اصلا به شما ربطی ندارد. اگر بخواهیم قدرت را از وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، از معاونین بهداشت دانشگاه ها گرفته و در اختیار فرمانداران قرار دهیم باز مشکلات دیگری داریم. باید در ابلاغیه ها به این موارد توجه شود.

کاهش عوامل خطر سلامت روان

در راهبردهای اساسی، راهبرد سوم کاهش عوامل خطر سلامت روان بود. این نکته بسیار بسیار اساسی است. این راهبرد بند سوم بود ولی به سبب اهمیت موضوع باید بند اول باشد.

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت عوامل خطر بیماری های روانی، اغلب در حول و حوش بارداری، حوالی زایمان و ۷ سال اول زندگی است. به موارد مختلفی اشاره شده است. بنابراین بهداشت باروری، بحث early child development، و ۷ سال اول زندگی بسیار مهم است و متأسفانه بخش بزرگی از این عوامل به دستگاه های دیگر مربوط می شود. یعنی اگر بتوانیم همکاری های بین بخشی را در این حیطه قوی کنیم و از وزارتخانه ها خواسته های عینی (objective) انتظار داشته باشیم، می توانیم در سطح پیشگیری از اختلالات بیماری های روانی قدم مهمی برداریم. اصطلاحی که همیشه بکار برده می شود تحت عنوان healthy start است. یعنی دوره از قبل از لقاح، زمان بارداری، حوالی زایمان و ۷ سال اول زندگی تحت عنوان healthy start مطرح می شود. در این سند نیز موضوع healthy start به طور ویژه دیده شده است.

ساختار برای سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

پیشنهاد می شود در ساختار، سلامت روانی و اجتماعی در کنار همدیگر قرار بگیرد برای آنکه تفکیک کردن آنها خیلی مشکل است. ولی اعتیاد نباید در کنار آنها قرار بگیرد چون

اعتیاد از نظر اختلال جزء اختلالات روانی و یک بخشی از آن ناشی از عوامل اجتماعی است ولی ما آن را جدا کرده ایم.

پیشنهاد این است که در اصلاح چارت جایی که می خواهید یک کمیسیون زیر مجموعه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی درست کنید، به اسم کمیسیون سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، بحث اعتیادش را بردارید. وقتی سلامت روانی - اجتماعی می گوئیم اعتیاد را هم در بر می گیرد، ولی وقتی این کار را می کنید خود اعتیاد بعد از مدتی به ساز دیگری می رقصد. هم اکنون جدا کردن بحث اعتیاد از سلامت روانی - اجتماعی سبب شده گوشه ای از بحث های اعتیاد از سیاستگذاری وزارت بهداشت به ستاد اعتیاد برود که لازم است یکی از بازنگری ها این موضوع باشد. بحث سلامت روانی اجتماعی که می گوئیم شامل اعتیاد هم می شود. خود واحد وزارتخانه هم باید به این مقوله بهای بیشتری بدهد. در مورد جایگاه دفتر سلامت روان که پیشنهاد شد در زیرمجموعه دفتر وزارتی یا زیر نظر وزیر قرار بگیرد.

با وجود اینکه عوامل متعدد بر سلامت روان اثر گذار هستند، باید توجه کنیم خیلی از مسائل دیگر هم همین وضعیت را دارند. شاید در مورد تغذیه این به مراتب بیشتر باشد و همین پیشنهادات هم از دفترهای دیگر ارائه شود و این امکان پذیر نیست که تمام دفترها برای تسهیل در دریافت ابلاغها بخواهند زیر مجموعه وزیر قرار بگیرند.

برنامه یا نقشه راه

بر اساس تعاریفی که در زمینه plan, program, policy paper وجود دارد این مستند یک برنامه نیست. محتوا را نگاه می کنیم این کار یک national program نیست. یک سند سیاستی است و نباید جانشین برنامه ای شود که ما مثلاً ۲۵ سال پیش داشتیم و ۱۵ سال گفتیم این برنامه باید بازنگری شود و نشد و الان با کمک خود وزارت دارد بازنگری می شود. بنابراین این یک سیاست نامه است، این به اصطلاح یک نقشه راه است و انشا... بعد از آن ما نیاز به سندهای تفصیلی و برنامه های اختصاصی داریم.

پاسخ های سخنان

این سند، سند کاملی است، شامل بخش شناخت، بخش جهت گیری ها و بخش اجرای وظایف وزارت بهداشت. وظایف تک تک معاونت ها مشخص است و ساختار پیشنهادی

نیز تعیین شده است. زمانی که کار انجام می شد، همزمان نقشه تحول در حال تدوین بود. بنابراین این سند نسبت به نقشه تحول یک برنامه جامع محسوب می شود که می توانیم آن را policy note یا policy paper بنامیم. بعد از تصویب این سند، سیستم مربوطه که دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد است، باید برنامه های آن را مشخص کند. فهرستی از آن برنامه ها در سند وجود دارد که در ۳ سطح برنامه های پیشگیری سطح اول، سطح دوم و سطح سوم تقسیم بندی شده اند.

در مورد برنامه های جامع در حوزه سلامت روان باید ببینیم سندی که الان تدوین شده چه ویژگی هایی دارد؟ تفاوتش با اسناد قبلی چیست؟ در قسمت آخر سند اصلی آمده است که قبلا در سال ۸۵ سند میثاق سلامت روان کشور وجود داشت، سال ۱۳۸۲ طرح جامع سلامت روان بود، در سال ۱۳۸۰ سیاست ها و برنامه های بهداشت روان، ابلاغی توسط وزیر بهداشت و در سال ۱۳۶۵ برنامه بهداشت روان. در بررسی هایی که تیم ما به عمل آورد، عملا چیزی از نتایج ارزشیابی اجرا و استقرار این برنامه ها در دسترس نبود. بنابراین به سختی می توان مقایسه کرد که برنامه های نوشته شده قبلی که ابلاغ هم شده چقدر واقعا مشارکت ذینفعان در آن لحاظ شده و بالاخره با چه دقتی استقرار پیدا کرده اند.

آنچه این سند را با بقیه اسناد متفاوت می کند، حدود ۷ مورد است. اول بحث تحلیل وضعیت است. در تحلیل وضعیت، روزی که روی این سند کار می کردیم، عدد فعلی مشخص نبود. پرسشنامه های پیمایش جدید در حال تحلیل بود و ما عدد را نداشتیم. بنابراین به همان عددی که سال ۷۸ مشخص شده بود و آمار تهران در طرح URBAN HEART و نظرات خبرگانی که در جلسات حضور داشتند بسنده کردیم. آنجا نظر این بود که بنا به شواهد مختلف به احتمال زیاد روند اختلالات روانی رو به فزونی می رود که این به عنوان یک پیام اصلی آورده شد اما عددی از این بابت در سند نیاوردیم. حالا که این عدد و ارقام در سری جدید استخراج شده است می توانیم در یک جدول در داخل سند بگنجانیم، ولی در هر صورت راه انحرافی نبوده است. یعنی نظر اعضا همین بود که شیوع اختلالات روانی در حال فزونی است و ما بایستی کار عاجلی در این مورد انجام بدهیم.

اتفاق دیگری که در تحلیل وضعیت سند رخ داد این بود که برنامه‌های حوزه سلامت روان جمع آوری شد. چیزی حدود ۲۵ برنامه وجود داشت که در حال اجرا بودند اما فقط ۶-۷ تا برنامه کشوری بود، بقیه برنامه‌ها پایلوت بود و برنامه پایلوت را نمی‌شود اصلاً به حساب برنامه ملی گذاشت. ویژگی اصلی این ۶-۷ برنامه کشوری هم این بود که بیشتر از طریق شبکه‌های بهداشتی در سطح روستاها اجرا می‌شد، یعنی در حقیقت برنامه‌های سلامت روان کشور عملاً تا سال ۸۷ در ۳۰ درصد جمعیت کشور در حال اجرا بود و برای ۷۰ درصد جمعیت، به خصوص جمعیت حاشیه نشین که جمعیت قابل توجهی است برنامه‌ای به صورت ملی اجرا نمی‌شد. تحلیل این موارد و برنامه‌هایی که برای آنها در نظر گرفته شده در سند آمده است.

نکته بعد این که در سند‌های قبلی هم باز تکالیف درون بخشی خیلی مشخص نبود. واقعا معلوم نبود معاونت آموزشی ما، معاونت پژوهشی ما و معاونت‌های دیگر هر کدام چه وظایفی را باید انجام دهند و مهم‌تر از آن وظایف برون بخشی کدامند؟

ما در تدوین این سند از گزارش ۲۰۰۱، ۲۰۰۴، ۲۰۰۹ دو تا گزارش، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱ و گزارش‌های مرتبط به mental health سازمان جهانی بهداشت که مجموعه‌ای از تجربیات را در بر می‌گرفت، استفاده کردیم. به خصوص گزارش ۲۰۰۱ در این اسناد برای کشورهای در حال توسعه و پیشرفته ۳ تا سناریو پیشنهاد شده بود و ما باید بتوانیم آنها را مستقر کنیم. با این تجربیات، مشخص شده است که علت حدود شاید ۷۰ درصد موارد اختلالات، در دستگاه‌های دیگر و در بخش‌های دیگر است و تا زمانی که تکالیف آنها را مشخص نکنیم، از طریق مراجعی مثل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی یا شورای اجتماعی کشور که در وزارت کشور است، و نتوانیم تکالیف آن‌ها را اعلام کنیم و یا به صورت تفاهم‌نامه پیگیری کنیم، مشکلی حل نمی‌شود. هدف از تشکیل کمیسیون زیر مجموعه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، هدف عملیاتی است. هدف این است که ما بتوانیم افراد عملیاتی وزارتخانه‌ها را در آنجا جمع کنیم و از سلامت روان حرف بزنیم. شورای عالی جلسه‌ای است که در طول سال ۱ یا ۲ بار نهایتاً تشکیل می‌شود و بیشتر مصوب می‌کند. اما هیچ وقت ما نمی‌توانیم در آن جلسه پرسیم وزارت کشور شما سهم

خودت را تا کجا جلو بردی؟ آفرین خوب کردی یا مثلاً نکردی. این کمیسیون برای این کار است.

نکته بعد بالاخره مشروعیت برنامه هاست. توی برنامه‌های قبلی هم به نظر می‌رسد که این مسیر مشروعیت برنامه و تصویبش درست جلو نرفته است. خوب خوشبختانه ما از ۶-۵ سال پیش به این طرف در قانون برنامه پنجم و چهارم توسعه کشور، شورای عالی سلامت داشتیم که موظف است تکالیف بین بخشی را تصویب کند. بنابراین ما برنامه را هم در مسیر شورای سیاست‌گذاری گذاشتیم که تصویب شد و بر اساس سند تکالیف درون ستادی توسط وزیر بهداشت به معاونت‌ها و برای رؤسای دانشگاه‌ها ابلاغ می‌شود. شیوه‌نامه‌ای درست شده که تکالیف رئیس دانشگاه را مشخص کرده است. اینکه در سطح استان دقیقاً چه کار باید بکنید. برای سال اول جدول زمان‌بندی گذاشته شده که مطمئن باشیم در مراکز استان‌های ما این استقرار اتفاق می‌افتد. اما برای تکالیف بین بخشی از طریق شورای سلامت و امنیت غذایی اقدام می‌شود.

اما برای استقرار سند اتفاقاتی در حول و حوش تدوین سند و بعد از سند پیش آمده است. یکی اینکه نسبت به قبل توجه در درون وزرات بهداشت نسبت به سلامت روان بیشتر شده است؛ از جمله تخصیص منابعی که بالاخره صورت گرفت. حداقل سال گذشته همه مطلعند که منابع نسبت به سال‌های قبل بیشتر شده است آن هم به دلیل درکی که حوزه سیاست‌گذاری، شورای معاونین و قسمت معاونت توسعه از این موضوع داشته‌اند. در مورد ساختاری که از بین رفت و دفتر به یک سیستم مشاوره برای معاون تبدیل شد، این در حال احیا شدن است. هم از نهاد ریاست جمهوری و هم از برادران وزارت بهداشت مصوباتی گرفته شده است. اتفاق دیگری که افتاد توانمندسازی کارکنان ستادی و دانشگاهی است. یکی از گرفتاری‌ها این بود که سند را در سطح دانشگاه‌ها چه کسی می‌خواهد پایش کند. خوب این توانمندسازی‌ها همراه با مشروعیتی که به این اسناد داده شده صورت گرفته است.

ادغام برنامه‌ها

الان برنامه کشور‌های پیشرفته در جهت ادغام پیش می‌رود یعنی دیگر دنیا مثل ۵۰ سال پیش فکر نمی‌کند که سلامت روان کار روانپزشک هاست و اعتیاد کار افراد دیگر که

گاهی متخصصان بیهوشی اند، گاهی پزشک دیگری و گاهی نظامی ها. حتی دانشگاه تورتو و ایالت گونتاریو این تاکید را دارد که حتما سلامت روان، اعتیاد، سلامت اجتماعی، نیکوتین، الکل و HIV اینها یک نقشه و سند کلان مرتبط نیاز دارند که همه به هم وصل است و نمی توانی آنها را جدا کنی. این مباحث بسیار مطرح شده که اصلا ملت ها و دولت ها پول ندارند روانپزشک تربیت کنند که فقط اسکیزوفرنی را درمان کند ولی بیمار او مصرف کننده فراوان سیگار و الکل و مواد باشد و یا PTSD¹ را درمان کنم، در حالی که الان بیشترین فشار بر خانواده هایی که PTSD دارند مصرف مواد و الکل و بزهکاری و کارهای دیگر است.

بنابراین حتی اگر سازمان رسمی اجازه نمی دهد حتی اگر دولت یا ستاد مواد مخدر می گوید این کار را نکنید، حداقل علم را در مغزمان سانسور نکنیم در عمل این را جزء سیاست کاری خود قرار دهیم و آهسته آهسته این مدل را جلو ببریم.

مثال آن قضیه ی درمان اعتیاد است. ما در بیمارستان ها، درمانگاه ها، کلینیک ها اعتیاد را درمان می کردیم اعتیاد جرم بود و ما آن را درمان می کردیم پزشک که دیگر مجرم نیست. همین سیاست را بگیریم. الان دارد به قهقره ای در نظام می رود و اصرار بر این است که این پول های اعتیاد را به دست نظامی ها و قدرتمندان و ریاست جمهوری بدهیم. پول ها را آنجا بدهیم و دردسرها و کاغذ نوشتن ها، نسخه نوشتن ها را به روانشناس ها و روانپزشک ها بسپاریم. این پسندیده نیست. پول ها باید اینجا بیاید-پول های اعتیاد-تا ببینید چقدر به سرعت افسردگی درمان شده و اعتیاد پایین می آید. چقدر تقاضای مصرف مواد کم می شود. شاید لازم نباشد این طور تند و جدی وارد کار شویم که درگیری و تنش ایجاد شود و وزیر و ... را تحت فشار قرار دهیم، ولی حداقل علم را سانسور نکنیم.

مشاوره سلامت روان

نکته دیگری راجع به مشاوره است که در کنار مساله ی ایدز و اعتیاد و اختلال روانی جنسی مطرح می شود. اینها مسائل [صرفاً] تربیتی نیست بالینی است. خشونت، همسر آزاری کار خود پزشک است. وقتی کسی می آید بچه اش را واکنس بزند، وقتی می آید

¹Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

درمان افسردگی کند باید حتماً پزشک در مورد این مسائل بداند. پزشک خانواده باید برخورد با کسی که مورد آزار و شکنجه قرار گرفته است را بلد باشد. بحران هویت، اختلال روانی -جنسی این ها موارد بالینی است که به نظر باید به طور جدی وارد شویم و فقط در کارمان به اختلالات روانی بسنده نکنیم.

اسناد جهانی و اسناد بالادستی

در خیلی از کارهایی که الان در کشور انجام می شود اسناد جهانی مورد غفلت قرار می گیرد. الان بیش از ۵-۴ سال است که در ژنو(سازمان جهانی بهداشت) برنامه ای را طراحی کرده اند که مانند همین سند سیاست است و الان به EMRO رسیده است. کارشناسانی از ایران در اجلاسشان شرکت کرده اند و مجدداً نظر خواسته اند.

در این سند علاوه بر اختلالات روانی و اعتیاد، نورولوژی را هم ملاک قرار داده اند یعنی ما نمی توانیم وارد بهداشت روان شویم ولی آلزایمر و یکی دوتا از این اختلالات نورولوژیکی را نادیده بگیریم. بنابراین از آنجا که باید مطابق سند سیاست سازمان جهانی بهداشت حرکت کنیم و از ما امضا می گیرند که این با سیستم کشور شما مغایرت دارد یا ندارد؟ این اسناد را نیز باید مد نظر قرار دهیم.

نکته دیگر اینکه اگر بتوانیم این برنامه را در مسیر برنامه های کلی تر قرار بدهیم استقرار آن تسهیل می شود. مثلاً امسال سال تولید ملی است ما می توانیم این طور نگاه کنیم که با ارتقای سلامت روان افراد، کارایی و تولید ملی هم ارتقا می یابد. پس با نگاه به سیاست جاری امسال کشور می توانیم این موضوع را در اولویت های خیلی بالا قرار دهیم. ضمناً رضایتمندی آحاد یک جامعه از سیستم اقتصادی خیلی با سطح سلامت به ویژه سطح سلامت روان مرتبط است. هر چه سطح سلامت روان بالاتر باشد، رضایتمندی مردم هم ارتقا پیدا می کند. وقتی این دو را با هم نگاه می کنیم و به سیاست مدارها و در واقع صاحب نظران کلی انتقال می دهیم بسیار کمک کننده است.

بودجه برنامه های سلامت روان

اینکه اختلالات روانی که ۱۴ درصد بار بیماریها را به خود اختصاص داده، آیا ۱۴ درصد بودجه وزارت بهداشت باید اینجا هزینه شود نیاز به بحث دارد. به نظر نمی رسد ارتباط آنها با هم خطی باشد. یعنی اینکه ممکن است برای بیماری ای که ۱۴ درصد بار بیماری

ها را دارد ما ۲۰ درصد بودجه را اختصاص دهیم، ممکن است کمتر بدهیم. عوامل متعدد دیگری بر آن اثر دارد. یکی از مهم ترین عوامل این است که اولاً بحث بار بیماری اختلالات روانی در کل کشور توزیع می شود و علاوه بر بار بیماری شاخص های دیگری نیز وجود دارد. دوم اینکه آیا مداخلات مؤثری برای کاهش این بار داریم؟ یعنی اگر شرایطی بار بیماری زیادی تولید می کند اما ما نمی توانیم برای آن کاری کنیم، دلیلی ندارد بودجه زیاد برای آن صرف شود. یعنی اثربخشی خود مداخله بر تخصیص بودجه اثر می گذارد. از طرف دیگر، اگر بحث بار بیماری ناشی از موضوعاتی است که از اختیار وزارت بهداشت خارج است، صرف کردن منابع وزارت بهداشت برای آن، ممکن است تفاوتی ایجاد نکند. بحث در مورد خاص بیماری های روانی نیست، بلکه موضوع این است که در واقع تناسب، تناسب خطی نیست. مثلاً فرض کنیم اگر نگرانی ما، بحث بالا بودن استرس ترافیک در کشور است و می دانیم استرس یکی از عوامل خطر ایجاد بیماری های روانی است (استرس دراز مدتی که ایجاد می شود بیماری قلبی هم ایجاد می کند که خود مشکل دیگری است) ولی در استرس ترافیک وزارت بهداشت اصلاً کاره ای نیست. اگر بخشی از بار بیماری روانی نتیجه این استرس است، اتفاقاً این بودجه باید جایی هزینه شود که می تواند ترافیک را درست کند. بار بیماری برای نشان دادن اینکه مشکل بزرگ است و شاید ما بودجه کم می دهیم خیلی خوب است، ولی این که دقیقاً چه اتفاقی می افتد باید نشست برنامه ها را دید، مداخلات مؤثر را دید و بحث ها را کنار هم جلو برد.

مداخلات درون بخشی (سلامت روانی کادر پزشکی)

واقعیت این است که برخی کارها در خود وزارت بهداشت باید انجام شود و کاملاً در اختیار وزارت بهداشت است. برای مثال برنامه ریزی داخلی خود وزارت بهداشت می تواند سلامت روانی کارکنان وزارت بهداشت و خانواده آنها را تحت الشعاع قرار دهد. در مورد کیفیت زندگی پزشکان با بررسی اساتید پزشک چند بیمارستان تهران مطالعه ای انجام شده بود که نشان داد کیفیت زندگی فوق العاده پایین است. یعنی آن چیزهایی که پزشکان به دیگران می گویند نکنید، خودشان رعایت نمی کنند: ساعت خواب نامناسب، تغذیه نامناسب، ورزش نکردن و از این قبیل. مطالعه دیگری در مورد کارکنان یک پالایشگاه انجام شده بود که مقایسه آنها با هم نشان می داد نحوه زندگی کارکنان پالایشگاه بهتر از

اساتید بیمارستان های ماست. اصلا نحوه آموزش پزشک ما هم همین است. بالاخره ما انترن را ۱۰ شب در ماه کشیک می گذاریم. رزیدنت سال اول در خیلی از رشته ها به شدت زندگی نامناسبی دارد. یادش می دهیم که زندگی بد است، دشوار است و همه این ها بر سلامت روان او تاثیر می گذارد. این نکات باید مورد توجه قرار گیرد یعنی در برخی موارد خودما و خود وزارت بهداشت کاری نکرده است.

همکاری بین بخشی

به هر حال وقتی بین بخشی کار می کنیم، نمی توانیم انتظار داشته باشیم دیگران فقط دستورات ما را اجرا کنند. خواهی نخواهی، همین که بحث را باز کنیم که دیگران نقشی دارند و باید مسئولیتی را بپذیرند، از آن طرف هم پذیرفته ایم که به راحتی سابق همه تصمیمات را به تنهایی نمی توانیم بگیریم. از سوی دیگر باید محتاط باشیم کار از دست ما خارج نشود و تولیتی که نظام سلامت در قبال سلامت جامعه دارد، حفظ شود. در کل سیاست گذاران دیگر بخش ها باید بدانند تصمیمات آنها بر سلامتی تاثیر می گذارد و باید مسئولیت تاثیر تصمیماتشان بر روی سلامتی جامعه را بپذیرند. معنی آن این است که آنها بخشی از قدرت تصمیم گیری در قبال کارهایی که می کنند را باید بر گردن بگیرند.

در ارتباط با همکاری بین بخشی و این که هر کدام از سازمان ها نقشی دارند، بعضی از این نقش ها به خوبی دیده نشده اند. یعنی این که همه سازمان ها به سلامت روان کارکنانشان دقت کنند، به تنهایی کافی نیست. مثلا در بحث وزارت راه و مسکن، حتی خانه ای که ما در آن زندگی می کنیم، بر سلامت روان ما تاثیر می گذارد باید خیلی عمیق و دقیق به این نقش ها پردازیم. مثلا وزارت جهاد کشاورزی، همین که مردم فکر کنند سمومی به محصولات کشاورزی زده می شود که ممکن است بر سلامت ما تاثیر بگذارد، بیشتر از اینکه بر سلامت جسمی اثر گذار باشد اتفاقا بر سلامت روان مردم تاثیر دارد.

در نهایت اگر ما فکر کنیم وزارت بهداشت مسئول تامین سلامت روان است واقعا به خطا رفته ایم. سلامت روان مثل مسایل ژنتیکی بیش از ۶-۵٪ نقش ندارد. در ایجاد این تلاطمی که در وضعیت سیاسی و اقتصادی و اجتماعی کشور وجود دارد وزارت بهداشت هیچ نقشی نداشته است. اما بار این وضعیت بر دوش وزارت بهداشت است. باری که نه فقط بیماری های روانی بلکه بیماری های دیگر را نیز شامل می شود. مثال می زند که رضاشاه

به مرحوم مدرس پیغام داده بود که شما پا رو دم ما نگذار و مرحوم مدرس هم پیغام داده بود شما بفرما دمتون کجاست ما محدوده اش رو مشخص کنیم؟ واقعا محدوده عوامل استرس زا و تاثیر آنها بر سلامت جسمی اصلا قابل پیش بینی نیست. هیچ بیماری را نمی توانید پیدا کنید که استرس در آن نقشی نداشته باشد. حتی بیماری آنفولانزا. یا بیماری هایی که صرفا بیماری بیولوژیکی هستند. بنابراین باید این موارد استرس زا را مشخص کنیم. امیدواریم شجاعتی در دست اندرکاران وزارت بهداشت به وجود آید که عوامل اجرایی، سیاستگذاری، تعلیمی و قضایی را در این قضیه درگیر کنند و آنها هم بدانند که مسائل مربوط به روان فقط مربوط به بیماری های سایکوتیک نیست. در مورد همه بیماری ها می تواند وجود داشته باشد.

اگر ما بخواهیم برنامه ای را بنویسیم و یک نقش خیلی اساسی به سایر سازمان ها بدهیم، مستلزم این است که این سازمانها از ابتدا در تدوین این برنامه شرکت کنند تا بعد از ابلاغ از آنها انتظار همکاری داشته باشیم. قبلا کمیته کشوری سلامت روان در وزارت بهداشت بود که به نوعی نمایندگان سایر سازمانها در آن حضور داشتند و امکان آن بود که هم در تدوین برنامه ها و هم اجرای برنامه ها و پایش و ارزشیابی از آنها استفاده کرد. به نظر می رسد این کمیته چند سالی است که تشکیل نمی شود و اگر این کمیته بتواند مجددا تشکیل شود شاید در اجرای راهبردهای این سند موثر باشد.

در تعیین نقش سایر سازمانها و همکاری بین بخشی، بحثی که کمتر به آن پرداختیم، بحث ضمانت هاست. ما به نقش سایر سازمان ها و اینکه در سایر کشورها این موضوع چگونه پیگیری می شود توجه می کنیم ولی معلوم نیست سایر سازمان ها حتی در نوشتن این موضوعات چقدر نقش داشته اند یا بعدا در اجرا چقدر نقش خواهند داشت. چه کسی از آنها درباره نقش ها و مسئولیت هایشان سوال خواهد کرد؟ چه کسی پاسخگوی این قضایا خواهد بود؟ این مباحث نیز لازم است در سند آورده شود.

توانمند سازی افراد جامعه

یکی از اهرم های مناسب برای مداخله برنامه های اجتماع محور است و لازم است برنامه های توانمند سازی جامعه محور مورد توجه قرار گیرند.

ما می دانیم که به هر حال بحث سلامت روان تحت تاثیر استرس های مختلفی که خیلی از آنها دست ما نیست، می باشد. راه حل های زیادی را مطرح کرده ایم اما کمتر به این فکر کردیم که ما یک راهی داریم و آن این است که خود مردم را حداقل کمی در قبال این اتفاقات و استرس ها توانمندتر کنیم. خودشان بتوانند خود را مدیریت کنند. یعنی اکثر راهبردها به نوعی به بیماری نگاه می کنند. یک راهبرد اشاره می کند که «مردم در گروه های سنی مختلف از اصول بهداشت روان آگاه شوند»، آگاه شدن خیلی فایده ای برای مردم ندارد. ما در شرایطی زندگی می کنیم که از زمین و آسمان آسیب روانی نازل می شود. اینکه من فقط از این ها آگاه باشم، زیاد کمکی نمی کند. اگر در این سند قبول کردیم فقط با آگاه کردن مردم مشکل حل می شود، یعنی مسیر را خوب ندیده ایم. البته به مهارت هایی مثل مهارت های زندگی نیز اشاره شده است اما به طور کلی باید در مورد راهبردهای توانمندسازی دقیق تر باشیم.

گله ای از گروه های روانپزشکی و اعضای هیئت علمی وجود دارد که توجه عمده آنها صرف درمان است درمان بیمار در بیمارستان کلینیک و مطب و به موضوع اساسی جامعه خیلی کمتر توجه دارند. در بخش پیشگیری اولیه و در بخش سلامت روان توجهات خیلی کم است.

وجود تخت های مختص بیماران روانی در بیمارستان عمومی هم که یکی از اولویت ها است. باز می بینید در استان ها به خصوص همکاران اعضای هیئت علمی خیلی کمتر از ما پیگیر مساله هستند و حساس نیستند.

تمرکزگرایی در برنامه ریزی

به نظر می رسد هنوز مانند قبل از بالا برنامه ریزی می کنیم و ابلاغ می کنیم. چرا برای استخراج آمار و ارقام از پتانسیل های مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه ها در سطح کشور استفاده نمی شود. اگر سفارش تحقیق داده شود، مراکز تحقیقاتی و گروه های روان پزشکی از دانشگاه های استان های خیلی کوچک تا دانشگاه های معتبر در استان های دیگر، می توانند آمارهای بسیار دقیقی را برای ما فراهم کنند که تجمیع آن می تواند برای برنامه ریزی ها سند مهمی را فراهم کند. در مجموع این بحث کم رنگ تلقی شده است. یعنی واقعیت قضیه این است که آیا در سطوح روستاهای ما، شهرستان های مرزی ما، آیا

آنجا دغدغه‌ها با دغدغه‌های مردم تهران یکی است؟ این سند اگر جامع است، باید همه جای کشور را دیده باشد.

موازی کاری در اجرا

ما در اجرای برنامه‌ها می‌بینیم موازی کاری خیلی فراوان است. یک برنامه یا یک مجموعه توی هر سیستمی برای خودش جدا از بقیه حرکت می‌کند. مثلا در دانشگاه یک دفتر سلامت روان در معاونت بهداشت وجود دارد. ارتباط این دفتر با گروه روان پزشکی به شدت ضعیف است. باید یک سیستم ستادی جامعی وجود داشته باشد. نقش گروه‌های روان پزشکی و نقش مراکز تحقیقاتی در این سند باید خیلی جدی تر دیده شود و در واقع در هر مجموعه، یک مجموعه ستادی تشکیل شود تا قدرت زیاد شود. اگر قرار باشد فقط معاونت بهداشتی در این زمینه کار کند، مسلما در خود دانشگاه هم ممکن است زورش به خیلی از سیاست‌ها نرسد، چه رسد به مجموعه‌های خارج دانشگاه. مثال واضحش بحث اعتیاد است. واقعیت این است که در بحث مبارزه با تقاضا اگر از دید مبارزه با عرضه و مبارزه با تقاضا نگاه کنیم، بدیهی است که مبارزه با تقاضا نقش ما، در واقع وزارت بهداشت و مجموعه ما است. باید عملا اجماع ایجاد کنیم و گروه‌هایی که به صورت موازی فعالیت‌هایی را انجام می‌دهند، دور هم جمع کنیم. مثلا ما بیایم بریم به وزارتخانه‌ای بگوییم که شما کارمندان خودتان را در سطح بهداشت و درمان ارتقا دهید! مگر کارمندان چه کسانی هستند؟ همان افرادی هستند که در جامعه زندگی می‌کنند. اتفاقا نباید اینجوری موازی کاری انجام شود. باید سندطوری طراحی شود که اجماع داشته باشد و در واقع مسئولینی که سیاستگذاری می‌کنند کنار هم قرار بگیرند. لازم است در برنامه‌ریزی‌ها بحث گروه‌های روانپزشکی و مراکز تحقیقاتی خیلی پررنگ تر دیده شود، چون پتانسیلی که آنها دارند دست کم گرفته شده است.

اجرای برنامه

در دستیابی به اهداف راهبردی یک جا گفته شده است «کاهش بار افسردگی حد اقل به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه». این مستلزم آن است که بررسی بار افسردگی هم باید امسال انجام شود و هم باید در سال آخر انجام دهیم. آن هم فقط برای یک اختلال. چون سایر اختلال‌ها نیامده است. ولی اگر در سطح کلان می‌گفتیم یا مثلا همان علایم

کلی، بهتر بود. افسردگی زمانی اختلال است، زمانی بیماری و زمانی یک نشانه است و یک موقع سندرم است و این ایجاد ابهام می کند. بهتر است از هر کدام از راهبردها در سطح اول و دوم و سوم دو تا سه مورد انتخاب شده و اجرا شود و بعد هم پایش کنید که بدانیم در سال ۹۴ حداقل چه مقدار از برنامه جلو رفته است.

این برنامه چهارساله یا پنج ساله است، اما حداقل ۱۵ تا برنامه طراحی و اجرا دارد که شامل راه اندازی بیمارستان، کلینیک، ادغام و ... است. اجرایی کردن اینها در طی ۵ سال خیلی غیر واقع بینانه است و شاید به اولویت بندی نیاز باشد. برای اینکه این برنامه برای ۵ سال نیست. شاید نیاز است که در سه سطح یک برنامه دراز مدت این برنامه ها را دسته بندی کنیم و بعد بگوییم انتظار داریم تا ۵ سال آینده چه بخشی از آن تحقق یابد.

سلامت روانی یا سلامت رفتار

اگر عنوان این مقوله به سلامت رفتاری تغییر می کرد بهتر بود. چون بحث رفتار است که جنبه های زیستی - روانی - اجتماعی دارد. اگر ما بگوییم سلامت رفتار همه موارد را پوشش می دهد. الان در تست های روانپزشکی هم جنبه رفتار که خودش جنبه زیستی - روانی - اجتماعی دارد مد نظر می گیرد. یک سخن نسنجیده توسط یک فرد یا یک تصمیم نسنجیده عواقب نامطلوبی بر جامعه دارد. استرس هایی ایجاد می کند که روی افراد اثر می گذارد و بحران های روحی و روانی ایجاد می کند. همه آسیب های اجتماعی شامل جرم، سرقت، قتل، اعتیاد و خودکشی و همه اینها جنبه های سلامت و بیماری رفتار دارد. ما life style داریم. الان صحبت WHO این است که علت وجود این همه بیماری های قلبی چیست؟ حتی در مورد تصادفات، خود تصادف ریشه اش کجاست؟ جزء یک مقوله رفتاری است و ارتباط ناصحیحی است که معمولا با ابزار داریم. الان اعتیاد در حیطه اینترنت داریم و اینهم یک مقوله رفتاری است و ناشی از ارتباط ناصحیح ما با ابزاری است که می شود از آن درست استفاده کرد. جز در حیطه رفتار چیز دیگه ای نمی تواند این مساله را توجیه کند. وقتی از رفتار صحبت می کنیم هم رفتار سیاسی هم رفتار فرهنگی که با اون مشکل داریم هم رفتار اقتصادی را شامل می شود. اینها به منابع استرس تبدیل می شوند و به تبع آن علاوه بر اینکه برای سلامت روان تهدیدی است، برای ارتباطات

اجتماعی، بیماری‌ها و اختلالات جسمی تهدید محسوب می‌شود. از طرف دیگر وقتی صحبت از سلامت روان می‌شود، کسانی که نقش مشارکتی دارند فکر می‌کنند متولی روان و سلامتی‌اش پیدا شده و کس دیگری نقش ندارد. ولی اگر در قالب رفتار بیان شود و یک حالت عینی به آن بدهیم، راحت‌تر می‌توان مشارکت را جلب کرد. پاسخهای سخنران: در مورد بحث روان یا رفتار با بیمار بحث ترمینولوژی مطرح است و خیلی تفاوت ندارد. ولی آگه بخواهیم فرق بگذاریم روان اعم از رفتار است. در واقع روان رفتار را هم پوشش می‌دهد چون روان رفتار نیست. رفتار قسمت عمده آن است ولی روان آنچه در ذهن می‌گذرد را نیز شامل می‌شود.

سلامت روان زنان

بحث دیگر سلامت روان در خانم‌هاست. لازم نیست بحث سلامت زنان یک مقوله جدایی در نظر گرفته شود و به صورت مجزا به آن پردازیم. اما با توجه به اینکه عوامل اثرگذار بر سلامت روان در خانم‌ها کمی متفاوت است و شیوعش بالاتر می‌باشد، تا حد زیادی راهکارهای متفاوتی می‌تواند داشته باشد. اگر در برخی موارد بتوانیم این را به تفکیک بیاوریم باعث می‌شود به این مساله بیشتر توجه کنیم.

پنجمین نشست تخصصی مشترک
مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و
جمعیت، سیمای سلامت و جمعیت در ایران

سخنران

دکتر آرش رشیدیان

رییس موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۹/۲۸

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر اردشیر خسروی

دکتر بابک عشرتی

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر مصداقی نیا، دکتر خسروی، دکتر عشرتی، دکتر دماری، دکتر چمنی، آقای

صفری، دکتر برکاتی، دکتر زنده دل، دکتر منظم، دکتر جندقی، دکتر اعرابی، دکتر

ابوالحسنی، دکتر محمودی، دکتر عباسی، آقای محزون، خانم دکتر ساجدی

متن سخنرانی

مقدمه

موضوع این جلسه در رابطه با انتشار اخیر گزارش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران است. بخش‌های مختلفی از وزارت بهداشت، سازمان‌های همکار و تیم‌های دانشگاهی در این مطالعه نقش داشته‌اند. مطالعات متعددی انجام شده است که با فاصله زیادی از مطالعه کنونی اتفاق افتاده بود و فاصله‌ای بین مطالعات ملی گذشته که بطور مرتب صورت می‌گرفت وجود داشت. خود مطالعه که پیچیدگی اسم آن به دلیل تلفیق ^۱MICS و ^۲DHS است که در گذشته به صورت جداگانه از دو نهاد مختلف انجام می‌شد. MICS حمایت یونیسف را داشته که مکرراً در چندین کشور دنیا انجام شده است. DHS نیز با همکاری سازمان‌های بین‌المللی انجام می‌شده است ولی در سال‌های اخیر این دو مطالعه خیلی به هم نزدیک شده‌اند یعنی ماژول^۳‌هایشان به هم خیلی شبیه شده است ولی در هر حال تفاوت‌هایی را دارند. در مطالعه حاضر عملاً این دو با هم تلفیق شدند و MIDHS به نیت این تلفیق نام‌گذاری شده است. بحثی که جلسه ما به منظور آن تشکیل یافته است مقداری از آن مربوط به مطالعه سال ۱۳۷۹ است که تاثیر بسیار زیادی در تغییر ادبیات نظام سلامت کشور در بحث عدالت در سلامت گذاشته است که خاستگاه آنها مطالعه DHS سال ۱۳۷۹ با نتایج مثبت بوده است اما شاید باید از نتایج مطالعه بهتر استفاده می‌شد. نیت جدی این است که از مطالعاتی که انجام می‌شوند به خصوص مطالعه حاضر حداکثر بهره‌برداری را انجام داد که این امر همکاری همه بزرگواران را می‌طلبد.

ساختار اجرایی مطالعه

ساختار اجرایی مطالعه ساختار به نسبت پیچیده‌ای بود. کمتر مطالعه‌ای در وزارت بهداشت تا این حد در شوراهای مختلف طرح شده است و تقریباً در تمامی شوراهای مرتبط

^۱ Multiple Indicator Cluster Surveys

^۲ Demographic Health survey

^۳ Module

وزارت بهداشت ارائه شده است. ما مطالعاتی را سراغ داریم که در حوزه یک معاونت مطرح می‌شود، در حوزه همان معاونت تصویب می‌شود و در همان معاونت نیز اجرا می‌شود. در این مطالعه لایه‌های مختلف وزارت بهداشت بارها جلسه برگزار کرده‌اند، به ارزیابی آن پرداخته‌اند، شوراها و کمیته‌ها نیز به همین ترتیب. خوش بختانه نتایج مطالعه چندین بار در شورای معاونان وزارت بهداشت در حضور وزیر ارائه شده است. به هر حال بحث نزدیکی و در جریان قرار گرفتن سیاستگذار ارشد در تصمیم‌ها کاملاً رعایت شده است. به موضوع نظارت نیز جلوتر اشاره خواهیم کرد. مرکز آمار ایران خیلی از نزدیک با ما کار کرده و نظارت داشته‌اند. در استان‌ها نیز ناظران مرکز آمار و سازمان‌های دیگر در تماس با مطالعه بوده‌اند.

طراحی شاخص‌ها و ابزارها

طراحی شاخص‌ها بر اساس ویرایش جدید شاخص‌های MICS و DHS بوده است، ترجمه آنها انجام شد، با کاربردهای قبلی که در وزارت بهداشت داشته است هماهنگ‌سازی شد، تعامل نزدیکی با ادارات مختلف وزارت متبوع، به خصوص در حوزه معاونت بهداشت صورت گرفته و شاخص‌ها پیشنهاد شد. در مجموع با حفظ شرط قابلیت مقایسه با مطالعات قبلی (که بتوانیم روند را در فاصله زمانی بینیم) شاخص‌ها به روز رسانی شدند ضمن اینکه بعضی از شاخص‌های مهم^۱ MDGs در این مطالعه محاسبه شد که تا کنون در کشور محاسبه نشده بود که از این جهت برای حوزه‌هایی خارج از بهداشت و درمان هم کاربرد جدی داشته است. از نظر روش و ابزار تلاش شد که حداکثر استانداردسازی صورت بگیرد که نمونه آن در مورد ترازو و قد سنج بود که با حمایت یونسف از خارج از کشور خریداری شد، به عنوان ابزاری که بتواند در فیلد در شرایط مختلف آب و هوایی به صورت معتبر (Valid) کار کند. خیلی خوشحالم که بگویم این ابزارها در اختیار حوزه‌های وزارت بهداشت قرار گرفت و در مطالعه ریز مغذی‌ها نیز از آن استفاده شد. بالاخره این به زیرساختی برای مطالعاتی که به این گونه ابزارها نیاز دارند نیز تبدیل شده است.

^۱Millennium Development Goals

نمونه گیری و جمع آوری داده

نمونه گیری تفاوت هایی با مطالعات قبلی وزارت بهداشت داشت، شاید برای اولین بار در چنین پیمایشهای^۱ ملی آگاه سازی خانوار صورت گرفت که یک هفته قبل از پیمایش همکاران به منازل مراجعه کرده و فرم هایی ارایه دادند که در آن قید شده بود تیم مطالعه هفته آینده مراجعه خواهند نمود و خانوار از اختیار کامل برای شرکت یا عدم شرکت در مطالعه برخوردار هستند. از همین مورد برای به روز رسانی ساختار نمونه گیری استفاده شد. اجازه جایگزینی نمونه داده نشد. عملاً فرصت این را پیدا کردیم که بدلیل ساختاری که قبل از جمع آوری داده وجود داشت عدم جایگزینی و میزان پاسخ^۲ را بسنجیم. نمونه گیری به تناسب جمعیت در سطح شهرستان انجام شد که در این مورد نیز با مطالعات قبلی کشور متفاوت بود. آمایش داده ها به صورت دو گانه صورت گرفت، نرم افزاری بر مبنای نرم افزار بین المللی بازطراحی شد که مهندسان نرم افزار کاملاً چک آن را بررسی کردند و بصورت پایلوت اجرا شد. هر داده ای دو بار در نرم افزار وارد شده است و هر دو بار را نیز مطمئنیم چون نرم افزار اجازه یک بار ورود را نمی دهد و این کار برای هر صد هزار داده ای که در مطالعه جمع آوری شد انجام گردید. این امر دقت را بالا می برد که در مرحله آنالیز مزایای این دقت را اشاره خواهم کرد و کیفیت مطالعه بسیار عالی شده است. در انتهای کتاب، گزارش کیفیت داده را در قالب جداول و گزارش کتبی می توان دید.

ما در دو مورد در دو استان در فاز جمع آوری داده مشکل پیدا کردیم که در هر دو استان وقتی ناچار به دخالت شدیم، پس از بررسی مشخص شد که در هر دو استان در فاز آموزش کوتاهی شده بود که البته هر دو را همکاران ما خیلی سریع جبران کردند. البته علت آن هم این بود که آنها گفته بودند که ما مطالعات این چنینی داشته ایم و زمان دوره آموزشی را کوتاه کرده بودند. یعنی لایه نظارت و بحث آن فوق العاده جدی است. ما در مورد خوشه ها، غیر از خوشه هایی که داخل پادگان های نظامی بودند (تنها مطالعه میدانی که در جمهوری اسلامی همگان موظف اند پاسخ بدهند مطالعه سرشماری است یعنی به

^۱Survey

^۲Response Rate

حکم ماده قانونی وقتی برای سرشماری به درب منزل مراجعه می‌کنند فرد موظف به پاسخ‌گویی است، در همه مطالعات دیگر اختیاری است) امکان ورود پیدا نکردیم به رغم هماهنگی که شده بود. غیر از این ما در کل مطالعه سه خوشه از دست داشتیم که دو مورد به علت امنیتی (استان کرمان و استان سیستان و بلوچستان) و یک مورد در استان فارس (محل ای که همه خویشاوند بودند و تصمیم جمعی گرفته بودند که به پرسشگران مطالعه اجازه ورود ندهند). به غیر از موارد گفته شده تلاش وافر همکاران حتی در مواردی که مثلاً یک خوشه ده تایی در دو روستای صعب‌العبور با فاصله چندین کیلومتر قرار داشته نیز به گردآوری داده انجامیده است.

اجرای مطالعه

موسسه ملی تحقیقات سلامت زیر نظر معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و با همکاری جدی حوزه‌های مختلف وارد مطالعه شد. در مدیریت اجرایی، تعهد به زمان بندی خیلی رعایت شد، تاخیری در حدود ۳-۴ ماه در مرحله ورود داده داشتیم و تاخیری هم در مرحله آنالیز رخ داد که البته مرحله تصویب^۱ مطالعه هم حدود شش ماه طول کشید. تصویب به معنی فاز اطمینان از صحت است، چون وقتی شوراهاى مختلف آن را می‌دیدند و سوالاتی پیش می‌آمد برای نشان دادن اعتبار این زمان لازم بود. روی هم رفته خوشبختانه زمان بندی خوب بوده، ساز و کار پرداخت به گونه خاصی برای اولین بار طراحی شد و سبب شد که تسهیلی در این زمینه صورت بگیرد. در مورد سیستم‌های وب سایت به طور خاص که در جریان هستید، از سیستم منسجم تلفن همراه نیز استفاده کردیم، به روز رسانی‌های لحظه‌ای توسط تمام مدیران فنی صورت می‌گرفت و همزمانی نتایج مطالعه با زمان گزارش‌های بین‌المللی مزایای آن را بیشتر می‌کرد. برای مستندسازی خیلی کار انجام گرفت و همین الان این گزارش‌ها به کمک دیگر بخش‌ها آمده است.

ارکان نظارتی مطالعه

در مورد نظارت، سه لایه نظارتی تعریف شد؛ به نام‌های نظارت سیاستی و برنامه‌ای، نظارت فنی کلان و نظارت فنی بر اجزای عملیاتی مطالعه. در زمینه سیاستی، تامین منابع،

^۱Approval

کفایت ساختار و گزارش دهی که مد نظر کسانی است که در جایگاه سیاستگذاری هستند از جمله شورای معاونان، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، شورای عالی مطالعه و شوراهای مرتبط در وزارت بهداشت و همین طور در مرکز آمار ایران. از نظر فرایندهای فنی کلان مطالعه، از این نظر که فرایند به درستی صورت می گیرد یا نه، ناظران مرکز آمار ایران در مراحل مختلف مطالعه حضور داشتند، در مرحله طراحی نیز خیلی فعال بودند، در مرحله گردآوری داده مقدری با تاخیر حضور یافتند. ناظران عالی مطالعه، جناب آقای دکتر محمد و دکتر مجد زاده که از ابتدا تا انتهای مطالعه حضور داشتند، مشاوره اعضای کمیته علمی وجود داشته است و از مشاوران بین المللی در جای خود استفاده شده است. در خصوص نظارت فنی بر اجزای عملیاتی مطالعه، وظیفه بنده، ناظران عالی، ناظران ستادی، مدیریت فنی مطالعه در سطح دانشگاه ها و البته در حوزه درب خانه ها که بازدید میدانی صورت گرفته است. به تجربه بنده به عنوان مجری مطالعه و فردی که در تمامی مراحل نظارت درگیر بوده ام در بحث نظارت هیچ چیزی کم یا زیاد گذاشته نشد زیرا لایه نظارت در مطالعه میدانی فوق العاده مهم است.

خروجی های مطالعه

تا کنون دو گزارش چاپ شده و انتشار یافته است، گزارش ابزار که برای اولین بار در کشور ما این کار صورت گرفت که حاصل تجربه ما بود. مثلاً زمانی که می خواستیم تجربیات مطالعات قبلی وزارت خانه را پیدا کنیم، به دنبال تیم های مختلف می گشتیم تا بررسی کنیم که ابزار و روش اجرایی شان چه بوده است. در گزارش ابزار این طرح تمام این اطلاعات آمده است و فایل آن در وب سایت موسسه ملی تحقیقات سلامت نیز موجود است که فرمت PDF آن کاملاً قابل دانلود است و بحث روش خیلی مستند در آن ذکر شده است. گزارش دیگری که به زودی چاپ خواهد شد، ارزیابی فرایند (Process Evaluation) مطالعه است. ارزیابی فرایند مطالعه که به صورت کیفی انجام شده است، با لایه های مختلف از ستاد مطالعه تا ناظران، از لایه های نظارت فنی در سطح استان تا مجریان مطالعه مصاحبه صورت گرفت، دیدگاه های آنها جمع آوری شد جمع آوری داده، آنالیز داده و سایر مراحل یک مطالعه کیفی انجام شد. این کتاب برای هر فردی که

بخواهد ارزیابی در مقیاس بزرگ^۱ انجام دهد تجربیات انجام مطالعه در ایران را از بحث های آب و هوا، مشکلات بودجه تا مسائل فنی پرسشنامه را در خود دارد.

میزان پاسخ دهی مطالعه

میزان پاسخ دهی مطالعه برای پرسشنامه خانوار، ۹۴.۴٪ بوده است، با توجه به دقتی که گفته شد و میزان نمونه^۲ که قبلا از تیم ها گرفته بودیم و بعد از جمع آوری داده تطبیق صورت گرفت. ۱۱۱۴۱۵ نفر در قالب ۲۹۶۰۰ خانوار در مطالعه شرکت کرده بودند. در داخل خانوارها، میزان پاسخ دهی به پرسشنامه کودکان ۹۹.۵٪ و میزان پاسخ دهی به پرسشنامه زنان ۹۷.۵٪ بود. در کل میزان پاسخ دهی بسیار خوب بوده است. ما نگران شهرهای بزرگ بودیم و همان طوری که انتظار می رفت بیشترین عدم پاسخ در شهر تهران رخ داد اما با این وجود میزان پاسخ در حد خیلی بالا و قابل قبول استانداردها بوده و عدد آن هم در صفحات آخر گزارش ذکر شده است.

نتایج

وارد جزئیات شاخص مرگ نمی شوم. به هر حال اعدادی که از مطالعه برای این شاخص حاصل شد متفاوت از اعداد وزارت بهداشت بود، وزارت بهداشت با دقت و سعه صدر بررسی و اعداد مطالعه را تایید کرد و اجازه چاپ داد که بنده شخصا به عنوان مجری مطالعه و کسی که امانت دار هستم از سیاستگذار که در جایگاه خود با این دقت وارد شده و با اینکه عدد با اعداد قبلی خود متفاوت بوده، آن را پذیرفته است، تقدیر می کنم. اما در عین حال تصویر واضح است. در بازه ده ساله گذشته بهبود قابل توجهی در شاخص‌ها اتفاق افتاده است. همان طوری که انتظار می رود کمترین بهبود را در شاخص مرگ نوزادان داریم که چالش جدی وزارت بهداشت نیز می باشد و بحث های اخیر در خصوص سطح بندی خدمات پیش از تولد^۳ و نظیر آن نیز سیاست هایی بوده است که وزارت بهداشت در راستای برخورد با این چالش پیش برده است. کاهش هایی از ۱۰۰ به ۸۰ یا ۶۰ در شاخص های مرگ زیر یک سالدر دیگر کشورها رخ داده است درمقایسه با

^۱Survey Large Scale

^۲Sampling Rate

^۳Prenatal

کاهش می دهد که در این فاصله زمانی در شاخص های جمهوری اسلامی ایران رخ داده، بسیار عملی تر است. مطالعات پیمایش تخمین در یک بازه است تخمین نقطه^۱ نیست چون بر مبنای داده های سابقه زایمان و سابقه مرگ در خانوار عدد تخمین زده می شود یعنی عدد تخمین برای سال ۸۹، تنها عدد سال ۸۹ نیست بلکه عدد مربوط به فاصله تخمین بین پنج سال قبل از آن را پوشش می دهد یعنی عدد ۸۴ تا ۸۹ را. عدد را اگر بخواهیم به زمان تطبیق بدهیم باید به میانه این پنج سال تطبیق دهیم. این کار را می شود برای پنج سال قبل، ده سال قبل تخمین زد که آن هم کاهش شاخص ها را در دو بازه زمانی نشان می دهد. ما برای دو شاخص نیز که تنها امکان تخمین برای دو سال قبل از مطالعه را داشت هم تخمین زده ایم که نشان می دهد روند کاهش کم و بیش اتفاق افتاده است. امکان تخمین دو ساله برای مرگ و میر شهری و روستایی برای زیر یک سال وجود نداشت چون تعداد مرگ رخ داده اینقدر کوچک می شد که دقت مطالعه پایین می آمد.

تغذیه انحصاری برای شیر مادر جزء شاخص هایی است که برای وزارت بهداشت دارای اهمیت بسیار زیادی است، شاخص ما بهبود قابل توجه نسبت به مطالعات قبلی را نشان می دهد با IMES^۲ قابل مقایسه نیست چون نحوه تخمین آنها متفاوت است ما تعریف ایران را در این خصوص اتخاذ کردیم که تعریف سخت گیرانه تری است یعنی اطمینان از اینکه در طول دوره (شش ماهه) تنها شیر مادر مصرف شده است و چیز دیگری مصرف نشده است در حالی که در تعریف بین المللی، کودک در زمانی که مطالعه صورت می گیرد تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. ولی از نظر مقایسه با شاخص های بین المللی، این عدد قابل گزارش دهی است. حداقل چیزی که می توان گفت این است که با همان تعریفی که ما در سال ۷۹ انجام داده بودیم ۱۰٪ بهبود در این شاخص داشته ایم که قابل توجه بوده و جای تبریک به حوزه معاونت بهداشتی و کل کشور را دارد، البته عدد هنوز کوچک است و با آنچه کشور انتظار دارد فاصله دارد. تفاوت بین توزیع در استان ها را نیز ملاحظه می نمائید که در کدام استان ها بیشتر و کدام کمتر است. از نظر هرم سنی و جنسی دقت کنید که

^۱Point

^۲Integrated Monitoring Evaluation System

اولین مطالعه ای که در کشور نشان داد که پهنای هرم همان طور که انتظار داشتیم شروع به بزرگ شدن کرده است همین مطالعه است. هرچند گزارش ما بعد از اولین گزارش هرم سنی مرکز آمار انتشار یافت. سرشماری سال ۹۰ نیز به همین ترتیبی که ما به آن دست یافته بودیم، بوده است که به گونه ای تایید کیفیت مطالعه ما نیز می باشد. در بحث های مربوط به سن ازدواج و مقایسه شهری و روستایی، چیزی که مهم است این است که ازدواج های کمتر از ۱۵ سال و کمتر از ۱۸ سال - یعنی سنینی که سلامت مادر یا سلامت زوجین رانشانمیدهد- حاکی از آن است که عدد در حال کاهش است. در گروه های سنی مختلف وقتی آنالیز صورت می گیرد به خوبی این موضوع مشهود است، در گروه سنی ۴۵-۵۰ سال که ۳۰ سال قبل ازدواج کرده اند حدود ۸ تا ۱۰ درصد آنها ازدواج زیر ۱۵ سال داشته اند در حالی که در گروه اخیر ما زیر ۴٪ بوده است که سلامت زمان ازدواج را نشان می دهد. نکته دیگر اینکه درصد زنان ازدواج نکرده در شرایط کشور در کل پایین است هرچند به دلیل تغییر دموگرافی و تغییر الگو^۱ نگرانی هایی از این دست وجود دارد. این داده ها شرایط بحران را نشان نمی دهد اما گروهها^۲ باید مورد توجه قرار گیرند چون سن ازدواج بالا رفته است ولی به نظر می رسد درصد بالایی در نهایت ازدواج می کنند. به هر حال این بحث مهمی است، هرچند پیامد^۳ آن تغییر نکرده اما الگوی آن عوض شده است. در مورد سن ازدواج، آنالیز مجدد بازه دو سال قبل نیز در پاسخ به تقاضای ثبت احوال انجام شده است که باز در این دو سال نیز به نظر می رسد الگوی زیر ۱۵ سال در حال اصلاح است که موضوع خوشحال کننده ای برای کشور است.

موضوع بیمه درمانی؛ در کنار مطالعه میزان بهره مندی^۴ قبلی وزارت بهداشت در سال ۸۱ که اولین بار تخمین دقیقی از پوشش بیمه را در کشور انجام داده بود، این مطالعه تنها مطالعه در بازه زمانی است که خیلی خوب نشان می دهد پوشش بیمه ای کشور متأسفانه در حدی که گاهی در آمارهای جاری سازمان های بیمه گر عنوان می شود نیست و ما بحث

^۱Pattern

^۲Cohort

^۳Out come

^۴Utilization

های جدی در زمینه گسترش پوشش بیمه ای داریم. چیزی که در پوشش بیمه ای ما بسیار تاثیر گذار بوده است پوشش بیمه روستایی است، یعنی سیاست بیمه روستایی مهم ترین سیاستی بوده که پوشش بیمه ای را در کشور در فاصله سال های ۸۱ تا ۸۹ گسترش داده است. سایر سیاست هایی که ما به صورت مقطعی در پی بالا بردن پوشش بیمه ای داشتیم عملاً تاثیر کلانی در این مورد نداشته اند. پوشش بیمه در این بازه از ۷۴٪ به ۸۳٪ رسیده است ولی ۸۳٪ خیلی کمتر از چیزی است که بسیاری از سیاست مداران در کشور فکر می کردند.

در مورد آب آشامیدنی بهینه، تحلیل ها بر مبنای تعاریف بین الملل است صورت گرفته است که مقداری سهل گیرانه تر از تعاریف وزارت بهداشت است. شاخص های وزارت بهداشت سخت گیری بیشتری در این زمینه دارند که البته اهمیت هم دارد. به هر حال با تعاریف بین المللی پوشش آب آشامیدنی بهینه مناسب است هر چند به معنی تامین تمامی کیفیت های مورد انتظار از آب نیست اما قابل قبول است. درصد اندکی هم هنوز فاصله شان با آب بهینه قابل توجه است. شاخص فاضلاب بهینه توالی یعنی دفع استاندارد توالی که باز هم مطابق با تعاریف بین المللی است که سهل گیرانه تر از وزارت بهداشت خودمان است، عدد خوبی را دارد و توزیع خوبی نیز در کل کشور دارد وضعیت بخش روستایی کشور نیز الحمدلله خوب است. ۹۰٪ خانوارهای کشور نیز شاخص توالی اختصاصی را دارند یعنی همان توالی را استفاده می کنند که فقط همان خانوار به کار می برد و با خانوار دیگری مشترک نیست.

در بحث آموزش و پرورش عمومی کشور، شاخص ها طبق تعاریف با دقت بسیار زیاد استفاده شدند، کسانی که در اینجا حضور دارند می دانند که جمع آوری داده های آموزش و پرورش عمومی چقدر آنها را دچار زحمت کرد، تک تک نمونه هایی که اتفاق افتاد، میزان تحصیل یا تکمیل یا انتقال. ولی این اجازه را داد که ما میزان های خالص و ناخالص حضور را استفاده کنیم، مثل انتقال از ابتدایی به راهنمایی. چیزی که خیلی مهم است این است که در کشور در تمام مقاطع شاخص برابری جنسیتی الحمدلله بسیار عالی است. کمتر کشوری با شرایط کشور ما چنین شاخصی دارد، یعنی نشان می دهد که در جمهوری اسلامی ایران آموزش دختران فوق العاده جدی گرفته شده است و ما اگر

کمبودی داریم که به خصوص در سن دبیرستان و در مناطق روستایی اتفاق می‌افتد، این کمبود هم برای دختران رخ می‌دهد و هم برای پسران یعنی برای تفاوت جنسیتی شواهد جدی در این مطالعه پیدا نشد.

میزان با سوادی در کشور برای بالاتر از شش سال، بالای ۸۰٪ است. در زنان ۱۵ تا ۲۴ سال میزان با سوادی ۹۷٪ است که نشان می‌دهد پوشش با سوادی پایه بالاست، البته برای کشور ما پوشش حداقلی است چرا که طبق شاخص توسعه انسانی تنها با سوادی کفایت نمی‌کند بلکه نرخ آموزش^۱ محاسبه می‌شود یعنی سال‌های سواد آموزی است که شاخص را بالا می‌برد، که برای بخش شهری و روستایی هم تفاوت چندانی نشان نمی‌دهد.

در مورد کار کودکان، اعداد را برای گروه سنی ۱۱-۵ سال، و ۱۴-۱۲ سال ملاحظه می‌نمایند. در کشور ما میزان آن برای گروه ۱۱-۵ سال بیشتر است که یک علت آن تعریف بین‌المللی است که زیر ۱۲ سالگی اگر کسی حتی ۱ ساعت در هفته کار اقتصادی انجام دهد حتی اگر کار اقتصادی خانوار نیز باشد کار کودک محاسبه می‌شود. در حالی که برای کار کودک در گروه ۱۴-۱۲ سال حداقل ۱۴ ساعت کار در هفته باید صورت بگیرد تا در تعریف لحاظ شود. تغییر خیلی کوچکی نسبت به سال ۷۶ در جهت مثبت یعنی کاهش ۰.۲٪ رخ داده است. اما در مورد پوشش تحصیلی، عمده کودکانی که کار می‌کنند مدرسه هم می‌روند که باز این خوشحال‌کننده است و اینکه حداقل‌هایی در این زمینه رعایت می‌شود ولی عده زیادی از این افراد به دبیرستان نمی‌آیند که عدد ما سقوط می‌کند و پوشش خالص به حدود ۷۰ درصد می‌رسد یعنی مثلاً فرد در سنی که باید دوم دبیرستان باشد، در همین مقطع است. این احتمالاً به علت همین گروهی است که کار می‌کنند و در این سنین به صورت جدی وارد کار می‌شوند.

در خصوص تنبیه کودک، خیلی بحث بود که تعدیلی در تعاریف داشته باشیم. در تعاریف بین‌المللی کودک را اگر سلی بزنند تنبیه جسمی شدید است ولی اگر کمر بند بزنند تنبیه جسمی خفیف است! ولی ما شاخص را برعکس کرده ایم یعنی سلی تنبیه جسمی خفیف، و کمر بند و جسم سخت تنبیه جسمی شدید به حساب آمده‌اند. ولی به هر حال باز هنوز

^۱Schooling Rate

تنبیه رخ می دهد هر چند اعداد فاجعه آمیز نیست. باید دقت کرد که این شاخص ها در شرایط کشور اصلا معتبر نشده اند ما عین کلمات و جملات بین المللی را به کار برده ایم که دارای بار فرهنگی است که چه چیزی چه معنی ای می دهد. مثلا تنبیه کلامی، شامل هر گونه اهانت کلامی از سوی هریک از اعضای خانوار در مقابل کودک می باشد حتی شامل کلامی نظیر اینکه "خفه شو" (ضمن پوزش) نیز می شود. البته قضاوت در این باره وظیفه بنده نیست و ما مطالعه معتبر شده داخلی در این زمینه و تفسیر آنها در کشور را نداریم. اما این شاخص که برای اولین بار در کشور محاسبه شده، قابلیت مقایسه دارد و می تواند در سیاستگذاری ها کمک کننده باشد.

در مورد شاخص محرومیت از زندگی با والدین که تا ۱۸ سالگی محاسبه می شود، با توجه به افزایش سن ازدواج و تاخیر در زایمان، میزان آن افزایش پیدا می کند که به گونه های مختلف محاسبه شده و در گزارش موجود است.

ثبت تولد برای کودکان زیر ۵ سال که برای کودکان ما در سطح خوبی است، در کل کشور، بالای ۹۸٪ کودکان با سرپرست ایرانی و حدود ۹۷٪ کودکان زیر یک سال شناسنامه دارند. این تعریف البته با تعریف ثبت احوال تا حدی متفاوت است چون تعریف ثبت احوال بسیار سخت گیرانه است یعنی اگر کودک در فاصله چند روز از تولد شناسنامه گرفته باشد در شاخص محاسبه می شود. ما در مطالعه تعاریف بین المللی را بر مبنای بازه زمانی برای گروه سنی به کار بردیم.

شاخص استفاده از رسانه های گروهی، استفاده از روزنامه یا مجله را حداقل یک بار در هفته برای زنان محاسبه کرده است و برای مردان به طور اختصاصی نداشتیم. برای گوش دادن به رادیو عدد نسبتا بالا نیست ولی همه تلوزیون نگاه می کنند.

شاخص استفاده از رایانه در ۱۲ ماه گذشته، که شاخص فوق العاده ساده ای است یعنی هر نوع استفاده ای در طول یک سال گذشته محاسبه می شود. اینها اجازه طراحی کلی سیاست های رسانه ای برای کشور را با جزئیات مقدور نمی کند اما یک تصویر کلی را در اختیار قرار می دهد. مثلا موضوعی که اتفاقا در یکی از جلسات کمیته فنی نیز مطرح شد، اینکه آگاهی از ایدز در ایران کم است، همه هم فقط تلوزیون نگاه می کنند و در تلوزیون هم

از ایدز حرفی به میان نمی‌آید، پس بی دلیل نیست که زنان ایرانی آگاهی چندانی از ایدز ندارند. پس این شاخص‌ها حداقل الگوها را به ما ارایه می‌دهند.

در الگوهای پیشگیری از بارداری، مقدار پوشش به طور مختصری نسبت به ۱۰ سال قبل افزایش پیدا کرده است و نسبت به IMES مقداری کاهش پیدا کرده ولی به هر حال داده خوبی است. با توجه به بحث‌های کنونی کشور در زمینه بازبینی سیاست‌های پیشگیری از بارداری، این داده‌ها، داده به روزی است که می‌تواند سیاستگذار را در تصمیم‌گیری‌ها کمک کند.

پوشش مراقبت بارداری با حداقل ۲ بار مراقبت است که مجموع مراقبان تحصیل کرده دوره دیده خیلی بالاست که قابل توجه است البته تعاریف وزارت بهداشت بعضاً از این سخت‌گیرانه تر بوده است و جزئیات را طبق این تعریف نیز در جداول گزارشها داریم.

در مورد شاخص زایمان در دو سال قبل از مطالعه، میزان سزارین نزدیک به ۴۶٪ است که عدد بالایی است و در حال افزایش نیز است چون ما سابقه پیشین را هم داریم و آنالیز اولیه ای که انجام دادیم و گزارش آن به طور خاص به زودی منتشر خواهد شد نشان می‌دهد که در بازه زمانی ۱۰ ساله، هر سال سزارین در کشور افزایش پیدا کرده است. ما بازه زمانی ۲۰ ساله را نیز با دقت کمتری آنالیز کردیم که باز به همین صورت است به رغم هر آنچه که انجام داده ایم در کشور، ۲۰ سال است که دایماً سزارین در کشور در حال افزایش است. یا باید سیاست‌ها را به طور جدی بازبینی کنیم یا به این بنسده کنیم که همین است که است. آنالیز نشان می‌دهد که بالاخره سیاست‌ها طی ۲۰ سال گذشته تاثیری در کاهش سزارین یا حتی توقف رشد آن نداشته است.

شاخص مراقبان تحصیل کرده در حد بسیار خوبی است، افزایش ۷-۶ درصدی نسبت به بازه ۱۰ ساله قبل و حتی نسبت به MICS هم بهتر است و ۱۰٪ بهبود داشته است.

در خصوص شاخص آگاهی درباره ایدز در زنان ۱۵ تا ۵۴ سال، متأسفانه میزان آگاهی در زنان ۱۵ تا ۲۴ سال کمتر از کل زنان ۱۵ تا ۵۴ سال بوده است. یعنی ما در گروه خطر و گروهی که باید آگاه‌تر باشند، دچار ریسک بالاتری هستیم. اتفاقاً اگر نقشه را دقت کنید استان‌های مرزی ما آگاهی‌شان کمتر از استان‌های مرکزی ما می‌باشد و جایی که برای ما

نگرانی بیشتری در خصوص آگاهی وجود دارد استان های مرزی هستند. بالاخره این داده خوبی است که در سیاستگذاری ها و جهت گیری ها دقت بیشتری بشود. شاخص نوزاد کم وزن، اولین بار در کشور در سال ۱۳۸۴ محاسبه شده است، اما نمونه گیری در MIDHS تا حدی متفاوت است. البته مطمئن نیستم که این تفاوت ابزاری باشد احتمالا تفاوت در روش باشد.

شاخص پوشش واکسیناسیون، در بعضی حوزه ها خیلی بهتر است و خیلی بالاست. در واکسیناسیون سل عدد بالای ۹۹٪ را داریم در حوزه های دیگر تا حدی پایین تر است. عددها با تخمین روتین وزارت بهداشت مقدراری تفاوت دارد. در خصوص این داده ها مذاکرات مکرر با حوزه های مرتبط وزارت بهداشت داشته ایم، آنالیزها و خطاهای احتمالی را بررسی کرده ایم. البته دقت بفرمایید برای ایرانی که گزارش هایش همیشه در حد ۹۹٪ است، ۹۵٪ ما را نگران می کند هر چند ۹۵٪ با هر تعریف استانداردی پوشش عالی واکسیناسیون است.

در شاخص قد و وزن کودکان زیر ۵ سال، درصد کم وزنی شدید و کوتاه قدی شدید در وضعیت خوبی است. تقاضایی از وزارت بهداشت به ما رسید در خصوص چاقی در کودکان که متاسفانه چون فاز اعتبارسنجی^۱ گذشته بود محاسبه نشد البته این قول را به معاونت بهداشتی وزارت بهداشت داده ایم که به زودی عدد آن بیرون خواهد آمد. میزان لاغری شدید البته کمی در آمار ما افزایش پیدا کرده است. البته کم وزنی شدید و کوتاه قدی شدید، بحث های توسعه ای شان خیلی بیشتر از لاغری است.

در خصوص سیگار، متاسفانه میزان سیگار کشیدن در منزل بالاست. بالای ۲۵٪ کودکان در منزل حداقل یک بار در هفته در معرض هستند که عدد قابل توجهی است. میزان مصرف سیگار در زنان پایین است و در کل کشور زیر ۱٪ است ولی میزان مصرف دخانیات بالاست (نسبت به ایران) و در برخی استان ها زنان ۱۵ تا ۵۴ سال تا ۱۵٪ گزارش مصرف قلیان داشته اند که مساله جدی است یعنی توجه به سیاست های مصرف قلیان حداقل برای زنان در اولویت است.

^۱Validation

در گزارش بیماری‌های مزمن، آگاهی از وجود بیماری مورد سنجش قرار گرفته است یعنی از زنان سوال کرده‌ایم آیا بیماری دیابت دارد یا خیر؟ میزان بیماری مورد سوال نبوده است. البته داده‌های معتبر در خصوص میزان بیماری مثلاً دیابت داریم اما شکافی که در این مطالعه نشان داده شده بیانگر میزان آگاهی است. که به طور جدی سیاستگذاری در این زمینه را می‌طلبد. البته یک بیماری مزمن در یک پنجم زنان گزارش شد که آن هم بیماری‌های مفصلی است.

آمادگی در برابر بلایا اندک است.

حوادث منجر به بستری در سال گذشته در ۱۰۰۰ نفر بیشتر حوادث ترافیکی است که البته عددها مقداری افزایش را نسبت به مطالعه DHS سال ۷۹ نشان می‌دهد. بحثی است که باید به آن دقت کرد. به نظر می‌رسد برخی از حوادث در حال افزایش است. معلولیت را نیز محاسبه کردیم.

در مورد گزارش کیفیت داده دو نمودار اصلی ارائه شده است که کوهورت^۱ ما یعنی داده ما را با داده سال ۸۵ و داده سرشماری سال ۹۰ مقایسه می‌کند. خوش بختانه الگو خیلی تطبیق دارد و میزان انحراف بسیار ناچیز است. از نظر ترکیب سنی هم بین زن و مرد، داده همخوانی بسیار خوبی نشان می‌دهد. یک یا دو نکته در شاخص‌های کیفیتی ما وجود دارد که مطلوبیت لازم را ندارد ولی هیچ کدام بحران ایجاد نمی‌کند. مثلاً در شاخص قد، همکاران در اندازه گیری دهم اعشاری قد چندان دقت نکرده‌اند، داده به سرعت این را نشان می‌دهد که اعداد گرد شده‌اند البته ای کاش این اتفاق نمی‌افتاد. در بحث‌های مهم تر و کلان‌تر خوشبختانه نگرانی‌های کیفیتی وجود ندارد.

^۱Cohort

جمع بندی اعضای پانل

- چند نکته قابل ذکر است: بحث DHS، که اطلاق لفظ مطالعه برای آن از نظر ترمنولوژی چندان صحیح نیست، مطالعه استاندارد است که سازمان جهانی بهداشت، یونیسف و دیگران بصورت سیستمیک و دوره ای انجام میدهند تا وضعیت سلامت یک جامعه را اندازه گیری کنند. فاصله دو مطالعه می بایست ۵ سال باشد که متأسفانه این مطالعه در کشور ما حدود ۱۰ سالی به تاخیر افتاده بود و نهایتاً مسئولیت انجام آن به موسسه ملی تحقیقات سلامت سپرده شد که سال ۱۳۸۹ عملاً کار را شروع کردند و در سال ۹۰ ادامه یافت و در سال ۹۱ که در آن به سر می بریم نتایج را منتشر نمودند. از دید وزارت بهداشت، مقام محترم وزیر بهداشت، شورای معاونین و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، این مطالعه، مطالعه بسیار با ارزشی است و خیلی از اطلاعاتی که در گزارش این مطالعه هست هم صحیح به نظر می رسد و هم طراحی مطالعه بسیار خوب انجام گرفته است و دقت بالایی داشته، پرسشنامه خیلی قوی تدوین شده و غربالگری های مختلفی انجام شده است. دانشگاه های مختلف هم درگیر این مطالعه شده اند (همه دانشگاه ها) و داده های خوب، منظم و زیادی در اثر این مطالعه فراهم شد و آنالیز اولیه آن چیزی است که منتشر شده و در اختیار شماست. گزارش منتشر شده مورد تایید مقامات ذیربط در مرکز آمار ایران، وزارت بهداشت و اشخاص صاحب نظر قرار گرفته است و از این بابت خاطر جمع هستیم که کار، اساساً کار درستی است. منتهی حال که نتایج DHS منتشر شده است باید مشخص شود که چگونه از آن می توانیم بهره برداری کنیم، طبیعتاً اهدافی مد نظر کسانی که این مطالعه را سفارش داده اند بوده است اما بسیار خوب است که افراد صاحب نظر مختلف نیز درباره آن پیشنهاداتی بدهند که از نتایج این مطالعه چه بهره برداری هایی می توان کرد و چه برنامه ریزی هایی برای آن ترتیب داد. هم ردیف با مطالعه DHS مطالعات دیگری نظیر مطالعه بار بیماری ها و عوامل خطر، پیمایش سلامت روان (یک کار علمی، منطقی با توجه به شرایط کشور) و مطالعه کشوری ریز مغذی ها نیز در حال انجام است. همچنان که ما ظرف ۲ سال آینده برنامه ششم توسعه را خواهیم داشت و برای تدوین درست آن لازم است بر اساس شواهد صحبت کنیم و به کلی گویی

درباره بار بیماری‌ها نپردازیم. باید بدانیم بار کدام بیماری‌ها زیاد است؟ کدام عوامل خطر مهم‌تر هستند و چه کاری در قبال آنها باید انجام داد؟ نکته آخر اینکه یک مشکلی که حداقل در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت وجود داشته و هنوز هم وجود دارد این است که واحدهای مختلف حوزه معاونت داده‌هایی متفاوتی را جمع‌آوری می‌کند و هیچ وقت مشخص نیست که آیا داده‌های کاملی در اختیار دارند، آیا داده مناسبی برای شاخص‌های مدنظر خود در اختیار دارند؟ برای این منظور ما در معاونت بهداشت کار خوبی را با همکاری برخی اساتید دانشگاه انجام دادیم تا سامانه یکپارچه اطلاعات بهداشتی کشور را ایجاد کنیم. یعنی گاید لاینی برای هر واحد حوزه بهداشت تهیه شد تا نشان دهد چگونه اطلاعات خود را جمع‌آوری کنند و شاخص‌های قابل دفاعی تولید کنند. در هر حال مطالعه نشان داد وضعیت ما در برخی زمینه‌ها خوب است، در برخی بهتر از آن چیزی است که فکر می‌کردیم و در برخی بدتر از چیزی است که تصور می‌کردیم. ولی وزارت بهداشت بدون اینکه علاقه‌ای^۱ از خود نشان دهد به انتشار داده پرداخت. مثلاً مطالعه نشان داد که ما در رابطه با بالا بردن اطلاعات مردم در خصوص بیماری‌های ایدز خوب کار نکرده‌ایم. یا آمار میزان واکسیناسیون با آمار مرکز بیماری‌های وزارت بهداشت تا حدی متفاوت بود که با تشکیل جلساتی به تبیین این موضوع پرداختیم و به این نتیجه رسیدیم که آماري که داریم بهتر از آن چیزی است که WHO برای ما ثبت می‌کند. در هر حال این کتابچه حاوی شاخص‌هایی است که ما می‌توانیم به آنها اعتماد ۱۰۰٪ داشته باشیم.

- ما منتظر چنین مطالعه‌ای بودیم، ۱۰ سال گذشته بود هر چند طرح‌های متفاوتی اجرا شده بود و برخی از شاخص‌ها در مطالعه سال ۸۴ که عمده بحث آن سلامت خانواده بود محاسبه شده بود ولیکن پس از گذشت ۱۰ سال درخواست و نیاز زیادی جهت مطالعه شاخص‌ها وجود داشت. چنانچه گفته شد ما سعی کردیم شاخص‌ها تا حد ممکن با شرایط کشور ما همخوانی داشته باشد یعنی ضمن کوشش برای رعایت الزامات بین‌المللی در اجرای مطالعه، الزامات داخلی را نیز در نظر گرفتیم، مثلاً در

^۱Interest

برخی از بخش‌ها شاخص‌هایی وجود دارند که فقط برای ما مهم هستند مانند زلزله و حوادث. سعی کردیم در همه شاخص‌ها الزامات بین‌المللی را در روش کار رعایت کنیم. انجام این مطالعه خیلی مورد درخواست بود و از طرفی سازمان‌های بین‌المللی نیز خیلی درخواست کرده بودند که این مطالعه تحت هدایت خودشان انجام شود. ولی ما ضمن اینکه شرایط بین‌المللی را رعایت کردیم، با پتانسیل داخلی این کار را به ثمر رساندیم. همکاران مطلع هستند شاید ۵۰ مورد DHS در سطح دنیا در ۲۰-۳۰ سال اخیر انجام گرفته است ولی همه با کمک‌های فنی بین‌المللی انجام شده است یعنی بسیاری از طراحی‌ها و آنالیزهایشان توسط تیم خارجی انجام می‌شود و خودشان فقط به گردآوری داده‌ها اقدام می‌کنند. ولی در این مطالعه و نیز مطالعه قبلی، درست است که ما از مشورت بین‌المللی استفاده کرده ایم ولی تمام پتانسیل داخلی خود را چه در اجرای کار، چه در آنالیز کار، چه در مشورت‌های علمی و کمیته‌های علمی نیز به کار گرفتیم. کسانی در جمع حضور دارند یا عضو کمیته علمی بوده‌اند که در خصوص طراحی کار با آنها مشورت کردیم، یا در داخل ادارات از آنها کمک گرفتیم. آنچه مهم است این است که این داده‌ها، داده‌های با ارزشی هستند. از یک طرف در سطح بین‌المللی ما متعهد به ارزیابی شاخص‌های MDGs هستیم، من فکر می‌کنم ما ۱۹ شاخص بین‌المللی را محاسبه کردیم که ملزم به گزارش آنها در سال ۲۰۱۰ بوده ایم. وقتی ما در جلسه تدوین گزارش MDGs حضور یافتیم، چیزی برای ارزیابی نداشتیم تنها یک سری داده‌های قبلی بود و به خصوص در بخش بهداشت چیزی برای ارزیابی که در سطح بین‌المللی قابل مطرح شدن باشد نداشتیم و خوشبختانه این برآوردها برای سال ۲۰۱۰ موجود است و امیدواریم برای ۲۰۱۵ هم بتوانیم این برآوردها را انجام بدهیم. بنابراین ما به یکی از الزامات خود که تعهدات بین‌المللی بود، عمل کرده ایم. شاخص‌های MDGs شاید در ظاهر آن‌طور که باید به نظر نیایند ولی مهمترین شاخص‌هایی هستند که نمایان‌گر بخش‌های توسعه‌ای از جمله سلامت هستند. از نظر کشوری نیز، تمایل و اصرار ما بر این بوده که این شاخص‌ها را در سطح استانی و حتی دانشگاهی و شهرستانی محاسبه کنیم ولی پتانسیل پیمایش در حدی است که هرچه بخواهیم دامنه جغرافیایی را کم کنیم، ممکن است هم به کیفیت لطمه بزند و هم به

وسعت کار. یکی دیگر از ویژگی‌های این شاخص‌ها چنان‌چه گفته شد این است که صرفاً شاخص‌های سلامت نیستند. اینکه ما همواره عنوان می‌کنیم که سلامت جزئی از بخش‌های توسعه‌ای است در این شاخص‌ها قابل مشاهده است و می‌تواند زبان گفتگویی برای ما در جلسات بین‌بخشی، جلسات شورای عالی سلامت و جلسات شورای استان باشد. این شاخص‌ها مبنایی برای برنامه‌ریزی و برای ارزشیابی ما می‌شوند. یکی دیگر از ویژگی‌های این شاخص‌ها این است که شاخص‌های پیامد هستند، یعنی ما حاصل تمام کارکردهای بخش‌های توسعه‌ای است که به مرگ کودکان، یا سواد یا برخی ریسک‌فاکتورها می‌انجامد. ما در این شاخص‌ها، شاخص‌های فرایند را کمتر داریم و بیشتر شاخص‌ها، شاخص‌های پیامد نظام سلامت یا بخش‌های توسعه هستند. بنابراین مبنایی برای ارزشیابی برنامه‌های ما می‌شوند. شاید لازم باشد در ادامه این کار، در سطح ملی چهارچوب اجرایی و مداخلاتی را تعریف کنیم و فعالیت‌های خود را مثلاً برای پنج سال دیگر برنامه‌ریزی کنیم، اگر شاخصی وضعیت مطلوبی ندارد مانند سزارین که یکی از مشکلات ما است، چه کارهایی باید در درون بخش سلامت و خارج از بخش انجام بگیرد؟ یا مثلاً آگاهی از ایدز، باید تبدیل به برنامه شود. اگر این اطلاعات تبدیل به برنامه نشوند سیکل خود را طی نکرده‌اند بالاخره اگر منجر به استفاده و برنامه‌ریزی در سطح مدیریتی خاص خود نشوند، ابتر خواهند ماند.

نظرات شرکت کنندگان

- من وقتی به عنوان یک کارمند بهداشتی در عرصه به دستاوردهای مطالعه نگاه می‌کنم کار دیگری که برای ما خیلی مورد استفاده است بحث Accuracy نظام‌های جاری مراقبت ما است، به عنوان مثال در خصوص واکسیناسیون بحث جالبی بین همکاران مرکز مدیریت بیماری‌ها و همکاران اجرایی مطالعه صورت گرفت و منجر به این شد که برخی از شاخص‌های خود را بازبینی کنند و در حال بررسی هستند تا ببینند در کدام نقطه کشور پوشش واکسیناسیون کمتر است. مطالعه‌ای در این خصوص در حال طراحی است. همچنین علاوه بر اینکه شاخص‌های این مطالعه از جنس پیامد Outcome هستند، شاخص‌های ریسک فاکتور نیز به حساب می‌آیند. کمی عملیاتی‌تر بگویم، همه همکارانی که دور این میز نشسته‌اند احتمالاً با «مرگ مادر» مواجه و درگیر هستند. مثلاً ما در استان مرکزی، یکی از فجایعی که باید برای پاسخگو باشیم، مرگ مادر است. به طور مثال، وقتی ما در کمیته استانی مرگ مادر شرکت می‌کنیم، آنچه معمولاً بررسی می‌کنیم علل Proximal منجر به مرگ مادر است. مثلاً قصور یک متخصص را پیگیری می‌کنیم، قصور بهورز، قصور ماما، دیر رساندن مادر باردار به بیمارستان و ... یعنی عواملی که ما به صورت Proximal می‌بینیم. اما واقعیت این است که اگر ما به این شکل کار کنیم، علل پشت سر موضوع را نخواهیم دید شاید ترس ما از این است که نمی‌توانیم اطلاعات آن را با اطلاعاتی که منجر به مرگ مادر شده است تلفیق کنیم. من با خودم فکر می‌کردم که در استان‌ها چه می‌توانیم بکنیم تا از این اطلاعات استفاده کنیم تا رویدادهایی را که بسیار برای ما مهم هستند از جمله مرگ مادر، مرگ نوزاد، مرگ کودکان زیر ۵ سال، یا حتی به صورت جزئی‌تر عفونت‌های بیمارستانی یا افتادن بیمار از تخت را بررسی بکنیم. به مطلبی برخورد کردم که فکر می‌کنم MIDHS خیلی می‌تواند به ما کمک کند، یکی از روش‌هایی که در حاکمیت بالینی ۱ مورد استفاده است Root Cause Analysis است که نشان می‌دهد چه عواملی منجر به وقوع یک حادثه بد در سلامت شده است. زیاد نمی‌خواهم وارد تئوری و

¹Clinical Governance

جزئیات و اینکه چه شیوه‌ای استفاده می‌کنند بشوم اما نکته‌ای که می‌خواهم اشاره کنم این است که بحث Root Cause Analysis و نحوه استفاده آن در DHS به چه شکل می‌تواند باشد؟ من دیاگرامی را به نمایش گذاشته‌ام که با استفاده از نرم‌افزار بررسی می‌کند که چه چیزهایی منجر به این می‌شود که یک رویداد^۱ مثلاً جراحی نابجا اتفاق بیفتد. یک مدل شبکه‌علیتی خیلی ساده را در نظر گرفته و با توجه به اصول Root Cause Analysis، علت‌های مختلف و رابطه آنها را با هم بررسی می‌کند تا دریابد که این رویداد با توجه به علت‌های موجود، با چه احتمالی ممکن است اتفاق بیفتد. چنانچه من مشاهده کردم طبق اطلاعاتی که ما در DHS داریم اطلاعات علت‌های اولیه موجود است به عنوان مثال، اگر مرگ مادر به عنوان یک رویداد در نظر گرفته شود یکی از علل، مراقبت دوران بارداری است که در DHS موجود است و می‌توانیم از آن استفاده کنیم. اما یک سری علل دیگر وجود دارند و من از مجریان طرح درخواستم این است که در صورت امکان داده‌های آن را در اختیار قرار دهند، عللی که شرطی^۲ است که در مراحل جلوتر است و با رویداد نهایی ارتباط پیدا می‌کند. اینها رویدادهای شرطی^۳ یا علل شرطی هستند که اتفاق می‌افتند و ما اگر بخواهیم از این مطالعه اطلاعات مربوط به این دسته از علل را بدست آوریم بایستی پرسشنامه‌ها یا بانک داده^۴ اصلی را داشته باشیم. که فکر می‌کنم در این صورت ما می‌توانیم در استانها بحث‌های حاکمیت بالینی و مرگ مادر را عمیق‌تر بررسی کنیم. این می‌تواند خیلی کمک‌کننده باشد که ما در کجا بیشترین مداخله را انجام دهیم که بیشترین تاثیر را داشته باشد. در نتیجه کاری که هم در حوزه بهداشت و هم درمان می‌تواند موثر باشد همین Root Cause Analysis است که برای بانک داده آن DHS می‌تواند خیلی کمک کند.

^۱ Event

^۲ conditional causes

^۳ conditional events

^۴ Data set

- من ملاحظه کردم که در این مطالعه خیلی تلاش شده است که داده ها را از منابع مختلف گردآوری کنند تا امکان مقایسه وجود داشته باشد. این واقعا ضرورت تکرار این مطالعه را نشان می دهد که مثلا IMES دارای چارچوب نمونه گیری متفاوتی است و به سختی می توانید شاخصی را پیدا کنید که با DHS مقایسه اش نماید. بنابراین روند این قضیه خیلی حیاتی است و من نمی دانم چه تدبیری می توان اندیشید که دولت های بعدی هم مطالعه DHS و نیز سایر مطالعات اقماری را پیگیری کنند. دومین مطلب این است که در این گزارش، فاصله اطمینان ادر هیچ کدام از تخمین ها وجود نداشت. بنابراین عملا من نمی توانستم بگویم که تفاوت هایی که شما عنوان می کنید، آیا واقعا تفاوت است یا ناشی از نمونه گیری است یا آن چیزی که واقعا اتفاق می افتد. گزارش DHS در این یک قسمت خیلی جدی نیست. ما به فاصله اطمینان در تخمین ها احتیاج داریم تا دریابیم که این تفاوت ها و تغییرها چقدر واقعی است و چقدر به نمونه گیری ربط دارد (در این مطالعه مدلسازی که انجام نشده است؟). نکته دیگر این است که لزومی ندارد که نمونه گیری ما دارای یک Representative level باشد که بتوانیم تخمین انجام دهیم. علتش این است که وقتی شما نمونه گیری خوشه ای انجام می دهید و احتمالا نمونه گیری خوشه ای سیستماتیک^۲، یک توالی از یک نمونه گیری خوشه ای خود یک نمونه گیری خوشه ای است. بعلاوه اینکه اگر ما مدل سازی هایی مثل special temporal model را مورد توجه قرار دهیم و تخمین هایی انجام دهیم، در سطح شهرستان چون از همدیگر قرض^۳ می کنند می توانند حتی تخمین هایی در سطح شهرستان به شما ارایه دهند که در بار بیماری ها نیز قابل استفاده است. اما انگیزه اصلی من برای این صحبت ها این است که وقتی DHS سال ۲۰۰۰ یا ۱۳۷۹ انجام شد، کار زیادی انجام گرفت، چارچوب نمونه گیری خیلی بزرگی داشت، ۶۰۰۰۰۰ نفر جمعیت و ۱۲۰ هزار خانوار را در بر می گرفت ولی متاسفانه بهره ای که ما باید از داده ها می بردیم، نبردیم. به دلیل اینکه دوستانی که آن را انجام دادند به عنوان یک گنج در

^۱uncertainty interval

^۲systematic cluster sampling

^۳borrow

جیب خود نگه داشتند تا زمانی که داده منقضی شد و الان تنها خاصیتی که دارد این است که اگر ما بخواهیم روندی استخراج کنیم، اگر داده را پیدا کنیم کنار این داده‌ها بگذاریم، می‌توانیم روند را پیدا کنیم. من امیدوارم که جریان این DHS، متفاوت از جریان DHS قبلی باشد. واقعیت این است که اگر این داده‌ها در اختیار محقق قرار نگیرد از بین می‌رود. با بیان یک داستان کوتاه به صحبت خود پایان می‌دهم: چندی قبل ما برای مطالعه بار بیماری‌ها به دنبال داده بیمارستان بودیم و می‌دانستیم که وزارت بهداشت داده‌هایی به اسم Admission Discharge^۹ دارد که ADS^۹ به آن می‌گویند، خدمت جناب آقای دکتر ریاضی و دکتر بیطرف رسیدیم و سخاوتمندانه اطلاعات را در اختیار ما گذاشتند ولی ما دیدم که هیچ کدام از این داده‌ها را نمی‌توانیم استفاده کنیم. و ما داریم داده را دوباره از سطح محیط جمع آوری می‌کنیم. با دلخوری به دکتر ریاضی نگاه کردم که این چه داده‌ای است که وزارت بهداشت دارد؟ ایشان حرف خیلی قشنگی زدند که تقصیر شماهاست! شماها که استفاده نمی‌کنید. اگر از داده استفاده نشود، داده خواهد مرد. بنابراین من خواهش می‌کنم که در کنار این بسته‌هایی که تهیه می‌کنید از طرف معاونت بهداشتی وزارت متبوع که حقوق معنوی اطلاعات را دارد و موسسه ملی تحقیقات سلامت، سیاستی هم برای نحوه استفاده از داده‌ها نوشته شود.

- این مطالعه کار بسیار جالبی است و من از نزدیک شاهد بودم که تلاش بسیار زیادی صورت گرفته است. به هر حال بحث داده و اینکه هر چند سال یکبار مطالعه DHS و یا مطالعات مشابه باید صورت بگیرند و با هم به رقابت پردازند یک طرف قضیه است و کاربرد و استفاده از داده‌ها مقوله دیگری است. بنابراین عرض بنده در این باره است که ما چگونه از این داده‌ها استفاده کنیم؟ برای عزیزانی که از استانها برای این کار زحمت کشیده‌اند، یک استفاده‌اش برای استان‌های خودشان است. وقتی این داده‌ها تفسیر استانی دارند، می‌شود در برنامه سلامت استان‌ها این داده‌ها را به کار گرفت و همین حالا نیز نظامنامه برنامه ریزی در سطح استان‌ها در حال ابلاغ است. بنابراین این فرصت برای استان‌ها است که از داده‌ها (حداقل آن‌هایی که تفسیر استانی دارند) بتوانند استفاده کنند. اما در سطح ملی آن چه که می‌تواند در کوتاه مدت اتفاق بیافتد،

استفاده از این داده ها در تک تک واحدهای وزارت بهداشت است. حدود بیش از ۱۰۰ برنامه در معاونت بهداشتی داریم که این برنامه ها علی القاعده هر ۵ سال یک بار بایستی ارزشیابی شوند تا معلوم شوند که منابع مالی که ما هر ساله برای این برنامه ها صرف می کنیم، چقدر ما را به نتیجه نزدیک می کند. قضاوتی در مورد اینکه چه تعداد از این برنامه ها طی ۱۰ یا ۱۵ سال گذشته ارزشیابی شده اند، ندارم اما فکر می کنم داده های DHS این فرصت را ایجاد کرده است که بتوانیم برای این ۱۰۰ برنامه ارزشیابی داشته باشیم تا اینکه بتوانیم برای هر یک از این موضوعات، برنامه ریزی های آینده را ترتیب دهیم. البته نکته ای که در ارزشیابی برنامه های معاونت بهداشتی وجود دارد این است که قضاوت خیلی با عدالت و درستی صورت بگیرد تا اگر شاخصی به سمت بدتر شدن یا بهتر شدن پیش می رود مشخص شود که کدام دسته از مداخلات باعث بدتر یا بهتر شدن آن بوده است. یا اینکه این داده، محصول کار وزارت بهداشت بوده است یا نتیجه کارهایی که در سایر بخش ها انجام شده است. بنابراین یکی از استفاده ها این است که جدای استفاده کلان از برنامه DHS، در هر یک از واحدها مانند شیر مادر، داده ها برای ارزشیابی برنامه ها به کار گرفته شوند. نکته آخر هم درباره ضرورت تکرار این مطالعه و مطالعات مشابه است. لازم است که یکبار برای همیشه تقویم پیمایش های ملی تدوین و مصوب شود. بالاخره تغییر مدیریت ها باعث می شود که برنامه فراموش شود یا تغییر کند و سال های اجرای این پیمایش ها جابجا شود و نتوانیم از داده های مربوطه استفاده کنیم.

- راجع به DHS، چنان چه مستحضری در ۱۰ سال گذشته در هیچ کشور پیشرفته ای در دنیا DHS انجام نشده است. یعنی DHS نه تنها خاص کشورهای در حال توسعه بلکه خاص کشورهای محروم دنیا است. شاید بیشتر DHS هایی که در ۲۰ سال گذشته هر ۵ سال یک بار تکرار شده است مربوط به کشورهای آفریقایی و بیش از همه کشورهای موراگو و اتیوپی است و دلیل اینکه این کشورها از مشاوره های بین المللی خیلی بهره بردند این است که آنها پتانسیل اجرای DHS را ندارند. اما من امیدوارم که ۵ سال بعد

ما جای D و S و H را عوض بکنیم و ۱ HDS انجام بدهیم و یا ۲ SDH. قبول دارم که الزامات و شکاف‌هایی بوده است. ما در مرحله انتقال^۳ هستیم هر چند این بحثی است که وزارت بهداشت باید پاسخگو باشد، جناب آقای دکتر رشیدیان با صلابت هر چه تمام کار بسیار جالبی را انجام دادند و این جای بحث ندارد. ولی یادمان باشد که DHS شاخص‌های ترسیم سیمای سلامت در یک کشور محروم و کمی تا قسمتی در حال توسعه است. ذات DHS این گونه است. سابقه DHS‌های گذشته دنیا را در مقطع ۲۰ سال قبل که بررسی کردم کمتر کشور توسعه یافته‌ای را دیدم که DHS را بخواهد در فاصله ۵ سال انجام دهد. کشور ترکیه یک DHS در ۱۰ سال گذشته داشته است. پس این موضوع جای بحث در سیاستگذاری وزارت بهداشت دارد. مشکل ما و شماست که تا چه حد ضرورت دارد و DHS تا چه حد مورد نیاز ماست؟ یا اینکه به موضوع از سمت دیگری نگاه کنیم. راجع به اینکه حالا از DHS چه استفاده‌ای شود، شکاف‌هایی را برخی از دوستان اشاره کردند. بالاخره ما یک سیستم گزارش‌دهی ۴ و یک سیستم مراقبت داریم. شاید در یک نگاه کلی به شاخص‌های روستایی خیلی کمکی نکنند. (برخی از شاخص‌ها را ما نداشتیم و DHS کمک خیلی خوبی توانست به احصای آنها بکند که جای تحسین دارد)، تدبیر آقای دکتر رشیدیان در مورد ترکیب دو مطالعه کاردرستی بود، شاید بتوانیم ادعا کنیم که شاخص‌هایی که داریم، (برخی از شاخص‌های اصلی مثل مرگ و میر کودکان زیر یک سال، نوزادن، مادران و ... خیلی از این شاخص‌ها به خصوص در مناطق روستایی، حتی شاخص‌های بهداشت محیط، جمعیت، تنظیم خانواده، و بسیاری از شاخص‌های روستایی ما) اگر دقت‌اش بیشتر از DHS نباشد، کمتر از آن نیست. اما در مناطق شهری می‌پذیریم که خیلی از این شکاف‌ها را پر کرده است، جایکه در آن مشکلات داده‌های ما زیاد است و DHS در بخش شهری ما خیلی کمک‌کننده است. تعمیم‌پذیری را دوستان اشاره کردند،

^۱Human Development Survey

^۲Social Determinants of Health

^۳ Transition

^۴Reporting System

روش هایی را می توان استفاده کرد ولی فعلا سطوح، استانی است. در بحث گذار باید اشاره بکنم که یادمان باشد، ما اگر Health Transition, Epidemiologic Transition در نگاه کلی، و Demographic Transition دو مولفه دموگرافیک و اپیدمیولوژیک را ببینیم و به سه دوره تقسیم کنیم، ایران بر اساس شاخص هایی که دارد در یک سوم پایانی دوره انتقالی است. بنابراین ما امیدواریم انشا... این اتفاق بیفتد و یک جاهایی ساز معکوس نرمیم. که یکی از مواردی که جای بحث دارد هرم جمعیت ماست، آیا هرم جمعیت ما گویای این است که ما به قید فوریت بحث تنظیم خانواده را تعطیل کنیم؟ تهدیداتش جدی است، شما می بینید آرام آرام این قاعده رخ میدهد و همین جای تامل جدی دارد. DHS اگر هیچ کاری هم نکرده باشد، همین بحث و نقدی که اینجا ایجاد می کند جای تامل جدی دارد. شکاف هایی که الان وجود دارد، نیاز به کار تحقیقاتی بیشتری دارد. ادارات کل ما، وزارت بهداشت ما، دیرخانه تحقیقات کاربردی، معاونت پژوهشی وزارت خانه تا چه حد پای این کار هستند و حاضرند در سطوح ملی و یا منطقه ای و استانی از طرح های تحقیقاتی حمایت کنند. حتی به اعتقاد من پایان نامه های تحقیقاتی، پایان نامه های دانشجویی post graduate را می توان به این سمت هدایت کرد که بخش عمده و فضای خیلی خوبی است. دنیایی از داده وجود دارد و این داده، سوژه و عنوان برای کار های تحقیقاتی، برای پایان نامه ها و یک بخشی برای خود وزارت بهداشت است. اگر بخواهیم این کار استمرار پیدا بکند، یکی از دلایلی که دوستان اشاره کردند سیمای سلامت، DHS، انیس ۱، انیس ۲، ریز مغزی ها و خیلی از طرح های دیگر، استمرار پیدا نکرد در حقیقت به این دلیل بود که متولی نداشت، اعتباری نبود، کمیته ای نبود، به هر حال کسی نبود که با قاطعیت طرح را جدی بگیرد. حالا این آهنگ میمونی است که به نقد گذاشتید و نظر همه را جمع کردید این حسن کار است که انشا... استمرار پیدا بکند. راجع به بحث ضرورت تکرار خیلی اشاره نمی کنم. راجع به شاخص ها یکی از دوستان اشاره کردند، ما آهنگ بهبود خیلی از شاخص هایمان از سال ۱۳۳۵ است. بعضی شاخص ها از سال ۱۳۵۲، برخی از ۵۷ است. ببینید مرگ و میر کودکان زیر یک سال که ۱۰ سال قبل (۱۰ سال قبل از DHS کنونی) ۲۸ بوده است، در سال ۵۶، ۱۲۰ در یک صد هزار بوده است و ۱۰ سال

قبل به ۲۸ در یک صد هزار رسیده است. بنابراین آهنگ رشد ما تنها طی ۵ سال گذشته نیست. راجع به شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۳۵ تا کنون، تقریباً هر ۵ سال ۲ سال به امید به زندگی ایرانیان اضافه شده است و این آهنگ رشد را وقتی نگاه می‌کنیم از ۱۳۳۵ به بعد است بنابراین، آن نکته، نکته درستی بود که در تحلیل شاخص‌ها دقت بکنیم که زحمات گذشتگان در روند شاخص‌ها را توجه بکنیم.

پاسخ سخنران: از آنجایی که جمع حاضر، جمع صاحب نظران است و ساعت‌ها می‌توان نشست و بحث کرد. ما در برنامه خود یک سمینار دو روزه در نظر گرفته ایم که وارد بحث فنی ریز شویم، علاوه بر این قصد داریم در آن سمینار مجریان چند پیمایش ملی دیگر کشور هم در جمع حضور داشته باشند که هم بحث فنی این مطالعات و هم برنامه ریزی‌های جدی و اشتراک داده^۱ و ... را هم پیش ببریم ولی من خواهم این است که اگر چند نکته را برای ارایه نظر یادداشت کرده اید به یک نکته که مهم تر است اشاره بفرمائید.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

• مطالعه ای که انجام شده است، نمونه گیری بوده است، آمارهایی که داریم سرشماری است و این به ما نشان داد که حتی زیج ما اشکال دارد. بارها ما زیر سوال رفته ایم که مثلاً چرا شاخص مرگ نوزاد ما در زیج حیاتی بالاست؟ ولی از طرف دیگر ما می‌بینیم که آمار ما واقعا درست بوده و ما نمی‌توانیم خیلی امید به آمارهای جاری و سرشماری‌هایی که به دست ما می‌رسد داشته باشیم. نمونه گیری دقیق تر نشان دهنده این امر است. یک مساله دیگر این است که آیا میزان پوشش بیمه و شناسنامه برای افغانستانی‌ها لحاظ شده است یا خیر؟

پاسخ سخنران: این مورد را اشاره سریعی داشته باشم، در شاخص‌هایی که در آن ملیت نقش اساسی دارد، فقط ملیت ایرانی لحاظ شده است (ملیت سرپرست). در شاخص‌های دیگر، یعنی در جایی که ملیت هیچ تاثیری نمی‌گذاشت، کل نمونه را آورده ایم، جایی که تست می‌کردیم و تاثیری نداشت. در جاهایی که اهمیت برنامه‌ریزی دارد نیز بحث افغانستانی‌ها جدا شده است. اما این مطلب را نیز خلاصه بگویم، چون در گزارش نبود،

^۱Data Sharing

کلا شاخص‌های مراقبت بهداشتی از مهاجران داخل کشور که اکثریت اهالی افغانستان بودند، در حد خوبی است. شاید در موقعیتی وزارت بهداشت بتواند شاخص‌های مهاجران را روی میز بگذارد و نشان دهد که جمهوری اسلامی خدمات را ارابه می‌دهد و سطح خدمات نیز قابل توجه است. یک مقدار پایین تر است ولی خیلی بهتر از چیزی است که ممکن بود تصور کنیم.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- اگر قرار است چنین سیستمی به عنوان یک ساختار در چند سال آینده تکرار شود، فکر می‌کنم مهم‌ترین عامل این پرسشگری، پرسشگرها بوده‌اند. اگر ما قرار است سیستمی داشته باشیم که سلامت جامعه را بطور مداوم دیده‌بانی کند، ما نیاز به پرسشگرهای متخصص داریم. شاید بیشترین ضربه‌ای که ما خوردیم از آموزش و عدم هماهنگی با افرادی بود که با مقوله سلامت و سوال‌های فنی واحدها آشنایی نداشتند. یک سوال که برای خود من خیلی مهم است و غبطه می‌خورم که کارهایی که ما انجام می‌دهیم به نتیجه‌نهایی نمی‌رسد این است که ما در وزارتخانه برنامه‌هایی داریم که پیشرفت آنها با شاخص‌هایی سنجیده می‌شوند. یا ما باید شاخص‌هایی را به این شکل تعریف بکنیم که برنامه‌هایمان را بر اساس شاخص‌ها تدوین کنیم یا اگر برنامه‌ای در وزارتخانه تدوین می‌شود شاخص‌هایی را پایش کنیم که مورد نیاز این برنامه‌هاست. متأسفانه من در این DHS این وزنه را ندیدم. به هر حال اگر ما برنامه‌هایی را در سطح وزارت بهداشت اجرا می‌کنیم، شاخص‌هایی که با این زحمت جمع‌آوری می‌شوند باید جوابگوی آن برنامه‌ها باشند. در صورتی که خیلی از شاخص‌های ما بی‌جواب می‌ماند. به برخی از شاخص‌ها خیلی به ریز و به دقت پرداخته شده مانند ماندگاری دانش آموزان در مدارس، در صورتی که در شاخص‌هایی مثل سالمندان که گذار جمعیتی ما به آن سو است و ما انتظار داریم که با یک پیش‌بینی وضعیت سالمندان مان را بدانیم، در حال حاضر شاخصی وجود ندارد. از یک طرف آن قدر بحث برابری جنسیتی را مطرح کرده‌ایم که از سلامت مردان غافل شده‌ایم. در بحث‌هایی مثل اعتیاد یا حوادث ترافیکی بیشترین گروه هدف مردان هستند که هیچ سوالی راجع به سلامت مردان در این پرسشنامه ندیدم. توصیه می‌شود این پرسشگری‌ها یک آینده‌نگری به

سوی برنامه‌هایی که ما در آینده انتظارش را داریم داشته باشد. یک بحث دیگر که به عنوان نماینده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مطرح می‌کنم این است که جمعیت دانشگاه شهید بهشتی با جمعیت بسیاری از کشورها برابری می‌کند و یا شاید بیشتر است، چرا نمی‌شود برخی شاخص‌ها مثل مرگ و میر را در این استان اعلام کنیم و این شاخصی است که ما نمی‌توانیم در آن خود را با استان‌های دیگر مقایسه کنیم یعنی نیاز داریم که داده استان خودمان را داشته باشیم.

- پیشنهاد این است که از مسوولین و اساتید بخواهیم انجمن‌های دانشجویان پزشکی را در مورد تصویری که باید از این شاخص‌ها داشته باشند و مداخلاتی که باید برای این شاخص‌ها صورت بگیرد، جدی بگیرند و بدانند که بسیاری از دانشجویان هستند که دوست دارند در سیستم سلامت فعال و تاثیر گذار باشند و اینکه همین دانشجویان هستند که فردا مسوول سیستم بهداشتی خواهند بود.

- می‌خواهم اشاره به جلسه‌ای دو سال پیش در دفتر جناب آقای دکتر مصداقی نیا داشته باشم در این خصوص که آیا این مطالعه انجام شود یا خیر؟ بحث بودجه بود و اساتیدی که حضور داشتند توضیح دادند و آقای دکتر با سعه صدر پذیرفتند که این مطالعه انجام شود و تامین اعتبار نمودند و انجام شد. خواهش من این است که هر چند کار، بسیار سنگین بوده و انجام آن جای تبریک دارد ولی احساس نکنید که کار تمام شده است به دو معنی: یکی اینکه این مطالعه نیاز به تکمیل دارد. شما اینجا داده‌هایی را دارید که بسیار شبیه به داده‌های خام است مثلاً کم وزنی‌ها یا شاخص‌های مرگ. مثلاً در مورد کم وزنی ما یک کم وزنی هنگام تولد داریم که با یک شاخص کمتر از ۰.۰۷٪ مواجهیم که تا ۱۸ ماهگی خودش را نشان می‌دهد. اگر ما جمعیت را طبقه بندی کنیم، ببینیم که قبل از ۲ سال و بعد از ۲ سال تاثیر این کم وزنی هنگام تولد، روی کم وزنی ما چگونه است، می‌شود مداخله را انجام داد. و خواهش من این است که این را به ادارات نسپرد، ما اینقدر مسایل جاری و مختلف داریم که به این موضوعات نمی‌پردازیم. من خواهشم این است که از همان کمیته‌های علمی استفاده

¹Stratify

کنید و مطالعات بعدی روی مواردی که از این داده می توان استفاده کرد انجام شود. مطالعاتی که به ادارات پیشنهاد می شود اعتبار آن نیز تامین شود. پیشنهادی هم برای تکرار این مطالعه دارم، مطالعه قبلی ما مربوط به ۱۰ سال پیش است و مطالعه بعدی بعد از ۱۰ سال انجام خواهد شد. الان هم همه شک داریم که این مطالعه بعدها انجام بشود یا نه؟ خواهش من به عنوان یک مصوبه شورای عالی سلامت این است که DHS هر ۵ سال یک بار منابع اش از منابع ملی تامین اعتبار شود تا قابل انجام باشد. در مورد اینکه کشورهای پیشرفته DHS انجام نمی دهند، شما اگر به داده هایی که WHO بر اساس آن به رتبه بندی کشورها می پردازد نگاه کنید، می بینید با نقاط بسیار زیاد خالی مواجه می شوید که این مطالعه، آن نقاط خالی را پر می کند. چرا کشورهای پیشرفته این مطالعه را ندارند؟ برای اینکه داده های جاری آنها، داده های قابل اتکایی است. اتفاقاً تمام این شاخص ها را آنها هم دارند، تمام شاخص هایی که در این DHS است، کشورهای دیگر به عنوان گزارشهای سالانه منتشر می کنند چون داده هایشان داده های با کفایتی است. ان شاء... به جایی برسیم که ما هم بتوانیم داده جاری مان را به این کفایت برسانیم.

پاسخ سخنران: به نکته ای که دوستان اشاره کردند، جواب می دهم برای اینکه مجدداً مورد سوال نشود، در معاونت بهداشت روی تقویم پیمایش ها کار می شود. شورا/ کمیته فنی دیده بانی سلامت کشور ذیل دستوری که مقام محترم وزارت داشته اند تشکیل شده است و جزء اولویت دستور کارهایش، تقویم مطالعات میدانی کشوری است، در واقع بنده به عنوان یک محقق مطمئن نیستم که ما ۱۰ سال دیگر DHS می خواهیم یا نمی خواهیم. من نمی گویم که ما نمی خواهیم، مهم ماژولها هستند. ما ماژولهایی داریم که حتی اگر توسعه یافته ترین کشور هم باشی لازم داری، بعضی ها هم بسته به شرایط است. می خواهم بگویم که این بحث جزء الگو است و یک پروژه پژوهشی هم در همین شورای اخیر پژوهشی موسسه مطرح شد و تیم هایی درگیر همین مساله هستند. امیدواریم که در همین دوره وزارت فعلی، تقویم مطالعات میدانی کشور به جایی برسد تا بالاخره کارهایی که در این چهار سال انجام شده به گونه ای جمع آوری شود.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- من نگاهی به این کتاب کردم که بتوانم استفاده کنم، نوشته است که این داده‌ها کاملاً محرمانه است و پاسخ‌های شما با هیچ‌کس به جز اعضای تیم در میان گذاشته نخواهد شد. نکته دیگری که وجود دارد، این مطالعه و خیلی از مطالعات دیگر مجوز کمیته اخلاق نمی‌گیرند. لذا با توجه به عدم وجود رضایت آگاهانه، یک مقدار بحث‌هایی که برای استفاده از این داده‌هاست محدود می‌شود به خاطر اینکه کمیته اخلاق در کشور ما مستقل نیست و خود وزارت بهداشت کمیته اخلاق دارد و خودش هم تامین اعتبار می‌کند، احتمالاً می‌شود قانونی گذاشت که این مشکل حل شود. من خواهم این است که این را جدی ببینید چون این بانک داده خیلی به درد کشور خواهد خورد. وقتی می‌خواهید مقاله‌ای از این مطالعه چاپ کنید خیلی از مجلات حتی متن رضایت آگاهانه ۱ را از شما می‌خواهند. بهتر است که راهی پیدا کنیم که مساله مالکیت داده حل بشود که بتوانیم بیشتر استفاده کنیم.
- آقای دکتر به مطلبی در مورد بیمه و پوشش بیمه اشاره کردند. من فکر می‌کنم عدد ۷۴ درصدی که در آنجا اشاره شده مجموع بیمه پایه و مکمل بود و پایه ۷۰٪ بوده است (پاسخ سخنران: ۸۳٪ پوشش بیمه پایه است. بیمه همزمان یعنی بیش از یک بیمه پایه ۵٪ است). در مطالعه‌ای که مربوط به بهره‌مندی سال ۱۳۷۷ بوده چنین گزارش شده است. در آن موقع فاصله بسیار زیادی بوده بین عدد ۷۰٪ و ۹۱٪ که در کشور اعلام می‌شد و در مطالعه‌ای حتی ۱۰۷٪ گزارش کردند و طی ۵ سال مختلف به این نتیجه رسیدیم که همه عدد یکسان گزارش می‌کنند و با تغییر جمعیت ۱۰۷٪ ثابت می‌ماند. این مطالعه با صرف منابع زیادی انجام می‌شود، منابع را فقط پول نمی‌بینم به خاطر اینکه وقتی آقای دکتر رشیدیان و دوستان اقدام به انجام این کار می‌کنند، نیروی انسانی ما برای کارهای دیگر کم می‌شود. تا موقعی که ما برای نیازهای تحقیقاتی مان اینقدر آدم پرورش نداده ایم واقعا من جای محققین حرفه‌ای را خالی می‌بینم، یعنی محقق‌هایی که فقط از راه تحقیق زندگی کنند، که تعداد آنها خیلی کم است. همه افراد ما کاری انجام

می دهند و کار دوم یا سوم و یا گاهی اوقات کار پنجم آنها تحقیق است و این خیلی جای سوال دارد که چرا در کشور این اتفاق نمی افتد و چرا جمع های تحقیقاتی که اتفاق افتاده دائما پراکنده می شوند. الان آقای دکتر یک گروهی را جمع کرده اند و خیلی خوشحالم و انتظارم این است این گروه خیلی بزرگ شود. و این پراکندگی و قطعه قطعه بودن ما که هم در تامین مالی مان هست و هم در ارایه خدمتمان است و در تحقیقمان دارد اتفاق می افتد، خوب نیست. واقعا جای مرکزی که باید همه این ها را مدیریت کند کجاست؟ و ارتباطش با سیاست مداران و کسانی که از داده استفاده می کنند چگونه است؟ من به گذشته که نگاه می کردم، می دیدم ۵۰ سال است اولین قدم ما دسترسی است یعنی اولین هدفمان است و از اهمیت اش هم کم نشده است. دائما هم داده های تعداد ارایه می دهیم. این تعداد هر چقدر که هست واقعا عمق پوشش بیمه ما کجا قرار دارد؟ به نظر می رسد که ما حتی جایی نداریم که سیاست ها به طور منسجم اولویت بندی شوند و سال به سال درصد اولویت ها تغییر نکند. تا کی ما باید به دنبال دسترسی باشیم؟ روی دیگر دسترسی نیز سوء مصرف ۱ است که دارد اتفاق می افتد و کلی از منابعمان هدر می رود. یعنی من وقتی به وزارت بهداشت نگاه می کنم واحد سیاستگذاری یا برنامه ریزی اصلا نمی بینم. کم است یا کوچک است یا ابزار دستش نیست. چه کار ما باید بکنیم که این اتفاقات ثابت شوند؟ اگر واقعا نیاز به محقق داریم، آن محل کجاست؟ چرا قدش اینقدر کوتاه است؟ چرا این آدم ها دور هم جمع نمی شوند؟ و این باعث شده که ما به طور دائم سیاست های خود را تغییر ندهیم. آقای دکتر مثالی راجع به سزارین زدند، من خاطرم است وقتی شاخص های کیفی آمریکا را بررسی می کردیم شاخص کیفیت کار متخصص زنان این بود که به چه تعدادی از کسانی که سزارین داشته اند برای نوبت بعدی زایمان اجازه زایمان طبیعی^۲ می دهد؟ این نشان می دهد وقتی ما کاری را انجام نمی دهیم جرات نمی کنیم قدم بعدی را برداریم. یا در مورد مراجعات اولیه ما، ما گاهی اوقات فقط کل مراجعات را اندازه می

^۱overuse

^۲Normal Vaginal Delivery

گیریم، نمی‌گوییم مراجعه در صد اثرش کجا بوده؟ محلش کجا بوده؟ خیلی از اتفاقاتی که ما الان هزینه آن را می‌پردازیم، اتفاقاتی است که باید در لاین‌های قبلی انجام می‌شده است. امیدوارم نتیجه امر، یک جایی برای این سیاستگذاری و از همه مهم‌تر بودجه مشخصی برای آن باشد. تا بلند این کار را کرده و درصد مشخصی از بودجه دولت را اختصاص داده که تغییر هم نمی‌کند. یک جای مشخصی و یک بودجه ثابتی وجود دارد. اگر قرار باشد هر سال و راجع به هر برنامه‌ای دعوا کنیم این اتفاق نخواهد افتاد. و بعد افرادمان پراکنده می‌شوند و می‌روند جاهای مختلف برای کارهای مختلف و از کارهای مهمی که برای کشور وجود دارد جدا می‌شوند و این اصلاً خوب نیست.

- تا جایی که من خاطرم است طی ۱۵-۱۰ سال اخیر چندین بار ساختار اجرایی وزارت بهداشت تغییر کرده است. یعنی فردی به یک باره کل ساختار را تغییر می‌دهد و پس از آن هم می‌رود. یا مثال همه یک باره در مورد تحول نظام سلامت^۱ یک حرکتی می‌کنند. هر چند دو صفحه مستند از اینها هم نمی‌توان بدست آورد. دوره ترتیب می‌دهند، بحث و گفتگو می‌کنند، ولی ناگهان خاموش می‌شود. البته خوشبختانه در ۲-۳ سال اخیر وزارت بهداشت حداقل یک شورای سیاستگذاری خیلی قوی چیدمان کرد و دوستانی که با کتاب نقشه تحول نظام سلامت روبرو شده باشند می‌بینند که به موارد بسیار زیادی به صورت اصولی پرداخته، سیاست‌ها را خیلی مشخص و معین کرده و برنامه‌هایی را مطابق با آن سیاست‌ها اعلام کرده است. ولی به هر حال همیشه جای کار بیشتری وجود دارد. در رابطه با پیمایش‌هایی که انجام می‌شود، پیشنهادی که شد در مورد مشخص کردن آنها، من بسیار خوشحالم و کارهایی در حال انجام است که انشا... ظرف چند ماه آینده نتیجه را اعلام خواهیم کرد.
- این یکی از نادر طرح‌های بزرگ اجرایی کشور بوده است که بعد از دو سال گزارش آن درآمده است. در جایی که نتایج حاصل از این مطالعه با جمع‌آوری داده^۲ و ثبت

^۱Health Sector Reform

^۲ Data Collection

داده اجباری ۱، تفاوت معنی داری دارد، جلسه ای تشکیل شود و راجع به اینها تصمیم سازی شود. بعضی از این شاخص ها مثلا تحصیلات آموزش ابتدایی کودکان ۱۰-۶ سال در برخی مناطق مثل سمنان میزان ورود به دوره ابتدایی در همه مقاطع ۱۰۰٪ است اما عدد خالص تکمیل دوره ابتدایی ۸۵٪ درصد است، علت آن چه می تواند باشد؟ برای بعضی از اطلاعاتی که به دست آمده است، می توان بر اساس نیاز کشور استخراج های جدید تری هم داشت مثلا درصد کودکانی که چاق هستند؟ ما کودکانی که دچار کم وزنی اند را سنجیده ایم. یا تماشای تلویزیون حداقل یک بار، چه تلویزیونی نگاه کرده اند؟

- هر بار گزارش های WHO منتشر می شود جای خالی بسیاری از داده های ایران را می بینیم، حال که چنین داده هایی منتشر شده اند به جای داده های خالی اعلام شود. چون کسانی که از بیرون نگاه می کنند فکر می کنند ایران آمار آب آشامیدنی بهینه سازی شده را ندارد که اعلام نمی کند. اگر رسماً این موضوع اعلام شود باعث سربلندی کشور ما خواهد بود. بحث بعدی در مورد داده هایی است که در گزارش میان دوره ای وجود داشتند و برخی از آنها تغییراتی کرده اند. آیا آن داده ها قابل استناد هستند یا خیر؟

پاسخ سخنران: از نظر قابلیت استناد، این گزارش و گزارشهای بعدی که با رفرنس مشخص منتشر میشوند قابل استناد اند. مطلب بعدی در مورد داده هایی است که در اینجا وجود دارد ولی متعلق به کار واحد خاصی نیست چون قاعدتاً این گزارش ها که منتشر می شوند، هر اداره ای داده های مربوط به خود، مثلا اداره کودکان، مادران ... را بر می دارد. ولی یک سری داده هایی بسیار ارزشمند اند ولی عملاً استفاده خاصی ندارند. مثلا وقتی ۲۷٪ زنان ما ازدواج نکرده اند و برای شهر و روستا آمار یکسانی اعلام شده است، من در برخی پایش هایی که داشتم می دیدم در بعضی روستاها تا ۵۰٪ زنان ازدواج نکرده اند که قاعدتاً یک معضل اجتماعی است. اگر برنامه ای باشد که چنین داده های مفیدی (که لزوماً

^۱ Data Registration

در سیستم سلامت به کار گرفته نمی‌شوند) به سازمان‌هایی ارایه شوند که باید برای حمایت‌های اجتماعی این گروه‌ها برنامه ریزی کنند.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- در انگلستان هر سال پیمایش انجام می‌شود منتهی هر سال حول یک محور خاص است. مثلاً یک سال سالمندان، یک سال بیماری‌های قلبی عروقی و... یا در امریکا نیز به همین. پس این پیمایش‌ها لازم است انجام شوند، منتهی اگر خانه‌های خالی گزارشهای WHO پر شوند ما هدفمند می‌توانیم برنامه ریزی کنیم. نکته دیگر در مورد اشتراک داده است. من مطمئنم با شناختی که از دیدگاه‌های جناب آقای دکتر رشیدیان دارم این امر را می‌تواند به خوبی ساماندهی کنند. مثلاً من وقتی به یکی از دفاتر وزارت بهداشت برای تحقیق مراجعه کردم، یک قرارداد مانند ترکمانچای جلوی بنده قرار دادند که اگر مقاله‌ای چاپ کردید باید اسم سه نفر از دفتر ما را به عنوان نویسنده در مقاله عنوان کنید، هر چند ما به اجبار امضا کردیم، ولی در کشورهای پیشرفته چنین نیست. خواهش من این است که در قسمت قدردانی طبقه‌بندی‌های استاندارد عنوان شود که این داده‌ها از کدام واحد اخذ شده است.
- تعاریفی که استفاده شده است، در برخی موارد تعاریف بین‌المللی بوده (در مورد آب یا فاضلاب)، و در برخی موارد تعاریف وزارت بهداشت به کار برده شده است. دلیل این امر و منطق آن چه بوده و اگر بخواهیم جای دیگری برای پژوهش دیگری از همین تعاریف استفاده کنیم، می‌توانیم به تعاریف این پژوهش اکتفا کنیم؟
- همه به تکاپو افتاده ایم که از این مطالعه چه استفاده‌ای می‌خواهیم بکنیم. برای اینکه از نتایج در سطح ملی استفاده خوب شود، یکی از شرایط لازم وجود داده است، شرط کافی وجود خیلی چیزهاست که در واقع خیلی از آن شروط وجود ندارد و تا وقتی هم که وزارت بهداشت خیلی جدی فکر نکند که آن شروط محقق شود ما باید افسوس این را بخوریم که از داده‌ای که فراهم شده چگونه استفاده کنیم. به طور خلاصه چیزی که در مورد آن نقص جدی در کلان‌نظام سلامت کشور وجود دارد، خود سیاست‌گذاری است. یعنی یک سیاست‌گذاری نظام‌مند، متدولوژیک که از یک نقطه مشخصی شروع بشود و به یک نقطه مشخصی ختم شود و در یک سیکل مستمر

ارزیابی و بهبود مستمر بیافتد. متأسفانه به عنوان یک دانش سازمانی در نهاد سیاستگذاری ما که وزارت بهداشت است، جا نیفتاده است. کمترین شاهدش این است که خیلی از تصمیماتی که وزارت بهداشت طی سال‌های گذشته گرفته است و در حکم سیاست‌های ملی است، نه مستندات کافی دارد و نه اصولاً شاخص‌هایی در آن معرفی شده است که قرار است این سیاست چه شاخص‌هایی را در سطح کشور تغییر دهد. قرار است که چه چیزی را به چه چیزی تبدیل کند. بالاخره سیاست عنوان می‌شود ولی اینکه سیاست قرار است چه چیزی را در جامعه ایرانی عوض کند هیچ کجا به روشنی و شفاف گفته نشده است. طبیعتاً اگر قرار است که مطالعات DHS که برای کشورهای خاص است به کار نبریم، بایستی اهداف خود را بشناسیم، به دنبال تغییرات جدی در حوزه سلامت کشور خود باشیم، برای اینها باید به تعداد کافی شاخص‌های تعریف کرده باشیم و داده‌های آنها را تا جایی که می‌طلبید از مطالعات و پیمایش‌های ملی مثل داده‌های DHS حاضر کسب کنیم.

- همه این داده‌های گردآوری شده و قرار است با تبدیل آنها به شاخص‌ها، نهایتاً برای سطح اجرایی به عنوان اولویت‌های سیاست‌های استانی عمل کنند. اگر قرار است اتفاقاتی برای وضعیت سلامت در سطح استان‌ها بیافتد بایستی خیلی از افراد کار کنند و خیلی از باکس‌های خالی پر شوند که این مطالعات و پیمایش‌ها می‌توانند اطلاعات ارزشمندی فراهم کنند، و افراد را مجاب کنند برای کمک به سیاستگذاری، تخصیص منابع و حتی در حوزه اجرا برای اینکه یک شاخص در استان که مرتبط با بخش سلامت توصیف می‌شود اما در نوع خودش بسیاری از زیرساخت‌های توسعه را دخیل می‌کند می‌تواند از آن استفاده کند. بنابراین ارتباط چنین مطالعاتی با اسناد بالادستی مانند نقشه جامعه علمی کشور، نقشه علمی سلامت و گره خوردن آنها با هم توجیه اجرایی و تداوم آن را بیشتر می‌کند. بنابراین خواهش من این است که اگر این امکان وجود داشت، که قطعاً وجود دارد، بتوانیم اینها را برای اولویت‌های سلامت در استان‌ها، کاملاً استانی کنیم که ما بتوانیم در عرصه اجرا از نتایج‌اش بهره‌مند شویم. من در مطالعه قبلی در سال ۱۳۷۹ مدیر اجرایی پروژه در استان بودم منتهی مطالعه‌ای که در آن زمان انجام شد، نتایج‌اش برای سیاستگذاری در استان و توجیه سیاستگذاران برای

اولویت دادن به معضلات سلامت کمکی نکرد. امیدواریم که برای بهره‌مندی از مطالعه حاضر ثبات وجود داشته باشد.

- اگر مطالعه سال ۷۹ و مطالعه هم اکنون انجام نشده بود قطعاً بسیاری از سیاست‌ها وجود نمی‌داشت. نکته‌ای که مهم است هدف از جمع‌آوری داده‌هاست که بایستی به یک سیاست‌گذاری اساسی منجر شود. بخشی که امروزه در کشور ما وجود دارد موضوع سیاست‌های جمعیتی است. به عنوان یک محقق امور جمعیت باید عنوان کنم که متأسفانه کار کارشناسی درستی روی سیاست‌های جمعیتی انجام نشده است و راه حل‌هایی هم که ارائه می‌شود راه حل‌های درستی نیست. شکافی بین داده‌هایی که موجوداند و سیاست‌ها وجود دارد. یا ما از داده‌ها استفاده نمی‌کنیم یا کسانی که دسترسی به داده دارند شناخت درستی از آن ندارند. نکته دیگری که به عنوان یک موضوع بیرونی وجود دارد این است که حلقه ارتباطی بین وزارت بهداشت و مجموعه افرادی که بیرون از آن هستند وجود ندارد. پیشنهاد من این است که چنین جلسه‌ای را با حضور افراد دیگری از مجموعه‌های دیگر، دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی، فنی، اقتصادی تشکیل شود تا هم از یافته‌های چنین مطالعه‌ای و هم از زحمات وزارت بهداشت اطلاع پیدا کنند. در سال‌های اخیر خدمات تنظیم خانواده در وزارت بهداشت محدود به پیشگیری از بارداریها شده است. کاهش مرگ و میر کودکان، سلامت مادران، بهداشت باروری و موضوعات دیگری که وجود دارد و یک عده‌ای بیرون نشسته‌اند و می‌گویند تمام برنامه‌ها به این محدود است، به دلیل اینکه شناختی وجود ندارد. بخشی از آن وظیفه ما در بیرون از وزارت بهداشت است که افتخار همکاری را داشته‌ایم و بخشی هم خود وزارت بهداشت است که بایستی روابط بیرونی را با سازمان‌های خارج از حوزه خود داشته باشد تا این آگاهی بخشی در این زمینه ایجاد شود، در اختیار گذاشتن این داده‌ها هم می‌تواند این کمک را انجام دهد.
- من در جلسه‌ای بودم که از سلسله جلسات سیاست‌های جمعیتی بود. اتفاق مبارکی در حال رخ دادن است و نتایج طرح‌هایی از جمله ترسیم سیمای جمعیت، شاخص‌های چندگانه که در کشور ما انجام می‌شود و فرهنگ آماری که شکل می‌گیرد، مدیریت مبتنی بر شواهد به خصوص شواهد آماری که بتواند تصمیم را مبتنی بر اطلاعات

درست بگیرد، واقعا اتفاق مبارکی است. اینکه بگویم اطلاعات کافی در اختیار است، به نتایج همین طرح ها بر می گردد خروجی طرح ها باید قاعدتا در این گونه تصمیم گیری ها و برنامه ریزی ها استفاده شود. اما در خصوص نکته ای که در مورد تعطیل شدن برنامه تنظیم خانواده ذکر شد، اجماع کلی در جهت رسیدن به تعادل جمعیتی است و در این راستا اگر قوانین و سیاست ها نیاز به بازنگری داشته باشند قطعا در دستور کار قرار می گیرد و من شواهدی ندیدم که بخواهد قوانین برنامه تنظیم خانواده لغو شود ولی بازنگری در دستور کار است و خروجی اش هم به این صورت است که یک نهاد در داخل کشور ایجاد بشود که به صورت جامع همه جوانب سیاست های جمعیتی را ببیند و از همه نظرات اساتید امر استفاده کند.

جمع بندی

نکات خیلی مهمی عنوان شد، برخی از نکات، موارد فنی ای بودند که باید در جای خود بحث شود. برخی هم پیشنهاد های مهمی بودند. در جمع، بسیاری از کسانی که حضور دارند، که خیلی فعال بودید، بسیاری در دوره های خیلی طولانی تر از آن در فازهای مختلف شرکت داشته اند. بنده بسیار بسیار تشکر می کنم، توفیقی برای اینجانب و دبیرخانه و کمیته مطالعه در وزارت بهداشت بوده است که کاری در خدمت شما بزرگواران انجام شود. واقعا وقتی در مرکز آمار مطالعه را ارایه می دادم و بازخورد بسیار مثبتی که از مرکز آمار داده شد، واقعا لذت بردم برای زحمتی که کشیده شد و جایگاه قانونی آمار کشور به راحتی نتایج مطالعه را پذیرفت، علت اش هم این بود که از ابتدا تا انتها در مسیر بودند و هر بار که خواستند شاخص هایی را چک کنند با کیفیت نتایج مواجه شدند. بالاخره در این مطالعه جای زحمات تک تک شما بزرگواران وجود دارد و غیر از این شدنی نیست. من وارد بحث ها نمی خواهم بشوم، چون از سقف زمانی بسیار گذشتیم اما می خواهم یک نکته کلی را عرض کنم، ابتدای عرایض بنده این بود که مطالعه ای را سراغ ندارم، چون بنده در مسیر این مطالعه خیلی در جریان ریز مطالعات قبلی انجام شده قرار گرفتم، که تا این حد در شوراهای مختلف وزارت بهداشت مطرح شده باشد و تا این حد مصوبه گرفته

باشد. ولی این قسمت را نگفتم که از هر شورایی مصوبه گرفتن یعنی چه؟ من دقیقا می‌فهمیدم که چرا برخی در اداره خودشان مطالعه را تصویب می‌کنند، با بودجه‌ای که در اختیارشان است مطالعه را اجرا می‌کنند، آنالیز می‌کنند، گزارش هم استخراج می‌کنند و به هیچ‌جا ارایه نمی‌دهند. خیلی زندگی راحت‌تری است! اما از طرف دیگر اتفاقی که می‌افتد این است که به‌طور تقریبا قطع می‌توانم بگویم که خانم دکتر دستجردی، وزیر بهداشت از اغلب شاخص‌ها اطلاع داشتند. چند جلسه ما در حضور ایشان گزارش دادیم، یعنی وقتی عدد شاخص‌ها را ارایه می‌کردیم، مثلا عنوان می‌کردند که با عدد قبلی تفاوت کرده است، به دلیلی این امر رخ داده است؟ یعنی سیاستگذار از مطالعه آگاه شده است. آگاه به جزئیات شده است. بالاخره چه توفیقی بهتر از این. از این مطالعات زیاد انجام می‌شود اما وزیر ممکن است دو مورد را بداند، خیلی‌ها را نداند و جزئیات را هم متوجه نشود. این مطالعه نتیجه‌اش در هیات دولت ارایه شده است. بالاخره زحمات تک‌تک شما بزرگواران در اختیار سیاستگذار قرار می‌گیرد. ولی علتی که این مقدمه را گفتم عرض دیگری است، تقاضاهایی که شما بزرگواران دارید، در مورد اشتراک داده‌ها، ماژول‌ها، آنالیزهای بعدی و ... همه اینها زحمت بسیار زیادی است و زمان می‌برد. من خواهش می‌کنم که با ما حوصله کنید. اینها باید گام به گام پیش برود. ما مطالعه‌ای سراغ داریم که چند سال قبل از مطالعه ما انجام شده است اما تا کنون گزارش آن منتشر نشده است. بحث این است که بالاخره تقاضاها به‌گونه‌ای مطرح نشوند که اگر فرد دیگری بعدا خواست مطالعه را انجام دهد، نگوید که دیدید چه بلایی بر سر تیم قبلی مطالعه آمد! نیت ما این است که حداکثر استفاده بشود. این مطالعه، اولین مطالعه رسمی وزارت بهداشت است که سازمانی که دقیقا زیر نظر اداره مستقیم آن نیست، انجام داده است. هدف اصلی این تجربه هم زمانی که در خدمت معاون محترم بهداشتی این بحث‌ها صورت گرفت، این بود که بالاخره این کار می‌شود یا نمی‌شود و خیلی نگرانی‌ها وجود داشت که ارزش افزوده اضافه شود. البته استفاده بعدی که جزء تفاهم‌نامه ما با معاونت بهداشتی نیز می‌باشد و در مقدمه‌های قبلی هم ذکر شده است، جزء اهداف است. مقداری تأمل بفرمائید چون نیت این است که حداکثر شرایط ایجاد شود. توجه داشته باشید که برخی از ماژول‌ها که جزء اهداف اولیه مطالعه بوده‌اند، هنوز اطلاعات‌شان بیرون نیامده است و ما هنوز جداولشان را

هم ندیده ایم. بخصوص یک سری آنالیزهایی لازم است که اگر شما بخواهید اشتراک داده انجام دهید، داده ها باید آماده باشند. یک سری خطاها وجود دارند که کسانی که درگیر مطالعه اند متوجه می شوند. اینکه نتیجه داده ای را یک نفر ۸ و نفر دیگر ۸۰ اعلام می کند به این دلیل است که کسانی که داده را آماده کرده اند تمامی اقتضاهای داده را نداشته اند. ما در حال کار هستیم و برنامه جدی است البته در خصوص بودجه و ... مسائلی وجود دارد. اما وابسته به بودجه هم نشده است موضوع این است که این کار باید تا جایی انجام شود که اهداف اولیه ای که برای آن در نظر گرفته شده بوده و در تفاهم نامه قید شده است برآورده شود. خوشبختانه نظر جدی معاونت بهداشتی نیز بر همین است. توفیقی است که در این جمع هستیم، کمیته علمی مطالعه، تیمی اند که درگیر این بحث بوده اند و تعهد ما نیز این بوده است که اگر وارد می شویم، از آنجا که زمان تک تک ما عزیز است چه باری دارد که جمع بزرگی حدود دو سال از وقت خود را روی این کار بگذارند؟ پس ارزش افزوده ای باید اضافه کند اگر نکند بالاخره آن زحمات به جایی نرسیده است. من مواردی را که به طور خاص پرسیدید، جداگانه خدمت تان توضیح خواهم داد. اگر هم سوالی بود که به دقت می بینیم، اگر در بر گه های نظرسنجی هم قید شوند که بسیار ممنون خواهم بود. منتظر جلسه دو روزه نیز باشید که عزیزانی که دعوت شده اند در آن جلسه نیز حضور خواهند داشت.

ششمین نشست تخصصی مشترک
گزارش حساب های ملی سلامت

سخنرانان

دکتر علی رضا اولیایی منش
مدیر کل دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر محمود کاظمیان
هیئت علمی گروه اقتصاد بهداشت دانشگاه شاهد

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۱۰/۲۵

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر علیرضا اولیایی منش: مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعضای پانل

دکتر آرش رشیدیان: رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت
دکتر واعظ مهدوی: هیئت علمی گروه اقتصاد بهداشت دانشگاه شاهد

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری
طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر واعظ مهدوی، دکتر جهان مهر، دکتر محبوب اهری، دکتر علیپور، نجفی، دکتر
توفیقی

خانم ها: شمشیری، خوش اخلاق، دکتر رخشانی

متن سخنرانی

مقدمه

مطالعه حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۸۷ انجام شد که به طور طبیعی نتایج این نوع مطالعات ۲ تا ۳ سال بعد قابل ارایه می‌باشد. نتایج اولیه این مطالعه در سال ۱۳۹۰ آماده شد و چندین بار نتایج آن در جلسات مختلف ارایه شد. از نتایج این مطالعه متناسب با اهداف موسسه ملی تحقیقات سلامت در گروه تامین منابع نظام سلامت استفاده شده است و برآوردهایی که مدیران نظام سلامت، مقامات دولتی و سازمان‌های مختلف به آن نیاز داشتند، در اختیار آنان قرار گرفت. جلسه حاضر به ارایه گزارش رسمی در حضور جمعی از دانشگاهیان و صاحب‌نظران اختصاص دارد.

مطالعه حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۷

این طرح وجه تمایزی با مطالعات قبلی حساب‌های ملی سلامت داشت که فقط بر مبنای حساب‌های ثبتی استوار نبود. پیمایشی بزرگ طراحی شد که حدود ۷۰۰۰۰ پرسشگری در آن انجام شد؛ به طور دقیق تر ۱۷۰۰۰ پرسشگری به تفکیک استانهای کشور در چهار فصل سال تکرار شد که جمعاً در حدود ۶۸۰۰۰ پرسشگری داشت.

بحث حساب‌های ملی سلامت در دنیا سال‌های متمادی است که به دلیل پایگاه‌های داده ای قوی که کشورهای مختلف دارند، در حال انجام است، به خصوص در کشورهایی که دسترسی به داده‌های روتین فراهم است. در کشور ما به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه این مساله با مشکلات زیادتری همراه است. اولین اقدامات از سال ۱۳۷۹ با همت آقای دکتر کاظمیان با بحث مطالعه دوره زمانی ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۰ این حسابها انجام شد و مدتی طول کشید تا نتایج آن در دسترس قرار بگیرد. در ادامه مرکز آمار ایران سال ۱۳۸۱ اولین مطالعه را انجام داد. ایرادی به مرکز آمار ایران و پرسشنامه مورد استفاده آنها وارد است؛ در پرسشنامه مرکز آمار ایران با چارچوب قدیمی، تفکیکی برای ارایه کنندگان و نوع خدمات وجود ندارد. همکاران مستحضر هستند که اطلاعات مطالعه هزینه-درآمد خانوار در مرکز آمار ایران فراهم است که سالیانه با حجم نمونه ۳۰ تا ۴۰ هزار نفری انجام می‌شود و از پرسشنامه ثابتی در طول سالیان گذشته استفاده می‌کرده اند. یکی از اشکالات این پرسشنامه وجود تخمین‌های زیاد در آن است. اما به هر حال زمانی که منبع داده ای

دیگری وجود نداشته باشد، داده های بسیار ارزشمندی ارایه می دهند که می تواند کمک کننده باشد. در این مطالعه وزارت بهداشت به جای استفاده از داده های هزینه درآمد-خانوار، مطالعه پیمایشی مستقلی را ترتیب داد. ابتدا پرسشنامه ای طراحی شد. تفاوت این مطالعه با مطالعات قبلی مرکز آمار از این مساله نشات می گیرد که پرسشنامه مرکز آمار بر مبنای مشخصه های نظام سلامت طراحی نشده است. به همین جهت، پرسشنامه ای به طور اختصاصی برای حساب های ملی خانوار طراحی شد و بر اساس این پرسشنامه اجزای اطلاعات هزینه-درآمد از خانوارها بدست آمد. بخش دیگر اطلاعات موردنیاز مربوط به سازمانهای درگیر در تامین مالی نظام سلامت است و ۲ سازمان بیمه گر اصلی، سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی، به ما اطلاعات جزئی تری ارایه دادند و از وزارت بهداشت هم چنین اطلاعاتی فراهم شد. بنابراین برای بیشتر از ۹۰ تا ۹۵ درصد ارقام مالی، اطلاعات ثبتی قطعی با اجزای کاملاً مشخص از خانوار، دولت و از بیمه ها به دست آمد. این مساله باعث شد که با قطعیت نسبتاً بالایی نتایج و اجزای آن ارایه گردد. به هر حال برای انجام این مطالعه نیاز به دانش فنی خاص این حسابها بود که همکاران طرح در وزارت بهداشت زحمات بسیاری را متقبل شدند.

پیش از این کشور ما در بین کشورهای منطقه حوزه مدیترانه شرقی (EMRO) که جمهوری اسلامی ایران نیز جزء این کشورهاست، در حوزه این مطالعات پیشرو بود اما در حال حاضر اوضاع در حال تغییر است. در بحث مطالعه حساب های ملی سلامت در حدود ۵ سال قبل در جلسه حساب های

ملی سلامت در کشور مصر، ایران مرجع انجام این مطالعات بود و سایر کشورهای مختلف منطقه از ایران در خصوص انجام این مطالعات راهنمایی می خواستند. نتایج مطالعات می بایست بر اساس جداول چهارگانه طراحی شده توسط سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) گزارش شود. حساب های ملی سلامت بر سه پایه و مثلث طلایی استوار است که دربرگیرنده: اطلاعات مالی تامین کنندگان مالی، اطلاعات مالی مصرف کنندگان خدمت و اطلاعات مالی ارایه دهندگان خدمت است تا این جداول چهارگانه تکمیل شود. یکی از علت های دشواری کار در حساب های ملی سلامت در کشورهای در حال توسعه این است که این اطلاعات معمولاً فراهم نیستند. نه اینکه مطلقاً اینگونه باشد، بلکه این اطلاعات باید

تولید بشوند تا بتوان جداول را تکمیل کرد. به همین دلیل استخراج جداول چهارگانه حساب های ملی برای کشورهای در حال توسعه کار بسیار سختی است. نکته دیگر این است که در سالهای اخیر به خصوص در سال ۱۳۹۱ یعنی ۲۰۱۰ جداول طراحی شده توسط OECD مورد بازنگری قرار گرفتند و تعداد آن به ۱۳ جدول تغییر یافت و به نسل جدید نظام حساب های سلامت SHA۲ (System of Health Accounts-۲) معروف شده اند. تکمیل بسیاری از این جداول در کشورهای در حال توسعه با توجه به در دسترس نبودن اطلاعات مقدور نیست. در کشور ما با وجود مشکلات عدیده در حساب های ثبتي سازمانها، به واقع اگر بتوانیم جداول چهارگانه را که به جداول ۸ گانه تبدیل شدند، استخراج کنیم کار بسیار بزرگی است. اوایل ۱۳۹۱ در منطقه EMRO کنفرانس دیگری در خصوص حساب های ملی سلامت در قطر برگزار شد. این مساله مشهود بود که کشورهای منطقه پیشرفت های خوبی داشتند و کشورهای زیادی در منطقه دور اول مطالعه حساب های ملی سلامت را انجام دادند و وارد دور دوم شدند. کشور قطر کشوری بود که SHA۲ را با ۱۳ جدول تکمیل کرده بود؛ به طوری که حتی جداولی را که به اصطلاح Memorandum Items (اقلام یادداشتی) مشهور بود و تکمیل آنها اختیاری بود نیز توسط قطر استخراج شده بود. پیش از این ایران به عنوان پیشرو بود و در حال حاضر قطر مدعی این مساله است که اولین کشوری در منطقه است که جداول ۱۳ گانه SHA۲ را آماده کرده است. گرچه این کشور حمایت های سازمان جهانی بهداشت و کشورهای اروپایی و آمریکا را دارد. با این وصف حساب های ملی سلامت امکان تامین اطلاعات مالی پیرامون چگونگی بسیج منابع، چگونگی مدیریت منابع، ارایه دهندگان خدمت و کسانی که از این خدمات بهره مند می شوند را فراهم می کند. بدون انجام چنین مطالعاتی و نتایج آن، مدیریت و تولید اثربخش نظام سلامت، امکان پذیر نیست. هر سیاست گذار و مدیر ارشد نظام سلامت به این اطلاعات به عنوان عصای خود و به عنوان راهنمایی جهت تعیین نوع و مقدار مصارف و منابع نظام سلامت، تامین کنندگان و مصرف کنندگان خدمات سلامت نگاه می کند. اطلاعات ذی قیمت و مفصلی در مورد تامین کنندگان مالی و انواع برنامه های تامین منابع در کشور، ارایه دهندگان به تفکیک خدمات درمانی، پیشگیری و بازتوانی و همچنین در نسل جدید مطالعات، اطلاعات مالی مصرف کنندگان خدمت (ذینفعان) (beneficiaries)

را به تفکیک سن و جنس و حتی درآمد در کشورهای در حال توسعه فراهم می کند. بحث عدالت در سلامت در مطالعات حساب های ملی سلامت وارد شده است و بحث نابرابری ها و برابری غیر عادلانه (Unjusted Equality) در نسل جدید مطالعات امکان پذیر است. برای جمع آوری اطلاعات هزینه - درآمد خانوار در ابتدای کار مطالعه پایلوت انجام شد. سپس ۱۷۰۰۰ پرسشگری در چهار فصل سال ۱۳۸۷ با حجم نمونه تقریباً مساوی برای همه استانهای کشور انجام شد. (به طور میانگین حدود ۵۳۰ پرسشگری در هر استان غیر از شهر تهران که به دلیل جمعیت بیشتر، به چهار منطقه شهری و یک منطقه روستایی تقسیم و از هر کدام ۵۳۰ نمونه انتخاب شد.) برای اینکه رفتار مصرف کنندگان خدمات در فصول مختلف متفاوت است. تمامی پرسشنامه ها به مرکز منتقل گردید و ورود و آنالیز داده ها انجام شد.

نتایج مطالعه

جدول سه بعدی حسابهای ملی سلامت: برای نمایش بهتر اطلاعات و روندها در سالهای گذشته، از اطلاعات سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ که پیش از این بر اساس همین روش فراهم شده بود، استفاده گردید و تنها تفاوت بین مطالعه ۱۳۸۷ با سالهای قبل از آن، پرسشنامه بودجه خانوار بود. اطلاعات بودجه خانوار سالهای قبل بر اساس اطلاعات پرسشنامه مرکز آمار فراهم شده است (جدول شماره ۱).

جدول ۱- هزینه های مصرفی بهداشت و درمان - بر حسب نوع خدمت، فراهم آورنده خدمت، و منابع مالی - سال ۱۳۸۲

جمع مصارف	منابع مالی - سال ۱۳۸۲										منابع مالی
	منابع بخش دولتی و بیمه های اجتماعی درمانی					منابع بخش خصوصی					
	بودجه عمومی دولت	بیمه های اجتماعی درمانی از منابع حق بیمه ها، جبران خدمت کارکنان و نظایات	بیمه های خانوار	بیمه های غیرانتفاعی	موسسات	بودجه خانوار	بیمه های تجاری	غیرانتفاعی خصوصی	موسسات	مصارف	
۱۶,۳۷۶,۳۳۵	۸,۳۹۸,۷۹۹	۲,۶۹۸,۱۸۴	۲,۶۶۴,۹۸۱	۲,۱۲۷	۶۶,۹۱۹	۶,۵۶۴,۲۲۶	۷۹۹,۵۱۰	۱۱۶,۴۰۶	۴۶,۲۴۱,۱۰۹	مراقبتهای بستری درمانی و توانبخشی	
۱۶,۳۷۶,۳۳۵	۸,۳۹۸,۷۹۹	۲,۶۹۸,۱۸۴	۲,۶۶۴,۹۸۱	۲,۱۲۷	۶۶,۹۱۹	۶,۵۶۴,۲۲۶	۷۹۹,۵۱۰	۱۱۶,۴۰۶	۴۶,۲۴۱,۱۰۹	بیمارستانهای دولتی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بیمارستانهای تأمین اجتماعی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بیمارستانهای شرکتهای دولتی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بیمارستانهای انتفاعی خصوصی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بیمارستانهای غیرانتفاعی خصوصی	
۴,۰۰۰,۷۵۷۳	-	-	-	-	-	-	-	-	۴,۰۰۰,۷۵۷۳	مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت	
۲,۰۰۰,۷۵۷۳	-	-	-	-	-	-	-	-	۲,۰۰۰,۷۵۷۳	موسسات توانبخشی و نگهداری بلند مدت دولتی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موسسات توانبخشی و نگهداری بلند مدت خصوصی	
۵,۳۸۸,۹۱۸	۲,۸۳۲,۱۲۴	۶,۱۷۳,۸۶۸	۲,۱۲۴,۷۳۲	۱,۰۰۸,۹۱۲	۲۷,۱۰۰	۸۹,۵۲۴	۴۱,۳۶۹,۷۷۴	۹۵۰,۸۸۱	۱۲,۸۳۸	مراقبتهای سرپایه درمانی و توانبخشی	
۳,۳۵۱,۹۱۸	۱,۲۱۷,۹۷۴	۱,۲۱۷,۳۸۱	۲۳۷,۵۶۷	۲۴۲,۰۰۰	-	-	۷۲۱,۳۰۰	۳۵,۵۵۵	۷۵,۴۴۴,۶۱۵	بیمارستانهای دولتی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بیمارستانهای خصوصی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طب پرشکانه	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طب دندانپزشکان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طب سایر کارکنان پزشکی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مراکز و درمانگاههای دولتی	
۱,۴۲۴,۴۴۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	خدمات کمکی - تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبتهای سرپایه	
۱۶۴,۴۷۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آزمایشگاه های تشخیصی - طبی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موسسات رادیولوژی و تصویر پزشکی	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	داروخانه ها - عرضه داروهای تجویزی و خرید آزاد	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عرضه کنندگان کالاهای پزشکی مصرفی و بی دوام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عرضه کنندگان سایر کالاهای پزشکی	
۸۸۰,۲۹۲۱	۹۳۶,۵۵۵	-	-	-	-	-	-	-	-	سایر خدمات و عرضه کنندگان خدمات جمعی	
۸,۳۳۱,۰۶۸	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سایر هزینه های عمومی	
۶۷۱,۶۷۳	۹۳۶,۵۵۵	-	-	-	-	-	-	-	-	خدمات اداری (بیشینانی)	
۲۲,۵۷۴,۲۴۶	۱۲,۷۷۴,۷۷۳	۲۲,۹۰۳,۸۰۱	۲,۷۸۲,۹۳۴	۱۰۰,۶۱۳,۸	۱۲,۷۵۰	۳۰,۹۱۳,۵	۱۰۰,۵۱۹,۱۵۱	۴,۵۱۱,۰۰۰	۱۳۱,۳۳۵	جمع منابع مالی برای هزینه های مصرفی بهداشت و درمان	

۱. کل هزینه های بهداشت و درمان

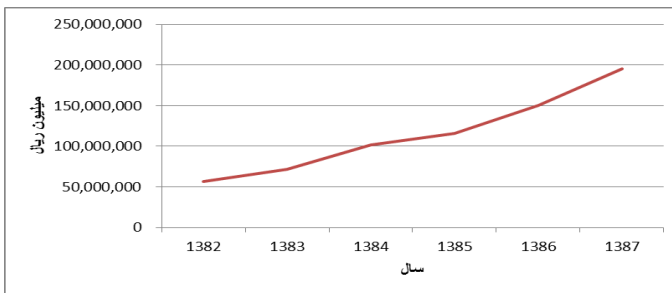
با توجه به روند کل هزینه ها از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷، در سال ۱۳۸۷ مبلغ هزینه های مصرفی (صرفاً هزینه های مصرفی نه هزینه های تشکیل سرمایه ثابت) به حدود ۱۹۶ هزار میلیارد ریال رسید که در سال ۱۳۸۲ این رقم، حدود ۵۶/۵ هزار میلیارد ریال بود (جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱).

جدول ۲- کل هزینه های بهداشت و درمان همراه با رشد سالانه به قیمت جاری - ۱۳۸۲-۱۳۸۷

سال	کل هزینه بهداشت و درمان به قیمت جاری	رشد سالانه
۱۳۸۲	۵۶,۵۲۸,۵۰۹	
۱۳۸۳	۷۲,۱۰۴,۴۵۱	۲۷.۶
۱۳۸۴	۱۰۱,۸۰۱,۷۸۳	۴۱.۲
۱۳۸۵	۱۱۶,۲۷۵,۷۵۶	۱۴.۲
۱۳۸۶	۱۴۹,۹۵۰,۰۶۳	۲۹.۰
۱۳۸۷	۱۹۵,۷۰۷,۸۸۹	۳۰.۵

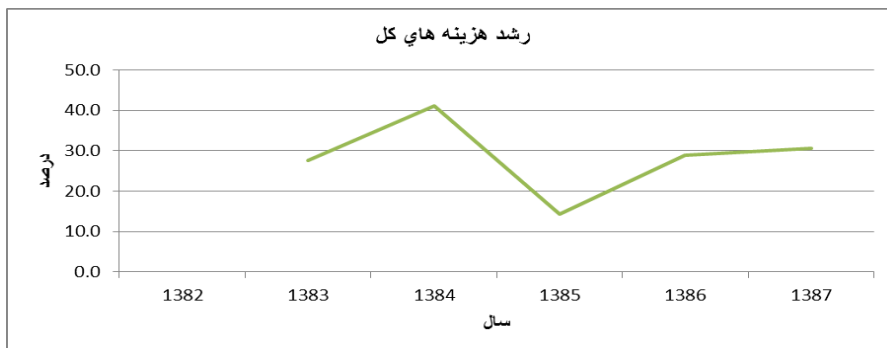
نمودار ۱- کل هزینه های بهداشت و درمان (به عنوان بخشی از هزینه ناخالص داخلی) از سال

۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۷ (به قیمت جاری)



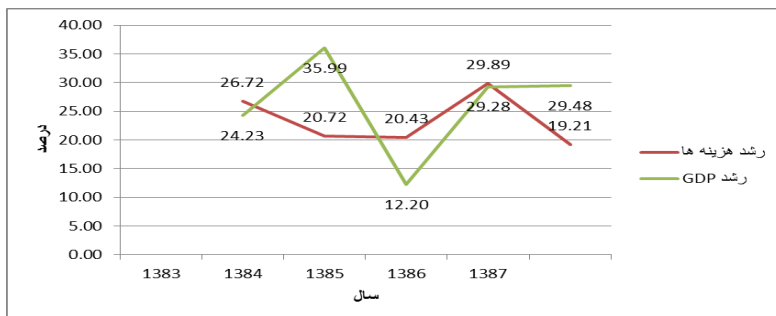
۱-۱. رشد کل هزینه های بهداشت و درمان: با توجه به نرخ رشد این هزینه ها، این نرخ ها اسمی هستند یعنی رشد ۳۰ یا ۴۰ درصدی و ۱۰ یا ۱۵ درصدی که در برخی سالها نرخ تورم بین ۱۵-۱۰ درصد را نیز دربرمی گیرد. بنابراین رشد اسمی ارقام را نشان می دهد (نمودار شماره ۲).

نمودار ۲- رشد کل هزینه های بهداشت (به قیمت جاری) و درمان طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۷۸



۱-۲. مقایسه رشد GDP و هزینه های بهداشت و درمان: در مقایسه رشد هزینه ها در بخش سلامت با نرخ رشد GDP (نرخ رشد GDP از مرکز آمار و بانک مرکزی استخراج شده است) این ارقام نیز ارقام اسمی بوده و طبعاً نرخ تورم سالیانه را نیز دربرمی گیرد. اطلاعات بدست آمده نشان دهنده این است که روند هزینه های بهداشت و درمان با روند سالانه کل تولید ناخالص داخلی کشور همخوانی ندارد (نمودار شماره ۳).

نمودار ۳- مقایسه رشد GDP و هزینه های بهداشت و درمان طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷

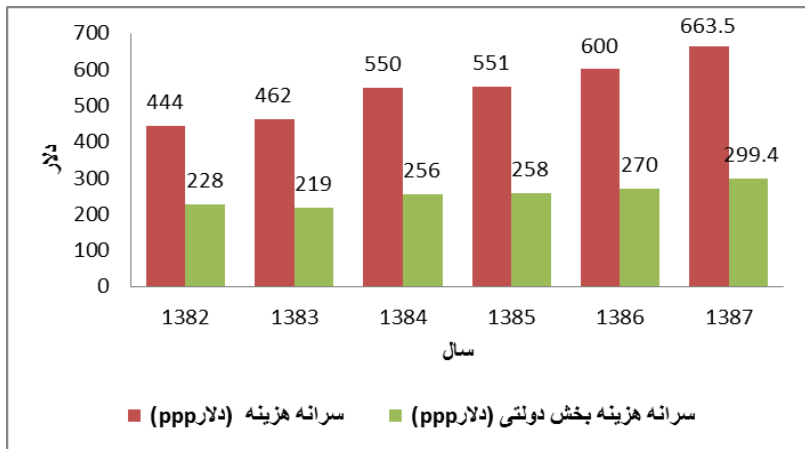


۳-۱. سرانه هزینه بهداشت و درمان بر اساس دلار بین المللی: سرانه هزینه های بهداشتی درمانی به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی و کل به قیمت های دلار بین المللی (برابری قدرت خرید/PPP) (جدول شماره ۳) در مطالعه آمده است. نرخ دلار بین المللی، قابلیت مقایسه بین کشورها را صرف نظر از نوسانات نرخ اصلی ارز در هر کشور، فراهم می کند. نرخ دلار بین المللی در سال ۱۳۸۷ در بخش دولتی حدود ۳۰۰ دلار و کل سرانه حدود ۶۶۰ دلار در سال می باشد که روند نسبی آن نسبت به سال ۱۳۸۲ نشان داده شده است (جدول شماره ۳ و نمودار شماره ۴).

جدول ۳- سرانه هزینه بهداشت و درمان به نرخ اسمی ارز و دلار بین المللی (PPP) در سال ۱۳۸۷

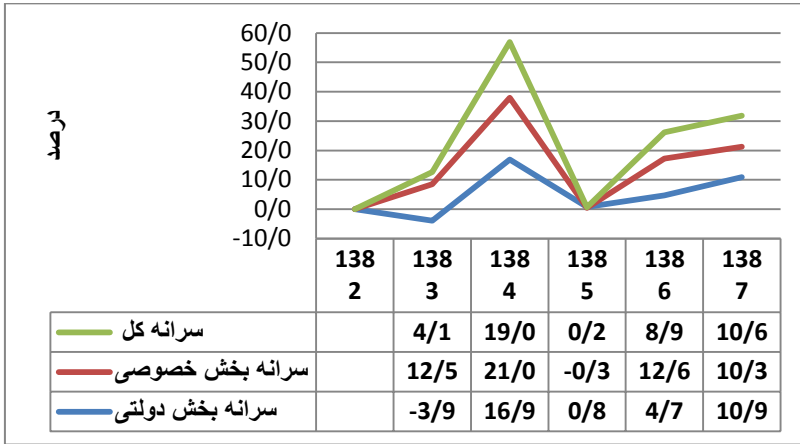
نرخ اسمی ارز	دلار بین المللی (PPP)	سال ۱۳۸۷
۲۰,۰۳۲. ۳	۴۸,۱۶۲. ۰	کل هزینه های بهداشت و درمان (میلیون دلار)
۲۷۶. ۰	۶۶۳. ۵	سرانه هزینه بهداشت و درمان (دلار)
۹,۰۴۰	۲۱,۷۳۳	هزینه های بهداشت و درمان بخش دولتی (میلیون دلار)
۱۲۴. ۵	۲۹۹. ۴	سرانه هزینه بهداشت و درمان بخش دولتی (دلار)

نمودار ۴- سرانه هزینه بهداشت و درمان طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ (بر اساس دلار بین المللی)



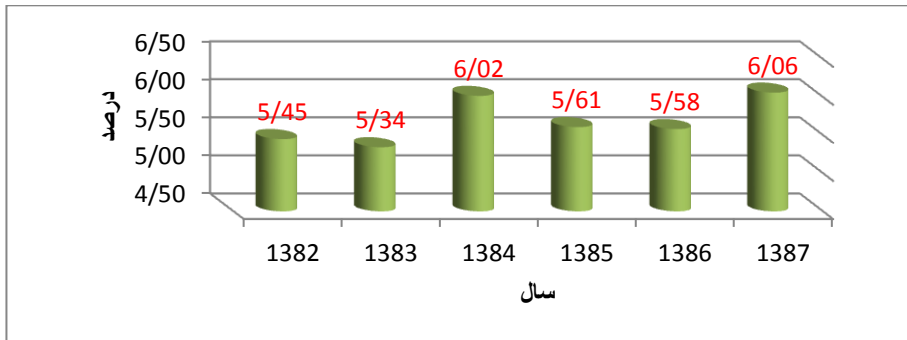
۴-۱. میزان رشد سرانه هزینه های بهداشت و درمان: نتایج نشان دهنده ی رشد سرانه هزینه های بخش دولتی و خصوصی می باشد یعنی هزینه هایی که خانوارها یا مجموع عوامل تامین مالی در بخش خصوصی و دولت متقبل شدند. مقصود از بخش دولتی، بودجه دولت و سازمان های بیمه گر تامین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی است و بدین ترتیب بخش دولتی و خصوصی کاملاً متمایز هستند. علیرغم روند رو به رشد سرانه هزینه ها در بخش خصوصی و دولتی، نرخ رشد آن در طی سالها هم افزایش و هم کاهش را نشان داده است (نمودار شماره ۵).

نمودار ۵- مقایسه رشد سرانه بهداشت و درمان طی سالهای ۱۳۸۲-۱۳۸۷



۵-۱. هزینه های بهداشت و درمان به عنوان سهمی از GDP: کل هزینه های بهداشت و درمان به عنوان سهمی از GDP را نشان می دهد که در سال ۱۳۸۲ حدود ۵/۵ درصد و در سال ۱۳۸۷ به کمی بیش از ۶ درصد می رسد. در سال ۱۳۸۴ نسبتاً سهم افزایش و در سال ۱۳۸۳ کاهش داشته است (نمودار شماره ۶).

نمودار ۶- کل هزینه های مصرفی بهداشت و درمان به عنوان درصدی از GDP در سال های ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۷



۲. عوامل تأمین مالی نظام سلامت

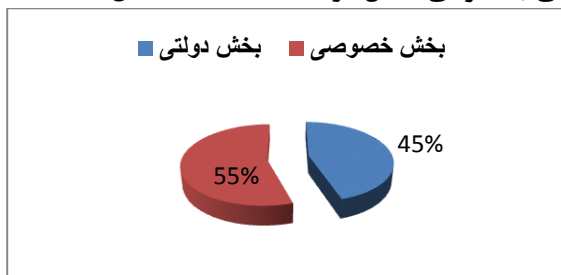
۲-۱. سهم بخش دولتی و خصوصی از کل هزینه های سلامت: اگر سهم کل هزینه های بهداشت و درمان به عنوان سهمی از GDP را به صورت یک نمودار دایره ای در نظر بگیریم ۴۵٪ آن بخش دولتی و ۵۵٪ بخش خصوصی را نشان می دهد (جدول شماره ۴ و نمودار شماره ۷ و ۹).

جدول ۴- سهم بخش خصوصی و دولتی به ریال، درصد و درصدی از تولید ناخالص داخلی در

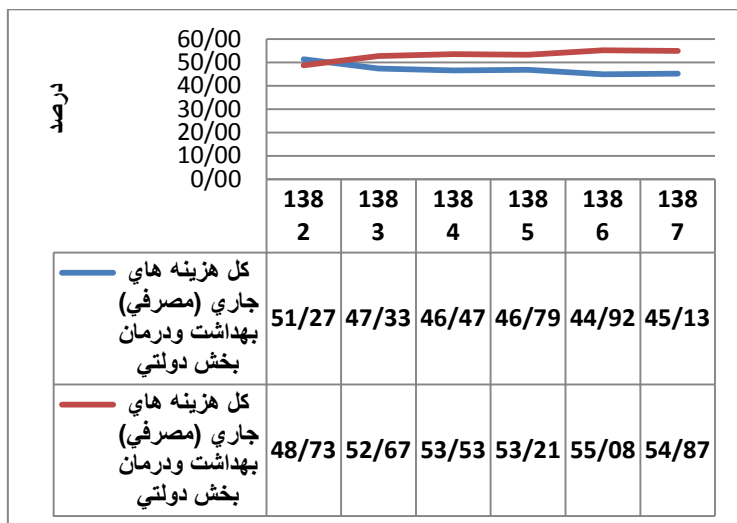
سال ۱۳۸۷

سال	سهم کل هزینه های سلامت (میلیون ریال)		سهم کل هزینه های سلامت (درصد)		کل هزینه های سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی		
	بخش دولتی	بخش خصوصی	بخش دولتی	بخش خصوصی	بخش دولتی	بخش خصوصی	کل
۱۳۸۲	۳۰,۹۸۸,۹۷۷	۲۹,۴۵۷,۲۱۴	۵۱.۲۷	۴۸.۷۳	۲.۷۹	۲.۶۶	۵.۴۵
۱۳۸۳	۳۵,۵۴۴,۸۲۳	۳۹,۵۴۸,۸۱۱	۴۷.۳۳	۵۲.۶۷	۲.۵۳	۲.۸۱	۵.۳۴
۱۳۸۴	۴۷,۴۵۹,۰۶۱	۵۴,۶۵۹,۵۱۹	۴۶.۴۷	۵۳.۵۳	۲.۸۰	۳.۲۲	۶.۰۲
۱۳۸۵	۵۳,۶۱۳,۰۰۶	۶۰,۹۶۲,۴۹۴	۴۶.۷۹	۵۳.۲۱	۲.۶۲	۲.۹۹	۵.۶۱
۱۳۸۶	۶۶,۵۳۱,۰۱۷	۸۱,۵۸۹,۰۴۸	۴۴.۹۲	۵۵.۰۸	۲.۵۱	۳.۰۷	۵.۵۸
۱۳۸۷	۸۶,۵۴۲,۸۰۸	۱۰۵,۲۴۱,۵۰۲	۴۵.۱۳	۵۴.۸۷	۲.۷۳	۳.۳۳	۶.۰۶

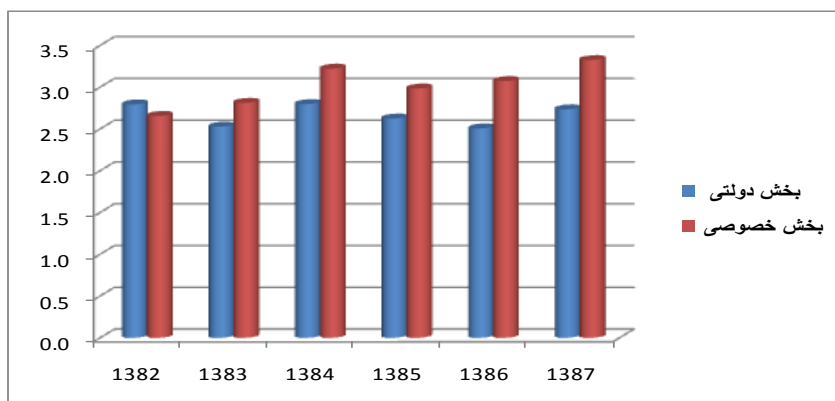
نمودار ۷- سهم بخش دولتی و خصوصی از کل هزینه های سلامت در سال ۱۳۸۷



نمودار ۸- روند تغییرات هزینه های بخش دولتی و خصوصی طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷

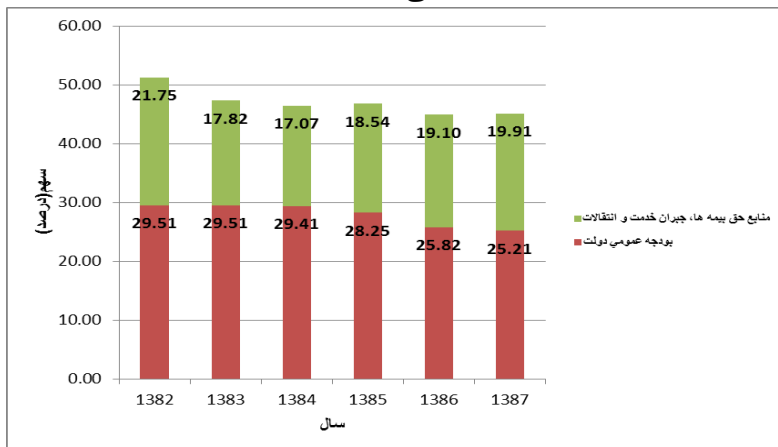


نمودار ۹- سهم بخش دولتی و خصوصی به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی (۱۳۸۲-۱۳۸۷)



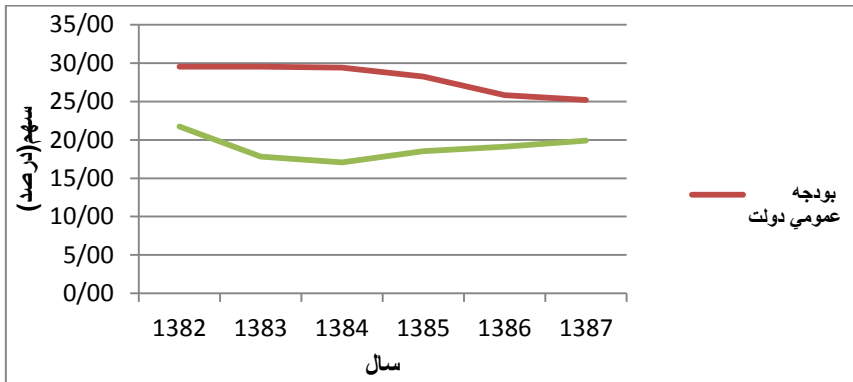
۲-۲. سهم اجزای منابع دولتی در تأمین مالی: سه تا از اجزای اصلی منابع بهداشت و درمان عبارتند از: یکی بودجه عمومی دولت و دومی منابع حق بیمه ها و جبران خدمات در بیمه های اجتماعی (مجموع سازمانهایی که بیمه های اجتماعی را عهده دار می باشند در این گروه قرار می گیرند) که این دو جزء در مجموع بخش عمومی را نشان می دهند و جزء سوم بخش خصوصی است که عمدتاً خانوارها و بیمه های خصوصی هستند. سهم هر کدام از این اجزا به تفکیک در این مطالعه نشان داده شده است. پرداخت از جیب که حساسیت بیشتری بر روی آن وجود دارد، در سال ۱۳۸۷، حدود ۵۵ درصد است. روند هزینه ها از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی و کل هزینه ها تهیه شده است. سهم بخش دولتی حدود ۴۵ درصد از کل هزینه های بهداشتی درمانی را شامل می گردد که ۲۵ درصد از این سهم ۴۵ درصدی مربوط به بودجه دولت و ۲۰ درصد باقیمانده آن از محل منابع بیمه های اجتماعی و عمدتاً حق بیمه هایی هستند که سازمانهای بیمه اجتماعی مثل تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و بیمه نیروهای مسلح دریافت می کنند که منابع حق بیمه ها نامیده میشوند و از ارقام زیرمجموعه بخش دولتی محسوب می شوند (نمودارهای شماره ۱۰ و ۱۱).

نمودار ۱۰- سهم اجزای منابع بخش دولتی در هزینه کل مصرفی بهداشت و درمان در سال های ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۷



نمودار ۱۱- روند سهم بخش دولتی در کل هزینه های مصرفی بهداشت و درمان طی سالهای

۱۳۸۲ الی ۱۳۸۲



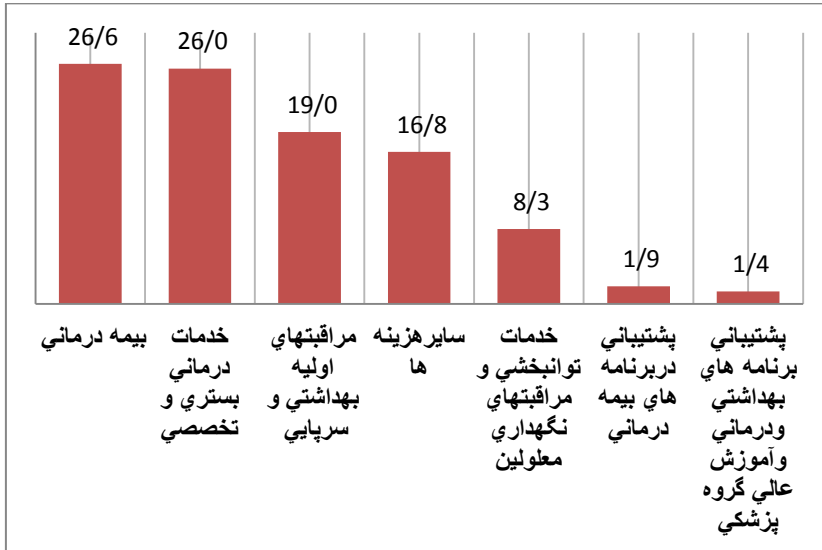
الف. بخش عمومی دولت: همانطور پیش از این گفته شد، جدول اصلی حساب های ملی سلامت یک جدول سه بعدی است که باید منابع تامین مالی، فراهم آورندگان خدمات و نوع خدمت را نشان دهد. منابع مالی در خدمات درمان بستری، مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی، خدمات توانبخشی و نگهداری معلولین و بخشی از منابع بهداشت و درمان در پشتیبانی برنامه های بهداشتی و یا بخش های خدمات اداری و پشتیبانی هزینه شده است (جدول شماره ۵ و نمودار شماره ۱۲).

جدول ۵- اجزای هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان در بودجه عمومی دولت سال

۱۳۸۷

سهم (درصد)	مبلغ (میلیون ریال)	شرح هزینه
۱۹.۰۰	۹,۱۸۸,۶۳۴	هزینه های جاری مراقبتهای اولیه بهداشتی و سرپایی در بودجه عمومی دولت
۲۶.۰۱	۱۲,۵۷۶,۴۹۸	هزینه های جاری خدمات درمانی بستری و تخصصی در بودجه عمومی دولت
۸.۲۹	۴,۰۰۷,۵۷۳	هزینه های جاری خدمات توانبخشی و مراقبتهای نگهداری معلولین در بودجه عمومی دولت
۱.۳۹	۶۷۱,۶۷۳	هزینه های پشتیبانی برنامه های بهداشتی و درمانی و آموزش عالی گروه پزشکی در بودجه عمومی
۲۶.۵۵	۱۲,۸۳۸,۱۹۲	هزینه های بیمه درمانی در بودجه عمومی دولت
۱.۹۴	۹۳۶,۵۵۵	هزینه های پشتیبانی در برنامه های بیمه درمانی در بودجه عمومی دولت
۱۶.۸۲	۸,۱۳۱,۰۶۸	سایر هزینه ها
۱۰۰.۰۰	۴۸,۳۵۰,۱۹۳	کل هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان در بودجه عمومی دولت

نمودار ۱۲- سهم اجزای هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان در بودجه عمومی دولت

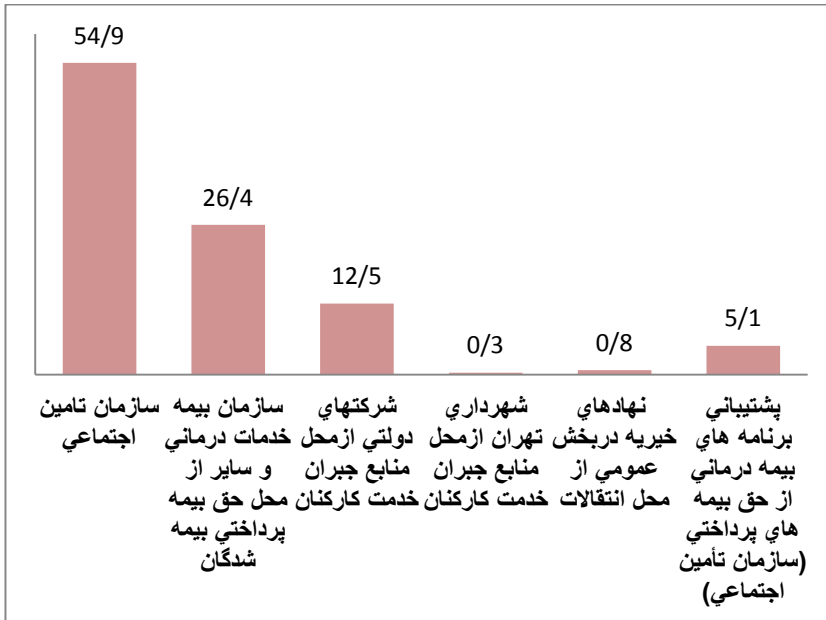


ب. منابع حق بیمه ها، جبران خدمات و انتقالات: در اجزای اصلی تامین مالی بخشی از منابع دولت را بیمه های اجتماعی درمان عرضه می کنند که شامل سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، شهرداری تهران، شرکت های دولتی، نهادهای خیریه و بخش عمومی مثل بنیاد جانبازان و کمیته امداد است. قسمت آخر هم برنامه پشتیبانی از منابعی می باشد که در پشتیبانی یا خدمات اداری بیمه های اجتماعی درمان تخصیص پیدا کرده است (جدول شماره ۶ و نمودار شماره ۱۳).

جدول ۶- اجزای هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان دولت از منابع حق بیمه ها، جبران خدمت و انتقالات در سال ۱۳۸۷

سهم (درصد)	مبلغ (میلیون ریال)	شرح هزینه
۵۴. ۹۰	۲۰,۹۶۷,۴۷۱	هزینه های جاری بهداشت و درمان سازمان تامین اجتماعی
۲۶. ۳۶	۱۰,۰۶۹,۱۳۷	هزینه های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی و سایر از محل حق بیمه پرداختی بیمه شدگان
۱۲. ۵۲	۴,۷۸۲,۸۹۳	هزینه های بهداشت و درمان شرکتهای دولتی از محل منابع جبران خدمت کارکنان
۰. ۳۳	۱۲۷,۶۵۰	هزینه های جاری بهداشت و درمان شهرداری تهران از محل منابع جبران خدمت کارکنان
۰. ۸۱	۳۰۹,۱۳۵	هزینه های بهداشت و درمان نهادهای خیریه در بخش عمومی از محل انتقالات
۵. ۰۷	۱,۹۳۶,۳۳۰	هزینه های پشتیبانی برنامه های بیمه درمانی از حق بیمه های پرداختی (سازمان تامین اجتماعی)
۱۰۰. ۰۰	۳۸,۱۹۲,۶۱۶	کل هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان دولت از منابع حق بیمه ها، جبران خدمت و انتقالات

نمودار ۱۳- سهم اجزای هزینه های جاری (مصرفی) بهداشت و درمان دولت از منابع حق بیمه ها، جبران خدمت و انتقالات در سال ۱۳۸۷

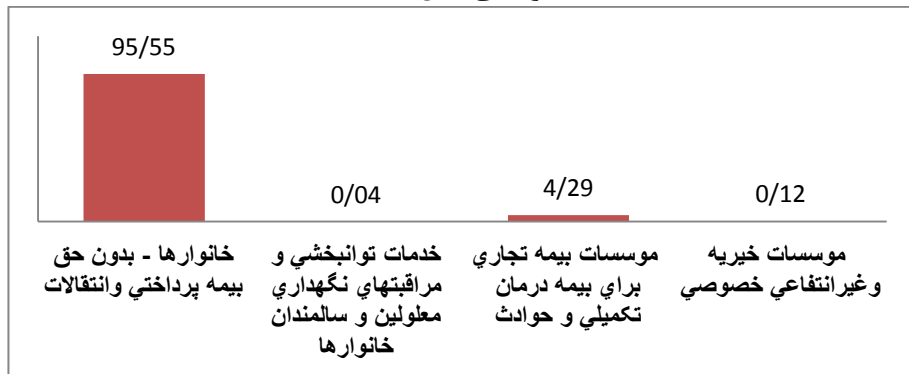


ج. سهم بخش خصوصی: منابع تامین مالی در بخش خصوصی بیش از همه مربوط به خانوارها می باشد که ۹۵ درصد از هزینه های این بخش را تامین مالی می کنند. سهمی از منابع مالی خدمات بهداشتی درمانی توسط موسسات نگهداری از معلولین در موسسات خصوصی فراهم می شود. موسسات بیمه تجاری و موسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی هم سهمی از منابع تامین مالی را در بیمه های درمان خصوصی شامل می شوند که اینها تامین کننده منابع مالی در بخش خصوصی هستند (جدول شماره ۷ و نمودار شماره ۱۴).

جدول ۷- هزینه های مصرفی بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی در سال ۱۳۸۷

سهم (درصد)	مبلغ (میلیون ریال)	شرح هزینه
۹۵.۵۵	۱۰۰,۵۵۵,۸۱۱	هزینه های بهداشت و درمان خانوارها - بدون حق بیمه پرداختی و انتقالات
۰.۰۴	۴۳,۳۴۷	هزینه های خدمات توانبخشی و مراقبتهای نگهداری معلولین و سالمندان خانوارها
۴.۲۹	۴,۵۱۱,۰۰۰	هزینه های پرداختی مؤسسات بیمه تجاری برای بیمه درمان تکمیلی و حوادث
۰.۱۲	۱۳۱,۳۴۵	هزینه های بهداشت و درمان مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی
۱۰۰.۰۰	۱۰۵,۲۴۱,۰۰۲	کل هزینه های مصرفی بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیردولتی)

نمودار ۱۴- سهم اجزای هزینه های مصرفی بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیردولتی) سال ۱۳۸۷



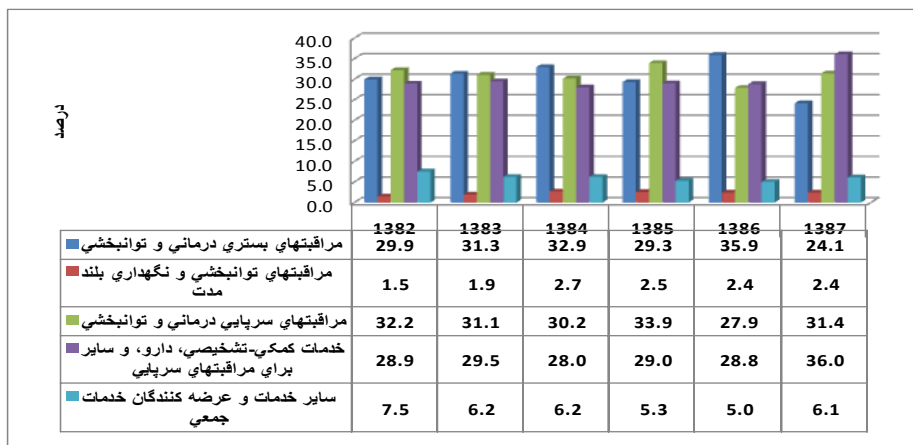
۳. هزینه های سلامت به تفکیک نوع خدمت

برای خدمات مراقبتهای درمانی بستری ۲۴ درصد کل منابع اختصاص پیدا کرده است. بابت مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلندمدت حدود ۲/۵ درصد، مراقبتهای سرپایی حدود ۳۱ درصد، خدمات جانبی و کمکی حدود ۳۶ درصد و حدود ۶ درصد هم به عرضه کنندگان خدمات جمعی اشاره دارد که در مجموع وزارت بهداشت خدمات جنبی را عرضه می کند از جمله: خدمات پشتیبانی و خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه که به صورت جمعی عرضه می شود (جدول شماره ۸ و نمودار شماره ۱۵).

جدول ۸- روند کل هزینه بهداشت و درمان به تفکیک خدمات ۱۳۸۲-۱۳۸۷

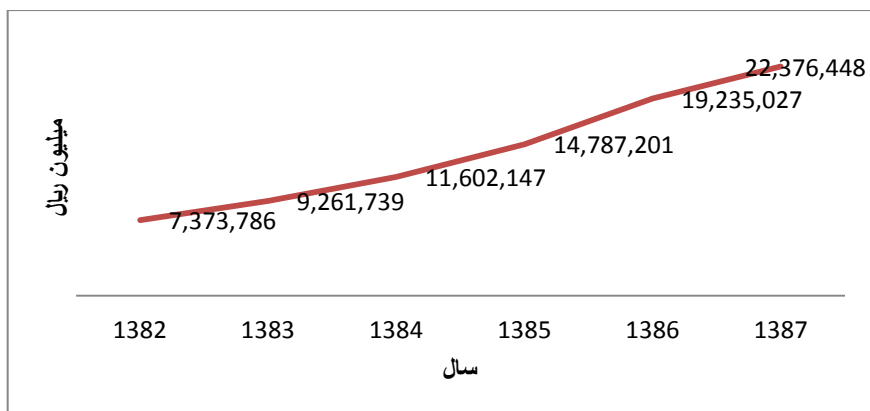
درصد نوع خدمات	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
مراقبتهای بستری درمانی و توانبخشی	۲۹.۹	۳۱.۳	۳۲.۹	۲۹.۳	۳۵.۹	۲۴.۱
مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت	۱.۵	۱.۹	۲.۷	۲.۵	۲.۴	۲.۴
مراقبتهای سرپایی درمانی و توانبخشی	۳۲.۲	۳۱.۱	۳۰.۲	۳۳.۹	۲۷.۹	۳۱.۴
خدمات کمکی-تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبتهای سرپایی	۲۸.۹	۲۹.۵	۲۸.۰	۲۹.۰	۲۸.۸	۳۶.۰
سایر خدمات و عرضه کنندگان خدمات جمعی	۷.۵	۶.۲	۶.۲	۵.۳	۵.۰	۶.۱
جمع	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰

نمودار ۱۵- روند کل هزینه بهداشت و درمان به تفکیک خدمات - ۱۳۸۲-۱۳۸۷

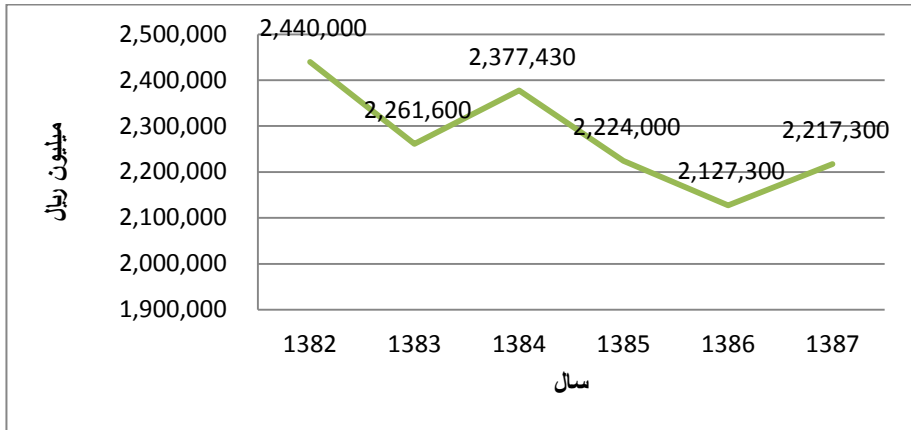


۱-۳. **هزینه دارو:** در بررسی روند هزینه های دارویی، اطلاعات هزینه های دارویی با اطلاعات ارایه شده توسط وزارت بهداشت متفاوت است. علت این است که این اطلاعات از محل پرداختی خانوارها جمع آوری شده است در صورتی که اطلاعات گزارش های دارویی وزارت بهداشت صرفاً مرتبط با داروهای درمانی است. در صورتی که در محل پرداختی هزینه های خانوار برای داروها، اقلام آرایشی بهداشتی و سایر اقلام دارویی کمتر ضروری را نیز دربرمی گیرد که در هزینه خانوار به عنوان هزینه دارویی ثبت می شود (نمودار شماره ۱۶)

نمودار ۱۶- روند کل هزینه های مصرف دارو در طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷



۲-۳. یارانه های بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی: در سال ۱۳۸۷ حدود ۲۲۰۰ میلیارد ریال یارانه به بخش بهداشت و درمان تعلق گرفته است که اطلاعات آن به طور مستقیم از خزانه داری و وزارت دارایی اخذ شده است (نمودار شماره ۱۷).
نمودار ۱۷- روند یارانه های بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷



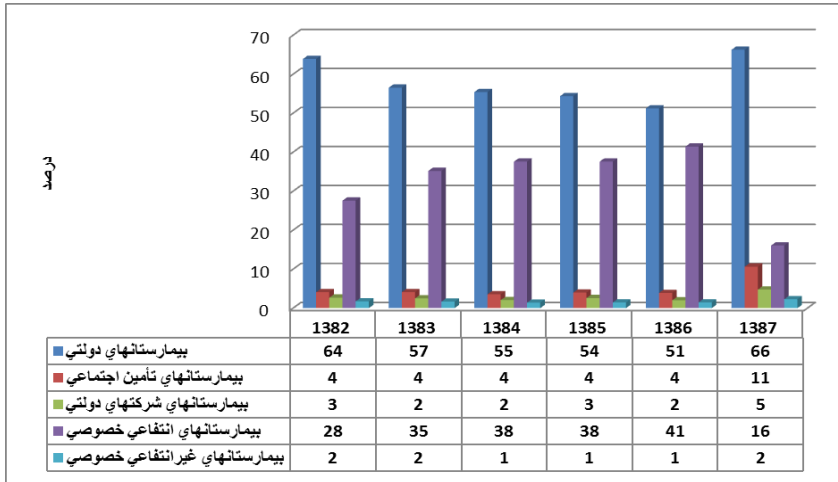
۴. هزینه های بهداشت و درمان به تفکیک ارائه دهنده

۴-۱. مراقبتهای بستری درمانی و توانبخشی: بیمارستانهای دولتی حدود ۶۶ درصد منابع بیمارستانی را به خود اختصاص می دهند. بیمارستانهای تامین اجتماعی حدود ۱۱ درصد و شرکتهای دولتی ۵ درصد و بیمارستانهای خصوصی علیرغم سهم کمتری که از ارایه خدمات دارند، ۱۶ درصد کل هزینه های بیمارستانی را به خود اختصاص می دهند (جدول شماره ۹ و نمودار شماره ۱۸). منظور از سهم بیمارستانهای غیرانتفاعی خصوصی مبلغی است که به صورت غیرانتفاعی از طرف هیأت امنای هیات مدیره سازمان غیرانتفاعی مربوطه برای هزینه های درمانی بیمارستانی اختصاص پیدا کرده است که در کشور ما حدود ۲ درصد است و در مقایسه با کشورهای OECD که این میزان حدود ۱۳ درصد است، رقم بسیار پایینی است.

جدول ۹- روند مراقبت های بستری درمانی و توانبخشی به تفکیک ارائه دهندگان-۱۳۸۲-۱۳۸۷

	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
	در صد					
مراقبت‌های بستری درمانی و توانبخشی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
بیمارستانهای دولتی	۶۴	۵۷	۵۵	۵۴	۵۱	۶۶
بیمارستانهای تأمین اجتماعی	۴	۴	۴	۴	۴	۱۱
بیمارستانهای شرکتهای دولتی	۳	۲	۲	۳	۲	۵
بیمارستانهای انتفاعی خصوصی	۲۸	۳۵	۳۸	۳۸	۴۱	۱۶
بیمارستانهای غیرانتفاعی خصوصی	۲	۲	۱	۱	۱	۲

نمودار ۱۸- روند مراقبت های بستری درمانی و توانبخشی به تفکیک ارائه دهندگان-۱۳۸۲-۱۳۸۷



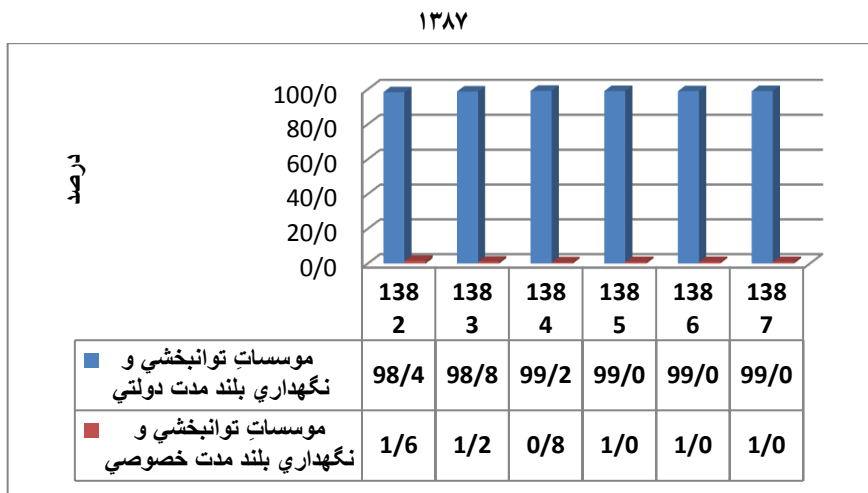
۲-۴. مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت: سهم بخش دولتی و خصوصی از هزینه های توانبخشی یا خدمات توانبخشی بلند مدت اینگونه است که بخش خصوصی ۱ درصد و بخش دولتی ۹۹ درصد منابع را به خود اختصاص می دهد (جدول شماره ۱۰ و نمودار ۱۹).

جدول ۱۰- روند مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت به تفکیک ارائه دهندگان - ۱۳۸۲-

۱۳۸۲

	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
درصد						
مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
موسسات توانبخشی و نگهداری بلند مدت دولتی	۹۸.۴۳	۹۸.۸۴	۹۹.۲۰	۹۹.۰۴	۹۹.۰۲	۹۹.۰۵
موسسات توانبخشی و نگهداری بلند مدت خصوصی	۱.۵۷	۱.۱۶	۰.۸۰	۰.۹۶	۰.۹۸	۰.۹۵

نمودار ۱۹- روند مراقبتهای توانبخشی و نگهداری بلند مدت به تفکیک ارائه دهندگان - ۱۳۸۲-



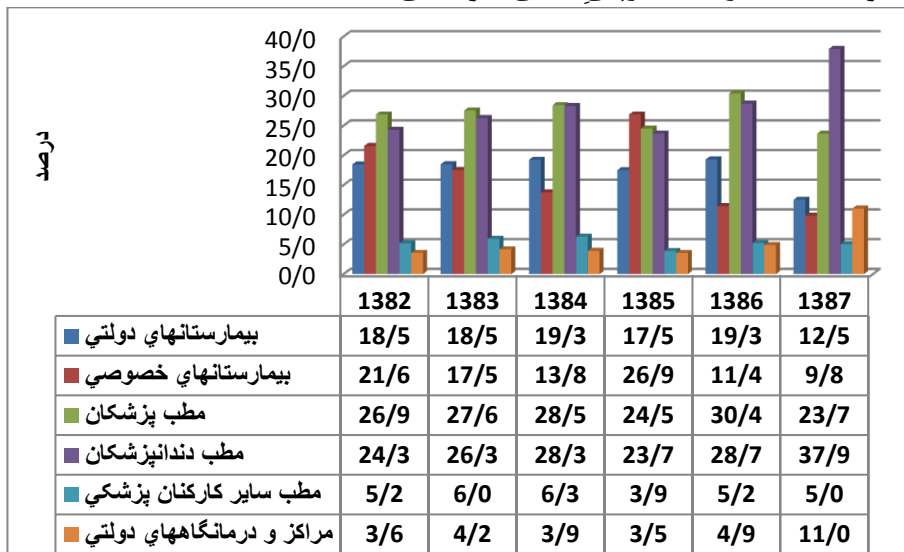
۳-۴. **مراقبتهای درمانی سرپایی:** در اینجا به سطر سوم خدمات در حسابهای ملی سلامت یعنی خدمات سرپایی اشاره می گردد. تمامی موسسات، بیمارستانهای دولتی و خصوصی، مطب پزشکان و دندانپزشکان و سایر مطب ها جزو گروه عرضه کنندگان

خدمات سرپایی محسوب می شوند. اطلاعات این موسسات در سال ۱۳۸۷ نشان داد که سهم بیمارستانهای دولتی، مطب پزشکان و دندانپزشکان از کل هزینه های سرپایی در کشور خیلی مشخص است (جدولی شماره ۱۱ و نمودار شماره ۲۰).

جدول ۱۱- روند مراقبتهای درمانی سرپایی به تفکیک ارائه دهندگان- ۱۳۸۲-۱۳۸۷

	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
	درصد					
مراقبتهای سرپایی درمانی و توانبخشی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
بیمارستانهای دولتی	۱۸.۵	۱۸.۵	۱۹.۳	۱۷.۵	۱۹.۳	۱۲.۵
بیمارستانهای خصوصی	۲۱.۶	۱۷.۵	۱۳.۸	۲۶.۹	۱۱.۴	۹.۸
مطب پزشکان	۲۶.۹	۲۷.۶	۲۸.۵	۲۴.۵	۳۰.۴	۲۳.۷
مطب دندانپزشکان	۲۴.۳	۲۶.۳	۲۸.۳	۲۳.۷	۲۸.۷	۳۷.۹
مطب سایر کارکنان پزشکی	۵.۲	۶.۰	۶.۳	۳.۹	۵.۲	۵.۰
مراکز و درمانگاههای دولتی	۳.۶	۴.۲	۳.۹	۳.۵	۴.۹	۱۱.۰

نمودار ۲۰- روند مراقبتهای سرپایی درمانی و توانبخشی به تفکیک ارائه دهندگان - ۱۳۸۲-۱۳۸۷



۴-۴. خدمات کمکی-تشخیصی، دارو و سایر برای مراقبتهای سرپایی: ۵

گروه اصلی از خدمات جانبی که در حساب‌های ملی سلامت محسوب می‌شوند عبارتند از خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی، داروخانه‌ها (عرضه داروهای تجویزی و خرید آزاد)، کالاهای پزشکی مصرفی بی دوام و سایر کالاهای پزشکی (جدول شماره ۱۲ و نمودار شماره ۲۱).

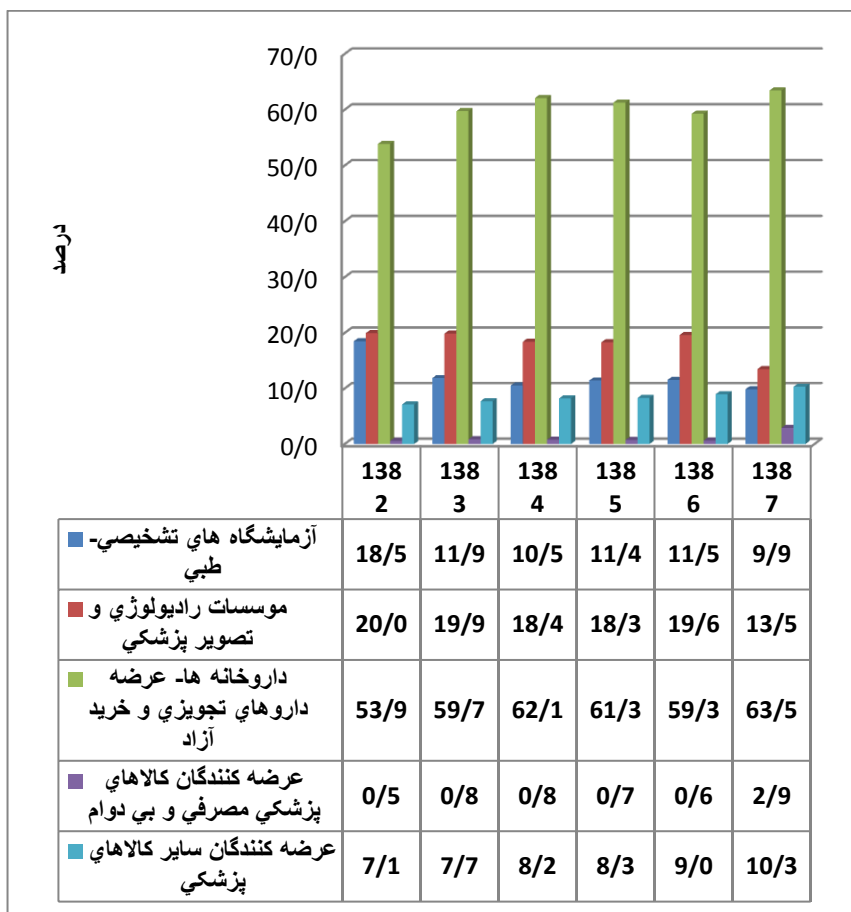
جدول ۱۲- روند خدمات کمکی- تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبتهای سرپایی به

تفکیک ارائه دهندگان - ۱۳۸۲-۱۳۸۷

	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
	درصد					
خدمات کمکی- تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبتهای سرپایی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
آزمایشگاه های تشخیصی- طبی	۱۸.۵	۱۱.۹	۱۰.۵	۱۱.۴	۱۱.۵	۹.۹
موسسات رادیولوژی و تصویر پزشکی	۲۰.۰	۱۹.۹	۱۸.۴	۱۸.۳	۱۹.۶	۱۳.۵
داروخانه ها- عرضه داروهای تجویزی و خرید آزاد	۵۳.۹	۵۹.۷	۶۲.۱	۶۱.۳	۵۹.۳	۶۳.۵
عرضه کنندگان کالاهای پزشکی مصرفی و بی دوام	۰.۵	۰.۸	۰.۸	۰.۷	۰.۶	۲.۹
عرضه کنندگان سایر کالاهای پزشکی	۷.۱	۷.۷	۸.۲	۸.۳	۹.۰	۱۰.۳

نمودار ۲۱- روند خدمات کمکی-تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبتهای سرپایی به

تفکیک ارائه دهندگان - ۱۳۸۲-۱۳۸۷

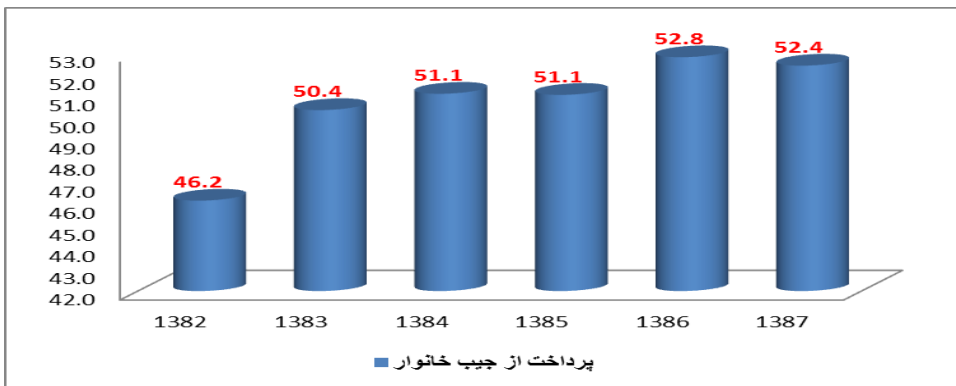


۵. پرداخت از جیب خانوار

تفکیک ها تا حدودی برای پرداخت از جیب (Out of Pocket) صورت گرفته است، سهمی از هزینه های بخش خصوصی که مستقیماً به صورت پرداخت مستقیم از حساب هزینه خانوار پرداخت می شود. همانطور که پیشتر اشاره شد اطلاعات مربوط به سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ از اطلاعات پرسشنامه خانوار مرکز آمار استخراج شده و سال ۱۳۸۷ بطور مستقیم از اطلاعات پرسشنامه اختصاصی بودجه خانوار در طرح حاضر، بدست آمده است.

بنابراین ممکن است مقداری ناهمگونی در اجزای اطلاعاتی وجود داشته باشد؛ ولی روی هم رفته ارقام تا حدود زیادی به هم نزدیک هستند. در سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ در حدود ۵۲ تا ۵۳ درصد میزان پرداخت از جیب خانوار متغیر است (نمودار شماره ۲۲). اطلاعات نشان داد که هزینه خانوار شهری و روستایی سالیانه به ترتیب در حدود ۶,۲۸۰,۰۰۰ ریال و ۳,۹۸۰,۰۰۰ ریال است که به ازای هزینه های بهداشتی درمانی پرداخت از جیب خانوار محاسبه شده است.

نمودار ۲۲- هزینه پرداخت از جیب خانوار بابت خدمات سلامت - ۱۳۸۲-۱۳۸۷



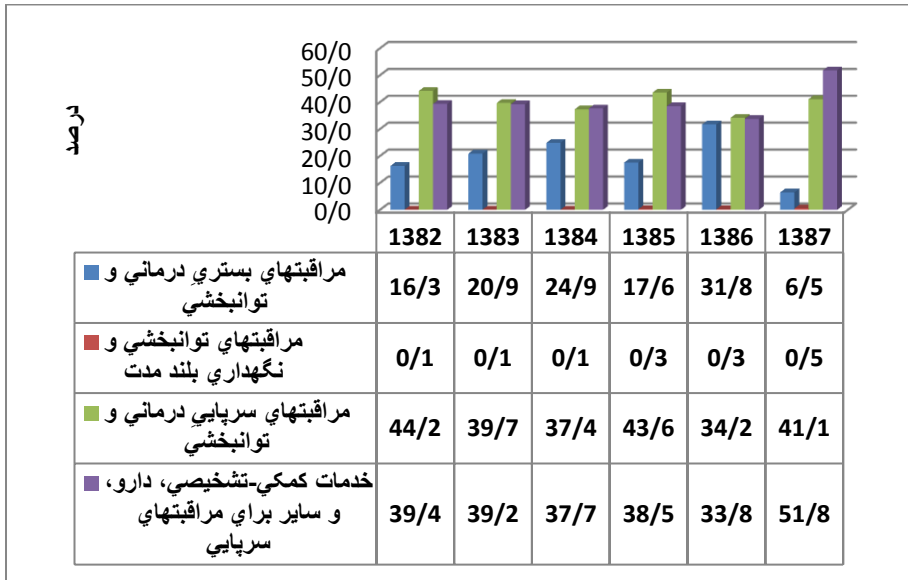
۱-۵. هزینه پرداخت از جیب خانوار به تفکیک نوع خدمت: پرداخت از جیب به تفکیک نوع خدمات، که خانوارها پرداخت کردند برحسب درصد در ۴ گروه اصلی خدمات بستری، خدمات توانبخشی بلند مدت، خدمات سرپایی و خدمات جانبی از محل بودجه خانوارها مشخص شده است. خدمات جانبی برای خانوارها بسیار پرهزینه است که حدود ۵۲ درصد کل هزینه آن ها را شامل می شود. در مراقبت های سرپایی این سهم حدود ۴۱ درصد و در مراقبت های بستری خانوارها پرداختی کمتری دارند که احتمالاً به دلیل سطح بیشتر هزینه پوشش داده شده خدمات بستری نسبت به سرپایی توسط سازمانهای بیمه گر پایه است و بیمه ها برای مراقبت های بستری پوشش نسبتاً مناسبی دارند (جدول شماره ۱۴ و نمودار شماره ۲۳).

جدول ۱۴- هزینه پرداخت از جیب خانوار بابت خدمات سلامت به تفکیک نوع خدمت-۱۳۸۲-

	۱۳۸۲				
	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۶	۱۳۸۷
	درصد				
مراقبت‌های بستری درمانی و توانبخشی	۱۶.۳	۲۰.۹	۲۴.۹	۳۱.۸	۶.۵
مراقبت‌های توانبخشی و نگهداری بلند مدت	۰.۱	۰.۱	۰.۱	۰.۳	۰.۵
مراقبت‌های سرپایی درمانی و توانبخشی	۴۴.۲	۳۹.۷	۳۷.۴	۳۴.۲	۴۱.۱
خدمات کمکی- تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبت‌های سرپایی	۳۹.۴	۳۹.۲	۳۷.۷	۳۳.۸	۵۱.۸

نمودار ۲۳- هزینه پرداخت از جیب خانوار بابت خدمات سلامت به تفکیک نوع خدمت-۱۳۸۲-

۱۳۸۲

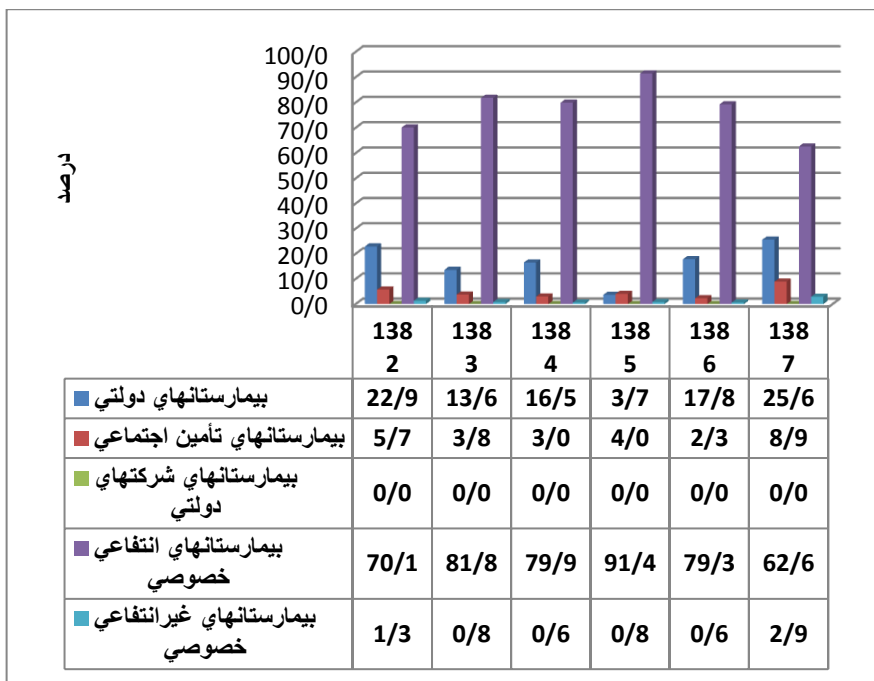


۲-۵. هزینه پرداخت از جیب به تفکیک ارائه دهنده:

الف. **مراقبت‌های بستری درمانی:** برای خدمات بستری در بخش خدمات بستری بیمارستان‌های دولتی و تامین اجتماعی مبلغ بسیار محدودی از هزینه خانوار را دریافت می‌کنند ولی بیمارستان‌های انتفاعی و خصوصی حدود ۶۲ درصد هزینه‌های خانوار را به خود اختصاص می‌دهند (نمودار شماره ۲۴).

نمودار ۲۴- روند پرداخت خانوار از جیب بابت خدمات بستری درمانی و توانبخشی به تفکیک ارائه

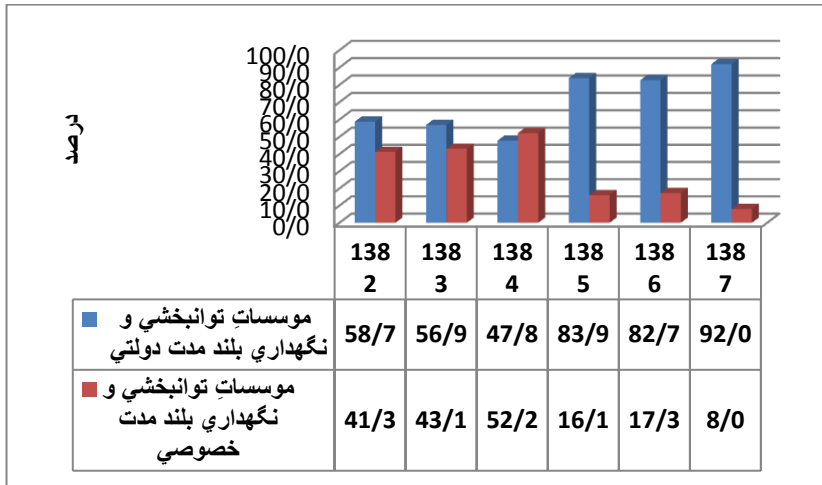
دهندگان خدمت-۱۳۸۲-۱۳۸۷



ب. مراقبت های توانبخشی و نگهداری بلند مدت: همچنین سهم پرداخت از جیب خانوارها به تفکیک خدمات توانبخشی در بخش دولتی و خصوصی نشان می دهد که خانوارها برای برخورداری از خدمات توانبخشی و مراقبت های بلندمدت حدود ۹۲ درصد این هزینه ها را به مراکز نگهداری دولتی پرداخت می کنند و ۸ درصد را به مراکز نگهداری خصوصی (نمودار شماره ۲۵).

نمودار ۲۵- روند پرداخت خانوار بابت خدمات توانبخشی و نگهداری بلند مدت به تفکیک ارائه

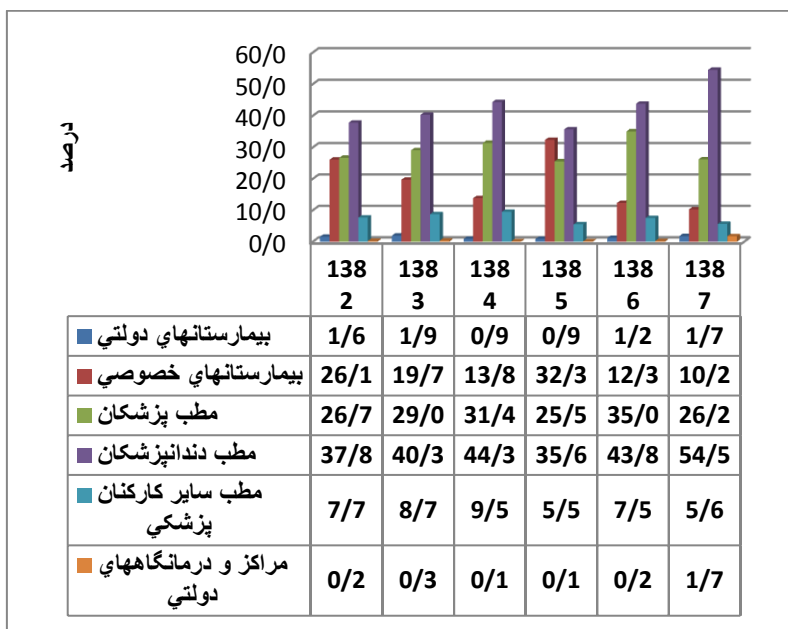
دهندگان خدمت-۱۳۸۲-۱۳۸۷



ج. **مراقبت های سرپایی درمانی:** بابت خدمات سرپایی هم هزینه های دندانپزشکی در خدمات سرپایی بخش قابل ملاحظه ای از هزینه های خانوارها را شامل می شود و این هم بدین دلیل است که قطعاً بیمه های پایه برای خدمات دندانپزشکی خدماتی را فراهم نمی کنند (نمودار شماره ۲۶).

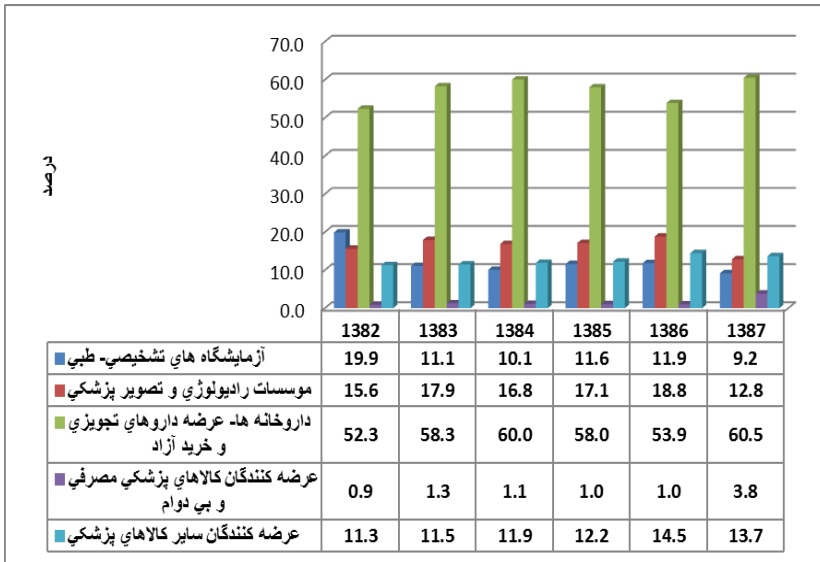
نمودار ۲۶- روند پرداخت خانوار بابت خدمات سرپایی درمانی و توانبخشی به تفکیک

ارائه دهندگان خدمت-۱۳۸۲-۱۳۸۷



د. خدمات کمکی-تشخیصی و دارو و سایر برای مراقبت های سرپایی: برای خدمات جانبی هم خانوارها بیشترین هزینه ها را صرف پرداخت دارو می کنند و بابت آزمایشگاه و موسسات تصویربرداری پزشکی هزینه های خانوار نسبتاً محدود است (نمودار شماره ۲۷).

نمودار ۲۷- روند پرداخت خانوار بابت خدمات کمکی-تشخیصی، دارو، و سایر برای مراقبت های
سربایی به تفکیک ارائه دهندگان خدمت-۱۳۸۲-۱۳۸۷



۶. مقایسه منطقه ای و بین المللی

در مقایسه منطقه ای که بین مناطق مختلف سازمان بهداشت جهانی انجام شده است اطلاعات خیلی جزئی است. بخشی از اطلاعات مربوط به کل هزینه های سلامت و بخشی هم مربوط به هزینه های بخش دولتی و خصوصی و سرانه بهداشت و درمان است. بیشترین سهم دولت از کل هزینه های بهداشت و درمان مربوط به منطقه اروپایی است. این اطلاعات مرتبط با سازمان جهانی بهداشت است.

نظرات شرکت کنندگان

• آیانتایج حاصل از پرسشنامه جدید طراحی شده با نتایج پرسشنامه مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۷ مورد مقایسه قرار گرفته است که تفاوت بین این دو نتیجه در چه حدی است و اینکه آیا در حقیقت تداوم انجام این مطالعات با روش پیمایشی حاضر ضرورت دارد یا خیر؟ پیشنهاد من این است که نتایج بخش هزینه-درآمد خانوار در این مطالعه ۱۳۸۷ با نتایج پرسشنامه مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۷ مورد مقایسه قرار بگیرد. این کمک خواهد کرد که مقداری تکلیف کار در خصوص تداوم انجام چنین مطالعه ای با این روش مشخص تر گردد. نکته دوم سهم منابع هزینه های درمانی بستری به تفکیک بیمارستانهای ارایه دهنده خدمت بود که باید به یک عامل مهم یعنی تفاوت قیمت خدمات (هر واحد خدمت) برای تحلیل این بخش از اطلاعات توجه نمود. برای مثال در بیمارستانهای خصوصی قیمت هر واحد خدمت بسیار بیشتر است، حدود ۵ تا ۱۰ برابر نسبت به هر واحد از خدمت در بیمارستانهای دولتی و سایر بیمارستانها است. سهم منابع بیمارستانهای غیرانتفاعی و خیریه اگرچه نشان داده شد که حدود ۲ درصد بوده و این درمقایسه با رقم ۱۳ درصدی کشورهای OECD ناچیز است، اما اگر به حجم خدمت و قیمت هر واحد خدمت با هم دقت کنیم، مشهود است که خدمات بسیار گران بخش خصوصی باعث افزایش سهم منابع آن در مقایسه با بیمارستانهای غیرانتفاعی شده است. به عبارت دیگر یعنی اگر با حجم خدمت به مساله نگاه شود، پهنه و گسترش بیمارستانهای خیریه و تعداد آنها در مقایسه با بیمارستانهای خصوصی بیشتر می باشد و حجم خدماتی که ارایه می دهند در بسیاری موارد با بخش خصوصی برابری می کند ولی قیمت ارایه آنها نسبت به بیمارستانهای خصوصی بسیار کمتر بوده و قابل مقایسه نیست. بهتر است قیمت و حجم خدمت به عنوان منابع اطلاعاتی تکمیلی در کنار تحلیل اطلاعات این مطالعه آورده شود تا تحلیل درست تری ارایه گردد. نکته سوم اینکه رقم پرداخت از جیب که ۵۳-۵۲ درصد در این گزارش بدست آمده است و در جلسات گزارش حسابهای ملی سلامت در مرکز آمار هم همین مقدار اشاره شده است با نتایج مطالعات دیگر متفاوت است. در مطالعه ای که من و همکارانم در سطح تهران انجام دادیم، این مقدار خیلی بیشتر از این رقم بدست آمد. اگرچه شاید بشود گفت که به دلیل

تفاوت های پرداختی در هزینه ها، تهران میانگین و مدل خوبی برای کل کشور نیست. هزینه های کمر شکن در تهران بین ۹ تا ۱۳ درصد دمحاسبه گردید و به طور کلی با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است.

• با توجه به حجم تخمینی ۱۷ میلیون خانوار و میانگین سرانه هزینه خانوار حدود ۵۰۰۰۰۰۰ ریالی (۶۲۸۰۰۰۰ ریال برای خانوارهای شهری و حدود ۴۰۰۰۰۰۰ ریال برای خانوار روستایی) حدود ۸۰۰۰۰ میلیارد ریال بدست آمد. اگر این به طور تقریبی درست باشد باید رقم پرداخت از جیب خانوار تعدیل شود.

پاسخ سخفزان: حدود ۱۹ میلیون خانوار در سال ۱۳۸۷ وجود داشته و حجم خانوارهای روستایی با شهری متفاوت است و این بستگی به تعداد خانوارهای شهری و روستایی دارد که قطعا تعداد خانوارهای شهری خیلی بیشتر از روستایی است. رقم بدست آمده برای هزینه های خانوار در مطالعه را حدود ۹۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ میلیارد ریال بدست آوردیم که نشان دهنده سهم حدود ۵۳-۵۲ درصدی هزینه های پرداخت از جیب خانوار است که به درستی محاسبه شده است.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

• آیا پرسشنامه اختصاصی طراحی شده برای هزینه-درآمد خانوار در مطالعه حاضر با توجه به اطلاعات دقیق تری که استخراج می کند، با اجزای اطلاعاتی سایر کشورها انطباق دارد یا خیر؟ نکته دوم این بود که در حوزه بیمارستانی اطلاعات شفافی در خصوص تمیز بین مالکیت و مدیریت بیمارستانها فراهم نیست. با توجه به آمار اعلام شده از سوی سازمان اوقاف حدود ۴۰۰ بیمارستان در کشور موقوفه است. اگر قرار باشد از حدود بیش از ۸۰۰ بیمارستان کشور، این تعداد بیمارستان موقوفه واقعیت داشته باشد و بین مالکیت و مدیریت توانیم تفکیک قائل شویم، نتایج اشاره شده در اینجا خیلی تغییر پیدا می کند. نمونه های چنین بیمارستانهایی شایع است مثلا در تهران بیمارستانهای بزرگ مفید و شهداء از بیمارستانهای موقوفه هستند. سهمی را که در حقیقت هیأت امنای این بیمارستانها برعهده دارند، آیا در تحلیل محاسبات مطالعه لحاظ شده است یا خیر؟ درخصوص سهم ناچیز منابع بیمارستانهای غیرانتفاعی و خیریه در حالیکه در واقع بخش قابل ملاحظه ای از خدمات درمانی را ارائه می کنند، باید توجه داشت که هر چه به

مناطق فقیرتر نزدیک تر می شویم شدت این مساله بیشتر است. از آنجا که مرز بین بخش خصوصی، دولتی و بویژه غیردولتی شفاف نیست با این وصف بخش هایی که در حوزه نیمه دولتی یا غیردولتی ما قرار می گیرند چگونه تفسیر می شوند؟ چون اینکه ارایه دهنده خدمت در بخش دولتی، خصوصی، تعاونی یا هر طبقه ای دیگر تعریف شود می تواند این محاسبات را متأثر کند. برای این مساله چه تمهیدی اندیشیده شده است؟

• عدم همخوانی بین روند رشد یا کاهش در GDP با نرخ رشد هزینه های سلامت وجود دارد که تقریباً هر زمان که نرخ رشد GDP افزایش پیدا کرده بود، نرخ رشد هزینه های سلامت کاهش پیدا کرده بود و در واقع روندی عکس هم داشتند. علیرغم وجود برخی مطالعات در خصوص رابطه مستقیم بین نرخ رشد GDP و نرخ رشد هزینه های سلامت چه تحلیلی برای این مساله وجود دارد در کشور ما تقریباً در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۲ رابطه معکوسی وجود داشته است؟

• به نظر می رسد که باید سایر اطلاعات تکمیلی برای تحلیل و تفسیر دقیق تر نتایج این مطالعه و استفاده از این شواهد مورد استفاده قرار بگیرد. ارقام اطلاعاتی نظیر تعداد بیمارستانها، تعداد تخت های فعال به تفکیک نوع بیمارستانها، تعداد بستری شدگان باید در کنار سهم منابع مصرفی بیمارستانهای مختلف دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی قرار بگیرد تا تصویر دقیقی از رابطه بین سهم منابع مصرفی و حجم خدمات ارایه شده برای هر کدام از بیمارستانها بدست آید.

• آیا اجزای پرداخت از جیب که در مطالعه در نظر گرفته شده است، صرفاً هزینه های مستقیم مرتبط با بخش سلامت بوده یا هزینه های مسافرت و یا هزینه های غیرمستقیم دیگری که بیماران متحمل می شوند نیز لحاظ شده است؟ با توجه به اینکه خانوارها برای هزینه های پیشگیری هزینه ای پرداخت نمی کنند و اینکه پیمایش بر اساس مصاحبه با خانوارها بوده این هزینه ها لحاظ نمی شود. آیا اینها رو اساساً هزینه (expenditure) در نظر می گیریم یا سرمایه گذاری و در واقع چطور می توانیم با حسابهای ملی سلامت ارتباط شان بدسیم و اینکه شما در این زمینه چه کاری انجام داده اید؟ بیان شد که خانوارها بیشترین هزینه ها را برای دارو و خدمات درمانی می پردازند، تحلیل شما در این خصوص چیست و آیا توضیح وزارت بهداشت با استدلال شما منطبق هست یا خیر و اگر

نیست چه تحلیلی برای این وجود دارد؟ همچنین در خصوص سهم منابع خدمات بخش خصوصی و دولتی و توجه همزمان به برخی از شاخص های رضایتمندی در این بخش ها می تواند برای سیاست گذاران مناسب تر باشد. برای مثال اگر بخش خصوصی پول بیشتری می گیرد، تعداد روزهای در انتظار برای بستری که اگر در پیمایش مورد سوال قرار بگیرد، احتمالاً کمتر است و این دریافت خدمت بر حسب بیماریها متفاوت است.

• اگر به صورت مشخص در ابتدای بحث به این اهداف مطالعه اشاره می شد، بهتر می توانست ابهامات را برطرف کند. مثلاً اگر هدف مطالعه این بوده که خانوارها چقدر هزینه بابت خدمات خصوصی و دولتی می پردازند، گزارش بیانگر این مطالب است. ولی اگر هدف میزان هزینه به ازای خدمت باشد این گزارش نمی توانست بیانگر این مطلب باشد. چون جمعیت استانهای مختلف متفاوت هست اگر هدفتان مقایسه استانها بود، شاید بهتر بود که از استانهای مختلف به نسبت جمعیت آنها نمونه انتخاب شود. اگر نمونه مساوی گرفتید و به دنبال مقایسه استانها بودید، روش کار جای تامل بیشتری دارد که باید به آن توجه شود. در خصوص تفاوت در ابزار مورد استفاده برای مطالعه سال ۱۳۸۷ و سالهای قبل آن به نظر می رسد حتماً باید تعدیل در این راستا صورت بگیرد تا امکان مقایسه بهتر فراهم شود، چون نحوه نمونه گیری و ابزار جمع آوری داده ها متفاوت است. عمده نتایجی که ارایه شد از اطلاعات هزینه-درآمد خانوار است. به طور خاص مطرح کردند که از سایر منابع اطلاعاتی چگونه و در کدام بخش از نتایج استفاده شده است. بهتر است به طور دقیق در روش کار اشاره شود که چه ارتباطی بین اطلاعاتی که از هزینه-درآمد خانوار و سازمان های تامین کننده و ارایه دهنده خدمت جمع آوری شده، وجود دارد. چگونه تناقضات احتمالی در خصوص این دو منبع اطلاعاتی پاسخ داده شده است. بهتر است توضیحات بیشتری در خصوص جزئیات روش کار مطالعه داده شود.

• به نظر می رسد تناقضاتی در هزینه های مصرفی بهداشت و درمان- بر حسب نوع خدمت، فراهم آورنده خدمت، و منابع مالی با اطلاعات موجود در سازمان بیمه خدمات درمانی وجود دارد. سهم سازمان بیمه خدمات درمانی از خدمات ارایه شده توسط بیمارستانهای تامین اجتماعی در هزینه های مذکور صفر در نظر گرفته شده است در صورتی که سازمان بیمه خدمات درمانی اسناد پزشکی از بیمارستانهای تامین اجتماعی دریافت می

کند. همچنین در بخش حق بیمه ها و مصارف هزینه های این سازمان از منابع بخش دولتی و حق بیمه ها به نظر می رسد باید تجدیدنظر صورت پذیرد. (یک مورد اینکه در قسمت دوم در حق بیمه ها بازم این قسمت صفر در نظر گرفته شده در صورتی که ما از منابعی استفاده می کنیم که از مردم هم گرفته می شود که قطعاً برای آن هزینه می کنیم. اگر جمع منابع مالی رو در نظر بگیریم در کل یک سری تناقضی وجود دارد که مجموع اینها همان هزینه ای است که در سال ۱۳۸۷ در مورد بیمه شدگان پرداخت کردیم. انجام اصلاحات در نظام ثبت اطلاعات به منظور تامین و گردآوری به موقع اطلاعات از سوی سازمانهای مختلف از جمله سازمان بیمه تامین اجتماعی اهمیت و ضرورت دارد. برای مثال در سازمان تامین اجتماعی حتی به تفکیک پزشک عمومی و متخصص در درمان غیرمستقیم امکان جمع آوری اطلاعات ثبتی با محدودیت مواجه است. در بخش درمان مستقیم تقریباً ۸۷۰۰ تخت فعال داریم و حدود ۳۰۰۰ تخت دیگر نیز سازمان دارد که در اختیار وزارت بهداشت است که پرداختی به آن صورت نمی گیرد و فرانشیزی هم از مردم دریافت نمی شود. یعنی بیمارستان به وزارت بهداشت واگذار شده و همانند درمان مستقیم فرانشیزی از مردم دریافت نمی شود، مثل بیمارستان شهید بهشتی کاشان و شهید لبافی نژاد. از نتایج جداول این مطالعه باید استفاده شود. هزینه جمع آوری این اطلاعات بالا و در عین حال ابعاد مطالعه گسترده است. اگر اینگونه مطالعات در قالب یک سری مطالعات نمونه گیری در سالهای مختلف صورت بگیرد، این کمک می کند. در واقع تجارب قبلی نشان داده است که مرکز آمار موفق شده است نیازسنجی و طرح های آماری این چنینی را به خوبی انجام دهد و ارتباط آن را با سایر حوزه های اجتماعی سیاستگذاری برقرار کند. نکته دیگر برای تحلیل های دقیق تر و استفاده در سیاستگذاری، اطلاعات جزئی تری در خصوص حجم خدمات در کنار اطلاعات موجود ضرورت دارد. بحث دیگر به عنوان یکی از اهداف چشم انداز و برنامه پنجم توسعه اشاره شده مثل شاخص FFCI که باید به آن پرداخت، مرجع اصلی برای محاسبه آنها چه بوده است و در روندها، در سال ۱۳۸۴ وضعیت خاصی وجود داشت باید علتش مشخص شود. اگر این را با سایر بانک های اطلاعاتی بتوان تعریف کرد، با شاخص های MDG و شاخصهای عدالت افقی و عمودی و بودجه خانوار می توان ارتباط برقرار کرد.

• لطفا اطلاعاتی در خصوص منابع مالی (Financing Sources) ارائه شود. همچنین علت اینکه در سال ۱۳۸۵ هزینه های سلامت کاهش یافته، چیست؟ در خصوص عوامل تامین مالی و سهم هر یک از این عوامل سوالی که پیش می آید این است که آیا حق بیمه هایی که خانوارها به سازمانهای بیمه گر پرداخت می کنند، جزء منابع حق بیمه ها آورده شده است یا هزینه های خانوار؟ منابع حق بیمه های پرداختی از سوی مردم در هزینه پرداخت از جیب خانوار لحاظ نمی شود. در مطالعه مرکز آمار سهم بخش بیمه های تجاری و موسسات غیرانتفاعی خصوصی از کل هزینه های بخش خصوصی ۱۰ درصد است و بخش منابع عمومی دولت و جبران خدمات و حق بیمه ها زیر ۴۰ درصد محاسبه گردیده است. در خصوص سهم بخش خدمات جانبی، داروها و آزمایشگاه در بخش سرپایی در مطالعه مرکز آمار ایران و مطالعه ۱۳۸۷ تفاوت وجود دارد. به طوری که این میزان در مطالعه مرکز آمار حدود ۱۷/۵ درصد و در مطالعه حاضر حدود ۳۶ درصد بدست آمده است. در بخش خدمات درمانی بستری نیز تفاوت فاحش حدود ۲/۵ برابری در هزینه ها بین مطالعه مرکز آمار ایران و مطالعه ۱۳۸۷ دیده می شود که در مرکز آمار این رقم ۵۰ تا ۵۱ درصد و در مطالعه حاضر حدود ۲۴ درصد بدست آمده است. در خصوص روند رشد GDP اطلاعاتی که از مرکز آمار دریافت شده است، نشان از روند همسان دارد ولی در مطالعه حاضر اینگونه نبود. در شاخص های کلی مثل پرداخت از جیب ارقام تقریباً به گزارش مرکز آمار ایران نزدیک و حدود ۵۲ درصد است.

پاسخ سخنران: تفاوت های بین نتایج دو مطالعه فاحش نیست بلکه نحوه تعاریف مفاهیم در دو مطالعه متفاوت است.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

• سابقه مرکز آمار ایران در انجام اولین مطالعه حساب های ملی سلامت در سال ۱۳۸۰ و مطالعه بعدی در دوره زمانی ۱۳۸۷-۱۳۸۱ در سایت مرکز آمار موجود است. برآوردهای مربوط به آمار و ارقام ملی در مرکز آمار ایران یا با استفاده از سرشماری است و یا نمونه گیری. نمونه گیری در مطالعات مرکز آمار بر اساس روش های آماری معتبر و مستدل انجام می شود و اطلاعات مرتبط با نتایج آن را در سطح کلی و تفصیلی منتشر می کند. به همین لحاظ نتایج آن قابل دفاع است. در بخش سهم جبران خدمات و حق بیمه ها که

در بخش دولتی تفکیک گردیده است، منظور بخشی از حق بیمه هاست که کارگر یا کارمند پرداخت می کند. این میزان پرداختی آیا بخشی از پرداختی از جیب خانوار محسوب می شود یا خیر؟ که به نظر می رسد طبق راهنمای حساب های ملی سلامت باید به پرداخت از جیب اضافه شود. در خصوص وجود ۴۰۰ بیمارستان موقوفه و نحوه محاسبه منابع آن در حسابهای ملی سلامت این مساله بستگی به مدیریت بیمارستان دارد که آیا بیمارستان خدمات خود را با قیمت بازار یا قیمتی زیر بازار ارایه می دهد. اگر بیمارستان موقوفه خدمات خود را با قیمت بازار ارایه دهد این بیمارستان علیرغم اینکه مکان آن موقوفه است بیمارستان خصوصی انتفاعی محسوب شده و جزء بخش خصوصی غیرانتفاعی در خدمت خانوار محسوب نمی شود.

• ما به اهداف برنامه چهارم و پنجم توسعه در خصوص پرداخت از جیب مردم دست نیافتیم. در هزینه های پرداخت از جیب خانوار به نظر می رسد که زیر میزی های غیرقانونی که دارو و هر آنچه را که خود بیمار در ارتباط با درمان خود شخصاً خریداری نموده، محاسبه گردیده است. در برنامه چهارم توسعه در سال ۱۳۸۳ مقرر گردید که طبق محاسبات آن زمان میزان پرداخت از جیب از رقمی در حدود ۴۶ درصد به ۳۰ درصد در طول برنامه کاهش یابد و در حال حاضر که در برنامه پنجم توسعه قرار داریم و مطالعه نیز مرتبط با سال ۱۳۸۷ می باشد، نتایج به وضوح نشان داده است که این مقدار نه تنها کاهش نیافته است بلکه با چند درصدی به ۵۲ درصد رسیده است. با توجه به صحبت ابتدای جلسه آقای دکتر اولیایی منش مبنی بر عدم انتشار آمار به دلایل ایجاد نگرانی در جامعه، این متأسفانه رویکرد مناسبی نیست و باید بر بحث سیاستگذاری مبتنی بر شواهد تأکید شود. یعنی شواهد نشان می دهد که در نظام سلامت چه اتفاقی در حال رخ دادن است. در بخش هایی مردم بخش بسیار بالایی از هزینه های خود را بابت دارو و در بخش دیگر هزینه هایی را بابت خدمات درمانی به بخش خصوصی پرداخت می کنند. در وزارت بهداشت پرداخت از جیب را جور دیگری تعبیر می کنیم که دولت پول بیشتری بدهد تا وزارت بهداشت پرداخت از جیب را پایین بیاورد. بنده شخصاً نماینده وزارت بهداشت هستم اما بر این عقیده نیستم. چون اگر قرار باشد هر چه پرداخت از جیب بالا می رود، هزینه های دولت را بابت کاهش پرداخت از جیب اختصاص دهیم، در واقع

نمی توانیم جبران کنیم. سیاستهای غلط ما در بخش های دیگر باعث می شود که پرداخت از جیب بالا رود. برای مثال در بحث دارو احتمالاً قابل بررسی است و یا تجهیزات که در حال حاضر نزدیک چند درصد از هزینه های مردم مرتبط با تجهیزات گران قیمت است و در گزارش های خود اعلام می کنیم که مثلاً ۹۰ درصد MRI ما منفی است. چنین مسایلی به افزایش پرداخت از جیب خانوار دامن می زند. با وجود این اطلاعات ذی قیمت باید تحلیلی به وزارت بهداشت ارائه شود تا این مساله روشن گردد که میزان پرداخت از جیب خانوار صرفاً با افزایش منابع دولتی برطرف نخواهد شد.

پاسخ مشاور پروژه: نظام سلامت کشور برای کاهش پرداخت از جیب خانوار چاره ای جز افزایش منابع دولتی ندارد. منظور از افزایش منابع دولتی یعنی تمامی منابع عمومی اعم از سهم بیمه های مختلف و بودجه عمومی دولت است. بنابراین برای دستیابی به هدف کاهش در پرداخت از جیب خانوار باید به طور کلی دو بحث کل هزینه های سلامت (Total Health Expenditure) و منابع تامین هزینه ها (Financing Sources) را از هم تفکیک نمود. برای مثال اگر تشخیص های نادرست، تجویز نادرست و بی رویه دارو یا حق العمل پزشک یا زیرمیزی باعث رشد بالای منابع سلامت گردیده است، باید به کنترل این مسائل پرداخت. اما از طرفی بدون افزایش بودجه سهم منابع عمومی نمی توان تصویری از کاهش پرداخت از جیب داشت. در حال حاضر منابع عمومی از تعهدات دولت عقب بوده و با افزایش منابع دولتی اگر ما این بدهی و عقب ماندگی را جبران نموده و به صفر برسانیم، بعد از آن چند سال نیاز است که منابع بخش دولتی افزایش یابد تا هدف کاهش پرداخت از جیب خانوار به زیر ۳۰ درصد محقق گردد. خلاصه اینکه دو بحث در این راستا وجود دارد. بحث اول کنترل سرعت رشد هزینه های کل سلامت و سهم سلامت از GDP است که نباید به صورت بی رویه و لجام گسیخته باشد. بحث دوم این است که دولت سهم کافی خود را برای کل هزینه های سلامت ادا نکرده است. به عبارت دقیق تر منابع عمومی یعنی سهم بیمه ها و بودجه عمومی دولت کفایت لازم را ندارد. لذا دغدغه اینکه هزینه های حوزه سلامت در حال افزایش است و باید کنترلی صورت بگیرد، باید از دغدغه کافی نبودن منابع عمومی برای تامین نیازهای این حوزه تفکیک گردد.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

• مطالعه حاضر پیمایشی مانند سایر پیمایش‌هاست که بخشی از جمعیت را مورد مطالعه قرار می‌دهد. بنابراین اینکه چه افرادی در مطالعه وارد شوند، تصادفی است. در خصوص تفاوت‌ها و نوسانات جزئی بین نتایج دو مطالعه باید گفت که مطالعات مختلف در کشورها نشان داده است حتی اگر مطالعه‌ای در چند نوبت با روش و جمعیت هدف یکسان انجام شود، حتی در یک کشور اختلافات زیادی ممکن است مشاهده شود و این ماهیت مطالعات پیمایشی است. بنابراین انتظار این را می‌توان داشت که نوساناتی به خاطر نوسان در خطای نمونه‌گیری داشته باشیم و نوسانات معمول قابل‌پذیرش است. هدف این مطالعه ارایه تصویر روشن و شفاف از جریان منابع مالی، هزینه‌ها و علت‌های هزینه‌ها در نظام سلامت کشور بوده است. بخشی از داده‌ها که مستقیماً از این مطالعه استخراج می‌شود، می‌تواند در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بکار رود؛ اما بخش بسیار زیادی اطلاعات تکمیلی یا تحلیل تفسیری دیگری می‌تواند فراهم شود که خارج از ظرفیت مطالعه حاضر است و باید با حضور سایر دانشگاهیان و دانشجویان این تحقیقات دنبال شود. بهتر است داده‌های این مطالعه بعد از انتشار گزارش آن توسط وزارت بهداشت، در اختیار اساتید و دانشجویان قرار داده شود تا تحقیقات تکمیلی پیرامون تحلیل‌های بیشتر حوزه تامین مالی نظام سلامت با استفاده از این داده‌ها امکان‌پذیر شود و کمک مناسبی برای سیاست‌گذاری اثربخش نظام تامین مالی سلامت در کشور باشد.

• با توجه به اینکه نمونه‌گیری و حجم نمونه مشخصی به تفکیک استانها انجام شده، نتایجی از وضعیت شاخص‌های اصلی از جمله پرداخت از جیب خانوار در استانهای مختلف ارایه شود.

پاسخ‌های سخنران: درخصوص عدم انطباق میزان پرداخت از جیب گزارش شده در این مطالعه با مطالعات دیگر باید گفت که مثلاً حدود نیمی از ۱۲۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ تخت‌های خصوصی کشور، در تهران متمرکز است و بقیه در شهرستانهاست. این جذابیت برای ارایه خدمات خصوصی در تهران و سایر استانها تا حدودی متفاوت است و در برخی از استانها بخش خصوصی به دلیل بخش دولتی به حاشیه رانده شده است و بسیاری از بیمارستانهای

خصوصی در استانها خدمات خود را تحت پوشش بیمه ارایه می‌دهند. همچنین رقم پرداخت از جیب رقمی است که بر اساس بُعد خانوار، کل جمعیت کشور و میانگین هزینه خانوار روستایی و شهری حاصل گردیده است. بعد خانوار در مطالعه حاضر ۴/۳ در نظر گرفته شده است که می‌تواند با نرخ واقعی در سطح کشور تفاوت داشته باشد. بنابراین چون رقم دقیق بُعد خانوار کشور در سال انجام مطالعه در دسترس نبود، می‌تواند بر روی میزان پرداخت از جیب تاثیر داشته باشد. البته طبیعی است که در استان تهران در مناطق مختلف تفاوت‌ها خیلی شدید باشد. تفاوت‌هایی نیز در گزارش حساب‌های ملی مرکز آمار و بانک مرکزی وجود دارد. مرکز آمار پرسشنامه بودجه خانوار روستایی و شهری دارد و بانک مرکزی نیز پرسشنامه جداگانه‌ای برای بودجه خانوار شهری دارد که استفاده از این ابزارهای متفاوت یکی از علل ایجاد تفاوت در نتایج مطالعات دو منبع اطلاعاتی است. تفاوت در اجزای اطلاعاتی به دلیل تفاوت در ابزار مورد استفاده است. بعلاوه تفاوت‌های مرتبط با خطاهای سیستماتیک در نتایج گزارش رسمی اطلاعات روتین سالیانه و انجام سرشماری‌ها وجود دارد.

درخصوص نحوه تنظیم پرسشنامه مطالعه، این پرسشنامه بر اساس اطلاعات جزئی و طبقه بندی خاص استاندارد OECD برای حساب‌های ملی سلامت، تنظیم شد. همین اطلاعات با نوع اقلام اطلاعاتی سازمانهای بیمه‌گر تطبیق داده شد که سازمان بیمه خدمات درمانی یکی از کاملترین و جامع‌ترین اجزای اطلاعاتی را ارایه داد. بنابراین پرسشنامه مطالعه حاضر کاملاً منطبق با استاندارد OECD برای حساب‌های ملی سلامت به منظور تامین داده‌های جداول اصلی این حساب‌ها بود.

درخصوص نحوه طبقه بندی بیمارستانهای موقوفه، نیمه دولتی و تفاوت در مدیریت و مالکیت موسسات، در مطالعه حاضر مدیریت و ماهیت انتفاعی و غیرانتفاعی بودن بیمارستان یا موسسه بهداشتی درمانی ملاک است و تفاوت مالکیت‌ها وجود دارد. در حسابهای اقتصادی کل کشور هم نحوه برخورد با مالکیت و مدیریت ممکن است دشواری‌هایی در محاسبات ایجاد کند. به هر حال در حساب‌های ملی کل کشور، شرکت‌های دولتی که مدیریت خصوصی دارند نیز جزو موسسات خصوصی قلمداد می‌شوند. در مورد ماهیت نیمه دولتی و خصوصی موسسات نیز، خوشبختانه در بخش سلامت بخش نیمه

دولتی قدرتمندی وجود ندارد. طبق استاندارد حساب های اقتصادی کل کشور که GDP از آن محاسبه می شود، بودجه دولت، سازمان تامین اجتماعی و شهرداری ها (دولت های محلی) دولتی محسوب می شوند. بنابراین ماهیت مدیریت هر سازمان تعیین می کند که سازمانی در طبقه بندی دولتی یا خصوصی قرار بگیرد. در بیمارستانهای غیرانتفاعی، عنوان غیرانتفاعی، لزوماً غیرانتفاعی معنی نمی دهد. در این موسسات تنها بخشی از منابع مالی که هیات امنای آن از محل منابع خود تخصیص می دهد، جزء بخش خدمات غیرانتفاعی محسوب می شود و سایر بخش های منابع مالی از جمله سهمی از منابع که سازمانهای بیمه گر به این موسسه پرداخت می کنند و یا پرداخت از جیب مستقیم توسط مردم به این موسسات در قبال ارائه خدمات آنها انجام می شود، در بخش منابع غیرانتفاعی محسوب نمی شود.

در خصوص عدم رابطه مستقیم و همخوانی بین نرخ رشد GDP و هزینه های بهداشت و درمان، این عدم همخوانی نشان می دهد که تصمیم گیری ها غیرمتعارف است و به ندرت بر اساس آمار و ارقام تصمیم گیری می شود. در کشورهای OECD از آمار و ارقام فصلی و به روز شده در تصمیم گیری ها استفاده می شود؛ اما در کشور ما هنوز استفاده از آمار و ارقام به طور گسترده در تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها مرسوم و مشهود نیست. به دلیل ضعف در سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و کم توجهی به آمار و اطلاعات تولید شده در مطالعات مختلف، تا کنون موفقیتی در کاهش سهم پرداخت از جیب به ازای دریافت خدمات سلامت حاصل نگردیده است. تا زمانی که سازوکار مناسب برای تقویت رویکرد سیاستگذاری مبتنی بر شواهد در تصمیمات دنبال نشود، این مساله بالا بودن سهم پرداخت از جیب خانوار مرتفع نخواهد شد.

در ارتباط با رابطه بین هزینه های خدمات بستری و حجم خدمات هدف اصلی در مطالعه حساب های ملی سلامت صرفاً بررسی وجوه و گردش آن می باشد و سایر اهداف از جمله تعیین حجم و قیمت هر واحد خدمت بستری در بخش های مختلف (دولتی، خصوصی، غیرانتفاعی) و همچنین رابطه بین سهم منابع و حجم خدمات در هر بخش باید از طریق مطالعات جانبی دیگر حاصل گردد. مثلاً در ارائه نتایج سهم پرداخت از جیب خانوار به تفکیک اجزای خدمات جانبی، خدمات دارو بیشترین سهم را داشت. اینکه چرا خدمات

دارو بیشترین سهم را دارد و یا چرا سایر اجزای هزینه ای کمتر یا بیشتر است باید با تحقیقات تکمیلی مورد تحلیل و تفسیر قرار گیرد.

در خصوص لحاظ شدن سایر هزینه های بیماران از جمله هزینه مسافرت در بحث بودجه خانوار، سایر اجزای هزینه ای خانوار در این مطالعه مدنظر نبوده است و فقط به هزینه های مستقیم پرداختی خانوار بابت فعالیتها و خدمات مرتبط با سلامت اشاره دارد. هزینه هایی از قبیل پیشگیری و نظایر آن که ماهیت خدمات جمعی دارند در بودجه خانوار لحاظ نمی شود. برای اینکه اجزای اطلاعاتی کلی هزینه ها تامین گردد، هزینه هایی نظیر پشتیبانی در برنامه های بیمه درمانی و پشتیبانی مراقبتهای بهداشتی اولیه که خارج از بودجه خانوار است و سایر هزینه های عمومی موسسات بهداشتی درمانی و بیمارستانها از اجزای اطلاعاتی وزارت بهداشت استخراج و ارقام مورد نظر در محاسبات منظور گردید.

در خصوص چرایی حجم نمونه تقریباً یکسان در استانها علیرغم تفاوت های جمعیتی برای تعیین حجم نمونه قبل از شروع مطالعه، ۲ تا ۳ روز جلسات مستمر تشکیل و از مشاوره آماری آقای دکتر حقدوست استفاده شد و حجم نمونه بر اساس حداقل نمونه گیری موردنیاز برای یک استان تعیین گردید و حداقل نمونه برای استانهایی که جمعیت آنها خیلی متفاوت بود، حفظ گردید تا خطای مطالعه کاهش یابد. هدف از این مطالعه تامین و تدوین ارقام مالی به تفکیک جداول استاندارد حسابهای ملی سلامت صرف نظر از هرگونه تفسیر و توضیح بیشتر بود. مؤکد است که پرسشنامه استفاده شده در سال ۱۳۸۷ از پرسشنامه بودجه خانوار مرکز آمار در سالهای قبل متفاوت بود. البته در نتایج و ارقام کلی تفاوت در نتایج مشهود نیست اما در جزئیات تفصیلی تفاوت هایی وجود دارد که دلیل بر نادیده گرفتن برخی از اقلام اطلاعاتی در هر یک از مطالعات مرکز آمار و یا مطالعه وزارت بهداشت نیست بلکه تفاوت ها به لحاظ تفاوت در طبقه بندی اجزای سوالات هر یک از پرسشنامه هاست.

در پاسخ به ابهام و سوال نماینده سازمان بیمه خدمات درمانی در خصوص ارقام مالی این سازمان در جدول اصلی حساب های ملی سلامت باید گفت که طبقه بندی مربوط به بیمه درمان همگانی یک طبقه بندی سازمانی نیست بلکه طبقه بندی کارکردی است. بیمه درمان همگانی از محل بودجه منابع عمومی دولت، تنها به سازمان بیمه خدمات درمانی اشاره

ندارد بلکه سایر منابع بیمه ای از جمله منابعی که در بودجه عمومی دولت بابت بیمه منظور می شود و سازمانهای بیمه گر نیروهای مسلح را نیز در برمی گیرد. بخش دیگری از منابع بیمه ای نیز از محل حق بیمه خانوارها و سایر سازمانهای بیمه گر می آید. بنابراین بخشی از منابع بیمه ای از محل بودجه عمومی دولت، بخشی از محل منابع غیردولتی و پرداختی خانوارها تامین می شود. بعلاوه در ستون دیگر بیمه درمان تامین اجتماعی است که در کل هزینه ها در آن منظور گردیده است و مقادیر عمده آن به سازمان بیمه تامین اجتماعی مربوط است. اما بخشی از هزینه ها به علت اینکه اطلاعاتی از تبادل بین سازمانهای بیمه گر وجود نداشت، ارقام را در مبدا برای تامین اجتماعی حفظ کردیم، مقادیر این ارقام بسیار جزئی و در عین حال وقت بسیاری صرف تامین این اطلاعات شد و تفکیک بیشتر آن دشوار بود.

پاسخ مشاور پروژه: در زیرگروه بودجه عمومی دولت، برنامه های بهداشتی درمانی از محل بودجه رسمی دولت تامین می شود. بعلاوه در طبقه بیمه درمان همگانی بخشی از منابع بودجه عمومی دولت است که صرف بیمه ها می شود. اما تفکیک بیشتر در خصوص جزئیات محل تامین این منابع از محل مالیات ها و یا فروش نفت امکان پذیر نیست و ضرورتی ندارد. تفکیک ها مشخص و منع هر کدام از وجوه نیز معلوم است. به عنوان مثال در بیمه روستایی، محل تامین منابع آن به طور کلی از بودجه دولت است بنابراین رفتاری که با تامین منابع این بخش می شود، ماهیتاً نگاه بودجه ای دولت است. بنابراین منظور مبلغی است که دولت در بودجه عمومی به عنوان سهم کارفرما پرداخت می کند.

پاسخ سخنران: درخصوص منابع مالی و عاملین تامین مالی باید گفت که در حسابهای ملی قبلی عاملین تامین مالی (Financing Agents) تبدیل به طرح تامین مالی (Financing Scheme) شده است. چون ردیابی آن سخت است این تغییرات در نسل جدید نظام حساب های سلامت (SHA۲) انجام شده است.

جمع بندی

اگر چه مطالعه در سال ۱۳۸۷ انجام شده اما بعد از تهیه نتایج اولیه، گزارش ها و ارایه های مختلفی در درون بخش های مختلف وزارت بهداشت و همچنین بخش های خارج از وزارت در جایگاه های سیاست گذاری کلان صورت گرفته است. در پایان ذکر چند نکته به منظور جمع بندی نتایج فنی مطالعه ضروری است. نکته اول اینکه ماهیت هزینه مهم تر از آن است که از کجا این هزینه تامین می شود. در بهداشت و درمان ماهیت هزینه های پرداخت از جیب خانوار ماهیت منفی دارد. یعنی سعی بر این داریم که با سیاست گذاری ها به کاهش سهم خانوار از پرداختی های سلامت در زمان دریافت خدمت پردازیم. از اینرو اگر حق بیمه به عنوان یک هزینه پیش پرداخت در محاسبه پرداخت از جیب خانوار گنجانده شود ماهیت منفی آن تغییر می کند. لذا به این مساله باید تاکید شود که در نظام سلامت هزینه های پیش پرداخت یا Pre-Payment (حق بیمه های پرداختی خانوار) ماهیت مثبتی دارد و هزینه های پرداخت از جیب خانوار در نقطه دریافت خدمت ماهیت منفی دارد. لذا گنجاندن این دو با هم به عنوان هزینه های پرداخت از جیب خانوار درست نیست. در بحث مرتبط با حق بیمه ها آن بخش از حق بیمه خدمات درمانی برای کارکنان دولت که کارفرما باید پردازد، دولت پرداخت می کند. دولت برای پرداخت این بخش از حق بیمه ها بر مبنای شرایط درآمدی کارکنان دولت عمل نمی کند بلکه براساس منابع در دسترس در بودجه سالیانه رفتار می کند. بنابراین رفتار دولت در پرداخت این بخش از حق بیمه ها با یک کارفرمای خصوصی که سهم خود را به سازمان های بیمه گر می پردازد، متفاوت است. بنابراین ماهیت آن متفاوت است و جزئیات فنی اگرچه طبیعتا بسیار مهم است ولی تصویر کلی از جریان منابع و وجوه مهمتر است. در نتیجه مانعی بر این مساله نیست که سهمی را که دولت به عنوان حق بیمه پرداخت می کند، به عنوان سهم مشارکتی دولت به منابع نظام سلامت کشور در نظر گرفت. وقتی که تصمیم بر این است که چه می خواهد انجام شود، جزئیات بیشتر اهمیت پیدا می کند. در خاتمه دو پیشنهاد در راستای بهبود استفاده از نتایج مطالعه می توان داشت. پیشنهاد اول اینکه در گزارشی که قرار است به زودی منتشر شود، نیاز به وجود واژه نامه ای است که جزئیات طبقه بندی های تفصیلی (مثلا بیمه درمان همگانی و...) را روشن سازد. پیشنهاد دوم این است در صورت امکان هر

دو تیم مطالعه حساب های ملی سلامت مرکز آمار و مطالعه ۱۳۸۷ وزارت بهداشت با همکاری یکدیگر کارگاهی ۱ تا ۲ روزه ترتیب دهند و ادبیات و نتایج هر دو مطالعه با هم مقایسه شود که به طور قطع می تواند به شفافیت موضوع و تعیین مسیر کمک کند.

هفتمین نشست تخصصی مشترک

بیمه سلامت، مفاهیم، چالشها و راهکارها

سخنران

دکتر حمید پوراصغری

مشاور معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۱/۱۲/۸

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

آقای دکتر علی رضا اولیایی منش، مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

آقای دکتر عباس وثوق مقدم، هماهنگ کننده برنامه های توسعه دبیرخانه شورای سیاست گذاری

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هئیت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری
طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر فضائلی، دکتر توفیقی، سراج گری، دکتر رستمی، دکتر سالانی، فیضی، مجتبی
نوحی، محمد بازیار، دکتر جهانشیر، آقای چاغری

متن سخنرانی

مقدمه

در طول سخنرانی ابتدا نگاهی خواهیم داشت به اهداف و انتظاراتی که از بیمه سلامت داریم و سپس با توجه به این انتظارات، به وضعیت فعلی و شرایط کنونی بیمه های سلامت ایران می پردازیم و اینکه در این زمینه چه چالشها و مشکلاتی وجود دارد و چه راهکارهایی را می توان ارائه داد تا بتوانیم از این راهکارها در جهت اصلاح در زمینه های مختلف بیمه مثل ساختار و تامین مالی و... استفاده کنیم.

تعریف بیمه سلامت

بیمه سلامت سازو کاری برای تامین مالی و مدیریت مراقبت های سلامتی از طریق توزیع ریسک سلامتی اعضا از یک سو و مشارکت مالی موسسه ها، خانواده ها و دولت از سوی دیگر است. به عبارتی، می توان بیمه سلامت را ساز و کار حمایت مالی برای مراقبت های سلامتی از طریق توزیع ریسک و تجمیع منابع برای بخش بزرگی از جمعیت نامید. در اینجا منظور از بیمه سلامت، بیمه اجتماعی سلامت است و بخش هایی که تنها مفهوم بیمه سلامت از آن برداشت می شود مد نظر ما نیست و با نگاه های اجتماعی و حاکمیتی موضوع وارد بحث می شویم.

اهداف بیمه سلامت

- حمایت کافی در قبال ریسک های مالی ناشی از هزینه های مراقبت سلامت برای همه جمعیت
 - پوشش همگانی بمنظور دسترسی قطعی به مراقبت های سلامتی کافی برای همگان
 - بیمه سلامت با توجه به عناصر تامین مالی بخش سلامت با هدف های نهایی نظام سلامت مرتبط است یعنی سلامت، عدالت در سلامت، پاسخگویی، عدالت در پاسخگویی و تامین مالی عادلانه
- ملاحظه می فرمایید که اینجا بیمه سلامت خود را با اهداف نظام سلامت در یک راستا قرار می دهد. همان طور که ما در نظام سلامت اهدافی مثل عدالت در سلامت، تامین مالی عادلانه و پاسخگویی را داریم، در واقع اینجا بیمه سلامت خود بخشی است از این موضوع و در این زمینه ایفای نقش می کند. بنابراین ما انتظار داریم که بیمه منابع کافی و باثباتی را

فراهم کند و بخوبی از این منابع استفاده کند و دسترسی مناسب را فراهم کند. برای رسیدن به این اهداف ما باید بحث های عدالت و کارایی را از بیمه سلامت انتظار داشته باشیم. البته عدالت و کارایی همیشه در یک راستا نیستند. برای رسیدن به عدالت شاید نیاز به کاهش کارایی باشد و بالعکس و این مسائل در بیمه نیز وجود دارد. البته ارائه خدمات عادلانه با حداکثر کارایی شاید از طریق خرید راهبردی امکان پذیر باشد. زمانی که بیمه سلامت به سطح مشخص و بالایی از پوشش جمعیت می رسد، امکان عالی و مناسبی برای عدالت در سلامت و کارآیی نظام های سلامتی از طریق خریدهای راهبردی از صندوق های بیمه ای بوجود می آید. تامین مالی عادلانه منابع مالی در نظام های سلامت به معنی آن است که ریسک هایی که خانوار به دلیل هزینه های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می شود برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است نه خطر بیماری. یک نظام با تامین مالی عادلانه اطمینان حاصل می کند که همه افراد از نظر مالی حفاظت می شوند.

ویژگیهای بیمه سلامت

برای داشتن بیمه سلامت مناسب با کارکردی مطلوب، بیمه سلامت باید دارای ویژگی هایی باشد:

- عضویت اجباری یا قانونی افراد یا گروهی از افراد، خانواده ها و بستگان(جهت جلوگیری از تورش ها^۱ و خطراتی که با پوشش اختیاری اتفاق می افتند)
- مسوولیت اعضا برای پرداخت سهم مشارکت(حق بیمه) منظم و مرتبط با درآمد یا با قیمت ثابت، به اضافه حق بیمه پرداختی از سوی کارفرماها و دولت
- مشارکت با توجه به توانایی پرداخت(بر اساس وضعیت اقتصادی) و غیره مرتبط با نوع بیمه سلامت خانواده ها و یا گروههای استخدامی ایجاد روشهای جمع آوری مناسب برای وصول منظم حق بیمه
- انتخاب مراقبت های سلامتی با توجه به نیازهای افراد و میزان هزینه اثر بخشی آنها
- برنامه های حمایتی به منظور پوشش جمعیت آسیب پذیر
- پوشش بخش بسیار وسیعی از جمعیت

^۱ Bias

- منابع به دست آمده از مشارکتها در یک یا چند صندوق جمع می شود.

چالش‌ها و راهکارهای بیمه سلامت

سال ۱۳۷۳ نقطه عطفی در زمینه پوشش همگانی است چون که در این سال پوشش همگانی در جهت پوشش کل مردم تحت بیمه درمانی در مجلس مصوب شد. این امر در قالب قانون مصوب شد و نحوه سازوکار رسیدن به پوشش همگانی در قالب بندهای قانونی مشخص شد. برای مثال در ماده ۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی دولت موظف شد شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این قانون انجام خواهد شد. ماده ۴ قانون بیمه همگانی پوشش بیمه را تنها برای افراد متقاضی فراهم کرد. یعنی پوشش همگانی تنها برای افرادی که دوست داشتند و داوطلب بیمه بودند نه برای تمام مردم و این یعنی پوشش بیمه اجباری نبود.

تجربه سازمان بیمه خدمات درمانی در سالیان گذشته نشان داد که به جز گروه‌های رسمی که طبق قوانین تحت پوشش بودند مثل کارکنان دولت، بقیه گروه‌ها تنها هنگام نیاز تحت پوشش بیمه قرار می گرفتند، به همین دلیل صندوق خویش فرمایان بیمه خدمات درمانی همیشه با کسری بسیار بالای مالی مواجه بود چون تمام افراد بیمار را بیمه کرده بود و بین افراد توزیع ریسک اتفاق نیفتاده بود. به همین خاطر گفته می شود پوشش باید همگانی باشد.

بخاطر کسری بودجه مکرر صندوق خویش فرمایان، در برنامه چهارم برای توسعه پوشش همگانی دو بند زیر به منظور رفع بعضی از چالشهای بیمه تصویب شد:

- بند «ب» ماده ۹۶ قانون برنامه چهارم:

• پوشش کامل (صد در صد) جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات

درمانی

- بند «ج» ماده ۹۶ قانون برنامه چهارم:

• تامین بیمه خاص برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی

سرپرست با اولویت کودکان بی سرپرست

این تمهیدات در برنامه چهارم دیده شد تا پوشش همگانی را تکمیل نماید. همچنین در این زمینه می توان به ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اشاره کرد.

• ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی: تامین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانائی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی(ره) و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار کمیته یاد شده قرار می گیرد تا بر اساس موافقتنامه شرح فعالیتهای جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمانها و شرکتهای بیمه گر به مصرف برساند.

این ماده به این ویژگی بیمه اشاره دارد که یک صندوق واحد باید تشکیل شود و افراد فقیر را بتواند تحت پوشش قرار دهد. تمامی این تمهیدات در ایجاد پوشش بیمه همگانی که در برنامه چهارم توسعه پیش بینی شده بود ناتوان بود. یکی از دلایل عدم دسترسی به پوشش همگانی عدم اجباری بودن بیمه بود.

به همین دلیل در برنامه پنجم یک اتفاق جدید رخ داد و در بند الف ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت مصوب شد.

• ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه: بمنظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت،

دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از

هزینه های سلامت به ۳۰٪ اقدامات زیر انجام می شود:

الف- دولت مکلف است ساز و کارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نماید و زمینه های لازم را در قالب بودجه های سنواتی برای تحت پوشش قراردادن آحاد جامعه فراهم نماید.

در سالهای گذشته هر وقت صحبت از اجباری کردن بیمه بود چون از حقوق شخصی تلقی می شد، عنوان می شد ممکن است در مبادی تصمیم گیر این موضوع خلاف قانون اساسی تلقی شود و مصوب نشود. خوشبختانه این موضوع در برنامه پنجم به تصویب رسید و به تایید شورای نگهبان نیز رسید و دولت باید سازوکارهای اجرایی کردن بیمه پایه را فراهم نماید. اما آیا با اجباری کردن بیمه پایه مساله پوشش همگانی حل خواهد شد؟ ظاهراً با اجباری کردن بیمه همچنان مشکلاتی در بعضی نقاط پابرجا خواهند ماند.

ساز و کارهای پوشش اجباری بیمه سلامت از جمله چالشهایی است که قوانین مورد نیاز آن در برخی مواقع نیازمند مصوبه مجلس شورای اسلامی است. برای مثال چنانچه ما بخواهیم کارت بیمه سلامت را به عنوان یک کارت هویتی و ارایه اجباری آن به عنوان یک نشانگر هویتی به هنگام نیاز به خدمات درمانی در نظر بگیریم به نظر می رسد مصوبات باید در حد مجلس شورای اسلامی باشد و اجباری کردن آن باید در مجلس اتفاق بیفتد. برای این امر پیشنهادهای مختلفی در سنوات گذشته ارایه شده است برای مثال یکی از راهکارهای مورد نظر برای اجباری نمودن عضویت در بیمه سلامت، الزام در ارایه بیمه نامه معتبر در هنگام برخورداری از خدمات مختلف اجتماعی می تواند باشد. هرچند نیازمند بحث و بررسی کارشناسی است چون ممکن است این امر باعث کاهش دسترسی به بعضی خدمات شود. اجازه اجباری بودن بیمه در برنامه پنجم داده شده است اما در مورد سازوکار و روش اجباری شدن آن هنوز توافق نظر وجود ندارد و باید در مورد نحوه اجرایی شدن آن دنبال چاره بود.

یکی دیگر از چالشهای بیمه های سلامت عدم وجود نگرش سلامت نگر و تاکید بر درمان و جبران غرامت از سوی صندوق های بیمه ای بوده است. اینکه چرا این اتفاق افتاده است شاید به سنوات گذشته و نگاه هایی که در ارایه خدمات و بسته خدماتی که بیمه های سلامت باید پوشش می دادند برمی گردد. برای مثال می توان به ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اشاره کرد:

- ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی: حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و

بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیات وزیران تعیین و اعلام می شود.

طبق ماده ۱۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تامین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود همچنان رایگان است. (تبصره: همه ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می کند).

یعنی از همین جا این موضوع شروع شده و سازمانهای بیمه گر مکلف به پوشش خدمات درمانی بوده اند و مکمل این موضوع خدمات بهداشتی رایگان بوده و از طریق شبکه بهداشتی ارایه خواهند شد. نتیجه این موضوع در سنوات گذشته این بوده که در مذاکره با سازمان های بیمه گر جهت پوشش خدمات غربالگری تالاسمی یا دیابت یا چکاپ افراد برای هایپرلیپیدی، همیشه با یک پاسخ مواجه بودیم و آن اینکه این خدمات جز خدمات پیشگیری است و اعتبارات این خدمات در خدمات بهداشتی و در نظام شبکه دیده شده است و سازمانهای بیمه در این زمینه ورود نمی کنند. اینکه پول این خدمات کجا دیده شده است (دولت یا بیمه) یک مساله است و اینکه اگر بتوانیم از تولد یک کودک تالاسمی جلوگیری کنیم چقدر باعث کاهش هزینه خواهد شد و اینکه بتوانیم یک بیمار دیابتی را در مراحل اول شناسایی کنیم نه اینکه هزینه های قطع پای بیمار را پوشش دهیم یا اینکه هزینه های آنژیوگرافی قلب او را پرداخت نماییم بحث دیگری است که جای خالی آن در مباحث بیمه ای بسیار بارز بوده است. بیمه های سلامت ما هیچ وقت سلامت نگر نبوده اند و در واقع بیمه درمان بوده اند نه بیمه سلامت. شاید برداشتهای مختلف از قوانین مربوطه باعث این امر بوده است که به چند مورد آن اشاره می کنیم:

- جزء ۱ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه: کلیه خدمات بهداشتی

اعم از شهری و روستایی بصورت رایگان و توسط دولت ارایه می گردد.

بعد از اینکه در قانون بیمه همگانی رایگان بودن خدمات بهداشتی پذیرفته شد، در برنامه سوم توسعه نیز رایگان بودن این خدمات بار دیگر مورد تاکید قرار گرفت. همچنین در ماده ۱۲ قانون بیمه همگانی حق بیمه روستاییان ۴۰ درصد حق بیمه شهری ها به شرح ذیل تعیین شد:

ماده ۱۲ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی: ارایه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰٪ حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود. علت نرخ ۴۰ درصد این بود که عنوان شد روستاییان خدمات خود را به صورت سرپایی از شبکه دریافت می کنند و چون عملکرد سازمانهای بیمه گر نشان داده است که خدمات بستری ۴۰ درصد هزینه های پرتفولیوی خدمات قابل ارایه توسط بیمه را تشکیل می دهد بنابراین بیمه ما برای پوشش درمان بستری بیماران روستایی است، و ۴۰ درصد اعتبارات بیمه شهریان را برای درمان بستری روستاییان در نظر می گیریم. اینکه بیمه درمان به عنوان یک بسته خدمت در نظر گرفته شود ایجاد اشکال نمی کند، مشکل وقتی ایجاد می شود که بیمه به عنوان جبران غرامت با آن برخورد نماید نه به عنوان مکانیسمی برای کنترل هزینه. در برنامه چهارم توسعه در مجلس بحث عدالت خدمات شهریان و روستاییان مورد توجه قرار گرفت و بند ج ماده ۹۱ برنامه چهارم تصویب شد:

• بند «ج» ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه: بمنظور تعمیم عدالت در بهره

مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات بیمه پایه روستاییان عشایری معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می شود.

این قانون گفته شد ولی هیچ سازوکاری برای اجرای آن ارایه نشد. یعنی اگر بیمه پایه روستاییان عشایری معادل مناطق شهری تعریف شود در این صورت تکلیف شبکه چه خواهد بود؟ شبکه کار خود را طبق روال قبل ادامه داد و سازمان بیمه در راستای این قانون به همه روستاییان دفترچه بیمه داد(شهری و روستایی به ظاهر یکی شدند و هر دو دارای دفترچه بودند). البته در برنامه چهارم یک ماده قانونی دیگر نیز تصویب شد و قرار بود در

کنار این اتفاقات دیگری نیز رخ دهد و قرار شد بیمه سلامت داشته باشیم نه درمان. اولین بار شاید اینجا بود که بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده شکل گرفت.

• ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم: به منظور افزایش اثربخش نظام ارایه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام های ذیل انجام خواهد شد:

ب - تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید. ظاهر هدف قانونگذار این بود که یک بسته خدمت جامع تعریف کنیم و مدیریت آن را به پزشک خانواده واگذار کنیم و سایر برنامه ها با آن سازگار و هماهنگ شوند. ولی این اتفاقات رخ نداد و تنها موردی که اتفاق افتاد طرح نظام ارجاع نیم بند در شبکه بود که آن هم به صورت کاملاً ناقص اجرا می شد (بیمار فقط دفترچه را مهر می کرد تا بتواند از خدمات سطح بالاتر و تخصصی استفاده نماید). این نگاه بیمه از نظر بسته خدمت ادامه پیدا کرد تا اینکه در برنامه پنجم با تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران پرتفولیوی خدمات سلامت در سه سطح معرفی شد.

اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران

د: نظام ارایه خدمات سلامت: نظام ارایه خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی است که در سه سطح به شرح زیر ارایه می شود:

۱- سطح اول (خدمات پایه سلامت): شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانهای اولیه، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی، خدمات پاراکلینیک، تدبیر فوریتهای، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار می باشد. نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا گروه سلامت (به عنوان مسوول سطح اول) صورت می گیرد.

۲- سطح دوم: شامل خدمات تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک مورد نیاز می باشد. اطلاعات مربوط به این سطح توسط ارایه کنندگان خدمات در اختیار مسوول سطح اول قرار می گیرد.

۳- سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می‌باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می‌گردد.

بعد بیمه سلامت را تعریف کردند و قرار شد کلیه خدمات سطوح سه گانه مندرج در بند "د" توسط بیمه پوشش داده شود ولی بعضی از خدمات را بیمه پایه ارایه دهد و یک قسمتی نیز توسط بیمه مکمل تامین شود. شرکتهای بیمه تجاری و غیر تجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی مجاز به ارایه خدمات بیمه سلامت (پایه مکمل) می‌باشند.

قرار شد که بیمه پایه خدمت را از طریق خرید راهبردی و دیگر سازوکارهای بیمه ارایه دهد. در برنامه پنجم تا حدودی بسته خدمت پایه مورد نظر شکل گرفت. اتفاقی که افتاد این بود که تفکیک خدمات بهداشتی و درمانی و بسته خدمت تا حدودی روشن شد و در بسته خدمت پزشک خانواده خدمات پیشگیری، بهداشتی و درمانی در نظر گرفته شد. این نگاه ما را به بازنگری ساختارها در قالب پزشک خانواده ملزم خواهد کرد.

فرض کنیم پزشک خانواده را مسوول سلامت خانواده کرده ایم. یکی از سوالات اساسی این است که منابع مالی پزشک خانواده از کجا باید تامین شود؟ تا قبل از این سلولهای شبکه عناصر فعالی مثل خانه بهداشت، مراکز بهداشتی و غیره بودند. اگر قرار باشد این منابع از طریق بیمه تامین و تخصیص پیدا کند، بنابراین باید بسته خدمتی که توسط پزشک خانواده ارایه می‌شود در نظام شبکه در نظر بگیریم، در این صورت لازم است ساختار شبکه بر اساس سلول پزشک خانواده باز تعریف شود و سلول پزشک خانواده شبکه را تشکیل دهد و تخصیص منابع چه از نظر درمانی و چه از نظر پیشگیری باید از این طریق صورت گیرد. در این صورت لازم است ردیف های بودجه ای شبکه بازطراحی شوند و مدیریت و نظارت منابع مالی از طریق پزشک خانواده اتفاق بیفتد. ولی در مورد چگونگی آن باید بحث و بررسی شود.

یکی دیگر از چالشهای ما وجود منابع مالی منفک از هم، صندوقهای متعدد، ردیفهای مختلف است. یکی از علت هایی که مانع تجمیع این منابع می‌شود استفاده از روشها و مبانی مختلف برای حق سرانه بود. سازمان بیمه خدمات درمانی که تا قبل از قانون برنامه

پنجم توسعه کشور نرخ ثابت بعنوان حق بیمه را دریافت می کرد در صورتی که تامین اجتماعی درصدی از حقوق و دستمزد را به عنوان حق بیمه دریافت می کرد و یا هم اکنون برای کارکنان دولت ۵٪ حقوق و مزایا برای حق سرانه بیمه در نظر گرفته شده است در حالیکه این سهم در مورد کارگران ۹٪ می باشد. جدای از اینکه روش بیمه خدمات درمانی نرخ ثابت بود و پایداری و ثبات آن به شدت وابسته به منابع و کمکهای دولتی بود روشهای تعیین نرخ حق بیمه در بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی جهت تجمیع منابع کاملاً متفاوت و غیر قابل قیاس بودند.

بکارگیری روشهای گذشته نگر Retrospective در تامین منابع مالی

بند «د» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه: حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه: معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای چهارم و پنجم برنامه و صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تامین می شود.

۲- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته: معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سالهای اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سالهای چهارم و پنجم برنامه مشروط بر این که حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء (۱) این بند تجاوز نکند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تامین خواهد شد.

۳- مشمولین تامین اجتماعی مطابق قانون تامین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروههای درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیات وزیران

در برنامه پنجم حق بیمه را بخشی از درآمد تصویب کردند که باعث عادلانه تر شدن تامین مالی می شود ولی اتفاقی که افتاد این بود که برای کارکنان دولت ۵ درصد حقوق و دستمزد مستمر را گذاشتند و گفتند اگر از دو برابر حداقل حقوق و دستمزد بیشتر شد همان

دو برابر حداقل حقوق کسر خواهد شد و این تعیین سقف باعث ناعدالتی بین صندوقها خواهد شد. روشهای مختلف حق بیمه و مشارکت مالی یکی از چالش های اساسی پیش روی تجمع صندوق های بیمه ای و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران است و باید در جهت مشابه کردن روش مشارکت مالی در صندوق های مختلف دنبال چاره بود.

یکی از پیشنهادهایی که ارائه شد این بود که روش تعیین نرخ حق بیمه درصدی از دستمزد است و بیمه سلامت ایران هم تشکیل شده، هر کدام از صندوقها جداگانه در این سازمان باقی بمانند و گروه های مختلف صندوق جداگانه خود را خواهند داشت و این روش به هیچ وجه تجمع منابع و توزیع ریسکی که مدنظر ماست را محقق نخواهد کرد. مبانی باید یکسان باشد هر چند ممکن است روستایی کمتر بپردازد و کارکنان دولت بیشتر مشارکت کنند و این همان یارانه های متقاطع است که باید از طریق تجمع منابع اتفاق بیفتد.

با وجود تصویب اخذ حق سرانه بیمه بر اساس درصدی از حقوق و دستمزد که یکی از پیش نیازهای تشکیل صندوق واحد می باشد ولی تفاوت در مبانی کسر حق بیمه می تواند از قدرت تجمع منابع بکاهد و حتی گاهی این طور تفسیر می گردد که گروههای مختلف در یک سازمان با صندوق های مجزا به مفهوم ادغام است که این امر به هیچ وجه قادر به ایفای نقش یک صندوق بیمه سلامت برای تسهیم ریسک نخواهد بود.

تعدد صندوق های بیمه در سطح کشور چه در داخل سازمان بیمه خدمات درمانی مثل کارکنان دولت، سایر اقشار و روستاییان و چه دیگر دستگاههای دولتی مثل بانکها، شرکت نفت و سایر شرکتهای دولتی. تعدد این صندوق ها علاوه بر افزایش هزینه های اداری سبب عدم تجمع منابع و در نتیجه کاهش قدرت تسهیم ریسک صندوق های بیمه ای می گردد. از سوی دیگر با ارائه بسته خدمات متفاوت بهره مندی از مراقبتهای سلامت در بین افراد ناعادلانه توزیع می گردد. به همین خاطر در بند «ب» ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه به دولت اجازه داده شد بخشهای بیمه های درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می شود.

البته تشکیل این سازمان از همان ابتدا با حواشی مواجه بوده و استثنائاتی بر آن اعمال شد. برای مثال درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی همچنان طبق روال قبلی باقی خواهد ماند.

- تبصره ۲ بند «ب» ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه: بیمارستانها و مراکز ملکی صندوق تامین اجتماعی که درمان مستقیم را بر عهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی مانده و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت خواهند نمود.

- تبصره ۴ بند «ب» ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه: داراییها، اموال منقول و غیر منقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه های درمان به استثناء صندوق تامین اجتماعی با تشخیص معاونت به سازمان بیمه سلامت منتقل می گردد.

اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز بر اساس عملکرد در قبال ارایه خدمات محاسبه به عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنواتی پیش بینی می گردد. یعنی قانونگذار جدای از تجمیع ساختار، تجمیع منابع مالی را نیز مورد توجه قرار داده است. یعنی در حال حاضر که هزینه های پرسنلی بیمارستانها را می پردازیم این هزینه های پرسنلی در قالب تعرفه تعریف خواهد شد و بیمارستانها در قالب عملکردشان پول خواهند گرفت و اعتبارات درمان در بیمه درمان قرار خواهد گرفت و بخشی از آن خواهد شد.

تغییر ساختار پیش بینی شده در قانون برنامه پنجم توسعه با توجه به مستثنی شدن سازمانهای عمده بیمه گر و تعدد بخشهای بیمه ای دستگاههای اجرایی، بانکها و شرکتهای دولتی عملاً منجر به تشکیل صندوق واحد نخواهد شد و به نظر من تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران فقط اسمش تغییر کرده و عملاً اتفاقی نخواهد افتاد.

بنظر می رسد تدوین مقررات برای ارایه خدمات بیمه سلامت به گروههای فوق الذکر در قالب عقد قرار داد با سازمان بیمه سلامت ایران تا حدودی بتواند تجمیع منابع را بدنبال داشته باشد. یکی از روشهای مدیریتی برای تجمیع منابع حتی بدون تجمیع ساختارها می تواند استفاده از عقد قرارداد باشد. یعنی سازمان تامین اجتماعی به عنوان بزرگترین سازمان بیمه درمان کشور با سازمان بیمه ایران وارد قرارداد می شود تامین اجتماعی به سازمان بیمه

سلامت ایران سرانه پرداخت می کند و سازمان بیمه ایران هم به امور بیمه ای می پردازد. سایر سازمانها و مبادی ذی ربط مثل شرکت نفت، وزارت نیرو، بانکها نیز می توانند از این روش استفاده کنند. یعنی از اصرار بر تجمع ساختاری سازمانها کم کنیم و بر تجمع منابع مالی تمرکز کنیم و استفاده از روش عقد قرارداد گلوبال می تواند در جهت این تجمع بسیار کمک کننده باشد.

یکی دیگر از چالشها پراکندگی اعتبارات نظام سلامت است. برای مثال هزینه های پرسنلی از طریق بودجه تامین می شود. بیمه ها از نظام کارانه استفاده می کنند. این امر باعث شده است که سهم صندوق های بیمه در گردش مالی سلامت بین ۱۸ تا ۲۰ درصد برآورد شود. نگاه قانون گذار این است که بیمه سلامت مدیریت منابع را در دست بگیرد اما این امر هنوز دچار مشکل است. برای استفاده از خرید راهبردی باید نظام پرداخت اصلاح شود و همچنین تجمع منابع اتفاق بیفتد. همچنین در خیلی از سطوح ما باید سرانه ای پرداخت نماییم ولی وقتی منابع متعدد داریم این امر خیلی عملیاتی نخواهد بود.

بسته های بیمه پایه و مکمل به درستی تعیین و تفکیک نشده اند. شاید بتوان گفت بصورت رسمی اولین بار در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اهمیت تدوین و اعلام بسته های مزایای مورد تعهد بیمه همگانی مورد اشاره قرار گرفت. در قانون بیمه همگانی وقتی قرار شد بسته بیمه پایه تعیین شود قرار شد خدماتی که تحت پوشش بیمه هستند همچنان تحت پوشش باشند و بعد از آن نیز هیات دولت تصمیم بگیرد چه خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند. یعنی هیچ کار مطالعاتی و علمی جهت اینکه چه خدمتی برای چه کسی مورد استفاده قرار گیرد انجام نشد. این بسته های خدمت باید بررسی شوند و در این میان سازمان های بیمه گر مهمترین نقش را خواهند داشت.

در منابع علمی مختلف تعاریف مختلفی از بسته خدمات پایه سلامت ارائه شده است. برخی این بسته خدمتی را شامل فهرست کالاها و خدمات بالینی اساسی و دارای اولویت می دانند که با استفاده از منابع در دسترس بدون در نظر گرفتن توان پرداخت مالی همگان، توسط دولت ارائه می شود.

بر اساس همین تعاریف بسته خدمات پایه بیمه های درمانی را می توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه بر

قابلیت ارایه در کشور در طی یک فرآیند اولویت گذاری و سهمیه بندی، تعیین هزینه آنها طبق ضوابط توسط سازمانهای بیمه گر پایه تامین می شود.

و در نهایت سیاست گذاری در امور بیمه سلامت باید در کنترل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد یا وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؟ در بند «ب» ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار شده و سازمانهای بیمه و امور بیمه ای در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار گرفته است. انتقاد همکاران در وزارت بهداشت این است که سیاستگذاری بدون داشتن کنترل منابع مالی و عدم توانایی تخصیص منابع مالی ناقص خواهد بود. همکاران در وزارت رفاه نیز روی وظیفه خود در بحث کنترل منابع مالی تاکید دارند. قرار شد این مشکل در شورای عالی بیمه حل شود. با تغییر اسم بیمه خدمات درمانی به سازمان بیمه ایران قرار شد شورای عالی بیمه خدمات درمانی نیز به شورای عالی بیمه سلامت ایران تغییر کند و آنجا برای این مشکل تصمیم گیری شود اما باز مشکل حل نشد. بنابراین قرار شد شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور تغییر نام دهد اما در مورد وظایف و اعضای آن در مجلس تصمیم گیری شود.

نظرات اعضای پانل

• هنوز قانون پنجم توسعه منجر به ادغام واقعی سازمان های بیمه ای و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران نشده است. بیمه در سلامت نتوانسته است سه عملکرد اصلی خود یعنی پوشش کامل تر جمعیتی، خدمتی و هزینه ای را به درستی انجام دهد. نتوانسته ایم تجمیع منابع را در برنامه های قبلی و در برنامه پنجم تا به حال انجام دهیم. با درصدی شدن حق بیمه به عنوان بخشی از دستمزد یک گام به سوی عادلانه تر شدن تامین مالی حرکت کرده ایم اما در سیستم قبلی که مبلغ ثابتی از مردم برای حق بیمه دریافت می شد، سیستم نزولی بود و یارانه از سوی فقرا به سوی ثروتمندان در جریان بود که با عدالت فاصله زیادی داشت. در سیستم جدید که حق بیمه نسبتی (proportionate) است ولی برای آن سقف گذاشته اند که از نظر عدالت همچنان دارای مشکلی است. هنگام تصویب قانون همگان و دلسوزان نظام سلامت مخالف گذاشتن سقف برای دریافت حق بیمه بودند ولی بی نتیجه بود. در هر حال سازمان های بیمه ای عملکرد های اصلی خود را کامل انجام نمی دهند که نه عادلانه هستند و نه کارا، بخش بهداشت و درمان از سازمانهای بیمه ای انتظارات بالایی دارد و وجود تعرفه های غیر واقعی مبنایی برای تامین مالی سازمانهای بیمه ای است. طبق نتایج مطالعه NHA، دولت در سالهای ۸۷ - ۸۱ سهم خود را به طور کامل در هزینه های سلامت نپرداخته بود، و بجای دو سوم، یک سوم پرداخت کرده بود. به دلیل وجود چنین مشکلاتی، نظام بیمه ای کشور نیازمند یک اصلاح بزرگ و انقلابی است.

• در قانون اساسی (اصل ۳ و ۴۳) واژه بهداشت استفاده شده است نه سلامت و واژه سلامت به معنای کامل کلمه به خوبی در قانون اساسی روشن نشده است، همچنین طبق اصل ۲۹ قانون اساسی سازمانهای بیمه باید خدمات بهداشتی و درمانی را تحت پوشش قرار دهند و نه فقط درمان ولی در طول سالیان گذشته سازمانهای بیمه از زیر بار خدمات بهداشتی همیشه شانه خالی کرده اند. همچنین نقش پررنگ ارایه کنندگان، در بخش های مختلف فرایند سیاستگذاری سلامت کشور یک مشکل بزرگ است و وجود برخی مشکلات و حل نشدن آنها ناشی از آن است. در واقع به قدرت و نقش گروههای صنفی مختلف و دفاع از منافع گروهی در مراحل قانونگذاری، سیاستگذاری و تامین مالی باید توجه کرد

و حل آن را یکی از اولویت های مهم دانست. همچنین طبق تبصره های بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم آنجا به تمام وقت شدن ارایه کنندگان و کسانی که قرار است مدیریت کنند تاکید شده است. در سیاستگذاری، ارایه خدمات، تامین مالی و... هر کدام باید افراد شغل تمام وقت داشته باشند و گرنه بعید است اتفاق خاصی بیفتد. وقتی افراد بیشتر هزینه های زندگی و معیشتی را از بخش خصوصی تامین می کنند، این افراد وقتی در جایگاه سیاستگذاری قرار می گیرند تقيه می کنند و تضاد منافع، مانع از سیاستگذاری علمی و مناسب می شود و متأسفانه این اتفاق در طول سالیان گذشته رخ داده است. برای مثال در سال ۶۳ نظام شبکه در ایران راه اندازی شد یعنی به سمت طب ملی حرکت کردیم. هر چند بیمه سلامت نیز در کشور سابقه ۶۰ سال دارد و در واقع مدل ترکیبی بوده است. بعد از انقلاب ما به سمت نظام طب ملی حرکت کردیم و این امر در میانه جنگ اتفاق افتاد و تصویب شد تا اینکه در سال ۷۴ با تصویب قانون بیمه همگانی یک دفعه استراتژی تغییر کرد و به سمت سیستم بیمه ای حرکت کردیم، یعنی به منظور تقویت سیستم تامین های دولتی و دریافت منابع از خود مردم سیستم بیمه ای نیز به طب ملی اضافه شد. در همان موقع بخش نظام های بیمه ای، پوشش اجباری و... مطرح بوده است ولی به دلیل وجود تضاد منافع و نفوذ ارایه کنندگان در فرایند سیاستگذاری، تا الان مشکلات حل نشده است. حل مشکل تضاد منافع هر چند در سطح ملی سخت است ولی حتی در سطح محلی و استانی به صورت پایلوت حرکتی صورت نگرفته است. برای مثال هنوز محاسبه نشده است پزشکی که بالینی بوده و بهداشت عمومی خوانده است چقدر باید دریافتی داشته باشد تا دیگر نیازی به ارایه خدمت در مطب نداشته باشد؟! تجربیات برنامه های قبلی توسعه در برنامه پنجم توسعه جمع شده است و اعتقاد بر این است که در برنامه پنجم حرف زیاد زده شده است اما حرف زیادی، غیر علمی و بدون شواهد. برای مثال توان اجرا در نظر گرفته نشده است. همچنین تکلیف صندوق های کوچک مشخص نشده است. ۲۰ صندوقی که دارای منابع و قدرت هستند تکلیف آنها چه خواهد شد؟ آیا می خواهید آنها را همان طور حفظ کنید و از آنها خریداری کنید؟ به هر حال قانون گذار به این نتیجه رسیده است که این صندوق ها باید با هم ادغام شوند و تجمیع آنها عدد بزرگی نخواهد شد ولی همین عدد کوچک در سیستم فساد ایجاد کرده است. اگر

حداقل مداخلاتی که در برنامه پنجم تصویب شده اند اجرا شوند اتفاقات مهمی رخ خواهد داد ولی تامین اجتماعی به عمد خود را از ادغام در سازمان بیمه ایران جدا کرد چون منافع آن اجازه نمی داد و دارای قدرت بود. به همین خاطر تصمیم به این گرفته شد که فعلا تامین اجتماعی به شیوه قبلی به فعالیت خود ادامه دهد و سازمان بیمه سلامت ایران را بدون سازمان تامین اجتماعی تجربه کنیم ولی بعدا به سوی ادغام سازمان تامین اجتماعی نیز حرکت خواهیم کرد. در قانون بودجه سال ۸۶ قرار بر این بود که سازمان بیمه خدمات درمانی بسته خدمات را تعریف کند ولی عملا اتفاقی نیفتاد و تا زمانی که این تضاد منافع حل نشود عملا اتفاقی نخواهد افتاد.

- بسیاری از روشهای نظام سلامت ما سنتی است. برای مثال فرانشیز ۱۰ درصدی خدمات بستری و ۳۰ درصدی خدمات سرپایی بر مبنای چه مطالعه و شواهدی تعیین شده اند؟ آیا برای همه افراد و همه خدمات باید این اعداد ثابت باشند؟ بسته خدمات هم مشکلاتی دارد و از معیارهای علمی از قبیل هزینه اثربخشی، مقبولیت اجتماعی و فرهنگی و... در تعیین بسته خدمات استفاده نشده و در این زمینه کاملا سلیقه ای کار شده است. اگر به فرض دچار کمبود منابع شویم ممکن است ۳۰ درصد این خدمات به طور سلیقه ای حذف شوند و ممکن است با خدمات دیگر جایگزین بشوند یا نشوند. مشکل بسته خدمات پاشنه آشیل نظام تامین مالی نظام سلامت است.

نظرات شرکت کنندگان

- در کشور ما توانسته ایم برنامه های بزرگی را مثل انرژی هسته ای با توجه به کمبود منابع و امکانات به خوبی اجرا کنیم و به ثمر برسانیم اما چرا نتوانسته ایم در حوزه سلامت طرح پزشک خانواده را به درستی اجرا کنیم. آیا در حوزه تولید دارای مشکل هستیم؟ آیا اگر این مسائل را به حاکمیت (نه دولت) واگذار کنیم می توانیم انتظار نتایج بهتری را داشته باشیم؟
- طبق ماده ۸ قانون بیمه خدمات درمانی حق بیمه ها درصدی از حقوق و دستمزد بود و ماده ۳۸ نیز بر این امر تاکید کرده است. از طرفی درآمدها متناسب با رشد هزینه ها

افزایش پیدا نمی کند. بنابراین منابع سازمانهای بیمه گر بر اساس دستمزد تعیین می شود. سازمانهای بیمه عملا تقریبا ۲۰ درصد منابع نظام سلامت را مدیریت می کنند. قرار است این ۲۰ درصد طوری تغییر کند که هزینه های پرداخت از جیب به ۳۰ درصد کاهش پیدا کند. از طرفی مسائلی مثل اقتصاد غیر رسمی و مشاغل غیر رسمی وجود دارد، منابعی که جایی ثبت نمی شود. سازمانهای بیمه گر چگونه می خواهند این منابع را کسب کنند و هزینه های ارایه کنندگان را پرداخت نمایند. سوال من این است که با توجه به منابع درآمدی و اقتصاد کشور که مبتنی بر منابع نفتی است و اینکه بخشی از درآمدهای رسمی قابل شناسایی از طرف سازمانهای بیمه نیست این کمبود منابع چگونه قرار است جبران شود؟ در سال ۵۳ وزارت رفاه اجتماعی شکل گرفت، در سال ۶۳ وزارت بهداشت شکل گرفت، سال ۷۳ قانون بیمه همگانی، سال ۸۳ وزارت رفاه و تامین اجتماعی شکل گرفت. به گفته دکتر شیخ الاسلام علت تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی این بود که حوزه رفاه اجتماعی بسیار گسترده است و به طوری مفهوم بهداشت و درمان نیز در آن گنجانده می شود. این تاریخچه را عرض کردم که بگویم در حوزه سیاستگذاری ما دچار مشکل و فقدان محوریت هستیم. به تبع آن ما در حوزه های دیگر مثل تامین مالی، قیمت گذاری و خرید خدمات نیز دچار مشکل هستیم. در حوزه تامین اجتماعی هم ما دچار مشکلاتی از جمله کمبود نقدینگی بودیم.

- از دیدگاه های مختلفی می توان وارد شد می توان از نگاه ساختاری وارد شد. برای مثال همان طور که گفته شد تضاد منافع تاثیر گذار است. اما این موضوع را نمی توان فقط به افرادی که رسماً جزئی از نظام سلامت هستند محدود کرد. برای مثال بعضی از سازمانها که بیمه خاص دارند خود آن سازمانها شدیداً مخالف لغو آن بیمه خاص هستند. اینجا بحث پزشک ها مطرح نیست. از طرفی دیگر ۳ واقعه بزرگ بعد از انقلاب نیز در سالهای ۶۳، ۷۳، و ۸۳ اتفاق افتاده است. سال ۶۳ قانون شبکه، سال ۶۴ اجرا، سال ۷۳ قانون بیمه همگانی و اجرا در سال ۷۴، سال ۸۳ قانون پزشک خانواده روستایی و اجرا در سال ۸۴. این فاصله های ۱۰ ساله به نظر می آید سیاستگذاران یک موضوعی را تجربه کردند و بعد از آن زمان اقدام فرا رسیده است. نگاه من نگاه مرغ و تخم مرغ است. می توان از هر طرف شروع کرد و سخت هم هست گفت اول باید مرغ را

درست کرد یا تخم مرغ را. و این چرخه پیچیده تر از آن است که بتوان نقطه آغاز را پیدا کرد. یک موقع هست ما می توانیم فکر کنیم که ما بیمه درمان داریم و به سمت بیمه سلامت حرکت کنیم یا می توانیم فکر کنیم که یک بیمه درمان داریم که فانکشن خود رابه درستی اجرا نمی کند و یک بخش بهداشت داریم که اتفاقا خوب اجرای وظیفه کرده است. به نظر من اولویت با اصلاح بیمه درمان است، بعد باید فکر کنیم که آیا باید بهداشت را با آن ادغام کرد یا نه. به نظر من اگر ردیف های بودجه ای بیمارستانهای دولتی را به سازمانهای بیمه و اگذار کنیم بیمارستانهای دولتی واقعا دچار مشکل خواهند شد. و اگر بخش دولتی دچار مشکل شود، در شرایطی که بیمه توان مدیریت و چرخاندن هزینه های بهداشت و درمان را ندارند، جامعه دچار مشکل خواهد شد. حالا می خواهم طبق اظهارات پیش گفته در این جلسه به ذکر چند نکته در مورد خود بیمه ها پردازم. بحث اصلاح حق بیمه ها خیلی مهم است. بهتر است بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی درصد یکسان دریافت کنند و قانون گذار به سمت آن حرکت خواهد کرد. بحث سقف درآمدی به نظر با اهداف قانون گذار همخوانی ندارد. سقف درآمدی نیازمند اصلاح است. از طرفی درست است که درآمدهای رسمی به خصوص در بخش کارگری به خوبی ثبت نمی شوند اما درصدی که سازمان تامین اجتماعی از افراد می گیرد نسبت به سایر کشورها بسیار بالاتر است. به بسته خدمات اشاره شد. قطعا بعضی از خدمات تحت پوشش نیست که باید اصلاح شوند. برای مثال بعضی از خدمات دندان پزشکی و درمانی باید تحت پوشش باشد. بعضی از این خدمات علت ایجاد هزینه های کمرشکن بوده اند. بحث تجمیع صندوق ها اصل مساله است. یعنی نمی توان بحث فانکشن بیمه ی اجتماعی جدی داشته باشیم ولی تجمیع را شوخی بگیریم. بحث تجمیع بسیار جدی است. در تمام سالهای بعد از قانون بیمه همگانی در سال ۷۳ تعداد صندوقها در طول زمان در حال افزایش بوده است و علت آن هم رفع مشکل بوده است. یعنی گروه خاصی دارای مشکل بوده است تحت پوشش نبوده اند در نتیجه صندوق اختصاصی برای آنها ایجاد کرده ایم. در کنار آن وزارتخانه ها برای خود صندوق بیمه ای اختصاصی ایجاد کرده اند. شرکت نفت، وزارت نیرو، گروه های ستادی یا صنایع بزرگ هر کدام دارای بیمه اختصاصی خود

می باشند و پوشش، روالها و فرایندهای آنها کاملاً متفاوت است. بحث عمق پوشش، کمی و کجا نیز دارای مشکل است. برای مثال با افزایش قیمت اخیر داروها، شرکت های بیمه به طور یکسان زیر بار افزایش قیمت دارو نرفتند. برای مثال در داروخانه ها بر اساس لیست قیمت های مختلف و نوع پوشش بیمه قیمت دارو را تعیین می کرد. این مساله در خلاف مسیر حرکت برنامه چهارم و پنجم بوده است که باید در جهت بهبود عمق پوشش حرکت می کردیم. فشار تورمی بیمه های تکمیلی نیز مشکل ساز بوده است. برداشت من این است که سازمانهای بیمه گر ما مشکلی و مخالفتی با بیمه های تکمیلی نداشته اند و عملاً بعضی از بیمه های تکمیلی در کنار بیمه های پایه شکل گرفته اند. شاید تصور بر این بوده است که بیمه های مکمل منابع جدیدی را در جهت کاهش کمبود منابع فراهم می کنند. اما تئوری و مطالعات متعدد نشان می دهد وقتی بیمه مکمل فرانشیز را بیمه می کند همان طور که بیشتر بیمه های تکمیلی کشور این کار را می کنند پوشش فرانشیز باعث بروز خطرات اخلاقی (moral hazard) می شود. و خطرات اخلاقی مهمترین آسیب آن بر بیمه پایه است. یعنی پیامد بیمه تکمیلی در کوتاه مدت و بلند مدت تضعیف بیمه پایه است یعنی این جهت گیری فرآیند سیاستگذاری خلاف جهت بیمه اجتماعی است. به همین دلیل وزارت خانه به علت نارضایتی کارکنان از بیمه پایه، و به منظور جلب رضایت آنها، منابعی را که می تواند به بیمه پایه تزریق نماید در اختیار بیمه تکمیلی برای سازمان خود قرار می دهد. در زمان های گذشته برای حل مشکلات مختلف، راه حل هایی اجرا شده اند که در نتیجه آن نظام سلامت به توپ چهل تیکه ناهمگن تبدیل شده است. به نظر بنده قدم اول در جهت حل مشکلات بیمه، حل مشکلات بیمه درمانی است بعد باید به سمت سلامت نگر شدن بیمه ها حرکت کنیم.

- اساساً بیمه و اجزای آن از جمله تعرفه را به عنوان ابزارهایی طراحی می کنیم تا به اهدافی دست پیدا کنیم. ما ابزار بودن بیمه و تعرفه را فراموش کرده ایم. کارکرد بیمه غیر از این نیست. برای مثال در بحث تعرفه ها، می گوییم تعرفه غیر واقعی، اساساً همه تعرفه ها ماهیتاً و ذاتاً غیر واقعی هستند، بعد دنبال تعرفه های واقعی می گردیم، در واقع تعرفه واقعی وجود ندارد. تعرفه واقعی یا متناسب تعرفه ای است که ما را به اهدافمان

برسانند. کدام رفتار را می خواهیم در جامعه شکل دهیم، کدام رفتار را می خواهیم جامعه از آن پرهیز کند، چه در ارایه کنندگان و چه در گیرندگان خدمت، همین کارکرد در بیمه وجود دارد. اگر با این نگاه به بیمه نگاه کنیم مسائلی را که دوروبر خودمان چیده ایم کم کم بی رنگ می شوند. این مسائل و تجربیات ۵۰ سال گذشته، ۵۰ سال دیگر نیز تکرار خواهند شد، دور هم جمع می شویم می گوئیم این همه ماده و قانون تصویب کردیم، این اجرا شد، آن اجرا نشد، این ماده قانونی دارای نقص است، و الی آخر... و همه اینها دوباره تکرار خواهد شد چون هیچ وقت نگفتیم من ابزار بیمه ام را چگونه بکار بگیرم که رفاه و امنیت جامعه تامین شود.

- برای اجرای اصلاحات کلان بهتر است اجرای مرحله به مرحله را دنبال کنیم و پایش و ارزشیابی هم باید مرحله به مرحله باشد. نکته دوم برنامه ریزی و اجرای متناسب با فرهنگی که در آن زندگی می کنیم است. برای مثال ما دارای تضاد منافع هستیم و ظاهراً نمیتوان آن را حل کرد پس باید متناسب با آن حرکت کنیم و کاری را انجام دهیم و اصلاح بلند مدت تضاد منافع را مد نظر داشته باشیم.
- اول اینکه کجای قانون اساسی یا قوانین اجرایی گفته شده است که الزاماً مبنای تامین مالی را باید بیمه قرار دهیم. چون که در مستندات مثل راهی به سوی تندرستی سال ۵۴ یا مستندات دهه ۶۰ ما ردپایی از بیمه طوری که الان مدنظر ماست آنجا مشاهده نمی کنیم. ساختار شبکه و نظام سلامت ما هم طوری نبوده که برای تامین مالی سراغ بیمه برویم. دوم اینکه بالاخره بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده یا پزشک خانواده با محوریت بیمه سلامت؟ این ناهماهنگی و تشویش کاملاً در برنامه سوم چهارم و پنجم قابل مشاهده است. همه اینها به این برمی گردد که آیا استراتژی کلان نظام سلامت ما مشخص است که بگوئیم پزشک خانواده یا بیمه سلامت. و سوم اینکه: ظاهراً حاکمیت به دنبال این است که مدیریت منابع مالی و بار تامین مالی را به بیمه ها واگذار کند از طرفی گفته می شود که تمام یا سهمی از حق بیمه ها چه در مورد کسانی که توانایی پرداخت دارند چه در مورد کسانی با عدم توانایی پرداخت، باید توسط دولت پرداخت شود. پس اگر دولت باید سهمی را پرداخت نماید و همان طور که گفته شد بیش از ۵۰ درصد مشاغل غیر رسمی هستند که باید دولت تامین مالی آنها

را بر عهده بگیرد پس نقش بیمه چه خواهد شد و چیست که حالا باید سنگ بیمه را به سینه بزنیم که باید وارد میدان شود و اینطوری سیاستگذاری کنیم. مساله پایانی این است که همیشه می گوئیم در طرح نظام سلامت چه طبقه ای از چه الگویی تبعیت می کند. از الگوی بیمه تبعیت می کند؟ بیمه دولتی است؟ طب ملی است؟ وقتی این حرفها زده می شود به اسناد که مراجعه می کنیم می بینیم که گفته شده است مدل نظام سلامت ایران مدل تلفیقی است. این مدل تلفیقی مشکل ساز شده است. چون به علت تضاد منافع پشت پرده، وقتی می خواهیم تضاد منافع را حل کنیم می گوئیم مدل ما مدل تلفیقی است. هر جا به نفع ما باشد به میخ میزنیم و هر جا نه به نعل میزنیم. اگر نظام الگوی نظام سلامت ما مبتنی بر ارزشها و اصول ما طراحی نشود، و استراتژیهای آن به عنوان استراتژیهای کلان تعیین نشود این امر باعث می شود که یک بار پزشک خانواده را علم کنیم و یک بار بیمه. و در این جریان با معضلاتی مواجه می شویم که قانون است و مجلس تصویب کرده است ظاهرا در سالهای ۵۳ به بعد که ده سال ده سال در نظر گرفته شد، هر ده سال نسل قبلی برنامه ای را اجرا کرده، دچار بحران شده، قرار بوده بحران حل شود اما نسل بعد بدون اینکه به ریشه پردازد فقط ظواهر بحران زای نسل قبلی را با راهکارهای زودگذر حل و فصل کرده است به همین دلیل می بینیم اسمش را گذاشتیم بیمه درمان ولی اجزایی از بیمه سلامت در آن است و بر عکس. وقتی این ها را کنار هم می گذاریم می بینیم هیچ چیز سر جایش نیست. اگر قرار است به این مشکلات رسیدگی کنیم باید مسائل و عوارض را روی کاغذ پیاده کنیم و ریشه های آن را شناسایی کنیم و علت های اصلی و کلان شناسایی شوند. اگر مشکل ساختاریست ساختار را حل کنیم؛ اگر مشکل استراتژیست استراتژی را اصلاح کنیم؛ اگر مشکل تامین مالی است بریم دنبال مشکل تامین مالی. و گرنه ما بخشی از کل سیستم سلامت را مد نظر قرار می دهیم و در نهایت پیشنهادات ساختاری ارائه می دهیم. مشکل تامین مالی است ولی پیشنهاد ساختاری است؛ مشکل ساختار است ولی می بینیم پیشنهاد از نوع ارائه خدمت است. به نظر من باید این چند سوال را جدی بگیریم و دنبال ریشه های اصلی برویم.

- چیزی که نباید فراموش کنیم این است که نه ساختار مهم است، نه بیمه ها نه پزشک خانواده، مهم سیاست های سلامت محور هستند و موارد قبلی در واقع ابزارهایی هستند که باید در اختیار سیاست های سلامت قرار گیرند. ولی فراموش می کنیم که خود سیاست گذاران زمانی مجری بوده اند و کارهایی که تصویب می کردند خود نیز اجرا می کردند. مشکل از این جا شروع می شود چون کسی نبود که از سیاست های آنها ایراد بگیرد. سوال من این است که آیا می شود بیمه های تکمیلی را در کنار بیمه سلامت دید یا اساسا بیمه تکمیلی چه جایگاهی در بیمه سلامت کشور دارد؟
- من دو نظر دارم که با تیتیرهای خبری شروع می کنم. یکی برداشت از حساب بودجه وزارت بهداشت برای پرداخت پاداش به کارکنان وزارت رفاه و تخصیص ارز برای کالاها و تجهیزات بهداشتی درمانی. در سال ۹۱ بهداشت و درمان در اولویت بودجه ارزی کشور بوده است. بحث این است که موضوعاتی را که درون وزارت بهداشت بحث می کنیم چرا در سطحی بالاتر بحث نمی کنیم، در سطح کلان و سطح بودجه ریزی ما تضاد منافع نداریم و همه به دنبال گرفتن پول بیشتر هستند. پارادوکس دیگری که حس کردم بین بیمه سلامت و پزشک خانواده است. تجربیات کشورهای دیگر نشان می دهد که پزشک خانواده در شرایط رشد اقتصادی شکل گرفته است و طرح ادغام بیمه ها و تشکیل صندوق بزرگتر در شرایط فشار اقتصادی بوده است. یعنی دست های پنهان بازار بیمه ها را به سمت ادغام و کاهش هزینه های اداری سوق داده است سوال این است که آیا در شرایط کنونی و اوضاع نامناسب اقتصادی می توان دو طرح بزرگ بیمه و پزشک خانواده را باهم اجرا کنیم؟
- من می خواهم به چند مورد از تفاوت های ساختاری بین سازمانهای بیمه اشاره کنم. موضوع اول بحث بیمه گری است. صندوقهای مختلف در مورد پوشش خدمات مشابه داروها و تجهیزات کاملا متفاوت عمل می کنند. یعنی هر کدام اندیکاسیونهای خاص را برای پوشش یک خدمت خاص استفاده می کنند. اختلاف بعدی به کتاب قانون برمی گردد. یعنی طی سالیان گذشته سازمانهای بیمه تحت یک کتاب قانون خاص کاملا مدون و ساختارمند شده اند. جهت ادغام، این ساختارها و قوانین تثبیت شده باید در هم شکسته شده و یکی شوند. یکی دیگر از این تفاوتها به اختلاف منابع درآمدی

بیمه برمی گردد. برای مثال سازمان بیمه خدمات درمانی در آمد خود را از حق بیمه ها دریافت می کند و از حمایت های دولتی هم برخوردار است. اما تامین اجتماعی جدای از حق بیمه ها در بخش های مختلف سرمایه گذاری کرده است. این اختلاف منابع در آمدی در تجمیع صندوق ها چگونه قرار است مورد توجه قرار بگیرد. مورد بعدی بسته خدمات است. سازمان های بیمه از این نظر با هم یکسان نیستند بعضی از سازمان های بیمه از بسته خدمات کامل تر و قوی تری برخوردارند، برای مثال بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در درمان مستقیم تمام خدمات را رایگان دریافت می کنند و هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنند آیا آنها حاضرند این منابع که مخصوص بیمه شدگان تامین اجتماعی است را با بیمه شدگان سایر سازمان های بیمه تسهیم کنند؟

- در نظام سلامت باید برنامه های سلامت را اولویت بندی کنیم تا بتوانیم در محدوده بودجه ای که وزارت بهداشت دریافت می کند به برنامه های اولویت دار پردازیم. از طرفی در طول برنامه های توسعه آخر برنامه سوم فهمیدیم مشکل داشته ایم سعی کردیم در برنامه چهارم اصلاح کنیم. آخر برنامه چهارم بعد از ۵ سال فهمیدیم مشکل داشته ایم سعی کردیم در برنامه پنجم اصلاح کنیم این روند ممکن است در برنامه پنجم اتفاق بیفتد آیا باید ۵ سال دیگر بفهمیم که مشکل وجود داشته است؟ ظاهرا باید روی قوانین بیشتر تمرکز کنیم. از طرف دیگر اگر بخواهیم به اجرا کننده نگاه کنیم، اینجا بیمه اجرا کننده است. گفته می شود بیمه دارم اما وظیفه اش را بخوبی انجام نمی دهد. چرا؟ باید ببینیم کسی که متولی بیمه است، واقعا به اهداف و رسالت بیمه ایمان دارد یا فقط می خواهد سازمان خود را حفظ کند. تامین مالی خوبی داشته باشد و سازمان را اداره کند نه اینکه به فکر بیمار باشد. در مورد بسته خدمات، نحوه و لیست بسته خدمات درمان چگونه است؟! یک راه حل برای ادغام بیمه ها شاید این باشد که یک نرخ میانگین تعریف کنیم برای بیمه های که تا الان بیشتر پرداخت کرده اند، سال به سال این نرخ کمتر شود و برای بیمه هایی که کمتر پرداخت کرده اند سال به سال بیشتر شود، تا اینکه طی چند سال این مشکل برطرف شود. در مورد خرید راهبردی، آیا تعریف شده است که کجا و چه خدماتی باید از طریق خرید راهبردی، خریداری شوند؟ آیا باید تمام خدمات اینگونه خریداری شوند؟ آیا این موارد تعریف شده است؟

- من از جایگاه سازمان تامین اجتماعی یک نکته را اضافه کنم در سال ۵۴، در کنار سازمان تامین اجتماعی، سازمان تامین خدمات درمانی هم تشکیل شد و قرار شد تامین اجتماعی خدمات درمانی مورد نیاز بیمه شدگان را از سازمان خدمات درمانی خریداری کند در مورد بحث عقد قرارداد شاید بتوان از این تجربه برای عقد قرارداد با سازمان تامین اجتماعی استفاده کرد. طی دهه ۶۰ تامین خدمات درمانی تامین اجتماعی به وزارت بهداشت واگذار شد و ۹ درصد حق بیمه کلا به وزارت بهداشت پرداخت می شد. و بیمه شدگان تامین اجتماعی از آن استفاده می کردند. تا اینکه در سال ۶۸ با تلاش فراوان دوباره از طریق مجلس قانونی تصویب شد که ارایه خدمات درمانی که رسالت وجود تامین اجتماعی است دوباره به تامین اجتماعی برگردد. در واقع باید ببینیم علت شکست آن برنامه چه بود تا بتوانیم از آن تجربه در جهت ادغام بیمه ها نیز استفاده کنیم. چون تعهدات سازمان تامین اجتماعی متفاوت است، سازمان بیمه درمانی نیستیم که بگوییم حق بیمه ها بالا گرفته می شود، درمان مستقیم تامین اجتماعی از تعهدات آن در قبال بیمه شدگان بر می خیزد. به همین خاطر نمی توان سازمان تامین اجتماعی را با سازمان بیمه خدمات درمانی را یک جا دید. که اینجا می توان ماده ۲۹ قانون برنامه پنجم توسعه را برای جدا شدن سطوح سیاستی رفاه اجتماعی کشور به عنوان اولویتی برای اجرا که برای یکسان شدن خدمات بیمه ای هست، مدنظر قرار داد. اما این به عنوان گام اول مطرح است، بعد اینکه سازمان های بیمه، خدمات یکسانی ارایه کردند به سمت گرفتن حق بیمه یکسان حرکت کنند و در نهایت تجمیع صندوق ها با سهولت بیشتری انجام پذیرد.
- مدت طولانی دو صندوق بخش درمانی تامین اجتماعی و خدمات درمانی در کنار هم بودند یعنی فقط به سال های بعد انقلاب محدود نمی شود، قبل از انقلاب یک سال از هم جدا بودند، واقعیت این است که فانکشن بیمه درمان تامین اجتماعی از بقیه بیمه های تامین اجتماعی خیلی متفاوت است، بیمه های بازنشستگی یا بیکاری بیمه هایی هستند که چرخش آنها در طول زمان اتفاق می افتد بیمه درمان چرخش آن معمولا سالانه است، نمی گویم چه چیزی اتفاق بیفتد یا نیفتد، ولی این هم واقع بینانه نیست که بگوییم وقتی یک گروهی را بیمه تامین اجتماعی می کنیم، بیمه های آن دیگر با هیچ

بیمه دیگری قابل تکمیل نباشد. ضمن اینکه صندوق بازنشستگی خدمات درمانی از صندوق درمان آن کاملاً جداست و شکی هم نداریم، چرا در مورد سازمان تامین اجتماعی این امر قابل قبول نیست؟ اینها را نباید به عنوان حقیقت پذیرفت بلکه چالش هستند که باید به آنها توجه کنیم. اینکه چرا باید بسته خدمات صندوق ها متفاوت باشند؟ این خود یک چالش است! این اختلاف ها ضرورتی ندارند بلکه سنت هستند و شکل گرفته اند، رسالت تمام بیمه ها تامین آینده مردم است، این رسالت فقط محدود به کارگران نیست، برای کارمندان نیز هست، این اختلاف بیمه ها ناشی از رفتارهای سازمانی شکل گرفته اند، این اختلاف ها و رفتارها به این معنی نیست که ذات این سازمان ها متفاوت است، ذات این سازمان ها تامین اجتماعی است. متأسفانه لغت تامین اجتماعی را تنها به سازمان تامین اجتماعی نسبت داده ایم، سازمان بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی درمان جامعه را بر عهده دارد. صندوق بازنشستگی، تامین اجتماعی بلند مدت افراد را بر عهده دارد. اگر بخواهیم واقعیت های سازمانی را به عنوان مسیر در نظر بگیریم، بحث های تجمیع کلاً قابل طرح نیست، چون همین اختلاف ها در سایر سازمان ها وجود دارد، برایم مثال وزارت نفت به همین شدت مخالف بحث تجمیع هستند و روال ها و رسالت خود را برجسته می کنند و می گویند ما متفاوتیم و این نگاه نگاه سازمانی است.

- به نظر من نگرش ها به بیمه سلامت کلاً اشتباه است. چیزی را تجربه و تحلیل می کنیم که نمی شناسیم. ما تعریف درستی از سلامت و سیاستگذاری نداریم. سیاستگذاری بر عهده کیست؟ همه قبول داریم سیاستگذاری بهداشت و درمان مملکت بر عهده وزارت بهداشت است. آیا در این حوزه وزارت بهداشت توانسته است موفق عمل کند؟ چیزی که باعث شده است وزارت نفت، نیروهای مسلح و سازمان تامین اجتماعی و... هر کدام وارد بحث سیاستگذاری برای سلامت جامعه شوند و هر سازمانی برای خودش در این حوزه سیاستگذاری می کند. نقل قول می کنم از وزیر بهداشت قبلی که عنوان کرد ۲۵ درصد سیاستگذاری سلامت جامعه دست وزارت بهداشت است در حالی که ۸۰ درصد بهداشت و درمان جامعه دست وزارت بهداشت است. تا این سیاستگذاری اصلاح نشود این می شود که ما اینجا جمع می شویم سر این دعوا می کنیم که بیمه می

خواهد سهم خود را بردارد، وزارت بهداشت به دنبال سهم خود است، تامین اجتماعی همین طور، در صورتی که سهم خواهی نیست، و بودجه دولتی از بالا می آید، ما بودجه می گیریم و باید مدیریت کنیم، قوانین و ضوابط از بالا (هیئت وزیران، شورای عالی بیمه خدمات درمانی سابق و...) صادر می شود، تعرفه ها مصوب بالاست سازمان و وزارت بهداشت تابع قوانین هستند و آنها را اجرا می کنند. اولویت های دولت باید مشخص شوند، اینکه این عمل باید اتفاق بیفتد کسی شکی ندارد. در مورد بیمه های تکمیلی بحث شد ما دو بیمه تکمیلی و مازاد داریم، آنچه که در کشور در حال اتفاق افتادن است بیمه مازاد است نه بیمه تکمیلی، وقتی بیمه پایه تعریف می شود و ۷۰ درصد هزینه را پرداخت می کند، یا در پزشک خانواده که قرار است ۱۰۰ درصد شود، دیگر نباید بیمه های تکمیلی یا خصوصی در بسته بیمه پایه وارد شوند. این امر باعث افزایش هزینه ها نیز شده است. آمارها نیز این موضوع را نشان می دهد. در جلسه ای که با سران بیمه های تکمیلی در شهرستان البرز داشتیم گفتیم که بیمار چون بیمه تکمیلی دارد اصرار به گرفتن MRI می کند چون می داند بقیه اش را بیمه تکمیلی پرداخت می پردازد، این امر باعث افزایش هزینه ها شده است و جالب اینکه بیمه های تکمیلی از این امر بی اطلاع بودند و از بدیهی ترین آمار و ارقام در حوزه بهداشت ناآگاه هستند، آنها فقط در حوزه مبادله پولی شرکت داشتند. اولویت ما نباید این باشد که صندوق ها را یکی کنیم. آیا اگر ادغام شوند اتفاقی خواهد افتاد؟ آیا تغییرات مهمی ایجاد خواهد شد؟ هیچ اتفاق چشمگیری رخ نخواهد داد با ادغام بیمه ها. اگر پزشک خانواده، پیشگیری، درمان، باز توانی که از پزشک خانواده انتظار داریم تبیین نشود اگر سیاستگذاری عالی از طرف وزارت بهداشت رخ ندهد، نظارت خوبی صورت نگیرد از بالا، اگر بیمه سلامت هم ایجاد شود باز هیچ اتفاقی نخواهد افتاد و همین بحث ها ادامه خواهد داشت. شرکت نفت ادعا می کند اگر کارشناس من ماموریت می رود هزینه ایاب و ذهاب آنرا نیز پرداخت می کنم، کل هزینه های بیمار را پرداخت می کنم، آیا بیمه کارمندی این هزینه را پرداخت می کند؟ مسلماً نه. تامین اجتماعی باز متفاوت عمل می کند. تجمیع سازمان های بیمه با این همه اختلاف خیلی سخت خواهد بود. ما نباید انرژی و وقتمون را اینجا هزینه کنیم. ما باید در سطوح بالاتر

عمل کنیم. اما چون بحث ادغام خیلی مهم است این امر نیازمند مشارکت و حضور مسوولین از طرف بیمه ها، وزارت بهداشت و رفاه و تشکیل جلسات متعدد است.

- برداشت من این است که بیشتر نقایصی که بر تجمیع بیمه ها وارد است به خود قانون بر می گردد. سوال من این است که در این مدت خود وزارت بهداشت و عوامل اجرایی در این زمینه چه کار کرده اند آیا کوتاهی نداشته اند.

پاسخ‌های سخنران

سوالات خیلی خوبی پرسیده شد، بحث های چالش برانگیز است و انتظار هم همین است. ولی این موضوع منحصر به کشور ما نیست، در همه کشور ها این مسائل وجود دارد. خیلی از سیاست ها در کشور ما استخوان های لای زخم است. خیلی جاها را دو پهلو گفتیم. خیلی جاها را خوب تبیین نکردیم. به نظر من علت این است که روی مفاهیم و مبانی کم کار کرده ایم. برای مثال بدون اینکه متوجه مفهوم پزشک خانواده شود می گوید خوب است بریم سراغش. ولی وقتی می گوئید پزشک خانواده یعنی دیگر نمی توانید سر خود به فوق تخصص مراجعه کنید آن وقت شروع می کنند به مخالفت. مفاهیم را خوب به سیاستگذاران و سیاست سازان منتقل نکرده ایم. یعنی وقتی می گوئیم پزشک خانواده یا بیمه سلامت، مفهوم اجرایی آن را باید دقیق بیان کنیم. موضوع بعدی این است که سیاست های ما سردرگم هستند. وزرای بهداشت ما بعد از انقلاب چون تحصیل کرده آمریکا بودند به سمت کارانه، تخصص و بیمه درمان حرکت کردیم. نمی گوئیم علت حتما همین است اما نگاه غالب همین است. اینکه الگو و استراتژی کلان نظام سلامت چیست و کجا می خواهیم برویم احساس من این است این امر جایی مدون نشده است. اگر استراتژی، جهت و نگاه کلی نظام سلامت تعیین شود خیلی کمک کننده خواهد بود. توصیه من این است که حضار سیاست های کلان نظام سلامت که در حال حاضر در مجمع تشخیص مصلحت نظام در حال بررسی است را مطالعه بفرمایند. در پاسخ به سوال تجمیع و بیمه های تکمیلی باید عرض کنم که ما ۲ هزار میلیارد در جریان بیمه های تکمیلی در نظام گردش مالی داریم. این ۲ هزار میلیارد در قبال ۳۰ هزار میلیارد گردش نظام سلامت خیلی بالا نیست ولی در سیاستگذاری های ما خیلی موثر است. جالب اینجاست که سیاستگذاری این ۲ هزار میلیارد دست بیمه های خصوصی است که اصلا در جریان امور نیستند. در سال ۸۷

در شورای عالی بیمه خدمات درمانی پیشنهاد من این بود که چرا بیمه های پایه نتوانند بیمه تکمیلی را نیز مدیریت کنند؟ بیمه خدمات درمانی و نیروهای مسلح تجربه های موفقی را در این زمینه داشته اند. چرا تامین اجتماعی نباید این کار را بکند؟ که همین کوتاهی باعث کم ارزش شدن دفترچه تامین اجتماعی شده است. تامین اجتماعی با گرفتن و مدیریت این ۲ هزار میلیارد به خوبی می تواند قراردادها را طبق قانون به صراحت اجرا کند و سیاست ها را نیز به خوبی پیش برد، متاسفانه جایی سراغ ندارم که بیمه ها، قراردادش را با یک بخش خصوصی خلاف کار لغو کرده باشد. به واسطه تضاد منافع و سایر عوامل چنین اتفاقی هنوز نیفتاده است. اگر هم افتاده باشد ارایه کنندگان با کمک بیمه های تکمیلی این کمبود را جبران می کنند. به همین دلیل بیمه تکمیلی می تواند در کنار منابع بیمه های پایه قرار بگیرد و عملیات و نحوه اجرای آن قطعاً باید به دقت طراحی شود.

جمع بندی

اول اینکه جمعی که حاضر هستند از خبرگان بودند که با موضوع آشنا بودند ولی بین همین جمع نیز توافق نظر روی موضوعات نبود. حتی این اختلاف نظر بین اعضای پانل نیز مشهود بود. این امر نشان از تاکید بر کار بیشتر بر روی این موضوع است. انجام کارهای مطالعاتی روی این موضوعات ضرورت دارد چرا که دارای جزئیات و پیچیدگی های فنی خیلی زیادی هستند و متاسفانه ساده از کنار آنها می گذریم. سوال شد که بیمه سلامت باشد یا نه؟ ادبیات بحث پوشش همگانی را مطرح می کند که می تواند هم از طریق نظام NHS صورت پذیرد و هم بیمه های اجتماعی. این که کدام روش استفاده شود، مهم نیست. مهم این است که افراد دارای پوشش باشند و دچار هزینه های کمر شکن نشوند و افراد تامین باشند و به خدمات لازم دسترسی داشته باشند. هدف مهم است. بحث اجرای گام به گام که اشاره کردند بسیار مهم است بخصوص دیدگاه ها باید به خوبی شفاف شوند، برای مثال بیمه خدمات درمانی درصدی حساب کردن حق بیمه ها را به خوبی چند سال اجرا کرد و چون تکلیف اجرا کننده به خوبی مشخص شده بود اما تقاضای کلی مثل «همه را بیمه کن» چون شفاف نیست به خوبی اجرا نمی شوند، الان هم می گویم تجمیع

کنیم. این تقاضا غیر شفاف است. معلوم نیست چه چیزی را تجمیع کنیم. حد و مرزها، تعداد، تکلیف مجری و خیلی چیزهای دیگر غیر شفاف است. طبیعی است که با مشکل روبرو می شویم. نکته آخر این است من خودم خوش بین هستم و بعضی از اتفاقات سال های گذشته در مسیر درست بوده است. برای مثال بحث درصدی شدن حق بیمه خدمات درمانی حرکت در مسیر درست بوده است. همین ۳ سال پیش بود که رئیس جمهور دستور تشکیل سازمان بیمه سلامت را صادر کرد، شورایی نیز در این خصوص تشکیل شد. و شورای عالی نیز حکم داد که همه صندوق ها تجمیع خواهند شد که به علت فشار سیاسی عملیاتی نشد. بحث این است که تلاشی های خوبی در این زمینه در سالیان گذشته صورت گرفته است. الان هم که سازمان بیمه سلامت به هر حال تشکیل شده است و در حال اجرای جزئیات پیش رو است، تصور نشود این بحث ها فقط در وزارت بهداشت انجام می گیرد. این بحث ها ادامه دارد و لایه های مختلفی مطرح و اشاره می شود. و در نهایت بر تیرهای خبری زیاد تکیه نکنید چون که در بسیاری از مواقع تیرهای خبری انعکاس درستی از واقعیت و شرایط و موضوعات نیست.

هشتمین نشست تخصصی مشترک
سند مدیریت جامع منابع انسانی

سخنران

دکتر حسین مبارکی
مدیر کل اداره مدیریت منابع انسانی و پشتیبانی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۲/۱/۲۷

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

خانم دکتر بیات، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

آقای دکتر صالحی دکترای مدیریت خدمت بهداشتی و درمانی

آقای دکتر انتظاری، معاون مطالعات استراتژیک معاونت آموزشی وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

آقای دکتر دماری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیئت علمی موسسه ملی

تحقیقات سلامت

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هئیت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند؛

دکتر زندیان، دکتر محبوب اهری، دکتر توفیقی، دکتر حیرانی و آقای بداخشان

متن سخنرانی

مقدمه

نه تنها در وزارت بهداشت و نظام سلامت بلکه در کل کشور، فارغ از نگاه های شعاری که نسبت به منابع انسانی وجود دارد، در عمل ما واقعا نسبت به مدیریت های نوینی که در راستای منابع انسانی در دنیا اتفاق می افتد عقب هستیم که شاید علتش کم کاری های ما در جایگاه مدیریت منابع انسانی باشد. شاید ما کاری نکرده ایم که اثرات ماندگاری در ذهن دوستان در سطوح مدیریتی مختلف سازمانی و کشور باقی گذاشته تا بتواند نگاه مدیران را نسبت به جایگاه خطیر منابع انسانی حساس بکند و همانطور که برای جذب منابع اعتباری بیشتر تلاش شده و انرژی زیادی از سطوح مختلف سازمان را می گیرد، به همان نسبت باید بخشی از وقتشان را به بررسی مسایل و مشکلات اختصاص داده و برای حل آنها، راهکارهای مناسبی از طریق مجموعه مدیران و مسئولانی که در نظام کلان کشور کار می کنند اتخاذ نمایند.

در ستاد وزارت بهداشت، فعالیت هایی در واحدهای تحقیقاتی، وابسته به دانشگاه ها یا مراکز تحقیقاتی مستقل در حوزه مدیریت منابع انسانی بالاخص در نظام سلامت انجام شده است، ولی کاری که واقعا بتواند یکپارچگی و هماهنگی کامل در سطوح مختلف ایجاد کند، انجام نشده است. حال خداوند توفیق داده که با توجه به تجارب اجرایی که در محیط های مختلف داشته همراه با دوستان عزیزی که در حوزه ستاد وزارتخانه بودند و عزیزانی که خارج از این مجموعه به ما کمک می کنند این حرکت، شروع شود. تا اینجا هم که کار سختی بود، از اینجا به بعد هم بسیار سختتر خواهد شد، استارتی زدیم که باید با انرژی زیادی نگه داشته شود که این چرخ به عقب برنگردد و الان هم با چنگ و دندان بحث منابع انسانی را جلو می بریم. امیدوارم که با همفکری و کمک شما عزیزان و دوستانی که برای این موضوع ارزش قائل شدند و حضورشان در این جلسه نشان دهنده این است که نسبت به این مساله، به عنوان یک موضوع مهم در نظام سلامت برنامه داشتند بتوانیم کار قابل قبولی انجام دهیم.

اینکه در کشور ما به انسان به عنوان ابزار یا برتر از ابزار تولید نگاه می شود، به این بر می - گردد که نگاهی به سیر تکمیل مدیریت منابع انسانی بیندازیم. آن زمان که بحث مدیریت - های کارگزینی یا پرسنلی مطرح بود، نگاه‌ها بیشتر در آن محدوده تفکری بود و هر کسی کار خودش را می کرد و بیشتر مسائل جاری و روزمره کارکنان وظیفه‌ای بود که برای این حوزه از سازمان‌ها طراحی شده بود، تا به امروز که وارد عرصه جدیدی تحت عنوان مدیریت نوین منابع انسانی شده ایم، در بحث منابع انسانی کاملاً نگاه‌های سیستمیک مطرح شده است. برنامه‌های استراتژیک سازمان از برنامه‌های استراتژیک منابع انسانی جدا و قابل تفکیک نیست و نمی توانند جدا از هم حرکت کنند. اگر به این رویکرد نگاهی بیندازیم، تاکنون ما بین مرحله مدیریت کارکنان و مدیریت منابع انسانی سنتی سیر کرده ایم. آنچه در حوزه وزارت بهداشت و نظام سلامت در حال اتفاق افتادن است، سعی شده به مرحله ای برسیم که اسمش را مدیریت نوین منابع انسانی بگذاریم، ولی هنوز به طور کامل وارد آن مرحله نشده‌ایم و امیدواریم که این اتفاق بیافتد.

اینکه ما بخواهیم در این مسیر به مدیریت نوین منابع انسانی برسیم، قاعدتاً الزاماتی وجود دارد که باید به آن توجه بکنیم. آن چیزی که ما می خواهیم بحث تغییر اساسی در قوانین و مستندات بالاسری است، تغییراتی که به نوعی با آن رویکرد همخوانی داشته باشد و آن یکپارچگی را در مجموعه قوانین کشوری داشته باشد.

باید برای همه عزیزانی که در حوزه‌ها و سطوح مختلف به عنوان یک مدیر منابع انسانی کار می کنند، فرهنگ شود که مدیر منابع انسانی یک سازمان فقط یک نفر نیست. تمام مدیران بخش مدیریت منابع انسانی باید کمک کنند که بتوانیم حمایت مجموعه مدیران بالاسری را نسبت به این قضیه جلب کنیم.

در بحث نهادینه سازی جایگاه واقعی منابع انسانی در کل بخش سلامت و تغییر آن نگاه، به سازمان‌ها بروید و ببینید چقدر دغدغه نسبت به این جایگاه و چالش‌های موجود در حوزه نیروی انسانی وجود دارد و شورای دانشگاه و هیئت رئیسه آن چقدر زمان صرف رسیدگی به مسائل مربوط به حوزه نیروی انسانی می کنند. ولی آنقدر دغدغه در حوزه‌های دیگر و بالاخص بحث اعتبارات وجود دارد که این مبحث به عنوان دغدغه‌های کم اهمیت تر هیئت رئیسه تلقی می شود و نهایتاً بتوانیم به مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها برسیم که بتوانند

یکپارچگی و حرکت در راستای رسیدن به مدیریت نوین منابع انسانی را برای ما داشته باشد.

در کشورهای مختلف تمام نظام‌های سلامت به دنبال این هستند که مبتنی بر مقتضیات زمان و شرایط جامعه خود، محدودیت‌ها و دسترسی‌هایی که به حوزه‌های مختلف از جمله بحث منابع دارند، اصلاحاتی را در مجموعه‌ی خود و در بحث نظام سلامت ایجاد کنند. این اصلاحات در بخش اهداف، فرایندها و راهبردها می‌تواند اتفاق بیافتد. در مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته بعضاً این اصلاحات با موفقیت کامل همراه نبوده است. چه دلایلی باعث شده اصلاحات خوب شکل نگیرد؟ یکی از مهمترین دلایلش بحث کم توجهی یا بی توجهی نسبت به حوزه منابع انسانی بوده است. در این بین یک سری عوامل تعیین کننده در بحث منابع انسانی در قالب اصلاح نظام سلامت مطرح می‌شد که در آن قالب می‌توان به مباحثی مانند تناسب اهداف و ارزش‌هایی که در بحث منابع انسانی است توجه نمود. نظام‌های پرداخت و پاداش باید به عنوان عوامل تعدیل کننده مد نظر قرار بگیرد، میزان و سطح مشارکت نیروی انسانی و نهایتاً استراتژی‌های منابع انسانی از جمله مواردیست که کمک می‌کنند منابع انسانی در بحث اصلاحات نظام سلامت انگیزش لازم را بدست آورده و از لحاظ روانی برای اصلاحات آماده شود. برای ایجاد تغییر، اولین بحث که با آن مواجه هستیم، مقاومت است که چه خواسته و چه ناخواسته وجود دارد و می‌تواند تأثیرات خود را در بحث گروهی منابع انسانی بگذارد و در سطح فعالیت‌های فردی و گروهی قاعدتاً تأثیراتی خواهد داشت که اصلاح نظام سلامت در بعد منابع انسانی از ما انتظار دارد و می‌تواند در تعدیل نیرو اتفاق بیافتد. حالا به چه افزایش و کاهش یا انعطاف پذیری‌هایی در بحث نظام سلامت از منظر نیروی انسانی باید پردازیم و توجه کنیم؟ چون به هر حال در نظامی کار می‌کنیم که base آن نیروی انسانی است. با توجه به این مساله اگر توجهمان نسبت به این منبع اصلی نباشد قاعدتاً نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم اصلاحاتمان خوب انجام شود. از آن طرف واکنش‌هایی که از منابع انسانی داریم می‌تواند در تغییرات عملکرد موثر واقع شود. حال متناسب با آن چیزی که می‌خواهیم یا بر عکس، ممکن است اتفاق بیفتد و قاعدتاً همه این نگاه‌ها برای اینست که در اصلاحات نظام سلامت، توجه ویژه

به بحث منابع انسانی و آیت‌هایی که به عنوان عوامل تعدیل کننده باید به آن توجه شود، الزام ناپذیر است.

توجه ویژه‌ای که ما در اصلاحات نظام سلامت انتظار داریم اتفاق بیافتد، باوری است که در بحث جایگاه منابع انسانی به عنوان بازوی استراتژیک مدیریت بخش سلامت می‌باشد. اگر این باور به وجود آید که هنوز متأسفانه به وجود نیامده، می‌تواند کمک کند که اصلاحات نظام سلامت از مرحله‌ای به عنوان فاز گذر به خوبی رد شود.

درواقع در بحث نقش تخصصی منابع انسانی برای ایجاد اصلاحات، نیاز به یکسری توانمندی‌هایی داریم. این توانمندی‌ها در بحث نیروی انسانی، بالاخص در بخش خدماتی، نمود بیشتری نسبت به نقش‌های دیگر مانند صنعت و شاید تکنولوژی داشته است. به هر حال بحث آمادگی و توانمندسازی روحی روانی بدنه نیروی انسانی برای این قضیه هم می‌تواند به ما کمک کند.

فرض کنیم همه آمادگی‌ها به وجود بیاید، برای اینکه وارد بحث اصلاحات شویم، آیا به خوبی می‌توانیم ایفای نقش کنیم؟ روزی یک نامه از وزارت علوم رسید که میزان نیازتان به رشته‌های مختلفی که ما در دانشگاه وزارت علوم قرار است تربیت کنیم، چند نفر است؟ ما هیچ چیزی نمی‌دانستیم. در مقاطع زمانی مختلف، در مراکز مختلف مثل مرکز آموزش، مرکز ملی تحقیقات، در این زمینه کار شده است ولی کارهایی که شده نتوانست کمک کند و به خیلی از سوالات جواب دهد. همین الان هم نمی‌توانند جواب دهند که در دو سال آینده هر منطقه از کشور چند پزشک می‌خواهد، چند پرستار می‌خواهد؟ هیچ کس نمی‌داند. ساختارهایمان به روز نیست. توسعه و گسترش داریم که بعضاً متناسب با نظام سلامت و شرایط کشور است و بعضی براساس فشارهای سیاسی اتفاق می‌افتد. دانشگاه‌ها بر چه اساسی تربیت دانشجو انجام می‌دهند. مثلاً این دانشگاه ۵۰ نفر ظرفیت دارد. سیاست دولت بر این است که ۲۰٪ ظرفیت افزایش یابد و نهایتاً ظرفیت ۶۰ نفر می‌شود. آیا در آن مقطع ۶۰ نفر باید جذب می‌شد یا ۷۰ نفر؟ هیچ کس نمی‌تواند با قطعیت پاسخ دهد. هم اکنون ما طرح آمایش سرزمینی برای آموزش داریم. آنجا مشخص می‌کند که کجا، چه دانشگاهی، چه دانشکده‌ای، چه رشته‌ای، چه گروهی و چه تعداد لازم است. ولی اگر این سندی را که سند عرضه‌نامه‌ایم، با سندی که اسمش سند تقاضاست، match نشود اصلاً

فایده‌ای ندارد و نظام سلامت نمی‌تواند آن حرکت اصلی در قالب مدیریت منابع انسانی را شکل بدهد. اینها سوالاتی بود که ایجاد شده بود، هنوز هم جوابی نداریم. زیرا مسیری که ما انتخاب کرده‌ایم، علیرغم اینکه بدنه ارشد مدیریتی نسبت به این قضیه آپدیت شد و پذیرفتیم که این اتفاق باید بیفتد ولی در سطح کلان هنوز مشکل داریم. چه کسی متولی تأمین است؟ چه تعداد نیرو باید داشته باشند؟ کدام بسته سیاستی ما در حوزه نگهداشت یا جذب نیروی انسانی تعیین کرده است که کدام نیرو برای کجا باید تربیت شود؟ چه مدت تعهد خدمت داشته باشد؟ آیا تعهد خدمت استخدام ۵ ساله مفید بوده است؟ ما باید بسته سیاستی در حوزه‌های مختلف که میزان تقاضا و نیاز به حوزه‌های مختلف، چه رشته‌های بهداشتی درمانی و چه غیر بهداشتی درمانی را بدانیم. همه اینها باعث شده است سند تغییر تفکر مدیریت نوین منابع انسانی در مجموعه وزارت بهداشت و اداره کل منابع انسانی شکل بگیرد. یک وضعیت موجود داریم که یک سری ویژگی‌ها دارد. این ویژگی‌ها برای دوستانی که در بحث منابع انسانی بودند بیشتر قابل لمس است. همه مدیران، نقش مدیریت منابع انسانی دارند و عملاً مدیر عامل‌ها با سطوح و رفتارهای مدیریتی، تفاوت در نگاه‌ها و اعمال سلیقه‌ها به تغییر وضع موجود کمک می‌کنند همه مدیر منابع انسانی هستند. همه باید با این اصول آشنا شوند. همه باید با اصول و قوانینی که در این جایگاه سازمانی است، درگیر شوند. اگر این ویژگی‌ها را ملاحظه کنید و با وضع موجود خود را مقایسه کنید، کلی تضاد منافع در حوزه منابع انسانی داریم که واقعا نمی‌دانیم چه کنیم که بهبود حاصل شود. روزمرگی‌ها گریبانگیر ما شده است. مثلاً کجا سبک زندگی و ارتباطش با کیفیت کار کارمندان را کار کرده‌اند؟ آیا اصلاً باید روی این محورها کار کنند؟ آیا ساختارها طوری طراحی شده‌اند که این اتفاق بیفتد؟ آیا انسان، در جایگاه متعالی خود به عنوان یک فرد، به عنوان اشرف مخلوقات، جایگاهش در سازمان‌ها مشخص است؟ آیا باید هنوز همان نگاه‌های تیئوریسم را نسبت به انسان و سازمان داشته باشیم و با همان متد مدیریتشان کنیم؟ این همان وضع ایده‌آلی است که دنبال آن هستیم و انشالله که اتفاق بیفتد.

این آیتم‌ها ایده تدوین سند جامع منابع انسانی را تشکیل دادند. هیچکس تا حالا بر روی یک database جامع و کامل برای مدیریت منابع انسانی کار نکرده است.

من به برنامه استراتژیک کاملاً اعتقاد دارم ولی منوط به اینکه برنامه عملیاتی داشته باشد. سال ۸۴ خیلی از دانشگاه‌ها برنامه استراتژیک داشتند ولی برنامه عملیاتی نداشتند و فقط به عنوان الزام ارزشیابی که دولت تعیین کرده بود برنامه استراتژیک داشته باشند ایجاد شده بود. تازه این برنامه استراتژیک هیچ ارتباط معنی داری با برنامه استراتژیکی که باید در حوزه منابع انسانی باشد، نداشت. به هر حال این مجموعه عوامل ایده تدوین سند را کامل کرد. سپس نیاز داشتیم زیرساخت، شکل بگیرد. با معاون آقای دکتر ابوالحسنی، صحبت کردیم و این دغدغه‌ها را به دوستان و بزرگواران وقت ایراد کردیم که چنین مشکلاتی داریم و خودم متن ابلاغ را از خانم دکتر وحیددستجردی گرفتم. یک سری از دوستان در این کار درگیر بودند و کمک کردند که این زیرساخت شکل بگیرد و به عنوان افراد صاحب نظر در حوزه علمی و اجرایی کنار ما بودند و تدوین سند شکل گرفت و کمیته راهبری هم برای این قضیه اتفاق افتاد. برج ۶ سال ۸۹ این ابلاغ از طرف مقام محترم وزارت ابلاغ شد و امیدوارم این اتفاق بیفتد. تلاش‌هایی که ما در حوزه وزارت بهداشت انجام دادیم برای این بود که حلقه مفقوده جایگاه خود را پیدا کند و دوستانی باشند که بتوانیم در بحث‌های مطرح شده کار گروه‌های بخش طراحی نظام سلامت درگیر کنیم، افرادی که اگر ما نبودیم، آنها این چرخ را بچرخانند. این چرخ وابسته به افراد نیست، این چرخ یک رویکرد است و همه باید کنارش باشند. در اصولی که در بحث اقدام بود، قرار شد حداکثر بهره‌وری نیروی انسانی به عنوان یک منبع استراتژیک یک پارچه و هماهنگی شده در برنامه‌ها مد نظر قرار بگیرد. هماهنگی با مراجع و گروه‌های ذیربط در بخش سلامت چه درون حوزه چه خارج از حوزه، به کارگیری روش‌های علمی و استاندارد، استفاده از همه ظرفیت‌های موجود و نهایتاً اسناد سه‌گانه‌ای که تأکید شد سه سند عرضه و تقاضا و دیدبانی منابع انسانی و سندی به عنوان سند بالادستی به عنوان راهنما و برای هماهنگی سازی این سیاست‌ها شکل بگیرد.

جلسات مشترکی با کمیته راهبری برای عزیزانی که تجربه‌ای داشتند و از لحاظ علمی و آموزشی و اجرایی درگیر بوده و کمک کردند، برگزار شد. روشن سازی و تبیین اهداف سند مشخص شد و رویکرد کلی تعیین سند شکل گرفت. اسناد سه‌گانه و زمان انجام

مطالعه اولیه، مسئله‌یابی و تعیین مسائل استراتژیک مشخص شد و خط مشی گذاری و تعیین تاثیر پیشرفت کار و روش اجرایی شکل گرفت.

سپس کمیته این سؤال را مطرح کرد که آیا منابع انسانی موجود این توانایی که ما را به چشم انداز علمی ۱۴۰۴ برساند دارد یا خیر؟ قاعدتا وقتی ما برای ۱۴۰۴ هدف گذاری می‌کنیم، در نظام سلامت، نیروی انسانی مهمترین نیروی محرکه برای رسیدن به آن هدف است. در جایی که می‌خواهیم نظام سلامتی داشته باشیم که سرآمد باشد و به افراد این خدمات را بدهد، چالش‌هایمان برای رسیدن به این چشم انداز چیست؟ چه الزاماتی در کنار بخش سلامت وجود دارد که بخواهد ما را به آن سمت هدایت کند؟

فرض می‌کنیم با شرایط کنونی، نیروی انسانی یا مدیریت منابع انسانی موجود نمی‌تواند ما را به چشم انداز ایران ۱۴۰۴ برساند و به این نتیجه رسیدیم که باید نظامی وجود داشته باشد که ویژگی‌هایی کنار خودش داشته باشد و به همین خاطر قرار شد با یک رویکرد سیستمی به بحث وارد شویم، وضع موجود را مطالعه کنیم و وضعیت ترسیم شده در چشم‌انداز را شکل بدهیم. بر همین اساس ما با رویکرد سیستمیک تلاش کردیم چالش‌ها را از یک سو در نظام کنونی مدیریت منابع انسانی در نظر بگیریم بعد بینیم چشم انداز چه گفته و از ما چه خواسته است و ما به کجا می‌خواهیم برسیم. در کنار آن چشم‌انداز، الزامات هم در حوزه نظام مدیریت منابع انسانی کشور و سلامت مشخص شد. و نهایتا از طریق مطالعه چالش‌ها و الزامات بتوانیم راهی برای رسیدن به مسیری که به ایران ۱۴۰۴ منتهی می‌شود، پیدا کنیم.

بر همین اساس یک سری اقدامات شروع شد. اولین کار تحلیل اسناد بالادستی بود. در تحلیل اسناد بالادستی ابتدا باید مفهوم سازی می‌شد که نظام مدیریت منابع انسانی بخش سلامت چه الزاماتی را در کنار بخش سلامت بر این بخش تحمیل می‌کند و نهایتا فضای قانونی و افق‌هایی که از بعد ایران ۱۴۰۴ به تصویر کشیده شده است در بحث مدیریت منابع انسانی احصا شود.

تقریباً ۲۱ سند با این رویکرد مورد بازنگری و بررسی کامل قرار گرفت. برای اینکه تحلیل اسناد صورت بگیرد بحث تحلیل مطالعه کیفی انجام شد. وقتی این مراحل طی شد به مدل تقریباً مفهومی از الزاماتی که در بحث مدیریت منابع انسانی نظام سلامت است رسیدیم. وقتی به چشم انداز ایران ۱۴۰۴ نگاه می‌کنیم، دو بحث بالاترین اهمیت را دارد. سرآمدی در سلامت و دیگری سرآمدی در علم. برای اینکه این اتفاق بیفتد، قاعدتاً ما باید به یک سری اصول و ارزش‌های حاکم توجه می‌کردیم. محوریت اصول اسلامی، اخلاق محوری، عدالت محوری، رعایت کرامت اسلامی، توجه به هویت معنوی، اینها اصول و ارزش حاکم بر الزامات سندهایی بوده که ما مطالعه کرده و در حوزه مدیریت منابع انسانی باید به آن توجه نماییم.

قاعدتاً نظام‌های اطلاعاتی هم وجود داشته که در این زمینه مورد توجه و بررسی ما در بحث تحلیل اسناد بوده است. دو حوزه مهم در بحث چشم انداز ایران ۱۴۰۴ داریم. سرآمدی در علم و بحث نظام عرضه. یعنی جایی که آموزش پزشکی کشور ما می‌خواهد ایفای نقش کند و از طریق این ایفای نقش به سرآمدی در علم رسیده تا بتواند به آن چشم انداز مطلوب برسد و دیگری جایست که می‌خواهیم سرآمدی در سلامت داشته و شاخص هایمان در ارتباط با بهداشت و درمان شاخص‌های top در منطقه باشد و حرف اول را برای ما بزنند.

حلقه مشترکی بین نظام عرضه و بین نظام سازماندهی و بهره‌برداری از نیروی انسانی وجود دارد، حلقه مشترکی که نظام عرضه نیرویش را تربیت می‌کند و به قسمتی که می‌خواهد از اینها بهره‌برداری کند می‌دهد. تولید نیروی انسانی شایسته جایی است که ما را با قسمت عرضه match می‌کند. نکته مهمی که در این دو نظام داریم، بحث تعادلی است که باید بین عرضه و تقاضای منابع انسانی بوجود آید. در بخش چالش‌ها و موانع سعی کردیم چالش‌های نظام منابع انسانی را بدست آوریم و بررسی کنیم چه چالش‌هایی داریم تا بتوانیم به مفهوم نوین مدیریت منابع انسانی برسیم.

برای اینکه این موانع را از بین ببریم باید چاره‌اندیشی کنیم و ظرفیت‌هایی ایجاد کنیم که بتوانیم پاسخگوی چالش‌های آینده باشیم، و نهایتاً فعالیت‌هایی که بتواند باعث تحول بنیادی ما در حوزه اولویت‌ها باشد، داشته باشیم. تحلیل چالش‌ها انجام شد و مجموعه

گزارشاتی که قبلا در حوزه های مختلف در بحث منابع انسانی کار شده بود مثل گزارشاتی که مربوط به فهرست اولویت های پژوهشی وزارت بهداشت، نمایشگاه گزارشات مربوط به اجلاس رؤسا، سند چشم انداز بنیاد که قبلا وجود داشت. گزارشاتی که هر کدام در زمینه سلامت انجام شده بود، به ما کمک کردند تا بتوانیم تحلیلی از چالش ها داشته باشیم و به هدفی که در تحلیل چالش ها داشتیم برسیم و این هم نهایتا منتج به این شد که ما بتوانیم به یک چارچوب مفهومی برسیم. چالش های دیگری که ما در بحث حوزه مدیریت منابع انسانی شناسایی کردیم عبارتند از:

- بحران برنامه جامع منابع انسانی بخش سلامت
- عدم وجود نظام و شاخص های مناسب برای ارزیابی مدیریت منابع انسانی
- عدم تناسب نیازهای بازار کار با نیروی انسانی تربیت شده
- بحران نظام جامع اطلاعات منابع انسانی
- نقص در کارایی و اثربخشی ارزیابی مدیریت کارکنان
- ضعف در نظام نگهداشت منابع انسانی
- فقدان نظام اثربخش برای آموزش و توسعه کارکنان
- فقدان یک نظام اثربخش برای جذب نیروی انسانی شایسته
- فقدان یک نظام اثربخش برای توزیع مناسب نیروی انسانی

این نه محور یا نه چالش اصلی است که در مدیریت منابع انسانی با آن روبه رو هستیم. زمانی که این چالش ها را تحلیل کردیم، به این مدل مفهومی رسیدیم که در بحث چالش ها، بحث ضعف در تربیت نیروی انسانی، یکی از مهمترین چالش ها است. ضعف در دسترسی نداشتن به اطلاعات مناسب یکی دیگر از چالش های مهم است و همچنین ضعف سازماندهی و بهره برداری از نیروی انسانی از مهمترین چالش ها بوده است. نابسامانی بین عرضه و تقاضا و مشکلات اطلاعات و آمار، دست به دست هم می دهند تا در تأمین و توزیع منابع که ما را به سمت سرآمدی در سلامت میبرد، با مشکل روبه رو

شود. قاعدتا محیط خارج هم بر ما بی تأثیر نیست. بسته‌های سیاستی ابلاغ شده در اختیار نداریم. در سطح کشور برنامه ریزی و رگولاتوری وجود ندارد. در حال حاضر سند اندازه

گیری منابع انسانی کشور نداریم که بدانیم در کشور چه تعدادی نیرو می‌خواهیم؟ از علل عمده که باعث این چالش‌ها شده، عدم هماهنگی و دیگری کارکرد نادرست است که هم در نظام آموزش و هم در بازار کار و هم در مدیریت نیروی انسانی سنتی ما وجود دارد. یعنی این سه نظام به نوعی عدم هماهنگی با هم دارند. سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت هم برای خودشان کار می‌کنند. شما از یک دانشگاه علوم پزشکی بپرسید که برنامه ۵ سال آینده آنها چه چیزی است؟ کسی نمیداند و در واقع هر کس برای خودش کار می‌کند.

حال با رویکردی که ذکر شد تحلیل چالش‌ها را انجام داده، الزامات و قوانین بالادستی را نگاه می‌کنیم و مسیری را بر اساس چشم‌انداز برنامه ریزی شده ۱۴۰۴ پیدا می‌کنیم که این مدل به ما همانند مدل بازآفرینی نظام مدیریت منابع انسانی برای بخش سلامت کشور کمک کند. با توجه به اینکه ما سرآمدی در سلامت و دانش منطقه را می‌خواستیم، قاعدتا برای اینکه بتوانیم سازماندهی و بهره‌برداری مناسبی از نیروی انسانی و اثربخشی کاملی داشته باشیم، از یک سو باید درک کاملا درست و منطقی از مجموعه منابع و محدودیت‌ها داشته باشیم و از طرف دیگر هم باید اهداف و استراتژیها و سیاست‌های کلان در نظام سلامت را بشناسیم و حساب شده جلو برویم که آنها بتوانند در تربیت نیروی انسانی که مناسب و شایسته باشد و از آن طرف سازماندهی و بهره‌برداری اثربخش منابع انسانی، کمک کنند که بحث تولید دانش و پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه شکل بگیرد.

اگر بخواهد آن اتفاقات رخ دهد، قاعدتا چون در محیط دینامیک زندگی می‌کنیم و محیطمان ایستا نیست، نیاز داریم که خودمان را با توجه به شرایط محیط تطبیق دهیم، پس تعدیل سیاست‌ها و راهبردها و مداخلات، الزام آور می‌شود و حتما باید مرتب خود را بررسی کنیم و از طرف سیستم رصد شویم و این سیاست‌ها را تعدیل کنیم، مداخلات را بازنگری کرده تا بتوانیم به آن چیزی که می‌خواهیم، برسیم.

نظام جامع مدیریت انسانی بخش سلامت، نظامی که تربیت نیروی انسانی شایسته و متناسب و بهره‌برداری اثربخش از این نیروها جهت تحقق چشم‌انداز نظام سلامت در کشورمان را میسر می‌سازد باید تأمین منابع مورد نیاز را مستمرا رصد کرده و نسبت به ظرفیت‌سازی و

هماهنگ نمودن و تعدیل سیاست‌ها، راهبردها و مداخلات مربوط متناسب با مقتضیات زمان و مکان تا حصول نتیجه اقدام نماید. برای اینکه این اتفاق بیفتد به سبب سیاست‌های کلان نیاز داریم که در حوزه منابع انسانی این سند باید کاملاً با اسناد کلان مربوط به سیاست‌های بخش سلامت یا نظام سلامت match شود.

قاعدتا در این قسمت برای اینکه تعدیل سیاست اتفاق بیافتد، تا تولید واحدی شکل نگیرد نمی‌تواند اثرات خودش را به عنوان مداخله یا تغییر در سیاست‌ها یا استراتژی‌ها دیکته کند. زیرا واحدی برای مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت نداریم. نظام سلامت بر اساس قانون برنامه پنجم، تولید خودش را پیدا کرد. قرار بود وزارت بهداشت متولی باشد. ولی با همان دغدغه یا همان کم توجهی یا بی توجهی نسبت به حوزه منابع انسانی، هنوز تولید واحدی در این حوزه شکل نگرفته است. قاعدتا ما نیاز به یک تولید یا سازماندهی تولیدی داریم که بتواند در این قضیه ورود کند. در قسمت مربوط به تقویت نیروی انسانی نیاز به تحولی داریم که این تحول بتواند مسیر را برای رسیدن به آن اهدافی که ما برای چشم انداز دیده‌ایم آماده کند. در حوزه سازماندهی و بهره‌برداری از نیروی انسانی اثربخش هم نیاز به یک تحول و نهایتاً یک ارتباط معنی‌دار بین این دو قسمت داریم که شکل بگیرد و باید در کنار آن نظام دیده‌بانی وجود داشته باشد تا بتواند مرتب این سیستم پایش شود و خود را با شرایط موجود منطبق و آداپت کند.

این نظام بازآفرینی شده ما چند بعد پیدا خواهد داشت. یکی از ابعادش تنظیم عرضه و تقاضای منابع انسانی شد. دیگری سازماندهی تولید نظام جامع مدیریت منابع انسانی، یکی استقرار نظام دیده‌بانی برای بحث نظام منابع انسانی در بحث سلامت و چهارمی و پنجمی هم تحول در سازماندهی و بهره‌وری و تقویت نیروی انسانی می‌باشد.

چهارمین کاری که در مجموعه اقدامات گزارش می‌دهیم، این بحث بود که جایگاهی که تاکنون زحمت کشیده‌ایم، نهادینه کنیم و رد پای خود را در مجموعه نقشه‌ها و مستندات نظام سلامت محکم کنیم.

در برنامه ریزی که شده بود برای نقشه تحول نظام سلامت، هیچ کارگروهی تحت عنوان مسئول منابع انسانی وجود نداشت. پیگیری‌هایی شد، گزارشاتی داده شد و دوستان و

عزیزان درگیر موضوع شدند و جای این قسمت را باز کردند که ما بتوانیم در کنار سایر کارگروه‌هایی که برای بخش تحول بود کارگروه تخصصی شویم و این بحث را آنجا مطرح کنیم که نهایتاً منتج به یک سیاست کلان در مجموعه نقشه جامع نظام سلامت سه برنامه فعلی و سیزده نقطه تمرکز شد که همه آنچه که اتفاق افتاد یعنی آنچه که در بحث خروجی‌های کارگروه به تصویب رسید و در کتابی چاپ و پخش شد. تمام موضوعات، اهداف، دقیقاً برخاسته از مجموعه ابعادی بود که ما اینجا دیدیم. ما وقتی در نظام آموزش بخش سلامت کشور می‌گوییم که آنجا تحت عنوان تأمین نیروی انسانی شایسته برای پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت کشور هدف گذاری کردیم. یعنی سعی کردیم میخ‌هایش را بکوییم. میخ‌هایش را طوری بکوییم که به این سادگی با رفت و آمد افراد دیگر تغییر پیدا نکند.

مجموعه آنچه که در مصوبات کارگروه منابع انسانی نظام سلامت اتفاق افتاد دقیقاً متناسب با ابعادی بود که در مدل بازآفرینی شده تعریف کردیم. هدفی کلی که ما از این سند جامع داشتیم این بود که این سند در واقع همان خروجی‌هایی بود که در حوزه‌های مختلف مباحث تخصصی گفتیم که یک سند سیاست‌های کلان که مبتنی بر برنامه ریزی استراتژیک است داریم و بعد از آن لایه سند راهبردی یا راهبردهای آن است که مبتنی بر سیاست‌های کلی می‌شود. بحث سند تنظیم عرضه و تقاضا، سازماندهی و بهره‌وری، نظام تحول در نظام تربیت نیروی انسانی و نظام دیده‌بانی خواهد بود.

به یک چارچوب اجرایی بر اساس چارچوب مفهومی رسیدیم که فراهم سازی زیرساخت‌های تحول بود. بحث فراهم سازی تحول مدیریت منابع انسانی، فرهنگ سازی و غنی سازی اجرای کارهایی بود که انجام شد. ما در فراهم سازی زیرساخت‌هایی تحول چه زیرساخت، چه دبیرخانه و چه کمیته راهبری، خروجی‌هایی انتظار داریم اتفاق بیافتد. مثلاً ما انتظار داریم در وزارت بهداشت مرکز مطالعات منابع انسانی سرآمد شکل بگیرد، حالا با هر اسمی یا عنوانی که از لحاظ ساختار ممکن است بعداً به آن بدهند.

مفهوم سازی تحول منابع انسانی، مدیریت منابع انسانی بود که نهایتاً اتفاقاتی که برای چالش‌ها افتاد و از آن طرف هم خروجی‌هایی که داشتیم بحث جامع مدیریت منابع

انسانی بخش سلامت بود و شناسایی عوامل چندگانه تحول در نظام مدیریت منابع، بحث انسانی بود. سعی کردیم در بخش فرهنگی کار کنیم و وبسایت ساخته شد. بحث تغییرات مدیریت کلان در حوزه دانشگاه‌ها و در حوزه وزارت بهداشت خودش یکی از مهمترین چالش‌های پیش روی ما در این قضیه است. در ارائه نمودن سند برای مقامات بالادستی نیاز به این است که همه جا توجیهی برای این جایگاه داشته باشیم.

- تأمین منابع مالی مورد نیاز
- کم توجیهی مدیران به اهمیت حوزه منابع انسانی و توجه به شناسایی منابع
- کمبود متخصص در حوزه برنامه ریزی کلان منابع انسانی بخش سلامت
- عدم وجود تجربه‌های مرتبط و مشابه در کشور و
- بلا تکلیفی سیاست‌های منابع انسانی مصوب در اسناد بالادست
- انتظاراتی برای ایجاد روابط در حوزه منابع انسانی کل کشور وجود دارد یعنی باید فرهنگ این نگاه که یک سند جامع برای کشور داشته باشیم که آن غالب و ما هم بخشی از آن باشیم ایجاد شود.
- سازماندهی و انسجام بخشی به اقدامات جزیره‌ای گونه و پراکنده در خصوص برنامه ریزی منابع انسانی در قالب یک الگو و سند جامع کشوری
- طرح موضوع و تثبیت جایگاه سند مدیریت جامع منابع انسانی بخش سلامت در مجامع بالادستی.
- ایجاد مطالعه مدیریت انسانی در شورای سلامت و تشویق به اقدامات آموزشی و پژوهشی انجام شده در این زمینه و ایجاد تحمل سیاسی نسبت به اجرای قانون ایجاد مدیریت منابع انسانی

نظرات اعضای پانل

رییس جلسه

اصل کلام بحث آقای دکتر این بود که موضوع بسیار مهمی است که مغفول مانده است و آنگونه که باید به آن توجه نشده است. در راستای بحثی که در مورد مرکز مطالعات نیروی انسانی فرمودند، ما در برنامه راهبردی موسسه ملی تحقیقات سلامت بعنوان بازوی کمک کننده به نظام سلامت کشور و بحث‌های شواهد مورد نیاز پژوهشی، تاسیس گروه مطالعات انسانی دیده شده است و در برنامه راهبردی آمده است و هر کمکی که لازم باشد جزو تعهدات موسسه خواهد بود که امیدواریم در دراز مدت به آن برسیم.

اعضای پانل

- مساله مهمی که وجود دارد، برای پیش بردن این سند نیاز به مشارکت همه دانشگاهها و متخصصین داریم و به تنهایی انجام شدنی نمی‌باشد و دوست داریم نظرات دوستان را داشته باشیم. ما سایتی داریم که میتوانید نظرات تان را در آنجا هم بفرمایید.
- وقتی دکتر مبارکی این مسئولیت را قبول نمودند، قطعاً نقطه تحولی برای حوزه نیروی انسانی و وزارتخانه محسوب شد. از همان اول در جلسات خدمت آقای دکتر در جلساتی که تشکیل می‌شد بودیم. قبل از آن بنایی را شروع کرده بودیم که روی تعدادی از این اسناد کار شود و هیچ توفیقی نبود بدلیل فضای ذهنی‌ای که در حوزه بود استقبال نمی‌شد و ورود آقای دکتر و علاقه و مقداری جسارت ایشان در اینگونه تصمیم‌گیری‌ها باعث شد که به این نوع تصمیمات وارد شویم. من مختصر عرض کنم که بخشی که به بنده سپرده شده است تنظیم سند تقاضای منابع انسانی در قالب پروژه‌ای با موسسه ملی تحقیقات سلامت و وزارتخانه است که بخش زیادی از این کار با مشارکت خود آقای دکتر مبارکی، آقای دکتر وثوق، آقای دکتر دماری و دوستان دیگر که خیلی کمک کردند انجام شد. شاید پایه این کار، به نوعی از یک stimulation از کارهای دیگر که در دنیا انجام شده بود را خواستیم انجام دهیم که انشالله بتواند مفید باشد. مشابه این را برای کشور اسلواکی و چند کشور آفریقائی و

یکی دو تا از کشورهای شمالی آسیای میانه انجام داده‌ایم. تقاضا معادل demand است و ما بیشتر می‌خواهیم روی requirement کار کنیم و تشخیص اینکه نیروی انسانی در چه مقدار و در چه گروه‌هایی و در چه زمان‌هایی و چه مکان‌هایی با چه ویژگی‌ها و چه discipline‌هایی ما برای یک دوره زمانی برنامه لازم است که داشته باشیم. امروز از تولید صحبت می‌کنیم مثلا برای اینکه پزشکی گرفته شود اگر خیلی خوب و مرتب درس خوانده باشد ۷ سال بعد تازه آثار تصمیم شما پدیدار می‌شود. پس یک سری leading document و اسناد راهنما می‌خواهیم که به شما بگوید بایاس تصمیمات شما در ۷ سال دیگر چه مسائلی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین با مشورت همین عزیزان و همکاری بسیار خوب دوستان پروپوزالی تهیه شد انشاءالله بتوانیم یکی از انتظارات چهارگانه دکتر مبارکی را تا زمانی که ایشان مسئولیت این بخش را دارند برآورده نماید و بتواند در اختیار وزارت بهداشت و درمان قرار گیرد. ضمن اینکه آقای دکتر هادی و دوستانشان در وزارتخانه آیین نامه استخدامی منابع انسانی دانشگاهها را تعیین کرده‌اند که میتواند کمک بزرگی باشد. ورود به این بحث و باز کردن آن زمان می‌برد که انشاءالله بعدا در جلساتی گزارشاتی را خدمت شما خواهیم داشت.

- کمابیش در جریان تدوین سند خدمت آقای دکتر بوده‌ایم که کار بسیار دشواری است و من تبریک گفته و امیدوارم در پیاده سازی ان موفق باشید. اما در راستای فرمایشات آقای دکتر رشیدیان باید عرض کنم که معاونت آموزشی تقریبا از سال ۸۴ و حدود ۸ سال پیش یک سری فعالیت‌هایی را در حوزه پاسخگویی آموزش به نیازهای سلامت کشور شروع کرد. در آن زمان با توجه به ساختار منحصر به فرد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مطالعات متعددی در زمینه ادغام آموزش در زمینه ارائه خدمات انجام شد و اسناد زیادی هم تولید شد، ولی متاسفانه با تغییر دولت اجرائی نشد چون بستر فرهنگی مناسبی نداشت. در این دوره با توجه به تکلیفی که از طرف شورای انقلاب فرهنگی به وزارت بهداشت در مورد تحول آموزش وجود داشت، در بررسی‌هایی که انجام شد ما به این نتیجه رسیدیم که بزرگترین مشکل ما

در تربیت نیروی انسانی ساختار نظام ارائه خدمات سلامت است و افراد حتی قبل از ورود به دانشگاه، نگاهشان به نظام سلامت نیاز به اصلاح دارد و باید زیرساخت لازم برای تربیت مناسب در حیطه نیروی انسانی پزشکی ایجاد شود و نظام سلامت را اصلاح کنیم که خوشبختانه فعالیت هایی در زمینه اصلاح نظام سلامت در راستای تحقق پزشک خانواده انجام شده است. بحث های انگیزشی نظام ارائه خدمات و خود رفتار treatment setting behavior مردم روی نظام آموزش تاثیر گذار است. اما کاری که در حوزه آموزشی انجام شد، بحث تدوین سند تحول آموزش پزشکی بود که هم خاص مقام بالاتر از ما یعنی شورای انقلاب فرهنگی و هم مورد نیاز کشور بود که در این زمینه چالشهای بسیار زیادی احصاء شد و ۱۸ سند جداگانه تدوین شد که یکی از آنها سند آمایش سرزمینی است که تقریباً مراحل انتهایی آن در حال انجام است و در آن سند، بسته به شرایط و نیازهای سلامت منطقه، رفتار مردم، خواست جوانهای ما برای ورود به دوره های آموزشی و نظایر آن و زیر ساخت های موجودی که از نظر شبکه بهداشتی و درمانی وجود دارد، ساختار دانشگاهها بازبینی می شود و دانشگاههایی در تراز جهانی و ملی و منطقه ای تعریف می شود و انشاءالله با اجرائی شدن آن مشکلاتی که بشدت با آن درگیر هستیم مرتفع شود. یکی از کارهای دیگر سیاست های زیرساختی، محیط های آموزشی و محتوای آموزشی است. یکی از کارهایی که در سالهای گذشته انجام نداده ایم کتب مرجع پزشکی ما کتب غیر ایرانی است که البته معاونت آموزشی فعالیتهایی با سرعت کند انجام می دهد، ولی امیدواریم که کمیته تالیف کتب مرجع پزشکی بتواند طی سالهای آینده کتب ملی را تدوین نماید. در مورد اعضای هیئت علمی هم ارزشیابی ها و کارهای زیادی انجام می دهیم، یک کاری هم که الان نمود بیرونی هم پیدا کرده است، بحث آموزش تخصصی پزشکی خانواده است که بصورت پایلوت در ۲۰ تا از دانشگاه ها بحث MPH پزشکی خانواده را داریم که اولین گروه فارغ التحصیلان حدود ۱۱۴ نفر در بهمن ماه گذشته فارغ التحصیل شدند و بحث تخصص هم برای اولین بار در دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال اجرا است.

این پیشنهاداتی که من عرض میکنم در راستای ادامه بحث و تضمین اجرائی شدن این سند است. نکته اول، ساختار ما مشکل دارد که نمیتوانیم نیروی انسانی را درست مدیریت کنیم و یا برنامه نداریم. اینکه برنامه کلان ما در کشور چیست، می تواند جهت نیروی انسانی را مشخص نماید. ۵ یا ۶ سال پیش در مطالعه ای که توسط بانک جهانی در کشور انجام میشد اسناد مختلفی در وزارت بهداشت تهیه شد که یکی از آن اسناد مربوط به مدیریت بخش منابع انسانی بود که دو تا از کارشناسان بین المللی هم در ایران حضور داشتند و نیروی انسانی بخش سلامت را از دید بین المللی اشان بررسی می کردند و همزمان سندی هم برای آن تهیه شد و اگر آن سند را مرور کنید متوجه می شوید که آن مشکل که در آن زمان بود تا حدی رفع شده است و آن هم این بود که منابع انسانی در کدام جهت باید باشد. یعنی دورنما و برنامه ی ما در ۱۴۰۴ و بعد از آن چیست. برای آنکه ما امروز برنامه ریزی می کنیم و اثرات آن در سالهای بعد در جامعه نمود پیدا میکند و اینکه آیا این برنامه مشخص است یا خیر! من معتقدم که در برنامه ۱۴۰۴ سرآمدی در سلامت و سرآمدی در علم شفاف نیست. این را باید شفاف کرد چون اگر شفاف نباشد نمی توانیم سیاست های درستی را برای ۲ یا ۳ دهه آینده ترسیم کنیم. و باید حدس بزنیم که در ۱۴۰۴ دنبال چه اهداف سلامتی هستیم. در حوزه مرگ و میر از بیماریها و حوزه اسیبها، ما باید به کجا برسیم. شاید باید دورتر از آن را ببینیم که بتوانیم برآن اساس نیروهای انسانی خود را مرتب کنیم. یکی از چیزهای که در داکومننت های تجربی کشورهای دیگر روی آن بحث میشود توازن نیروهاست. توازن نیروهای بین پیشگیری و درمان و توانبخشی چگونه توزیع شود. آیا ما در ۱۴۰۴ کشوری می بینیم که بیماری آن را فرا گرفته و ما کلینیک و درمانگاه تاسیس کرده ایم و یا دنبال این خواهیم بود که پیشگیری وسعت بیشتری یابد و بنابراین باید نیروهایی که پیشگیری می دهند را آموزش دهیم. بنابراین این نگاه به نیروی انسانی با توجه به اینکه ما چه رویکردی را در پیش خواهیم داشت است و باید مشخص کنیم که چه هدفی را در ۱۵ یا ۳۰ سال آینده برای نظام سلامت ر نظر گرفته ایم. اصلا قرار است در پزشک خانواده ما تخصص تربیت کنیم و یا پزشکان

عمومی را با هزینه ای پایین تر بکار بگیریم، سند باید این را جواب دهد. مملکت نمی تواند هزینه زیادی را برای تربیت نیروی انسانی هزینه کند. این برنامه خیلی شفاف نیست ضمن اینکه برنامه نقشه تحول نظام سلامت تصویب شده است، اما حداقل من اطلاعی از عملیاتی شدن این نقشه تحول ندارم و در بحث برنامه توسعه هم ما همیشه این مشکل را داریم و بنابراین باید به این فکر کنیم که بعد از نوشتن این سند بزرگ چگونه می توانیم آن را عملیاتی کنیم. نکته دوم در تدوین سند، ما باید مرور تحلیلی روی منابع انسانی در کشور داشته باشیم، همیشه بزرگان این مسند گفته- اند که در اوایل انقلاب ما نیروهای انسانی وارداتی داشتیم و اکنون این نیروها را خودمان تربیت کرده و ازین لحاظ توانمند هستیم. ما باید ببینیم که در مقطع فعلی چه آیین نامه و مقرراتی از منابع انسانی باید داشته باشیم. این را اگر نتوانیم به درستی مدون کنیم، نمیتواند به ما راه خوبی را نشان دهد و ما نمی توانیم همه چیز را در مقطع فعلی از نگاه منفی ببینیم و بنابراین مرور تقریبی تاریخی نیروی انسانی در کشور هم مهم است. از طرفی ازین به بعد را هم باید حساب کنیم و فکر نکنیم مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت محدود است و عوامل سیاسی اقتصادی اجتماعی تکنولوژی و حتی عوامل بین المللی روی منابع انسانی تاثیر ندارد. پس در روند یا سال آینده باید ببینیم که احتمالا چه تغییراتی در جامعه و منطقه و شرایط بین المللی ایجاد می شود، چون این شرایط حتما ترکیب نیروی انسانی در بخش سلامت را دستکاری خواهد کرد و تبعاتی را هم ایجاد خواهد کرد. نکته سوم، تجربه دبیرخانه شورای تخصصی را چند سال پیش داشتیم که مرکز مطالعاتی نیروی انسانی را ایجاد کردند ولی به جایی نرسید و من هم با دکتر رشیدیان موافق هستم که کار مطالعات را بتوانیم پیگیری کنیم و نهایتا یک هشدار، تذکر و یا خواهش دوستانه برای ادامه کار تدوین سند این است که فرایند زمانی کار را کوتاه کنند. طول کشیدن تدوین سند هم با جابجایی مدیران همراه است و هم شرایط محیطی ممکن است تغییر کند و ممکن است حرفی که دو یا سه سال پیش گفتیم مصداق پیدا نکند. نکته بعدی ما اسناد دیگری که در وزارت بهداشت در مورد آن به اجماع رسیدیم چه در شورای سلامت و اهمیت غذایی کشور و چه شورای معاونین وزارت بهداشت از جمله بحث نقشه

تحول نظام سلامت و یا سند سلامت روان، سند تغذیه و اهمیت مواد غذایی و یا حتی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، اینها باید در جریان تدوین سیاستهای نیروی انسانی مطالعه شود و ببینیم که چه جهت گیری‌هایی را ما باید اعمال کنیم

رییس جلسه: در واقع بحث های آکادمیک نیروی انسانی کلا در دنیا هم خیلی در بحث بهداشت و درمان قوی نیست. من حدود ۶ سال قبل برای برگزاری کلاس بهداشت بین الملل در دانشکده بهداشت قرار بود برگزار کنم جلسه ای در مبحث مهاجرت نیروی انسانی، تنها مطالعه نظام مند در این رابطه و پاسخ به اینکه چگونه میتوان نیروی انسانی را در مناطق محروم حفظ کرد بر مبنای شواهد مطالعه ای بود که گروهی امریکایی انجام داده بودند و فقط دو یا سه مطالعه پیدا کرده بودند. خوشبختانه در چند سال اخیر این موضوع تکانی خورد و با همکاری سازمان بهداشت جهانی و چند سازمان بین المللی دیگر که اتفاقا رییس آن هم سابقا نماینده who بود که این برنامه را در سازمان بهداشت جهانی داشت و حتی فراخوان بین المللی دادند و خود سازمان جهانی بهداشت هم شروع کرد و چندین مطالعه مفصل تر در سطح بین المللی در زمینه های نیروی انسانی شده است. ولی خیلی محدود است و در خود کشورمان هم شاید از دهه ۳۰ در حال آزمایش کردن مدل های حوزه نیروی انسانی بوده است و پرورش نیروی انسانی بارها عوض شده است. مطالعاتی که اینها را جدی بررسی کرده باشد بسیار محدود است. بهر حال ما دو مدل بکارگیری نیروی انسانی در سطح community در کشور خودمان در سالهای بعد از انقلاب امتحان کردیم که یکی بحث بهورز و یکی بحث بهداشت کار دهان و دندان بوده است. بهورز فوق العاده موفق بود و برای بهداشت کار دهان دندان اختلاف نظر است و از نظر بعضی ها خوب بوده و از نظر بعضی ها خیلی بد بوده است. ولی consensus در موفقیت آن وجود ندارد. در شرایطی که ما پرستار را کمتر از آنچه که باید تربیت کرده ایم، در عین حال که پرستار بیکار داریم، و امکان استخدام همین نیروی اندک هم زیاد موفق نیست و از طرف دیگر ماما را زیاد تربیت کرده ایم اما نقش ماما را در نظام سلامت فوق العاده محدود کرده- ایم و بسیاری از نقش های ماما به متخصص زنان واگذار شده است و جایگاهی برای نیرویی که وجود دارد تعریف نشده است. این mismatch بین نوع عرضه نیروی انسانی و نوع

کاربرد نیروی انسانی وجود دارد. ازین مثالها زیاد است. مثلا ظرف یکی دوسال ظرفیت PhD دوبرابر میشود. اولا چرا؟ برای کدام درد نظام سلامت کشور؟ و از آن طرف چگونه میشود انتظار داشت که نظام آکادمیک بتواند در مدت کوتاهی ظرفیت خود را دوبرابر کند بدون اینکه هیچگونه عارضه ای داشته باشد. اینها سوالات پایه ای نیروی انسانی است و واقعیت این است که ما خیلی جدی به آن نگاه نمی کنیم. در تجربه خودم وقتی به دانشجویها پیشنهاد بحث های نیروی انسانی را می دهیم به عنوان تزارشد یا دکتر معمولا اول خیلی ساده بنظر میرسد در حالیکه پیچیدگی های فوق العاده زیادی دارد.

نظرات شرکت کنندگان

- دو سوال کلی داشتم. اول اینکه ما در نظام سلامت دو گروه نیروی انسانی داریم. نیروی انسانی که در نظام سلامت تربیت می شوند. پزشکان و پرستاران و ماماها و گروه دیگر اداری هستند که شاید از دستگاههای دیگری وارد نظام سلامت شوند، میخواهم بدانم در کجای این سند باید نحوه حفظ اینها باید دیده شود، چون روند و چگونگی تشویقی و ارتقا اینها خیلی متفاوت است، پزشکان بنحوی راضی می شوند و ایجاد انگیزه می شود و حسابداران و کارگزینیها بنحوی دیگر، کجای سند اینها لحاظ می شود و سوال بعدی چه الزامی برای اجرائی نمودن سند مد نظر است و بعد از ابلاغ چه ضمانت اجرائی ای وجود دارد؟ خیلی ممنونم از توجه شما
- من سوالی که دارم این است که ما سندی را الان تدوین می کنیم و زحمات زیادی هم در این زمینه کشیده شده است. ولی این سند بالاخره بعدا باید در یک جایگاهی بنشیند مثل تشکیلات دانشگاهها و سازمانها، آیا در کنار این سند به ان بستر توجه شده است که همگام با آن تشکیلات دانشگاهها به نحوی باشد که شما سندی را و نیروی انسانی ای را برای آن جایگاه می بینید ولی بعدا جایگاهی نداریم که از آنها استفاده کنیم. دومین مساله، وقتی من به آن مدل مفهومی ای که آقای دکتر مبارکی تهیه کردند و اشاره کردند فکر میکردم احساس کردم ما خیلی به آن محیط داخلی وزارت بهداشت حساب کردیم. نیروی انسانی خیلی از آن محیط را گرفته بود در صورتیکه مدیران ما

در سطح محیط، دست به گریبان یک سری مراکز قدرت برای مدیریت نیروی انسانی اشان میباشند. الان مشکل ما این است که من نه در ارزیابی وضعیت موجود جایی را دیدم که به این موضوع توجه شده باشد و نه در نسبتی که بین محیط خارجی نسبت به محیط داخلی وزارتخانه بود، وزن قابل قبولی را در آن قسمت دیدم که خواهش میکنم به این مساله هم پرداخته شود و دوستانی هم که در کشورهای دیگر طرحهایی را اجرا کردند شاید با این مشکل حاد در سطح مدیریت ها و ردیف های دانشگاهی ما خیلی برخورد نداشتند.

- من یک سوال دارم که قسمتی از آن به آقای دکتر مبارکی و قسمت دیگر به آقای دکتر صالحی مربوط می شود. اینکه اینها تحلیل وضعیت موجود است و برای یک سری از مباحثی که مطرح شد هم شواهد ارائه گردید. بعد از تحلیل وضعیت موجود سوالاتی که آقای دکتر مبارکی فرمودند که چقدر به نیروی پزشکی و یا پرسنل بخش های دیگر بهداشت و درمان نیاز داریم، این را من دوست دارم با توجه به تجربیات دکتر صالحی بدانم که کشورهای دیگر در این زمینه چه اقداماتی انجام داده اند. نکته دیگر از آقای دکتر مبارکی هم اینکه پیش بینی آینده چه چیزی است، آیا ما بعد از ۳ سال مطالعه فعلا به اینها جواب نداده ایم و بعد از چند سال می توانیم بگوییم که نیازهای نیروی انسانی بخش های مختلف بخش سلامت چیست؟

پاسخ سخنران

من مثل شما فقط احساس مسئولیت کردم که در حوزه نیروی انسانی باید اتفاقاتی بیفتد. بستر آن کاملا ناشناخته است و کار بسیار سختی است و اولش هم بحث فرهنگ سازی است. جواب بعضی از سوالات هم براحتی قابل پاسخگویی نیست. ما فارغ از نقش تاثیرگذار سایر دستگاهها نیستیم و به آن کاملا اعتقاد داریم. در حوزه نیروی انسانی هم اگر دقت کرده باشید، کشور به این سمت کشیده شده است و حرکتی که انجام می دهیم، بخش اعظمی از آن فرهنگ سازی است. یکی از مهمترین اهداف من این بوده است که جایگاه نیروی انسانی نسبت به گذشته بهبود یابد ولی اگر به محیط اجرای وزارتخانه حوزه منابع انسانی بیاید متوجه می شوید که چقدر سخت است. من طبقه دهم هستم. پنجاه و

اندی دانشگاه داریم. در کنار من دفتر بودجه است. خود دکتر بداخشان هم از کسانی بودند که مدام در رفت و آمد بودند. اگر افراد ۱۰۰ بار به وزارتخانه بیایند، یک بار نمایاند پیش مدیر کل منابع انسانی که در خصوص مشکلات حرفی بزنند. همه کسانی که در اجرا هستند بیایند و ببینند، آنهایی که دانشجو هستند کنار گود نشسته اند، من خودم هم دانشجو بودم. همه اینها را میدانم و قبول دارم. جمع کردن افراد در سطح کارشناسی راحت است ولی محصول سطح کارشناسی را به فرایند مدیریتی انتقال دادن کار ساده ای نیست. کار ماشینی نیست که چند تا غلطک در کنار هم قرار دهم و تمام شود. فرهنگ ما باید مقداری تغییر کند. لذا به نقش دستگاهها و سایر سازمانها کاملا مشرف هستیم و اعتقاد داریم. در بحث دیده شدن نیروهای غیر بهداشت درمانی یا بهداشت درمانی در کجای سند دیده می- شوند و چگونه ارتقا می یابند، ما یک سری بحث های سیاستی کلان داریم و در کنار آن هم یک سری بحث ها داریم. در واقع من ابعاد کنگره سند را با موارد مختلف آن توضیح دادم. مداخلاتی که باید اتفاق بیفتد که ممکن است یک آیین نامه باشد و ممکن است یک دستورالعمل باشد که بتواند اثرگذاریش را بگذارد. بحثی که آقای دکتر در مورد آیین نامه غیراستخدامی اصلاح شد گفتند، اگر شکل بحث های کلان سیاستی و بحث راهبردها و بعد بحث مداخلات مشخص نکرده بودیم شاید به این زودیها به اصلاح آیین نامه غیر استخدامی نمی رسیدیم. قبلا خیلی از چیزها مشخص و روشن بوده تا ما به نتیجه رسیدیم. در یک کار علمی ممکن است خیلی از چیزها روشن باشد ولی تا تحقیق و مطالعه نکرده باشیم و از یک متدولوژی خوب برخوردار نباشد کسی کار ما را قبول نمیکند. اگر چیزی را به عنوان یک فرض قبول داشته باشیم تا تحقیقی روی آن انجام نشود و ثابت نشود دفاعی روی آن نداریم. گفتند سند باید توجیهاتش در ساختار دیده شود، ما اینها را دیده- ایم، بحث منابع انسانی محور است و اطراف آن ساختار و تشکیلات و نظام ها در همه زمینه ها وجود دارد. فقط چیزی که ممکن است برای شما یا دوستان عزیز کمی ابهام ایجاد نماید این است که خروجی قابل لمس آن چه بوده است؟ اینکه چند سال دیگر مشخص میشود، نیروهای مورد نیاز چند نفر است. سندی که دکتر صالحی مسئول ان است دقیقا به همین برمیگردد. اینکه حداقل رویکرد ما در تنظیم سند تقاضا یک رویکرد ۱۰ ساله است و مدلی که انتخاب کرده ایم هم در سازمان جهانی بهداشت تایید شده است و در نظام های

سلامت بهترین خروجی را داشته است. اینکه چه معیارهایی و چه تکنولوژی هایی در آینده خواهد داشت، رویکرد وزارت بهداشت در سیاستهای کلان درمانی کشور به کدام سمت خواهد بود همه اینها در تنظیم آن سند تاثیر میگذارد. مگر میشود بدون در نظر گرفتن این پارامترهای تاثیرگذار در آن مدل بتوانیم عدد استخراج کنیم و یا فرمولی بگذاریم که بخواهد جواب ما را به درستی بدهد. ما هیچوقت نمی توانیم به عنوان یک محقق ادعا کنیم که رویکرد تحلیلات ۱۰ ساله اقتصادی کشور را دقیق می دانیم. همیشه تخمین و برآورد است و این اتفاقات در حوزه ما و در مدلی که در مرکز تحقیقات سلامت در حال انجام است، انجام خواهد گرفت.

در بحث محیط داخلی و خارجی که گفتید، چیزی که برای ما مهم این است که ما باید اول خودمان را درست کنیم. ما در بحث درون سازمان نیاز به همفکری داریم. نیاز داریم که این اتفاق به عنوان یک فرهنگ و باور اتفاق بیفتد و حداقل knowledge را در بین مدیران پیروانیم. من هنوز به سختی می توانم از ۵۵ مدیر در حوزه نیروی انسانی ۲۰ درصد پیدا کنم که با من همراه شده باشند. آنجا که محیط این مشکلات را دارد، مطمئنا فارغ از محیط خارج نیستیم و در سند تقاضا هم این قصه کاملا تاثیر خودش را خواهد گذاشت.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- چند تا مطلب بود یکی به توسعه یافتگی در نظام نگهداشت نیروی انسانی اشاره نشده است چه در خود سند و چه در صحبت ها، و مورد دیگر ما مدام به این سمت رفته ایم که برآورد کنیم احتمالا چقدر نیاز داریم، ولی مکانیسم بازار را در عرضه و تقاضای نیروی انسانی کمرنگ دیدم که موضوع خیلی مهمی است و میتواند خیلی موثر باشد. اگرچه بعضی قسمت ها دست ما نیست که بخواهید تغییر دهید. من یک چیز را در حوزه منابع انسانی مهم می دانستم. یکی در نظر گرفتن توسعه یافتگی منطقه ای، دوم تاکید روی عامل بازار عرضه و تقاضا که این را هم من کمرنگ تر دیدم.
- همه حرفهایی که زده شد چه مسایلی که آقای دکتر مطرح کردند و چه سوالاتی که دوستان اشاره کردند یک کلمه فقط به ذهن متبادر میشود. Complexity یعنی با انواع و اقسامی از مسایل و مشکلات در سطوح مختلف مواجه هستیم. برای این باید چه کنیم؟

متدولوژی پرداختن به Complexity چگونه است؟ آیا point solution ها است؟ باید مشکل استان را موردی حل کنم و جواب آقای دکتر را موردی بدهم و حل کنم و یا میتوانم کار دیگری انجام دهم؟ ما اولین کاری که کردیم این بود که گفتیم point solution نمیخواهیم. به این دلیل که تعداد سوالات و مشکلات بی نهایت است و اینها همه رویهم اثر میگذارد و ما بدنبال system solution برویم. این رویکرد اولی بود که ما در تدوین سند داشتیم. همه دنیا هم برای پرداختن به پیچیدگیها از همین مسیر می-روند. یعنی متدولوژی‌هایی برای پرداختن به پیچیدگی است. باید در ابتدا یک ذهنیت کلی را درست می کردیم. در نتیجه الگوی نوین منابع انسانی از نظر ما یک تئوری است. یک مورد پیاده شدنی ملموس نیست. یک ذهنیت است. چرا؟ با این دلیل که ما دردی را حس می کردیم و نارضایتی ای داشتیم که بر اساس آن گفتیم که باید چه اتفاقی بیفتد که وضعیت بهتر شود و ما با مطالعه و پژوهش به آن رسیده ایم. حالا میخواهیم بگوییم که نگاه ما به پیاده سازی به دو نحو می تواند باشد و نتایج آن متفاوت است. آنچیزی که متأسفانه غالب است، این است که برنامه یا مداخله جدا از پیاده سازی تصور می شود. یعنی ما فکر می کنیم که واقعیتی به نام برنامه وجود دارد که بر مبنای شواهد است و بعد باید پیاده شود و باید کاری کنیم که آنها اجرا شوند، این یک جور نگاه است که با از نظر من با دنیای واقعی منطبق نیست. دنیای واقعی داکيومنت-هایی که ما کشف کردیم نیست. کما اینکه میبینیم که چیزهایی که ارائه میشود چندین مطلب دیگر روی آن میآید و همه مسایل را زیر سوال می برد. ما باید بینیم که این یک concept است و برای پیاده کردنش باید با آن به جلو برویم. الان نقطه کانونی که برای جلو رفتن لازم است روی آن کار شود این است که ما چگونه متولی را متولی کنیم. مگر می شود متولی نظام سلامت کشور نسبت به منابع انسانی کشور بی توجه باشد. موسسه ملی تحقیقات سلامت کشور، و بقیه اندیشمندان که در اینجا هستند و مراکز باید همگی باید مساله را حل کنیم. و آن این است که چگونه باید متولی را متوجه این نکته کنیم که الان متولی نیست و فقط اسمش متولی است و گرنه باید به مثلاً این مسایل پردازد. ما وقتی در این زمینه جلو برویم و بعد چالش بعدی و سپس چالش بعدی و به همین صورت، مابین آن میتوانیم از آن کارهایی که دکتر مبارکی گفتند استفاده کنیم.

یعنی جایی که فرصت است آیین نامه استخدامی را درست کنیم و مساله ای را حل کنیم. اینکه ما فکر کنیم سند جامع به یک سری آیتم‌های ریز اجرائی و عملیاتی تبدیل شده و بعدا بخواهیم دانه دانه اجرائی شود، این تفکر اصلا در دنیای واقعی تحقق یافتنی نیست. ما باید با CONCEPT نوین منابع انسانی جلو رفته و تک تک چالشهایی که با آنها مواجه هستیم، برخورد کنیم و به صورت داینامیک حل کنیم. چه بسا در طول زمان بر اساس آن مکانیزم رصد مسائلی اتفاق می افتد که اصلا فکرش را نمی کردیم.

پاسخ آقای دکتر صالحی

بحث ها و سوالات دوستان بسیار اساسی است و پاسخ دهی به آنها هم زمانبر است. ابتدا از جایی شروع میکنم که آقای دکتر توفیقی سوال کردند، به هر حال برنامه‌های این اولین سندی که تهیه می‌شود یک national master plan است و بعدا بخش‌های دیگر به تبع این حاصل شود و دربیاید. بالطبع یکی از عوامل بسیار موثر pool an push factor هاست. چراکه در یک منطقه فقیر افراد نمیدانند از بازاری به بازار دیگر حرکت کنند، شناختن و interaction های عوامل و سیگنالهای هر بازار هم به طور جدی مطالعه می‌شود و به هر حال بحث سند عرضه و تقاضا، بحث اقتصاد منابع انسانی است و در مجموعه ما هم تا حدی جدید است. دوستی به نیروهای پشتیبانی و نیروهای بهداشت و درمان اشاره کردند که عموما در سیستم های بهداشتی و درمانی برای support staff عموما نیرو همیشه بیشتر از حد مورد نیاز در دسترس است. کفایت این گپ را درست طراحی کنید و با نرم مناسبی از کیفیت وارد سیستم نمایید. سازمان هم بالطبع تغییراتی که در player هاش انجام می‌شود قطعاً شکل و شمایل متناسبی پیدا خواهد کرد و آن چیزی را که به عنوان تغییرات سازمانی یا تغییرات تشکیلاتی است همه اینها کند است چون شما در بخش عمومی کار میکنید. منطق بخش عمومی روشن است و صاحبانش به شدت متغیرند و تصمیمات از مسیرها از دستگاه، دولت و مجلس و... عبور میکند. بنابراین واقعیت محیطی که در آن کار میکنید هم پیچیدگی آن قابل درک است و هم کندی این حرکت‌ها. نکته بعدی در جواب دوستان، باید کمی واقع بین بود. فرضیات و مدل‌های مفهومی در ذهن ما هستند. ولی این واقعیت است که ما را به اقدام مجبور میکند و اقدام کننده‌ها هم حوصله نمی کنند. ما فقط

میخواهیم leading document برای آنها طراحی کنیم و حدود و ثغور این حرکت را که خیلی از مرزها خارج نشویم. مقاله‌ای آقای صالحی اصفهانی دارند راجع به عرضه و تقاضای نیروی انسانی در ایران است که من خواهش میکنم دوستان مطالعه بفرمایند و در قسمتی هم بحث عوامل فرهنگی دارد که دو تا پروفسور به نامهای جاویدان و دستمالچیان، اینها کار قشنگی روی بحث فرهنگ و بالاخص در بخش منابع انسانی انجام داده‌اند و خیلی از سوالات را جواب میدهد و آخرین نکته هم در مورد جوامع دیگر، باید در مطالعات دنبال آن بروید که اگر من بخواهم صحبت کنم چندین ساعت به طول خواهد انجامید.

جمع بندی

به هر حال در تجربه ای در نگارش برنامه‌های ۵ ساله کشور در حوزه بهداشت دیدم، حدود یکسال نوشتن برنامه ۵ ساله طول می کشد. اگر با همین دید جلو برویم برنامه ۲۵ ساله بخواهیم بنویسیم ۵ سال زمان مطالعاتی طی خواهد شد. نمی خواهیم زیاد این عدد را هایلایت کنیم و از آن استفاده کنیم ولی پیچیدگی‌های بحث پیش بینی دراز مدت خیلی زیاد خواهد شد. نکته معترضه دیگر، من با اهمیت concept کاملاً موافقم و نگاه مفهومی به موضوع و غیره، اینها همه اش فوق العاده متین هستند ولی دقت کنید که سیستم نظام سلامت ما اهرم کنترلی خاصی برای رفتار ندارد. چرا یک استاد، می‌تواند یک دانشکده تاسیس کند، این چه منفعتی برای او دارد. خرج ساخت را دولت می‌دهد. دانشجو، با بودجه دولت از طریق کنکور نعن می‌شود. حقوق هیئت علمی اش را دولت میدهد. شما هیچ مکانیسم بازار آزاد عرضه و تقاضایی برای کنترل ندارید. تمام چیزها تدوین شده است. گروه ما ظرفیت PHD دانشگاه را بالا ببرد چه اتفاقی می افتد؟ پر میشود و نیروی انسانی هم بخواهیم حقوقش را کسی دیگر میدهد. یعنی اصلاً به performance ما ارتباطی ندارد. یعنی سیستمی نداریم که در آن اگر گروه یا دپارتمانی از ما بد عمل کند، این دپارتمان به علت نداشتن دانشجو ورشکست شود. اتفاقی که در انگلستان می‌افتاد. در دوران تحصیل ما دپارتمانی به علت داشتن دانشجو بسته شد. چون دانشجو میخواهد پول بدهد و حساب کتاب میکند که آیا در این دپارتمان با این اساتید و شرایط ارزش دارد ثبت نام کند یا نه! در کشور ما این اتفاق نمی افتد. همین معضل را در بحث نیروی استخدامی

داریم. در شرایطی که نظام سلامت ما اینگونه کار میکند که البته من موافق ورود نظام بازار در این تصمیم گیری ها نیستم در عین حال که concept باید گسترش پیدا کند ولی لازمه دیگر آن این است که از طرف دیگر هم یکی از نقش های تولیتی، بعضی از تصمیم گیری ها را باید محدود کرد و بالانس این جنبه های مختلف در کنار هم مهم می شود. برای تدوین این اسناد و هم در عملیاتی کردن و به هدف رساندن نظام سلامت چالش های جدی ای وجود دارد. آرزوی توفیق برای بزرگواران و همکاران دارم و همینکه اگر کاری از موسسه بریاید، با کمال میل در خدمت هستیم و عزیزان دیگر راهم تشویق میکنم که بحث های نظام سلامت را به عنوان اولویت جدی ای که در آن بحث ارزیابی و درک بهتر موضوعات نیروی انسانی در آن اهمیت دارد پیش بروند و اگر در بین ما عزیزانی هستند که فکر میکنند این میتواند مسیری برای آینده آنها باشد من قول می دهم حیطه ای است که می تواند سالها برای شما دارای افکار و ایده های جدید داشته و و منافع زیادی برای نظام سلامت در آن نهفته است.

نهمین نشست تخصصی مشترک

راهنماهای بالینی

چالشها و راهکارها

سخنران

دکتر آرمین شیروانی

رئیس اداره استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۲/۲/۲۴

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر علی رضا اولیایی منش ، مدیر کل دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

دکتر عباس وثوق مقدم ، هماهنگ کننده برنامه های توسعه ، دبیرخانه شورای سیاست گذاری

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، عضو هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر وثوق مقدم، دکتر داوودی، دکتر سالاریان زاده، دکتر نیک پژوه، دکتر صداقت، دکتر رستمی، دکتر صادقی، دکتر ابوالحسنی، دکتر سالاری

متن سخنرانی

مقدمه

در این جلسه سعی می‌کنیم که به جزئیات روش کارهایی که انجام می‌دهیم نپردازیم؛ اگرچه در بحث‌های بعدی می‌توانیم در مورد فرایندهای متدولوژیک هم بحث کنیم؛ و بهتر است بر روی یک سری مسائل پایه و مفهومی^۱ که معمولاً مغفول می‌ماند تمرکز کنیم که شامل سه حیطه کلی می‌باشد:

۱. راهنماهای بالینی، جایگاه و مفهوم آنها چیست و این مفهوم را چگونه می‌توانیم

در فرایند تدوین و اجرای آنها لحاظ کنیم؟

۲. در حال حاضر با چه چالش‌هایی مواجه هستیم؟

۳. به‌طور عام، چه راهکارهایی می‌توان برای آن در نظر گرفت؟

با تعریفی از راهنمای بالینی که بیشتر اسناد بر روی آن اتفاق نظر دارند، شروع می‌کنیم.

طبق تعریف، راهنمای طبابت بالینی عبارتست از:

مجموعه توصیه‌های بالینی، که بر اساس شواهد پژوهشی، به صورت نظام‌مند تدوین شده-

اند؛ و به پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات بالینی در تصمیم‌گیری‌های بالینی کمک می-

کنند.

تعریف ارائه شده چند جنبه مهم دارد که می‌تواند خط مشی کلی در مورد تدوین و به

کارگیری راهکارهای بالینی را مشخص کند: اول اینکه راهنماهای بالینی شامل مجموعه‌ای

از توصیه‌های بالینی هستند و تشریح کل فرایند تشخیص و درمان بر عهده آنها نمی‌باشد.

نکته دوم این است که راهنماهای بالینی ابزاری برای کمک به تصمیم‌گیری هستند، بنابراین

لازم است ابتدا مواردی که پزشکان برای تصمیم‌گیری نیازمند کمک هستند مشخص

گردد و سپس راهنمای بالینی تدوین گردد. نکته سوم، فرایند تدوین نظام‌مند و مبتنی بر

^۱. Conceptual

شواهد^۱ است. توصیه‌های راهنماهای بالینی باید بر پایه شواهد پژوهشی معتبر بالینی و با در نظر گرفتن شرایط بومی تدوین شوند.

این‌ها مفاهیمی هستند که نیاز به بحث دارند. در مکان‌های مختلف برای دستیابی به این مفاهیم از روش‌های^۲ مختلفی استفاده شده است. انگلستان و طب ملی آن (NHS^۳) در این روش‌ها پیشگام بودند و پس از آن، کشورهایی مانند استرالیا، نیوزلند و آمریکا بودند که هر کدام روش‌های خاص خود را دارند.

در روش‌هایی که در کشورهای مختلف برای توسعه‌ی راهنماها^۴ استفاده شده است، این مفاهیم، تقریباً در همه آن‌ها رعایت می‌شود. و بهتر است که ما هم با هر روشی که پیش می‌رویم، این مفاهیم را در نظر داشته باشیم؛ به خصوص در حال حاضر که بحث راهنماهای بالینی بسیار مهم شده است. در سطح وزارت بهداشت، مراکز مختلفی در معاونت‌ها و دانشگاه‌ها این کار را شروع کرده‌اند. گاهی تفاوت‌هایی در روش‌ها دیده می‌شود که البته این موضوع مشکلی ندارد ولی بهتر است که همه آن‌ها بر روی یک سری مفاهیم مشترک تمرکز کنند.

به هنگام تدوین راهنمای بالینی دقیقاً آن آجرهایی را که می‌خواهیم بر روی هم بگذاریم یک سری توصیه‌ها می‌باشد؛ این توصیه‌ها در حقیقت، توصیه‌های بالینی^۵ هستند، که ساختار و سازوکار مشخص و ویژگی‌های مخصوصی دارند؛ که این ویژگی‌ها بسیار شبیه آن بخش از پزشکی مبتنی بر شواهد^۶ است که در طراحی سوالات PICO^۷ مطرح می‌شود. در حقیقت توصیه‌های بالینی عبارت است از توصیه برای یک اقدام مشخص، در یک محیط مشخص و برای یک جمعیت با تعریف کاملاً مشخص. به عنوان مثال، برای بیماری که با خون ریزی داخلی به اورژانس مراجعه می‌کند، سی تی اسکن انجام شود یا خیر؟

^۱ . Evidence Based

^۲ . Methods

^۳ . National Health System

^۴ . Guidelines

^۵ . Clinical Recommendation

^۶ . Evidence based Medicine

^۷ . Patient, Intervention, Comparison, Outcome

اقدام مشخص برای یک محیط مشخص و بیمار مشخص؛ که اگر لازم باشد، به عنوان مثال، در مشخصه بیمار، ویژگی‌های خاص سنی بیمار را قرار می‌دهند. همچنین اگر لازم باشد مسأله‌ای اضافی هم تعریف کنند در ویژگی‌های بیمار تعریف می‌کنند. این تفاوتی است که در بین راهنماها وجود دارد؛ بین راهنماهای استاندارد که در سطح دنیا می‌بینیم با چیزی که به عنوان راهنما با آن مواجه می‌شویم، ولی در حقیقت راهنما نیستند.

ما تعاریف متفاوتی داریم؛ مثلاً از پروتکل‌ها؛ پروتکل‌ها دستورالعمل‌های بیمارستانی هستند که یک فرآیندی را از صفر تا صد تشریح می‌کنند و به مدیریت فرآیند کمک می‌کنند. یا اینکه الگوریتم‌ها؛ که به صورت کمک بصری^۱ به ما کمک می‌کنند که چگونه می‌توانیم یک فرآیند را از ابتدا تا انتها طی کنیم؛ یا آنچه که NICE^۲ و NHS انگلیس تحت عنوان دستورالعمل^۳ و نه راهنما^۴ منتشر می‌کند. در همه‌ی این تعاریف نکات آموزشی وجود دارد که هدایت‌کننده بوده و با راهنماها متفاوت می‌باشند. راهنما مانند دیواری است که آجرهایش همین توصیه‌ها هستند که هر چقدر تعداد این توصیه‌ها بیشتر باشد، این دیوار بلندتر می‌شود. معمولاً ارتباط بین توصیه‌ها، ترتیب و چگونگی انجام‌شان، در راهنماها قابل مشاهده نمی‌باشد؛ و تنها اگر زمان‌بندی این توصیه‌ها جزء ویژگی‌های جمعیت باشد، قابل رویت است. به عنوان مثال، برای بیماری که با سکتة مغزی^۵ حاد مراجعه می‌کند ظرف ۳ تا ۴/۵ ساعت در مورد آن بحث وجود دارد. اگر rt-PA^۶ به آن اضافه کنیم خوب است و در غیر این صورت فایده‌ای ندارد؛ یعنی اینکه جمعیت خود را با بیمار سکتة مغزی تا ۴/۵ ساعت تعریف می‌کنیم؛ بعد از ۴/۵ ساعت سکتة مغزی جز ویژگی‌های جمعیت نمی‌باشد، بنابراین، اگر ویژگی زمانی جز اندیکاسیون یک اقدام باشد زمان‌بندی تعریف می‌شود، غیر از آن زمان‌بندی را در راهنماها تعریف نمی‌کنیم. معمولاً در راهنماها خدمات را

^۱ . Visual Aid

^۲ . National Institute for Health and Care Excellence

^۳ . Guidance

^۴ . Guideline

^۵ . Stroke

^۶ . recombinant tissue-type Plasminogen Activator

تشریح نمی‌کنیم؛ در واقع استاندارد رویه‌ها و روش‌ها (SOP^۱) جزء راهنماها نیستند. این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که این توصیه‌ها در حقیقت جملاتی هستند که دقیقا بر روی گره‌های تصمیم‌گیری^۲ قرار می‌گیرند. در فرایند مدیریت بیمار یک سری اقدامات روتین وجود دارد. از ابتدایی که بیمار وارد بخش، بیمارستان یا درمانگاه می‌شود یکسری اقدامات را باید انجام دهیم، که این اقدامات معمولا روتین هستند و باید انجام شوند مثل شرح حال گرفتن، معاینه بالینی، ثبت اطلاعات و... اما در بعضی موارد ما با گره تصمیم‌گیری مواجه هستیم؛ یعنی بر سر چندراهی قرار می‌گیریم. به عنوان مثال، بیماری به بیمارستان مراجعه کرده است و مشکوک به آپاندیسیت است؛ آیا ابتدا سونوگرافی انجام داده و پس از تایید، عمل جراحی را انجام دهیم یا بیمار را مستقیما به اتاق عمل ببریم؟ این یک گره تصمیم‌گیری است، یعنی جایی که باید تصمیم گرفت. توصیه‌های راهنماها دقیقا بر روی این نوع گره‌های تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند. بنابراین مراحل را که بین این گره-های تصمیم‌گیری هستند، پوشش نمی‌دهد؛ و این مراحل توسط پروتکل‌ها، دستورالعمل‌ها و الگوریتم‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرد. راهنماها ابزارهایی هستند که دقیقا در حوزه تصمیم‌گیری به ما کمک می‌کنند. این نوع تقسیم‌بندی‌ها کارهایی نیستند که حالت لوکس داشته باشد چون کاملا با هدف خاص طراحی شده‌اند و به‌طور دقیق مشخص کرده‌اند که از چه محصولی برای چه هدفی استفاده شود. به عنوان مثال، برای مدیریت یک فرایند در بخش، از راهنماها استفاده نمی‌کنند. بلکه از آن برای نقد تصمیم‌گیری پزشک استفاده می‌شود و این‌ها با هم فرق می‌کند.

هم در فرایند تدوین راهنماها، هم در اجرا و هم در فرایند نظارت بر عملکرد، ما بر اساس راهنماها دقیقا می‌دانیم که بر روی چه چیزی کار کنیم؛ و آن گره‌های تصمیم‌گیری است؛ یعنی جاهایی که پزشکان برای تصمیم‌گیری به کمک نیاز دارند.

اما پزشکان چه زمانی به کمک نیاز دارند؟ قطعا برای آنچه که به صورت شفاف و واضح در دوران آموزش یاد می‌گیرند و در کتاب‌هایشان به‌طور مستقیم به آن اشاره شده است و

^۱ . Standard Of Procedures

^۲ . Decision Node

هیچ بحثی بر روی آن وجود ندارد، نیازمند راهنمایی نیستند. به عنوان مثال، چگونگی معاینه بیماری که با درد شکم حاد مراجعه می‌کند؛ به راهنما نیاز ندارد. ولی اینکه پزشک چه تصمیمی بگیرد دقیقاً جزء راهنما می‌باشد. بنابراین، اگر بخواهید برای بیماران دیابتی راهنما بنویسید، ابتدا باید جاهایی را که پزشکان نیاز به تصمیم‌گیری دارند، مشخص کنیم و بعد برای هر کدام از این‌ها توصیه‌ها را بنویسیم. مجموع این توصیه‌ها تبدیل به راهنما می‌شود.

آیا کمک به تصمیم‌گیری به این معناست که پزشکان به آموزش نیاز دارند، یا بحث دیگری مطرح است؟ هرچند که منافاتی با اینکه از راهنماها در آموزش استفاده کنیم وجود ندارد اما راهنماها هدف آموزشی ندارد؛ یعنی فرض می‌کنیم پزشکان ما، پزشکان آموزش دیده‌ای هستند ولی باز برای تصمیم‌گیری به کمک نیاز دارند.

بحث دیگری که مطرح می‌شود، مبتنی بر شواهد بودن راهنماها است. شواهد پژوهشی بالینی معمولاً اسناد علمی هستند که می‌توانند به ما کمک کنند، که بینیم آیا اقدامی که انجام می‌دهیم، اقدام درستی است یا خیر؟ و اینکه چقدر این اقدام درست است؟ به عبارت دیگر، ابزاری هستند که بتوانیم تصمیمات و اقدامات خود را بر اساس آن‌ها اندازه‌گیری کنیم. به عنوان مثال، زمانی که برای اندازه‌گیری مناسب بودن اندازه‌های لباس در خیاطی از متر استفاده می‌کنیم؛ این متر یک سری اعداد و ارقام ارائه می‌دهد که شما می‌توانید عرض و شانه لباس و ... را تشخیص دهید. مشابه این اعداد و ارقام که ما برای ارزیابی اقدامات مان استفاده می‌کنیم، اعداد و ارقامی وجود که از مطالعات پژوهشی به دست می‌آیند. بنابراین زمانی که در مورد راهنماها صحبت می‌کنیم، می‌بایستی مبتنی بر شواهد باشد؛ یعنی باید بر اساس یک سری اسناد معتبر پژوهشی باشد که ابزاری برای اندازه‌گیری و ارزش‌گذاری در اختیار ما قرار دهند. این ارزش‌گذاری هم در فرایند تدوین و هم در بحث اجرا و نظارت به کار می‌آید.

ویژگی‌های تصمیم‌گیری بالینی

تصمیم‌گیری بالینی فرایندی است که چند فاکتور در آن نقش بازی می‌کند و تصمیمی هم که در نهایت گرفته می‌شود چند عاملی^۱ می‌باشد. اصولاً تصمیم‌گیری یعنی انتخاب بهترین راه حل برای مساله و مشکلی که با آن مواجه هستیم. در فرایند تصمیم‌گیری بالینی بایستی به چند نکته توجه داشت:

نحوه طرح مساله چگونه است؟ یعنی ما برای چه چیزی یا چه مساله‌ای تصمیم می‌گیریم. این طرح مساله باید بتواند گزینه‌های موجود را پوشش دهد. زمانی که با یک مساله روبرو می‌شویم و پزشکان به کمک ما نیاز دارند، و برای حل این مشکل چند گزینه پیش رو داریم که نمی‌توانیم صرفاً از طریق اطلاعاتی که از کتاب‌ها و مقالات به دست می‌آید و یا در طی دوران آموزش یاد گرفته‌ایم، به آن‌ها پاسخ دهیم، برای اینکه بتوانیم گزینه‌هایمان را تحلیل و نقد کرده و با هم مقایسه کنیم نیازمند طرح مساله و تصمیم‌گیری هستیم. به عنوان مثال، فرض کنید اگر در آژادراه‌ها یک ورودی را اشتباه برویم، چه می‌کنیم؟ مجبوریم به راه ادامه دهیم حتی اگر مسیر اشتباه باشد. این یعنی اینکه وقتی ما یک گزینه داریم تصمیم‌گیری معنایی ندارد. بنابراین، تصمیم‌گیری اصولاً زمانی معنا پیدا می‌کند، که ما بیش از یک گزینه داشته باشیم. اصل فرایند تصمیم‌گیری این است که ما بتوانیم گزینه‌هایمان را با هم مقایسه و نقد کنیم.

برای اینکه بتوانیم گزینه‌هایمان را خوب با هم مقایسه کنیم، توجه به چند نکته مهم است:

۱- هر کدام از این گزینه‌ها چه پیامدهایی دارند؟ یعنی اولاً آن مشکل یا مساله چه پیامدی دارد و ثانیاً گزینه‌هایمان چه پیامدهایی دارند؟

۲- ما چگونه می‌توانیم بر اساس اطلاعاتی که داریم، مثلاً شواهد پژوهشی که در اختیار داریم، این پیامدها را نقد و تحلیل کنیم.

معمولاً اقداماتی که انجام می‌دهیم چند پیامد دارد؛ و مطالعات پژوهشی که انجام می‌دهیم باید بتوانند روی این پیامدها تمرکز کنند؛ و پس از آن، باید بدانیم که معیارهایمان در انتخاب بهترین گزینه چیست. اولاً، فرایند نقد گزینه‌ها یک فرایند تک معیاری نیست، به

^۱ . Multi-Factorial

این دلیل که معمولا با یک پیامد مواجه نیستیم. حیطة دومی که در مقایسه گزینه ها باید لحاظ کنیم، چیزی غیر از هزینه بالینی است؛ به عنوان مثال، اثربخشی و عوارض داروها. می توان بین این معیارها توازن برقرار کرد. بنابراین ما باید در فرایند تصمیم گیری چنین مسیری را طی کنیم که به هیچ وجه وظیفه‌ی یک پزشک نیست و فلسفه وجودی چیزهایی مثل راهنماها از اینجا نشات می گیرد. بنابراین حتی اگر پزشک هم کاملا باسواد باشد، طی این مسیر تصمیم گیری یک فرایند زمان بر است و نیاز به بررسی فاکتورهای متعددی دارد و نیازمند یک کار تیمی می باشد. چنین مسائلی باعث می شود که راهنمای بالینی به عنوان یک ابزار مهم در فرایند طبابت بالینی بروز کند. در پیاده سازی راهنماها هم باید به این مسائل توجه کرده و آنها را لحاظ کنیم؛ به این معنا که، زمانی که می خواهیم یک راهنمای بالینی را پیاده کنیم باید مشخص کنیم که چگونه آن را باید به گروه هدفمان ارائه کنیم. ابتدا باید گروه هدفمان را به خوبی شناسایی کنیم، و سپس تصمیم بگیریم که چگونه آن را ارائه کنیم. یعنی باید فرایند را از زمانی که راهنماها را به صورت دستورالعمل به پزشک ارائه می دهیم، تشریح کنیم و توضیح دهیم که در هر مرحله چه اقدامی انجام دهد و جزئیات را به طور کامل برای وی تشریح کنیم که می تواند به صورت الگوریتم و یا پروتکل باشد. فرایندهای ممیزی بالینی^۱ همانند راهنماهای بالینی این قابلیت را دارند که آنها را بر روی گره های تصمیم گیری سوار کنیم. نقش راهنما بعنوان سند قانونی نیز کاملا کمک کننده است؛ البته در خیلی از مواقع مسائل قانونی به واسطه تصمیمی است که اتخاذ می شود نه اینکه فرد توانایی انجام کار را نداشته است؛ و چون راهنما حالت بند بند دارد یعنی می توانیم بگوییم این جمله، به عنوان سند می باشد و بقیه جمله علمی است و کاملا از همدیگر متمایزند. بنابراین می توانیم بگوییم وقتی یک راهنما ۲۰ توصیه دارد یعنی ۲۰ بند قانونی در این زمینه وجود دارد. بر اساس راهنما، وقتی فردی از پزشک شکایت کرد که چرا برای من فلان اقدام را انجام نداده است؟ می تواند بگوید طبق این توصیه اینجا نوشته شده است که برای این دسته از بیماران این اقدام توصیه نمی شود یعنی اگر پزشک اقدامی را انجام نداد و بیمار دچار عارضه شد، مقصر نمی باشد.

^۱ . Clinical Audit

معیارهای نظارت بر عملکرد هم دقیقاً به همین صورت عمل می‌کنند. به عنوان مثال، در ممیزی بالینی زمانی که می‌خواهیم بر عملکرد نظارت کنیم کاملاً مشخص است که بر اساس چه معیارهایی نظارت می‌کنیم. زمانی که یک دستورالعمل یا کتابچه‌ی راهنما را در اختیار مراجع قانونی یا مراجع نظارتی قرار می‌دهید باید مشخص شود که کدام جمله حالت نظارتی دارد؟ چگونه بر اساس آن، نظارت صورت می‌گیرد؟ چه شاخصی برای نظارت وجود دارد؟ و در بیمارستان چه چیزی را اندازه بگیریم که شاخص ارزیابی عملکرد باشد؟ به عنوان مثال، اگر شخصی شاخص مرگ و میر را اندازه گیری کند، آیا با توجه به این راهنما شاخصی برای ارزیابی عملکرد وی وجود دارد یا خیر؟ یا اگر پزشک دارویی را تجویز کرد، آیا شاخصی برای ارزیابی عملکردش وجود دارد؟ همه‌ی این‌ها چیزهایی هستند که باید کاملاً توسط راهنماها مشخص شوند. از راهنماها برای تدوین استراتژی خرید خدمت هم می‌توان استفاده کرد. روش‌های مختلفی برای خرید خدمات وجود دارد که می‌تواند به صورت گلوبال، گروه‌های تشخیصی^۱، کارانه^۲ و ... باشد؛ که راهنماها می‌توانند برای تعیین بسته دقیق آن بسیار کمک‌کننده باشند. به عنوان مثال، اگر بخواهیم برای آپاندیسیت به شکل گروه‌های تشخیصی خرید خدمت کنیم؛ اینکه چه اقدامات تشخیصی باید انجام شود یا چه چیزهایی باید لحاظ شود تا بتوانیم قیمت تمام شده را محاسبه کنیم، همان چیزی است که از درون راهنماها استخراج می‌شود. بنابراین باید این قابلیت را داشته باشند که به استراتژی‌های خرید خدمت یا سایر استراتژی‌های مورد نیاز تبدیل شوند.

یکی از چالش‌هایی که تا به حال با آن‌ها مواجه بوده‌ایم این است که ما دانش و نگرش کاملاً جامعی در زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و طبابت مبتنی بر شواهد، که متناسب با نیازهایمان باشد، نداریم. مطالعاتی هم که در این زمینه صورت گرفته است، اغلب روی موارد تئوریک تمرکز کرده‌اند، و زنجیره‌ای که آن را عملیاتی کند، وجود ندارد. همچنین نگرش آنان هم نگرشی نیست که بتواند مشکلی را حل کند. به همین دلایل شکافی بین دانش تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و بحث نوشتن راهنماها ایجاد شده است.

^۱ . Diagnosis Related Groups

^۲ . Fee For Service

نکته سوم اینکه منابع علمی که در اختیار داریم، به روز^۱ نیستند. بنابراین، مشکل ما در نگرش مان است، مشکل ما این است که نمی‌دانیم تصمیم‌گیری‌های بالینی باید چگونه باشند. آیا واقعا مشکل ما این است که به روز نیستیم تا تصمیم‌گیری‌هایمان مبتنی بر شواهد باشد، که آنگاه ما را به سمت مبتنی بر شواهد بودن ببرند؟ بحث پزشکی مبتنی بر شواهد، بحثی فلسفی است و منابع علمی - آموزشی به صورتی تدوین نشده‌اند که بتوانند پاسخگوی نیازهای ما باشند و با مشکلات و چالش‌های اجرایی مواجه‌ایم که نقش پررنگی دارند: بحث انگیزه ناکافی، اختصاص زمان ناکافی از جانب اعضای هیات علمی و موضوع سازماندهی از جمله‌ی این موارد است. در هیچ جای دنیا، جز ایران، راهنماها به وسیله‌ی کمیته‌های موقت^۲ و به صورت پراکنده^۳ توسط اشخاص حقیقی نوشته نمی‌شود، که این واقعا یک معضل می‌باشد. در همه جای دنیا ساختارهای مشخص و تیم‌های استقرار یافته در مکان‌های علمی مشخصی وجود دارد؛ به عنوان مثال، در انگلستان، با وجود آنکه تدوین راهنماها در اختیار موسسه NICE می‌باشد، اما سایر موسسات و دانشگاه‌ها هم با آن همکاری می‌کنند. در تمام جاهایی که راهنماها به صورت علمی نگارش می‌شوند، ساختارها و تیم‌های مشخصی دارند که برای این کار آموزش دیده‌اند. فلسفه راه‌اندازی واحدهای مدیریت دانش بالینی در دانشگاه‌ها هم همین بوده است. اگر تیم‌های مشخص، با جایگاه تعریف شده و افرادی که بطور خاص آموزش دیده‌اند، وجود نداشته باشد، راهنماهایی که نوشته می‌شوند، از نظر علمی زیر سوال می‌روند و بعدا قابلیت پیگیری و به روز شدن را ندارد و شخصی وجود ندارد که بتواند از آن دفاع کند.

از راهکارهایی که می‌توان نام برد، بحث بسترسازی می‌باشد، که اگر به خوبی انجام گیرد، منجر به پایداری طرح می‌شود. طرح مساله باید متناسب با نیازهای کشور انجام شود و بسته‌های آموزشی باید متناسب با زیرساخت‌های فکری و نیازهای بومی تدوین گردد. منظور از نیازهای بومی، زیرساخت‌های فکری اساتید و دست‌اندرکارانی است که می‌خواهیم در این زمینه آگاهشان کنیم.

^۱ . Up To Date

^۲ . Ad Hoc

^۳ . Sporadic

از دیگر راهکارهای مناسب می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. ایجاد مشوق‌های قانونی، مادی و معنوی از جمله‌ی مواردی هستند که حتما باید

جزء راهکارها باشد؛ در غیر این صورت به بن بست می‌خوریم و تجربه این را نشان داده است.

۲. ایجاد ساختار در قالب واحدهای مدیریت دانش بالینی: ساختارهای کاملا مشخص با ترکیب و جایگاه مشخص

۳. تعاملات بین بخشی (بیمه‌ها، نظام پزشکی، پزشکی قانونی و ...) که جای آن‌ها در بین راهکارها خالی می‌باشد.

۴. اصلاح قوانین و ساز و کارهای مالی

و در نهایت بهتر است به جای آنکه به صورت موردی عمل کنیم، بیایم زیرساخت‌های مورد نیاز را اصلاح کنیم و بر اساس آن جلو برویم.

جمع بندی سخنران

به‌طور خلاصه می‌توان گفت: راهنماها ابزارهای سیاست‌سازی و کمک‌کننده در سیاست‌گذاری هستند. منظور از تصمیم‌گیری بالینی نیز سیاست‌های بالینی، هم در سطح خرد و هم در سطح کلان، می‌باشد. بهتر است که ساز و کارهای سیاست‌گذاری نیز در آن لحاظ شود، و به صورت کاملا یکپارچه (علیرغم وجود تعدد افراد فعال در این زمینه) همانند کشورهای پیشرو و موفق انجام شود.

نظرات اعضای پانل

رییس جلسه: راهنماهای بالینی برای پاسخ به یک مساله به وجود می‌آیند (چرا که اگر مشکلی نباشد نیازی به راهنمای بالینی هم نیست). ۳ نوع مشکل که با راهنماهای بالینی به دنبال حل آن هستیم عبارتند از:

۱- نگرانی از عدم کفایت کیفیت خدمت ارائه شده، یعنی بیماران به درستی درمان نشوند.

۲- نگرانی از درمان‌های متفاوت توسط افراد متفاوت که توجیه این اختلافات به راحتی میسر نیست. بیمارانی با شرایط یکسان در مکان‌های مختلف درمان‌های مختلف دریافت می‌کنند. یکی از اهداف استفاده از راهنمای بالینی، تا جایی که شواهد اجازه دهد و آزادی پزشک را برطرف نکند، یکسان سازی درمان می‌باشد.

۳- بحث کارایی را در مصرف هزینه‌ها رعایت نمی‌کنیم.

اعضای پانل

- حدود دو الی سه سال قبل به دلیل ۳ موضوعی که در بالا ذکر شد، یعنی کیفیت، درمان متفاوت و هزینه، سفارش و مساله‌ای از طرف وزارت بهداشت، معاونت درمان و سطوح بالاتر مطرح شد که با بحث پزشک خانواده و نظام ارجاع هم زمان شد و آن مساله این بود که در این سیستم به دستورالعمل‌ها و راهنماها به عنوان پایه عمل^۱ (اقدام) نیاز داریم. علیرغم ضرورت‌ها و نیاز فوری که از طرف مدیران ارشد احساس می‌شد و فشار زیادی در مورد خدمات پرهزینه نظام سلامت وجود داشت، کاری که ما کردیم نگاهی به گذشته بود، و یک مطالعه مفصل انجام شد که تجزیه و تحلیل اسناد را هم در بر داشت. در بررسی‌ها به این نکته توجه کردیم که در زمینه راهنماها تا به حال چه کاری انجام داده‌ایم؟ کجا بوده‌ایم؟ کجا هستیم؟ چرا پیشرفتمان به اندازه کافی نبوده است؟ و به هر جهت با توجه به تجربیات گذشته، برای آینده چه برنامه‌ای باید داشته باشیم؟ آن چیزی که در این نگاه‌ها و بررسی تجارب گذشته فقدان آن احساس می‌-

^۱ . Practice Base

شد، چه در سطح دانشگاهی و چه غیر از آن، این بود که نگاه سیستمی به این مساله وجود نداشته است؛ به عنوان مثال، هنگامی که با یک مشکل روبرو می‌شوند؛ اگر در بحث درمان اختلاف سلیقه وجود دارد، تقاضای القایی و یا اتلاف منابع رخ داده است و یا حتی در بحث تولید و اجرای اسناد، نگاه سیستماتیک به آن نداشته‌اند. به همین دلیل این بار، علیرغم فشارها، سعی کردیم که نظامی را تحت عنوان سیستم مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد^۱ طراحی کنیم، که در این نظام تلاش شده است از صفر تا صد تولید و به کارگیری دیده شود. و به تک تک مراحل آن فکر شده باشد که حالا چه اقدامی انجام گیرد که ظرفیت تولید راهنما یا این گونه شواهد در کشور تولید شود و برای استقرار آن چه کاری انجام دهیم و چگونه از تجربیات گذشته درس بگیریم. طی یک بررسی که در اوایل کار انجام شد، معلوم گردید که ۱۵۰ راهنما در کشور تولید شده، ولی نه در جایی جمع شده بود، نه کسی به دنبال استقرار این مجموعه رفته بود، نه کسی آن را نقد کرده است و نه بررسی انجام گرفته که در آینده چه کاری می‌خواهیم انجام دهیم. به هر حال، کاری که ما انجام دادیم این بود که بر روی دو بال تمرکز کردیم: هم برای تولید و هم برای اجرا، باید ساختار داشته باشیم و این ساختارها باید مستمر و ماندگار باشند و در حوزه اجرا هم به کمک بسیاری از واحدها و مکانیزم‌ها برای استقرار موضوع نیاز داریم. با کمک محققین کشور این طراحی انجام شد، سفارشات را دریافت کردیم و در حوزه تولید به واحدهای مدیریت دانش یا مراکز تولید دانش رسیدیم، که تا به حال از ۱۰۰ مرکز تولید دانش که هدف برنامه بوده است، حدود ۳۵ مرکز دایر شده است. این‌ها مراکزی هستند که بجای تحقیقات اولیه، با دانش موجود کار می‌کنند و شواهد را تولید می‌کنند و امیدوار هستیم که روز به روز هم بیشتر شوند. همه‌ی دست اندر کاران آموزش دیده‌اند و پذیرفته‌اند که با یک متدولوژی واحد این کار را انجام دهند. در حوزه بکارگیری هم، با دفاتر مختلف وزارتخانه از جمله حاکمیت بالینی، دفتر مدیریت بیمارستان، دفتر نظارت و اعتباربخشی، واحدهای مرتبط با بیمه‌ها هماهنگی‌های لازم صورت گرفته است و

^۱ . Evidence Based Medicare System

همچنین جهت اتصال به نظام‌های پرداخت، نظام نوین یا نظام پرداخت کارانه را در بیمارستان‌ها بازنگری کردیم و موضوعات بکارگیری این شواهد به پرداخت‌ها متصل شده و این مسیری است که تغییر نخواهد یافت مگر اینکه به یک ساختار سیستماتیک، هم برای تولید و هم برای بکارگیری، دست پیدا کنیم. چند چالش در این مسیر وجود دارد: ما هم در حوزه ساختار، هم در حوزه تامین نیروی انسانی و منابع مالی در کشور با مشکلاتی روبرو بوده هستیم. دفاتر و افرادی وجود دارند که مدعی تولید شواهد هستند، اما در عمل توانایی چنین کاری را ندارند. متأسفانه مدیران ارشد انتظار مستندات خوب و با کیفیت را دارند، اما وقت کافی برای این کار اختصاص نمی‌دهند، و زمانی که مستندات تولید شد، چندان به آن اهمیت نمی‌دهند. به هر جهت زیرساخت‌های لازم همچنان دارای نقش مهمی می‌باشند. در این حرکت مسائل بسیاری مورد توجه قرار گرفته است که امیدوارم در آینده به شکل‌گیری و استقرار کامل برسد و زمانی فرارسد که کشور از این نظر به بلوغ رسیده و از حد و مرز خود آگاهی دارد، انتظاراتش را می‌داند و می‌تواند سیاست‌گذار را هم در این زمینه قانع کند.

- به نظر می‌رسد این راهنمای عملکرد بالینی^۱ یا هر چیز دیگری که اسمش را بگذاریم، که ما اسمش را راهنمای ملی سلامت گذاشتیم، ابزاری برای افزایش پاسخگویی در سیستم می‌باشد. اما در سیستمی که در تعریف پاسخگویی خود مشکل دارد، استقرار این کار بسیار دشوار است؛ و در حوزه سیاستگذاری، ایران یکی از کشورهایی است که به کشور کوتاه مدت معروف است چرا که تصمیماتش بسیار کوتاه است. در برنامه چهارم به بحث تدوین راهنمای بالینی اشاره شده بود، که این کار صورت گیرد و به صورت جسته و گریخته اقداماتی صورت گرفت که مجموعاً به کمتر از ۵۰ مورد هم نمی‌رسید که عمدتاً هم برای پزشک خانواده طراحی شده بود. پس از آن، با آنکه با کمبود منابع هم مواجه بودیم، بایستی متدولوژی انتخاب می‌شد که کار تدوین راهنماها به سرعت اتفاق بیافتد. متدولوژی‌ای که مطرح شد به این صورت بود، که از واحدهای ستادی که در واقع میانجی‌های سیاستگذاری هستند و باید پرسش‌های سیاستگذار و

^۱ . Clinical Practice Guideline

اولویت هایشان را پیشنهاد کنند، تا قبل از نهایی شدن برای آن پاسخ فراهم کنند، خواستند که بر اساس این متدولوژی عناوینی را انتخاب کنند و برای آن عناوین سوالات کلیدی که لازم است روی آن‌ها بحث شود و گزینه‌های مختلف که باید بررسی شوند، را احصا کنند و حدود ۲۰ سایت حاکمیتی به آنان معرفی شد که حداقل از ۵ مورد از آیتم‌های آن استفاده کرده و پاسخ‌های آن را آماده کنند و نظرات متخصصان و صاحب‌نظران را به آن اضافه نمایند. در نهایت توصیه‌های نهایی را در قالب یک چارچوب به وزارت بهداشت ارائه کردیم و در آنجا ویرایش نهایی صورت گرفت و اکنون در حال چاپ می‌باشد.

- از آنجایی که در حیطه اجرا، مسئولیت اصلی این کار بر عهده دفتر مدیریت بیمارستان و حاکمیت بالینی است، اجرای راهنماها و ممیزی آن‌ها هم بر عهده این دفتر می‌باشد، سوال اساسی که مطرح می‌شود، این است که در متدولوژی راهنمای بالینی، آیا از متخصصین کل کشور استفاده شده است؟ آیا تامین نظر متخصصین صورت گرفته است؟ چرا که به صورت ملموس مشاهده کرده‌ایم که حتی در اجرای پروتکل‌های بالینی بیمارستانی، اگر اعضای هیات علمی آن را قبول نداشته باشند، اجرای آن بسیار دشوار است.

نظرات شرکت کنندگان

- برای اینکه چنین کاری بتواند هم اجرایی شود و هم ماندگار باشد، با توجه به اینکه ضرورت و اهمیت آن احساس می‌شود و یک شکافی^۱ در حیطه عمل وجود دارد، حمایت وزارت خانه را از نظر بحث انگیزشی اعضا هیات علمی و مساله ارتقای آنها، نیاز دارد. با ارسال یک بخش‌نامه این کار انجام نخواهد شد و حتما باید عوامل انگیزشی مرتفع شود، و اولین محصولات^۱ که به اسم راهنمای بالینی بومی در کشور ما تولید می‌شود از یک قابلیت اعتماد و رتبه‌ی علمی بالا برخوردار باشد که اساتید صاحب‌نظر در کشور بتوانند به آن اقتدا کنند.

^۱ . Gap

- تا زمانی که این طرح نوشته نشود اتفاقی نمی‌افتد و زمانی که نوشته می‌شود نسبت به آن انتقاداتی وجود دارد. برای تدوین راهنمای بالینی می‌توانیم اهداف متفاوتی داشته باشیم. راهنما را می‌نویسیم که ارائه‌دهنده خدمت با کمک آن بتواند به راحتی تصمیم بگیرد، گیرنده خدمت یک چارچوب داشته باشد که به حق خود آشنا باشد و اگر قرار باشد این حق به او نرسد بداند که چگونه باید با آن برخورد کند، سیاست گذار برای تخصیص منابع خود از آن استفاده می‌کند، ناظر و ارزیاب و یا مسئول حقوقی بتواند از آن، چنانچه ارائه‌دهنده خدمت از مسیر قانونی خود تخطی کرده باشد، بهره ببرند و یا بتوانیم به نظام تولید خدمات و تولید ابزارهای صنعتی در حوزه بهداشت و درمان، چه دارویی و چه سایر لوازم و تجهیزات پزشکی، سبک و سیاق علمی، منطقی و استاندارد بدهیم. همه این‌ها می‌تواند یک هدف باشد. آیا همه این اهداف و با یک وزن مد نظر ماست، یا تنها یکی از آن‌ها؟ و یا اگر همه اهداف مد نظر است آیا اولویت‌های متفاوتی برای آنها در نظر داریم؟ این تفاوت اهداف، قاعدتا در تنظیم راهنمای بالینی موثر خواهد بود. علاوه بر این سوال سیاستی، یک سوال ساختاری هم وجود دارد؛ در نهایت مجری این راهنمای بالینی مراکز بهداشتی-درمانی هستند که بالغ بر ۶۵ درصد آن‌ها در زیر مجموعه وزارت بهداشت قرار دارند که خود وزارت بهداشت برای آن‌ها سیاست‌گذاری می‌کند. از طرف دیگر سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارند که می‌خواهند از این راهنما به عنوان خریدار خدمت یا به عنوان نهادهایی که نماینده مردم می‌باشند، استفاده کنند تا بتوانند بر عملکردها نظارت کنند؛ و سیاست‌گذاران می‌خواهند عملکرد ارائه‌دهنده خدمت را، چه فرد و چه سازمان، مورد بررسی قرار دهند. اینجاست که تعارض به وجود می‌آید: سازمان بیمه‌گر در پی این است که این عملکرد را زیر سوال ببرد یا کنترل کند و از طرف دیگر سیاست‌گذاران، با توجه به اینکه ماهیت اجرایی دارند، تعهد می‌کند که واحدها این راهنمای بالینی را اجرا کنند، اما چنانچه بحث با مسائل مالی و تخصیص منابع گره خورد، آنگاه تعارض بین این دو چگونه حل می‌شود؟ آیا این راهنمای بالینی می‌تواند این تعارض را حل کند و در این شرایط این مشکل ساختاری را حل کند؟ چنانچه این دو سوال ساختاری را کنار بگذاریم؛ آخرین مسأله‌ای که مطرح می‌شود این است که ما به راهنمای بالینی به عنوان یک ابزار

پاسخگویی نگاه می‌کنیم و یا اگر یک پله بالاتر برویم، می‌تواند به ابزاری برای اصلاح رفتار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی ارائه دهنده خدمت، گیرنده خدمت، سازمان‌های بیمه گر، سیاست‌گذار، ناظر و تولید کننده تجهیزات و مواد دارویی شود. اگر چنین هدفی از طرح راهنمای بالینی داشته باشیم، نمی‌توانیم تنها به این تعداد راهنمای بالینی بسنده کنیم. قبل از هر اقدامی باید اهداف مان را مشخص و اولویت‌گذاری کنیم؛ روابط ساختاری بین سیاست‌گذار، ناظر، مجری و نظام بیمه گر بسیار مهم است و از همه‌ی آن‌ها مهم‌تر، تولید کننده‌ای است که در پشت پرده، حد و حدود بسیاری از مسائل را، پنهان و آشکار، مشخص خواهد کرد.

- آنچه که ما نگران آن هستیم، مساله موازی کاری می‌باشد. ما در حدود یک‌سال که واحد مدیریت دانش ۱ را ایجاد کردیم، تا کنون توانسته‌ایم تعداد ۴ راهنما را به مرحله اجرا برسانیم. اما اکنون در کمتر از دو ماه توانسته‌اند ۵۰ راهنمای بالینی آماده کنند. آیا این کار موازی کاری می‌باشد؟ آیا عناوینی که ما انتخاب کردیم و اعضای هیات علمی هم وقت بسیار زیادی بر روی آنها صرف کرده‌اند و می‌خواهند آن را به نتیجه برسانند، شخص دیگری هم انجام داده باشد، چون در نهایت تبدیل به سند ملی می‌شود تکلیف سایر کارهایی که می‌خواهیم در واحد KMU انجام بدهیم، با روشی که برای آن آموزش دیده‌ایم، چه می‌شود؟ آیا این امکان وجود دارد که در عرض دو ماه، ۵۰ راهنمای بالینی را آماده کرد؟ آیا این کار با روشی که قرار بود واحدهای KMU بر اساس آن پیش بروند، صورت گرفته؟ یا صرفاً تجربه‌ای از راهنماهای موجود بوده است؟

- برای انجام هر کاری ۳ اتفاق بایستی رخ دهد: دانستن، توانستن و خواستن. بحث دانستن مانند آموزش و آشنا کردن و آگاهی است. بحث توانستن هم اینکه من مهارت کافی را برای به کار گرفتن راهنمای بالینی داشته باشم. موضوع خواستن هم به چند نکته برمی‌گردد. یکی اینکه در نهایت با کاری که انجام می‌دهیم ارزیابی می‌شویم و این ارزیابی هم تبعاتی دارد. حال کسی که در جایگاه حقوقی قرار دارد؛ به عنوان مثال،

^۱ Knowledge Management Unit

رئیس بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی‌ای که می‌خواهد راهنمای بالینی را به کار گیرد، باید پاسخگو باشد. پس ما در جایگاه حقوقی کاری را انجام می‌دهیم که بر اساس آن مورد ارزیابی قرار می‌گیریم و این ارزیابی هم فقط ارزیابی نیست بلکه تبعاتی، مثبت یا منفی، به دنبال دارد. مساله بعدی بحث جبران خدمت می‌باشد، یعنی به ازای کاری که انجام می‌شود پرداختی صورت می‌گیرد. به نظر می‌رسد در بحث پرداخت اقداماتی صورت گرفته است. در نظام پرداخت چه در قالب بیمارستان و چه در قالب کارانه‌هایی که به پزشکان پرداخت خواهد شد این موضوع دیده شده است؛ منتهی به نظر می‌رسد در ارزیابی عملکرد سازمان و افراد این موضوع کاملاً روشن و واضح نیست. در حال حاضر، در بحث اعتباربخشی که یکی از ابزارهای جدی ارزیابی بیمارستان‌هاست در بندی از استاندارد اشاره شده است که آیا ۵ بیماری شایع دارای راهنمای بالینی می‌باشند؟ بسیاری از بیمارستان‌ها این بند را کنار گذاشته‌اند و آن را جدی نگرفته‌اند. حال این بحث مطرح می‌شود که در مقایسه با آن همه خط مشی‌ها و روش‌هایی که مطرح است و نکات دیگری که اشاره شده است، وزن راهنمای بالینی در بحث اعتباربخشی چقدر است؟ بحث راهنمای بالینی که حالا به تعبیری قلب تپنده کیفیت است، در بحث ارزیابی عملکرد سازمانی و فردی بسیار برجسته شده است. راهنمای بالینی در بحث اعتباربخشی نیازمند تجدید نظر است، چرا که به نظر می‌رسد بیمارستان‌ها فقط نسبت به موضوع اعتباربخشی جدی و پاسخگو هستند. بنابراین باید در آنجا برجسته شود که رئیس بیمارستان هم پاسخگو باشد؛ و این موارد در ارزیابی عملکرد پزشکان، ارتقای آنها و بحث تجدید و تمدید قراردادهایشان، هم پزشکان هیات علمی و هم پزشکان درمانی، باید لحاظ شود و مورد توجه جدی قرار گیرد.

- غیر از بحث مشارکت در طراحی، مساله‌ی دیگری که می‌تواند در استقرار راهنمای بالینی کمک کند، نقش شخص ثالث^۱ و به ویژه بیمه‌ها در استقرار راهنمای بالینی و اجرای آنها می‌باشد. چنانچه بخواهیم به طور فعال وارد این حوزه شویم بایستی منافع این طرح را برای بیمه‌ها تشریح کنیم چرا که آن‌ها ابزارهای بسیار قوی‌ای برای تغییر

^۱ . Third Party

رفتار گروه‌هایی در دست دارند که شاید نسبت به هر چیز دیگری به دلیل مسائل اقتصادی مقاومت می‌کنند. زمانی که آن‌ها ببینند بیمه پرداختی انجام نمی‌دهد، این تغییر رفتار در کنار بقیه استراتژی‌ها اتفاق می‌افتد. بنابراین، می‌توانیم خود به بیمه‌ها پیشنهاد دهیم و کمک‌شان کنیم و آن‌ها را هم وارد بازی کنیم.

- اگر بطور سیستماتیک نگاه کنیم، جدای از تمام معایبی که خیلی شفاف به چشم می‌خورد، عملکرد یک ساختار پژوهش محور از نوشتن راهنمای بالینی بیشتر است و باید اشخاص بالادستی را برای این کار قانع کنیم. اما نکته بعدی بحث اینجاست که ما وقتی یک پژوهش انجام می‌دهیم با تورش بسیاری مواجه می‌شویم که یکی از آن‌ها اپیدمیولوژیستی است و ممکن است چیزی را نپسندیم و ایراد بگیریم؛ اما به هنگام داوری مقالات، سخت‌گیری نمی‌کنیم و نگران نیستیم چرا که اگر پژوهش ضعیفی باشد در مجله‌ای ضعیف چاپ می‌شود و در استفاده از آن دقت وجود خواهد داشت. اما راهنمای بالینی این‌گونه نیست، گروه استفاده‌کننده‌ی معینی دارد و اگر استاندارد نگارش آن آن‌گونه که باید رعایت نشود، مشروع اعلام می‌شود؛ به ویژه اگر بخواهیم به آن بار حقوقی بدهیم؛ که باید روی این موضوع تمرکز زیادی داشت؛ که آیا باید به راهنمای بالینی بار حقوقی داد یا خیر؟ بنابراین، متدولوژی آن باید به طور دقیق و با وسواس کامل رعایت شود. به عنوان مثال، حیطه‌ی تروما، حیطه‌ای چند بخشی می‌باشد؛ چنانچه هر یک از این بخش‌ها بخواهند به تنهایی بر روی موضوع کار کنند، نتیجه‌ی نهایی، نتیجه‌ی مناسبی نخواهد بود؛ یک سوختگی ساده به متخصص گوش و حلق و بینی؛ قلب، نفرولوژیست و ... نیاز دارد، و در نتیجه حجم وسیعی از راهنماهای بالینی در جهان در مورد آن وجود دارد. اولین سوالی که مطرح می‌شود این است که، از چه چیزی باید شروع به نوشتن راهنمای بالینی کنیم؟ چه چیزی اولویت دارد؟ طبیعتاً دو نکته مورد توجه می‌باشد: راهنمای بالینی خارجی که حتی اگر آن را با شرایط کشور تطبیق ندهیم و صرفاً ترجمه‌اش را در اختیار پزشکان قرار دهیم، مشکل چندانی به وجود نخواهد آمد و راهنمای بالینی که در حال حاضر در اختیار نداریم و نمی‌توانیم از معادل خارجی آن استفاده کنیم، اعلام کنیم که نمی‌خواهیم آن را بنویسیم، و فقط راهنماهای بالینی موجود را برای بومی‌سازی اولویت‌بندی کنیم. نکته بعدی این است

که ما همیشه از پانل متخصصان سخن می‌گوییم. اما این سوال مطرح است که متخصص کیست؟ نکته کلیدی این است که متخصص مان در آن حیطه خبره باشد. و نکته‌ی نهایی این است که در ایجاد ساختارها و تقابل بین آن‌ها، صف ایجاد شده است ولی ستاد هنوز مشکل دارد و رابطه صف با ستاد تعریف نشده است. همچنین نقش بخش خصوصی باید، به شکل منطقی و نه به شکلی که آن را به صورت یکجا واگذار کرد، بایستی دیده شود و باید نقش مشاوره و نظارت را دید، اما نباید در نگارش راهنمای بالینی عجله نکرد.

- آیا مجموعه تمهیداتی که اندیشیده شده است را می‌توان در جایی دید و خواند که، به عنوان مثال، وضعیت راهنمای بالینی در کشور در چه مرحله است؟
- از چه روشی و چه متخصصانی برای نگارش راهنماهای بالینی استفاده شده است؟ آیا معیار مشخصی وجود دارد که برای نوشتن هر راهنما چه متخصصانی، با چه تعدادی و چه معیار هایی وارد پانل شوند؟

رییس جلسه: ما چندین سال بر روی متدولوژی تدوین راهنماها کار پژوهشی جدی داشتیم؛ در مطالعه‌ای که اخیرا انجام داده‌ایم، برنامه تدوین جدی راهنماهای بالینی دنیا را با هم مقایسه کردیم و در نهایت وظایف را شناسایی کردیم و یک تحلیل وظایف انجام دادیم و وظایف را با هم مقایسه کردیم. ما ۲۷ وظیفه برای راهنماهای بالینی به عنوان وظیفه‌های حداقل شناسایی کردیم و چند وظیفه را هم ذکر کردیم که هنوز کسی آن‌ها را انجام نداده است. طبعاً انجام همه‌ی این ۲۷ وظیفه امکان‌پذیر نیست، اما برنامه‌های منسجم دنیا درصد بالایی از آن را انجام می‌دهند. این بحث در مورد تدوین بود. بحث دیگر بحث به روزرسانی است که باز ما در کارهای مطالعاتی که خودمان انجام دادیم یک مسیر ۸ گامی را برای به روزرسانی دیده بودیم. خود وزارت بهداشت هم بر روی بحث به روزرسانی چند کار مطالعاتی انجام داده است. با اینکه به روزرسانی انجام کار را خلاصه می‌کند، اما باز هم مقداری حجم کاری وجود دارد و زمان می‌برد و روال‌هایی باید طی شود. اما در این برنامه چگونه به این بحث‌ها اشاره می‌شود؟ نکته دوم اینکه در مورد آنچه به

^۱ . Task Analysis

عنوان اهداف راهنما گفته شد، که البته به نظر من آنها اهداف راهنما نبودند بلکه ابزار بکارگیری راهنما بودند، ولی چون شما برخی از اینها را به عنوان چالش‌هایتان آورده بودید، توضیحاتی ارائه دهید.

پاسخ‌های سخنران

در رابطه با متدولوژی، ما دو متدولوژی را پیش بردیم: یکی متدولوژی بومی‌سازی و به روزرسانی راهنماهای موجود و دیگری متدولوژی تدوین بود. برای هر دو متدولوژی، هم از اسناد معتبر جهانی استفاده کردیم و هم اینکه عملی بودن^۱ آن را هم سنجیدیم، که ببینیم آیا امکان‌پذیر می‌باشد؟ و با چه مقداری؟ مواردی که راهنماهای بالینی معتبری که در جاهای مختلف دیگر استفاده شده بودند، بررسی کردیم که ببینیم آن‌ها چه حدودی را رعایت کرده‌اند، و ما هم تلاش کردیم تا آنجایی که می‌توانیم از آن‌ها استفاده کنیم و خط قرمزهایی را بر اساس مفاهیم، تعریف کردیم؛ به این معنا که شاید نتوانیم همه‌ی ۲۷ مورد از وظایف راهنمای بالینی را رعایت کنیم ولی بر اساس تعاریف و مفاهیم مرتبط با راهنمای بالینی خط قرمزی تعیین کردیم که نباید به هیچ وجه از آنجا پایین‌تر بیاییم.

در رابطه با این سوال که چه معیارهایی را برای انتخاب پانل متخصصان در نظر گرفتیم و اصلاً چه کسی متخصص است، باید گفت: متخصصان به عنوان کسانی که در زمینه‌های مرتبط خبره هستند و به عنوان متخصص محتوی^۲ و کسانی که در آن زمینه تجربه عملی دارند، شناخته می‌شوند، و در آن حیطه‌ها حق اظهار نظر دارند؛ آنان در حیطه‌های اثربخشی و ایمنی خدمات حق اظهار نظر ندارند، ولی در مورد اینکه، این اثربخشی با توجه به این پیامد، از نظر ما مهم است؟ یا در حقیقت دلایل ارجحیت گزینه‌های جایگزین^۳ در رابطه با یک معیار و یا اقدام از دیگری چیست؟ این ارجحیت از نظر ما چقدر اهمیت بالینی دارد؟ متخصصان در این زمینه حق اظهار نظر دارند، چرا که در آن خبره هستند. در زمینه مسائل

^۱ . Feasibility

^۲ . Content Expert

^۳ . Alternative

بومی سازی، اینکه چقدر مثلا از نظر اجتماعی-اقتصادی^۱، پیاده سازی، مقبولیت، امکان-پذیری و ... قابلیت اجرا دارد، هم می تواند اظهار نظر کنند. همچنین یک تیم متدولوژی داریم و خروجی آن، که در اختیار تیم متخصصان قرار می گیرد، در حقیقت مساله و مشکل را مشخص کرده و شواهد مرتبط با آن مساله را جمع بندی و تحلیل می کند. حالا اگر با ساختار و قالب بومی سازی پیش برویم، شواهد را از درون راهنماها بیرون می آوریم. ولی اگر با روش تدوین جلو برویم، ابتدا بایستی آن شواهد را جستجو کرده و نقد کنیم؛ یعنی از نظر اعتبار، تفاوت چندانی با هم ندارند. موضوع به روزرسانی را هم در فرایند بومی سازی، تا حدی که کار را خیلی گسترده نکند، یعنی سراغ مطالعات اولیه و مقالات اصیل^۲ نرویم، در نظر گرفتیم. بنابراین چیزی بینابین، که هم از خط قرمزهایمان عبور نکنیم و هم اینکه کارهایی را که امکان پذیر و عملی است را انجام دهیم. خطوط قرمز ما شامل این موارد بود: ۱- بحث ارزیابی گزینه ها^۳ که حتما گزینه های مختلف دیده شوند و ارزیابی گردند. ۲- نحوه ارزیابی حتما باید مبتنی بر شواهد باشد و مسائل بومی در آن دیده شود؛ و سعی کردیم، این نکته را که مسائل بومی با توجه به نیازهای کشور چگونه وزن دهی شوند، را در روش کار در نظر بگیریم.

در رابطه با موضوع چالش ها، با توجه به اینکه بحث راهنماهای بالینی برای افراد مختلف استفاده های مختلف و کاربردهای متفاوتی دارد؛ با کمک اداره حاکمیت بالینی برای آن تعاریفی ارائه دادیم. در بحث اینکه ما چگونه می توانیم از برون دادهایمان در موارد مختلف استفاده کنیم؟ در بحث بیمه ها، برون دادهایی برای آن ها داریم، اینکه چگونه می توانیم آن را به ابزار نظارتی تبدیل کنیم و هم اینکه چگونه می توانیم آن ها را راهنمایی کنیم، و این تعامل وجود دارد که این برون دادها را در اختیار شان قرار دهیم. بنابراین، این تعامل ساختاری با ذی نفعان^۴ مختلف تعریف شده؛ هر چند که هنوز خیلی از آن ها در مرحله تعریف بوده و به مرحله اجرا نرسیده است.

^۱ . Socio-Economic

^۲ . Original Article

^۳ . Option Appraisal

^۴ . Stakeholder

رییس جلسه: بهتر است که افراد مختلفی که در این کار نقش دارند، به همراه اعضای پانل در تصمیم گیری شرکت کنند و اهمیت آن به دلیل زمان بندی کوتاه می باشد. اما چگونه می توانیم متخصصانی که نتیجه را پذیرفتند وارد بحث کنیم؟ زمانی که ما KMU را طراحی کردیم از کسانی که در این زمینه متخصص بودند، خواستیم که نماینده ی نگارش راهنما در زمینه ی تخصصی خود شوند؛ اما چه تضمینی وجود دارد که دیگر خبرگان موضوع را از سراسر کشور گرد هم آورند؟ به عنوان مثال، موسسه NICE به هیچ وجه از کارکنان خود در کمیته ها استفاده نمی کند و تنها مدیریت اجرای برنامه را به عهده دارد.

عضو پانل: کاری که ما انجام داده ایم این بوده است که ابتدا کار را با تیمی که آن را انجام داده اند شروع کردیم و همه اعضا در آن شرکت کردند. در مرحله اول از آنان سوال کردیم که چه کاری انجام داده اند؟ و سیستم شان چگونه بوده است؟ بنابراین تمام KMU ها به صورت ملی تامین مالی می شوند و فهرست آن مشخص است. پس از آن با همه مراکز تحقیقاتی، دانشگاه ها، انجمن ها، موسسه ملی تحقیقات، شبکه های تحقیقاتی و بیمارستان ها مکاتبه کردیم و متدولوژی کار را برای آن ها توضیح دادیم و از آنان خواستیم که آنچه را که آماده کرده اند برای ما ارسال نمایند و اگر فعالیت های آنها با هم، هم پوشانی داشت، آن ها را به هم مرتبط می کردیم و به آن ها یاد دادیم که چگونه پانل متخصصان تشکیل دهند. اما تفاوت این کار با دفعات قبلی در چیست؟ تفاوت آن ها در این است که قبلا آنچه را که ابلاغ می کردیم به صورت پروتکل بود و معمولا بیمه ها به آن توجهی نشان نمی دادند و دیگران هم آن را پیگیری نمی کردند. اما این بار به دلیل اسناد بالادستی و قوانین بالادستی که تدوین گردیده است، هر آن چه را که وزارت بهداشت در بخش سلامت ابلاغ کند، به عنوان سیاست محسوب می شود. طبق بند «ه» ماده ۳۸ در حوزه کل سلامت، وزارت بهداشت، سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور است. بنابراین، ما از همه ظرفیت های موجود استفاده کرده ایم. فراموش نکنیم که تنها چیزی که در این ده ساله داشته ایم مراقبت های مدیریت شده سال ۸۱ است که هنوز از آن ها استفاده می کنیم و آن ها را در سیستم بازبینی نکرده ایم و تنها چند مورد از آن ها را اصلاح کرده ایم. بنابراین چیزهایی که KMU ها تولید کرده اند، از مواردی که نهایی شده اند استفاده شده و به آن -

هایی که در مراحل پایانی اند سرعت بیشتری داده شده که بتوانیم در ویرایش بعدی آن‌ها را چاپ کنیم.

رییس جلسه: از دو موضوع دیگری که مطرح می‌شود، یکی بحث مشارکت خریدار خدمت است. وزارت بهداشت بعضی خدمات را خود خریداری می‌کند، بحث درمان بیماری‌های خاص، شبکه و مراقبت‌های اولیه و بسیاری از مسائل دیگر هم مطرح می‌باشد؛ سوالی که مطرح می‌شود این است که، تفاهم‌نامه بین سازمان بیمه سلامت و معاونت درمان و معاونت پژوهشی وزارت بهداشت در مورد تعداد مشخصی از راهنماهای بالینی که در مورد ارزیابی بحث داروهای پرهزینه می‌باشد، چگونه پیش می‌رود؟ و در جایی که موضوع با حوزه مدیریت بیمارستان هم‌پوشانی^۱ دارد، چه اقداماتی انجام می‌شود؟ چرا که در استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان، راهنماهای بالینی یا راهکار بالینی و پروتکل داریم و بعید است که نظر این بوده باشد که بیمارستان‌ها شروع به نوشتن راهنمای بالینی کنند، اما مساله مورد بحث این است که چگونه راهنمایی را که شما تصویب می‌کنید، می‌تواند آن استانداردها را برای بیمارستان ایجاد کند و بیمارستان‌ها به تبعیت از آن وارد برنامه شوند؟

عضو پانل: کاری که در این چند سال اخیر در KMU ها شروع شده به هیچ وجه قرار نیست متوقف شود و قرار هم نیست به این کار خلاصه شود؛ و نام این کار را راهنمانویسی نمی‌گذاریم. شاید بتوان عنوان مطالبی را که در یک کتابی جمع‌آوری شده است، خلاصه سازی اسناد گذاشت. بخشی از مجموعه‌ای که تولید شده است، دستورالعمل‌های ارسالی دفاتر وزارت بهداشت به واحدهای دانشگاهی می‌باشد، که در سال‌های قبل اتفاق افتاده است. ما چارچوبی را برای خلاصه سازی طراحی کردیم. شواهد و مدارک^۲ با بیست سایت شروع شد و در نهایت به یک سایت ختم گردید؛ و وجود یک منبع هم نشانه‌ی خوبی است و به عنوان خلاصه دستورالعمل‌هایی که تا کنون توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده است، ارزش خاص خود را دارد. راهنماهای بالینی هم که نوشته شده بود در

^۱. Overlap

^۲. Evidence

چارچوب این گزارش خلاصه شدند و در این مجموعه چاپ شدند؛ اما این خلاصه به هیچ وجه جواب گوی راهنمانویسی و کسی که می خواهد به راهنماها مراجعه کند؛ نمی باشد. به همین دلیل ما قطعاً نیاز داریم که راهنماها بصورت جداگانه و کامل، چاپ و ابلاغ شوند. در مورد بحث بیمه ها هم، آن ها از ما برای انجام این کار مشتاق تر هستند و در سال ۸۹ یک مصوبه ابلاغ نمود که از این به بعد هیچ خدمت جدیدی وارد بسته خدمات پایه نظام سلامت نشود، مگر اینکه با راهنمای بالینی همراه باشد. سازمان های بیمه گر برای انجام این کار بسیار آماده اند و در مورد عملیاتی کردن آن هیچ شک و تردیدی ندارند. ما ادعا می کنیم که این کار تا حدودی در حوزه طراحی به طور کامل دیده شده است و مورد بررسی قرار گرفته است، اما در حوزه استقرار کامل نیست و به همی اهدافمان دست پیدا نکرده ایم.

شرکت کننده: دو بحث در اینجا مطرح است: در همه نظام های سلامت ما یک نسخه کامل از راهنمای بالینی داریم که بر اساس یک مساله و یک شرایط و یا بیماری خاص برای تمامی سطوح نوشته می شود؛ و ممیزی آن هم تعیین می شود تا مشخص شود که چگونه ارزیابی شود. همچنین ۳۰ راهنما از ۵۰ راهنمای بالینی که در بالا به آن اشاره شد، در طول یک سال و توسط سی گروه از متخصصان تدوین شده اند و این گونه نبوده است که در عرض دو ماه آماده شوند؛ بلکه در این دو ماه این راهنماها در قالبی که وزارت بهداشت تعیین کرده بود، اصلاح شده اند.

عضو پانل: از ۵۰ راهنمای بالینی که برای ما ارسال شده است، در این دوره فقط ۴ الی ۵ مورد از آن ها استفاده شده است. عمده ی موضوعاتی که در این دوره منتشر می شود راهنماهای بهداشتی و درمانی است که برای ما ارسال شده بود.

شرکت کننده: در نهایت یک تداخل وظیفه ای بین سه دفتر معاونت درمان و دفاتری که در معاونت توسعه قرار دارند، وجود دارد. در بحث تنظیم استانداردها، حداقل برای بیمارستانها- در مورد مراکز بهداشتی درمانی بحث نمی کنیم چرا که شاید زیر مجموعه معاونت بهداشتی باشند- چه استاندارد درمانی و چه استاندارد مراقبت پرستاری، تشکیلات، نیروی انسانی و نظام های مدیریتی، به نظر می آید که باید توسط این دفتر انجام گیرد، و آن هایی که به نظر خیلی خاص می باشند، با همکاری دفاتر دیگر تنظیم شود، چرا که اگر

استاندارد درمان را تنظیم کنیم، اما با استاندارد تشکیلات متناسب نباشد، باز هم در اجرا با مشکل مواجه خواهیم شد. حتی استانداردهای اعتباربخشی هم باید توسط این دفتر تنظیم شود. در حال حاضر بیمارستان‌ها کارهای بسیاری در زمینه آموزش سلامت به بیماران انجام می‌دهند. اما کار اساسی و ساختارمند این است که از همین راهنماهای بالینی برای تدوین راهنمای بیمار استفاده کنیم. اما در حال حاضر، نه راهنماهای بالینی برای معاونت درمان مشخص شده است و نه فعالیت‌هایی که بیمارستان‌ها انجام می‌دهند ساختار مشخصی دارد.

جمع‌بندی

پس از تبدیل معاونت سلامت به معاونت بهداشت و درمان، قرار بر این شد که بحث مسئولیت تدوین و شناسایی استانداردها، مسئولیت اجرای استانداردها و بعد مسئولیت ارزیابی آن‌ها توسط سه واحد مستقل انجام گیرد. عقب بودن کشور در هر سه زمینه باعث شده است که هر واحد مجبور شود کارهایی را جلو ببرد، به شکلی که اگر اعتباربخشی منتظر تدوین استانداردها می‌ماند، ممکن بود که ۳ سال دیگر بتواند شروع به کار کند. اما هر ۳ واحد در حال مذاکره جدی برای شکل‌گیری دقیق‌تر این مساله هستند. خلاصه یک راهنمای بالینی مجموعه‌ی توصیه‌های آن راهنمای بالینی است و چیزی غیر از آن نیست. یعنی ما خلاصه‌ی شواهد را از آن کنار می‌گذاریم، تحلیل‌ها را کنار می‌گذاریم و توصیه‌های قطعی‌نگه می‌داریم. بنابراین خلاصه‌ای خوب است که راهنمای اصلی آن خوب باشد. راهنمای بیمار هم به همین شکل است. راهنمای بیمار تفسیر خلاصه بالینی است، به زبانی که برای بیمار قابل فهم باشد؛ و همه این‌ها به اصل اول وابسته هستند.

دهمین نشست تخصصی مشترک

مدل تعیین فرانشیز و مشارکت در پرداخت و
هزینه های درمانی

سخنران

دکتر سید معاون رضوی

عضو هیات علمی دانشگاه برندیز آمریکا

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۲/۴/۱۸

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر حسن زاده، رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر علی رضا اولیایی منش، مدیر کل دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و
تعرفه سلامت

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست
گذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر هداوند، دکتر ابوالحسنی، دکتر محبوب اهری، دکتر کبریایی زاده، دکتر فضائلی،
دکتر طباطبایی، دکتر توفیقی، دکتر منظم، مهندس برزگر، دکتر یزدی

متن سخنرانی

اگر بخواهیم تغییری در فرانشیز بدهیم یا برای خدمت جدیدی فرانشیز تعیین کنیم؛ فرانشیز مناسب برای کشور چگونه خواهد بود؟ به طور کلی در بحث مشارکت در هزینه‌های درمانی توسط استفاده کننده به چه روال‌هایی باید پرداخته شود؟

اگر بخواهیم در مورد تعیین سهم فرانشیز (آنچه که به عنوان مشارکت مصرف کننده در هزینه‌های درمانی^۱ می‌شناسیم) کار کنیم، از کجا باید شروع کنیم؟ آیا متدولوژی مشخصی در دنیا وجود دارد که بتوانیم آن را به راحتی با شرایط کشور وفق دهیم و دوباره از آن استفاده کنیم؟ یا اینکه نه، باید سعی کنیم روش دیگری را انتخاب کنیم؟ از طرف دیگر، تا چه حد در دنیا دانش درباره‌ی این موضوع وجود دارد که برخلاف پیشینیان، از اختراع چرخ چهارگوش پرهیز کنیم و به دانش و تجارب دیگران احترام بگذاریم و سعی کنیم به جای اینکه استادان خوبی باشیم، دانشجویان خوبی باشیم؛ چرا که دیگران بهتر از ما کار کردند و نتایج بهتری گرفتند. بنابراین بهتر است به نتایج آن‌ها احترام بگذاریم، بهترین آن‌ها را پیدا کنیم و سعی کنیم فقط آن را بومی کنیم، یک مفهوم کاملاً متفاوت از بومی سازی، نه اینکه در مرز و بوم خود بسازیم، بلکه از جایی که کار را بهتر انجام داده اند بیاموزیم و سعی کنیم آن را با شرایط کشور تطبیق دهیم.

بحث از سوالات ابتدایی آغاز می‌شود تا مشخص شود که در این پروژه چه کاری قرار است انجام گیرد. اینکه هدف از مشارکت مصرف کننده در هزینه‌ها چیست؟ و چرا باید اصلاً چنین بحثی (مشارکت مصرف کننده در هزینه) داشته باشیم؟ هدف بیمه‌ها جلوگیری از فشارهای بیمه‌ای می‌باشد، بنابراین اگر قرار بر این است، پس فشار مالی را به یک‌باره از دوش مصرف کننده بر داریم، و اگر چنین قراری وجود ندارد، چرا اصلاً مصرف کننده باید در هزینه‌ها مشارکت داشته باشد؟ و اگر پذیرفتیم که انتقال بخشی از هزینه - حتی اگر شرکت بیمه ثروتمند و دارای منابع مالی مستحکم باشد - به دوش مصرف کننده ضروری

^۱ . Consumer Cost Sharing

است؛ آیا این هزینه‌ها باید به طور یکسان برای همه‌ی اشخاص، بیماری‌ها و تمام سطوح خدمت در نظر گرفته شود؟ یا می‌توان با متغیر کردن این نرخ‌ها، سیستم را به اهداف مورد نظر نزدیک کرد؟ و تا چه حد می‌توان نزدیک‌تر کرد؟ چرا که معمولاً بین آنچه که ما ایده‌آل فکر می‌کنیم که بتوانیم حق مطلب را به طور کامل ادا کنیم با توانایی‌های ما و آنچه که از لحاظ اقتصادی به صرفه است، همیشه یک نقطه بهینه وجود دارد. بنابراین، هیچ سیستم هدفمندی تا نقطه‌ی انتها و صد در صدی هدفمندی پیش نمی‌رود و منطقی هم نمی‌باشد. به عنوان مثال، ما از نقطه‌ای بین ۳۰-۲۰ می‌خواهیم به نقطه‌ای بین ۶۰-۵۰ برسیم و اگر توان بیشتری داشته باشیم می‌توانیم به ۷۰ هم برسیم، اما بالاتر از ۷۰ دیگر اقتصادی نیست. اگر واقع بینانه ببینیم که الان کجا هستیم و به کجا می‌خواهیم برسیم، شاید بتوانیم پروژه را برخلاف دیگر پروژه‌ها به نقطه‌ای که هدف آن بوده نزدیک‌تر کنیم. بنابراین، ما صحبت را با اصطلاحی که در علوم به آن تغییر پارادایم^۱ گفته می‌شود شروع می‌کنیم. در واقع رویکرد دنیا- به خصوص در کشورهای در حال توسعه- به سمتی تغییر می‌کند، که دوره پرداخت یارانه و سرمایه‌گذاری دولت در بخش عرضه تغییر کرده است. از آنجا که اقتصاددانان معمولاً به همه چیز در چارچوب عرضه و تقاضا نگاه می‌کنند؛ مدل‌های سنتی تاکنون سعی کرده‌اند که همه‌ی هزینه‌ها و سرمایه‌گذاری‌های عمومی را در بخش عرضه مصرف کنند، به عنوان مثال، ساخت بیمارستان توسط سازمان تامین اجتماعی. در حالی که بیمه‌گری فقط ساخت بیمارستان، اضافه کردن تخت و پیمانکاری نیست و رسالت‌های دیگری هم دارد. اما این رویکرد اکنون در حال تغییر است و دلیلی هم برای ادامه آن وجود ندارد؛ چراکه در بخش خصوصی کشور به اندازه کافی ظرفیت، سرمایه و انگیزه وجود دارد که اگر طرف تقاضا موجود باشد و نیازی را ابراز نماید، هم تولیدکننده و وارد کننده و هم علم و تخصص آن وجود دارد. نکته‌ی دیگر این است که، از منظر عدالت اجتماعی، سرمایه‌گذاری فیزیکی در بخش عرضه در جایی انجام گیرد که دسترسی بسیار کمی برای افراد خاصی که با مشکل دسترسی مواجه‌اند وجود دارد. تغییر پارادایم از این

^۱ . Paradigm Shift

نقطه می آید که دیگر بهانه‌ای وجود ندارد که بخش خصوصی توان ساخت بیمارستان، تربیت پزشک، استخدام پرستار و ... را ندارد و اینکه به هیچ وجه عادلانه نیست. اقتصاددانان در این باره بحث می‌کنند که اگر سرمایه‌گذاری‌ها را از بخش عرضه به بخش تقاضا منتقل کنیم و به سمت خریداری بسیار مطلع و قدرتمند که پول هم در اختیار دارد و یا در اختیار و کیلش (سازمان بیمه) می‌باشد هدایت کنیم، کمک موثرتری به نظام سلامت می‌کند و خروجی که در این حالت به دست می‌آید بسیار کارتر است و در این حالت این تقاضا است که عرضه را هدایت می‌کند؛ و علاوه بر این، در این شرایط می‌تواند عرضه را پاسخگوتر کند؛ به این دلیل که قدرت مالی در دست مصرف‌کننده است و به صورت حقوق دولتی نمی‌باشد که به‌طور مستمر از محل مالیات‌ها به پزشک و بیمارستان پرداخت شود؛ صرف نظر از اینکه پزشک چه کاری برای بیمار انجام می‌دهد و بیمارستان چگونه اداره می‌شود.

اگر بپذیریم که انتقال سرمایه از بخش تقاضا به عرضه بحث قابل دفاعی است، راهکارهای مختلفی برای آن وجود دارد. نقطه شروع این راهکارها این است که ابتدا به سیستم بیمه‌ای خود نگاه کنیم؛ اگر سیستم بیمه‌ای کشور از زیرساخت‌های لازم برخوردار است، آنگاه بینیم که چگونه می‌توانیم از پرداخت‌هایی که به صورت پیش‌پرداخت وارد سیستم می‌شوند، حمایت کنیم. یعنی بتوانیم پرداخت‌ها را از حالت پرداخت در نقطه سرویس به حالت پیش‌پرداخت تبدیل کنیم؛ که در اصطلاح بیمه‌ای به صورت کلاسیک، اگر سیستم بیمه‌ای مبتنی بر مالیات^۱ نباشد، صندوقی وجود دارد که حق بیمه‌ها را بر اساس معیارهایی جمع‌آوری می‌کند و آن‌ها را اصطلاحاً یک کاسه^۲ می‌کند و سعی می‌کند تجمیع خطر^۳ و تقسیم خطر^۴ انجام دهد. پس اولین نقطه‌ای که می‌توان به وکیل بیمار- نه خود بیمار- قدرت چانه زنی داد این است که مطمئن باشد در نظامی که به سمت پوشش کامل میل می‌کند، همه‌ی بیماران توانایی پرداخت حق بیمه خود را داشته باشند. هدف طرح‌های

^۱ . Taxed Based

^۲ . Pool

^۳ . Risk Pooling

^۴ . Risk Sharing

بانک جهانی و سازمان های اهدا کننده بین المللی که می خواهند تامین مالی های کلانی را در کشورهای فقیر انجام دهند تا حق بیمه ی افراد را پرداخت کنند، تغییر جهت پول از سمت عرضه به سمت تقاضا می باشد.

اگر دولت بخواهد از بخش های بیمه ای حمایت کند به دو روش می تواند این کار را انجام دهد:

۱. به بیمه ها یارانه پرداخت کند و ورودی های آن را ثابت نگه دارد.
۲. خروجی شرکت بیمه را نه تنها به ابزاری برای پرداخت خدماتی که به بیماران ارائه می کند، تبدیل کند، بلکه به ابزاری سیاستی مبدل کند که سعی می کند از طریق قرارداد-هایی که با ارائه کنندگان می بندد به اهداف کارایی و عدالت خود هم برسد. بنابراین آنچه که به عنوان تنظیم قرارداد گفته می شود از این نقطه به بعد فقط یک قرارداد بازپرداخت نیست، بلکه می توان از آن برای اهداف دیگری هم استفاده کرد: اولاً اینکه بیمه گر و کالت عادلانه ای را از طرف کسانی که در صندوق بیمه مشارکت می کنند، انجام می دهد. ثانیاً شرکت بیمه توانایی تاثیر گذاری بر رفتار پزشک را به نحو دلخواه، از طریق روش پرداخت دارد.

در کشور ما نسبت به سایر کشورها، به دلیل حضور جدی دولت در بیمه های اجتماعی نگرانی کمتری نسبت به اهداف اجتماعی وجود دارد و به عنوان مثال می توان از بیمه های خصوصی خواست تا توجه بیشتری به عدالت داشته باشند.

هدف از تعیین مشارکت بیمه ها در بخش پرداخت ها چیست؟

۱. چگونه می توان کارایی سیستم را بالا برد؟ با اینکه بازار بیمه ای، مصرف کننده را نسبت به قیمت هایی که می پردازد کور می کند و در نتیجه حساسیت مصرف کننده را از بین می برد، اما نزدیک کردن آن به بازار دشوار است؛ در نتیجه طبیعی است که کارایی-هایی که در بازار آزاد وجود دارد در بازار سلامت وجود نداشته باشد؛ پس تلاش می-شود که چیزی شبیه قیمت درست کنیم تا بر اساس سهم مشارکت بیمار از هزینه ها (نرخ مشارکت)، شرایط بازار را شبیه سازی کنیم و سیگنال درست را به مصرف کننده منتقل کنیم که خدمت ارزان تر را بیشتر و خدمت گران تر را کمتر مصرف کند. اگر ما

چنین توانایی داشته باشیم و بتوانیم بیماری‌ها را بر اساس معیارهایی مثل هزینه-اثر بخشی اولویت بندی کنیم و منابع را به جایی که بهتر است منتقل کنیم، می‌توانیم موانع قیمتی را از میان برداریم تا مصرف کنندگان بتوانند بیشتر مصرف کنند. بنابراین، مشارکت در هزینه‌ها و شبیه‌سازی قیمت‌ها همانند این است که مصرف کننده را آزاد بگذاریم که خود در بخشی که مایل است، پرداخت انجام دهد. مشکلی که در این روش وجود دارد این است که چه کسی تصمیم می‌گیرد که چه چیزی کارا است؟ به عنوان مثال، از نظر یک صندوق خصوصی، کارایی یعنی اینکه پول بیشتری دریافت کند و پول کمتری پرداخت کند. تعریف کارایی تعیین می‌کند که ما دید بلندمدتی به سلامت کسانی که عضو صندوق هستند داشته باشیم.

۲. مخاطرات اخلاقی^۱ را تا جایی که امکان دارد کم کنیم. ارائه بیمه به هر فرد، رفتار مصرف کننده را از دو جهت تحت تاثیر قرار می‌دهد. چیزی که از آن به عنوان خطر اخلاقی نوع یک و دو یاد می‌شود. در خطر اخلاقی نوع ۱، شیوه‌ی زندگی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد؛ به این صورت که مثلاً فردی که ماشین خود را به طور کامل بیمه کرده است، نسبت به فردی که بیمه ندارد، با احتیاط کمتری رانندگی می‌کند. بنابراین خطر اخلاقی نوع یک رفتار فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. خطر اخلاقی نوع ۲، دو مسئله را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ یکی اینکه آیا اصلاً از خدمات استفاده کنیم یا خیر؟ به عنوان مثال، آیا نیازی به درمان برای لرزش عضله پا داریم یا خیر؟ و دوم اینکه، چقدر استفاده کنیم؟ یا از چه نوعی استفاده کنیم؟ به عنوان مثال، از دو نوع دارویی که برای رعشه عضله پا وجود دارد از داروی تجاری^۲ استفاده کنیم یا داروی ژنریکی^۳ که حتی عوارض دارویی آن هم مشخص نشده است؟ بنابراین، یکی از دلایلی که ما را ترغیب می‌کند که حتی در صورت توانایی پرداخت هزینه‌ها توسط بیمه، بخشی از آن را به بیمار منتقل کنیم، مخاطرات اخلاقی می‌باشد که باید تلاش کنیم که هم برای شروع درمان و هم برای مقدار درمان، حجم آن را کم کنیم.

^۱ . Moral Hazard

^۲ . Brand

^۳ . Generics

۳. هدف سوم به دانش بیمه گری بر می گردد. چیزی که به عنوان علوم آماری^۱ شناخته می شود و به این صورت می باشد که اگر بخواهیم یک صندوق بیمه داشته باشیم، این صندوق باید از لحاظ مالی پایدار باشد، یعنی بین ورودی ها و خروجی های آن تعادل برقرار باشد؛ با علم به اینکه خروجی خالص آن برای تامین خدمات پزشکی بیشتر از ورودی است، به این دلیل که صندوق هم هزینه های اداری دارد و هم هزینه های بالاسری. و اگر خصوصی هم باشد باید سودی را برای صاحبانش ایجاد کند. در جایی که نتوانید ورودی ها را خیلی بالا ببرید، می توانید با بیمار توافق کنید که حق بیمه کمتری پرداخت کند ولی خدمت را با مشارکت بالاتری در هزینه^۲ دریافت کند. زمانی که صندوق هزینه را به بیمار منتقل می کند نه به دنبال کارایی است و نه عدالت و مخاطرات اخلاقی؛ بلکه می خواهد مطمئن شود که وضعیت ترازنامه اش درست است و ورودی ها با خروجی ها هم خوانی دارد.

۴. یافتن یک چارچوب مفهومی^۳ برای مشارکت مصرف کننده در هزینه ها دشوار است؛ اما اگر تلاش کنیم که رویکردی که به مشارکت در هزینه ها داریم همانند پرداخت های مصرف کننده^۴ باشد؛ می توان این گونه تصور کرد که اگر شما با یک بیمه ای اجتماعی سروکار دارید به طور کلی بهتر است که سهم مصرف کننده را از هزینه های پیشگیری و مراقبت های اولیه پایین آورید؛ به این دلیل که این خدمات هم هزینه- اثربخش هستند و هم از هزینه های سنگین تر پیشگیری می کنند. از طرف دیگر برای خدمات بیمارستانی تا جایی که به سطح فاجعه بار^۵ نرسند، می توانید مشارکت مصرف کننده را بالا ببرید؛ تا این سیگنال را به مصرف کننده بدهید که سعی کند پیشگیری کند، تا درمان؛ که منطقی هم می باشد و با مفهوم کشش تقاضا هم سازگار است؛ به این صورت که کشش تقاضا برای خدمات بیمارستانی بسیار پایین است و اگر فردی به

^۱ . Actuary Sciences

^۲ . High Deductible

^۳ . Conceptual Framework

^۴ . User Fee

^۵ . Catastrophic

عمل جراحی نیاز داشته باشد، حتی اگر بیمه هم نداشته باشد، سعی می‌کند هزینه آن را پردازد. بنابراین، وقتی کشش پایین است، می‌توان قیمت را بدون اینکه نگران کاهش تقاضا بود، بالا برد. از طرف دیگر در برنامه‌های پیشگیری به دلیل اینکه نیاز اضطراری به دریافت خدمات نمی‌باشد؛ همانند واکسن فلج اطفال که اگر فرد واکسن را دریافت نکند احتمال دارد تا آخر عمر به بیماری مبتلا نشود، افزایش قیمت منجر به کاهش مصرف می‌شود. ما انتظار داریم هر مدلی را که می‌خواهیم استفاده کنیم بر اساس اطلاعات، پیشنهاداتی را به ما ارائه کند که با این چارچوب سازگار باشد و این ابزاری را در اختیار ما قرار می‌دهد که بتوانیم نتایج خود را معتبر کنیم و ببینیم که مدل ما چقدر با واقعیت سازگار است.

حال فرض کنیم که شرکت بیمه قصد دارد بخشی از هزینه‌ها را به دلیل کارا بودن به بیماران منتقل کند. اولین مشکلی که پیش می‌آید مبادله‌ی کارایی - عدالت است، یعنی هر زمان که اقدام به اجرای سیاستی می‌کنید که بخواهید بر اساس مکانیزم بازار منابع را تخصیص دهید، اولین سوالی که پیش می‌آید این است که تکلیف کسی که پول ندارد چیست؟ درست است که با واقعی کردن قیمت جلوی مصرف بیش از حد گرفته می‌شود و می‌توان منابع را به سمت تولید کارا تر برد؛ اما مساله سلامت همانند مصرف سایر کالاها نیست؛ به این دلیل که هزینه‌های سلامتی هزینه‌های مصرفی نیستند بلکه سرمایه‌ای‌اند؛ یعنی سلامت به جای کالای مصرفی به عنوان سرمایه انسانی^۱ تعریف می‌شود؛ همانند آموزش. بنابراین وقتی که این دو دیدگاه را با هم نگاه می‌کنید که ممکن است با بالا بردن قیمت در کوتاه‌مدت به هدف کارایی دست پیدا کنید اما از طرف دیگر چون مجموع سرمایه انسانی در سطح ملی کاهش یافته است؛ تولید را پایین می‌آورید و اثر اقتصادی منفی بلندمدت آن بسیار بیشتر از اثر مثبت کوتاه‌مدت است. بنابراین هر تصمیمی که درباره‌ی مشارکت مصرف‌کننده در هزینه‌ها گرفته می‌شود باید رابطه‌ی بین عدالت و کارایی را حل کند و نمی‌توان سیستم را به حال خود رها کرد و این اولین مشکلی است که با آن مواجه‌ایم و نمی‌توانیم بر اساس یک تئوری که همه بر روی آن اجماع دارند حرکت کنیم و تئوری-

^۱ . Human Capital

های اقتصادی به تنهایی راهنمای خوبی برای این زمینه نیستند؛ که یکی از دلایل آن به محدود کردن دسترسی افرادی که مشکل درآمدی دارند برمی گردد و نکته دوم که در مورد شرکت های بیمه بسیار پیچیده است، این است که اشخاصی که از بیماری های مزمن و صعب العلاج رنج می برند را نمی توان به بازار آزاد منتقل کرد؛ حتی در صورتی که می - دانیم مراقبت از یک کودک معلول کمکی به انباشت سرمایه انسانی نمی کند، اما ملاحظات دیگری از عدالت وجود دارند که اجازه نمی دهد فرد را به حال خود رها کرد. در واقع محدودیت های غیراقتصادی این موضوع را پیچیده می کند و این زمانی اتفاق می - افتد که جواب هایی را که از پارامترهای غیراقتصادی دریافت می کنیم گاهی با پارامترهای اقتصادی در تناقض است. به عنوان مثال، اگر بر اساس پارامترهای اقتصادی به جمعیت A معافیت فرانشیز بدهید و از جمعیت B هزینه کامل را دریافت کنید و سپس همین مساله را از لحاظ عدالت و بیماری های خاص بررسی کنید، ممکن است که جای این در گروه با هم عوض شود.

نکته مهم دیگر چگونگی اجرای این سیاست است. آیا نیروی انسانی متخصص، سیستم و اطلاعات لازم را برای اجرا در اختیار داریم؟ و مساله ی بعدی هزینه ی اداره ی این کار است. همه ی این ها ملاحظات است که توجه به آنها بسیار مهم است و هیچ جواب ایده آلی برای آن وجود ندارد و حتی اگر جوابی هم داشته باشد آن قدر پیچیده است که ممکن است ما را از اجرای پروژه منصرف کند.

ملاحظات که هنگام مشارکت مصرف کننده در هزینه ها باید در نظر گرفت:

۱. اگر به پارامتر کارایی نگاه کنید به یک جواب در مورد مشارکت در هزینه ها می رسید.
۲. اگر بر اساس پارامتر هزینه - اثربخشی پیش بروید به یک جواب دیگر می رسید
۳. اگر بر اساس مفهوم اقتصادی کشش تقاضا پیش بروید به یک جواب دیگر می رسید
۴. اگر به ملاحظات و محاسبات آماری توجه کنید به یک جواب دیگر می رسید.
۵. اگر بر اساس بیماری های خاص بخواهید مساله را حل کنید به جواب دیگری دست پیدا می کنید.

و این لیست آن قدر طولانی می شود که در نهایت به نقطه‌ای می رسد که باید یک مقایسه جدی صورت گیرد.

با همه‌ی این پیچیدگی‌ها اولین قدمی را که بیشترین میزان کارایی را به دست می دهد، بدون اینکه به مساله عدالت لطمه‌ای بزند را انتخاب می کنیم. پس از آن که اولین قدم را برداشتیم، عملکرد آن را بررسی می کنیم و به رفتارهای تولیدکننده و مصرف کننده نگاه می کنیم که بینیم چگونه تغییر کرده است و در حالی که خود را پایش می کنیم سعی می - کنیم دقت سیستم را بالا ببریم.

این لیست می تواند طولانی تر هم بشود. به عنوان مثال، مساله انتخاب هدف چه تبعات اجتماعی می تواند داشته باشد؟ چگونه می توان اطمینان یافت که بسته مزایا^۱ی که طراحی می شود، راه را برای تکنولوژی‌هایی که هزینه - اثر بخش نیستند، می بندد؟ به این دلیل که یکی از نگرانی‌های شرکت‌های بیمه این است که آن‌ها از سوی بیمارانشان تحت فشار هستند که بسته مزایا را گسترش دهند؛ و زمانی که تقاضا افزایش می یابد شرکت بیمه حق بیمه را افزایش می دهد تا بتواند خدمت را اضافه کند و سطح لغزانی به وجود می آید که باعث می شود شرکت بیمه نتواند در مقابل بازار این تکنولوژی‌ها بایستد. بنابراین، ما با حل یک مساله پیچیده مواجه ایم و نمی توانیم انتظار جواب‌های صریح و مشخصی را داشته باشیم و این امکان وجود دارد که وارد یک سیکل آزمون و خطا شویم و روش خود را بهبود بخشیم. همچنین امکان تکرار روشی که در جای دیگر استفاده شده است بسیار کم است. در فاز اول پروژه فقط باید به فکر یادگیری باشیم و کارهایی که در جاهای دیگر با بهترین و سریع ترین روش انجام شده است را یاد بگیریم و ببینیم که چقدر از آن‌ها را می - توانیم تکرار کنیم. نکته مهم دیگر این است که تا چه حد ذی نفعان که تعدادشان هم کم نیست برای این کار آماده‌اند و به آن ایمان دارند.

^۱ . Benefit Package

نظرات اعضای پانل

مشکلی که در نظام سلامت ما وجود دارد این است که خدمات مبتنی بر محرک تدارک ارائه می شود؛ نه محرک تقاضا. فرقی نمی کند که خدمت، خدمت دارویی باشد یا بالینی و یا تجهیزات؛ این محرک تدارک است که می گوید این خدمت چه زمانی، چگونه و با چه قیمتی وارد بازار شود. محرک تدارک تعیین می کند که چه خدمتی وارد کشور شود، نه محرک تقاضا. در محرک تقاضا نیاز اجتماعی مطرح است، که متأسفانه در کشور ما وجود ندارد. در بحث مشارکت در هزینه، قبل از پرداختن به این موضوع باید به سراغ این مساله برویم که مردم حاضرند چقدر بپردازند. حساب های ملی بهداشت که در سال ۱۳۸۷ توسط مرکز آمار ایران منتشر شد؛ بیان می کند که از خدمات درمانی که در حوزه بیمه ها ارائه می شود، ۱۱ درصد را سازمان تامین اجتماعی تامین می کند، ۷ درصد را سازمان بیمه سلامت ایران، ۲ الی ۳ درصد را بقیه بیمه ها، ۲۰ درصد از محل دولت و دانشگاه ها و منابع عمومی و ۵۹ درصد را مردم تامین می کنند. یعنی حتی قبل از بحث مشارکت در هزینه ها، سهم پرداخت از جیب مردم بسیار بالاست. بنابراین مشارکت در هزینه ها زمانی معنی پیدا می کند که تکلیف دو موضوع را مشخص کنیم: یکی اینکه منابع چگونه جمع آوری می شوند؟ آیا منابعی که جمع آوری می کنیم صعودی^۱ است یا نزولی^۲؟ قبل از برنامه پنجم توسعه همه ی منابع نزولی بود. در برنامه پنجم تا حدودی به سمت صعودی شدن پیش رفت که البته برای آن یک سقف تعیین کردند که خود مانع و عامل مهمی شد که باید حل شود. دوم اینکه در پرداختن به هزینه ها باید رویکرد خود را به عنوان سازمان بیمه ای عوض کنیم. در گذشته رویکرد سازمان های بیمه ای این بود که صندوق پرداخت بودند. صندوق پرداخت هم رسالت مشخصی داشت که این گونه تعریف می شد: پول از طرف بیمه شده صحیح، به فراهم کننده صحیح، به مبلغ صحیح و با قیمت صحیح پرداخت شود. اما امروزه رسالت سازمان های بیمه ای حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه های ناشی از بیماری است؛ و در صورتی معنی پیدا می کند که ما سه وظیفه را انجام داده باشیم:

^۱ . Progressive

^۲ . Regressive

۱. سازمان بیمه‌ای باید به گونه‌ای عمل کند که مشکلات مالی مانع دسترسی مردم به خدمات نشود.
۲. پس از دسترسی به خدمات اجازه ندهیم که با هزینه‌های فاجعه‌بار (کمر شکن) مواجه شود.
۳. اگر دچار هزینه‌های کمر شکن شد، اجازه ندهیم که در تله فقر گرفتار شود.
اگر این پروژه انجام شود می‌توانیم امیدوار باشیم که:

۱. همبستگی اجتماعی ایجاد کند.
 ۲. یارانه متقاطع^۱ ایجاد نماید.
- باید بتوانیم از اقشار برخوردار جامعه مشارکت بیشتری دریافت کنیم و طبقه غیر برخوردار را شناسایی کنیم و از قشر مرفه یارانه‌ای به سمت قشر غیربرخوردار انتقال دهیم.
- هم کشور ما فضای پیچیده‌ای دارد و هم بحث مشارکت در پرداخت‌ها و فرانشیز طبیعت پیچیده‌ای دارد، که باید فاکتورهای زیادی را در نظر گرفت و در چند سال اخیر به دلیل مشکلات تحریم‌ها و کاهش منابع نظام سلامت این وضعیت پیچیده‌تر هم شده است. سیاست‌گذاران نظام سلامت، مجموعه‌ی وزارت بهداشت، وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر باید بر روی این نوع موضوعات عمیق‌تر فکر کنند؛ به خصوص در مورد طبقات پایین‌تر جامعه؛ و چتر حفاظت مالی‌ای را طراحی کنند که با موضوع فرانشیز هم مرتبط باشد. در ادبیات کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)^۲ بین بحث پرداخت از جیب^۳ و فرانشیز تفاوت چندانی قائل نمی‌شوند و همه را تحت عنوان پرداخت از جیب در نظر می‌گیرند. اما در کشور ما آن چیزی که تحت عنوان فرانشیز گفته می‌شود، سهمی است که بیمه شده به صورت قانونی هنگام دریافت خدمت می‌پردازد؛ نه چیزی که به صورت غیر قانونی

^۱ . Cross Subsidy

^۲ . Organisation for Economic Co-operation and Development

^۳ . Out of Packet

و تحت عنوان پرداخت از جیب از آن نام برده می شود. وضع پرداخت از جیب در یک سال اخیر در کشور بدتر شده است و عددی که تخمین زده می شود بسیار بزرگ است.

• عملکرد تولیتی سازمان بیمه اجتماعی چرخیدن نیست و وظیفه اصلی آن عدالت، دسترسی و افزایش سلامت جامعه است؛ هرچند که باید بتواند از پس مخارج خود برآید و این شرط لازمه اجرای سایر وظایف آن می باشد؛ و باید بحث آن را از سازمان های اکچواری^۱ جدا کنیم. اگر سازمان بیمه اجتماعی مطالبات اکچواری داشته باشد، به منظور پیش بینی و برنامه ریزی است، نه برای تنظیم پرداخت هایش، و عملکردشان با هم متفاوت است. ما تئوری های اقتصادی جا افتاده و مشخصی داریم، اما چیزی به نام نظر اقتصاددانان که جهت ثابتی داشته باشد نداریم و بهترین تئوری های عدالت هم تئوری های اقتصادی اند. اینکه وظیفه سازمان تامین اجتماعی ساخت بیمارستان نمی باشد به این معنی نیست که ساخت بیمارستان وظیفه دولت نیست. اگر رفتار بخش خصوصی را در ایران بررسی کنیم می بینیم که بیمارستان های خصوصی در جایی ساخته می شوند که بازار جواب بدهد، همان طور که در شهر تهران بیشتر بیمارستان ها در شمال شهر ساخته شده اند. بیمارستان خصوصی هیچ وقت به نیاز جدی جامعه پاسخ نمی دهد. بهتر است در کنار بحث مشارکت در هزینه ها بحث روش های پرداخت هم مطرح شود؛ چرا که بسیاری از چالش هایی که ما در کشور با آن مواجه ایم، بحث روش های پرداخت به پزشک و بیمارستان است که ممکن است راه حل های ما را بر هم بزند. میزان سیگنالی که سازمان بیمه گر اجتماعی به بیمار منتقل می کند تا چه حد است؟ آیا سیگنال بین انتخاب داروی ژنریک و تجاری است؟ به این معنی که به بیمار می گوید که اگر داروی ژنریک را انتخاب کند هزینه آن چقدر است؛ و اگر داروی تجاری را انتخاب کند می بایست مابه التفاوت آن را خود بپردازد. یا خیر؛ سیگنال در این حد است که خدمت را انتخاب کند یا نکند؟ این در حالی است که سیگنال اصلی باید به ارائه کننده خدمت منتقل شود؛ و انتخاب بسته بر این مبنا صورت گیرد. رویکرد

^۱ . Actuary

دیگری که در بحث مشارکت در هزینه‌ها مطرح است بحث سقف‌های هزینه‌ای است که به خصوص در بیماران مزمن مطرح می‌باشد؛ به این صورت که فرانشیز از همه دریافت می‌شود و در جایی که بیمار به حد بالاتری از سقف پوشش بیمه نیاز دارد، وظیفه بیمه‌گر است که پوشش بیشتری ارائه کند؛ چیزی که خلاف رفتار عادی بیمه-گران در ایران است. یعنی زمانی که هزینه‌ی بیمار از حد مشخصی بالاتر می‌رود او را رها می‌کنند.

• دلیل اینکه سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت افزایش یافته؛ این است که در حوزه‌ی وظایف در نظام سلامت کشور ما تفکیک صورت نگرفته است. در کل دنیا برای نظام سلامت چهار رکن قائل شده‌اند:

۱. تولید و سیاست‌گذاری، که در کشور ما بر عهده‌ی وزارت بهداشت می‌باشد
۲. تامین منابع مالی، که قاعدتا باید توسط سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود
۳. تولید تجهیزات و ابنیه بیمارستانی، که بخش اعظمی از آن را وزارت بهداشت انجام می‌دهد

۴. تامین منابع انسانی، که سهم عمده آن بر عهده وزارت بهداشت است همان‌طور که بیان شد، ۲۰ درصد از سهم هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر تامین می‌شود. اما سازمان‌های بیمه‌گر، چقدر می‌توانند بر روی همین ۲۰ درصد تاثیر گذار باشند، تا بتوانند برنامه ریزی درستی برای آن انجام دهند؟ برنامه‌ریزی برای کل پول‌هایی که در نظام سلامت توزیع می‌شود، باید در بخش تامین منابع مالی و سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود. این در حالی است که مولفه‌های بسیاری بر روی همین ۲۰ درصد سهم سازمان‌های بیمه‌گر تاثیر می‌گذارند، که مهم‌ترین آن‌ها خود وزارت بهداشت می‌باشد، که بدون تفکیک وظایف در حوزه‌های خدمتی، تولید، سیاست‌گذاری و اجرا فعالیت می‌کند. به عنوان مثال، زمانی که تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی به سازمان پزشکی واگذار شد، شکاف بزرگی بین تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتی به وجود آمد. تا زمانی که ما بر

^۱. Expenditure Cap

اساس آنچه توسط قانون تعیین شده، عمل نکسیم و تفکیک وظایف انجام نگیرد، با همه‌ی این مشکلات دست به گریبان خواهیم بود.

نظرات شرکت کنندگان

• آیا اینکه ما با وضع تعرفه به دنبال کنترل تقاضا باشیم مفهوم درستی می‌باشد؟ سلامت و بیماری دارای هزینه‌هایی می‌باشند؛ بخشی از این هزینه‌ها هزینه‌های مستقیم^۱ است؛ همانند هزینه پزشکی و دارو. بخش دیگر هزینه‌های غیرمستقیم^۲ می‌باشد، مثل هزینه‌های مراقبت اعضای خانواده از فرد بیمار. نوع دیگر هزینه‌ها، هزینه‌های ناملموس^۳ خوانده می‌شوند؛ هزینه‌هایی مانند درد و رنج که در اثر بیماری به فرد تحمیل می‌شود. حتی اگر هزینه‌های مستقیم هم رایگان باشند و فرد هنگام بیماری پولی پرداخت نکند، به دلیل هزینه‌های غیر مستقیم و ناملموس علاقه‌ای به بیمار شدن ندارد. بنابراین حتی در مورد خدمات سلامت هم تقاضای بی‌مورد وجود ندارد. اگر در شرایطی که هیچ پرداختی وجود ندارد، مردم بی دلیل از خدمات استفاده می‌کنند، باید به دنبال علت آن بگردیم. این مساله معمولاً در کشورهایی که نظام سلامت ساختار مناسبی ندارد روی می‌دهد. اما اگر نظام سلام دروازه بانانی^۴ داشته باشد، همانند پزشک خانواده، اگر فردی بخواهد بیش از حد از خدمات استفاده نماید، باید از سد پزشک خانواده بگذرد، در نتیجه این پزشک می‌تواند تشخیص دهد که چرا این فرد بیش از حد از خدمات استفاده می‌کند.

• اگر پول زیادی از بیمار دریافت کنیم، در خدماتی که تقاضا برای آن‌ها فی نفسه بالا نیست، همانند خدمات پیشگیری، ممکن است تقاضا به شدت کاهش یابد؛ و خدماتی که با افزایش قیمت دچار کاهش تقاضا نمی‌شوند، ممکن است که بحث هزینه‌های

^۱ . Direct Cost

^۲ . Indirect Cost

^۳ . Intangible Cost

^۴ . Gatekeepers

فاجعه بار پیش بیاید و فرد را به ورطه فقر بیاندازد. بنابراین، چه تقاضا کم باشد و چه زیاد، دریافت فرانشیز مخاطراتی را برای آن خدمات پیش می آورد. خدمات سلامت از جنس خدمات و کالاهایی که در بازار است نمی باشد؛ و به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی که بین بیمار و ارائه کننده وجود دارد، کسی که باید تشخیص دهد که چه خدمتی باید وجود داشته باشد و همه حق برخورداری از آن را دارند، مردم نیستند، بلکه وظیفه مرجع دیگری می باشد.

پاسخ سخنران: تشکیکی در این مورد وجود دارد که اگر ما بیمه دست و دلبازی داشته باشیم، مصرف کنندگان به هیچ وجه سوء استفاده نمی کنند. اما در این قضیه تردید وجود دارد. به عنوان مثال، در کشور آمریکا هزینه‌ی عمل جراحی از تمام بسته‌های مزایای بیمه خارج شده است؛ اما در عین حال یکی از بالاترین پرداخت‌های بیمه در آمریکا، هزینه جراحی پلاستیک است. اما علت اینکه جراحی پلاستیک در بسته مزایا نیست اما بالاترین پرداخت‌ها بابت آن صورت می گیرد چیست؟ این مثال آشکارترین نمونه مخاطرات اخلاقی است. در صورتی که به عنوان مثال، در اثر سوختگی، وضعیت جسمی بر روی وضعیت روحی تاثیر بگذارد، شرکت بیمه خود را موظف می داند که تمام هزینه‌های جراحی پلاستیک را بپردازد، که خود مثالی از مخاطرات اخلاقی است و نمی توان منکر آن شد.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- بحث اکچواری معمولاً در بیمه‌های خصوصی وجود دارد؛ و در کشور ما بیمه‌های اجتماعی و خصوصی هر کدام مکانیزم متفاوتی برای تعیین حق بیمه دارند. آیا در این مطالعه اعتقادی به تعیین حق بیمه بر اساس اکچواری وجود دارد؟ اگر نه، فلسفه‌ی اینکه در بیمه‌های اجتماعی از اکچواری استفاده می شود چیست؟ منطقی که بحث تعیین مشارکت در پرداخت^۱ را مطرح می کند، موضوع مخاطرات اخلاقی می باشد، اما در کشور ما بحث مخاطرات اخلاقی پیچیده تر می باشد، چراکه این بیماران نیستند که به این دلیل که به طور کامل بیمه شده‌اند، تقاضای خود را افزایش می دهند؛ بلکه پزشکان

^۱ . Co-payment

هستند که آن‌ها را با این سمت سوق می‌دهند. آیا در این مطالعه به این قدرتی که در صنف پزشکان وجود دارد که می‌تواند بازار را تحت تاثیر قرار دهد توجه شده است؟

- یکی از مواردی که باید به آن توجه شود، ساختار نظام سلامت است که ایرادات اساسی دارد و نمی‌تواند پاسخگوی ارائه خدمات عادلانه باشد. تا زمانی که ساختار نظام سلامت بخش‌بندی شده و گروه‌های اجتماعی مختلف طبقه‌بندی شده‌اند، نمی‌توانید انتظار داشته باشید که آن جامعه به طرق دیگر مشکل خود را حل کند. اگر بخواهیم با بازار ایران و اجتماع آن واقع بینانه برخورد کنیم، باید ببینیم که در چه بستر ساختاری، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کار می‌کنیم و متناسب با آن سناریوهای مختلف را ببینیم و بر روی آن‌ها تمرکز کنیم. اگر ما مشخص کنیم که چقدر بودجه در اختیار داریم، می‌توانیم تمام انرژی خود را ابتدا بر روی سلامت عمومی^۱ و پس از آن، بیمارستان‌های دولتی قرار دهیم.

- نمی‌توان با یک کالا ابتدا رفتار بازاری داشت و پس از آن سعی کنیم کالا و صاحب آن را مهار کنیم. زمانی که خدمات، تجهیزات پزشکی، دارو و ... را کالا بنامید؛ باید بپذیرید که تولیدکنندگان و عرضه‌کنندگان رفتارهای حاکم بر بازار را بر آن‌ها اعمال می‌کنند. لذا نمی‌توانید تقاضای القایی و فاکتورهایی از این دست را نادیده بگیرید. بنابراین، قبل از اینکه تصمیم بگیریم که مدل‌های حمایتی بیمه‌ای چگونه باشد، باید ترسیم کنیم که در چه ساختاری صحبت می‌کنیم.

- اینکه سهم سلامت از GDP چقدر باشد مهم نیست، اینکه از این سهم چگونه استفاده کنیم مهم است. مطالعات این موضوع را که خدمات بیمارستانی بی‌کشش است را تایید نکرده‌اند. طبق بررسی‌ها، خدمات بستری برای اقشار پردرآمد کالای لوکس و برای اقشار کم‌درآمد کالای ضروری می‌باشد. ما ابتدا باید چارچوب نظام سلامت را مشخص کنیم و سپس تصمیم بگیریم که مشارکت در هزینه‌ها چگونه باشد. این سوال مطرح می‌شود که چه تعاملی بین بحث پزشک خانواده که سعی دارد ارائه دهنده را در ریسک‌ها مشارکت دهد و یارانه‌ای که قرار است از بخش عرضه به تقاضا منتقل شود

^۱ . Public Healthcare

وجود دارد؟ بحث دیگری که مطرح می‌شود برنامه سوم توسعه است که در آن مساله بیمه مکمل مطرح شد، اما بیمه مازاد اتفاق افتاد و همین مساله باعث شد که شاهد بیشترین فراوانی هزینه‌های کمرشکن در دهک‌های بالای درآمدی باشیم. در کشور-های دیگر هم بیشترین افرادی که دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند در دهک‌های بالای درآمدی قرار داشته‌اند و علت آن هم حضور بخش خصوصی با قیمت‌های بالا می‌باشد. در ایران علت آن مهاجرت برای دریافت خدمات پرهزینه‌ی کشورهای دیگر است.

پاسخ سخنران: طبق شبیه‌سازی که انجام شده است، هزینه‌های کمر شکن و احتمال فقر در درآمدهای پایین‌تر بسیار بالاتر از درآمدهای بالاتر است و منطقی هم می‌باشد که یک فرد با درآمد کم‌تر، بیش از ۳۰ تا ۴۰ درصد از درآمد سالانه‌اش را صرف درمان کند.

ادامه نظرات شرکت کنندگان

- حدود ۲۰ درصد از منابع سلامت در اختیار بیمه‌ها می‌باشد. همه‌ی سیستم‌های پرداخت ما بیمه‌ای نیست که بگوییم فرانشیز در ازای محاسبات اکچواری. اگر بخواهیم با دید حفاظت مالی نگاه کنیم، در هر صورت با دو شاخص عمده‌ی هزینه‌های فاجعه‌بار و پرداخت از جیب سر و کار داریم، پس بهتر است که طرح‌ها را به گونه‌ای بچینیم که قابل استفاده در بخش‌های مشابه هم باشد. در برخی موارد به فرانشیز به عنوان منابع سلامت نگاه نمی‌کنند و ممکن است هدف اصلی آن کنترل مخاطرات اخلاقی باشد؛ ولی با این دلیل خاص که در مدل‌هایی مثل حفاظت مالی، با عناوینی غیر از فرانشیز هم ممکن است استفاده شود، شاید بتوانیم آن را تغییر دهیم.
- فرانشیز برای اصلاح رفتار یا شکل‌دهی رفتار عرضه‌کننده و ارائه‌کننده خدمات است و این رفتار در قالب یک اکوسیستم مطرح می‌شود. اگر ساختار فعلی را بخواهیم با برچسب فرانشیز درست کنیم، امکان پذیر نمی‌باشد. فشارهای پیش‌رانی که در حوزه‌ی این رفتار در نظام اجتماعی وجود دارد متکثر است، یعنی اگر بخواهید از طریق فرانشیز و با تعیین مدلی برای مقدار فرانشیز پیش بروید، فقط به بخشی از نیروهای موثر بر نظام سلامت تکیه می‌کنید. رویکردهای متفاوتی برای تعیین فرانشیز وجود دارد چون هر کدام از زاویه یک نیروی پیش‌ران به داستان نگاه می‌کند. بنابراین برای موفقیت در

تعیین فرانشیز باید این اصل را پذیرفت که فرانشیز یک ابزار برای تعیین و هدایت رفتار، تشویق انجام یک رفتار و یا کاهش انجام یک رفتار از طرف عرضه کننده و ارائه کننده می باشد. نگاه سیستمی، دیدگاه وسیع تری خواهد داشت، به این دلیل که بعضی از دیدگاه ها هذلولی اند، بعضی سینوسی، بعضی اشباع پذیر و بعضی خطی اند و ... همه ی اینها را لحاظ کنید و با این دیدگاه ببینید اگر قرار باشد فرانشیز در اینجا شکل بگیرد، در اکوسیستم آن ساختار، تعرفه، سازماندهی و ... چه تغییری باید بکند. همه ی اینها تاثیرگذارند و می توانند بر پیشرفت و یا ممانعت کار موثر باشند.

- ما همیشه باید به عملکرد اصلی بیمه سلامت توجه کنیم. ضمن پذیرش اینکه بیمه سلامت به دلیل شرایط بازار عملکردهای دیگری دارد، اصلی ترین کار بیمه با ریسک می باشد. ریسکی که ما پذیرفته ایم در ازای آن حق بیمه ای دریافت کنیم و می خواهیم فرد را هنگام خطر از ریسک نجات دهیم، قطعیت هزینه آن چگونه صورت می گیرد؟ اگر قطعیت هزینه اتفاق افتد و همه ی ریسک به عهده بیمه باشد یا بخشی از آن به عهده مردم باشد، اگر پرداخت کننده بخواهد تمام این ریسک را بپذیرد، ممکن است مشارکتی که پرداخت کننده در قطعیت ریسک دارد به اندازه ریسکی که قبول می کند نباشد. هر چقدر بتوانیم به کسی که ریسک را قطعی می کند پرداخت بیشتری انجام دهیم و برای آن یک مانع بترسیم که این مانع می تواند به شکل مشارکت در هزینه یا فرانشیز باشد؛ یعنی در برخی موارد وقتی بیمار در قطعیت ریسک تاثیری ندارد، تحمیل فرانشیز به او غیر معمول است، چون نمی تواند رفتارش را تغییر دهد و اگر برخی از این ریسک ها به این مسئله بر می گردد که ارائه کننده یا موارد دیگری در قطعیت ریسک تاثیر بیشتری دارند، باید locus ریسک یا بخشی از آن را بر دوش آن ها قرار دهیم و تا وقتی که ارائه کننده را از هزینه ها آگاه نکنیم این احتمال وجود دارد. اعمال فرانشیز به تنهایی کافی نیست بلکه کل نظام پرداخت یک طرف داستان است و بعد از آن شرایط فعلی کشور هم مهم است. همه ی مشکلات ما در مصرف بی رویه نیست اما آیا همه ی مصرف بی رویه ی ما به علت مخاطرات اخلاقی است؟ یا علل دیگری مثل تقاضای القایی و ... هم تاثیر

می‌گذارند. اگر بتوانیم همه‌ی این‌ها را اندازه بگیریم، آنگاه می‌توانیم رسالت اصلی خود را انجام دهیم. مثالی که در دنیا وجود دارد این است که در جاهایی که نظام ارجاع به کار رفته با هزینه‌های کمتری مواجه بودند و جاهایی که حساب‌های شخصی سلامت را بکار بردند، مثل سنگاپور، هم هزینه‌های کمتری به ازای خدمت و کیفیت آن متحمل شده‌اند. اگر ما بخواهیم این برنامه‌ها را در کشورمان اجرا کنیم، باید به شرایط خودمان توجه کنیم و برنامه را با توجه به آن تغییر دهیم. فقط پزشکان نیستند که ایجاد تقاضا می‌کنند، بلکه بیماران هم تقاضا می‌کنند، علت تقاضای بیماران، جواب نگرفتن، آگاهی نداشتن و ... است.

• چند گزاره ساده اما بسیار جدی در اینجا مطرح است:

۱. ما بر روی مبانی نظری موضوعی به اسم مدل تعیین فرانشیز صحبت می‌کنیم و دریافتیم که این مبانی نظری بسیار پیچیده است و مبتنی بر حوزه‌های اجتماعی مختلف، می‌توانند پیچیده تر هم شود.

۲. فرانشیز به دو دلیل خاص صرفاً یک ابزار است: تامین بخشی از منابع مالی در نظام سلامت، ابزاری برای کمک به اصلاح نظام سلامت است، چون خود به تنهایی موثر نیست و در ترکیب با سایر عوامل دیده می‌شود.

فرض کنیم که ما به شناخت از این ابزار رسیدیم، حال این ابزار را چه کسی و چگونه باید استفاده کند؟ گفتیم که بیمه بعنوان وکیل بیمه شده تعریف شده است، اما بخش زیادی از مشکلاتی که در حال حاضر ما با آن مواجه ایم ناشی از این است که این تعریف در عمل درست نیست. در نظام سلامت ما، بیمه مساوی وکیل بیمه شده نیست و ما هم هیچ تلاش معناداری برای اصلاح آن نمی‌کنیم و در طول زمان این فرایند را بطور معکوس انجام می‌دهیم، یعنی اثر گذاری بیمه در اصلاح نظام سلامت به صورت عکس عمل می‌کند. با این پیچیدگی عوامل، دستیابی به راه‌حلی که همه بر روی آن توافق داشته باشند بسیار دشوار است. باید از یک نقطه شروع کنیم و با آزمون و خطا آن را اصلاح کنیم. اما این نقطه کجاست؟ آیا ما باید دوباره با محرک تدارک این کار را انجام دهیم یا با نگاه به محور تقاضا؟ این موضوع ممکن است آن‌قدر اثرات

نامطلوب داشته باشد که می‌خواهیم حتی تعاریف پایه‌ای کالا را در این جا عوض کنیم. خدمات درمانی اول یک کالا است، بعد یک کالای ویژه، با خصوصیتی که ارائه‌دهندگان خدمت تعریف می‌کنند. پس به عنوان یک کالا باید برای آن ارزش کالایی در نظر بگیریم. بهتر است در نتایج حاصل از پروژه و بکارگیری آن محور تدارک را با محور تقاضا تغییر دهیم.

- علاوه بر دو عملکرد اصلی سازمان‌های بیمه‌گر که شامل همبستگی و یارانه متقاطع می‌باشد، یک مولفه دیگر هم وجود دارد که کمتر به آن پرداخته شده است و آن بحث مسئولیت‌پذیری فردی می‌باشد، اینکه چرا مردم از خدمات پیشگیری کمتر استفاده می‌کنند یا در بحث‌های غربالگری کمتر مشارکت می‌کنند.

پاسخ سخنران: اگر نظام ارجاع درست نباشد، اگر جدول پرداخت در ارائه دهنده بر اساس پرداخت بر مبنای عملکرد و یا دیگر روش‌ها نباشد، مشارکت در هزینه‌ها مشکلی را حل نخواهد کرد. ما به دنبال درآمد سازی نیستیم، ولی اینکه بگوییم به این درآمد نیاز نداریم، مسوولانه نمی‌باشد. ما به این درآمد اندک هم نیاز داریم و این نیاز بیشتر هم خواهد شد و اگر قرار است هزینه‌ای از بیمار دریافت شود باید حساب شده عمل شود، نباید اجازه داده شود که به صورت ناکارا و پرداخت‌های غیر رسمی انجام گیرد.

جمع‌بندی

شواهد محکمی از اینکه آیا درست است که یارانہ را مستقیماً به گیرنده خدمت بدهیم، در دست نمی‌باشد. مطالعاتی هم که در دنیا انجام شده است، به رغم خوش بینی‌های اولیه، در درازمدت نتایج محکمی به دست نداده‌اند. دسترسی بیشتر به خدمات سرپایی منجر به استفاده بیشتر از خدمات بستری می‌شود. مراقبت‌های بهداشتی اولیه از دو طریق خدمات بستری را تحت تاثیر قرار می‌دهند: یکی حساسیت تقاضا به مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد و به این معنی است که اگر پیشگیری زودتر انجام گیرد، نیازی به بستری بعدی نمی‌باشد. دیگری حساسیت تقاضا به دسترسی است، که مفهوم آن این است که با دسترسی به پزشک احتمال بستری شدن افزایش می‌یابد و تعادل این دو به راحتی قابل پیش بینی نمی‌باشد. بحث تمایل به پرداخت هم مطرح می‌باشد، اینکه جامعه چقدر ظرفیت دارد. طبق مطالعه‌ای که انجام شده است، خانوارها در کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین حاضرند حدود دو درصد از سرانه GDP خود را به سلامت اختصاص دهند و عمده‌ی این خانوارها کسانی هستند که نگرانی پرداخت از جیب بالا را دارند.

یازدهمین نشست تخصصی مشترک

عدالت در پرداخت هزینه های سلامت
مروری بر سیاستها و چالش های کاهش
هزینه از جیب خانوار

سخنران

دکتر آرش رشیدیان

رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۲/۶/۲۶

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر حسن امامی رضوی، معاون درمان وزارت بهداشت

اعضای پانل

دکتر حریری - معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت

دکتر جهانگیری - معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی

دکتر طباطبایی - رئیس اداره هماهنگی و برنامه ریزی های بیمه سلامت

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاستگذاری

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر کاظمیان، دکتر صادقی راد، دکتر ادیانی، دکتر واعظ مهدوی، دکتر وثوق مقدم،

دکتر محسن پور، دکتر بیگلر

متن سخنرانی

مقدمه

بحث امروز، بحث خرید از جیب است. چالشی است که با آن روبرو هستیم و به مدت طولانی و سال‌های زیادی است که این موضوع اتفاق افتاده و خیلی از دلایل را هم در مورد این موضوع می‌دانیم. سوال اصلی است این است که چه کاری بایستی انجام دهیم ولی تصور من این است که در سال‌های اخیر، مشکلی که با پرداخت از جیب داشته‌ایم این است که به اندازه کافی روی خود مشکل تمرکز نکرده‌ایم. در این نشست اشاره‌ای به جنبه‌های مختلف مشکل خواهیم داشت و در پایان بحث به توصیه‌هایی که می‌توان به کار گرفت می‌رسیم. از یک جنبه هم زمان خاصی را در کشور سپری می‌کنیم. هم با بحران جدی اقتصادی مواجه هستیم، بدون اینکه به دلایل آن و روند حرکت آن پردازیم. البته وجود بحران تاثیرات زیادی در سیاستگذاری خواهد داشت. دوم اینکه، دولت جدیدی در کشور مسوولیت را برعهده گرفته که بر شرایط سیاستگذاری فی نفسه تاثیر خواهد داشت. به دلیل اینکه بحث پرداخت از جیب چالش مزمنی است، ممکن است این موضوع باعث شود که اقدامات و فعالیت‌های جدیدی در این زمینه صورت گیرد. در بخش نخست اشاره‌ای خواهیم داشت به اینکه دقیقاً منظور از نسبت هزینه از جیب، سهم خانوار از بهداشت و درمان زمانی که هزینه از جیب پرداخت شود، چه چیزهایی هستند. علت اینکه این مباحث را مرور سریع می‌کنم این است که بزرگواران زیادی مخصوصاً در رسانه‌ها وقتی صحبت می‌کنند، لغت را به طرز اشتباهی به کار می‌برند و در تصمیم‌گیری‌ها به معنی دقیق آن توجه نمی‌شود. در مورد تفسیر و نگرانی‌های پیرامون آن بحث خواهیم کرد. همچنین اشاره و یک نگاه اقتصادی و سیاستگذاری به موضوع خواهیم داشت. در واقع زمانی که دنبال راه حل می‌رویم، بایستی بدانیم که چگونه به راه حل نگاه کنیم. اشاره‌ای به شواهدی که مربوط به سال‌های اخیر است و نتایج آنها خواهیم داشت. شواهدی که دلایل هزینه‌های از جیب بالا در کشور را بیان می‌کنند. یک نگاه و مروری بر اینکه در سال‌های اخیر چه اقداماتی انجام شده است خواهیم داشت. چندین سال است که در

سیاستگذاری های کلان کشور، به موضوع پرداخت از جیب و هزینه ها اشاره می شود و نیز اینکه سهم هزینه از جیب بیماران از کل هزینه های بهداشت و درمان را کاهش دهیم. مروری ساده و خلاصه وار به موضوعات خواهیم داشت. راه حل های جدی که به نظرم رسیده است را اشاره خواهم کرد و در نهایت یک جمع بندی خواهیم داشت.

پرداخت از جیب (OOP) یعنی چه؟

نسبت هزینه از جیب عملاً پرداختی است که خانوارها یا استفاده کنندگان از خدمات، در هنگام دریافت خدمات پرداخت می کنند. برخی تعریف ها حق بیمه را نیز جزء OOP لحاظ می کنند. نظر به اینکه ماهیت حق بیمه از نظر رفتاری و سیاستگذاری متفاوت است، وارد کردن حق بیمه در OOP خلط مبحث ایجاد کردن است. چیزی که ما به آن اشاره می کنیم، هزینه از جیبی است که برای دریافت خدمات در هنگام گرفتن خدمات، پرداخت می شود و نه پیش پرداخت ها. پرداخت از جیب یک زمینه جدی تامین مالی نظام سلامت در کشور می باشد. در حالی که نباید این گونه باشد. وقتی از شرایط ایده آل صحبت می کنیم به این موضوع می پردازیم که هزینه از جیب نباید منبع جدی تامین مالی باشد و میزان آن به حدی باید باشد که رفتار مصرف کننده را کنترل کند. در حالی که در شرایط کشور ما، OOP یک منبع عمده تامین مالی است. دو منبع دیگر شامل بیمه های اجتماعی و بودجه های دولت است. منابع دیگری نیز به عنوان منابع تامین مالی مطرح می شوند که از آن جمله به بیمه های خصوصی و توریسم درمانی می توان اشاره کرد که البته در هیچ جای دنیا، اینها منبع اصلی تامین مالی نظام سلامت نمی باشند. لازم به ذکر است که کمک های مالی خارجی در برخی کشورها منبع بزرگی به حساب می آیند که در کشور ما معنی پیدا نمی کند.

درصدی از کل هزینه بهداشت و درمان که از جیب پرداخت می شود، مخرج کسر کل هزینه های بهداشتی و زیر ساختی که خود بیمار به چشم آنها را نمی بیند را نیز شامل می شود. یعنی شامل زیرساخت های نگهداشت بیمارستان، شبکه، بهداشت عمومی و هزینه های آموزشی. بنابراین اگر صورت کسر ما بیش از ۵۰ درصد کل هزینه ها باشد مریض

^۱ Out Of Pocket

بیش از حد طبیعی، سنگینی هزینه‌ها را احساس می‌کند. برای درمان، این نسبت عملاً بیشتر از اینها خواهد بود، چرا که مخرج کسر به حوزه‌هایی می‌رود که انتظار نمی‌رود و ارتباط مالی هم با بیمار رخ نمی‌دهد. عدد حدود ۵۴ درصد، عددی است که در گزارش سال ۸۷ وزارت بهداشت به آن اشاره شده است.

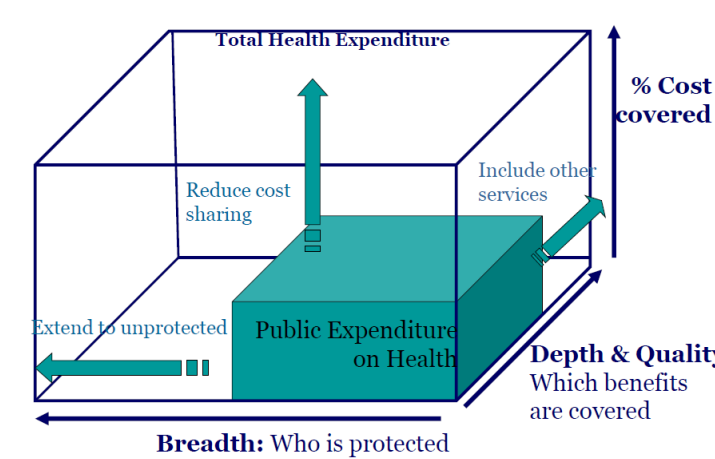
گزارش‌هایی دیگر نیز در حوزه برآورد OOP کم و بیش یکسان می‌باشد. به وضعیت OOP در امسال، اشاره‌ای خواهیم داشت. نکته مهم این است که هدف سیاستگذار رسیدن به عدد زیر ۳۰ درصد است، در حالی که این رقم در کشور بالای ۵۰ درصد است. بایستی بپذیریم که بالا بودن این عدد در کشور یعنی وجود مشکل جدی در مدیریت نظام سلامت. علی‌الرغم اینکه نظام سلامت ما در بحث PHC واقعا موفق بوده و تاثیری که در سال‌ها و دهه‌های اخیر، نظام سلامت روی سلامت مردم داشته فوق‌العاده بوده است، ولی OOP بالای ۵۰ درصد، نشان دهنده بیماری بسیار جدی نظام سلامت است که نیازمند توجه جدی می‌باشد. این موضوع بایستی به صورت شفاف به همه سیاست‌گذاران حوزه‌های عمومی اطلاع داده شود. کاری که در واقع وزیر محترم بهداشت طی چند سخنرانی خود انجام داده‌اند.

از OOP به عنوان شاخصی برای تامین مالی عادلانه استفاده می‌شود. به طوری که هر چقدر مقدار آن بالا باشد، ریسک بی‌عدالتی را نشان می‌دهد. اما واقعیت این است که بایستی با دقت به این شاخص توجه شود. مهم است که چه کسی OOP را پرداخت می‌کند. اگر سیستم طوری باشد که فقرا پول ندهند و ثروتمندها پرداخت نمایند، نگرانی جدی را ایجاد نمی‌کند. اینکه برای چه خدمتی پرداخت می‌شود نیز مهم است. در شرایطی که برای جراحی زیبایی پرداخت می‌شود در این صورت ممکن است ما را زیاد نگران نکند. از همه اینها مهم‌تر این است که بدانیم که افراد چقدر خدمت دریافت می‌کنند. راحت‌ترین روش کاهش OOP این است که مراکز ارائه خدمات تعطیل شود! بنابراین ما برای هر کاهش هزینه از جیبی نباید فکر کنیم که اتفاق خوبی افتاده است.

برخی از تخمین‌ها نشان می‌دهند که OOP در حال کاهش بوده و یا ثابت مانده است. اگر در شرایط اقتصادی کنونی هزینه از جیب ثابت مانده باشد شاید نشانه بحران بوده و علامت خوبی نباشد. معنی آن این است که افرادی که باید خدمتی را دریافت کنند، دریافت

نمی کنند. بنابراین دقت کنیم که حرفی که شاخص می زند محدود و جزیی است و تفسیر این شاخص نیازمند دقت در موضوعات دیگری است. در سیاستگذاری و مخصوصاً در تعاملات وزارت بهداشت با بخش های عمومی و چالش های مربوط به آن، اهمیت زیادی خواهد داشت.

تصویری که ملاحظه می کنید و عزیزان با آن آشنا هستند، پوشش همگانی سلامت را نشان می دهد و شامل ۳ بخش جمعیت تحت پوشش، خدمات تحت پوشش و نسبتی از پولی که برای خدمات پرداخت می کنند، می باشد. داخل بقیه باکس پوشش همگانی سلامت، آن چیزهایی که افراد باید بگیرند و نمی گیرند، نیز حضور دارد. بنابراین در سیاستگذاری وقتی می خواهیم این موضوع را تفسیر کنیم، به تفکیک سه بخش بایستی توجه کنیم و بینیم چه اتفاقی می افتد.



مهمترین نکته این است که OOP به شدت در کشور افزایش یافته و درصدهای ۶۰ و ۷۰ در این زمینه مطرح می شود. ۶۰ درصد را در سال ۸۸ و ۸۹ داشته ایم و این تخمین ها همان موقع هم وجود داشت، اما شواهد زیادی از آن حمایت نمی کرد. یک عده دیگری که همکار وزارت بهداشت نیز هستند که تخمین های کمتر از مقادیر ۶۰ و ۷۰ درصد را داشته اند. شرایط کنونی کشور به گونه ای است که مطمئناً هر چقدر عدد مربوط به OOP بالا باشد اوضاع فشار هزینه ای بر خانوار جدی است.

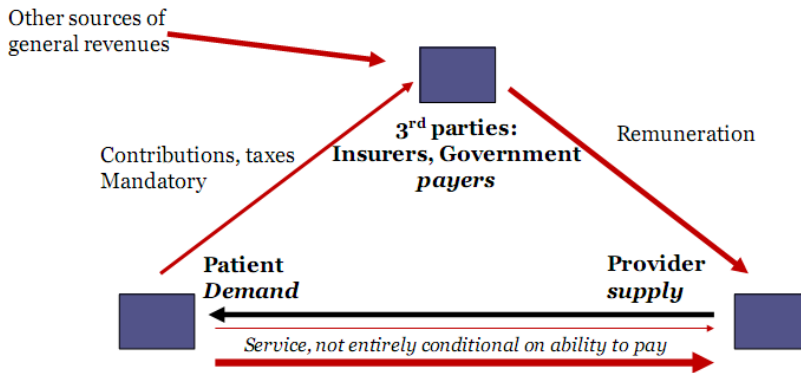
نگاهی به بحث‌های تئوریک خواهیم داشت. اشاره کردیم که در کشور ما مهمترین منبع تامین مالی OOP می‌باشد. یعنی مجموع دو منبع صندوق‌های اجتماعی و بودجه دولت کمتر از OOP می‌باشد. در اینجا ما در مورد کاهش یک منبع جدی تامین مالی کشور صحبت می‌کنیم. در واقع نمی‌توان انتظار داشت که یک منبع تامین مالی نظام سلامت را کاهش دهیم بدون اینکه به این موضوع دقت کنیم که برای تامین مالی و کل نظام سلامت چه اتفاقی می‌افتد.

نظام سلامت نمی‌تواند رفتار تورمی از خود بروز دهد و انتظار داشته باشیم نسبت هزینه از جیب را کاهش دهیم، مگر اینکه ما توانایی مالی (Fiscal capacity) را شدیداً افزایش دهیم. قرص‌هایی که نظام سلامت برای درمان خود می‌تواند استفاده کند قرص‌های کم تعداد و تلخی هستند.

ما یک پرداخت‌کننده به نام بیمه اجتماعی سلامت داریم که به ارایه‌کنندگان پرداخت انجام می‌دهد و بسیاری نیز حق بیمه به بیمه‌های اجتماعی پرداخت می‌کند. اگر پرداخت‌کننده دولت باشد، در این صورت خانوارها به دولت مالیات می‌دهند.

دولت منابع دیگری غیر از مالیات از قبیل پول نفت، واردات، گمرکات و غیره نیز دارد. اگر می‌خواهیم OOP را کاهش دهیم در این صورت نیازمند سیاست‌هایی هستیم که هم به رفتار تقاضاکننده، هم رفتار تامین‌کننده مالی و سیاستگذار و هم رفتار ارایه‌کننده خدمت توجه داشته باشد. بدون توجه به کل بسته تامین مالی سلامت اصلاح شرایط نظام سلامت امکان‌پذیر نمی‌باشد.

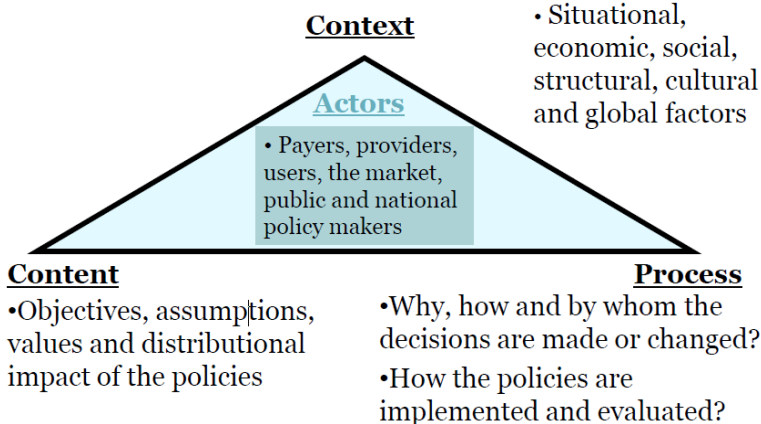
Health care financing



نکته دوم، نگاه سیاستگذاری می باشد که از مثلث مشهور سیاستگذاری Walt and Gilson استفاده کرده ایم. بحث این است که وقتی می خواهیم به سیاستی پردازیم و مورد تحلیل قرار دهیم، باید به این موضوع توجه داشته باشیم که محتوای سیاست از چه موضوعی صحبت می کند، دنبال چه چیزی می باشد، بر چه فرضی استوار است و چه ارزشی دارد و نهایتاً این که چه تاثیری بر اقشار مختلف جامعه می گذارد، چیزی که ما در سیاست های OOP به آن توجه نکرده ایم.

Analyzing policies aimed at reducing OOP proportion

using Walt and Gilson framework



به موضوع بازیگران مهم نیز بایستی پرداخته شود که در بحث کلیت نظام سلامت، بازیگران و ذینفعان زیاد هستند. برای سیاستگذاری نیازمند یک نگاه جامع تحلیل سیاست هستیم که برای درک بهتر موضوع کمک خواهد کرد.

برای ما مهم است که بدانیم خانوارها چقدر از جیب خود به نسبت هزینه‌ها، پرداخت می‌کنند. متأسفانه اندازه‌گیری این موضوع در سطوح خانواده دشوار است و علت آن مشکل مخرج کسر می‌باشد که شامل کل هزینه‌های نظام سلامت می‌باشد. وقتی ما تخمین‌های سطح خانوار داریم، معمولاً ناقص صحبت می‌کنیم یا اینکه صورت مساله را درست نمی‌گیریم. در عین حال ما برای رسیدن به موضوع هزینه خانوارها نیاز به یک پروکسی و شاخص داریم. مطالعاتی که برای خدمات مختلف صورت می‌گیرد، می‌توانند کمک‌کننده باشند.

برای مثال در بیمارستان‌های دولتی به این موضوع که هزینه‌ای که خود بیمار از هزینه‌های درمان می‌پردازد، پرداخته شده است. برخی دوستان نیز روی بحث دارو این تحقیقات را انجام داده‌اند. نکته اینجاست که شاخص‌هایی که این مطالعات می‌دهند، شاخص OOP نمی‌باشد و ما از هزینه‌های کمرشکن به عنوان شاخصی برای مساله OOP می‌توانیم استفاده کنیم. زمانی که مطالعات بهره‌مندی کشور از سال ۸۵ انجام شد، جمع‌بندی این بود که مهمترین علت اینگونه هزینه‌ها، خدمات بیمارستانی است. مطالعاتی که در سال‌های اخیر و بعد از آن مطالعات انجام شده، نشان می‌دهد که به هیچ وجه خدمات بیمارستانی تنها منبع اصلی OOP نیست. مباحث خدمات سرپایی فوق‌العاده جدی است و تاثیر زیادی بر روی هزینه‌های کمرشکن داشته است.

خدمات ضروری دندان پزشکی نیز تاثیر جدی روی هزینه‌های کمرشکن دارد. در واقع ما کل خدمت را بایستی با هم ببینیم. یک شکل دیگر ما پوشش بیمه‌ای است. مطالعه DHS سال ۸۹ نشان داد که ۱۷ درصد عدم پوشش بیمه‌ای در کشور داشته‌ایم. مطالعه ملاحظه بیمه ایرانیان را داشته‌ایم که نشان می‌دهد به ۱۰ درصد کاهش پیدا کرده است. متأسفانه مطالعه ملی در این زمینه وجود ندارد ولی مهم این است که بخشی از جامعه فاقد پوشش بیمه‌ای هستند و یک بحث جدی است.

نکته دیگری که در تعیین کننده‌ها مهم است، جنبه دیگر تامین مالی می‌باشد. پرداخت به ازای خدمات یک علت جدی افزایش هزینه‌های نظام سلامت در کشور می‌باشد. در کشور علی‌رغم آگاهی از این موضوع، در حال گسترش این موضوعات به خدمات جدید می‌باشیم. بالاخره انگیزه‌ای برای تورم ایجاد می‌کند و باعث افزایش هزینه‌های بیمارستان می‌شود.

رفتار بیمه گر یک مساله دیگر است که بیمه گر ما بر روی کاغذ خدمات را از ۱۰۰ تا ۷۰ درصد پوشش می‌دهد. بنابراین فرانشیز ما بین صفر تا ۳۰ درصد می‌باشد و بسته به نوع خدمت و پوششی که داریم. در عمل افراد بیشتر از این می‌دهند. ارایه کننده و بیمه گر با هم توافق می‌کنند که بخشی از هزینه‌ها از بیمار گرفته شود و لیست بلندی از خدمات را داریم که تحت پوشش بیمه نیستند و در سال‌های اخیر این خدمات زیاد شده‌اند. (به خاطر وارد شدن خدمات و تکنولوژیهای جدید به نظام سلامت)

بنابراین ما برای کاهش OOP نیازمند توجه به عوامل اصلی ایجادکننده OOP هستیم و این عوامل اصلی کلیت نظام سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. چه اتفاقی در سال‌های اخیر افتاده است؟ یک قانون در سال ۷۳ به عنوان قانون بیمه همگانی کشور تصویب و در سال ۷۴ اجرایی شد. هدف این قانون این بود که همه افراد جامعه را تحت پوشش خود داشته باشد و هزینه‌ها را پوشش دهد. متأسفانه این قانون با یک مداخله تامین مالی دیگری همزمان شد که در مجلس و دولت مطرح شد (خودگردانی بیمارستانی). گول خودگردانی به قدری بزرگ شد که قانون بیمه همگانی عملاً هیچگونه تاثیری جدی در هزینه‌های خانوار نداشت. اتفاقاً همزمان یا بعد از آن قانون دورانی است که به نظر می‌رسد سیر تصاعدی هزینه‌های پرداخت شده از جیب را باعث شد. قانون بزرگ بیمه همگانی از مسیر اصلی خود منحرف شد. در برنامه چهارم و پنجم توسعه کشور میزان OOP زیر ۳۰ درصد را داشتیم و کوچکترین حرکتی و تغییری جدی در حد کاهش رخ نداده است. هیچگونه برنامه جامعی ذیل بند قانون و اینکه نظام سلامت برای رسیدن به زیر ۳۰ درصد OOP چه بایستی انجام دهد، نداشته‌ایم. برنامه‌ریزی جزئی که تکلیف واحدها و حوزه‌ها را در نظام سلامت برای این کاهش روشن کند نداشته‌ایم. بنابراین خیلی هم عجیب نیست که قانون به جایی نرسد. قانون بیمه همگانی شاید مهمترین اتفاق است که طی سال‌های اخیر افتاده

است و در مورد پوشش بیمه‌ای کشور، منحصر به فردترین واقعه‌ای است که در سیاست برای تغییر وضعیت پوشش بیمه‌ای کشور اتفاق افتاده است. مسائلی پیرامون قانون روستایی وجود دارد. اولاً شواهدی وجود دارد که بیمه روستایی منجر به افزایش استفاده از خدمات سطح دوم شده است. وقتی استفاده از خدمات سطح دوم را بالا می‌برد سطح دسترسی را بالا برده است و همزمان با سطح دسترسی، می‌تواند OOP را هم بالا برده باشد. مطالعه مستقلی که پیرامون تاثیر قانون روستایی بر روی OOP باشد، وجود ندارد.

اگر کمی به عقب‌تر برگردیم، ماده ۴۲ برنامه چهارم و ماده ۳۷ برنامه پنجم را داریم که به جنبه کوچکی از هزینه‌های بهداشتی درمانی کشور توجه داشته است. نسبت به آن جنبه کوچک به نظر می‌رسد برنامه موفق بوده است ولی واقعیتش این است که همان جنبه کوچک که تصادفات رانندگی را مورد اشاره قرار می‌دهد، همه بسته خدمتی را پوشش نمی‌دهد. وقتی فرد بعد از تصادف به بیمارستان مراجعه می‌کند و طبق این ماده تحت پوشش می‌باشد، اگر ۶ ماه بعد به خاطر عوارض تصادف به بیمارستان مراجعه کنم، نه بیمه‌گر پوشش می‌دهد و نه بیمارستان. چرا که اولاً مورد عارضه جزء پوشش بیمه‌گر نیست و بیمارستان نیز برای مراقبت اورژانسی تصادف پوشش می‌دهد. پس حتی این پوشش نیز کامل نمی‌باشد و نباید انتظار داشته باشیم موادی که ارزش خوبی دارند تاثیر خوبی نیز بر جامعه داشته باشد.

باز سیاستی که بارها تکرار شد و کمر صندوق‌های بیمه‌ای را شکست، بحث بیمه بستری شهری (بیمه روی تخت) بوده است. علی‌الرغم هدف افزایش پوشش بیمه‌ای که داشت به منابع آسیب رساند و این موضوع نیز از جمله مداخلاتی بود که با هدف OOP بکار گرفته شد ولی نتیجه‌ای در بر نداشت.

بحث‌های بیمه‌های خاص را داریم و برای بیماران مختلف صندوق‌های بیمه‌ای مختلف، ایجاد شد. باز این موضوعات از جمله مداخلاتی بود که برای کاهش OOP برای گروه‌های خاص طرح ریزی شده بود ولی عملاً مشکلات صنعت بیمه را بیشتر کردند و بنابراین تاثیری بر روی OOP نداشته‌اند.

در حوزه وزارت بهداشت، بودجه بیماری‌های خاص را داریم، این بودجه باز مشکل disparity را دارد و کلیت بودجه‌ای همزمان نیست و تداوم یکسانی ندارد. گاهی پوشش

خدمات خوب است و گاهی دچار اختلال می شود. اینها باز جزو اقدامات مهمی هستند که ما سعی کردیم گروه‌های در معرض خطر را هدف گذاری کنیم و البته بیمه ایرانیان که چند سالی است رخ داده و بازار هدف آن بیمه نشده‌ها (خارج از پوشش بیمه‌های اجباری) هستند. می دانیم که این خیلی بهتر از بیمه بستری شهری است و دست سیاستگذار درد نکند که یک سیاست غلط با یک سیاست بهتر جبران شده است. اما واقعیت این است که این صندوق همه مشکلات کنونی صندوقهای دیگر بیمه ای را به ارث برده و هیچ کدام از مشکلات صندوق های بیمه در این صندوق اصلاح نشده است. ما نمی دانیم که این روی OOP تاثیر گذاشته است یا نه؟ می تواند افزایش داده باشد چون دسترسی را افزایش می دهد اما ما روی این بحث شواهد معتبری نداریم.

وقتی به این مداخلات اصلی که فهرست شد و هدف همه آنها کاهش OOP بوده نگاه می شود تقریباً همه آنها مشکلات اصلی که باعث افزایش OOP شده است را حل نکرده اند و حتی برخی از مسایل اصلی اصلاً در آنها هدف گذاری نشده اند. ما کارهایی خواستیم بکنیم در جهت های دیگر اما کارها و مداخلاتی که عملیاتی شده اند و از مرحله تصمیم گذشته اند و به اجرا در آمده اند به مشکلات نپرداخته اند. در مورد Fee for Service مسیر سیاست گذاری کلا در کشور برعکس بوده است و صرف نظر از دلیل آن در حال افزایش است. مشکلات تعرفه با وجود تلاش های جدی سیاست گذار در سالهای اخیر حل نشده و اصلاحات انجام شده در حد بسیار کوچک و محدود بوده است. بنابراین ما تمایلات تورمی حوزه ارایه کننده خدمت را مدیریت نکردیم. از طرف دیگر مساله کمبود ظرفیت پرداخت پرداخت کننده ها مثل سازمانهای بیمه ای را به آن نپرداخته ایم. قانون ۳۰ ساله کشور را نیز هنوز اجرایی نکرده ایم که قرار است همه تحت پوشش بیمه ای باشند. استثنای جدی بحث قانون بیمه روستایی و پزشک خانواده است که البته اینکه روی OOP چه تاثیری داشته شاهد جدی نداریم و نمی دانیم چگونه بوده است. چیز دیگری که نمی دانیم این است که وقتی ما آمدیم نحوه محاسبه حق بیمه خدمات درمانی را عوض کردیم آیا این توان مالی سازمان بیمه گر ما را افزایش داد یا نداد؟ تحلیل این تاثیر بسیار مهم است تا بتوانیم گام بعدی سیاستگذاری را به درستی برداریم. تحلیل درست مانع بخش بزرگی از راه حل است. بنابراین وقتی این مشکلات را دوره می کنیم خیلی راه حلها هم به ذهن می رسد. اولین

چیزی که به ذهن من میرسد این است که هیچ چاره ای متصور نیست مگر اینکه بخشی از آن افزایش بودجه بهداشت و درمان در دولت باشد. یعنی هیچ گونه چاره جدی برای این هدف ملی وجود ندارد مگر اینکه سهم دولت را از هزینه های نظام سلامت افزایش دهیم تا OOP کاهش یابد. به جدول زیر توجه کنید. در این مطالعه کشورهایی که انتخاب شده شامل مکزیک، تایلند، ترکیه می باشد که نظام های سلامت آن ها گام های مهمی در جهت پوشش همگانی برداشته اند و می خواهیم مقایسه ای با نظام سلامت کشور خود داشته باشیم. از بودجه عمومی دولت در ایران ۹ درصد صرف بهداشت و درمان می شود. در مکزیک ۱۲ درصد، در تایلند ۱۴ درصد و در ترکیه ۱۳ درصد می باشد. شاخص های دیگر را نیز می توانیم مقایسه کنیم. کشورهای مشابه خود را وقتی بررسی می کنیم این پیام را به ما می دهد که سهم بهداشت و درمان از بودجه عمومی دولت پایین می باشد.

The case for increase in governmental expenditure on health in Iran, while controlling THE growth

Look at this table – what is the general message?

	THE as %GDP	GGHE as %THE	GGHE as %TGE	OOPE as %private expenditure	Per capita THE USD	Per capita GGHE USD
Iran	5.5	39	8.7	96.6	269	105
Mexico	6.5	48.3	11.9	92.3	515	248
Thailand	4.3	75.8	14	68.1	168	127
Turkey	6.7	75.2	12.8	64.7	571	429

Source: WHO NHA data. 2009 figure.

اما دو بحث اینجا مهم است. یک اتفاق مهم این است که دولت باید بدهی خود را به صندوق های بیمه ای بدهد. وقتی صندوق بیمه ای منابع کافی داشته باشد، منابع وزارت بهداشت و درمان را به موقع می دهد. و این حالت از دو نوع است. بودجه و سهم دولت به تامین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی (سهم حق بیمه ها)، به طور کامل پرداخت نمی شود. اتفاقاتی که در سال های اخیر افتاد و به صورت واگذاری سهام به بیمه گرها (بابت بدهی های دولت) انجام شد مشکلی را حل نخواهد کرد. چنین راهکارهایی برای بیمه های

بیکاری و طولانی مدت خوب است، اما بیمه بهداشت و درمان پول نقد قابل مصرف در سال می خواهد که بتواند هزینه کند. علاوه بر آن نیازمند این هستیم که سهم بهداشت و درمان در کلیت بودجه افزایش جدی داشته باشد تا بتواند جایگزین OOP باشد. بنابراین وقتی افزایش رخ می دهد، نباید با انگیزش های تورمی همزمانی کند. به فرض مثال مرتبط کردن سهم دولت از سرانه هزینه ها با تعرفه ها موضوع قابل بحثی می باشد. اگر بخواهیم با افزایش سهم دولت از سرانه OOP را کاهش دهیم، افزایش اضافی نباید با تعرفه دیده شود یعنی اگر افزایش یابد مشخص شود که تا کجا تعرفه را پوشش بدهیم و کدام قسمت به نیت پوشش می باشد. نمی توانیم بدون برش این ارتباط، هزینه از جیب را کاهش بدهیم. به نقش پرداخت کننده هزینه ها، و رفتار بیمه گر باید توجه داشته باشیم. ما چالش هایی در سیاستگذاری بیمه ای داریم و چالش هایی هم در رفتار بیمه گر داریم که بایستی از هم تفکیک شوند.

از نظر سیاست کلان، بحث تعرفه ها، مساله جدی است. تعرفه های ما به دستگاه بیشتر از تشخیص و درمان اهمیت می دهد که مشکل جدی می باشد و انگیزه ای ایجاد می کند که تجهیزات و تکنولوژی هزینه بر همه گیر شده و انگیزه برای ایجاد هزینه ها را به دنبال خواهد داشت. در تمام تخصص هایی که ابزار تشخیصی دارند این چالش را داریم. عدم تعادل بین تخصصی هم، نابرابری توزیع منابع را به دنبال دارد و خطای داخلی نظام سلامت ما را نشان می دهد.

ما نیازمند کنترل target income هستیم. این رفتاری است بر مبنای آن اگر درآمد شما به یک حدی نرسد، احساس می کنی که مغبون شدی و احساس میکنی حقت داده نشده است. وقتی سیستمی داشته باشی که بیمه مکمل درمانی که بیمه خصوصی می دهد برای یک پزشک ۱۰ برابر یا ۲۰ برابر دیگری پرداخت می کند، اگر همان کار را در بخش عمومی انجام دهیم، حتی اگر کفایت هم کند حس می کنی که مغبون شدی. وقتی سیستمی داریم که اجازه می دهد سیاستگذاری ذیل وزارت اقتصاد، بیمه مرکزی در روال قانون گذارهایی باشد که بر رفتار بیمه ای بهداشت و درمان را تاثیر می گذارد، عملاً انگیزه تورمی ایجاد می شود. مشکل prepayment در موضوع سرپایی و تشخیصی داریم. اینکه چقدر بزرگ است داده ای وجود ندارد ولی شواهد زیادی وجود دارد. اینکه افراد با تعامل

یکدیگر به هم بیمار شیفیت می دهند و درآمد اضافی را برای هر دو طرف ایجاد می کند. حتی ماده قانونی که این موضوع را ایراد بگیرد، در کشور وجود ندارد. در کشورهای دیگر تعریف شده و مشخص است.

بحث توانایی های بیمه گران را اشاره کردیم و اینکه دولت بایستی بدهی های خود را به بیمه گرها پرداخت نماید. بحث بعدی HTA است که از جنبه سیاست گذاری آن وزارت بهداشت و همه بیمه گرها در سال های اخیر اقداماتی انجام داده اند ولی هنوز از شرایط ایده آل فاصله جدی دارد. اراده اجرایی برای HTA در سطح کلان وزارت بهداشت وجود دارد.

در رفتار بیمه گر، رفتار بیمه گر در نحوه قرارداد بستن با خدمات سرپایی نامناسب است. قراردادهای لزوماً همه اجزا را نمی دهد. نامناسب بودن روال نظارت بر رفتار بیمه گرها از مشکلاتی است که با آن مواجه هستیم و بیمه گر توان اعمال قوانین مدنی را ندارد و اگر بیمه گر از قوانین مدنی بر مبنای قرارداد استفاده کند، قدرت تاثیر آن بیشتر می شود.

مشکل جدی بیمه گرها با بیمارستان نیز وجود دارد. روال ما قرارداد بین بیمه گر و بیمارستان نبوده است و براساس مراتب قبلی و کلی انجام می شود. بنابراین رفتن به سمت قراردادبندی بیمارستانها با بیمه گرها از موضوعات مهم است البته بحث چانه زنی با بیمارستان و بیمه گر برای عقد قرارداد یک موضوع غلطی است که قدرت چانه زنی بیمارستان در این مورد بسیار مهم است. اما در سطح سیاستگذاری نظام سلامت وارد بحث های قرارداد شویم. مدیریت خطاهای پزشکی و سوء استفاده مشکل جدی است که وزارت بهداشت و بیمه گرها دارند. شواهدی از ایران نداریم، اما در کشورهای دیگر ۱۰-۳ درصد کل هزینه بهداشت و درمان کشورها صرف این موضوع می شود و کنترل آن منابع و پول برایت آزاد خواهد کرد بدون اینکه هزینه ای بر دولت، بیمه گر و خانوار تحمیل شود.

بیمه گر در تعهد به بخش خصوصی و سرپایی دولتی وفادار نیست و بخش خصوصی (مطب) علاقه ای به قرارداد با بیمه ندارد و همه اینها حلقه ناقصی است که OOP را افزایش می دهد.

مشکل جدی که در سال های اخیر وجود دارد در کمبود پوشش خدمات سرپایی تشخیص و آزمایشگاه است که به واسطه آن OOP در تشخیص و آزمایشگاه آنقدر بزرگ است که عملاً داشتن دفترچه بیمه تاثیری ندارد.

در بخش دارویی نیز به چند نکته اشاره می‌کنم. در بخش دارویی سرپایی و بستری، به عنوان گیرنده خدمت وقتی به داروخانه مراجعه می‌کنیم، نمی‌دانیم که برای چی چیزی داریم پول می‌دهیم. البته استثنائاتی وجود دارد. آگاهی از میزان، پوشش و حق فنی از مشکلات دیگری است که به جهت عدم اطلاع، نمی‌تواند باعث تغییر در فضای مصرف‌کننده شود. (شفاف‌سازی صورت حساب داروخانه‌ها)

انتظار داریم که داروساز رفتار حرفه‌ای از خود نشان دهد ولی از آن طرف حق فنی پوشش بیمه‌ای ندارد. حق فنی داروساز، رفتار حرفه‌ای داروساز است و بیمه‌گر برای تغییر رفتار حرفه‌ای داروساز بایستی حق فنی را تحت پوشش داشته باشد و در سیاست‌گذاری‌ها به آن اشاره شود.

این موضوع که چه دارویی و به چه میزانی به آن پرداخت می‌شود، مشخص نیست فقط بیمه‌گر، سازمان غذا و دارو و داروساز از آن اطلاع دارند.

مشکل درصد سود روی دارو از مباحث دیگری است که انگیزه‌ای برای داروساز ایجاد می‌کند.

مشکل دیگر این است که داروهای ضروری را نیز داریم. مشکل تعدد تولیدکنندگان داروها نیز از مباحث دیگر می‌باشد.

جمع بندی سخنران

کاهش هزینه از جیب نیازمند برنامه‌ریزی جامع در کل نظام سلامت است. دولت به طور کل مسوول است و به اجزای اصلی نظام سلامت بایستی توجه اساسی شود. درمانهای کنونی هم درمانهای تلخ و دردناکی هستند. سوالم این است که اگر شما پزشک باشید آیا امکان دارد درمان موثری را به مریض ندهید چون دارویش تلخ است و بیمار باید دردی را تحمل کند؟!

جمع بندی اعضای پانل

رییس جلسه

بحث اصلی که آقای دکتر مطرح کردند این است که ما باید منابع را افزایش دهیم که بحث درستی است. ولی می‌خواستم این پنجره را باز کنم که بالاخره با منابع موجود هم آیا می‌شود OOP را کم کرد و پیشنهادهای داشت که کم بشود؟ و دوم اینکه آقای دکتر رشیدیان به نوعی به اجزای OOP اشاره کردند ولی خیلی کلی بود. ما اگر به جزئیات OOP دقت کنیم و بخواهیم جزء به جزء حل بکنیم بیشتر نمی‌توانیم موضوعی مرور بکنیم؟ مثلاً حالا ما بحث زیرمیزی در مناطق محروم، چندسالیه اعتباری را برای پرداخت‌های مناطق محروم متمرکز کردیم، تا حدودی موفق بودیم. یا مثلاً بحث آزمایشگاه که الان دارد فشار زیادی می‌آورد، می‌توانیم راه‌حل خاصی برایش طراحی کنیم. یا بحث دارو راه حلی را که حالا مجلس و دولت دیدند، یک راه حل مناسب هست یا نه؟ من سوالم از آقای دکتر حریرچی، علاوه بر بحث و نقدهایی که به آقای دکتر رشیدیان دارند، ارایه نظر در این خصوص است.

عضو پانل

واقعیتش این است که ما یک اشتباه تاریخی کردیم در چند سال گذشته و الان عارضه‌ی اون بیماری هلندی را روز به روز بیشتر خواهیم دید! این که آقای دکتر فرمودند که راه اصلی برای کاهش OOP، افزایش پرداخت از جیب دولت است، این کاملاً درسته، بدیهی است ولی موقعیت تاریخی که ما داشتیم برای این کار در سال مثلاً حدود ۸۴ و ۸۵ تا ۹۰ بود. قبل از این تحریم‌ها که درآمد ارزی حدود ۴-۳ برابر می‌شد، به هر دلیلی دولت هم نرخ ارز را به طور مصنوعی کنترل کرده بود و ما در داخل کشور تورم خیلی شدیدی داشتیم! حالا تورم، بالاخره ۲-۳ درصد ۵ درصد و ۶ درصدش هم زیاد است ولی برای اقتصاد ما تورم ۱۵ درصد، خیلی تورم و حشتناکی حساب نمی‌شود و اون موقع باید عاقل می‌بودیم و هزینه‌هایی که برای افزایش حجم دولت از لحاظ بودجه ریالی می‌دادیم، منتقل می‌کردیم به بهداشت و درمان مثلاً می‌گوییم ۱۰٪ یارانه را نمی‌گیرند ولی به ۷۶ میلیون و خورده‌ای یارانه می‌دهیم و الان محاسبات نشان می‌دهد که یارانه به غیر از ۱/۵ دهک پایین، هیچ تاثیری در زندگی باقی مردم ندارد! برای آنهایی که زیر ۱ دلار روزانه درآمد

دارند یا ۲ دلار در آمد دارند ۴۶ هزار تومن (۱۲-۱۳ دلار در ماه) تاثیر دارد ولی واقعیتش این است که برای اقشار متوسط نه، الان آنها حاضرند به جای این ۴۵ تومان، ۹۰ تومان بدهند، قیمتها بر گردد به قبل پرداخت یارانه‌ها و برای شان مقرون به صرفه تراست. واقعیتش این است که برای اینکه دوستان در جریان باشند این TQM ای‌ها می‌گویند که شما اول فرآیندهای درون خودتان را اصلاح کنید بعد بروید سراغ فرآیندهای بیرونی. من این‌ها را در مصاحبه‌ها نمی‌گویم، چون ما بیرون می‌گوییم که آقا همین راه حل است باید پرداختی‌های دولت افزایش پیدا کند و خیلی خوبه و تاکید هم می‌کنیم. امسال بودجه ما ۲۳۰ هزار میلیارد تومان است که رسماً ۷۰ تا ۹۰ هزار میلیارد تومانش کسری است؟ و این کسری برابر با همان تورم نقطه ای ۴۴٪ است. فعلاً تا یکی دو سال آینده اصلاً متصور برایم نیست که از محل منابع عمومی بشود OOP را کاهش داد؟ یعنی آقای دکتر واعظ که انشاالله می‌روند سازمان برنامه اگر در همین سطح بتوانند حفظ بکنند خوب است. در سال ۹۱، OOP ۵۴٪ بوده و سال ۹۰، ۵۶٪، حالا دکتر دقت این کار را نمی‌دانم ولی این معنای اش این نیست که OOP کم شده، معنای اش این است که بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی کم شده است، یعنی اگر ما بتوانیم همان سطح بهره‌مندی را داشته باشیم و OOP بالا نرود باید کلاهمون رو بندازیم هوا. در شرایط فعلی دو تا راه به نظرم می‌رسد، یک خلق منابع جدید، ولو سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت درمان ما رو به پایین بوده، ارزش افزوده در بخش بهداشت درمانمون کاهش پیدا کرده و بسیاری از منابع هست مثل مثلاً سیستم خیریه، خصوصی با مدل PPP^۱ و سرمایه‌گذاری از محل وامهای بانکی و ... اما واقعیت این است که ضعیف‌ترین بخش در جذب منابع بانکی بخش بهداشت و درمان است. البته افزایش سرمایه‌گذاری تنها در صورتی ممکن است که سود معقولی ایجاد کنیم. این با خصوصی سازی اشتباه نشود، ولی بالاخره الان تو صنعت دارند با ۱۵ الی ۲۵ درصد سود دادن کار می‌کنند، صنایع دارویی ما تا این حد ایجاد سود می‌کند! اگر بیاییم در بیمارستان داری هم همچین سودی رو قبول کنیم یا اصلاً تو PHC یک قسمتش، ما می‌توانیم منابع جدید داشته باشیم، بین من نمی‌گویم این راه هم مطلوبه، الان ما به غیر از

۱. ^۱ Public-private partnership

این راه‌ها نمی‌توانیم راه جدیدی انتخاب کنیم. بالاخره با همین هدفمندی یارانه این اتفاق افتاده است. اگر یک روز به یکی ۱۰۰ تومان بدهیم یک بربری بخرد بعد ۱۰۰۰ تومان بدهیم نصف بربری بخرد، خیلی کمک نکردیم. افزایش بودجه الان به معنی تورم شدید و بیش از افزایش درصدی است که ما می‌گیریم. چیزی که من می‌خواهم بگویم و شاید موثرتره از همه‌ی اینها، فعلاً، افزایش بهره‌وری درون بخش است، ما چیزهایی رو الان OOP می‌گوییم که به مردم فشار می‌آورد. عمل بینی دختر ۲۲ ساله به کارگر و کارمند فشار می‌آورد و بالاخره OOP است. داروهای (حالا من بعنوان جراح سرطان) سورویوال که از خیلی از این داروها، در زیر ۵-۶ درصد سودمند است. یعنی مثلاً اگر ما بگوییم برای هر DALY، ۲ تا ۳ برابر سرانه درآمد ناخالص ملی را اگر هزینه بکنیم مقرون به صرفه است، ما برای بعضی، به امید چند ماه سورویوال احتمالی گاهی ۲۰-۱۵ برابر سرانه هزینه می‌کنیم و چون نسخه شده و چون دکتر بهش گفته این هزینه را می‌کند. ما راه حل فوتی و فوری که داریم این است که در درون بخش اصلاحاتی انجام بدهیم، این به معنی نفی این نیست که بودجه و سهم خود را نخواهیم، افزایش بدهند! راه حل اصلی اون‌ه! البته ببینید من به گله‌ای بکنم، رشته اکثر شماها همین رشته‌های مدیریت و اینهاست ولی بالاخره ما ادبیات غنی در این زمینه تولید نکردیم، ما واقعیتش این است که راه‌حل‌های ریز می‌خواهیم و اصلاحات کوچک کوچک. رئوس را سالهاست که گفتیم و موفق نشدیم. باید کارای کوچک کوچک بکنیم تا انشاالله بزرگ شویم.

رئیس جلسه

در بحث تورمی که ایجاد شده، یکی از نکاتی که گفته نشد این است که در بخش دولتی سلامت، تورم بالا رفته چون منابع به اندازه کافی نبوده است چه از طرف بیمه چه از طرف دولت. این موضوع باعث شده است که به نوعی OOP مردم هم بالا برود، این هم یکی از عوامل است. سوالی که من از آقای دکتر جهانگیری دارم این است: به هر حال در مطالعه‌ی حسابهای ملی سلامت، اگر من اشتباه نکنم، بیشتر از ۷۰٪ OOP در بخش خصوصی است، یعنی مردم این را در بخش خصوصی پرداخت می‌کنند، این که ما مداخلات حمایتی را بیاوریم در این بخش و حالا بیمه، به عنوان بیمه مکمل و غیره و ذالک بالاخره یک بحث این است که با توجه به محدودیت‌های قانونی و محدودیت‌های منابع چطوری باید این کار

را بکنیم، یعنی منابع خود به خود محدودند. یعنی برای مداخلات حمایتی چه پیشنهادی دارند دوم اینکه اختلاف تعرفه بین بخش خصوصی و دولتی یک موضوع است! نه اینکه عامل اصلی باشد در بحث OOP، ولی به عنوان عامل حاشیه‌ای، موضوع را تشدید می‌کند، حالا عدم رعایت تعرفه بخصوص یک مسئله است. ما چطور می‌توانیم این تعرفه‌ها را به هم بیشتر نزدیک کنیم. آیا می‌شود بالاخره به این فکر کرد که چطور می‌شود از ظرفیت‌های خود جامعه پزشکی، نظام پزشکی، انجمنها در این موضوعاتی که آقای دکتر رشیدیان اشاره کردند مثلاً خود رعایت تعرفه، بحث تقاضای القایی و ... استفاده کرد؟

عضو پانل

آقای دکتر رشیدیان جمع‌آوری منابع در تامین منابع مالی را گفتند، ۲ تیر دیگر را هم اگر ما واقعاً بهش فکر کنیم، یکی تجمیع منابع و دیگری خرید خدمات است، این دو مورد را در واقعیت، در قانون به خوبی داریم. اگر در واقعیت به OOP فکر کنیم بنظر من باید سیاست همه این باشد که قانون را اجرا کنیم چون قانونی که در برنامه پنجم توسعه تدوین شده، برگرفته از کار کاشناسی است و کار علمی است و واقعاً هم نسبت به همه‌ی عرصه‌های قانونی این قانون جامع تر است، ما نمی‌گوییم همه چیز را تحت پوشش قرار داده ولی سند بالادستی خوبی است، کارشناسی شده و در همه‌ی عرصه‌ها می‌توانیم به آن توجه کنیم. ما در تجمیع منابع، ۳ سال از قانون گذشت، هیچ اقدامی انجام ندادیم، نه شورای عالی بیمه سلامت تشکیل شده، نه آن سازمان بیمه‌ی سلامت بصورت effective تشکیل شده، همه آن زیرمجموعه‌ها همچنان برای خودشان کار می‌کنند فقط اسمش عوض شده، واقعیت این است، اگر به خود دوستان در سازمان بیمه‌ی سلامت مراجعه کنیم خودشان هم اذعان دارند و هم می‌گویند که این مشکل اصلی ماست. موادی که در سرفصل‌های مختلف برای بودجه سلامت می‌آید، حالا آقای دکتر واعظ مهدوی همه رو تجمیع خواهند کرد، ما بالاخره انتظار داریم که این اتفاق بیفتاد. بعد هم موضوع خرید هست. خرید راهبردی که در چندین ماده آمده، ماده ۳۲، ماده ۳۸ بطور واضح بند ز آمده که خرید راهبردی را سرلوحه‌ی کار قرار بدیم. ما فقط یک دستورالعمل نوشتیم. بالاخره دوستان یک چیزی را کم کردند، یک چیزی را اضافه کردند، بالاخره چیزی رفت به هیئت دولت، بعد هم اصلاح شد که آقایان حق ندارند پرداخت کنند، بعد هم خرید

راهبردی تعطیل شد، ماده‌ای که می‌گوید ۱۰٪ هدفمند کردن یارانه‌ها برای سلامت باشد آقای دکتر واعظ بفرمایید کجا پرداخت شده تا به امروز؟ هیچی پرداخت نشده است. ما همیشه دنبال یک سری راههایی غیر از راههای اصولی هستیم، فکر می‌کنیم این راه انجام شده، ما چون راه را نمی‌رویم، تا پایان نمی‌رویم، بهش عمل نمی‌کنیم فکر می‌کنیم اثربخش نیست. راه را اگر درست برویم و بهش عمل کنیم، قانون واقعاً می‌تواند راهگشا باشد. در این ۲ سال و نیمی که از برنامه‌ی پنجم مانده، فقط این را سرلوحه کنیم، به قانون عمل کنیم. در مورد بخش خصوصی من فکر می‌کنم این وصله است، همه‌ی تفکرات این جور نیست در مورد بخشی خصوصی! بحث این نیست که طرفداری از بخش خصوصی کنم، نظام پزشکی متعلق به جامعه‌ی پزشکی است. در شورای عالی، ما از شما بیشتر دفاع می‌کنیم تا از تعرفه‌های خصوصی. در این چند سال اخیر همیشه گفتیم تعرفه‌های بخش دولتی را بالا ببرید، چون شم بالا نمی‌برید، ما هم تازه نصف می‌بریم بالا از حقی که داریم، این گپ ایجاد می‌شود، شما نمی‌توانید روی حرفتان بمانید، چرا به ما تهمت می‌زنید! این یک بحثی است، امسال خیلی شهادت کردید و تعرفه را ۱۸٪ درصد بالا بردید. ما اعلام کردیم ۴۰٪ بخش دولتی ۲۹ درصد ما! این را ما رسماً اعلام کردیم، جناب آقای دکتر زارعی اعلام کرد، که این کاهش پیدا کند. تازه ۲۹٪ درصد در اصل ۴۳٪ باید باشد، ما گفتیم ۲۹٪، به جامعه تخفیف می‌دهیم، دیگه از ۲۹٪ می‌توانستیم پیام پایتتر؟! نمی‌توانستیم! حالا شما نتوانستید باعث شد در بخش دولتی این گپ ایجاد شود! چرا ما باید اینجا مسئول باشیم؟ شما محکوم هستید، شما بدهکارید، بخش خصوصی بدهکار نیست، دومین موضوعی که اتفاق می‌افتد این است که ما رفتار ذی‌نفعان را خیلی follow نمی‌کنیم. ما همیشه ذی‌نفعانمان را چه ارایه کننده، چه خریدار خدمت، به حال خودشان رها کردیم. باید در سیاست گذاری رفتار اینها مدنظر قرار بگیرد و برایش برنامه داشته باشیم و کار را انجام دهیم، این رقابت کاذبی که در درآمدها اتفاق افتاده دودش دارد به چشم مردم میرود! ارزش نسبی خدمات چرا اصلاح نشد؟ سوال من این است! بصورت واضح یکی از جاهایی که می‌تواند به این کمک کند همین اصلاح ارزش نسبی خدمات در جامعه است! قانون‌گذار در بند ب ماده‌ی ۳۸ اولویت گذاشته به تعرفه گذاری‌ها! گفته ارزش نسبی خدمات بعدش گفته تعرفه گذاری هر سال قبل از ۳ ماه شما بازنگری کنید. ۳

سال از برنامه گذشت هیچ ارزش نسبی خارج نشد. ولی باز هم با همه‌ی این اوضاع از سال ۸۵ که تعرفه ۱۰ برابر بوده امسال ۴/۵ برابر شد! یعنی این فاصله کاهش پیدا کرده است. ما یک موضوع مفقود شده‌ای داریم به نام بهره‌وری! من یک بهره‌وری پایدار هم به فرمایشات دکتر حریرچی اضافه کنم ما باید به دنبال بهره‌وری پایدار در سیستم باشیم، در همه عرصه‌ها با توجه به اینکه ما خیلی، ناپایداری هایی در سیستم داریم، مداخلات خارج از سیستم داریم، خیلی چیزها را نمی‌توانیم توجه کنیم ولی با این شرایط اگر متولیان نظام سلامت بتوانند تدبیری کنند که به سمت بهره‌وری پایدار حرکت کنیم خیلی از مشکلات ما حل خواهد شد. ما این را در یک بیمارستان اجرا کردیم! الان توانستیم مقداری از معضلات مان را حل کنیم و Grade بین المللی هم گرفته شده به چه خاطر؟ چون بهره‌وری پایدار را در سرلوحه کارمان قرار دادیم. از تمام ظرفیت‌ها به خصوص ظرفیت‌های منابع انسانی را استفاده کردیم چون ۶۰٪ هزینه‌های ما در موضوع بیمارستان به نیروی انسانی برمی‌گردد. ما از ظرفیت آنها نتوانستیم خوب استفاده کنیم. واقعیت این است که مثل شبکه آب رسانی و برق ماست انشالله اگر ما این را نگاه کنیم یک پرت را تو آب داریم تو برق داریم، همه اینهارو پولش را هم که دارند مردم می‌دهند که نباید بدهند. ما اگر اصلاح ساختارها را در نظام سلامت، در ارابه خدمات چه بخش خصوصی چه بخش دولتی انجام دهیم میتواند درست شود. فقط یک نکته آخر: قانون مجزا نکرده که ۱۰٪ از هدفمندی یارانه‌ها فقط به بخش دولتی داده شود. چرا الان سرپایی دارد سبقت می‌گیرد از بستری؟ به خاطر اینکه ۸۰٪ درصد خدمات سرپایی در بخش خصوصی انجام میشود. شما بخش خصوصی را مستثنی کردید از منابع ملی، خب معلومه! OOP را می‌برد بالا پس مقصر بخش خصوصی نیست.

رئیس جلسه

سال به سال سهم بیمه در پوشش حمایتی از مردم ضعیف تر شده است یعنی انتظاری که داشتیم که در بخش OOP بالاخره نقش مؤثری را داشته باشد به دلایل مختلف این کاهش پیدا کرده است. چه راهکارهایی شما پیشنهاد می کنید که این تقویت بشود. یعنی بیمه نقشش افزایش پیدا کند. حالا بحث تجمیع را آقای دکتر جهانگیری به آن اشاره کردند به عنوان یک استراتژی که در قانون آمده است ولی به دلایل مختلف عملیاتی نشده است. آیا به جز این پیشنهاد دیگری شما (دکتر طباطبایی) دارید؟

عضو پانل

ما وقتی OOP را بررسی می کنیم می بینیم چه اجزایی دارد. OOP چهار جزء عمده دارد یک فرانشیز است، ما اصلا این را به عنوان moral hazard قلمداد نمی کنیم. دومین جزء، مابه التفاوت تعرفه دولتی یا خصوصی است. یعنی ما در بخش دولتی چه عددی را می پردازیم و در بخش خصوصی چه عددی را؟ و بیمه چه نقشی در اینجا دارد؟ ما در این دو بخش می بینیم که بیمه در حال حاضر به طور کلی نباید نقش داشته باشد ما هیچ کدام معتقد نیستیم که موارد عمومی را بفرستیم بخش خصوصی جایی که دسترسی کم است. سومین عاملی که ما در OOP داریم خدمات خارج از تعهدات بیمه پایه است اینجا جایی است که بیمه می تواند مانور بدهد، ولی اگر ما فرض کنیم مطابق روشی که دکتر رشیدیان گفتند یعنی سؤالات را برعکس کنیم راهکارها به دست می آید! اگر نخواهیم این تپسی برویم ما اگر نخواهیم بگوییم که بیمه عامل! بیمه چه کاری میتواند بکند! من فرض را می گذارم بر این که اگر کل درآمدها یعنی منابع مالی نظام سلامت را در اختیار بیمه ها بگذاریم یعنی کل گردش مالی را در اختیار بیمه بگذاریم باز نمی تواند بسته اش را تغییر دهد چون این اعداد هر کدام جای خودش است. این بیمه اگر شکل گرفتنش هوشمندتر شود شاید ما بتوانیم OOP را تغییر دهیم ولی در کل آن مقداری که میتواند بسته را پوشش بدهد باز مشخص است، نکته چهارم که به OOP مربوط می شود پرداختهای غیر قانونی است. من در اینجا در مقام دفاع از بیمه نمی خواهم صحبت کنم ولی وقتی که ما این چهار جزء را حلای می کنیم بیمه حتی کل منابع را در اختیارش بگذاریم سهم ما همه برود انجا و گردش مالی همه از مکانیسم بیمه ای اتفاق بیفتد باز برای رفع این معضل و کاهش OOP

ما باید اقدام جدی بکنیم. حالا اگر بخواهیم کوتاه مدت نکته ای بگوییم همان بحثی که آقای دکتر اشاره کردند ما در حال حاضر در ۲ سال آینده علی الحساب نمی توانیم منابع عمومی را اضافه کنیم حداقل پرمیوم را میتوانیم اضافه کنیم. حداقلش اینکه مریض درجا هنگام دریافت سرویس نخواهد پولش را بپردازد. هیچ کدام از ماها که دور این میز نشستیم شاید چون اینهارو میدانیم ناراحت نباشیم از اینکه حق بیمه مان تا ۲ برابر اضافه بشه ولی در عوض تعهدات بیمه هم اضافه شود. ما میدانیم وقتی حق بیمه ۲ برابر شد پوشش بیمه میتواند ۳ یا ۴ برابر شود چون هزینه هایی که بالای این است به صورت تصاعدی کم می شود این یک نکته خیلی خیلی ساده است یعنی منابع دولتی را نمی آوریم حداقل حق بیمه را اضافه می کنیم با چه مکانیسمی حالا مکانیسم های مختلف دارد. یک بحث دیگر هم هست! آقای دکتر در مورد نارسا بودن این شاخص صحبتایی کردند. ما OOP را معمولا در زمینه دیگری بیشتر بررسی می کنیم. ما اصولا حساب می کنیم با OOP نمره شاخص چه معیارهایی را ارزیابی میکنیم؟ ۲ تا هدف در نظام سلامت داریم خیلی پر رنگ تر. ماهمون حفظیم. یکی مشارکت عادلانه است که چند تا شاخص دارد که قطعا یکیش OOP است یکی هم حفاظت مالی است (SOCIAL FINANNCIAL PROTECTION). ما هر کدام از این ۲ تا هدف را بگیریم می بینیم که به تنهایی حق ارزیابی OOP را نداریم من در بحث هایم حفاظت مالی را مورد هدف قرار میدهم، بانک جهانی برای حفاظت مالی ۴ تا تعریف گذاشته که ۲-۳ تا نکته دارد:

- ۱- مریض بابت دریافت خدماتش از خدمات ضروری دیگری چشم پوشی نکند.
- ۲- مریض بابت دریافت خدمات به ورطه فقر نرود.
- ۳- مریض نیازش را حذف نکند.

من اگر قرار باشد که هدفم این باشد الزاما کاهش OOP نمی تواند به من کمک کند یعنی به ازای حفاظت مالی این ۳ هدف را من در نظر بگیرم میروم سراغ بحث DEA^۱ به عنوان مثال من اگر فرانشیز استامینوفن را صفر کنم، می دانیم که OOP کل به شدت افت میکند چرا چون تجمعی است. یعنی فرانشیز استامینوفن خیلی خیلی عدد بزرگی میشود ولی آیا

۱. ^۱ Data Envelopment Analysis

این واقعا درست؟ نه! چرا؟ چون حفاظت مالی یک شاخص دیگری هم دارد آیا این باعث می شود که درصد کاتاستروفیک هم پائین بیاید یا نه؟ یعنی من اگر بتوانم OOP را در کنار کاتاستروف و بقیه جاها سامان بدهم معنا دارد. OOP در زمینه ای به نام حفاظت مالی معنا دارد من اگر هدفم حفاظت مالی است به هیچ وجه توصیه کوتاه مدت و بلند مدت برای اینکه OOP بدون در نظر گرفتن آنها مقیاس کارم باشد لحاظ نمی کنم. طراحی مداخلات باید با در نظر گرفتن همه اینها باشد.

رییس جلسه

به هر حال ما می خواهیم منابع افزایش داده شود. این هم گفته شد که سرمایه گذاری در سلامت هزینه نیست و چقدر ارزش افزوده و چقدر رشد اقتصادی ایجاد می کند. من از دکتر واعظ این سوال را دارم که ما چطور باید اعتماد سازی کنیم که استراتژی ها و راهبردهایمان تغییر کند یعنی نشان بدهیم که این کار را کردیم و یا در جهتش حرکت کردیم که شیف منابع هم اتفاق بیفتد یا راه حل دیگری به ذهن شما میرسد که ما این اعتماد سازی را ایجاد بکنیم این سرمایه گذاری صورت بگیرد در این بخش!

نظرات شرکت کنندگان

- به طور مشخص من پیشنهاد می کنم که محاسبه بار اقتصادی بیماری ها در دستور کار قرار بگیرد. بار اقتصادی بیماری ها در واقع می تواند یک استدلال اقتصادی برای بالا بردن سرمایه گذاری در حوزه بهداشت و درمان باشد. همه دوستان جزئیاتش را خیلی خوب میدانند. در مورد بالا رفتن سرمایه گذاری ها هم واقعیت این است که ما باید از افزایش تولید ناخالص داخلی بگوییم که سهمی برای بخش بهداشت و درمان اختصاص داده شود. قاعدتا اگر فرض کنید که افزایش GDP ما سالی ۶٪ باشد باید بنشینیم صحبت کنیم که این ۶٪ طبق سهم بخش ها توزیع شود. یعنی در واقع سازو کارها به نحوی طراحی بشود که سهم حفظ شود. مثلا اگر فرض کنیم که سهم بهداشت - درمان در کل اقتصاد ملی مثلا ۱۱٪ است از ۶٪ بیش از ۱۱٪ به بخش بهداشت و درمان سوق پیدا کند وقتی که رشد تولید ناخالص داخلی ۵/۴ - درصد است دیگر چه صحبتی برای رشد و گسترش و اینها وجود دارد. متاسفانه مسائل بهداشت و درمان ما بخش مهمش ناشی از وضعیت موجود اقتصادی کشورمان است. البته در همین وضعیت موجود اقتصادی متاسفانه بخش های غیر مولد رشد داشتند. بسیاری از مسائل که ما میبینیم در همین جداول حساب های ملی هم هست یعنی در خود مرکز آمار طبق حسابهای ملی این حد اول کاملا روشن است که سال ۸۹ نسبت به ۸۶ عدد منفی شده است! ارزش افزوده باعث می شود بخش خصوصی نیاید در این بخش سرمایه گذاری کند. امادرمورد OOP و در واقع هزینه های کاتاستروفیک بحث اقتصادی عناصر تشکیل دهنده همین پرداخت از جیب را قید کرده بودند لازم هست که دقیق تر و بیشتر داخل بشویم و تحلیل کنیم. من ۲-۳ تا جدول همراه دارم که یک سری اطلاعات در این زمینه ها وجود دارد به نظر یک مقدار مشخص می کند وضعیت و علت افت بحث شاخص عدالت در سلامت و افزایش جمعیت زیر خط فقر ناشی از هزینه های سلامت و کاتاستروفیک و به طور متوسط آنالیز هزینه های مردم تهران نشان می دهد که در سال ۹۰، ۱۷۴۵۰۰۰ تومان به طور متوسط پرداختی هزینه های بهداشت و درمان داشته اند مردم تهران در سال هر خانوار در ۳۳۴۰۰ خانوار محاسبه شده، ۱۷۰۰۰۰۰ تومان یعنی تقریبا ماهی، ۱۵۰۰۰۰ تومان از این مبلغ ۷۸۲۰۰۰ تومان

فقط به دارو اختصاص دارد در واقع چون در اینجا هزینه خانوار ارزیابی شده پرداختی بیمه ها و دولت در آن نیست. در واقع OOP است یعنی $\frac{44}{8}\%$ دارو بوده ما آمدیم این هزینه هارا به تفکیک دهک در آوردیم (بیستک در واقع) 20% فقیرترین خانوار ۲۱۳ هزار تومان، پول دارو داده یعنی $\frac{51}{6}\%$ ، $7-6\%$ از میانگین بیشتر! بنابراین هزینه های دارو بیشتر در گروه های فقیر شیف شده است. 20% ثروتمندترین، $43-44\%$ معادل 2165000 تومان پول داده اند برای دارو یعنی ثروتمندان سالیانه ۲ میلیون تومن پول دارو داده اند و 43% هزینه بهداشت در مانشان بوده است. بنابراین یکی از موارد مهمی که الان هزینه های کاتاستروفیک و OOP را بالا می برد هزینه های دارو است. در دارو چه اتفاقی افتاده است؟ ۳ میلیارد دلار یا ۳ میلیارد یورو واردات داروی ماست. در جداول آنالیز دارو می بینیم که سهم واردات به شدت افزایش پیدا کرده است! هزینه های تشخیص از $\frac{1700}{1000}$ تومان هزینه بهداشت و درمان ۳۰۵ هزار تومان بوده یعنی 17% هزینه تشخیص اعم از رادیولوژی و آزمایشگاه در دهک فقیر شده 63 هزار تومان معادل 15% ، برای 20% ثروتمند 845 هزار تومان که می شود 16% که شامل هزینه های ویزیت هم هست. پرهزینه ترین بخش هزینه های بهداشتی درمانی کدام بخش است؟ بیمارستان؟ نه! از $\frac{1700}{1000}$ تومان 224 هزار تومان هزینه های بیمارستان پرداخت شده 12% یعنی میانگین هزینه های بیمارستانی پرداخت شده کمتر از دارو، ویزیت و از هزینه های تشخیصی کمتر بوده است اما در دهک ها! 20% فقیرترین میانگین 15 هزار تومان هزینه بیمارستان کرده اند. OOP آنها مربوط به بیمارستان نیست. با همه اینها 20% ثروتمندترین 882000 تومان هزینه بیمارستان داده اند. در واقع در مورد استفاده از بیمارستانهای دولتی کاملاً یک مرز جدایی است یعنی بیمارستان های دولتی عمدتاً محل مراجعه گروه های فقیر و کم درآمد و دهک های پائین جمعیتی و بیمارستان های خصوصی محل مراجعه گروه های ثروتمند. بیشترین تفاوت در واقع در اینجا است. آیا این به مانمی گوید که اگر بخواهیم OOP کم شود بیشتر سیاست گذاری و بیشتر سرمایه ها و سرمایه گذاری را کجا ببریم؟ به نظر من توصیه سیاستی خوبی در آن است که ما از خدمات ارزان قیمت حمایت کنیم و قیمت ها را بالا نبریم. همچنین سعی کنیم که این خدمات بیمارستان های دولتی را گسترش دهیم و

تامینش کنیم. پائین آمدن OOP و هزینه کاتاستروفیک شاخص خوبی است برای جمعیت های متوسط و دهکهای متوسط برای کل جامعه شاخص مناسبی نیست لذا ما عملا در تهران که بالاخره وضعیت مالی مردم مقداری بهتر است این شاخص این گونه جواب داده است. ما در یک جدول دیگری جمعیت دچار فقر در اثر هزینه های بهداشت و درمان را به تفکیک در آوریم در واقع بیش از ۵۰٪ جمعیت دچار زیر خط فقر در اثر هزینه های دارو دچار خط فقر میشوند.

- ما باید بین نظام سلامت و نظام تامین مالی سلامت تفاوت بگذاریم. بحث های کارایی و بهره وری جای خود، اما بحث تامین مالی بحث جداگانه ای است و موضوع مهم دیگر اینکه در حساب های ملی سلامت، در مخرج کسر ۳ بخش مهم داریم، بودجه دولت، منابع پیش پرداخت و پرداخت از جیب خانوار، پرداخت از جیب خانوار در صورت کسر نیست. ذکر می شود، یکی از راههای کاهش این کسر، افزایش پیش پرداخت هاست که البته توسعه بیمه ها برای افزایش سهم پیش پرداخت ها خیلی خوب است اما مشکلاتی وجود دارد. همانطور که ۱۷ درصد جمعیت پیش پرداختی ندارند، و در مطالعه ای که انجام دادیم، ما در ۳ دهک اول به طور خاص مشکل بیمه داریم، اقدامی که صورت گرفت بیمه ایرانیان بود، بیمه ایرانیان راه را برای بیمه اختیاری درمان باز کرد. ولی متاسفانه این بیمه اختیاری درمان عقیم ماند، و اینکه چه کسانی باید در این بیمه اختیاری درمان عضو می شدند؟! جمعیت بخش غیر رسمی که در ۳ دهک اول هستند مشتری این بیمه بودند. شرایط کاری آنها طوری نیست که بیمه تامین اجتماعی پرداخت بکنند، و پرداخت های آنها در زمان بیماری شکل می گیرد و این افراد مشتریان بیمه ایرانیان هستند، متاسفانه آمار اعضای بیمه ایرانیان پایین است. باید به طریقی این مجموعه را جز بیمه ایرانیان قرار بدهیم، در مطالعه ای که انجام دادیم و دریافتیم که می شود تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه های اجتماعی در بخش غیر رسمی اشتغال و جمعیت بیکار را بر آورده کرد و بدین ترتیب سهم پیش پرداخت ها را بالا برد. در مخرج کسر یکی از علت های افزایش پرداخت از جیب، پرداخت مستقیم در زمان بیماری است، بنابراین ما هنوز جا داریم در مقوله پیش پرداخت ها کار کنیم و آن را افزایش دهیم، در مطالعه سری زمانی که بر روی حسابهای ملی سلامت از سال ۵۰

انجام دادم، ماقبل از قانون بیمه همگانی هم، سهم بالای پرداخت از جیب، ۴۰-۴۵ درصد را داشتیم که حالا بین ۵۰-۵۵ درصد نوسان دارد. مشکل دیگر این است که اگر ما نظام سلامت را از نظام تامین مالی جدا بکنیم چه اتفاقی می افتد، ما به هر حال در مرحله توسعه خدمات سلامت هستیم، هر سال به همین تعداد که پزشک بیشتری جذب سیستم ما شود، به همین تعداد که تجهیزات سرمایه‌ای بیشتری وارد نظام سلامت می شود، به همین نسبت هم خدمات توسعه پیدا می کند و ما با توسعه نظام سلامت، در واقع هر ساله هزینه‌های بیشتری را برنامه‌ریزی می کنیم، در واقع دولت خود دارد تقاضای القایی ایجاد می کند، یعنی می گوید خدمات بیشتری باید ارایه شود، و خدمات بیشتر یعنی ممکن است یک نفر که در بیمارستان بستری است در یک هفته ۲ تا MRI مفصل بگیرد، یا ۵ اسکن مختلف برای تشخیص‌های مختلف بگیرد، و مایلند این خدمات بیشتر را همیشه در نظر داشته باشیم. سری‌های زمانی نشان می دهد که همزمان که بیمه‌ها و بیمه همگانی ایجاد شدند و امکانات بیشتری را برای مردم فراهم کردند، مردم چون به سطح پرداخت‌های قبلی عادت کردند، امکانات بیشتر را به مفهوم خدمات بیشتر گرفتند، بنابراین سطح پرداخت‌های قبلی تقریباً ثابت مانده است و این اتفاق در آینده نیز خواهد افتاد، بنابراین همزمان با توسعه سیستم سلامت، نظام تامین مالی ما نیز باید اصلاح شود، توسعه یابد، ولی با این شرایط، سطح پرداخت‌های مستقیم از جیب در سال‌های آینده به صورت بسیار مطمئن کاهش پیدا می کند. چون مردم تقریباً به این میزان از پرداخت‌ها عادت کرده‌اند. در مطالعاتی که انجام می دهیم و وقتی استان‌ها را با هم مقایسه می کنیم، و نیاز به خدمت را در استانها می بینیم، هنوز هم با شاخص‌های عدالت افقی، هم شاخص‌های عدالت عمودی، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای داریم، یعنی بیمه‌ها هنوز باید هزینه بیشتری بکنند تا این تفاوت‌ها را از بین ببرند، از بین بردن تفاوت در نیاز به این معنی است که سطح پرداخت‌های از جیب ثابت خواهند ماند، اگر بیمه‌ها درست عمل بکنند نظام سلامت کمتر عمل خواهد کرد، در مورد شاخص عدالت بهره‌مندی، ما ارزیابی مناسبی را انجام دادیم، دیدیم که بودجه دولت، هنوز در شاخص عدالت در بهره‌مندی دارای ابهام است، یعنی بودجه دولت اگر بخواهد بیشتر افزایش کند، باید چاله‌های مربوط به بعضی از استان‌ها را اصلاح کند،

چون بعضی از آنها را به جای گروه ۴، در گروه ۱ یعنی گروه ضعیف تر قرار داده است، در مورد بیمه اختیاری ایرانیان باید عرض کنم در کشورهای دیگر وقتی می خواهند از بیمه اختیاری برای مسائل حساس مثل درمان یا فوت استفاده کنند، تلویزیون در روز بیش از ۱۵ بار آگهی پخش می کند، می گوید اگر شما برای مثلاً بیمه مرگ خودتان هزینه کنید، باید فلان قدر هزینه کنید، اگر فلان قدر در ماه یا در روز پرداخت کنید می توانید تا این سقف و با این شرایط از بیمه های بهتر و بیشتری استفاده کنید. در تلویزیون، کشورهای انگلستان، آمریکا، کانادا این تبلیغ را بیش از ۲۰ بار در روز انجام می دهند، در مورد بیمه ایرانیان باید همین کار صورت بگیرد، باید بگویند اگر خودتان هزینه کنید موقع هزینه در سال به طور متوسط ۵۰۰ هزار خواهد شد، اگر بیمه بدهید، مبلغ بیمه مثلاً می شود ۱۰۰ هزار تومان. شما با ۱۰۰ هزار تومان می توانید هزینه های تا سقف ۲ میلیون تومان را پوشش بدهید، ارقام واقعی را باید از بودجه و هزینه های خانوار استخراج و محاسبه بکنند و آگهی بدهند، بیمه ایرانیان تشکیل شد، ولی این آگاهی صورت نگرفت و پیش پرداخت ها به خصوص در ۱۳ چک اول که به بیمه ایرانیان نیاز دارند، پایین باقی مانده است. متوسط پرداخت از جیب یک متوسط است و بحث عدالت را مطرح نمی کند، درست است که رقم فعلی OPP بالاست و بسیار سنگین است، ولی چون مردم عادت کردند به این مبلغ از OPP، اگر ما بتوانیم همین ۵۰ درصد OOP را عادلانه بکنیم، می توانیم نارضایتی را که از این سهم بالای OPP ناشی می شود تا حدودی بهبود ببخشیم، در آخر نیز دوباره می خواهم عرض کنم که سیستم سلامت باید توسعه یابد ولی باید به این نکته نیز توجه کند که نظام تامین مالی متاسفانه به اندازه پولی که دارد به فکر هزینه است. نظام تامین مالی را باید جداگانه بررسی و اصلاح کرد.

- ما در کشوری هستیم که منابعی داریم، و براساس این منابع، با توجه به تقسیماتی که وجود دارد نسبت به مسائل کشور، اعتبارات را تقسیم می کنیم. آقای دکتر حریرچی به خوبی اشاره کردند که ما در بخش سلامت، با توجه به شناختی که مسئولین رده بالای کشور از اولویت سلامت در کشور دارند، دیگر نیازی به آشنایی آنها نداریم که رئیس جمهور و مسئولین رده پایین تر از آن را توجیه کنیم که چقدر سلامت اهمیت دارد.

حتماً استحضار دارید که ما ۴۲ نماینده پزشک داریم که در حوزه سلامت وارد شدند و در قانون گذاری بسیار تاثیر گذار هستند. بنابراین ما قانون کافی و مناسب برای هدایت حوزه سلامت کشور داریم. مسئولینی داریم که به نیاز و اولویت سلامت در کشور آشنا هستند، بنابراین منابع عمومی و اختصاصی سلامت، همین است که هست. هنر ما باید در این باشد که با این منابع باید چکار کنیم. با این منابع چطور می توانیم کشوری داشته باشیم که مردم ما ارایه خدمات مطلوب داشته باشند، اگر در دانشگاه ها، رشته ها در حال توسعه است، برون داد آنها باید حل مشکل امروز باشد که به خاطر آن امروز تشکیل جلسه داده ایم. آمار آقای دکتر واعظ نشان می دهد که پر هزینه ترین بخش سلامت ما بخش دارو است و راه حلی که شواهد به ما نشان می دهد و می توانیم خیلی زود و با کمترین هزینه نتیجه بگیریم به نظر من مداخله در آموزش گروه پزشکی است. ما در این زمینه یک خطای جدی داریم که اگر فرصت بود و به جزئیات نشان می دادم به خوبی مشخص بود که مداخله و ورود به نحوه آموزش در دانشگاه ها کار راحتی است. پزشک وقتی فارغ التحصیل می شود از استاد خود یاد گرفته است که گرانترین و خارجی ترین دارو را تجویز کند در صورتی که هم در آموزه های دینی ما و هم منابع جهانی گفته شده که برای بیمار باید معقول دارو نوشت و تنها گروهی که می توانند روی تغییر فرهنگ مردم برای مصرف دارو تاثیر گذار باشند و روی سلامت آنها تاثیر بگذارند پزشکان هستند و لا غیر. پزشکان با بی تفاوتی به خواسته های بیمار برای نسخه نوشتن عمل می کنند و در جهت انتقال و آموزش فرهنگ صحیح مصرف تلاش نمی کنند. این جلسه می تواند مفید باشد و کسانی که سیاست گذاری می کنند باید در زمینه آموزش پزشکی مداخله بکنند و این یکی از راه های موثر کاهش OOP است.

- در یک سال گذشته در اسلام شهر که محروم ترین منطقه تهران است مصرف انسولین را بررسی کنید، رویکرد غلطی که بیمه ها در مورد بعضی از اقلام داروها دارند باعث مصرف این داروها شده است. مصرف انسولین رگولار و ان پی اچ به شدت کاهش پیدا کرده است و مصرف انسولین لانتوس به شدت افزایش پیدا کرده است. چرا؟ چون سازمان های بیمه گر محدودیت هایی را برای انسولین گولار و ان پی اچ در نظر گرفته اند که برای فرآورده های تک این محرومیت را در نظر نگرفته اند. در مورد آنتی

بیوتیک‌ها، اریتروماسین که سهم کمی در کنترل عفونت‌ها برعهده دارد جزء فرآورده‌های ۱۰ درصد سازمان‌های بیمه‌گر شده است و آنتی بیوتیک‌هایی که می‌توانند اثربخشی خیلی بهتری داشته باشند جزء فرآورده‌ها با فرانشیز ۳۰ درصد نشده است. یعنی رویکردهای غلطی که در حوزه‌های مختلف نظام سلامت وجود دارد باعث می‌شود که هزینه پرداخت از جیب ناخودآگاه افزایش پیدا کنند. رویکردی که در قانون بودجه از سال ۸۸ تا الان وجود دارد. سهم منابع عمومی مراکز دولتی از سال ۸۸ از میزان ۶۰ درصد به ۴۰ درصد کاهش یافته است. این یعنی درآمد اختصاصی خود را افزایش بدهد و از مردم بگیرد. آمارهایی که آقای دکتر ارائه کردند باید مستند شوند و در جاهای مختلف ارائه شوند تا بتوانیم قدرت دفاعی خود را افزایش دهیم. آقای دکتر حریرچی به بحث ۱۳P اشاره کردند و اگر نظارت و کنترل روی همین ۳Pها اتفاق نیفتد معضلی خواهد شد که دامن نظام سلامت را در آینده خواهد گرفت. یعنی علاقه داریم چیزهای خیلی خوب و لوکس را از جاهای مختلف وارد کشور کنیم ولی کنترل کردن آن را اصلاً در دستور کار قرار نمی‌دهیم، اگر بر این بخش از نظام سلامت نگاه ویژه‌ای نشود عملاً می‌تواند آسیب‌های جدی‌تری را ایجاد کند. موضوع بعدی تا زمانی که به مراکز دولتی به عنوان درجه ۳ نگاه می‌شود و ما هم به عنوان شهروند درجه ۳ شناخته می‌شویم، سازمان بیمه‌گری که از ما خرید خدمت را انجام می‌دهد، تعرفه ترجیحی را در مراکز خودش دریافت می‌کند. این خودش یعنی پرداخت از جیب را ببرند بالا؟! یعنی این بحث خصوصی، ترجیحی و دولتی خودش آسیب جدی را به نظام سلامت وارد کرده است که اگر استمرار داشته باشد می‌تواند افزایش پرداخت از جیب را فراتر از این دامن بزند.

- بخواهیم قبول بکنیم یا قبول نکنیم پرداخت از جیب با تمام عیب‌هایی که دارد شاخصی است برای عملکرد نظام سلامت، مقاله‌ای در مورد فساد در نظام سلامت خواندم و آنجا نیز نشان داد که پرداخت از جیب شاخصی است برای فساد. در نظام سلامت و با شواهدی که داریم نشان می‌دهد که روند در حال حاضر افزایشی است. بنابراین

می توان گفت اگر در سال ۲۰۰۰ رتبه عدالت نظام سلامت ما حدود ۱۱۲ بود، اوضاع فعلی ما نسبت به کشورهای دیگر احتمالاً بدتر خواهد بود. همچنین باید توجه کرد وقتی می گوئیم با رویکرد SDH^۱، سهم فرد در سلامت ۲۰ درصد است، آن وقت سهم فرد در کل هزینه های سلامت، نه فقط پرداخت مستقیم از جیب که ما فقط بحث آن را می کنیم، بیشتر از ۵۰ درصد حدود ۶۰-۷۰ درصد خواهد شد، این مصداق ظلم است که اتفاق می افتد، در این ظلم خود ما هم شریک هستیم. یعنی کسانی که نظام سلامت داخلی ۳۰ سال گذشته را براساس تجربیات گذشته شکل داده اند. شبکه وظیفه اش این بود که پرداخت از جیب را کم بکند و نشان داد که خیلی جاها توانست کم بکند، من معتقدم هر مداخله ای که بعد از شبکه ایجاد شد برای خراب کردن شبکه بوده است از جمله قضیه بیمه همگانی به آن شکل و خودگردانی بیمارستان ها. نکته ای که می خواهم اشاره کنم و دکتر نیز به آن اشاره کردند در قانون برنامه پنجم است. هنگام تدوین برنامه پنجم، ما برنامه چهارم را نگاه کردیم و سعی کردیم ماده ۹۰ و ۹۱ را اصلاح کنیم و می بینید که ماده ۳۸ سرفصل آن با پرداخت از جیب شروع شده است و اغلب استراتژی هایی که آنجا دوستان گفتند زیرمجموعه اش دیده شده، همه استراتژی هایی که در جاهایی دیگر ذکر شده از قبیل هدفمندسازی، و پزشکی خانواده، سطح بندی و ... همه آنجا هست. اگر مجموعه برنامه پنجم به درستی اجرا شود انتظار هست که پرداخت از جیب اصلاح شود. نه اینکه صرفاً بیمه سلامت درست شود، یعنی اگر ماده ای که گفته باید نظام آموزش پزشکی مبتنی بر پزشک خانواده اصلاح شود انجام نشود، هیچ اتفاقی نخواهد افتاد، آدم هایی که داریم تربیت می کنیم دارند از رو دست من نگاه می کنند که چکار دارم می کنم. چون من دارم مثلاً داروی خارجی می نویسیم و مرتباً توصیه می کنم که این موثرتر است. فرصت نشد دکتر شریعتی صحبت کنند ولی من می خواهم از ایشان دفاع کنم که نسخه ۰۲ پزشک خانواده که من هم بر آن نقدی های مختلفی دارم ولی یک نکته مثبت دارد و این که بند ناف ارابه کننده را از خدمت گیرنده بریده است. یعنی خدمت رایگان شده است. شما به هر بهانه ای که

^۱Social Determinant of Health

می خواهید فرانسیز بگیرید که الان هم به آن بعنوان یک منبع نگاه می شود، فرانسیز ریالی اگر قرار است پرداخت شود، زیرمیزی را بیشتر خواهد کرد، تا زمانی که این ارتباط قطع نشود و خدمت رایگان نشود این زیرمیزی همچنان ادامه خواهد داشت، چون اگر من هزار تومان پرداخت کنم پزشک جرات خواهد کرد از من ۲ هزار بگیرد- شما چطور می توانید این را شناسایی بکنید؟! به فکر مجهز کردن ساختار سیستم سلامت باشیم. ما به بهانه ادغام آموزش پزشکی قرار بود آدم‌هایی را تربیت کنیم که دیگر این کار را نکنند ۲۵ سال گذشت ولی ... ما ادغام ساختاری ایجاد کردیم، هیچ وقت ادغام عملکردی را درست نکردیم و یکی از نتایج این ادغام توسعه زیر تخصص‌های مختلف بالینی است. سیستم معاونت آموزشی ما از سیستم معاونت درمان و بهداشت ما که درگیر ارائه خدمات هستند، کاملاً جدا است. حتی در زمینه معاونت غذا و دارو نیز کاملاً سیستم را جدا کردیم و اینها دارند برای ما هزینه ایجاد می کنند. حالا ما مرتباً داد بزیم پزشکی خانواده می خواهیم که فلان باشد آنها یک کار دیگر دارند می کنند، یعنی مجموعه آدم‌هایی که دارند تصمیم می گیرند جهت گیری آنها سلامت نیست بلکه بازار محور هستند. تا این قضیه درست نشود مشکلات اصلاح نخواهد شد. نکته بعدی این است که آیا ما یک health system داریم یا همه چیز ما یک health care system شده است؟ شما در سیستم سلامت تصمیم گیرنده‌ای ندارید که در حوزه ارائه خدمات فعالیت نداشته باشد. من بمرم باز هم دستم از قبر بیرون است، و تا زمانی که تضاد منافع موجود در تصمیم گیری و سیاستگذاری را اصلاح نکنیم واقعاً نمی توان کاری کرد. این را باید پذیرفت. در قانون پنجم توسعه نوشتیم در ۶ ماه اول، ابتدا وزیر و وکیل در دو حوزه خریدار و ارائه کننده اصلی خدمت را فول تایم کنیم، حتی جرات نمی کنیم در یک استان این کار را بکنیم، ما قبل اینکه از اینجا شروع کنیم رفتیم و به پزشکان گیر دادیم که ابتدا آنها را تمام وقت کنیم. به نظر من تا این اتفاقات رخ ندهد بعید است بتوانیم کار دیگری انجام دهیم. بیمه ما در ایران خریدار نیست، بیمه یک صندوق پرداخت هزینه است. تا شما یک خریدار سلامت ایجاد نکنید سلامت مردم درست نخواهد شد. نکته آخر اینکه تمام حرف‌های قشنگی که در برنامه توسعه چهارم و پنجم نوشته شده و از آن تعریف می کنیم اینها قانون

موقت است، ۲ سال و نیم دیگر برای نوشتن برنامه ششم توسعه ما باز چالش خواهیم داشت و معلوم نیست که بتوانیم دوباره این موضوعات را در آنجا مطرح کنیم. وقتی گفتیم بیمه پایه سلامت باید اجباری باشد، بعضی از دوستان در وزارت بهداشت مخالف این کار بودند، می گفتند که در قانون بیمه همگانی منظور ما نیز همین بود. ولی ۱۷ سال گذشت و سال ۸۱ بهره‌مندی از خدمات نشان داد که ۳۵ درصد افراد بیمه ندارند، اما گزارش شما بعد از ۸-۷ سال نشان می‌دهد که ۱۷ درصد افراد بیمه ندارند، بنابراین به نظر من لازم است که قانون را نیز اصلاح کرد.

- بیمه ایرانیان متاسفانه هنوز به همان روال سابق است یعنی وقتی فرد مریض هست از این بیمه استفاده می کند و بعد از بیماری نیز مراجعه نمی کند علی الرغم اینکه رایگان هست. ما با زحمت توانستیم در شورای عالی بیمه جا بیندازیم که ۱۵٪ را بیمه شده پردازد چون می خواستیم بیمار در پرداخت مشارکت کند، همین جوری همه از کمیته امداد تخفیف می گیرند و ۸۰-۷۰ درصد کسانی که مراجعه می کنند رایگان هستند. نکته دوم که در مورد دستورالعمل وزارت خانه است، اتفاقاً این موضوع در رابطه با وزارت بهداشت نیز صدق می کند چون نمی خواستند بودجه‌ها در هیچ جلسه‌ای شفاف شود که مثلاً در هر سرفصلی نوشتند خدمات درمانی، اینجا منظور چیست، این امر به وضوح انجام نمی شود. نکته سوم اینکه اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی چیزی است که همه جا تقبیح شده متاسفانه علی الرغم اینکه قانون است اجرا نمی شود، واژه مودبانه پرداخت غیررسمی، به صورت شایع اتفاق می افتد و حجم قابل توجهی از پرداخت از جیب مردم از این راه اتفاق می افتد. نکته بعدی اینکه ورودی‌های نظام سلامت توسط نهادهای بی ربط تعیین می شود. خریداران خدمت خیلی تعیین نمی کنند این باشد یا نباشد. برای مثال از ۲۰۳ ارقام دارویی که ذکر شده تحت پوشش بیمه باشند، ۳۷ مورد آن در تعهد بیمه بوده است یعنی کسانی که آنرا تهیه کرده بودند مطلع نبودند ۳۷ تای آن در تعهد بیمه بوده است، یا ۱۷ مورد آن تصویب نشده است. و این موارد است که مشکلاتی را ایجاد می کند، بحث دارو شد، دارو تنها موردی است که پرداخت از جیب ۳۰ درصد است یعنی فرانشیز آن ۳۰ درصد است. در بقیه موارد ممکن است یک دارویی قیمت آن خیلی بالا باشد و ۳۰

درصد برای بیمه شده خیلی زیاد باشد و توانایی پرداخت آن را نداشته باشد. به نظر چیزی که باید مورد توجه قرار بگیرد همان risk pooling است همه از قانون پنجم خیلی تعریف کردیم. ۵ درصد تا دو برابر حقوق در مورد کارمندان، معنی اش این است که کسی که ۸۰۰ هزار تومان می گیرد ۴۰ هزار تومان می دهد، و کسی که هشت میلیون می گیرد ۴۰ هزار تومان می پردازد، یعنی سرمایه دار نیم درصد پرداخت می کند، و فقرا ۵ درصد پرداخت می کنند. بحث تجمیع منابع که قانون گذار تا یک جایی را خوب کار کرده ولی خیلی مشکل دارد. برای مثال ۱۰ درصد شخص ثالث، اگر قرار است تجمیع صورت بگیرد نباید آن ۱۰ درصد به وزارت بهداشت پرداخت شود. بیمه ها هیچ کدام این موضوع را نمی پذیرند چون دغدغه های آنها یک چیز دیگر است. در وزارت کار، رفاه و تعاون، بیمه جایگاهی ندارد چون دغدغه اصلی آن بحث کار و کارگری است و اشتغال، در وزارت بهداشت دغدغه اصلی بحث تولید منابع، آموزش و ارایه خدمت است و بیمه ها جایگاهی ندارند. چون تامین مالی جایگاهی مناسب که بتوان از آن دفاع کرد ندارد عملاً کاری اتفاق نمی افتد. ۱۰ درصد هدفمندی یارانه ها عیناً گفته که نظام سلامت، نگفته وزارت بهداشت، ۲ هزار و دویست میلیارد پول برای بحث پزشک خانواده، دوستان وزارت بهداشت می گویند بیاید بنشینید تقسیم کنیم، اگر واقعاً بنا است که تجمیع منابع صورت بگیرد اینها بیاید در جای خودش، معنی ندارد در جای دیگر بنشینید تقسیم کنید. نکاتی دیگری هست که لازم است اینجا گفته شود. یک اینکه به اعداد اعلامی متعهد باشیم آقای دکتر در شورای عالی بیمه حضور دارند، بحث ۲۹ درصدی که آنجا مطرح شد، من به دلیلی مخالفت کردم، آقای دکتر زالی فرمودند از این ۲۹ درصد باشد که کس دیگر از آن تخلفی نکند، ما انجمن های صنفی داریم. انجمن های صنفی علاوه بر تعرفه های موجود، رسماً برای خود تعرفه اعلام کردند، کاملاً متفاوت است با افزایش تعرفه خصوصی، انجمن های غیرصنفی نیز همینطور. نکته بعدی عدم پرداخت به موقع است. از سال ۸۹ تا ۹۱ آموزش و پرورش ۸۲ میلیارد تومان به ما بدهکار است و هیچ چیزی نیست که ما بتوانیم با زور از آن بگیریم. وزارت بهداشت ۴/۴ میلیارد به ما بدهکار است. دادگستری ۹ میلیارد بدهکار است، اینها سهم کارفرما است چون از بیمه شده همان روز اول گرفته می شود. مجلس،

امور خارجه، دفتر مقام معظم رهبری، وزارت دفاع، تعاون... همه بدهکارند، نکته بعدی که دکتر واعظ اشاره کردند این است که پولی که هم قرار است بدهند ۵ تا ۱۰ درصدش را کم می کنند، بعد می خواهند بدهند ۱۰ ماه بعد می دهند. قیمت گذاری های متعدد توسط انجمن ها، تعرفه غیر واقعی، نبود سیاستگذاری واحد و نظارت از طرف هیچ نهادی، قراردادهای باز توسط نهادهای مسئول با تعرفه چند برابری، عوامل دیگر مثل تصمیم گیری توسط نهادهای بی ربط که چه چیزی در تعهد باشد یا نباشد، خوب بدیهی است که پرداخت از جیب مردم بالا برود.

- کاش وقتی از پرداخت از جیب حرف می زدیم فرقی بین پرداخت از جیب واقعی و کاذب قائل می شدیم. اعدادی که برای پرداخت از جیب اعلام شد اینجا یک گپ وجود دارد، چیزی که می توان به راحتی در مورد آن مداخله کرد و به آن صنایع هم نیازی ندارد، (بله ما به موازات آن می توانیم به منابع هم فکر بکنیم، به پوشش بیمه هم فکر کنیم و...)، اما شروع پرداخت از جیب از کجاست؟ شروع آن از مطب پزشکان است، بیماری که سرپایی است آیا به بیمار بستری تبدیل می شود؟! نیاز هم به منابع ندارد، در بحث تعرفه ها کار خوبی که شد برای ویزیت وقت تعیین کردند، آیا این رعایت می شود؟! می دانید چقدر از پرداخت از جیب مردم کم خواهد شد اگر پزشک برای بیمار وقت کافی بگذارد، آن وقت ارجاع بیمار برای انواع و اقسام اقدامات تشخیصی های انجام نخواهد شد، مسئله بعدی بحث بیماردهی تجهیزات فناورانه است، آیا بسته به یک جمعیت خاص که در یک منطقه جغرافیایی خاص زندگی می کند شاخص بیماردهی برای MRI داریم؟ تجویزهای بالای ام.آر. ای در نسخه ها را شاهد هستیم ولی چون شاخص نداریم نمی توانیم مداخله انجام دهیم. روی خیلی از عوامل دیگر نیز به همین ترتیب می شود کارکرد، مثلاً من می گویم آیا پرداخت از جیب کاذب ۶۰ درصد است و واقعی آن ۴۰ درصد است؟ روی این مسئله چطور می توان کارکرد؟ آن مقدمه ای که مردم باید واقعاً از جیب خود پرداخت کنند بر می گردد به این که منابع کم است، بر می گردد به این که پوشش های بیمه ای کم است، سازمان های بیمه برای حل این مساله می توانند در کنار وزارت بهداشت قرار بگیرند و کمک کنند، خیلی از آمارها و اطلاعات موجود در سازمان های بیمه می تواند مورد استفاده قرار

بگیرد و کمک کننده باشد. فعال کردن کمیته‌های علمی بررسی نسخ پزشکان می‌تواند تجویز خیلی از داروهای را اصلاح کند. ما می‌گوییم برای دارو این قدر پرداخت شد، متوسط پرداخت فلان بود آیا این میزان‌ها واقعی است؟! آیا این داروهایی که تجویز شده آیا به این مقدار نیاز بوده است؟! اگر در زمان ویزیت زمان کافی گذاشته می‌شد آیا خیلی از این تجویزها صورت می‌گرفت؟!

جمع بندی

با تشکر از نقدها و نظرات دوستان، این جلسات، جلسات گفتگوی سیاست است هیچ کس در مقام موافق یا مخالف سیاست خاصی نیست، هدف این است که سیاست بحث شود و همه دیدگاه‌ها دیده شود. و با همین دیدگاه چند نکته را عرض می‌کنم و جمع‌بندی خواهم کرد. شاخص پرداخت از جیب با خود پرداخت از جیب ۲ مسئله جدا هستند. وقتی از پرداخت از جیب حرف می‌زنیم منظور کل پولی است که از جیب می‌پردازیم ولی وقتی که می‌خواهیم از پرداخت از جیب به عنوان عملکرد نظام سلامت بحث کنیم به مخرج کسر نیازمندیم، و هر جا که نتوانیم مخرج کسر را روشن کنیم تفسیرهای که از پرداخت از جیب می‌شود عملی نخواهد بود، می‌توانیم مقایسه کنیم کدام گروه بیشتر خرج کرده کدام گروه کمتر، یا چقدر صورت کسر برای چه چیزی خرج شده است، ولی اینها محاسبه شاخص پرداخت از جیب نیست، برای شاخص به مخرج کسر نیازمندیم، و چون مخرج کسر لازم است همانطور که دکتر کاظمینان اشاره کردند خیلی از تفسیرهای منطقه‌ای، موضوعی، گروه جمعیتی به بیماری شامل آن نمی‌شود. شاخص پرداخت از جیب شاخص کلانی است، ما یک هدف سیاستی روی صورت شاخص داریم و هدف ۳۰ درصد حرف خوبی است ولی خود شاخص از جزئیات حرف نمی‌زند و نیازمند اعداد دیگری است. هدفم از این جلسه این بود که این پیام را برسانم که موضوع کاهش پرداخت از جیب فقط خودش نیست، موضوع نظام سلامت است. علی‌الرغم مداخلات زیادی که در ۲ دهه اخیر انجام دادیم میزان پرداخت از جیب کاهش پیدا نکرده است چون فکر کرده‌ایم ما از خود پرداخت از جیب حرف می‌زنیم، نکته دوم من این بود که مداخلاتی که انجام داده‌ایم

سراغ علل اصلی افزایش پرداخت از جیب نرفته‌اند، هر کدام یک جزئی را دنبال کرده‌اند، مداخلات خوبی بوده‌اند ولی در نظام سلامت وقتی یک جایی را تکان می‌دهیم جای دیگر نیز تکان می‌خورد و تاثیر می‌گذارد، مثال آن قانون بیمه همگانی و اجرای همزمان خودگردانی بیمارستان‌ها است. تفسیر دکتر کاظمیان این بود که مردم به یک حد از میزان پرداخت از جیب عادت کرده‌اند، ولی تفسیر من در کنار تفسیر دکتر کاظمیان چیز دیگری است، مطالعاتی که با خانم دکتر دشمنگیر و چند تن از سایر همکاران انجام می‌دهیم نشان می‌دهد در همان برهه خودگردانی بیمارستان‌ها و بیمه همگانی، خیلی واضح فشارهای تورمی و افزایش هزینه‌ای در نظام سلامت ایجاد شد، و این بیشتر تاثیر داشت، و پرداخت از جیب نه تنها پایین نیامد بلکه افزایش نیز داشت. علی‌الرغم این که ما منابع جدیدی را ایجاد کردیم، بنابراین اگر دید ما سیستمیک باشد و به تاثیر مداخلات روی سایر اجزا توجه کنیم نتایج فرق خواهد کرد.

موافقم که تجمع منابع خیلی مهم است اشاره کردم به مصرف غیر مستقیم و اشاره‌ای به گسترش اختلاف، منظور این بود که عملاً خلاف تجمع و بحث خرید راهبردی حرکت می‌کنیم، من موافق نیستم که تکلیف‌ها در برنامه پنجم توسعه روشن شده است، گفته شده است که تجمع صورت گیرد. این مواد تعهدات مختلف دارند، جزئیات وظیفه‌ای دارند، سازوکارهای سیاسی دارند، قانونگذار تکلیف این جزئیات را به هیچ‌وجه روشن نکرده است. و چون مشخص نکرده اگر زیر آن برنامه مشخصی نباشد حرف قانون گذار در حد حرف خواهد بود. در خرید راهبردی هم همین مساله است. در شرایطی که ماسازوکار قرارداد بین بیمارستان و بیمه نداریم خرید راهبردی عملاً انجام نمی‌شود. بحث‌های پایه‌ای خرید راهبردی اتفاق نمی‌افتد. نباید فکر کنیم تکلیف در بحث قانون گذاری روشن است. قانون گذار اهداف را بیان کرده است. اتفاقاً ایراد برنامه پنجم این است. ایراد این است موضوعاتی که از نظام سلامت می‌خواهد این قدر زیاد است که ممکن است خارج از توان وزارت بهداشت برای اجرای همزمان آنها باشد.

اگر سازمان نظام پزشکی بیاید و بگوید تورم ۴۳ درصد است و حق من ۴۳ درصد افزایش در تعرفه است این صحبت کردن از طرف جامعه نیست، این صحبت کردن از طرف صنف

پزشکی است. یعنی نمی تواند بگوید من نماینده جامعه ام. وقتی رشد اقتصادی کشور منفی ۵ درصد است چطور می توان انتظار داشت که تعرفه ۴۰ درصد بالا برود؟! وقتی رشد اقتصادی منفی است یعنی قدرت خرید جامعه کاهش پیدا کرده حالا ما روی هر عددی توافق کردیم و سیاستگذار روی شرایط درست خود روی ریز عدد توافق کرده، و به آن کاری نداریم، از موضع سیاستگذار نمی توان فقط به تورم فکر کند و بعد تعرفه را اصلاح کند، من شفاهی عرض می کنم شاید نتایج آن سال دیگر منتشر شود شواهدی که وجود دارد نشان می دهد، مصرف خدمات کاهش پیدا کرده است.

دوازدهمین نشست تخصصی مشترک
سیمای مرگ و میر کشور در سالهای
۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹

سخنران
دکتر اردشیر خسروی

تاریخ برگزاری جلسه
۱۳۹۲/۷/۳۰

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر آرش رشیدیان - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

اعضای پانل

دکتر فرشاد فرزادفر، رئیس مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

آقای دکتر زاهدیان، رئیس پژوهشکده آمار

آقای محزون، مدیر کل دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت سازمان ثبت احوال کشور

همکاران

دکتر نرگس رستمی گوران، هیئت علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست گذاری

خانم طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

سرهنگ خسروی، دکتر اردستانی، دکتر کاظمیان، دکتر محمودی، دکتر صانعی، دکتر

حیرانی، دکتر کوشا، دکتر رستمی، دکتر جندقی، دکتر بیدارپور، دکتر حسنپور، دکتر

رضوانی، آقای صالحی نیا، آقای چقایی

متن سخنرانی

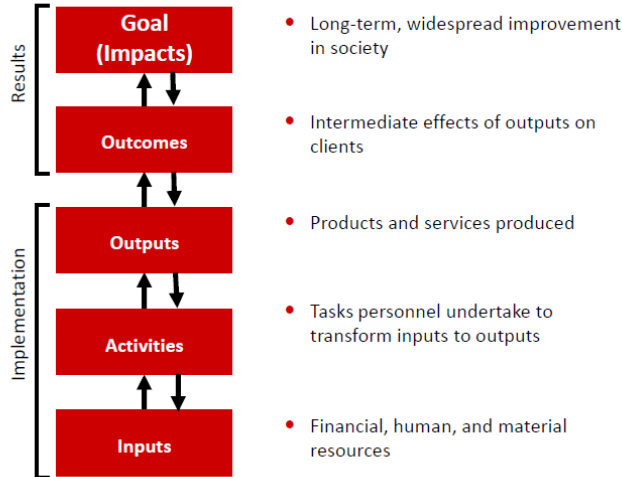
مقدمه

با توجه به اینکه سال جاری از طرف سازمان ملل سال آمار معرفی شده است گزارشی که در خدمتتان هستیم سیمای مرگ و میر کشور در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ است که کل کار بر اساس نظام ثبتی است که در وزارت بهداشت انجام می‌گیرد. بحث را با جمله‌ای از امام علی شروع می‌کنم که دائماً کارها را ارزیابی کنید تا دریابید به جلو حرکت می‌کنید یا به عقب برمی‌گردید. بالاخره یکی از الزامات برنامه‌ریزی ما این است که بینیم وضعیت چگونه است یعنی ما در ابتدای برنامه باید یک سری base bone data داشته باشیم، یک سری شاخص‌هایی را داشته باشیم و بر اساس آن شاخص‌ها برنامه‌ریزی کنیم تا به یکسری اهداف برسیم. این اهداف و برنامه‌ریزی مسلماً نیاز به آمار و اطلاعات دارد یعنی یکی از بحث‌های مهم نظام سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی این است که ما بر اساس آمار و اطلاعات بتوانیم برنامه‌ریزی کنیم. من سعی می‌کنم در این بحث یک مقدمه‌ای از اهمیت نقش آمار مرگ خدمتتان بگویم سپس مروری کنیم بر روی نظام‌های ثبت مرگ، پیشینه نظام ثبت مرگ در کشور، چهارچوبی که ما استفاده کردیم برای تجزیه و تحلیل این داده‌ها و نتایج آن. به خصوص روی بحث علت‌ها خیلی تأکید می‌کنیم که بینیم وضعیت علت مرگ مان، مهم‌ترین علت‌های مرگ به چه صورت است و با علت‌های مرگ در کشورهای دیگر مقایسه‌ای می‌کنیم که بینیم وضعیت مان چگونه است.

اطلاعات دقیق ثبت در مورد مرگ حالا چه میزان‌های مرگ و چه علل مرگ ما برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، برای اولویت‌بندی نظام سلامت و سایر بخش‌های توسعه خیلی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای تخصیص منابع این اطلاعات خیلی حیاتی است. بحث مهم دیگری که از اطلاعات مرگ و علل مرگ می‌شود استفاده کرد بحث پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت و همچنین سایر بخش‌های توسعه است. همان طور که می‌دانیم درصد قابل توجهی از شاخص‌های MDG که مورد توافق همه کشورهای بین‌المللی است بحث شاخص‌های سلامت است و ۷-۸ تا از شاخص‌های آن به شاخص‌های مرگ و میر

برمی گردد که باز خیلی اهمیت دارد چه برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت و چه برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های توسعه. این اطلاعات مرگ و میر می‌تواند زمینه‌ساز تحقیقات اپیدمیولوژیک باشد، یعنی برای تعیین وضعیت سلامت جامعه یکی از شاخص‌ها بررسی الگوی مرگ و میر است. اینها زمینه‌ای می‌شود که ما بتوانیم از این اطلاعات برای تحقیقات اپیدمیولوژیک و تحقیقات دیگری که در نظام سلامت نیاز داریم استفاده کنیم. بنابراین اهمیت و جایگاه زیادی دارد. اخیراً می‌گویند که مهم‌ترین اطلاعات شاید در زمینه نظام سلامت بحث آمار و اطلاعات بخصوص بحث الگوهای علل مرگ است. شاخص‌های متعددی بر اساس داده‌های مرگ و میر به دست می‌آید مثل شاخص مرگ کودکان یا مرگ مادران، مرگ بزرگسالان، مرگ خام، امید زندگی، شاخص‌های علل مرگ و میر و در سال‌های اخیر سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ‌های زودرس. همه اینها شاخص‌هایی هستند که بالاخره از طریق اطلاعات ثبت مرگ یا سایر اطلاعات مرتبط با نظام مرگ و میر به دست می‌آید. اگر بخواهم مثالی بزنم که واقعاً اهمیت داده‌های مرگ در نظام سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی به چه صورت است اینچارتیکهملاحظه می‌فرمایید بر اساس تئوری Results Based Monitoring است. یعنی ما برای پایش برنامه‌هایمان، نتایج را ارزیابی کنیم.

Results-Based Monitoring

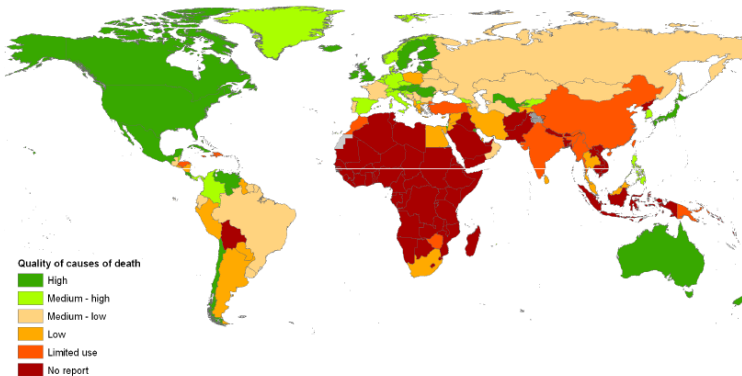


این چارت در نظام سلامت خیلی آشنا است ما یک Input در سیستم داریم که ورودی‌های سیستم است و اینها مسائل مالی و نیروی انسانی است. تبدیل می‌شوند به فرآیندهایی بر اساس activityها و یک output به دست می‌آید نهایتاً outcome و در نهایت یک impact حاصل می‌شود که بالاخره آن اثرات دراز مدتی که ما از این برنامه‌ها داریم را ملاحظه می‌فرمایید. اگر این را بخواهیم به عنوان یک مثال در نظام سلامت داشته باشیم که بینیم وضعیت چگونه است برنامه سلامت کودکان را در نظر بگیرید. برنامه سلامت کودکان یکی از برنامه‌هایش این است که از بیماری اسهال در کودکان پیشگیری کنیم. این برنامه یک سری Input دارد ما یک سری منابع مالی صرف می‌کنیم مثلاً می‌آییم ORS یا OR تراپی توزیع می‌کنیم یک سری آموزش‌ها را برگزار می‌کنیم، نیروی انسانی تربیت می‌کنیم، اینها همه ورودی‌های این سیستم می‌شود. بعد بر اثر این ورودی‌ها ما فرایندهای خدمت داریم، مانند آموزش‌هایی که به مردم برای درمان اسهال می‌دهیم. این خدمتی است که ارائه می‌شود و output آن ارتقاء دانش و آگاهی مردم و مادران نسبت به نحوه درمان اسهال کودکان است. این باید منتج شود به یک بهبود در مدیریت کردن بیماری یعنی ما بتوانیم بیماری را سریع مدیریت کنیم تا بهبود پیدا کند و در نهایت باید به یک هدف (goal) برسیم و این هدف این است که ما در نهایت بتوانیم مرگ ناشی از

اسهال یا بیماری ناشی از اسهال را کاهش دهیم براساس این تئوری Result Based Management/monitoring وقتی ما موفق خواهیم شد که آن انتهای کار به اهدافمان رسیده باشیم. یعنی بینیم مرگ‌های ناشی از اسهال یا بیماری ناشی از اسهال چقدر کاهش پیدا کرده است. هرچقدر این شاخص‌های پایینی بخصوص شاخص‌های Input را ارزیابی کنیم دلیل بر این نیست که ما به اهدافمان رسیده‌ایم. اصطلاحاً این شاخص‌های پایینی خصوصاً Input را شاخص‌های خرید می‌گویند. یک وقت‌هایی است که می‌گویند ما چقدر نیرو تربیت کرده‌ایم؟ چقدر منابع صرف کرده‌ایم؟ چیزی که مهم است این است که بدانیم چقدر به اهدافمان رسیده‌ایم. بنابراین شاخص‌های مرگ و میر نه تنها در بحث سلامت و نظام سلامت اهمیت دارد شاید واقعاً یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها است. یعنی خیلی اهمیت دارد که از این شاخص‌ها در ارزیابی برنامه‌ها استفاده شود. برای ارزیابی و محاسبات شاخص‌ها، معمولاً از منابع مختلفی استفاده می‌شود. در کشور ما به این صورت است که ما از منابع مستقیم مثل نظام‌های ثبتی، حالا یا ثبت احوال یا نظام ثبت وزارت بهداشت، و برای بعضی از شاخص‌ها بخصوص سطح و روند و total mortality از سرشماری‌ها و بررسی‌ها استفاده می‌کنیم. یک سری روش‌های جمعیت‌شناسی هست که ما در برآوردها استفاده می‌کنیم که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم است. اینها منابعی هستند که ما می‌توانیم از آنها برای برآوردهای مرگ و میر استفاده کنیم، ولی مهم‌ترین منبعی که می‌شود از آن اطلاعات و شاخص‌های مرگ و میر را محاسبه کرد و به عنوان gold standard مطرح است، بحث نظام‌های ثبتی است که در کشورهای پیشرفته خیلی روی آن کار شده و اطلاعات دقیقی دارند. بنابراین کشورهای دنیا را می‌شود به ۲ گروه تقسیم کرد: پیشرفته و غیر پیشرفته. در کشورهای پیشرفته نظام‌های ثبت خیلی دقیق است، علت‌های مرگ بر اساس شواهد پزشکی است و گواهی پزشکی فوت صادر می‌شود. برای اکثریت قریب به اتفاق مرگ‌ها طبقه‌بندی بر اساس نظام طبقه‌بندی بین‌المللی است و اطلاعات دقیقی از میزان‌های مرگ و میر وجود دارد. ولی در کشورهای گروه دوم و در حال توسعه بخصوص کشورهای خیلی فقیر اطلاعات بر اساس نظام ثبت نیست. نظام ثبت خیلی خوبی ندارند یا اگر هم دارند خیلی اطلاعات علت مرگ دقیق نیست. خیلی به جزئیات علت مرگ را ندارند. نظام طبقه‌بندی‌شان مناسب نیست. بر همین اساس برای

محاسبه علت‌های مرگ در کشورهای در حال توسعه از روش‌های دیگری استفاده می‌شود. این نقشه البته یک مقدار قدیمی است. نشان می‌دهد که وضعیت ثبت مرگ و به خصوص کیفیت ثبت علل مرگ به چه صورت است.

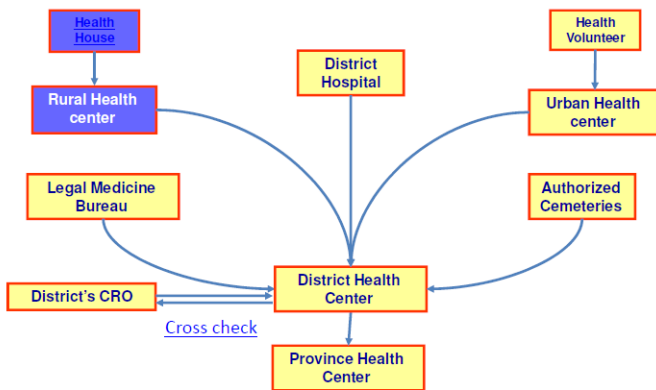
Quality of cause-of-death data from national civil registration systems, 2005



ملاحظه می‌فرمایید که باز کشورهای در حال توسعه وضعیت خیلی بهتری دارند تا کشورهای خیلی فقیر به خصوص آفریقا. کشور ایران در این طبقه‌بندی در پایین، زیر متوسط طبقه‌بندی شده است، البته برای ۲۰۰۵ است. در کشور ما تلاش زیادی برای جمع‌آوری اطلاعات مرگ و میر انجام می‌شود. ما سازمان ثبت احوال را داریم که از قدمت زیادی برخوردار است. شاید بیش از صد سال است که وظیفه‌اش ثبت وقایع حیاتی است و یکی از آن وقایع حیاتی این است که علل مرگ را ثبت کند. در نظام سلامت، ما به ساختار و الگوی علل مرگ خیلی نیاز داریم. مشکلی که داریم اطلاعات ثبت احوال خیلی در زمینه علل مرگ دقیق نیست و به همین جهت شاید از ۴۰-۳۰ سال پیش در وزارت بهداشت اطلاعات علل مرگ جمع‌آوری می‌شود و تقریباً از سال ۱۳۴۵ معاونت پژوهشی ثبت علت‌های مرگ را شروع کرده است و در ادامه از سال ۱۳۷۹ به بعد و به صورت گسترده معاونت بهداشت این کار را انجام می‌دهد. مرکز آمار هم اطلاعاتی را در زمینه مرگ و میر جمع‌آوری می‌کند، به خصوص شاخص‌های مرگ کودکان و مرگ بزرگسالان و امید زندگی که معمولاً بر اساس سرشماری است. در معاونت بهداشت ما

یک نظام ثبت داریم که از شهرستان اطلاعات را از منابع مختلف در مرکز بهداشت شهرستان جمع آوری می کند. یعنی اطلاعات ممکن است از مراکز بهداشتی درمانی، از گورستانها، از پزشکی قانونی، از بیمارستانها جمع شود. در مرکز بهداشت شهرستانها اساس گواهی پزشکی این اطلاعات وارد برنامه کامپیوتری می شود که الان برنامه کامپیوتری آنلاین است و به صورت متمرکز این اطلاعات ثبت می شود. در سالهای اخیر به خصوص از امسال ما گواهی استاندارد بین المللی ثبت فوت را داریم اما اطلاعات و نتایجی را که می خواهیم خدمتان عرض کنم بحث تجزیه و تحلیل اطلاعاتی است که مربوط به سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ می شود. ما تا سال ۸۴ یا ۸۳ اطلاعات سالانه ای را از وضعیت مرگ و میر به خصوص علت مرگ منتشر کرده بودیم و چند سالی بود که منتشر نشده بود و قرار شد که ما اطلاعات را از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم. داده ها جمع آوری شد یکی از مشکلات این بود که داده های تکراری داشت. بالاخره طی فرایندی ما این تکرارگیری ها را انجام دادیم و به تجزیه و تحلیل رساندیم. این فلوچارت هم نشان می دهد که ما به چه صورت این فرایند اصلاح دیتاها را انجام داده ایم.

Data Flow in Death Registration (MOH&ME -DH)

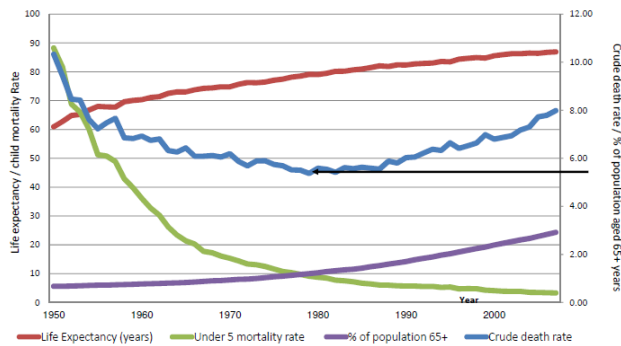


به طور کلی در تجزیه و تحلیل علت مرگ معمولاً ۲ فاکتور مهم است که بر روی کیفیت دیتا اثر می گذارد: یکی از این فاکتورها کم ثبتی است یعنی نظام ثبت بعضی از مرگها را ثبت نمی کند یا دیر ثبت می کند. این یکی از مشکلات نظام ثبتی است. یکی دیگر از

مشکلات علت‌های مرگ که معمولاً بد ثبتي تعريف شده است اين است که ما علت‌های مرگ را دقيق نداريم از علائم بیماری‌ها و يا حالت‌های بد تعريف شده و بالاخره کدهای پوچ استفاده می‌شود که اين هم باز یکی از فاکتورهایي است که روی کیفیت دیتا اثر می‌گذارد. از روش‌های مختلفی برای کم ثبتي استفاده می‌شود. اين روش‌ها بر حسب جمعیت نیز متفاوت است، مثلاً برای کودکان زیر ۵ سال یکی از روش‌ها اين است که نظام ثبتي را با منابع ديگري مثل نظام‌های survey که محاسبه شده است مقایسه کنیم. در روش‌های بررسی کم ثبتي برای مرگ بزرگسالان يا از روش‌های آماری استفاده می‌شود يا از روش‌های جمعیتی. البته یک روش ديگر نیز ممکن است که ما پیمایش‌هایی انجام دهيم به نام روش صيد و بازصيد (Capture- Recapture) و کم ثبتي‌ها را محاسبه کنیم ولی هزینه‌های زیادی دارد. معمولاً از روش‌های جمعیت‌شناسی که به صورت خیلی مشخص از فرمول تعادل رشد استفاده می‌کنند، با استفاده از تعداد جمعیتی که به دنیا آمده‌اند و تعداد جمعیتی که فوت کرده‌اند، (که اينها نشان دهنده رشد طبیعی جمعیت است) محاسبه‌ای انجام می‌گیرد و بالاخره ما تعداد مرگ‌ها را در آن جمعیتی که مورد نظرمان است برآورد می‌کنيم. منتها اين روش‌ها یک سری فرضیاتی را نیاز دارد. داده‌های ۲ تا سرشماری و اطلاعات مرگ بين ۲ تا سرشماری را نیاز دارد. کار خیلی پیچیده‌ای است. اتفاقاً الان پژوهشکده آمار هم دارند اين کار را انجام می‌دهند. بالاخره کار زمان‌بری است اما روش‌های کنترل کیفی ديگري نیز وجود دارد که ما همه آنها را در اين تجزيه و تحليل به کار برده‌ايم. کتابی را که چاپ شده است همه جا فرستاديم. دقیقاً نحوه گرفتن خطاهای علت‌های مرگ را توضیح داديم ولی پروسه زمان‌بری است بخصوص برای اینکه باید علت واقعی را پیدا کنیم. آن علت‌هایی که دقيق نیستند يا کدهای پوچ يا علت‌های بد تعريف شده را باید حذف کرد مثلاً نوشته است علت مرگ ایست قلبی، در صورتی که ایست قلبی نمی‌تواند علت مرگ باشد. اين نظام ثبتي که ما تجزيه و تحليل آن را انجام داديم از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹ از ۱۸ استان شروع شده و به ۲۹ استان رسیده است. البته در سال‌های اخير مشکلی داشتيم که شهر اصفهان تحت پوشش اين نظام ثبت علت مرگ نبود اما حالا دیتاهای آن جمع‌آوری می‌شود. در سال اخير چیزی نزدیک به ۲۵۰ هزار مرگ در اين نظام ثبت جمع‌آوری شده است که حالا اگر تهران را که هنوز با اين سیستم همخوانی

ندارد (چون با نظام جمع آوری اطلاعات در تهران مشکل داریم)، اضافه کنیم یک چیزی در حدود ۳۵۰ هزار مرگ بر اساس این نظام می تواند اتفاق بیافتد که البته یک کم شماری است که با مقایسه با ثبت احوال که یک چیزی در حدود ۳۵۰ هزار مرگ ثبت می کند بالاخره بین ۲۵-۲۰ درصد ما یک کم ثبتی را در این نظام اطلاعاتی شاهد هستیم. برای اینکه ببینیم این کم ثبتی به چه صورت است مثالی را به صورت شماتیک خدمتان عرض می کنم، اگر کشور ژاپن را در نظر بگیریم کشور ژاپن یک مثالی از کشوری است که عقب مانده بوده و به یک کشور توسعه یافته تبدیل شده است. یک کشور در حال توسعه وقتی به توسعه یافتگی می رسد به چه صورت است؟ امید به زندگی ژاپن در سال ۱۹۵۰، ۶۰ بوده است و الان رسیده به بالای ۸۵ شاید نزدیک به ۸۷ هم برای خانم هایش برآورد شده است. بنابراین می بینید که یک افزایش برای امید زندگی داشته است همزمان در طی این سالها یک کاهشی در میزان مرگ کودکان رخ داده است. اتفاق دیگری که در کشور ژاپن رخ داده است افزایش نسبت جمعیت بالای ۶۵ سال است که از زیر ۱۰ درصد الان به بالای ۲۰ درصد رسیده است.

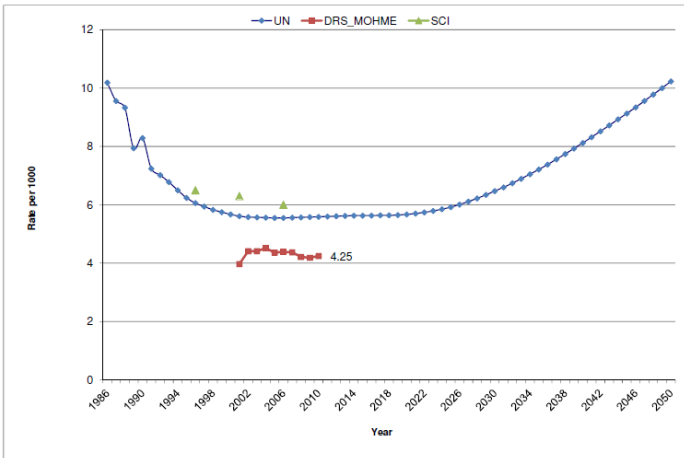
Demographic trends in Japan, females (1950-2007)



بنابراین بر اساس نظریه آقای لوپز مرگ خام یک کشور به صورت تاریخی به این صورتی که ملاحظه می فرمایید اتفاق می افتد یعنی از این بالا شروع شده و به جایی نزدیک حول و حوش ۵ رسیده است بعد دوباره افزایش یافته و بالا رفته است. بنابراین بر این اساس، مرگ خام هیچ کشوری نمی تواند کمتر از ۵ باشد اگر کمتر از ۵ باشد دلیل بر این است که کم

شماری وجود دارد. اگر این را با کشورمان مثال بزنیم این خط آبی که ملاحظه می‌فرمایید این برآورد مرگ خامی است که سرشماری آمریکا برای ایران پیش‌بینی کرده است باز هم تقریباً به همان صورت است از ۱۰ می‌آید به بین ۵-۵/۵ می‌رسد بعد در سال‌های بعد تا سال ۲۰۵۰ بالا می‌رود ولی این برآوردهایی که می‌بینید این قرمزها این نظام ثبت خود ما است که باز نشان دهنده کم شماری است که اینجا ملاحظه می‌فرمایید.

رشد میزان مرگ خام ایران بر اساس برآورد های سازمان ملل متمدن مرکز آمار ایران و نظام ثبت مرگ

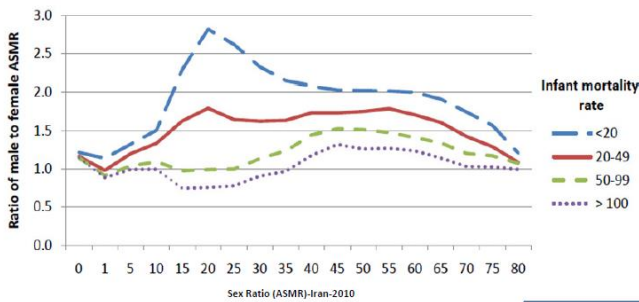


البته یک سری برآوردهای Over estimate آن بالا می‌بینید که مربوط به اختلاف مرکز آمار است روی مرگ خامی که برآورد کردند. این اختلاف نشان می‌دهد که نظام ثبتی که ما داریم یک کم ثبتی‌هایی را دارد. وقتی در استان‌ها هم ملاحظه می‌فرمایید ما بعضی از استان‌هایمان خیلی خوب ثبت کرده‌اند مثلاً استان همدان یک چیزی حدود بالای ۵/۵ است و یا کرمانشاه، خراسان جنوبی، مرکزی، ولی بعضی از استان‌هایمان مثل سیستان بلوچستان، اردبیل البته خب اصفهان یا کهگیلویه و بویراحمد اینها استان‌هایی هستند که کم ثبتی خیلی مشهود است. وقتی که این میزان‌ها را ملاحظه می‌فرمایید هیچ کدام میزان مرگ‌شان با واقعیت نمی‌خواند.

میزان خام مرگ بر اطلاعات نظام ثبت مرگ معاونت بهداشت به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹

استان	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389
عمان	2.99	4.09	3.62	3.80	4.90	5.38	4.68	5.22	5.26	5.54
کرمانشاه	5.07	5.26	5.43	5.37	5.62	5.19	5.48	5.59	5.23	5.52
خراسان جنوبی				5.06	4.90	5.33	4.83	4.90	4.78	5.35
مرکزی	4.53	5.36	5.70	4.74	4.89	5.02	5.13	5.10	5.00	5.13
گیلان	4.14	4.86	4.98	5.39	5.76	5.72	5.48	5.93	5.51	5.02
سمنان	5.66	5.79	5.85	6.12	5.31	5.17	5.18	4.83	4.99	4.97
کردستان	3.40	4.19	3.99	3.95	4.38	4.46	4.63	4.49	4.60	4.76
زنجان	4.14	4.74	5.00	4.59	4.36	5.03	4.81	4.12	4.65	4.66
فارس	3.73	4.59	4.67	4.59	5.05	4.81	4.74	4.66	4.61	4.65
لمر			4.77	2.52	3.51	5.20	4.99	4.89	4.49	4.64
یزد	4.90	4.55	5.20	5.23	5.11	4.96	4.92	4.89	4.56	4.63
آذربایجان شرقی	4.77	4.98	5.12	4.95	5.07	5.50	5.32	4.89	4.37	4.54
مازندران				2.89	4.69	4.61	4.90	4.80	4.51	4.53
قزوین			4.71	4.77	4.66	4.63	4.57	4.20	4.12	4.31
۱۰ استان (کل کشور)	3.97	4.41	4.41	4.52	4.37	4.39	4.36	4.22	4.19	4.25
خراسان رضوی	3.35	3.99	4.36	4.56	3.93	4.45	4.24	4.24	4.19	4.19
کوملان	4.72	4.75	4.13	5.24	4.61	4.12	3.75	3.60	3.77	4.16
لرستان				4.08	3.85	3.98	3.86	3.23	3.50	4.02
آذربایجان غربی	4.11	4.14	4.75	4.19	4.44	4.08	3.99	3.55	3.35	3.99
ایلام	3.50	3.66	3.77	3.78	4.18	3.79	3.57	3.92	3.66	3.93
بوشهر	4.35	4.36	4.16	4.10	3.95	4.07	3.94	3.93	3.74	3.86
گلستان	3.51	3.61	3.77	3.61	4.29	4.06	3.73	3.39	3.69	3.69
خراسان			3.02	3.47	3.23	3.71	3.69	3.63	3.69	3.69
هرمزگان			4.36	4.27	3.66	3.21	3.46	3.76	3.38	3.42
چهارمحال و بختیاری	3.41	3.65	3.35	3.64	3.65	3.74	3.48	3.30	3.21	3.32
خراسان شمالی				4.45	4.89	2.60	3.18	4.57	3.39	3.21
کهگیلویه و بویر احمد				3.26	3.09	3.44	3.26	2.33	3.17	3.13
اردبیل				3.81	3.89	3.21	3.91	2.80	3.68	2.90
سیستان و بلوچستان			4.09	3.77	3.23	2.96	3.02	2.87	2.62	2.80
اصفهان	3.76	3.97	4.13	4.08	4.02	3.99				

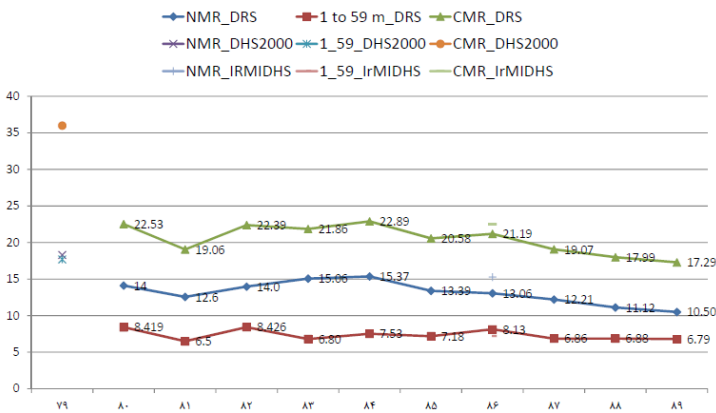
شاخص دیگری که نشان دهنده وضعیت داده‌ها است نسبت جنسی مرگ است. یعنی نسبت مرگ در مردان به مرگ در زنان بر حسب گروه‌های سنی.



مقایسه نسبت جنسی بر حسب گروه‌های سنی - کشورها جهان با مرگ متفاوت کودکان زیر یکسال و ایران

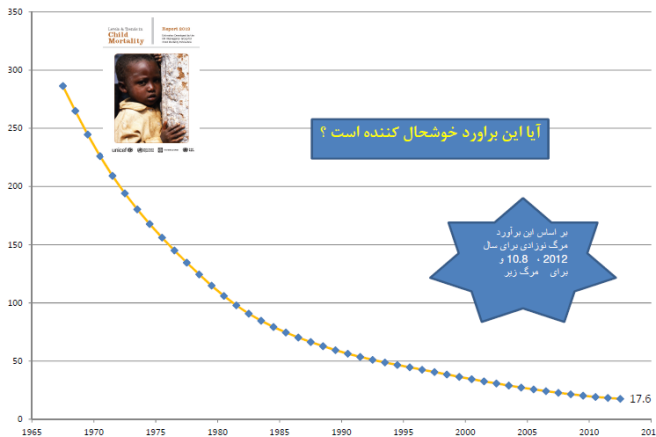
نمودار بالایی تقسیم‌بندی کشورها بر اساس مرگ کودکان زیر یکسال است. اگر مرگ زیر ۱ سال در کشوری زیر ۲۰ باشد الگوی جنسی آن بر حسب سن به این صورت است یعنی نسبت مرد به زن ابتدا یک مقدار بالا بوده بعد پایین می‌آید و بعد دوباره در سنین ۲۰ سالگی به اوج می‌رسد بعد یک مقدار کاهش پیدا می‌کند. تقریباً الگوی کشور ما هم همین است ولی یک مقدار بالاتر است که این دقیقاً نشان دهنده نسبت بالای مرگ مردان حول و حوش جوانی است که به طور مشخص نتیجه حوادث از جمله حوادث ترافیکی است. مرگ نوزادی را ملاحظه می‌فرمایید، مرگ کودکی، مرگ زیر ۵ سال اینها بر اساس منابع مختلفی است که باز کم شماری را ملاحظه می‌فرمایید.

میزان مرگ نوزادان، یک تا ۵۹ ماه و زیر ۵ سال در هزار تولدی زنده براساس نظام ثبت، پیمایش ها، ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹



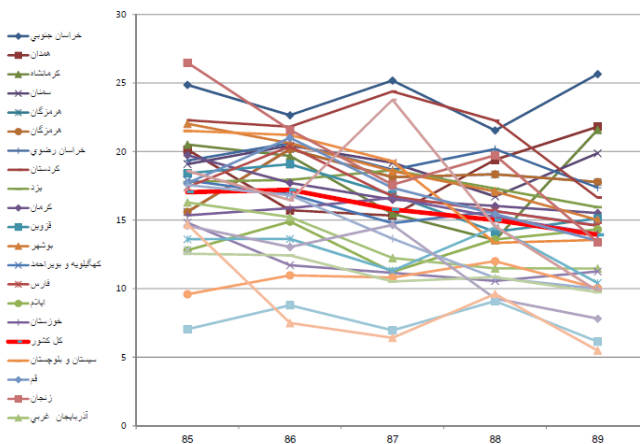
اینجا که ملاحظه می‌فرمایید مرگ زیر ۵ سال است، این ۱ تا ۵۹ ماه است و یکی هم مربوط به ۱ ماهه است. باز کم شماری را ملاحظه می‌فرمایید. البته اخیراً تقریباً ۱ ماه پیش سازمان ملل، آماری را منتشر کرده است که نشان می‌دهد مرگ کودکان زیر ۵ سال ما ۱۸ است، یعنی آخرین گزارش که مربوط به ۲۰۱۳ است برای سال ۲۰۱۲، ۱۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده، که واقعاً خبر خوبی است. بالاخره این گزارشی است که سازمان ملل نوشته است. به قول آقای دکتر باید ببینیم که آیا کم بودنش هم خبر خوبی است یا اینکه نه ما باید مقایسه کنیم. زیر ۱ سال را ۱۵ اعلام کرده‌اند و زیر ۱ ماه را ۱۰ اعلام کرده‌اند.

میزان مرگ زیر ۵ سال در هزار تولدی زنده براساس جدید سازمان ملل ، ایران ۱۳۴۶ تا ۱۳۹۱



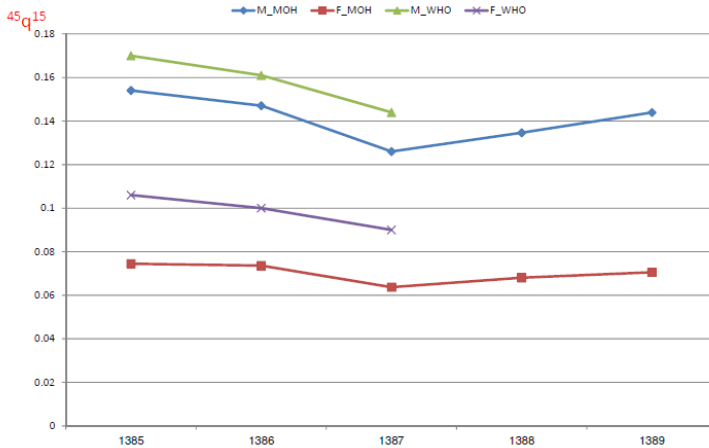
در سال ۲۰۱۲ ملاحظه می فرمایید که مرگ کودکان زیر ۵ سال به ۱۷/۶ رسیده است. بالاخره چیزی است که منتشر شده است و گزارش آن قابل دسترس است ولی وقتی داخل استان ها می رویم ملاحظه بفرمایید که چقدر نوسان در نظام های ثبتی وجود دارد که نشان می دهد هنوز نظام های ثبت ما به کم شماری و بدشماری هایی مبتلا است.

میزان مرگ کودکان زیر یکسال در ۱۰۰۰ تولد زنده بر اساس نظام ثبت مرگ ، ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



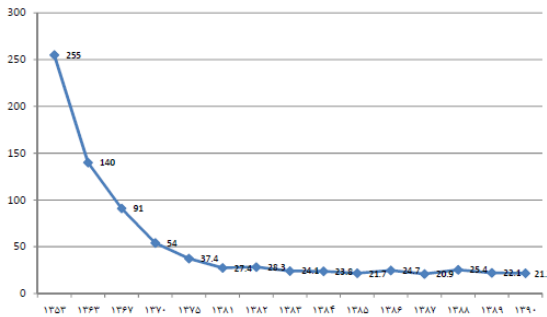
یا مرگ بزرگسالان که باز به همین صورت که ملاحظه می فرمایید:

روند مرگ بزرگسالان (۱۵ تا ۶۰ ساله) بر اساس نظام ثبت مرگ و برآورد سازمان بهداشت جهانی-۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



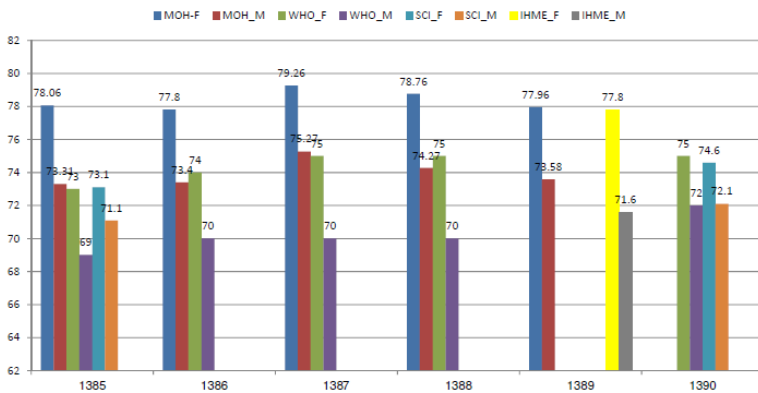
در مرگ مادران هم کاهش خیلی خوبی داشتیم و در سال ۱۳۹۰ به ۲۱ رسیده که با برآورد جهانی هم همخوانی دارد خیلی دور از واقعیت نیست ۲۱ یا ۲۲ که اینجا ملاحظه می فرمایید.

نمودار شماره ۲- روند مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده بر اساس منابع مختلف در جمهوری اسلامی ایران، طی سال های ۱۳۵۳ تا ۱۳۹۰



اما یک شاخص مهمی که وجود دارد شاخص امید زندگی است که شاخص مهمی می تواند باشد.

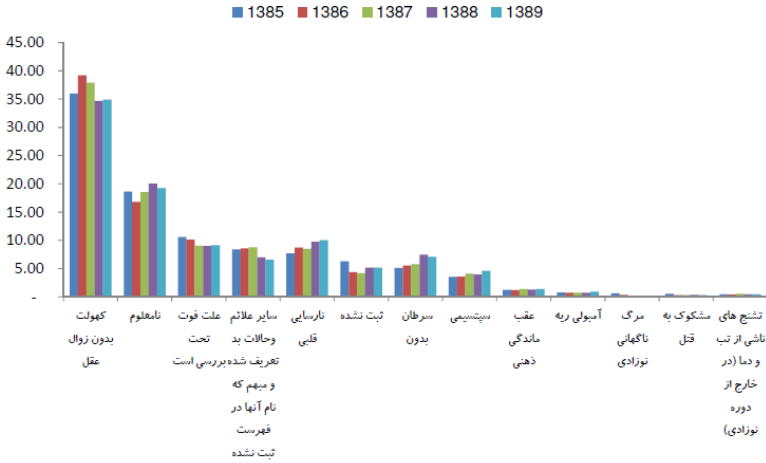
روند امید زندگی در پدوتولد بر اساس داده های نظام ثبت (بدون تصمیح)، مرکز آمار ایران، برآورد سازمان بهداشت جهانی و IHME - ایران ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰



ملاحظه بفرمایید که امید زندگی بر اساس نظام های ثبتی معمولاً خیلی بالا است، برای زنان بالای ۷۷ و برای مردان بالای ۷۳. این بر اساس نظام ثبتی است. برآورد دیگری که وجود دارد بر اساس برآورد مرکز آمار است که ملاحظه می فرمایید سال ۱۳۸۵، ۷۳ برای زنان و ۷۱ برای مردان و در سال ۱۳۹۰، ۷۴/۶ برای زنان و ۷۲/۱ برای مردان. اما اخیراً بر اساس نتایج بار بیماری ها که یکی از مؤسسات دانشگاه واشنگتن آمریکا انجام داده است، که باز این یک خبر خوب است، امید زندگی زنان در ایران در سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰) ۷۷/۸ و برای مردان ۷۱ است. البته اختلاف زنان و مردان زیاد است. یک چیزی حدود ۷ سال اختلاف بین زن و مرد است که یک مقدار با منابع داخلی همخوانی ندارد ولی چیزی است که برآورد کرده و به صورت مقاله منتشر کرده اند.

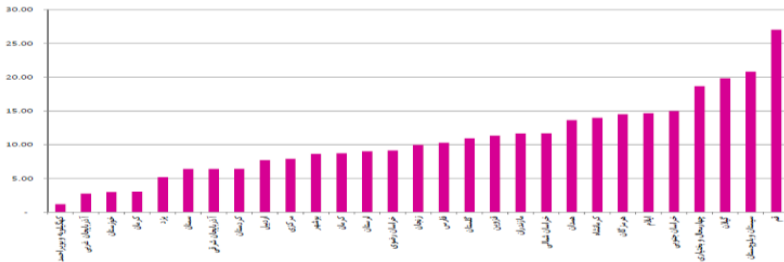
من برای اینکه خلاصه کنم و بیشتر به جمع بندی برسیم، حالا ما در این بحث ها کدهای پوچ را داریم و نشان می دهد که کدهای پوچ ما در این نظام ثبت به خوبی کاهش پیدا کرده است، تقریباً ۱۰ درصد است و در حد قابل قبولی است ولی کدهای پوچ بیشتر در علت کهولت زده می شود یا نامعلوم است، یا علت فوت تحت بررسی است که اینها بیشتر علت هایی مربوط به پزشکی قانونی هستند که اطلاعات را به موقع کسب نمی کنیم.

درصد کد های مربوط به حالت های بد تعریف شد و پوچ از مجموع علت های مذکور در برنامه ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



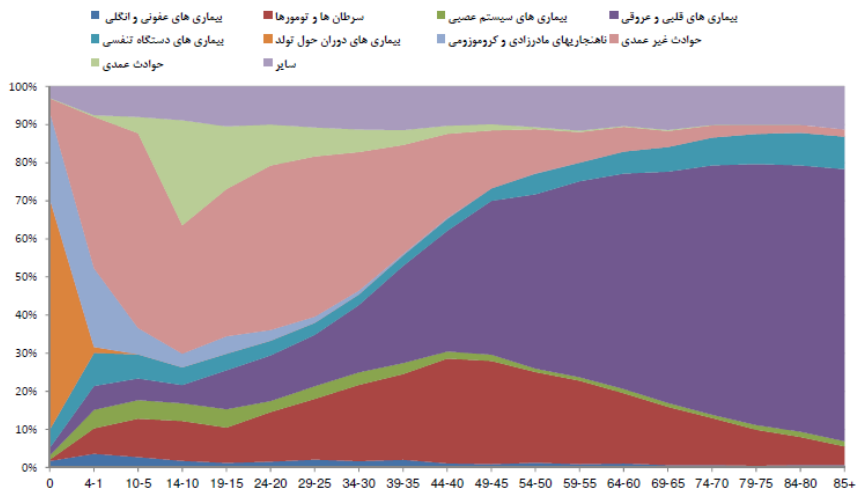
بر حسب استان هم ملاحظه می فرمایید معمولاً در استان های محروم کدهای پوچ بالاتر است.

درصد کد های مربوط به حالت های بد تعریف شد و پوچ از مجموع علت های مذکور در برنامه ثبت مرگ به تفکیک استان . سال ۱۳۸۹

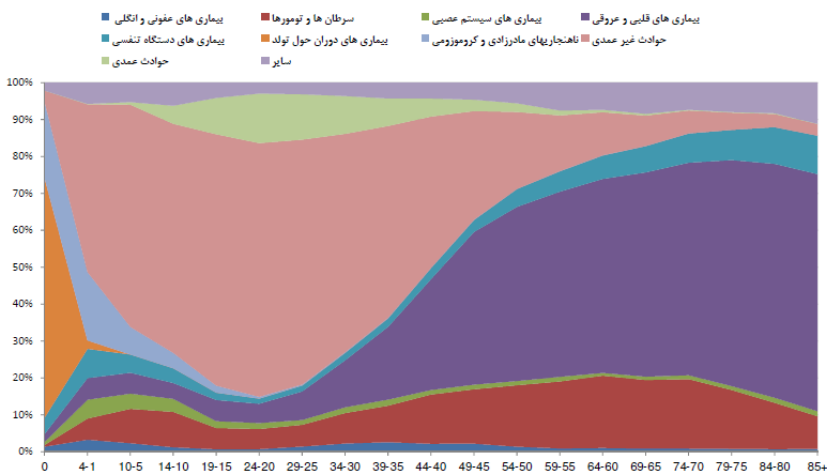


اما این گرافی که ملاحظه می فرمایید توزیع علت های عمده مرگ را بر حسب گروه های سنی نشان می دهد.

توزیع نسبت اعلا مرگ از مجموع علل مرگ در زنان به تفکیک گروههای سنی- پس از تصمیع کدهای پوج در برنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۵



توزیع نسبت اعلا مرگ از مجموع علل مرگ در مردان به تفکیک گروههای سنی- پس از تصمیع کدهای پوج در برنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۵

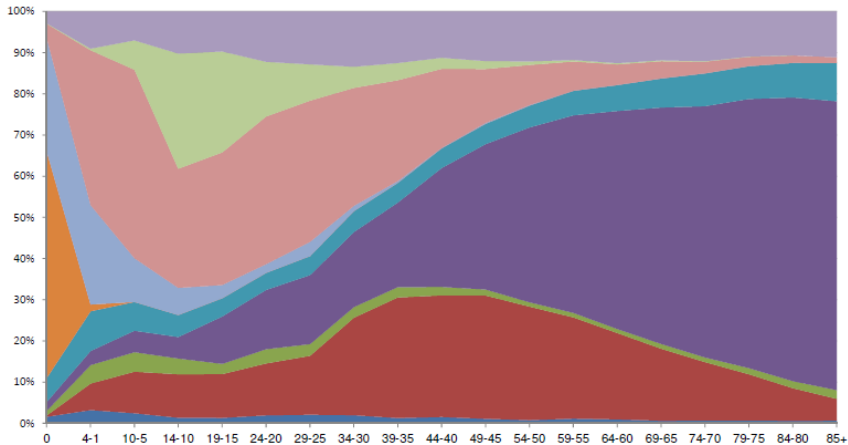


نسبت مرگ در گروههای سنی: گروه زیر ۱ سال، بیشترین عفونتها در این گروه هستند بعد به شدت کاهش پیدا می کنند اینجا حوادث غیر عمدی است که ملاحظه می فرمایید که چقدر در گروه جوانی زیاد است حوادث عمدی هم اینجا است که وقتی اینها را با آن کدهای پوج الگو تصحیح می کنیم باز یک مقدار تفاوت دارد. این مربوط به سال ۸۵ است حالا به تفکیک زن و مرد است. مشکل حوادث بخصوص حوادث غیر عمدی در گروه

جوانان خودش را نشان می دهد سکتة قلبی اولین علت مرگ ما است بعد سکتة مغزی بعد حوادث مربوط به حوادث حمل و نقل و بیماری های ناشی از فشار خون و بیماری های قلبی در رده های بالایی هستند. علت اینکه سرطان ها در رده بالا قرار نگرفتند این است که ما سرطان ها را تقسیم کردیم اگر aggregate کنیم مسلماً بالاتر قرار می گیرند. به تفکیک زن و مرد هم به همین صورت است که ملاحظه می فرمایید که باز سکتة قلبی و بیماری قلبی و حوادث رتبه های اول را در گروه های کلی دارند در زیر ۵ سال الگو تفاوت می کند که حالا من خیلی به آن نمی پردازم گروهی که من می خواهم روی آن تأکید کنم وبه عنوان اولویت کشورمان است ، جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال است. این گروه، گروه فعال جامعه هستند. اگر ما بتوانیم روی علت مرگ در این گروه کار کنیم افزایش خیلی خوبی در امید زندگی خواهیم داشت. حوادث حمل و نقل باز اولین علت مرگ در این گروه است و سکتة قلبی و متأسفانه در رده سوم اختلالات جسمی و روانی ناشی از سوء مصرف مواد قرار می گیرد. خشونت به وسیله دیگران و سکتة مغزی، سوختگی، حلق آویز و سایر حوادث غیر عمد اینها همه مشکلاتی هستند که واقعاً با پیشگیری خیلی راحت می شود تعداد آن را کم کرد. درمان آن اصلاً کارساز نیست. بیشتر مداخله ای که می تواند انجام بگیرد بحث پیشگیری است.

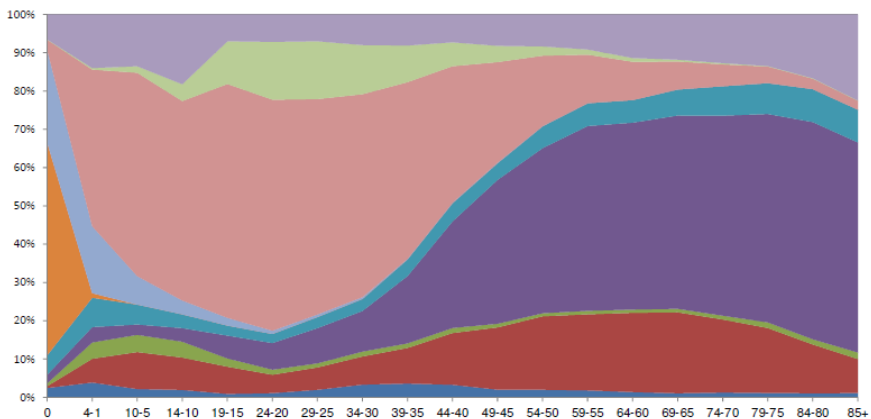
توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در زنان به تفکیک گروههای سنی- پس از تصمیع کدهای پهنه در برنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹

- بیماری های عفونی و انگلی
- سرطان ها و تومورها
- بیماری های سیستم عصبی
- بیماری های قلبی و عروقی
- بیماری های دستگاه تنفسی
- بیماری های دوران حول تولد
- ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
- حوادث غیر عمدی
- حوادث عمدی
- سایر



توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در مردان به تفکیک گروههای سنی- پس از تصمیع کدهای پهنه در برنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹

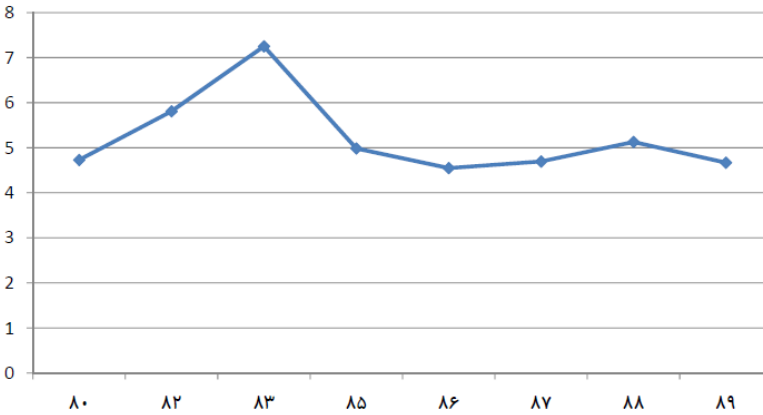
- بیماری های عفونی و انگلی
- سرطان ها و تومورها
- بیماری های سیستم عصبی
- بیماری های قلبی و عروقی
- بیماری های دستگاه تنفسی
- بیماری های دوران حول تولد
- ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
- حوادث غیر عمدی
- حوادث عمدی
- سایر



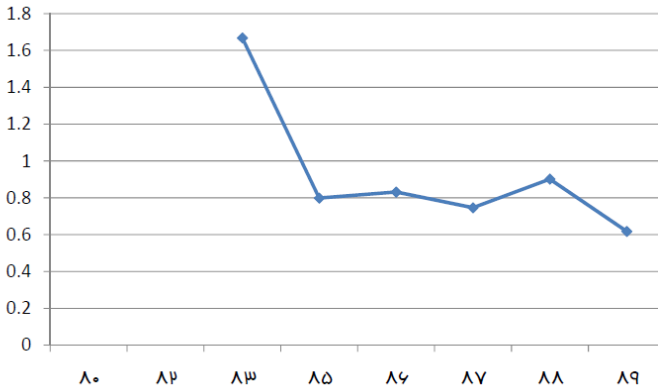
میزان مرگ بر حسب بیماری را در سالهای ۸۰ تا ۸۹ ملاحظه بفرمایید. گروه بیماری های عفونی و انگلی روند خیلی بالایی نداشته است پیکی داشته است که مربوط به سال ۸۳

است اگر اشتباه نکنم شاید به دلیل وبا بوده باشد. حالاً دقیقاً اینجا خودش را نشان نداده است ولی خب یک روند کاهشی داشته است.

روند میزان مرگ ناشی از بیماری های عفونی و انگلی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹

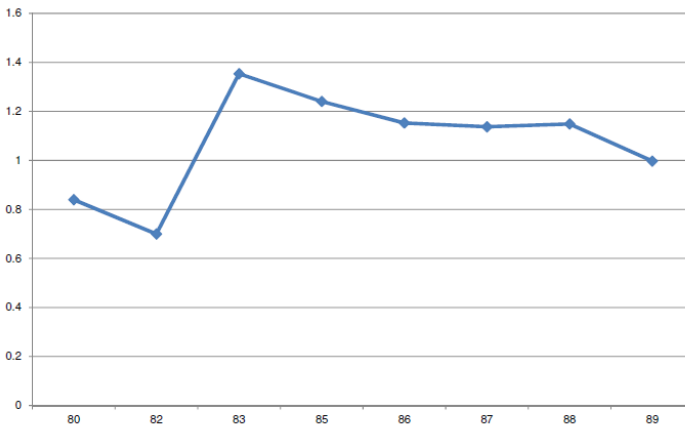


روند میزان مرگ ناشی از بیماری های عفونی دستگاه گوارش در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



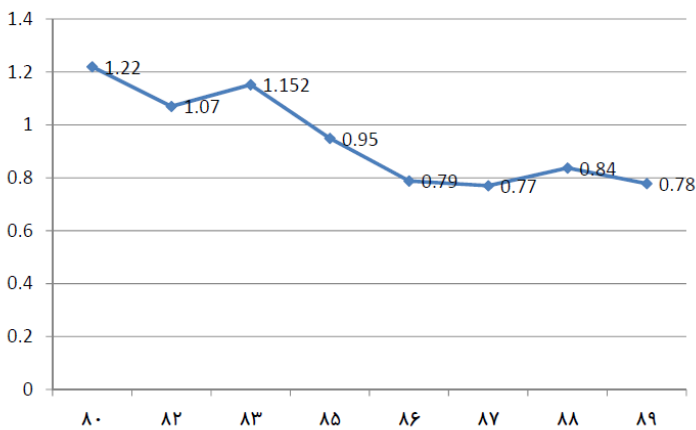
بیماری هپاتیت یک روند افزایشی داشته است.

رشد میزان مرگ ناشی از بیماری هپاتیت ها در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



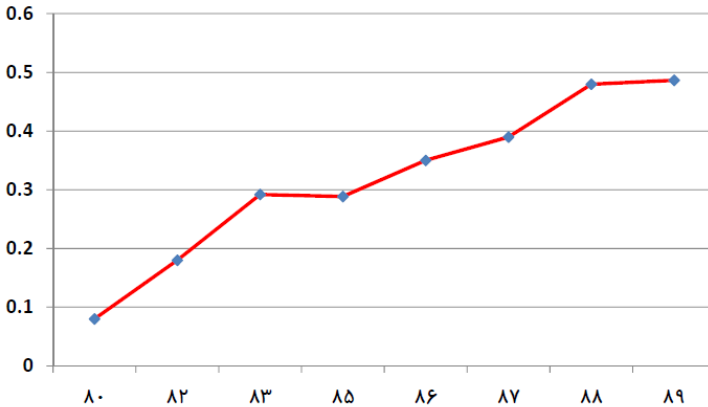
سل خوشبختانه رو به کاهش بوده است میزان آن بالاخره یک کاهشی را نشان می دهد.

رشد میزان مرگ ناشی از سل در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



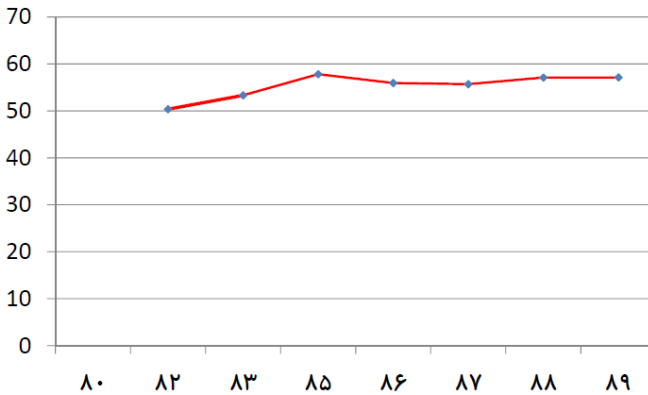
بیماری ایدز متأسفانه افزایشی بوده است که ملاحظه می فرمایید.

رشد میزان مرگ ناشی از ایدز در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ،
سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



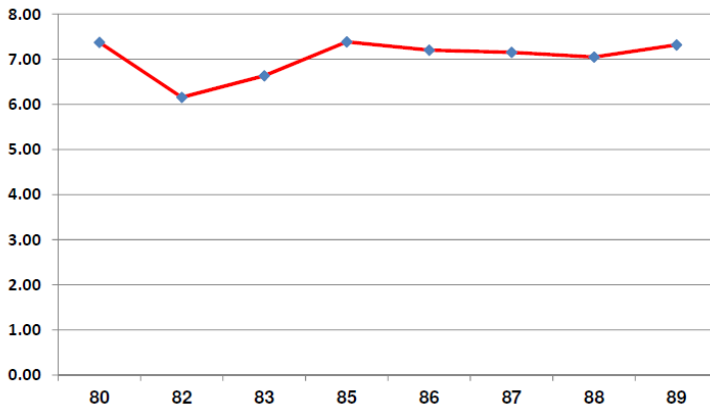
بعد بیماری های سرطانی که متأسفانه باز روند افزایشی بوده است.

رشد میزان مرگ ناشی از سرطان های تومور ها در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



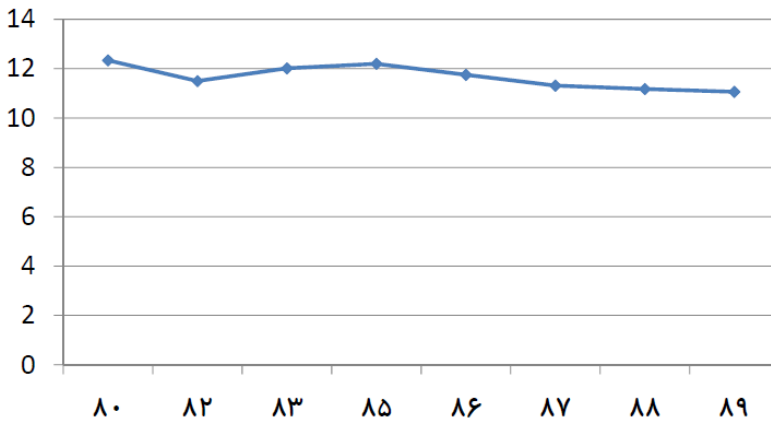
حالا آن بیماری های سرطان به صورت کلی بود این سرطان ریه است که باز یک حالت کاهشی داشته بعد افزایشی بوده البته دیتاهای سال های قبل ، نسبت به دیتاهایی که بعد در ۲۹ استان اجرا شده است، دیتاهای کمتری بوده است.

روند میزان مرگ ناشی از سرطان ریه و برونش در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



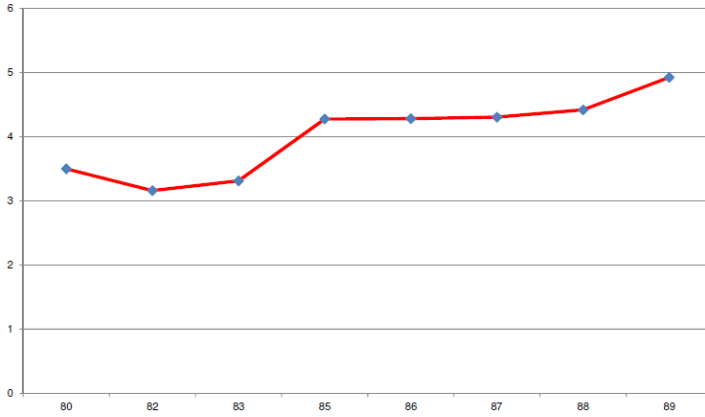
سرطان معده یک مورد مهم است یکی از علت های مرگ ناشی از سرطان ها، سرطان معده است که تعداد آن کم نیست بالا است و بالاخره در همان سطح بالا قرار گرفته است.

روند میزان مرگ ناشی از سرطان معده در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



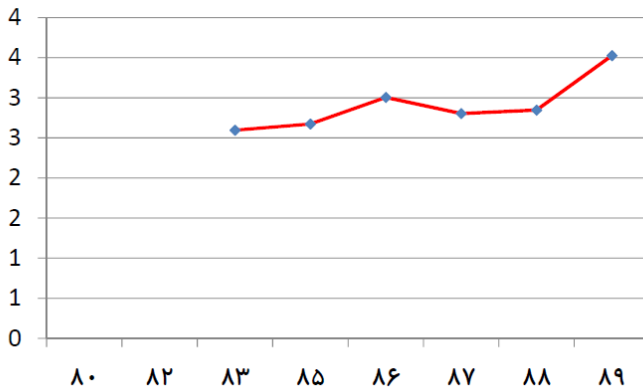
در طی این سال ها روند مرگ ناشی از سرطان سینه متأسفانه افزایشی بوده است.

رشد میزان مرگ ناشی از سرطان سینه (در زنان) در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



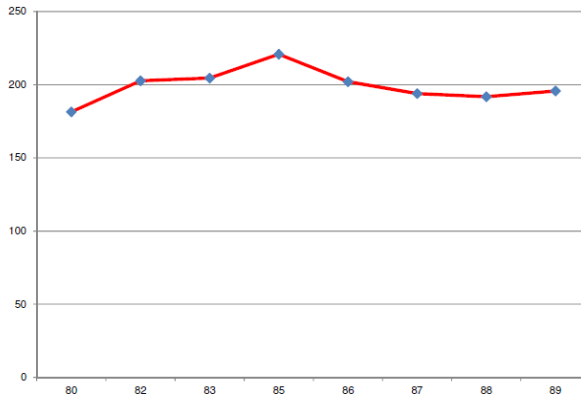
و دیابت یکی از مشکلاتی است که رو به افزایش است.

رشد میزان مرگ ناشی از دیابت در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



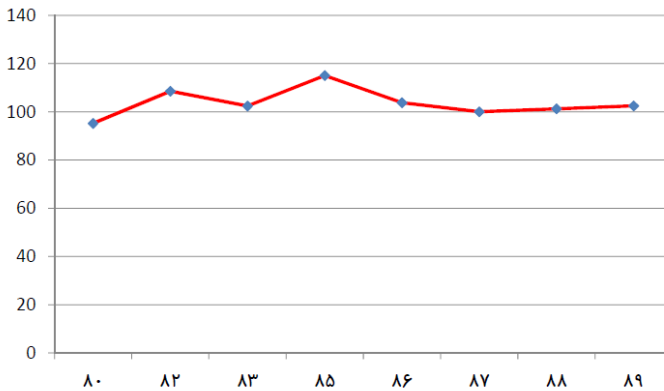
بیماری‌های قلبی حالت یکنواختی داشته است ولی سطح آن بالا است.

روند میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده‌های ثبت مرگ، سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



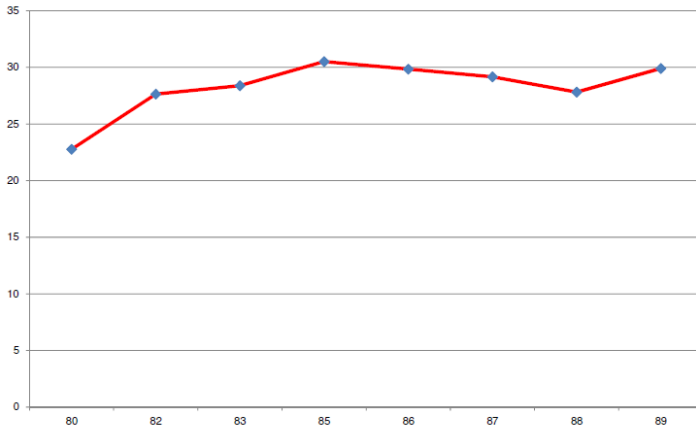
سکته قلبی به همین صورت ملاحظه می‌فرمایید این هم به همین صورت بوده است.

روند میزان مرگ ناشی از سکته قلبی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده‌های ثبت مرگ، سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



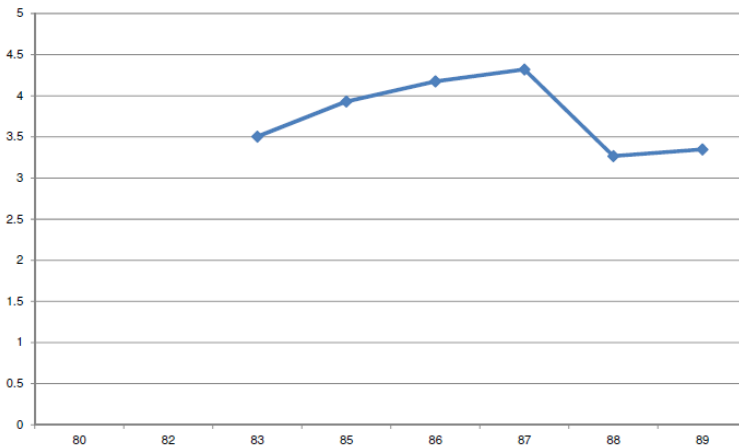
روند مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی افزایشی بوده است.

روند میزان مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده‌های ثبت مرگ، سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



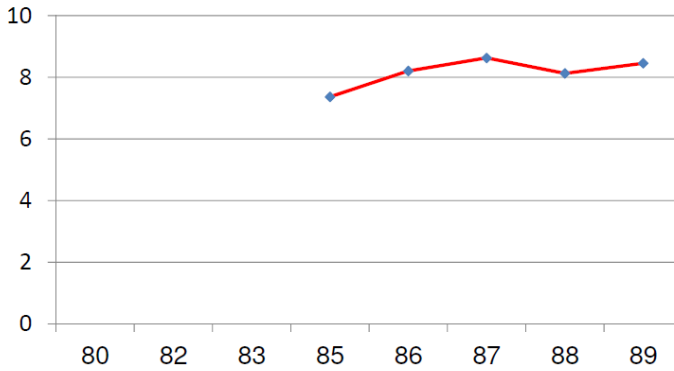
بیماری‌های ناشی از اختلالات جسمی و روانی در نتیجه مصرف سوء مواد افزایشی بوده است، در کل جمعیت افزایش داشته است ولی از سال ۸۷ کاهشی را شاهد بودیم که ملاحظه می‌فرمایید.

روند میزان مرگ ناشی از بیماری‌های ناشی از افتلال جسمی (روانی) در نتیجه سوء مصرف مواد در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده‌های ثبت مرگ، سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹



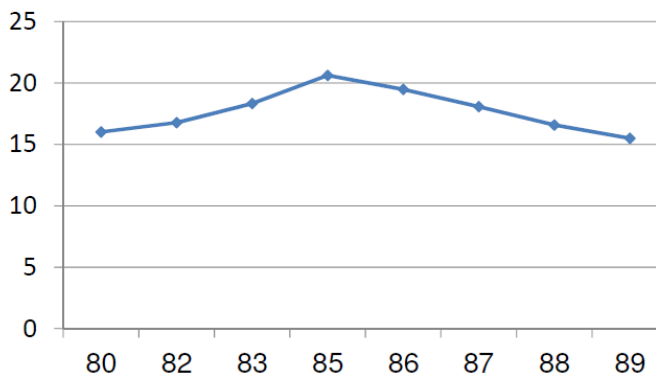
مرگ ناشی از نارسایی کلیوی افزایشی بوده است.

رشد میزان مرگ ناشی از نارسایی کلیه (نارسایی هاد و مزمن) در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



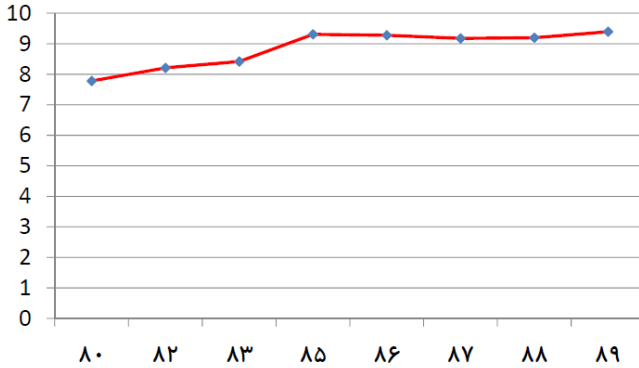
بیماری های حول و حوش تولد رو به کاهش است.

رشد میزان مرگ ناشی از بیماری های دوران مول تولد در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



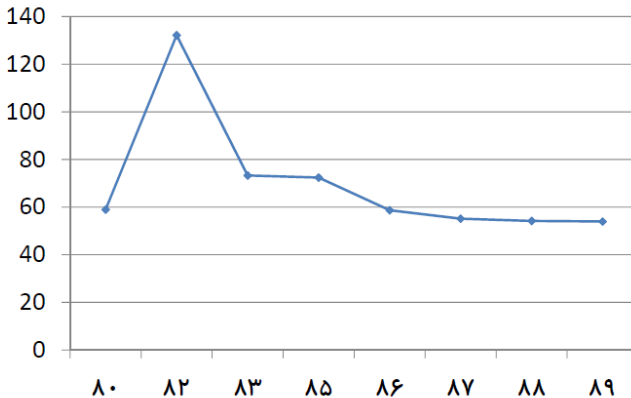
و بیماری‌های ناهنجاری‌های مادرزادی نیز افزایشی بوده است.

روند میزان مرگ ناشی از ناهنجاری مادر زادی و کروموزومی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



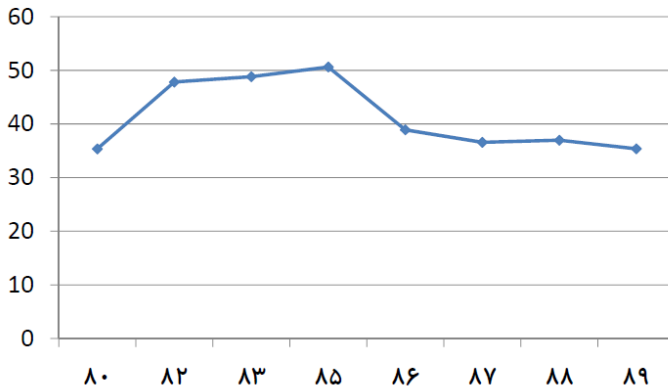
اما حوادث غیر عمد؛ در سال ۸۲ ما یک زلزله‌ای داشتیم که بیک را در خودش نشان داده است.

روند میزان مرگ ناشی از حوادث غیر عمد در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



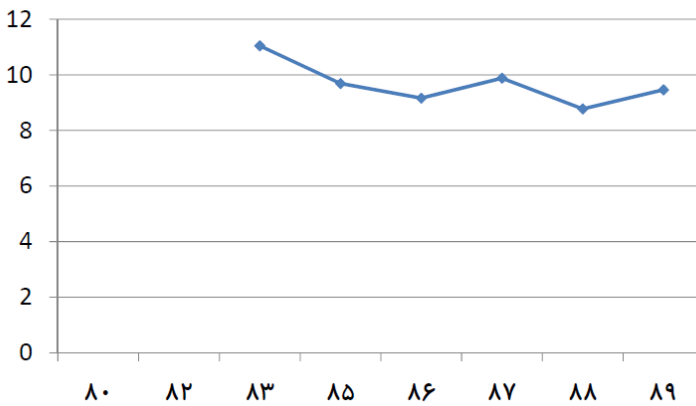
و حوادث ترافیکی داستان خاصی دارد ما تا سال ۸۵ روند افزایشی داشتیم و از سال ۸۵ یک روند کاهشی داشتیم ولی سطح بالا است یعنی ۵۰ بالاخره عدد بالایی است. ملاحظه می‌فرمایید در مقایسه با کشورهای دیگر هم مشکل حوادث ترافیکی ما واقعاً خیلی مشهود است.

رشد میزان مرگ ناشی از حوادث مربوط به حمل و نقل در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



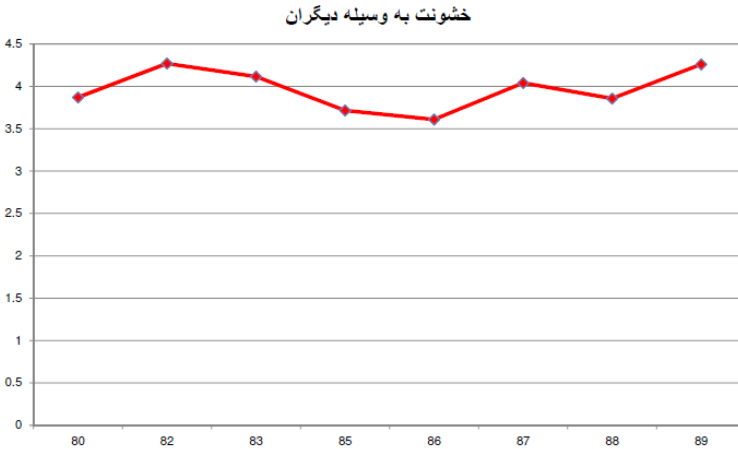
بر اساس این دیتا حوادث عمد در کل کاهشی بوده است.

رشد میزان مرگ ناشی از حوادث عمد در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



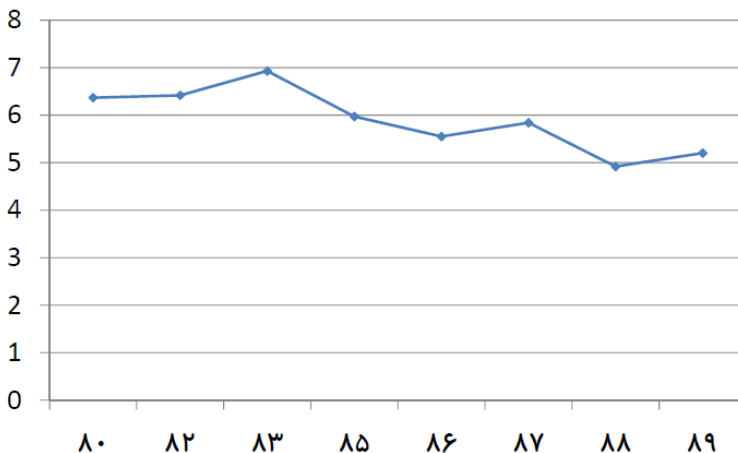
ولی خشونت به وسیله دیگران یکنوسانرو به افزایش داشته است.

روند میزان مرگ ناشی از فشنونت به وسیله دیگران در ۱۰۰۰۰۰ نفر
بر اساس داده های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



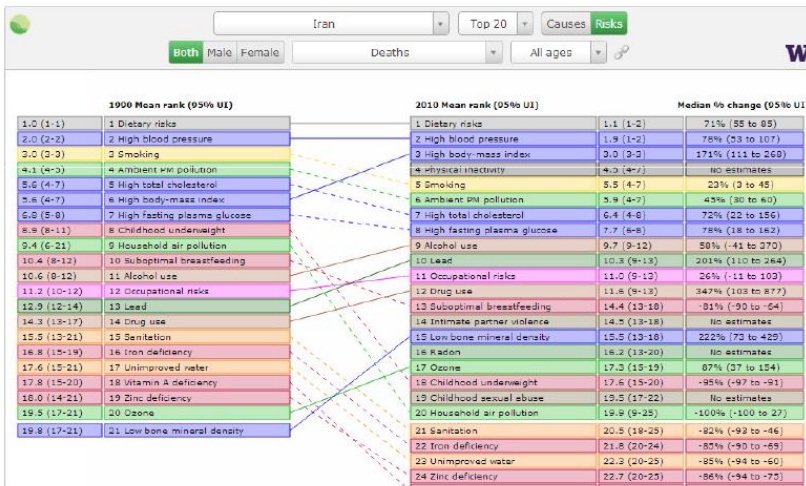
خودکشی باز به همین صورت یک نوسان داشته است البته کیفیت دیتا روی آن تأثیر دارد
بالاخره یک سال هایی که خوب توانسته ایم از پزشکی قانونی اطلاعات بگیریم همکاری
بوده است ما اطلاعات بهتری گرفتیم نوسان نشان دهنده کیفیت دیتا هم می تواند باشد.

روند میزان مرگ ناشی از خودکشی در ۱۰۰۰۰۰ نفر بر اساس داده
های ثبت مرگ، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹



بر اساس مطالعه بار بیماری‌ها بین روند علت‌های اصلی مرگمقایسه‌ای انجام شد و برای همه کشورها نتایج آن درآمده است ۲۵ علت مرگ در سال ۱۹۹۰ با سال ۲۰۱۰ مقایسه شده است.

نمودار. مقایسه رتبه بندی ۲۵ عوامل خطر عمده مرگ و تغییرات آن در جمهوری اسلامی ایران بر اساس نتایج بار بیماری‌ها طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ میلادی (IHME)



بعضی از این علت‌ها، علت‌های افزایشی نبوده‌اند بیماری‌های سکنه قلبی خیلی افزایشی نبوده است ولی سکنه مغزی افزایشی است این فلش‌هایی که رو به افزایش است مثلاً دیابت را ملاحظه بفرمایید که از رده ۱۸ به رده ۹ رسیده است یعنی آنقدر افزایش پیدا کرده است یا مثلاً بیماری ناشی از سرطان معده چقدر افزایشی بوده است. اینجا در زمینه حوادث جاده‌ای باز ما در طی این سال‌ها افزایش داشته‌ایم. بعضی‌ها هم کاهش یافته است مثلاً بیماری‌های حول و حوش زایمان کاهش یافته است یا بیماری ناشی از اسهال روند کاهش یافته است. کلاً در این سال‌ها بیماری‌های عفونی کاهش خیلی خوبی داشته است ولی حوادث و بیماری غیر واگیر متأسفانه افزایشی بوده است. حالا بر حسب زن و مرد همین طور. بر حسب گروه‌های سنی باز قابل بحث است خیلی از اینها افزایشی بوده است مثلاً یک چیزی که خیلی مهم است در مردان مرگ ناشی از استفاده سوء مصرف مواد در رده فکر کنم ۲۴ بوده است اینجا از ۳۵ به ۱۴ رسیده‌است یعنی یک افزایشی ما در مرگ ناشی

از مصرف مواد داشتیم که بالاخره خودش قابل تأمل است. اما وقتی که می‌خواهیم بدانیم چه عوامل خطری باعث می‌شود که این مرگ‌ها به وجود بیاید و الگوی عوامل خطر به چه صورت است، ملاحظه می‌فرمایید که خطرات ناشی از تغذیه و رژیم غذایی رتبه اول است، یعنی این عامل خطر اول بوده است و همچنان هم اول باقی مانده است ولی چاقی از رده ششم الان به رده سوم رسیده است. یعنی در کشور ما در طی این سال‌ها یکی از مشکلات این است که مردم چاق شده‌اند و این خودش یک عامل خطر برای مرگ و میر شده است. سوء مصرف مواد را می‌بینید یا مصرف الکل افزایشی بوده است که در مرگ‌ها خودش را نشان می‌دهد. بحث پوکی استخوان باز یکی از مشکلات است. بعضی از این عوامل خطر رو به کاهش بوده است شکل بعد الگوی علت‌های مرگ را یعنی علت‌های اول مرگ را بر اساس کشورها نشان می‌دهد.

مقایسه علت عمده مرگ برای 25 بیماری و آسیب اول (مرتب شده برای ایران)، در هر دو جنس و در همه سنین در جمهوری اسلامی ایران و کشورهای خاورمیانه بر اساس مطالعه بار جهانی بیماریها - سال 2010 میلادی - IHME

	Algeria	Bahrain	Egypt	Iran	Jordan	Kuwait	Libya	Oman	Qatar	Saudi Arabia	Syria	Tunisia	United Arab Emirates	Yemen	World	North Africa and Middle East
Ischemic heart disease	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
Stroke	11	4	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	4
Road injury	5	10	3	15	7	5	9	9	12	6	2	1	5	10	3	15
Other cardio & circulatory	7	11	7	4	10	13	12	9	5	14	7	10	10	9	8	7
Hypertensive heart disease	6	19	4	5	11	4	7	8	7	7	16	8	16	7	6	10
Stomach cancer	24	26	29	6	29	22	37	22	19	20	35	15	23	36	32	23
Lower respiratory infections	5	7	5	7	3	6	6	6	5	4	6	7	15	4	6	7
Congenital anomalies	10	12	11	8	8	8	17	6	17	9	9	9	11	12	8	14
Protein birth complications	4	14	14	10	7	10	9	20	9	6	2	12	12	5	15	16
COPD	14	10	9	11	17	9	10	11	10	19	20	20	33	11	9	4
Lung cancer	12	5	19	12	21	14	11	4	12	8	11	10	15	21	19	5
Rheumatic heart disease	32	44	10	13	19	37	32	25	16	30	19	11	49	34	16	20
PfPR	16	30	56	14	25	19	30	38	29	62	30	31	24	14	31	37
Asthma	23	21	28	15	23	31	23	21	17	39	24	29	39	26	14	19
Salt intake	39	38	34	16	35	24	18	31	23	34	25	28	38	33	30	27
Leukemia	25	24	24	17	24	17	20	24	20	29	21	24	19	27	35	24
Alzheimer's disease	60	56	50	10	40	39	47	40	46	52	55	49	39	73	43	52
Cirrhosis	22	20	29	19	26	15	10	15	13	11	12	10	14	12	18	16
Drug use disorders	41	31	39	20	54	53	31	47	36	48	62	36	25	23	45	63
Esophageal cancer	70	40	55	21	63	60	53	64	56	61	52	48	41	75	75	53
Intentional violence	29	16	52	22	13	11	21	16	25	44	39	30	22	41	27	30
Dyslipidemia & UTI	52	47	57	23	50	57	49	53	51	55	57	54	58	48	54	59
Liver cancer	25	15	12	24	30	22	15	30	21	21	33	19	11	18	22	42
HIV/AIDS	31	5	62	25	114	69	22	23	28	27	103	52	27	51	50	17

اینجا کشورهای خاورمیانه است تقریباً در اکثر کشورهای منطقه علت اول مرگ، بیماریهای قلبی است و بعد از آن سکنه مغزی است، ولی نکته‌ای که خیلی جالب است حوادث ترافیکی است که در کشور ما در رده سوم علت‌های مرگ است ولی در کشور عراق در رده پانزدهم است یا در مراکش در رده دوازدهم است یا در ترکیه رده پانزدهم است. بنابراین جایگاه سوم ما در حوادث ترافیکی در منطقه قابل تأمل است. در گروه سنی

۱۵ تا ۴۹ سال ملاحظه می‌فرمایید حوادث ترافیکی در کشور ما در گروه سنی علت اول مرگ بوده است ولی باز الگوی آن با کشورهای دیگر فرق می‌کند یا مثلاً در این گروه سنی خودکشی رده سوم را داشته است ولی در عربستان سعودی رده ۳۳ را داشته است، در اندونزی ۱۵ و در عراق رتبه ۱۳ و در مصر رتبه ۲۰ را داشته است.

جمع بندی سخنران

من می‌خواستم روی این گروه سنی، گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سالخیزی تأکید کنم. شاید یکی از اولویت‌های جمعیتی کشور ما باشند. به عنوان گروهی که می‌تواند فعال باشد و چرخ مملکت بیشتر دست این گروه سنیاست، مشکلاتشان خیلی بهتر باید مدیریت شود.

در این پیمایش کم شماری یکی از مشکلات مشهود و چالشی است که داریم. کم شماری در تعداد مرگ شهر تهران یکی از مشکلاتمان است. انشا... بتوانیم اطلاعات شهر تهران را به سامانه خودمان متصل کنیم و مرگ‌های شهر تهران هم به صورت معتبر داشته باشیم. کدهای پوچ در این سیستم ثبت علت مرگ کاهش خوبی داشته ولی باز مشکل داریم بحث موارد تکراری همین طور. مشکل اطلاعاتی که باید از پزشکی قانونی بگیریم یکی از چالش‌های مهم ما است. تفاهم نامه‌ای هم با پزشکی قانونی داشتیم که بتوانیم اطلاعات را دریافت کنیم.

روند مرگ و میر نشان می‌دهد که بیماری‌های غیر واگیر رو به افزایش بوده است. موضوعی است که همه می‌دانیم. بیماری‌های غیر واگیر واقعاً الگوی مهمی از علت‌های مرگ ما هستند. که البته روند مرگ در بعضی از بیماری‌ها هم کاهش یافته است مثل بیماری سل یا حتی حوادث ترافیکی. درست است که مشکل عمده‌ای است ولی باز روند کاهش داشته است. نظام سلامت نیاز دارد که طراحی‌ها و مداخلات مؤثری را اجرا کند تا بتواند این مشکلات بخصوص بیماری‌های غیر واگیر را کاهش دهد و این مداخلات تنها به دست وزارت بهداشت و بخش سلامت قابل انجام نیست. اگر بخواهیم ریز پردازیم بخصوص آن مداخلاتی که منجر به تغییر رفتار مردم می‌شود باز به الزامات دیگری خارج از نظام سلامت نیاز دارد. بحث‌های عوامل اجتماعی بر این مسئله خیلی تأثیرگذار هستند.

بحث نظام مرگ را می‌خواستیم تأکید کنیم که جایگاه مهمی در نظام اطلاعات دارد. حالا خوشبختانه خیلی از همکاران استانی هم اینجا تشریف دارند بعضی از استان‌ها ما واقعاً مشکل داریم برای اطلاعات و جمع‌آوری و کیفیت دیتاها که انشا... بتوانیم این کار را انجام بدهیم و دیتاها را بهتر از آن چیزی که بوده است جمع‌آوری کنیم. بخصوص تقویت نیروی انسانی. ما گواهی فوت را استاندارد کردیم اخیراً کدگذاری را بر اساس ICD داریم طبقه‌بندی می‌کنیم یعنی بر اساس حدود ۱۰۰۰۰-۹۰۰۰ کد ICD علت مرگ کدگذاری می‌شود که خیلی می‌تواند روی کیفیت دیتا تأثیر بگذارد. یکی از چالش‌هایما آموزش پزشک‌ها است و صدور گواهی فوت پزشکی است که معمولاً استاندارد نیست و باعث مشکلاتی در جمع‌بندی و اطلاعات ما می‌شود.

بحث و نظرات اعضای پانل

عضو پانل: سال ۲۰۱۳ سال جهانی آمار نام گرفته است. امیدوارم که بیش از پیش بتوانیم در عمومی سازی علم آمار در کشورمان بهره ببریم. ما در سال جهانی آمار، قبل از آن و بعد از آن، به شدت دنبال این هستیم که تفکر آماری را در کشورمان رشد بدهیم، تفکر آماری یعنی اینکه ما پدیده‌های اطرافمان را به عدد تبدیل کنیم بعد تغییرات آن را بتوانیم اندازه بگیریم و در تصمیم گیری‌ها از آن استفاده کنیم. آن چیزی که لازم است این است که ما از مدارس ابتدایی شروع کنیم تا سطح مدیریت ارشدمان که وقتی می‌خواهند تصمیمی بگیرند بر اساس آن آمار و ارقام تصمیم بگیرند. طی یک سال گذشته کسانی که سرمایه‌هایشان را بردند در بازار ارز یا ضرر کردند یا سود کمی بردند. کسانی که سرمایه‌شان را بردند در بازار سکه ضرر کردند ولی کسانی که سرمایه‌شان را بردند در بورس به طور متوسط ۷۰ درصد سود کردند این یعنی چی؟ شما می‌دانید که روزانه شاخص بورس و قیمت سکه و ارز را اعلام می‌کنند، این تفکر آماری اگر بود و کسی زود تصمیم نمی‌گرفت می‌توانست از هر ۳ این بازار استفاده کند. ما در همه موارد نیاز به تفکر آماری داریم. گزارش آقای دکتر را من دورادور دنبال می‌کردم. جزء کارهای ارزشمند کشور ما است. خیلی دقیق روی آن کار شده است و این نوید را به ما می‌دهد که ما روی سرمایه انسانی بیشتر هزینه کنیم. ما مثلاً در سیستم‌های خودمان همه چیز داریم مثلاً نیروگاه وقتی هست این نیروگاه را رصد می‌کنند که فلان دستگاه آن مثلاً ممکن است کند شده باشد یا مثلاً با یک شب خاموشی درست شود. با یکسری سیستم‌های حساس این را مراقبت می‌کنند که همه چیز به موقع تعویض و مراقبت شود که این مدار از سیستم خارج نشود ولی متأسفانه برای نیروی انسانی که مهم‌ترین سرمایه کشورمان است این را نداریم. حتی غربی هم دارند تئوری توسعه را به سمت توسعه مبتنی بر سرمایه انسانی می‌چرخانند. بعضی وقت‌ها ما خیلی نگران نمی‌شویم یعنی آنقدر که من دیدیم در رسانه‌ها روی قیمت پراید بحث و جدل شد روی خیلی مسائل دیگر مثل آلودگی هوا و گرد و غبار بحث نشد. اما نکته‌ای که در مورد گزارش به نظر می‌رسد، ما باید پدیده‌های مرگ را به صورت منطقه‌ای اندازه‌گیری کنیم که اشاره هم داشتند. چون ما از مقایسه استان‌ها با هم به نتایج مفیدی می‌رسیم. الان یکی از مواردی که ما را به تعجب انداخته است رشد سرطان سینه و

پایین آمدن سن شیوع آن است. مسائل دیگر هم داشتیم ولی این موضوع همه را به تعجب انداخته است این را باید در سطح استانی بررسی کرد بینیم استان‌ها چه تفاوتی با هم دارند. آن موقع بهتر می‌شود نتیجه‌گیری کرد. نکته‌ای که من جای آن را در کشورمان خالی می‌بینم و امیدوارم با همکاران مان در وزارت بهداشت و چند وزارتخانه دیگر بتوانیم این کار را راه بیندازیم، آمارگیری‌های پانلی است که یک تعداد خانوار در حد ۱۰۰۰۰-۵۰۰۰ خانوار را هدف بگیریم زندگی اینها را سالیانه رصد کنیم یعنی مثلاً در چه سنی بچه‌شان وارد مدرسه می‌شود؟ نوع خورد و خوراکشان چگونه است؟ هزینه‌های آنها چطوری است؟ بیمه‌شان چطوری است؟ چه سنی ازدواج می‌کنند؟ خودروشان چیست؟ چه سنی فوت در آنها رخ می‌دهد؟ طلاق دارند یا ندارند؟ در بعضی از کشورها قدمت این آمارگیری پنلی به ۶۰ سال رسیده است. یعنی ۶۰ سال است که یک خانواده را دارند رصد می‌کنند و اطلاعاتشان را تبدیل می‌کنند. حتی اثرات داروها را روی آنها اندازه می‌گیرند که مثلاً کسی که عادت دارد داروهای مسکن مصرف کند در سن مثلاً ۶۰ سالگی چه اتفاقی برای این فرد افتاده است. شما می‌دانید ۶۰ سال می‌شود ۲ نسل را رصد کرد. الگوها و ویژگی‌های پدر و مادر چه اثری داشته است؟ به نظرم این یکی از راه‌حل‌هایی است که می‌توانیم علل بیماری‌ها و به دنبال آن مرگ و میر را بررسی کنیم. این کار را باید در کشورمان راه اندازی کنیم. ببینید ۲ تا شاخص در دنیا است که اینها شاخصهایی هستند که جنس‌شان بهداشتی است اما شاخص بهداشتی محسوب نمی‌شود یکی مرگ و میر مادران است یکی مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال. اینها مرگ و میر هستند ولی اینها را هدف گرفته‌اند برای اینکه توسعه کشور را نشان می‌دهد. می‌گویند اگر کشوری وضع تغذیه‌اش خوب باشد، وضع بهداشت‌اش خوب باشد، وضع اجتماعی‌اش خوب باشد، سرمایه‌گذاری‌اش خوب باشد، مدیریت‌اش خوب باشد، حکمرانی‌اش خوب باشد، همه اینها را داشته باشد اینها جمع می‌شوند می‌آیند در این ۲ شاخص می‌شود اندازه‌اش گرفت. یعنی شما نمی‌توانید به همین راحتی کشوری را پیدا کنید که نظام مدیریت آن خوب کار کند برنامه‌ریزی‌هایش خوب باشد سرمایه‌گذاری‌اش خوب باشد بعد مرگ و میر کودکانش بالا باشد. کشورهای کمونیستی حالا یک استثنائاتی درست کرده بودند که الان دیگر نیستند. خوشبختانه در کشورمان توانستیم این را به اندازه‌ای پایین بیاوریم و

می‌بینم ایران در مجامع بین‌المللی جاهایی که بحث آن هست به عنوان یک نمونه معرفی می‌شود. روند مرگ و میر در کشور ما یک نکته جالبی است و آن هم اینکه زیر ۵ سال الگوی مرگ و میر ما در واقع شیب دارد به سمت ۵ سالگی این را به سمت صفر سالگی برویم صعودی است که حالا دلایل خاص خودش را دارد ولی بعد از ۵ سالگی مرگ و میر ما با یکشیب ملایمی افزایش پیدا می‌کند ولی بین سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی یک نوسانی دارد. آن اتفاقی که بین سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی می‌افتد را ما ناشی از حوادث جاده‌ای و حوادث کار می‌دانیم یعنی در نیروی جوان ما نیرویی که در واقع سرمایه اصلی کشور محسوب می‌شود، آنقدر تلفات بالا است که شیب منحنی مرگ و میر ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نکته دیگری که من می‌توانم به آن اشاره کنم این است که این شیب، تعداد مرگ و میر یا نرخ مرگ و میر به صورت سالیانه و با سن افزایش پیدا می‌کند. در حدود سنین ۷۳ سالگی به اوج می‌رسد یعنی به اصطلاح عامیانه جان سالم به در بردن از سن ۷۳ سالگی در کشور ما راحت نیست. این دارد به سمت بالاتر می‌رود یعنی ۷۶-۷۵ پس عددهای امید به زندگی ما باید زیر ۷۴ باشد اگر قرار باشد عدد امید به زندگی ما ۷۷ باشد ولی بیک فوتی‌های ما در سن ۷۴ سالگی رخ بدهد این از لحاظ آماری تأیید شدنی نیست. حالا بحث سرشماری هم که آقای نورالهی متخصص است نشان می‌دهد که ما عدد ۷۷ را نمی‌توانیم برای کشورمان تأیید کنیم. زود است ولی هدف گذاری است. یک نکته دیگر که من باید به آن اشاره کنم این است که روند امید زندگی صعودی است یعنی طول عمر مردم دارد اضافه می‌شود ولی متأسفانه هزینه‌های بهداشتی هم افزایش پیدا کرده است. یعنی ما طول عمر مردمان را گران تضمین می‌کنیم. حالا یک مقداری هم بر می‌گردد سمت اینکه در محاسبه هزینه‌های بهداشتی، سهم خانوارها از جیب‌شان خیلی بیشتر است تا بیمه‌ها، این یک قسمت کار است. اگر رشد اقتصادی باشد و آن تحولات اقتصادی سیر خودش را طی کند بالاخره نظام‌های تأمین اجتماعی می‌آید و به عهده می‌گیرد بالاخره حل می‌شود. ولی آن نکته‌ای که باید به آن توجه داشت آن است که این هزینه زیاد است این گران است زنده ماندن در کشور ما نسبت به کشورهای دیگر گران است و دلایل این را ما دلایل سبک زندگی می‌دانیم. یعنی سبک زندگی ما طوری است که پیشگیری نمی‌کند از ابتلا به بیماری‌ها و بعد مراجعه به موقع پزشک و تشخیص‌هایی که باید بشود و مردم عادت کنند و

فرهنگ داشته باشند. به این قسمت باید توجه کرد. عددی که من می‌توانم بگویم این است که خانوارهای ما به طور متوسط ۹ درصد از هزینه‌هایشان صرف بهداشت و درمان می‌شود. شما مقایسه کنید با هزینه‌های سوخت، هزینه‌های آب، برق، گاز این هزینه‌هایی که دولت وقتی خواست قیمت‌های اینها را اضافه کند ماهی ۴۵ هزار تومان به مردم یارانه داد که این وضعیت را تحمل کنند. سهم این هزینه‌ها ۲ درصد بود یعنی ما ۲ درصد هزینه‌های حمل و نقل، سوخت، گاز، آب، برق و اینها داشتیم آمدیم یارانه دادیم سهم‌اش گران شد، شد ۴ درصد یعنی ۲/۵ درصد تقریباً افزایش پیدا کرد و سهمش در سبد خانوار به ۴ درصد رسید ولی هزینه‌های بهداشتی خانوارها هنوز ۹ درصد است، حالا با آن رشد قیمت‌هایی که وجود دارد. این است که ما یک مقدار هم باید از این بعد به آن توجه داشته باشیم که هزینه‌هایی که داریم انجام می‌دهیم که امید زندگی را در کشورمان بالا ببریم از متوسط جهانی خیلی بالاتر است. البته عوامل مثبتی هم داریم مثل تأثیر سواد، افزایش دانشجویان آموزش عالی. به هر حال هر کسی که در هر رشته‌ای تحصیل می‌کند در سبک زندگی‌اش اثر می‌گذارد. یک نکته‌ای هم که به نظرم باید دوباره به آن اشاره کنم این است که سبک زندگی ما و هزینه‌های بعد از ۶۵ سالگی در کشور ما هزینه بالایی است یعنی ما در واقع جوری داریم برنامه‌ریزی می‌کنیم جوری سبک زندگی مان است که مردم ما وقتی از ۶۵ سالگی رد می‌شوند هزینه‌های درمانی‌شان به شدت افزایش پیدا می‌کند. شما ببینید که در کشور ما سن بازنشستگی ۶۰ سالگی است در خیلی از کشورهای اروپایی ۶۵ سالگی است یعنی تا ۶۵ سالگی کار می‌کند اینها عواملی است که اثرات خودش را در علل مرگ و میر بعدها نشان خواهد داد که اصلاً چطوری است که ما از کار افتادگی داریم که شبه مرگ محسوب می‌شود بعد از آن مرگ محسوب می‌شود. یک نکته دیگر هم اشاره می‌کنم و آن، این است که ما حدود ۱۰ میلیون خودرو در کشورمان داریم. خودروهای شخصی را می‌گوییم حالا خودروهای دولتی و خودروهای غیر سواری را کنار می‌گذاریم. البته من عدد ۹۱ را می‌گویم که حالا دارد اضافه می‌شود. حدود ۴/۵ میلیون پراید داریم. حالا ببخشید که من این را می‌گویم می‌گویند مرگ دست خداست ولی پراید یک وسیله است. حدود ۱ میلیون و ۱۰۰ هزار پیکان هنوز داریم اما مثبت آن آمار موتوسیکلت‌مان است که دارد پایین می‌آید یعنی سبک زندگی ما تغییر کرده است. یک چیزی را گوشزد

کنم اینکه ما باید بتوانیم ۱۰ سال به ۱۰ سال یا ۵ سال به ۵ سال همه چیز را رصد کنیم چون پیک جمعیتی ما دارد از ۳۰ سالگی رد می‌شود جمعیتی که از ۳۰ سالگی رد می‌شود باید حوادث جاده‌ای آن پایین بیاید خود بخود باید پایین بیاید چون آدم‌های بالای ۳۰ سال هیجان رانندگی شان هم کمتر است. اگر پایین نیاید اوضاع مان خیلی خراب می‌شود ولی در عوض مسائل دیگر اضافه می‌شود.

عضو پانل: ما به عنوان دستگاه تولید کننده بحث ثبت را داریم و از آن چه که ثبت می‌شود در تولید آمار و اطلاعات جمعی استفاده می‌کنیم. ما بحث CRBS را داریم همان بحث ثبت احوال و نظام آمار حیاتی که یک سر این قضیه در سازمان ثبت احوال است و ثبت احوال‌های هر کشور دیگر است و شاخه‌های دیگر و ریشه‌های دیگر اصلی آن در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌هایی که به ثبت وقایع حیاتی می‌پردازند. در بحث علت فوت من گزارشی که می‌دهم فقط می‌خواهم گزارش ثبت را بدهم به هیچ وجه آمار رسمی نیست. از این جهت که آمار رسمی همان چیزی است که دکتر خسروی و عزیزان در حوزه سلامت و بهداشت اشاره کردند. قانون‌گذار، سازمان ثبت احوال کشور را مکلف کرده است که ثبت فوت را انجام دهد و علل آن را هم در صورت مشخص بودن به ثبت برساند، بر اساس گواهی‌های پزشکی که به سازمان می‌رسد یا مراجع قانونی ارسال می‌کنند. ظرفیت بسیار خوبی که ایجاد شده است پایگاه اطلاعات جمعیت کشور است، می‌تواند لحظه به لحظه از وضعیت این ثبت‌ها به ما گزارش آماری بدهد. یعنی اینکه ما می‌توانیم حتی اگر نیاز باشد لحظه به لحظه نشان دهیم چه تغییر و تحولاتی در خصوص وقایع حیاتی در کشور اتفاق می‌افتد. اگر بخواهیم در حوزه تولید وظایفمان را بشماریم به دو مقوله مهم برمی‌گردد: یکی در زمینه پوشش ثبت وقایع حیاتی است که ما باید با استفاده از ظرفیت‌های مختلف بخصوص تبصره ۲ ماده ۵ قانون ثبت احوال (که مشارکت دستگاه‌ها را در زمینه اعلام به موقع وقایع حیاتی می‌طلبد) پوششمان را به حد قابل قبولی برسانیم که الحمدلله در این سال‌ها این اتفاق افتاده است منتها هنوز جای کار دارد. بحث دیگر در مورد محتوا و کیفیت اطلاعاتی است که به ثبت می‌رسانیم. کیفیت اطلاعات را داریم به سمتی بریم که استانداردهای بین‌المللی را در ثبت احوال کشورمان پیاده کنیم.

در سند فوت ممکن است چالش‌هایی وجود داشته باشد از قبیل خوانا نبودن دستخط پزشک بعضاً حتی به زبان لاتین نوشته می‌شود و مأمور ثبت احوال موظف است آنچه را که به صورت رسمی در سند فوت قید شده است را درج کند. اما نتایج، نتایج جالبی است قابل تأمل است. اگر روی این سیستم‌ها کار شود و همکاری که بین دستگاه‌ها و وزارت بهداشت وجود دارد منجر به این شود که این سیستم‌ها در هر دو دستگاه تقویت شود و انشا... بتواند مبنای برنامه‌ریزی در کشور قرار بگیرد. آنجا هم بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها و تومورها، حوادث غیر عمدی و بیماری‌های دستگاه تنفسی و سیستم عصبی را به عنوان ۵ علت اول مرگ داریم که بیشترین رقم آن را بیماری‌های قلبی و عروقی به خود اختصاص می‌دهد و بعد سرطان‌ها و تومورها، بیماری‌های سیستم عصبی و الی آخر اما نقشه سنی یا الگوی سنی که آقای دکتر نشان دادند ما هم از پایگاه استخراج کردیم. دوباره تأکید می‌کنم آمار رسمی نیست فقط برای بررسی آوردیم و برای به نقد گذاشتن و به چالش کشیدن موضوع که انشا... تقویت شود. اینجا هم همان پیام‌ها را به ما می‌دهد در سنین ۱۵ تا ۳۵ سالگی آنجا بیک حوادث غیر عمدی و فوت بر اثر حوادث غیر عمدی را دارد نشان می‌دهد و از یک سنی به بعد بیماری‌های قلبی و عروقی را که در کل کشور اول است و در این سنین به پیک خودش می‌رسد. حالا بیماری‌های دیگر بماند. اما روی نقشه کشور چیزی که نشان می‌دهد آن هم پیام‌های خاص خودش را می‌دهد این است که استان تهران در ۵ علت ۴ علت آن بیشترین فراوانی را در کشور به خودش اختصاص داده است. بیماری قلبی و عروقی هم همین طور اما یک نوع دیگر این گزارش را ما روی نقشه پیاده کردیم و به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت نرخ گرفتیم که بتواند معنی دیگر را هم برساند به نوعی شیوع آن را در درون هر استان بتوانیم ارزیابی کنیم. خب آنجا قضیه فرق می‌کند و استان‌های دیگر در زمینه نرخ علت فوت جابجا می‌شوند. در سرطان‌ها و تومورها باز همین طور و در نرخ آن می‌بینیم که در استان‌های شمالی حرف تازه‌ای برای گفتن وجود دارد و چرا به این صورت است که جای بررسی دارد. عرض کردم یا چالش‌های ثبت باید بررسی شود یا چالش‌هایی که واقعیت جامعه را دارد نشان می‌دهد. حوادث غیر عمدی هم رقم فراوانی‌اش در کشور روی نقشه نشان داده شده است. آنجا تهران دیگر اول نیست تهران و البرز به کمترین میزان می‌رسند یعنی به ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت‌شان کمترین

را شامل می‌شوند. در بیماری‌های دستگاه تنفسی باز تهران اول است در فراوانی و در نرخ جابجا می‌شود در بیماری دستگاه عصبی هم باز تهران اول است رتبه‌بندی‌ها استانها مشخص است و از ۵ علت اول عرض کردم که ۴ علت بیشترین آن در استان تهران است و نرخ آن قابل توجه است. این وضعیت ما در زمینه تولید ثبت واقعه علت فوت است و علت آن از طریق اسناد و مستنداتی که به دست ما می‌رسد ثبت می‌شود. من استقبال می‌کنم که نظرات دوستان را بشنویم هم این سیستم و هم سیستمی که در وزارت بهداشت وجود دارد و تعاملاتی که در بین این ۲ سیستم است. کلیدهای تبادل آن همان شماره ملی افراد است که به خوبی می‌تواند کمک کند که ما مبادله اطلاعات داشته باشیم. امید است به این سمت برویم که در زمینه ثبت مرگ و میر در کشور نظام جامعی داشته باشیم و گزارش‌هایی بدهیم که بتواند مبنایی برای برنامه‌ریزی باشد.

عضو پانل: اهمیت بحث مرگ در بار بیماری‌ها چیست؟ حدوداً تقریباً در کشور ایران دو سوم از از بار بیماری‌ها از مرگ ناشی می‌شود و یک سوم آن از ناتوانی. این برای اینکه بدانید که میزان مرگ چقدر می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. اشکالات را من سعی می‌کنم یکی یکی جلو بروم و بحث کنم. آقای دکتر گروه‌های سنی ما اشکالات خیلی جدی دارند گواهی مرگ را از ۷ روز به بعد شروع می‌کنند به ثبت کردن قبل از آن را ندارند و گروه‌های سنی ما آن گروه‌هایی نیست که ما با آنها بتوانیم درست استنتاج کنیم. یعنی لازم است که این گروه‌ها یک تفکیک منظم داشته باشند. حداقل در ^۱GBD ما ۲۱ گروه سنی داریم. امیدواریم که یک روزی وضعیت نظام ثبت مرگ ما طوری شود که ما این ۲۱ گروه سنی را هم بتوانیم داشته باشیم. فرمودند sub national analysis تنها راهی است که ما می‌توانیم برای سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی کنیم. این اسلایدها را بارها و بارها نشان بدهیم و بگوییم سطح ملی ما وضعیت‌اش اینطوری است، به شما نخواهد گفت که چه چیزی باعث کاهش mortality ناشی از سوانح و حوادث می‌شود. ولی اگر تعداد پراید و موتورسیکلت را در همان panel data که شما می‌گویید به جای اینکه در سطح خانواده داشته باشیم در سطح شهرستان داشته باشیم و بیایم اینها را آنالیز کنیم خیلی راحت

^۱ Global burden of disease

می‌توانیم بگوییم که موتورسیکلت بیشتر دارد می‌کشد؟ پراید بیشتر می‌کشد؟ اصلاً ماشین‌های با کیلوگرم زیر ۱۰۰۰ دارد بیشتر می‌کشد؟ بالای ۱۰۰۰ دارد می‌کشد؟ کدام یکی از اینها دارد تأثیر می‌گذارد؟ تنها راه سیاست‌گذاری در کشور تولید دیتای sub national است. در تعداد زیادی از مرگ‌هایی که ثبت شده است محل فوت و محل زندگی را نداریم. به همین سبب تفکیک شهرستانی خیلی سخت است. خواهش از ثبت احوال این است که واقعاً وارد بحث علت نشوند. رویکرد بسیار متفاوت است. ما الان ۳۰۰ تا علت را ثبت کردیم لیست مرگ می‌دهد که همین هم کافی نیست. یعنی الان شما لیست مرگ‌هایی را که ثبت احوال ارائه کرده است را نگاه کنید ما امیدواریم که یک روزی آقای دکتر خسروی بتواند بر اساس ۹ هزار تا علت مرگ لیست بدهد که ما بتوانیم برنامه‌ریزی کنیم. الان شما می‌بینید سایر بیماریهای قلبی عروقی الی ماشا... کد خورده است. من این را چطوری تقسیم کنم چطوری توزیع کنم؟ هزارتا گرفتاری در modeling دارد. کد others که در اینجا است به دلیل این است که شما گروه‌ها را خیلی بزرگ می‌چینید و همه مرگ‌ها آنجا تجمع پیدا می‌کند. کارندهای سیستم بهداشتی ما چون با coding ها خیلی آشنا نیستند هر جا دستشان می‌لرزد مرگ را به آن طرف shift می‌دهند. مثال ساده‌اش را به شما بگویم نقص مادرزادی را آقای دکتر خسروی نشان دادند جزء بالاترین‌ها بود واقعیت این است؟ من خدمت شما عرض می‌کنم که خیر این اتفاق در کشور نمی‌افتد مرگ به علت نقص مادرزادی آنقدر بالا نیست حالا شما بروید میزان بیماریهای مادرزادی را ببینید بالاخره اینها باید یک نسبتی را با هم داشته باشند. mortality آن خیلی بالا است علت آن این است که هر بچه‌ای که می‌میرد برای اینکه پدر و مادرش نروند شکایت کنند می‌گویند بچه شما نقص مادرزادی داشت مرد. و همین هم ثبت می‌کنند. ما باید در بیمارستان‌ها برویم این سیستم را کنترل کنیم. بعد گرفتاری‌های جدی روی بحث علت است که من خواهش این است که حالا یک مقدار کار تخصصی‌تری است باید با دقت بیشتری وارد آن شد. آقای دکتر [رشیدیان] شما معاون بهداشت دانشگاه تهران هستید و امیدوارم که اتفاق خاصی در شهر تهران بیافتد نمی‌دانم جریان بهشت زهرا چیست؟ چرا ما نمی‌توانیم ICD ۱۰ Coding را وارد این سیستم کنیم؟ گرفتاری‌های codingها را که آقای دکتر خسروی نزدیک ۹-۸ سال است که درگیر آن

هستند و نتوانسته اند آن را حل کنند، من ۲-۳ نفر را گذاشته‌ام بنشینند کدها را بخوانند شما باید ببینید که خودشان دستی کد نوشته‌اند. حالا آقای دکتر خسروی داستان‌های جالب تری دارند که مثلاً کد مرگ کودک زدند باز کردیم دیدیم یک پای قطع شده است آورده‌اند فکر کردند این اندازه جسد است و روی آن نوشته‌اند مرگ کودک. حالا گرفتاری‌های متعددی در ثبت تهران داریم که من امیدوارم که واقعاً انجام شود در این کار بحث اول incompleteness است. ما اول نقص داده‌های child mortality را به دست می‌آوریم. حالا عدد آقای دکتر خیلی خوب بود ما ۷۵ را در بدترین و ۸۱ را در بهترین حالت در آوریم به نظر می‌رسد که انشا... با مدل‌هایی که ما داریم استفاده می‌کنیم یک عددی روی میزان ثبت مرگ در adult و کودکان نهایی کنیم در رابطه با آن ۷۷ در مورد امید زندگی که آنجا اشاره شد من هم با شما موافق هستم واقعیت این است که این ۷۷ با یک عدم اطمینان ترسیم شده است. بنابراین ما می‌توانیم حدس بزنیم که امید زندگی عددی بین ۷۴ تا ۷۷ باید باشد.

۱-۲ آیتم است که من سعی می‌کنم خیلی مختصر در مورد آنها صحبت کنم. ببینید اینکه ما می‌گوییم هزینه سلامت در کشور بالا است من اعتقاد این است که هزینه سلامت از جیب مردم بالا است و گرنه اینکه کل هزینه سلامت چقدر است واقعاً باید نگاه کنیم با کشورهای مشابه خودمان و ببینیم که ما از GDP چقدر خرج سلامت می‌کنیم؟ ولی آنچه که اتفاق افتاده است این است که یک بیمه ناکافی یک بیمه ای که نمی‌تواند سهم واقعی بیمه را تأمین کند فشار خیلی جدی را به مردم وارد می‌کند. بیمه ما امروز بیمه نیست وظیفه بیمه جلوگیری از ریسک است من چرا می‌روم حق بیمه می‌دهم؟ برای اینکه من در خطر هستم. در خطر پرداخت‌های سنگین. مشکل من پرداخت استامینوفن کدئین نیست مشکل من پیوند کبد است، جراحی قلب است هزار جور گرفتاری هزینه‌بر است. در نظام سلامت برای همین می‌روم بیمه می‌شوم ولی بیمه‌ای که هست پول را از دولت می‌گیرد مثل مادرخرج تقسیم می‌کند. این راه و روش بیمه کردن نیست. هیچ بیمه‌ای در طی ۵۰ سال گذشته در این کشور premium حساب نکرده است هیچ بیمه‌ای تا الان نیامده است حساب کند چه توزیعی از بیماری‌ها داریم؟ چه منابعی را برای درمان آن بیماری‌ها داریم و در نهایت ما چقدر به ازای هر نفر باید پول از مردم بگیریم؟ یا از دولت بگیریم یا از

سازمان های کارفرما بگیریم که بتوانیم premium بیمه را مشخص کنیم. نهایتاً اتفاقی که می افتد بیمه در بهترین شرایط -۲۰ درصد یا ۱۵ درصد از هزینه ها را امکان دارد تقبل کند و این مشکل مردم کشور را حل نمی کند و اشاره کردند به جمعیت ایران که دارد بالای ۳۰ می رود. کشور ما الان یک هدیه خدادادی دارد و آن این است که تعداد نان آوران آن از تعداد نان خورانش بیشتر است این حالت بیش از ۲۰ سال تا ۲۵ سال برای کشور ادامه نخواهد داشت. باید از فرصت استفاده کنیم مثل بره های آسیای جنوب شرقی جهش اقتصادی کنیم. اگر استفاده نکنیم مثل آرژانتین در بدهی غرق می شویم. گرفتاری کشور این است که باید همزمان با این وضعیت جمعیتی، برنامه های درست بچینیم و اگر این اتفاق نیافتد مشکلات بعدی ما آرام آرام خودش را نشان می دهد. نهایتاً اینکه من خیلی به وضعیت نظام ثبت مرگ امیدوار شدم. من با آقای دکتر خسروی در ارتباط هستم می دانم ما یکی از مشکلاتمان این است که نمی توانیم افراد را follow کنیم. این unique code، unique ID در واقع عنوان شماره ملی که استفاده شده باعث می شود که ما بتوانیم افراد را follow کنیم و اگر انشا... آقای دکتر در مؤسسه ملی سلامت، در شورای سیاست گذاری وزارتخانه یا هر نهاد مسئول دیگری موظف کنند هر survey که دارد در کشور انجام می دهد حتماً با کد ملی انجام شود چه در مرکز آمار، چه در اداره ثبت، چه در اینجا، این شانس وجود دارد که ما بتوانیم اینها را ادغام کنیم و دیتاها را بیاوریم و کنار یکدیگر بگذاریم. این نکته اصلی قضیه است. به خاطر همین من امیدوارم که وضعیت نظام ثبت مرگ ما از این که هست بهتر شود، گرفتاری های خیلی جدی داشتیم تا بتوانیم مشکلات مربوط به incompleteness را حساب کنیم. مشکلات مربوط به miss classification همچنان ادامه دارد حالا modeling هایش را برای دوستانی که علاقه مند هستند در کارگاهی توضیح می دهیم که به چه شکلی miss classification را می توانیم modeling کنیم ولی همه اینها آرزو است من آرزو دارم یک روزی در این کشور بر اساس real time data بیاوریم برنامه ریزی و تصمیم گیری کنیم.

نظرات شرکت کنندگان

- اتفاقی که در نظام ثبت مرگ کشور پیش آمد این است که در وزارت بهداشت این بحث چند سال متوقف شد. به هر حال باید فکر برای این که دوباره تکرار نشود چه اتفاق‌های زیرساختی باید رخ دهد؟ علاوه بر این ما باید سیستم را اصلاح کنیم.
- در مورد دیتاهای پانلی حالا ما در نظام سلامت بیشتر دوست داریم اسم آن را کوهورت بگذاریم به هر عنوان خوشبختانه چند سال اخیر چند کوهورت با سابقه در کشور راه افتاده است که در چند نقطه از کشور با اهداف خاصی طراحی شده بودند اما کم کم اهداف گسترش پیدا کردند. بعضی از آنها الان در سن بلوغ هستند اما شاید آن کوهورتی که مد نظر شما است مبنای کلی آن life style است. فرصتی که الان پدید آمده است حضور آقای دکتر ملک زاده معاون پژوهشی وزارت بهداشت است که ایشان مدیر یکی از بزرگ‌ترین کوهورت‌های کشور است. فرصتی پدید آمده است که سیاست‌گذار یا مقام تصمیم‌گیری داریم که خودش عمیقاً با موضوع آشنا است و امکان این وجود دارد که این زیرساخت را ایجاد کرد و به سمت پانل‌هایی برویم که می‌تواند جایگزین بعضی از پیمایش‌های مکرر ما شود و با دقت بیشتری هم پاسخ دهد.
- از آنجا که حوادث ترافیکی بیش از ۶ درصد از کشته‌ها را تشکیل می‌دهد، لازم می‌دانم که به مطالبی اشاره کنم. همان طوری که فرمودید بحث آمار بحث مهمی است ولی مهم‌تر از آن این است که شرایطی را فراهم کنیم که بتوانیم از آمار استفاده کاربردی کنیم. در سال ۱۳۸۴، ۲۷۷۶۰ نفر کشته در تصادفات رانندگی داشتیم در حالی که حدود ۷ میلیون وسیله نقلیه موجود بود. امروز با ۲۵ میلیون وسیله نقلیه یعنی بیش از ۸/۵ میلیون موتورسیکلت و بیش از ۱۶ میلیون خودرو در مجموع کشته‌ها به کمتر از ۱۹ هزار نفر رسیده است. اما همان طور که اشاره فرمودید این ۱۹ هزار نفر معادل شهدای یک سال جنگ ما است و جمعیت هم جمعیت کارآمد و فعال کشور است. روزی که ما ۲۷۷۶۰ کشته داشتیم، به ازای هر ۱۰۰۰۰ وسیله نقلیه، ۳۲ کشته داشتیم و امروز این عدد به ۸/۱ رسیده است. میانگین آسیا ۸/۵ است کشورهای مثل آلمان ۱/۵ است ولی در کشورهایی مثل سوئد زیر ۱ است. لذا این رقم بسیار مهم است

و بنا است که این رقم کاهش پیدا کند. منتها همه اقدامات پلیسی تا الان انجام شده است به مثابه یک فزنی است که فشرده شده است ادامه این روند بسیار دشوار است مگر اینکه از ابزارهای دیگری استفاده شود. جالب است بدانید الان ۵۱/۷٪ افراد در صحنه کشته می شوند و ۴۹/۳ در واقع بعد از صحنه تصادف کشته می شوند. یعنی بحث استاندارد انتقال، جابجایی، رسیدن به موقع به مراکز درمان، پذیرش آنها، نحوه مداوا، کیفیت درمان اینها بسیار مؤثر است این استاندارد در دنیا زیر ۲۰ درصد است بین ۱۶ تا ۱۸ درصد است. اگر بتوانیم کیفیت درمان و توسعه مراکز امدادی مان را در امتداد جاده‌ها گسترش بدهیم در کنار سایر کارها باز می توانیم توفیق حاصل کنیم. خوشبختانه یک کار مشترک هم سازمان پزشکی قانونی با پلیس انجام داده است یک کتابی دارد که بررسی آماری سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ را دارد. من خدمت آقای دکتر خسروی هم عرض کردم آمار بسیار خوبی است که خیلی ریز است و مرزبندی است. من به بخشی از این آمار اشاره می کنم جالب است که در دهه ۸۰/۴، ۸۰ کشته‌های ما مرد بودند ۱۹/۶ درصد زن بودند یا بالاترین درصد کشته‌های به فرض این کشته‌های عابرین پیاده ۸۵ تا ۸۹ است مردان در بوشهر ۸۶/۴ درصد و سیستان بلوچستان ۸۴ درصد، هرمزگان ۷۳/۷ درصد مفهوم این، این است که هنوز وانت‌ها، قاچاقچیان ارتباط زیاد است اینجا باید مدیریت سرعت شود. تلنگری است برای پلیس. در زنان سمنان با ۲۹ درصد، خراسان رضوی ۲۳/۴ و مرکزی به همین شکل. بر حسب میانگین سال گیلانی‌ها با میانگین ۴۰/۷ یعنی درواقع ۴۰ ساله‌ها بیشترین عابر پیاده آنها بوده است و همچنین مازندران ۴۰/۱ و تهران ۳۹/۳ سانحه. وسایل نقلیه هم به تفکیک مشخص شده است این آمار در حوزه جغرافیایی است همان‌طور که آقای دکتر اشاره فرمودند حدوداً بین ۲۳-۲۴ درصد کشته‌های ما عابرین پیاده هستند، ۵۶/۶ درصد عابرین پیاده به دلیل برخورد با سواری بودند ۱۲/۱ درصد آنها با وانت نیسان و وانت پیکان بودند. نوع ماشین‌ها کاملاً مشخص است. می‌خواهم خدمت شما این پیشنهاد را بدهم با توجه به کار وسیعی که انجام شده است کمیته‌های کاربردی داشته باشیم یعنی این آمارهایی که در می‌آید راهکارهایشان را خصوصاً در بخش ترافیک که بحث پیشگیری در آن خیلی مهم است هم بحث فرهنگ‌سازی و نحوه سبک زندگی مشخص شود. آماری را

که بررسی می‌کنیم در واقع آنجا سیمای مرگی را که بحث می‌کنیم ما برای مردگان ننشسته‌ایم ما ننشسته‌ایم که آیندگان بیشتر و با کیفیت بهتری زندگی کنند. برای این قضیه آمادگی داریم که اگر کمیته‌هایی تعریف شود در این دستاوردهای بزرگی که انشا... انتظار است از این مؤسسه در واقع خروجی داشته باشیم ما هم سهمیم.

- لازم است مطمئن شویم که این داده‌های مرگ و علت‌های مرگ به صورت روتین خواهد بود نه آن روتینی که ۱۷ تا علت را نشان می‌دهد. الان ما ICD ۱۰ داریم به زودی ICD ۱۱ هم بیرون می‌آید و مراحل نهایی‌اش را طی می‌کند. نکته آن این است که نه تنها علت مرگ بلکه استاندارد شدن آن در تمام مراحل (یعنی نه تنها شهر تهران در سطح ستادی آن بلکه در سطح استان‌ها، در سطح شهرستان‌ها) مورد نظر است. این یعنی علت مرگ ثبت شود و پزشک‌هایی که مسئولیت ثبت علت مرگ را دارند آن را درست تشخیص دهند نه اینکه صرفاً بنویسیم که مثلاً بیماری قلبی عروقی بوده است و واقعاً علت مرگ درست تشخیص داده شود. یکی از نکاتی که می‌تواند کمک کند و به عنوان یک برنامه عملیاتی برای ما شناخته شود این است که ما یک برنامه ملی راهبردی برای ثبت وقایع آمار حیاتی با همکاری وزارت بهداشت، مرکز آمار و اداره ثبت احوال کل کشور به علاوه پزشکی قانونی داشته باشیم. اگر در برنامه راهبردی کشوری ما دیده شده باشد که این اطلاعات به صورت روتین، به صورت update شده، نه به صورت national بلکه sub national level در سطح شهرستان در سطح روستا درست جمع‌آوری شود من فکر می‌کنم بزرگ‌ترین مشکل کشور را حل می‌کند.

- در مورد آماری که در سیمای مرگ و میر منتشر شده است آقای دکتر در عرایض‌شان فرمودند که ۲۵-۲۰ درصد کم‌شماری در این آمار در مورد علل مرگ وجود دارد. من خودم یک تجربه‌ای که در مورد سرطان داشتم برای سال ۸۹، ۴/۳ در ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده بود. بعد از تأثیر کدهای پوچ و مقایسه‌هایی که با آمارهای بین‌المللی و یک مطالعه دیگر انجام دادیم انتظار می‌رفت که برای ایران این حدود ۱۰ باشد ۱۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر یعنی حدود ۵۰ درصد کم‌شماری در وجود دارد و مقایسه‌های آن معتبر است. حالا عرضم این است که از این گزارش چگونه استفاده کنیم؟ یعنی باید

آن کم شماری‌ها را به آن اضافه کنیم؟ یا یک قانون کلی را نمی‌شود به این آمار تعمیم داد؟

- من چون در حوزه بهداشت کار می‌کنم نتایج و مداخلاتی که تعریف می‌شود برایمان بیشتر اهمیت دارد و در جداولی که برای رتبه‌بندی علل مرگ ارائه شد، فرمودند دلایل را با هم مقایسه می‌کنیم مثلاً می‌گوییم دلایل اسهالی قبلاً رتبه پنجم بوده است الان دوازدهم شده است این رتبه‌ها به ۲ علت ممکن است جابجا شود: یکی اینکه ممکن است ما در یک حوزه‌ای درست کار کرده باشیم و آمار پایین آمده باشد که باعث می‌شود مثلاً دیابت خود به خود بالا برود. به نظر من برای ما که در واقع می‌خواهیم بیشتر کار مداخله‌ای انجام بدهم مقایسه نموداری که در سال‌های قبل انجام شده است بیشتر اهمیت دارد و مقایسه این علت‌ها با تک‌تک جوامع دیگر بخصوص جوامع توسعه یافته تا بتوانیم برنامه مداخله را بر آن اساس بنویسیم. مقایسه علل با همدیگر در یک سال خیلی اهمیت زیادی در تصمیم‌گیری ندارد مگر اینکه توجیهی داشته باشد. موضوع دوم درباره جمع‌آوری اطلاعات است. ببینید در واقع سیمای مرگ‌آینه‌ای است از سیمای سلامت ما یعنی ما وقتی سیمای سلامت را بررسی می‌کنیم به دنبال آن هستیم که راهکارهای افزایش سلامت را بیابیم. ما در تمام حوزه‌های سلامت کارشناس و کارشناس مسئول ثابت داریم در این حوزه متأسفانه فقط در قالب یک طرح و برنامه شروع شد ادامه پیدا نکرد کاری بود که اضافه شد بر کار کارشناسان و این کارشناس‌ها ثابت نبودند. الان که در حال شکل‌گیری تشکیلات دانشگاه هستیم پیشنهاد من این است که به راحتی می‌توانیم این کار را با هیئت‌امنا انجام بدهیم. درست است که داده‌ایم به واحد آمار و انفورماتیک اما این بیشتر از یک جمع‌آوری است یعنی باید پیگیر آموزش برای تمام سطوح باشد. فرم‌های جواز دفن را ما چاپ می‌کنیم. نیاز است که در همه دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها یک کارشناس مسئول تحت این عنوان باشد آموزش دیده باشد هم آن کارشناس ثابت و پایدار باشد هم منابع آن ثابت و پایدار تا به نتایج بهتری برسیم.

- برای اینکه یک شناسنامه‌ای باطل شود یا شناسنامه‌ای صادر شود قوانینی داریم که افراد خیلی راحت با آن برخورد می‌کنند و در آن زمان لازم اقدام‌شان را انجام می‌دهند. اگر

بتوانیم بهایی به این گواهی‌های فوت بدهیم یعنی صدور گواهی فوت و تکمیل آن جنبه قانونی پیدا کند و تعرفه مناسبی هم برای تکمیل فرم‌های گواهی فوت در نظر گرفته شود شاید ثبت اطلاعات آن دقیق‌تر شود. دومین مورد راجع به بحث گورستان‌های رسمی است. در یکی از استانها در آنجایی که گورستان رسمی داریم دیتای آن شهرستان خیلی مشکل ندارد ولی شهرستان‌های دیگر که گورستان رسمی ندارند، نقص را در آنجا داریم. اگر این به شکل قانون باشد که هر شهری یک گورستان رسمی داشته باشد (بخصوص در وزارت کشور چون متولی آن شهرداری‌ها هستند) و آن‌ها هم گواهی فوت بخواهند می‌توانیم در این زمینه کارهایی انجام دهیم.

- من فکر می‌کنم بهتر است بیشتر راجع به ارتقاء سیستم مرگ بحث شود چون اگر روی علل بحث کنیم که حالا بیماری قلبی عروقی اولویت است چطور می‌توانیم آن را پایین بیاوریم یا سوانح و حوادث اینها بحث‌هایی است که بسیار مفصل است و در حوصله جلسه نمی‌گنجد. الان ۲-۳ تا مشکل در سطح دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد از جمله اینکه با سازمان ثبت احوال اگرچه همکاری بسیار خوبی دارد ولی موارد مرده‌زایی را اصلاً نمی‌تواند واگذار کند یا اگر افرادی شناسنامه نداشته باشند یا یک بچه‌ای در بیمارستان باشد و شناسنامه برای آن صادر نشده باشد و فوت کند این علل به دست ما نمی‌رسد و مشکلاتی در این زمینه وجود دارد. اگرچه صدور شناسنامه برای نوزادان را خیلی ارتقاء داده‌اند. ولی باز هم این مشکلات کمافی‌السابق وجود دارد. در مواردی که افراد خودشان دنبال گرفتن شناسنامه نیستند از جمله در نوزادانی که در بیمارستان بستری می‌شوند. مشکل بعدی ما با پزشکی قانونی است که مشکل بزرگی است. من اینجا فرم‌ها را آوردم فرمی که برای مرگ صادر می‌کنند اسم آن جواز دفن است برای پزشکی قانونی یک مقدار با فرم‌های ما شباهت دارد ولی خیلی فاصله دارد. از جمله مشکلاتی که با پزشکی قانونی وجود دارد همین فرم‌های جواز دفن است که برای شهرداری و ثبت احوال ارسال می‌شود ولی برای دانشگاه علوم پزشکی اصلاً ارسال نمی‌شود. کنار فرم نوشته شده است نسخه سفید جهت تدفین واحدهای تحت پوشش شهرداری و نسخه سبز مخصوص ثبت احوال است. اصلاً به دانشگاه‌ها نمی‌دهند. دوم اینکه این فرم کامل تکمیل نمی‌شود. اکثر موارد مرگی که پزشکی قانونی دنبال آن

است مشکوک است در قسمت الف می زنند در حال بررسی و تا نتیجه آن مشخص شود ۳-۲ ماه ۵ ماه ۶ ماه اگر دادگاه برود ۲ سال بعد مشخص می شود که باز هم نتیجه اش را به ما نمی دهند. خیلی از مرگ‌هایی که ما می توانیم مداخلات اجتماعی را روی آن انجام دهیم مثلاً خودکشی، اعدام، سیل خیلی از این موارد که مهم است توسط پزشکی قانونی صادر می شود و اصلاً به دست دانشگاه علوم پزشکی نمی رسد. مرگ تا ۲۴ ساعت اول ورود به بیمارستان باز پزشکی قانونی گواهی دفن آن را صادر می کند. تمام افراد غیر ایرانی را پزشکی قانونی صادر می کند. در جواز دفن هم اکثراً آخرین بیماری که منجر به مرگ می شود نوشته می شود. با این که فرم خودشان ۳ قسمتی است و در علل مرگ الف، ب و ج دارد خیلی از اوقات فقط همان قسمت الف، علت کلی مرگ ذکر می شود. البته بعد از اینکه کالبدشکافی کردند نتایج بهتری به دست می آید که باز به دانشگاه‌ها نمی رسد. یک مشکلی که داریم با خود معاونت درمان وزارت بهداشت است. مشکل این است که در نرم‌افزار جدید بر اساس ICD ۱۰ باید جزئیات دقیق مرگ در پرونده بیاید و اگر آن جزئیات دقیق نیاید علل کلی را اصلاً خود نرم‌افزار قبول نمی کند خیلی از مواقع هم فرض کنید که cancer دارد در یک شهر بزرگی تحت درمان است ۲۴ ساعت آخر که فوت می خواهد اتفاق بیفتد به بیمارستان می آید. هیچ علتی در دسترس نیست یک تم کلی را می نویسند. نرم‌افزار قبول نمی کند. همین جا هم ما مشکل داریم مثلاً اگر cancer colon بنویسد قبول نمی کند. در نهایت این را خدمتان عرض کنم که در مجموع ما شاید به ۱۰۰ درصد مرگ‌ها دسترسی داریم ولی در علل مرگ با خود بیمارستان‌ها و پزشکی قانونی و جاهای دیگر مشکل داریم.

- از نکاتی که اشاره شد یکی بحث کم شماری یا کم ثبتی است که این موضوع ۴-۵ تا منبع دارد. ثبتی که ثبت احوال انجام می دهد منابع آن وزارت بهداشت، شهرداری‌های، دهیاری‌ها، پزشکی قانونی، نیروهای نظامی و انتظامی هستند، یک بخش اعظم آن خود مردم هستند که به هر حال ممکن است کم و زیاد شود. کم ثبتی فوت را ما داریم. ۹۸ درصد داریم ثبت می کنیم یعنی ۹۸ درصد از وقایع وفات دارد ثبت می شود. بخشی از بحث دیر ثبتی هم برمی گردد به اشاراتی که آقای دکتر داشتند که معمولاً پزشکی

قانونی و یک سری چیزهای جانبی و قضایی مثلاً تصادفات به دادگاه می‌رود و روند یک مقدار طولانی می‌شود. الان کم تر شده است. یک مسئله دیگر هم کیفیت علل مرگ است که این هم برمی‌گردد به آن نکاتی که آقای دکتر اشاره فرمودند که متأسفانه ما چون ثبات هستیم و نیروهای ما با اصطلاحات پزشکی آشنایی ندارند ممکن است آن اصطلاحات پزشکی یا به زبان خارجی نوشته بشوند یا اینکه اصلاً به درستی نوشته نشوند. چون معمولاً نسخه پزشک را فقط و فقط آن داروخانه‌ای که با خود آن پزشک آشنایی دارد می‌تواند بخواند یعنی اگر رفت یک داروخانه دیگر آنجا باز هم با مشکل مواجه می‌شود، نمی‌تواند آن را درست بخواند. لذا در برکه اعلام فوت هم همین گونه قید می‌شود. من خواهشم این است که اینجا عنایت بفرمایید که یک استاندارد سازی بشود اصلاً تایپ شود چرا ما با دست هنوز باید بنویسیم. این یک ایراد است به سیستم ما. از آن طرف سیستمی که آقای دکتر اشاره فرمودند در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در خود ثبت احوال همین گرفتاری وجود دارد. تعداد کدهای شناخته شده سیستمی در ثبت احوال به ۲۱ مورد نمی‌رسد و این اشکال بزرگی است و لذا ما نمی‌دانیم همه علت‌ها را آن گونه که آمده است قید کنیم. یک محدودیت سیستمی داریم که من همین جا از جناب آقای محزون عزیز خواهش می‌کنم این را حتماً در شورای عالی ثبت احوال مطرح کنند و با وزارت بهداشت هماهنگ کنند هرچقدر تعداد می‌خواهد باشد. record راهنمایی و رانندگی الان تمام جرایم کدبندی شده است. همین هم کدبندی شود اگر ۹ هزار تا هم باشد بالاخره کدبندی شود و ثبت شود. جناب آقای فرزادفر اشاره فرمودند نظام ثبت احوال وارد بحث تخصص نشوند نه ما اصلاً وارد بحث‌های تخصصی نمی‌شویم ما ثبات هستیم فقط ثبت می‌کنیم. اما وقتی چند ایستگاه یا station ثبت ایجاد شود مسئولیت لوث می‌شود، اما اگر یک station باشد مسئولیت حتماً تحقق پیدا می‌کند. یعنی باید یک مرکز ثبت وجود داشته باشد. تعدد مرکز ثبت باعث می‌شود که مسئولیت لوث شود و همگی نتوانند آن اطلاعات لازم را از پایگاه کشور بگیرند در حالی که الان مرکز آمار ایران اطلاعات را از ما می‌گیرد خودش که ثبتی انجام نمی‌دهد یا فرض کنیم جاهای دیگر همین طور ما الان تبادل اطلاعات بسیار خوبی با مراکز بهداشتی یا معاونت

بهداشت درمان استان‌ها داریم و همکاری فوق‌العاده است. واقعاً مسئولیت سلامت مردمی که در نظام جمهوری اسلامی دارند زندگی می‌کنند بالا است و لذا در همه جوانب فرهنگ سازی هدفمند یک راهکار است. یعنی وقتی ما شناخت پیدا کردیم که در این موضوع در کشور ما درصد تلفات بالا است حتماً باید فرهنگ سازی هدفمند موضوعی انجام بدهیم مثل کمربند ایمنی که راهنمایی و رانندگی روی آن کار کرد و هدفمند شد. الان خیلی تلفات پایین آمده است. برنامه‌ریزی پیشگیرانه حداقل باید در ۲ سطح باشد یکی بستر سازی کنیم که الان یکی از مشکلات ما این است که بسترهایمان آماده نیست یکی هم اجرائیات. عملیات اجرائی‌مان را بر اساس آن بسترسازی و آن فرهنگ‌سازی شروع کنیم بعد هم سامان‌دهی علل مرگ یا استاندارد سازی که خود شما هم اشاره فرمودید که الان این کار دارد انجام می‌شود.

- این گزارش‌ها و پژوهش‌ها خیلی کمک کننده است منتها کمک نهایی به سیاست‌گذار در آن نقطه‌ای که می‌خواهد تصمیم بگیرد یک قدم دیگر لازم دارد، یعنی لازم است یک چکیده تحلیلی از این گزارش‌ها استخراج شود که دقیقاً به آن کسی که می‌خواهد تصمیم بگیرد نشان دهد که چه اقدامی باید صورت بگیرد. نکته دیگر در مورد بحث صحت تکمیل فرم‌ها من فکر می‌کنم این یک بحث فرهنگ عمومی است یعنی تنها این فرم‌ها نیست فرم‌های خیلی زیادی داریم که کامل تکمیل نمی‌شود. هیچ اتفاقی هم نمی‌افتد. فکر می‌کنم یک علتی که دقت نمی‌کنیم که این فرم‌ها را تکمیل کنیم این است که اتفاقی نمی‌افتد. فکر می‌کنم که لازم است بازخورد بدهیم اگر دقیق تکمیل نشود همان‌جا بازخورد مستقیم داده شود که اصلاح شود. یک سؤال هم از خدمت دکتر خسروی داشتم دکتر جایی که اشاره کردید به رتبه تصادفات و آن را مقایسه کردید با عراق و مراکش یا مقایسه‌های دیگر اینکه آنها مثلاً رتبه‌های پایین‌تری دارند ما رتبه‌های بالاتری داریم شاید آنها در بیماری‌های عفونی و بیماری‌هایی که به علت توسعه نیافتگی شایع است رتبه بالاتری داشته باشند و صرف اینکه رتبه ما در تصادفات بالاتر است شاید خیلی مقایسه دقیقی نباشد.

- در دانشگاه‌ها ما با ثبت احوال واقعاً مشکلی نداریم. همکاری‌های خیلی خوبی داریم منتها با خود معاون درمان به خاطر اینکه از سطح مرکزی فرم‌هایشان با فرم‌های ما

نمی خورد مشکل داریم و با پزشکی قانونی از باب محدودیت های قانونی که دارند. و اینها در جمع بندی آمارها برای ما مشکل ایجاد می کند. همه این و مسائل و مشکلاتی که ما در حوزه استانها داریم برمی گردد به هماهنگی های بین بخشی که چه بسا اگر از سطح مرکزی انجام شود ما راحت تر بتوانیم کار را انجام دهیم. یک تأکید دیگر، جواز دفن فرمی هست که باید محوریت پیدا کند و چنان که باید محور نشده است و یکی هم بحث اینکه فرمها را یکسان سازی کنند در ارگان های مختلف همه با یک فرم با یک اطلاعات مشخص کار کنیم تا جریان اطلاعات بین ارگان هایی که باید با هم ارتباط داشته باشند روان تر باشد.

- جلسه عمدتاً در خصوص نظام آمار و اطلاعات برای تحلیل علل مرگ آقای دکتر فرمودند ما از Input می خواهیم به impact برسیم به نظرم ما خیلی داریم در Input صبر می کنیم همیشه می آییم انقدر در جمع آوری دیتا سرمایه گذاری می کنیم و ریز می شویم آیا واقعاً policy process در کشور ما انقدر rational است؟ انقدر واقعاً به حرف ما گوش می دهند که بعد ما بیاییم انقدر ریز شویم در آمار و اطلاعات! واقعاً policy making ساده است یا هر کدام از علتها را ما بخواهیم پیدا کنیم و کنترل کنیم مداخلات خیلی multi levele, complex و دارد که باز یک داستانی دارد. من می خواهم تشکر کنم پیشرفت خیلی خوبی در این زمینه داشتیم و جا برای کار کردن باز هم است. تمام فرمایشات دوستان واقعاً مؤید این است. اما می خواهم یک مقدار آن طرف تر هم برویم از این Input حرکت کنیم به activity برویم impact, outcome, output بالاخره ما می خواهیم ارتقاء بدهیم می خواهیم امید زندگی مان را بیشتر کنیم. پس به سمت مداخله برویم. این تذکر را همواره باید داد. اهمیت داده مرگ مثل داده تولد است یعنی جزء پایه ترین داده هاست. یعنی همان میزانی مرگی را که می خواهید کم کنید باید اول آن را حساب کنید. یعنی این داده داده ای است که تقریباً تمام سیاست های وزارت بهداشت یک جور مرتبط است با این داده ها و کارهایی که با ایراد انجام می شوند روی سیاستها مستقیماً تأثیر می گذارند.
- باید اذعان کنیم نسبت به گذشته ثبت سیمای مرگ واقعاً بهتر شده است. وقتی بررسی می کنیم پیشرفت کار واقعاً محسوس است. همکاران بحث های پزشکی قانونی و

گورستان‌ها و بحث‌های مختلف را مطرح کردند ما چقدر در حوزه دانشگاه علوم پزشکی در حوزه معاونتی وزارت بهداشت، این را در کوریکولوم آموزشی دانشگاه پزشکی، پرستاری و رزیدنت‌ها آوردیم. واقعاً خیلی مهم است افراد از اول آموزش ببینند که این کارها را انجام بدهند. اگر همه چیز را از اول آموزش ببینند، وقتی در این کار ماهر شدند بهتر می‌توانند کار را پیگیری کنند تا بعداً بخواهند عادت‌ها را که دارند ترک کنند. این بحث خیلی مهمی است فکر می‌کنم خیلی هم به راحتی می‌شود این کار را انجام داد.

- وقتی که فردی فوت می‌کند صاحبان متوفی سعی می‌کنند که سریع موضوع را تمام کنند بالاخره جواز دفن را بگیرند و ببرند دفن کنند. تا وقتی که ما پزشک خانواده را درست اجرا نکنیم و هر کسی یک پزشک متولی نداشته باشد، اینکه بیایم علت‌های مرگ را درست استحصال کنیم و درست بنویسند مشکل حل نمی‌شود. این یک واقعیتی است هر کسی باید یک پزشک برای خودش داشته باشد یک سری از برنامه‌ها زمان‌بر است باید طی زمان حل شود

- لازم است در تجزیه و تحلیل‌ها از بحث علت‌ها یا آمار مرگ استفاده شود. دوستان تأکید داشتند روی متحدالشکل شدن ذکر علت فوت‌ها. نرم‌افزاری بین مرکز آمار بهداشت و درمان امسال به کار گرفته شده است. پیشنهاد می‌شود که این نرم‌افزار بین ثبت احوال و پزشکی قانونی با مرکز آمار ایران هماهنگ شود که چه بهداشت و درمان چه پزشک قانونی وقتی علت مرگ را می‌نویسند همه متحد شوند. اشاره کردند پارامترهای ثبت احوال از ۲۰ مورد تجاوز نمی‌کند. با این نرم‌افزار آن هم افزایش پیدا می‌کند تا این از علت‌هایی که برای مرگ ذکر می‌شود بتوان استفاده بهتری کرد. متأسفانه خیلی از دوستان آشنایی با سیستم پزشکی قانونی ندارند بعضاً گلایه می‌کنند. خود ما سال‌ها قبل از اینکه پزشک قانونی باشیم و در سیستم قانونی باشیم پزشک هستیم و در بیمارستان کار کردیم. وقتی یک مرگ طبیعی است شما به عنوان یک پزشک خیلی راحت می‌توانید در مود علت فوت صحبت کنید و می‌توانید از آن بار علمی که دارید استفاده کنید و نظر بدهید. پزشک‌های بیمارستان خیلی راحت می‌آیند می‌نویسند علت فوت چیست؟ آمبولی ریه در کتاب‌های ما می‌نویسد پزشک‌های معالج

که بردند مریض را در بیمارستان خوابانند چند روز تحت درمان قرار دادند علت فوت را وقتی می‌نویسند آمبولی ریه ۵۰ درصد آنها اشتباه کرده‌اند ۵۰ درصد رقم خیلی بالایی است اصلاً نمی‌شود راجع به آن حرف زد. ایراد بعد ایرادی بود که از جواز دفن گرفته بودند ببینید اینکه چرا یک برگه دیگری صادر نشده است برای وزارت بهداشت این برمی‌گردد با مشکلی که وزارتخانه باید لینک کند با سازمان و با هم هماهنگ کنند در درجه اول کاری که ما انجام می‌دهیم جواب قاضی را می‌دهیم که آیا علت فوت طبیعی است یا غیرطبیعی؟ این موضوع واقعاً یک بار روانی شدیدی دارد. شما می‌توانید با یک اشتباه عمدی یا سهوی یک مورد مرگ را، یک مورد قتل را، یک موردی که یک بچه کوچکی توسط پدر یا ناپدری یا شخص دیگر کشته شده است با یک جواز دفن همه چیز را از بین ببریم یعنی از نظر بار روانی فوق‌العاده شدید است. بعداً دین دیگری هم از نظر قضایی شاید ده‌ها هزار سال بعد شما بخواهید جواب بدهید علت فوت چه بوده است آن هم یک بحث دیگر است. یعنی ما باید در درجه اول مثل پزشکی که اورژانس داخلی نشسته است و مریضی که می‌آید chest pain دارد شما اول باید یک EKG بگیرید مشکل قلبی را رد کنید بعداً نظر بدهید که آیا بیماری چیز دیگری است یا نه. ما هم اول باید در درجه اول طبیعی بودن یا غیرطبیعی بودن مرگ را رد کنیم به نوعی مرگ غیرطبیعی را در نظر بگیریم گوشه ذهنمان باشد وقتی مرگ غیرطبیعی رد شد آن وقت روی مرگ طبیعی با خیال راحت می‌شود بحث کرد. اینکه برگه جواز دفن را که همکار ما فرمودند که چرا یک برگه برای وزارتخانه ندارد، برمی‌گردد به اشکالی که بین وزارتخانه با سازمان است. باید با هم هماهنگ کنند ببینند ایراد از کجا است در هر صورت ما در درجه اول باید جواب مراجع قضایی را بدهیم که موضوع رد شود.

- در ابتدای جلسه موضوعی راجع به کشور ژاپن گفته شد. کشور ژاپن تا نیمه اول ۱۹۷۰ در حال توسعه بود و الان توسعه یافته است. توسعه یافته یعنی همه چیز با هم به سطح بالاتر ارتقاء پیدا کرده است یعنی شما هیچ وقت در کشور توسعه یافته آن طوری که در ایران یا تهران عبور از چراغ قرمز راحت است در کشور توسعه یافته نمی‌بینید. ماشین در پیاده‌رو نمی‌آید. ولی خب در ایران این یک امر طبیعی است و هیچ اتفاق

غربی نیست. مشکل آمارهای ثبتی در کشورهای پیشرفته ۴۰ سال است که حل شده است ولی متأسفانه می‌بینیم در ایران آمار ثبتی نداریم. من فکر می‌کنم که با این روال نظام کل کشور با توسعه یافتگی خیلی فاصله دارد. در یک نظام توسعه یافته باید آمارهای ثبت مرگ که یک واقعه حیاتی کاملاً قابل ثبت است، کاملاً به صورت ثبتی باشد. هیچ حرفی در آن نیست ICD ۱۰ هم آمار و اطلاعاتش یا آن چارچوب اولی‌اش حداقل مربوط به ۲۰-۱۵ سال پیش است که هنوز که هنوز است ما در ترجمه عبارات آن مشکل داریم. به هر حال من فکر می‌کنم وزارت بهداشت در تهیه گزارش‌های اینچینی خیلی تنها حرکت می‌کند. اینها مشکل توسعه یافتگی است و اگر قرار است ما در بخش بهداشت و درمان توسعه پیدا کنیم باید بخش آمار ما هم توسعه پیدا کند. بخش صنعت و کشاورزی ما هم توسعه پیدا کند. شما نمی‌توانید یک وزارت بهداشت پیشرفته داشته باشید کنار این صنعت و کشاورزی و آمار ضعیف. بنابراین باید وزارت بهداشت از داخل خودش بیرون بیاید نشان دهد که آمارهای ساده و روتین مثل آمارهای ثبت یک مسئولیت کشوری است. تمام دستگاه‌ها باید در آن مشارکت داشته باشند تمام دستگاه‌ها باید ارتقاء پیدا کنند نه اینکه اینجا مورد اعتراض قرار بگیرند و بگویند ما کاری نمی‌توانیم انجام دهیم و دست و پای ما بسته است. بنابراین وزارت بهداشت برای عرضه چنین آمارهایی باید مسئولیت خودش را مسئولیت کشوری اعلام کند مثلاً در هیئت دولت نه غیر از این.

- بحث دیگری که می‌خواستم بگویم این است که آمار امید زندگی در بدو تولد دیگر امروز در گزارش‌های آماری کشورهای پیشرفته اطلاعات مهمی را نشان نمی‌دهد. امید زندگی در سنین مختلف و در گروه‌های سنی مختلف باید فراهم شود شاخص‌های DALY و QUALY که ترکیب می‌شوند و می‌آیند بیماری را توضیح می‌دهند اینها خیلی فرایند پیچیده‌ای دارند و هر روز هم این پروژه بار بیماری در پروژه موری و دوستانش توسعه پیدا می‌کند. الان کشورها دارند به این سمت می‌روند که بار بیماری را در سطح national خود ارائه کنند. سازمان ملل یا WHO هم فرمتی را ارائه کردند که این فرمت گزارش‌ها را کشوری کند. این اطلاعات برای تهیه بار بیماری کشوری، برای شناسایی سال‌های زندگی با بیماری، سال‌های از دست رفته به علت مرگ زود

هنگام، است. این اطلاعات ثبتی خیلی اطلاعات ساده‌ای است. تهیه آن باید خیلی راحت‌تر از این انجام شود و خیلی پیچیده‌تر از این فکر کنیم روی آن سیستم‌های DALY و QUALY که برای بار بیماری لازم است. ما خیلی فاصله داریم. باید یک فکری شود. فکر می‌کنم وزارت بهداشت باید از این حالت مسئولیت مثل قیم بخش بهداشت خارج شود. وزارت بهداشت قیم بخش بهداشت نیست وزارت بهداشت باید بگوید که دولت و کشور مسئول بخش بهداشت است.

- سازمان پزشکی قانونی سازمانی است زیر نظر قوه قضائیه. ما مجبور هستیم هر کاری که انجام می‌دهیم پاسخگوی مسئول مافوق خود در قوه قضائیه باشیم. قوه قضائیه هر اقدامی که انجام می‌دهد بر مبنای قوانین است. آخرین استعلامی که حدوداً ۵-۶ ماه قبل از طریق آقای دکتر امامی رضوی از ما شد در خصوص این مندرجات پشت برگه جواز دفن که ما برای این ۱۱-۱۰ موردی که باید به پزشکی قانونی ارجاع شود رفتیم از کتاب‌های قانون ۱۳۱۲ و ۱۳۰۸ شروع کردیم مدارک را تا الان جمع کردیم. چند تا مطلب را می‌گویم یکی در مورد مرگ کمتر از ۲۴ ساعت که همکارمان متأسفانه هنوز اطلاع ندارند حدود چند ماه قبل از بیمارستان شهدا از من استعلام کردند در این مورد من آمدم جواب رونوشتی که آقای دکتر توفیقی ۱۳۷۵/۳/۲۲ به بیمارستان شهدا جواب دادند دوباره برای آنها فرستادم گفتم ما ۱۷ سال همین حرف را می‌زنیم بر مبنای قانون الان هم همین را می‌گوییم آقای دکتر صدر هم سال ۸۸ هم آمدند باز همین را گفتند ۲۴ ساعت کمتر ارجاع به پزشکی قانونی اصلاً معنا ندارد. خواهش می‌کنم این موضوع را به پزشک‌های خودتان تفهیم کنید. آنقدر مردم را برای اتوپسی نفرستند. بخدا شرعاً حرام و گناه است. یا فرضاً در مورد مرگ اتباع بیگانه در قانون هیچ‌جا گفته نشده است که باید بیایند به بیمارستان و پزشکی قانونی، قانون گفته است اتباع بیگانه باید به وزارت خارجه اطلاع‌رسانی شوند. وزارت خارجه و وزارت کشور گفتند به پلیس‌ها ارجاع دهید. پلیس گفته است ما که متوجه نمی‌شویم می‌فرستیم پزشکی قانونی و این باعث شده است که یک خیل عظیمی از مهاجرین افغانی و عراقی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شوند. ارجاع لازم ندارد. دفتری باید در وزارت کشور باشد که اتباع بیگانه که کم نیستند اینها را به وزارت خارجه اعلام کند. من بحثم این است که هر کاری که

بخواهیم انجام دهیم بر مبنای یک قانونی است. آقای دکتر به درستی اشاره کردند چند سال قبل یک پرسشنامه‌هایی بود که قرار بود بر مبنای این پرسش‌نامه‌ها وزارت بهداشت این آمارها را استخراج کند. ارجاع کردند همزمان شد با تغییر رئیس سازمان که نامه را ارجاع کردند در حوزه‌های مختلف، حوزه‌های مختلفی که بنده می‌گویم اینطور نیست که مثل وزارت بهداشت با هر وزیری کل سیستم تغییر کند نه سیستم پزشکی قانونی متفاوت است. ما به صورت پایلوت با استان سمنان هماهنگی کردیم تمام این مواردی که از ما درخواست می‌شد در خصوص مرگ و میر انجام دادیم و در طی ۶ ماه گزارش تفصیلی نوشتیم گفتیم مواردی که وزارت بهداشت از ما می‌خواهد کدام قابل ارزیابی است؟ کدام قابل ارزیابی نیست؟ و در نهایت هزینه هر پرسشنامه هم برآورد کردیم که هزینه آن آنقدر اندک بود که اصلاً من در این جلسه بحث آن را نمی‌کنم. جالب است وقتی آقای دکتر شجاعی ریاست سازمان ما به معاونت وقت وزارت بهداشت نامه را نوشتند. دقیقاً ۳ روز بعد دیدیم که یک نامه آمده است که اینها باید اجرایی شوند و تازه نامه‌هایی به ما دادند ۴-۳ تا آیتم روی آن بود که ما اصلاً روی آن بحث نکرده بودیم. از ما خواسته بودند خب باعث چه شد؟ ما را دعوت کردند در یک جلسه دیدم همکارها می‌گویند که چرا این را انجام می‌دهید؟ ببینید هر کاری در سطح وزیر یا معاون وزیر توافقی می‌شود بعد می‌آید در سطح کارشناسی ایرادهای کار شناخته شده، آئین نامه اجرایی و یک تفاهم نامه کلی انجام می‌شود بعد بیایم این را انجام دهیم. وقتی که رئیس سازمان بنده می‌گوید این ۵ تا آیتم از لحاظ حقوقی، اخلاقی در سازمان قابل اجرا نیست نامه کتباً می‌نویسند و جوابی که به ما می‌دهند این است که غیر این ۵ آیتمی که ما گفتیم ۶ آیتم دیگر را باید بررسی کنید، وظیفه تان است خب چه انتظاری دارید؟ تا چه حد همکاری؟ ببینید الان پلیس کشور می‌آید بر مبنای آمار سازمان پزشکی قانونی اینجا مانور می‌دهد. چرا پلیس توانسته است با ما همکاری کند شما نتوانسته‌اید؟ انشا... با این تفاهم نامه که دارد اجرایی می‌شود این کارها به یک جایی برسد ولی بحث من این است که پزشکی قانونی اولاً مستقل است. ما نمی‌توانیم به عنوان یک شعبه برای معاونت بهداشتی باشیم و یک کارشناس بهداشت در سازمان پزشکی قانونی بیاید و آمارهای خاص یا پرونده‌های خاص را همین طوری در

اختیارش بگذاریم. اگر درخواستی دارید خواهش می‌کنم حالا که معاون وزارت بهداشت هستند با رؤسای بنده هماهنگی انجام شود این تفاهم نامه پیگیری شود. تفاهم نامه در حد معاون وزیر و الان در سطح مدیر کل‌ها رسیده است معمولاً هر تفاهم نامه‌ای که می‌خواهد اجرایی شود باید به سطح کارشناسی بیاید تمام آئین نامه‌ها تدوین شود راهکارها انجام شود کتابچه راهنما برای هر دو طرف تدوین شود تا اجرایی شود.

پاسخ سخنان

ما در سطح کشوری با پزشک قانونی یک تفاهم نامه داریم. مسئله این است که در پزشکی قانونی مرگ‌هایی که در گواهی فوت هم هست مرگ‌هایی که بالاخره بحث قانونی دارد اصلاً پزشک خودش زیر بار نمی‌رود که بخواهد گواهی آن را صادر کند و این موارد به پزشک قانونی ارجاع می‌شود. در پزشک قانونی باید فرایند قانونی طی شود مثلاً در مورد کسی که خودکشی کرده یا حلق آویز شده است وقتی که اطلاعات می‌دهد می‌گوید فشار جسم سخت به رگ گردن این از نظر public health خیلی ارزشمند نیست ما دنبال آن external cause هستیم که بدانیم که مثلاً آن کسی که این آسیب را دیده است در نتیجه چه external cause بوده است؟ آنها مشکلشان این است که می‌گویند باید دادگاه تعیین کند که این طرف خودکشی کرده است یا کسی به او آسیب زده است؟ و ما نمی‌توانیم external cause را به شما اعلام کنیم. تقریباً ۲-۳ ماه پیش بین رئیس پزشک قانونی و آقای دکتر امامی که آن زمان معاون درمان بودند و خانم دکتر رخشانی که معاون بهداشت بودند تفاهم نامه‌ای امضاء شد و قرار است این تفاهم نامه به یک دستورالعمل اجرایی تبدیل شود که بتوانیم از اطلاعات پزشکی قانونی بر اساس آن نیازهایی که داریم استفاده کنیم. اگر آن دستورالعمل اجرایی مشخص شود خیلی از این مشکلاتی که ما در تبادل اطلاعات بین پزشکی قانونی و وزارت بهداشت داریم، حل خواهد شد. حدود ۳۰ درصد مرگ‌ها به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود ولی آن ۳۰ درصد همه آنهایی نیستند که external cause عمد باشند. امکان دارد مرگ‌های دیگری نیز در آنها باشد. طرف یک موقعی است که می‌خواهد از پزشک سلب مسئولیت کند ارجاع می‌دهد به پزشکی قانونی و الان ما تفاهم نامه امضاء کردیم که افرادی در پزشکی قانونی باشند که مورد تأیید وزارت بهداشت و پزشکی قانونی بوده و تأیید پزشکی قانونی داشته باشند که بتوانند سریع تر فوت را هم به اطرافیان متوفی هم به مرکزی که نیاز به آمار و اطلاعات دارند اعلام کنند. اگر این تفاهم نامه اجرایی شود خیلی از این مسائل قابل حل است.

جمع بندی

جلسه را با ۲ موضوعی که در ابتدای کار با آقای دکتر زاهدیان مطرح شد می‌خواهم ختم کنم. بحث اهمیت و اعتماد آمار. الان در ایران کمتر کسی است که از دعوای سیاسی در دولت آمریکا اطلاع نداشته باشد و به شدت با هم مخالفت می‌کنند. ولی همین دو حزبی که با هم مخالف هستند روزهای اخیر نزدیک به ریاست جمهوری آمریکا منتظر آمار بیکاری در کشور آمریکا بودند و این آمار تخمین‌هایش این بود که مثلاً ۰/۱ بالا برود به نفع حزب دموکرات او با رأی آن بالا می‌رود ۰/۱ پایین بیاید حزب جمهوری خواه به نفعش است. من یک خبر ندیدم که این دو حزبی که اصلاً همدیگر را قبول ندارند بخواهند با این عدد چالش کنند. یعنی منبع آمار تا این حد قابل اعتماد است و بعد اهمیت آمار، حزب سیاسی جمهوری خواه با اینکه از نظر انتخاباتی با عدد اعلام شده ضرر کردند حتی یک چالش سیاسی روی آن نشد. این به هر حال بلوغی است که از نظر آماری در کشور ایجاد شده است. یک بحث جدی آن قابلیت اعتماد به منبع صدور آمار است. منبع صدور آمار با بحث سیاسی جابجا نمی‌شود جهت نمی‌گیرد، اعتمادی برای خودش دارد که اگر سیاستمداری برای یک رأی بخواهد او را زیر سؤال ببرد برای خودش بد می‌شود و ترجیح می‌دهد رأی را آن لحظه از دست بدهد. یک نکته دیگر، تا چند سال آمار بهداشت و درمان کشور در سطح بین‌المللی خدشه زیادی پیدا می‌کرد. حکایت مرگ مادران کشور را بیش از ۱۰ سال سازمان جهانی حاضر نبود اصلاح کند. عددهای وزارت بهداشت را نمی‌پذیرفتند ۳-۲ تا مطالعه خیلی خوب انجام شد. بحث روش‌های اصلاحی انجام شد و مقایسه‌ای و حدود ۲ سال قبل اگر اشتباه نکنم سازمان‌های بین‌المللی آمارهای رسمی ما را پذیرفتند و از آن موقع تا الان آمارهایی که می‌دهند خیلی بهتر است. تخمین‌های سازمان‌های بین‌المللی بعضاً از چیزهایی که سازمان‌های بهداشت و درمان کشورهای اروپایی گزارش می‌دهند بهتر است و این خودش یعنی در مسیر بلوغ دارد حرکت می‌کند.

سیزدهمین نشست تخصصی مشترک

معرفی برنامه ملی تاثیر ترویج توسعه خود

مراقبتی در جمهوری اسلامی ایران

سخنران

دکتر شهرام رفیعی فر

دکتر یزدانی

دکتر عباس وثوق

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر سیدرضا مجدزاده - رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

همکاران

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت
زهرا ترکاشوند، دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت

متن سخنرانی

سخنران اول

موضوع بحث، یک عمر سلامت با خود مراقبتی است. مقام معظم رهبری توصیه اکید کرده‌اند که به بخش سلامت به عنوان نهضت احیا و گسترش بهداشت و طب پیشگیری، با بکارگیری و بسیج کلیه امکانات موجود، توجه شود.

آقای دکتر روحانی به عنوان دولت حامی سلامت دو جمله را در اجلاس روسای دانشگاه‌ها بیان کردند: ابتدا این که اولین قدم ما بحث بهداشت است و همه باید تلاش کنیم تا در زمینه بهداشت موفق باشیم و سپس اگر نتوانستیم، به سمت درمان حرکت کنیم؛ و جمله دوم این بود که هر مقدار سرمایه‌گذاری در بهداشت بیشتر شود، مسلماً سرمایه‌گذاری کمتری در درمان لازم است، جامعه ما سالم‌تر بوده و مشکلات به تدریج کم و کم‌تر خواهد شد.

از نگاه ما که در حوزه ارتقای سلامت فعالیت می‌کنیم، سیاست‌های کلی ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری در واقع بهار سلامت مردم محور است و دلیل این گفته بنده نیز برخی موارد این سیاست‌ها است که از آرزوهای دیرینه ما در حوزه آموزش و ارتقای سلامت بوده است:

بند یک: آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های مراقبت سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه

بند دوم: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین و مقررات و سیاست‌های اجرایی با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان

بند یازدهم: افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تامین و حفظ ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور، تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

بند یازدهم با بحث خودمراقبتی بسیار هماهنگ بوده و ما امیدواریم با استفاده از این بند بتوانیم قانون ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی در جمهوری اسلامی ایران را نیز در مجلس به تصویب برسانیم.

ویژگی های کلیدی نظام سلامت مردم محور عبارت است از:

- مردم به عنوان خالقان سلامت، کنترل بیشتری بر سلامت و رفاه خود دارند. ما زمان زیادی است که بر مشارکت مردم تاکید داریم. از زمانی که کار PHC در کشور آغاز شده است، مشارکت مردم یک اصل بوده است، اما مشارکتی که ختم به کنترل شود یک مشارکت کیفی است که در آن مردم صرفاً در آگاهی از جریان برنامه، برنامه ریزی و نیازسنجی درگیر نیستند، بلکه سلامت و رفاه خود را به عنوان منابع اصلی کنترل می کنند.
- مراقبت های جامع به جای مراقبت های پراکنده و نامنسجم توسعه می یابد.
- منابع موجود در جامعه که می تواند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند مورد توجه قرار می گیرد.

تا به حال شعار ما "برای مردم" بود، اما الان شعار «سلامت با مردم، برای مردم و توسط مردم» در جریان است.

فرق این دو شعار این است که در نظام سلامت متکی بر مردم توانمند برای خودمراقبتی، تعهد و توان مردم به رسمیت شناخته می شود و از مردم برای تغییر رفتار و ایجاد شبکه های اجتماعی، که سلامت شان را بهبود می بخشد حمایت می کنیم.

چرا مردم را برای خودمراقبتی توانمند کنیم؟ سیستم مراقبت بهداشتی درمانی ما خدمات ارزنده و قابل تقدیری داشته است؛ اما خدمات امروزی، سیستم را نیازمند تغییرات سریع تر و بنیادی تری می کند. تغییرات مدنظر ما شامل حذف و اضافه کردن معاونت ها و ادارات نمی باشد.

فشار مالی بی سابقه ای به نظام سلامت وارد می شود، چرا که خدمات گران تری عرضه می گردد و همچنین جمعیت به دلیل کنترل بیماری های واگیر پیرتر شده است. جمعیتی که ۵۰ سال گذشته با میکروب و ویروس و قارچ و انگل جان خود را از دست می دادند،

امروزه بر اثر ارائه خدمات بهداشتی زنده می ماند و به سنین پیری می رسند. بار بیماری ها تغییر یافته و لذا مدیریت این شرایط جدید نیازمند مدل های جدید ارائه خدمت، مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای مردم حال و آینده است.

گاهی در بازنگری خدمات صرفا به نیازهای بخش سلامت به جای نیازهای جامعه، مشتریان و مردم توجه شده است.

امروزه تغییراتی در نقش متولیان نظام سلامت اتفاق افتاده است و تنها امید به زندگی هدف ما نخواهد بود، بلکه مسیر تلاش های ما باید از سمت « تلاش بر افزودن روز به زندگی » به سمت « اضافه کردن روز به زندگی مردم همراه با اضافه کردن زندگی به روز مردم » حرکت نماید و امید به زندگی با کیفیت در جامعه توسعه یابد.

ما با یک سری چالش ها هم روبرو هستیم:

- اپیدمی بیماری های مزمن
- افزایش جمعیت سالمندان
- سالمندی با چند بیماری مزمن (یک چهارم جمعیت سالمند با چند بیماری مزمن دست و پنجه نرم می کنند)
- عوامل اجتماعی و سبک زندگی

عوامل اجتماعی سلامت می توانند تاثیرات مثبت و منفی بر تلاش های ما بگذارند. از طرفی عوامل اجتماعی می توانند باعث حفظ سلامت و بهبود بیماری های مزمن شوند و تحت عنوان شاخص های اجتماعی موثر بر سلامت، همانند فقر، بی عدالتی، نداشتن اطلاعات کافی، نداشتن قدرت، نداشتن آزادی کافی و ... تاثیر سوء بر سلامت داشته باشند.

ما باید هم زمان به عوامل مثبت و منفی اجتماعی سلامت توجه کنیم. ما به مردم می گوئیم ورزش کنید، اما منابع مالی صرف تحقیقات نانو دارو و فناوری های روباتیک و سی تی اسکن و جدیدترین داروهای پزشکی می شود و صرف تهیه منابع اطلاعاتی و توانمندسازی مردم برای ورزش کردن و تحرک نمی گردد.

نظام سلامت، بیماری محور و درمان نگر است و به دنبال مشکلات جسمی است؛ اما نظام سلامت مردم محور با تعریف پیشگیرانه، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت را

دنبال می‌کند. هدف ما تا به حال تشخیص و درمان بیماری‌های حاد و مسری بوده است، اما الان به دنبال ارتقای امید به زندگی با کیفیت و کاهش و پیشگیری از بیماری‌های مزمن و درمان‌های ایمن، موثر و به موقع بیماری‌های حاد می‌باشیم.

مکان ارائه خدمت هم عوض شده است. در گذشته هدف ما راه اندازی یک مرکز بهداشتی یا بیمارستان مدرن بود، اما اکنون مراقبت بهداشتی اغلب در خانه، محل کار، مدرسه و منزل ارائه می‌شود و توسط نظام ارائه خدمات بهداشتی حمایت می‌گردد.

مراقبت‌های بهداشتی باید قابل دسترس و فراگیر باشند و طیف وسیعی از خدمات مبتنی بر جامعه را ارائه نماید. فناوری‌های مرتبط با سلامت نباید محدود به بیمارستان‌ها باشند، بلکه باید به صورت گسترده در جامعه توزیع گردد و به وسیله مردم مورد استفاده قرار گیرد. بایستی متناسب با نوآوری‌هایی که در حیطه پزشکی و فناوری پزشکی داشته‌ایم؛ نوآوری در حوزه ارتباطات، توانمندسازی مردم و اقدامات جامعه محور نیز رخ دهد.

تفاوت دیگر دو نظام بیماری‌محور و مردم‌محور انسان‌ها هستند. شاید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان‌دهنده رویکرد سنتی ما باشد و شاید در حال حاضر توانمندسازی ۷۷ میلیون جمعیت کشور خیلی ارزشمندتر از تمرکز ابتدایی بر روی تربیت نیروهای ماهر بهداشتی باشد، هر چند که در این کار هم باید توسعه داشته باشیم. جمعیت کشور ۷۷ میلیون نفر می‌باشد که خالق سلامت هستند و سلامت در لایه‌های زندگی روزمره‌شان جاری می‌باشد، آن‌ها دارای دانش، مهارت، منابع و حق انتخاب می‌باشند و همراه با سیاست‌های که برای توزیع ثروت، قدرت و منابع جامعه در مجلس وضع می‌کنیم و همراه با خدماتی که به مردم ارائه می‌کنیم و محصولاتی که گاهی سالم نیستند و مردم چاره‌ای جز انتخاب این نوع خدمات و محصولات ندارند- همانند اتومبیل‌ها و جاده‌هایی که ساخته می‌شود- در حال تصمیم‌گیری هستند، که چگونه سالم باشند. آن‌ها باید توانمند شوند تا بتوانیم از سوی نظام سنتی سلامت به سمت نظامی که مردم در آن مشارکت کافی و کامل و موثر دارند(مشارکتی که با حق انتخاب مردم اتفاق می‌افتد و همان کنترل سلامت می- باشد) حرکت کنیم. تا به حال ما لباس بازی فوتبال می‌پوشیدیم و می‌خواستیم به عنوان بازیکنان به دروازه بیماری گل بزنیم و مردم هم برای ما دست می‌زدند. پزشکان و متخصصان ما مقدس هستند و این تقدس حفظ خواهد شد، حتی اگر که ما به سمت

نیمکت برویم و به عنوان مربی، مدرس، حامی و کسی که به مردم کمک می‌کند تا سالم زندگی کنند، فعالیت کنیم؛ چرا که انسان سالم محور توسعه پایدار است و خود مراقبتی فرمول قابل دستیابی برای چک کردن و کنترل تمام فرمول‌هایی است که برای توانمندسازی فرد، گروه و خانواده و جامعه در دنیا ایجاد شده است و مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ و به جایی برسیم که مردم به عنوان خالقان سلامت مشارکت آگاهانه، ماهرانه، با صلاحیت و با قدرتی برای حفظ سلامتی‌شان داشته باشند.

روند کار هم امروزه عوض شده است. در گذشته فرآیندها، فرآیندهایی بین ما و دستگاه‌ها و داروها و تکنیک‌های ارائه خدمت بود، اما در حال حاضر فرآیندها بین ما، مردم، روندها، روابط بین فردی، روابط مردم با پزشکان و خودشان و با سیاستگذاران و برنامه‌ریزان است که همه باید رشد کند و مورد توجه قرار گیرد.

محصول کار ما قبلاً درمان بود، اما اکنون زندگی با کیفیت محصول ماست. زندگی با کیفیت چیزی است که باید به آن برسیم. قبلاً هدف ما ارتقای سلامت بود، اما اکنون می‌گوییم سلامت راهی است که مردم یک جامعه، توانمند فکر کنند و عمل نمایند تا از یک زندگی با کیفیت در یک جامعه توسعه یافته، متعالی، ارزشی و معنوی برخوردار باشند؛ چرا که ما با درمان طرف نیستیم بلکه با مراقبت طرف هستیم. مراقبت یک فرآیند مادام‌العمر است که همیشه در طول زندگی مردم و به دست خود آن‌ها و با رعایت سبک زندگی سالم اتفاق می‌افتد.

پرداخت‌ها هم باید تغییر کند. در این تغییری که ما از آن دم می‌زنیم باید از بیمارستان جدا شویم و به سمت جایی که مردم هستند و زندگی، کار و تحصیل می‌کنند، حرکت کنیم و آنان را توانمند نماییم.

یک تعریف از ارتقای سلامت به معنای توسعه سلامت در ورای مرزهای سنتی بخش سلامت می‌باشد، یعنی جایی که خالقان سلامت وجود دارند. خودمراقبتی به ما کمک می‌کند که مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری، درک قدرت، کارآمدی و اعتماد به نفس را برای حفظ سلامت به مردم برگردانیم. نظام سلامت سنتی می‌گفت مردم بیمار شوند، ما در اینجا با پنجه‌های طلایی، داروهای نانو و بیمارستان‌های سر به فلک کشیده و چند طبقه در سطح خاورمیانه آماده‌ایم؛ اما اکنون می‌گوییم مردم خالق سلامت هستند، به شرطی که با

هدف سالم زندگی کردن، بخواهند، بدانند، بتوانند و به هم کمک کنند و قدرت خود را برای خلق سلامت باور نمایند.

باید به سمت توانمند کردن مردم، مشتری محور بودن و توسعه کارهای مشارکتی پیش برویم؛ اما سازگاری با تغییرات مشکل است، چرا که شاید بازار نظام سلامت در جایی دیگر شکل گرفته است که شکستن و آماده کردن این بازار برای اینکه محصول جدیدی ثبت کند و روابط جدیدی خلق کند کار ساده ای نباشد؛ و شاید به خاطر اینکه ما یاد گرفته ایم که چه طور در جاهایی که تا کنون تحقیق می کرده ایم، تحقیق کنیم؛ اما یاد نگرفته ایم که چگونه برای وصل کردن انسان ها به یکدیگر، توانمندسازی آن ها و استفاده از ارتباطات با مردم تحقیق کنیم. همچنین در این مورد تحقیق نکرده ایم که به جای یک خدمت دهنده، یک تحصیلگر یا یک آموزش گر یا مربی باشیم و از جاهایی که مردم هستند کار را شروع کرده و سلامت را ارتقا دهیم.

ما به دنبال یک تغییر اساسی در روش و عمل هستیم، که شامل تغییر در شیوه ارائه خدمات و تغییر در روش کار برای بسیج و درگیر کردن مردم - چه وقتی که سالم اند و چه زمانی که بیمار می شوند - می باشد. همچنین بایستی تغییرات اساسی ای نیز در توسعه رهبری بالینی، توسعه مشوق های مالی، تغییر در معیارهای سنجش و سرمایه گذاری بر روی فناوری های نوین ایجاد گردد.

ما فکر می کنیم که خود مراقبتی چاره امروز ماست، نه به عنوان یک اقدام افراطی بلکه به عنوان حرکتی جدید که مردم را به عنوان خالقان سلامت به رسمیت شناخته و آنها را توانمند می کند و آنچه را که در زندگی مردم وجود دارد می شنود و درک می کند و مردم را برای اینکه با صلاحیت و کیفیت بیشتری از خود مراقبت کنند، آماده می نماید.

بررسی ها نشان می دهد که ۶۵-۷۵ درصد همه مراقبت ها از جنس خودمراقبتی است. ما به دنبال این هستیم که با رعایت خود مراقبتی سبک زندگی سالم را در بین مردم نهادینه نماییم. ثابت شده است که با سبک زندگی سالم یک سوم سرطان ها پیشگیری می شوند، این در حالی است که هر ساله ۸ هزار میلیارد برای سرطان هزینه می کنیم که ۴۰ درصد آن قابل پیشگیری است و سالیانه سی هزار نفر در کشور جان خود را در اثر سرطان از دست می دهند. لذا چاره ای نداریم جز اینکه مردم را آماده کنیم، حتی اگر محصول سالم

برایشان مهیا نیست و قدرت مالی تهیه محصول سالم تر را ندارند و به اطلاعات و امکانات کافی هم برای مراقبت از خود دسترسی ندارند، باز هم خودشان باید به صورت فردی از خود مراقبت کنند و به هم ببینند و نماینده‌های سالم را برای شورای شهر و مجلس و دولت انتخاب کنند.

صرف یک دلار آموزش سلامت، ۶/۵ دلار بازگشت در سرمایه را به همراه دارد و گزارش NHS در سال ۲۰۱۳ نشان داده است که اگر به سمت خود مراقبتی برویم می‌توانیم بین ۷ تا ۲۰ درصد در منابع صرفه‌جویی نماییم و این با دیدن منابع اصلی سلامت، که همانا مردم هستند، اتفاق می‌افتد.

سخنران دوم

سیاست مورد بحث، سیاست در حال توسعه است و چارچوب کلی برنامه شکل گرفته است و اجزای آن در کارگروه‌ها و پروژه‌های مختلف در حال توسعه است.

با توجه به جایگاهی که داریم، در طیف سلامت و بیماری، در درجات مختلف نیازمند مراقبت‌های حرفه‌ای هستیم. آنجایی که نیاز ما به مراقبت‌های حرفه‌ای کمتر می‌باشد، معمولاً خود ایفای نقش می‌کنیم و سطح زندگی سالم خود را حفظ می‌کنیم. در برخی موارد، همانند بیماری‌های حاد و اورژانس و یا بیماری‌های روانی خود مراقبتی در سطح فرد کم‌تر بوده و نیازمند مراقبت حرفه‌ای می‌باشیم.

ابتدا به مرور چند تعریف می‌پردازیم:

- خودمراقبتی عبارت است از: مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود، از طریق اتخاذ سبک زندگی سالم، تدبیر اندیشی در جلوگیری از بیماری‌ها، نگهداری و مراقبت در بیماری‌های جزئی و مراقبت بهینه در بیماری‌های مزمن. لذا عملاً خود مراقبتی دارای اجزایی است که در همین تعریف هم این اجزا مشخص شده است. وجود آن‌ها برای ادامه بحث مهم می‌باشد، چرا که این اجزا بایستی در چارچوب ملی دیده شود.

- خود مراقبتی یا Self Management: عمدتاً در مورد مسئولیت‌پذیری و مشارکت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و همچنین اخذ تصمیمات آگاهانه

بالینی، همکاری با افرادی که مراقبت سلامت شان را بر عهده دارند، به حداقل رسانیدن تاثیر بیماری و پایش و مدیریت علائم بیماری برای به حداقل رسانیدن عواقب بیماری و ... به کار می‌رود. در اینجا سعی می‌شود که مردم توانمند گردند، تا کمتر بستری شوند و کمتر دچار مشکلات حاد در زمینه بیماری مزمن گردند.

- خود اتکایی: اعتماد به نفس فرد و حفظ استقلال و انجام امور روزمره زندگی با حداقل وابستگی به دیگران

در بحث خود مراقبتی پیش فرض‌هایی وجود دارد:

اول اینکه خودمراقبتی افراد داوطلبانه است. فردی که بیمار یا سالم است، باید متمایل به این امر باشد.

دوم اینکه این رفتار هم آموختنی و هم یادگرفتنی است. یعنی هم می‌توانیم رفتار را آموزش دهیم و هم اینکه افراد می‌توانند آن را یاد بگیرند. یعنی موردی فعال می‌باشد. سوم اینکه همه افراد بالغ هم حق و هم مسئولیت مراقبت از سلامت خود را بر عهده دارند. چهارم اینکه کمک و نظارت بر خودمراقبتی جز وظایف نظام سلامت می‌باشد. امر چهارم برای ما بسیار مهم است، چراکه وقتی بحث خودمراقبتی و Self care مطرح شد، ابتدا به صورت انتقال Passive (غیر فعال) اطلاعات سلامت و بیماری به مردم دیده شد. اما خیلی زود شواهد نشان دادند که این امر به تنهایی باعث بهبود پیامدها نمی‌شود و اگر در نظام سلامت آن را به ازای خدمت تعریف نکنیم، که همان بحث کمک و نظارت است، معمولاً پیامدها تغییر نخواهند کرد و این همان چیزی است که در آن مفهوم self care support، به دنبال خود مراقبتی، معنا پیدا کرد. قسمت اعظم ادبیاتی که ما اخیراً در این زمینه دیده‌ایم در رابطه با self care support یا حمایت از خود مراقبتی بوده است.

حمایت از خودمراقبتی به این معناست که، در خودمراقبتی توپ به زمین مردم انداخته نشده است؛ مردم در برابر مراقبت از خود مسئولیت دارند، اما هم‌زمان ما هم، به عنوان نظام سلامت، حضور داریم.

حمایت از خود مراقبتی، ارائه نظام‌مند آموزش و مداخلات حمایتی توسط ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت برای افزایش مهارت‌ها و اعتماد به نفس بیماران و آحاد جامعه برای حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد. حمایت از خودمراقبتی شامل هدف‌گذاری و ارزیابی منظم پیشرفت در حل مشکلات است.

اگر خودمراقبتی را به چهار بخش تقسیم کنیم، قسمتی مربوط به خودمراقبتی برای حفظ وضعیت سالم، قسمتی مربوط به خودمراقبتی در مورد بیماری‌های جزئی، قسمتی مربوط به خودمراقبتی در مورد بیماری‌های مزمن و بخشی دیگر در مورد بیماری‌های حاد و جدی‌تر می‌باشد.

حمایت از خودمراقبتی به شکل ماتریسی تقسیم‌بندی می‌شود که عمده بحث‌های ما در مورد چارچوب ملی در قالب همین ماتریس انجام می‌گیرد. نوع تعامل ما با مردم می‌تواند حضوری باشد که بخشی از آن به صورت تلفنی، اینترنتی و یا با کمک سایر فناوری‌ها انجام گیرد و قسمتی از آن نیز به صورت تعامل غیرمستقیم می‌باشد.

سطحی از خود مراقبتی در تیم مراقبت سلامت مطرح می‌شود و قسمتی در سطح مراقبت ثانویه مطرح می‌گردد. خود مراقبتی و اجزای آن به دلیل پیچیدگی از یکدیگر جدا هستند، اما باید به صورت هدفمند و هماهنگ با هم عمل کنند تا ما به هدف خودمراقبتی برسیم.

بخشی از حمایت از خود مراقبتی در سطح تیم‌های مراقبت اولیه و به صورت حضوری معنا پیدا می‌کند. در این حالت مراقبان سلامت در سطح شهر، روستا و مطب پزشکان خانواده با مردم به صورت رو در رو در ارتباط خواهند بود. شکل اصلی حمایت خودمراقبتی، برنامه فردی خودمراقبتی است که چارچوب خود را دارد و ما نیز پروتکل مربوط به کشور خود را تهیه می‌کنیم. پزشک و پرستار و بهورز آموزش لازم را می‌بینند تا بتوانند برای بیمار یک برنامه فردی خود مراقبتی بنویسند، که این مساله در مورد هر چهار شکل خودمراقبتی معنا پیدا می‌کند.

در کنار برنامه فردی خود مراقبتی در سطح اولیه مراقبت‌ها، مقوله پیگیری تلفنی، کلاس درس و تشکیل گروه حمایتی را نیز ارائه می‌کنیم.

هدف این است که عمدتاً در مورد بیماری‌های جزئی و بیماری‌های مزمن، بین مراقبت حرفه‌ای و مراقبت فردی ارتباط برقرار کنیم. یعنی ما به همراه بیمار و خانواده‌اش و یا فرد

سالم و خانواده‌اش یک پروتکل می‌نویسیم (برنامه ای که با مشارکت بیمار و خانواده‌اش تدوین می‌شود).

سرویس‌های مشاوره تلفنی جز دیگری از برنامه حمایت مراقبت فردی است و در واقع یکی از اجزای نظام ملی خودمراقبتی می‌باشد و امید زیادی به آن داریم. در این سرویس هر کدام از پزشکان خانواده یک شماره پی آر ام (PRM) دریافت می‌کنند و این شماره در اختیار خانواده تحت پوشش پزشک قرار می‌گیرد و در صورتی که افراد در طی فرایند خودمراقبتی سوال یا مشکلی داشته باشند می‌تواند با این سرویس با پزشک خانواده خود تماس حاصل نماید. این سیستم مزایای زیادی دارد: اول اینکه در ساعات خارج از خدمت پزشکان خانواده تماس تلفنی بیمار با پزشک برقرار می‌شود و دسترسی بیمار به صورت ۲۴ ساعته می‌باشد و نرخ مربوطه نیز به پزشکان پرداخت خواهد شد و لذا پزشک منبع درآمدی خود را خواهد داشت.

جزء بعدی پمفلت و بسته‌های خود مراقبتی است که تهیه آن‌ها سهل ممتنع است، یعنی از دیدی نگارش آن راحت و از دید دیگر بسیار سخت می‌باشد و بایستی برای سطوح مختلف سنی و بیماری تدوین شود.

در خارج از تیم مراقبت اولیه و در سطح ثانویه و ثالثیه به دنبال این هستیم که بتوانیم از این فرآیند دفاع کرده و هم از بیماران و هم از مراقبان سطح اولیه، همانند پزشک خانواده حمایت کنیم.

در این باره اقداماتی صورت گرفته و یا در حال تدوین و طراحی می‌باشد؛ یکی از آن‌ها سطح مراکز تخصصی حمایت خود مراقبتی است. این مراکز فعلا در سطح مراکز شهرستان دیده شده‌اند تا با تعامل با بیمارستان‌های شهرستان، مدیریت فایل‌های الکترونیکی بیماران مزمن شهرستان را پیگیری کرده و بر خدمات خودمراقبتی پزشکان خانواده منطقه نظارت کنند و خدمات تلفنی تخصصی تر را ارائه نمایند. همچنین، ارائه خدمات خارج از مرکز و خدمات در منزل، ارائه خدمات پیامکی و خط مستقیم و نهایتا مدیریت خودمراقبتی بر عهده این مراکز است و در این سطح، هم متخصصان موضوعی و هم متخصصان آموزش بهداشت در گیر هستند.

مورد بعدی مرکز تماس می‌باشد که راه‌اندازی شده است و توسعه خواهد یافت. این مراکز در سطح استان راه‌اندازی شده است و برنامه مشاوره تلفنی خودمراقبتی را در تمام ساعت شبانه‌روز ارائه می‌دهد.

آخرین موردی که در چارچوب ملی در زمینه خود مراقبتی دیده شده است، بحث راهنمای ملی سلامت و کتاب ملی سلامت و دوره آموزشی سلامت در مدارس می‌باشد که در سطح ملی انجام خواهد شد.

کتاب ملی سلامت در کشور با توجه به فرهنگ ملی، توقعات مان از مردم، سواد عمومی ایشان، سواد سلامت و سواد اطلاعاتی مردم طراحی می‌شود. پورتال ملی سلامت کشور قبلاً طراحی شده است و برای افرادی که به اینترنت دسترسی دارند تعبیه شده است تا پاسخگوی سوالات مردم باشد.

دوره آموزشی سلامت مدارس بسیار مهم است. اگر آگاهی سلامت کودکان را در زمینه سبک زندگی، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های جزئی ارتقا دهیم، مطمئن خواهیم بود که در آینده می‌توانند از سلامت خود مراقبت کنند و هم اکنون نیز در خانواده خود می‌توانند نقش آفرین باشند.

آنچه در کل این مداخلات می‌بینیم، شامل اجزای نظام، تعیین کارکنان و نیروی انسانی، تعیین محتوای حمایتی، تعیین جمعیت هدف برای هر مداخله، تعیین نحوه حمایت اطلاعاتی، نحوه آموزش و ایجاد انگیزه در کارکنان و ... می‌باشد.

سخنران سوم

موضوع پیشگیری و ارتقای سلامت در کشور ما در حدود نیم قرن سابقه دارد و دلیل اینکه چرا نتوانسته به حد لازم توسعه پیدا نماید نیازمند آسیب شناسی است؛ چرا که برای مستقر شدن نظام طراحی شده، نباید موانعی وجود داشته باشد. در برنامه چهارم و پنجم توسعه به این موضوع پرداخته شد و می‌توان گفت که در بحث مداخلات پیشگیری و ارتقای سلامت سیستمی به صورت نسبتاً کامل دیده شده است. عمده‌ترین موضوع، تامین مالی این خدمات به منظور پایداری آن‌هاست. تامین مالی ذکر شده این بود که از مکانیزم مالیات استفاده کنیم. کالاها و خدمات آسیب‌رسان سلامت، بر اساس شواهد، مشمول مالیات

شوند. این مبالغ قبلا نیز توسط وزارت بهداشت دریافت می شد، اما در جایی تجمیع نمی گردید؛ بنابراین صرف موارد دیگر می شد. پیشنهاد وزارت بهداشت این بود که این مبالغ در صندوق ارتقای سلامت جامعه تجمیع گردد و به همین دلیل نهادی به عنوان شورای عالی سلامت و تامین امنیت غذایی ایجاد گردید تا متولی انجام چنین کارهای بین بخشی و فربخشی گردد و زیرمجموعه آن صرف برنامه هایی شود که خدمات و کالاهای سالم را فراهم می کند. چرا که اگر قرار بر این باشد که سایر بخش ها این مساله را قبول کنند که برخی خدمات و تولیدات شان آسیب رسان است و مالیاتی باید بر آنها وضع شود، این اطمینان نیز باید در این بخش ها ایجاد شود که این مالیات به هدر نخواهد رفت و این به عنوان یک چالش برای ما مطرح است. لذا ما برنامه هایی را که باید برای این منابع در نظر گرفته شود، لیست کرده و تعیین نموده ایم و عمده ترین برنامه، برنامه جامع ارتقای سلامت بود، که متاسفانه در فرایند تبدیل این استراتژی ها به قانون موضوع ایجاد صندوق ارتقای سلامت جامعه رد گردید.

خوشبختانه در سیاست های کلی سلامت این موضوع تعیین شده است. استراتژی اصلی، پیشگیری و ارتقای سلامت می باشد و به تامین مالی این موضوع نیز توجه شده است و بر گروه های جمعیتی خاص، همانند جمعیت غیربرخوردار تاکید شده است. لذا این یک سیاست فرا دستگامی و فرا قوه ای است که بایستی در چشم انداز ادامه یابد. مهم این است که ما استراتژی ها و برنامه های اجرایی مناسبی را با توجه به الزامات تدوین کنیم. خودمراقبتی اقدامی داوطلبانه است و در صورتی یک فرد کار داوطلبانه را انجام می دهد که اقناع شده باشد و قبول کرده باشد که تمام مسئولیت کار بر دوش وی نیست و این یک چالش فرهنگی است؛ چرا که متاسفانه روز به روز از سرمایه اجتماعی ما کاسته شده و اعتماد مردم کاهش یافته است؛ لذا برای اجرای نظام جامع و کامل خودمراقبتی باید به شرایط جمعیت های مختلف با موقعیت های مختلف توجه شود.

مقاله ای در سال ۲۰۱۰ در مورد نحوه انتخاب استراتژی در کشورهای کمتر توسعه یافته و در حال توسعه، برای کنترل بیماری های واگیر پنج استراتژی را ارائه داده است:

- استراتژی مشاوره پزشکی خانواده
- استراتژی مالیات بر سلامت

- استراتژی ارتقای سلامت مبتنی بر مدرسه
- استراتژی ارتقای سلامت مبتنی بر کار
- استراتژی جلوگیری از تبلیغات مواد غذایی که گروه هدف آن کودکان می باشد.
- شروع اثربخشی این ۵ استراتژی به این ترتیب می باشد که ابتدا باید از مشاوره پزشک خانواده آغاز کرد، که معمولاً بعد از سه تا پنج سال از آغاز این کار، اثربخشی آن شروع شده و تا سی سال بعد به یک حد خاص می رسد. اثربخشی تبلیغات پس از سی سال تاثیر خواهد داشت، به این معنا که سی سال باید مانع تبلیغات ضرر رسان شد تا به تدریج شروع به اثربخشی نماید.

لذا تدوین برنامه خود مراقبتی باید:

- بر مبنای شواهد و نیز بر اساس موقعیت فرهنگی کشور باشد.
- هدف به خوبی توجیه شده است، ولی راه رسیدن به هدف باید روشن گردد. به نظر راه پیچیده و مشکلی در پیش داریم و به سادگی قابل اجرا نیست.
- تا حدودی درباره موضوع اختلاف دید وجود دارد. جنگ بین خدمت رسان و گیرنده خدمت ایجاد شده است. تا زمانی که خدمات ما جهت انسانی داشت، مشکلی وجود نداشت. وقتی کشورهای غربی، به خصوص امریکا، سیستم را به بازار تبدیل کرد، مردم ضرر کردند و جایی که برای خدمت رسانی به مردم ساخته بودند، تبدیل به جایی شد که ضرر و زیان را متوجه مردم می کرد، لذا سیستم ها، سیستم های مقرراتی ای را ایجاد کردند، ولی باز هم حریف سیستم نشدند. به همین دلیل، سیستم محافظت بیماران را برای محافظت مردم در برابر این سیستم سلامت ایجاد کردند. از طرفی جامعه را در مقابل سیستم مخرب قدرتمند کردند و سواد سلامت را در بین مردم

ارتقا دادند. بالا رفتن اطلاعات پزشکی باعث می شود که مردم از پزشکان انتظار داشته باشند و پزشکان نیز وظیفه خود بدانند که با بیماران در مورد روش های درمانی صحبت کنند. پیشگیری و محافظت مهم است، و از این دو راه می توان به جامعه کمک کرد. باید بر روی ظرافت های ارتقای آگاهی مردم سرمایه گذاری کرد، که این فعالیت ها وابسته به سن می باشد و از قبل از تولد فرد آغاز می شود. سازمان جهانی بهداشت هم مهم ترین عنصر ارتقای سلامت را ارتقای سواد سلامت می داند.

- بایستی به چند نکته توجه کرد: اول اینکه ما باید بدانیم، سپس بتوانیم، سپس بخواهیم و در نهایت اصلاح کنیم. برای دانستن باید زمینه حمایتی وجود داشته باشد، که در داخل آن توانستن و خواستن و اعتماد به نفس اتفاق بیافتد. اما چه قدر از این محیط در کنترل وزارت بهداشت است؟ پاسخ به این سوال نشان می دهد که ما باید از تمام توان مان استفاده نماییم. بحث بعدی این است که در این برنامه به مهارت ها هم توجه نشده است. با موعظه و نصیحت اتفاق خاصی رخ نمی دهد.

نظرات اعضای پانل

رییس جلسه

تعریف "خود" مهم است. ما باید بدانیم که به چه چیزی "خود" می‌گوییم؟ بخش زیادی که در تعریف خود می‌گنجد، حمایت خانواده و نقش اطرافیان است. از این پس بهتر است بر این نکته تاکید کنیم که برنامه خودمراقبتی چه بسته‌ای را در بر می‌گیرد. در بحث آگاه-سازی هم بهتر است که تمرکز بیشتری بر نقش رسانه انجام شود. ما سال‌ها موفقیت‌هایی را در اصلاح وضعیت روغن‌های غذایی و کاهش مصرف آن در کشور داشته‌ایم، اما ناگهان با موج تبلیغات روغن‌هایی روبرو شدیم که ادعای سالم بودن و سلامت می‌کنند که کذب است. لذا اگر بخواهیم این گونه فکر کنیم که هر نوع خود مراقبتی، در ابتدا آگاهی از وقایع صحیح می‌باشد، پس مدیریت این مساله بحثی جدی خواهد بود.

در بسته حمایت خودمراقبتی باید اختیار بیشتری در درمان به مردم داده شود. داروهای بدون نسخه (OTC) ها ممکن است قابل گسترش باشند. لیست OTC های رسمی در ایران بسیار کوچک است، ولی مردم و داروخانه‌ها با خیلی از داروها رفتار OTC دارند. اما در کشورهای دیگر لیست رسمی OTC بیشتر است. پس ما هم می‌توانیم داروهای دیگری را وارد حیطه‌ای کنیم که فرد و جامعه بتوانند به درستی از آن استفاده کنند. پس مرز حرفه-ای‌ها و خود مردم را می‌توان تا حدودی جابه‌جا کرد.

نکته بعدی آموزش حوزه رسمی برای این مساله است، یعنی باید ارائه‌کنندگان خدمات را در زمینه خود مراقبتی آموزش دهیم و در عین حال تئوری‌های سنتی آموزش بیمار هم جایگاه خود را داشته باشند. هدف‌گذاری برای برخی بیماری‌ها در تربیت بیماران، به طوری که بیمار بتواند مدیریت خود را طراحی کند.

نظرات شرکت کنندگان

- همه چیز به هم مرتبط می‌باشد. ما طبق این برنامه از مردم می‌خواهیم که ورزش کنند و میوه و سبزیجات مصرف نمایند، ولی وقتی با خوردن میوه و سبزی سموم وارد بدن آنها می‌شود چه باید کرد؟ کشاورز نباید از سم استفاده کند و وی این را نمی‌داند. پس نیاز به تصحیح موارد این چنینی داریم. ما هیچ وقت مدرسه سالم، کلاس سالم، جلسه سالم و ... را تعریف نکرده‌ایم و به استانداردها در کنار آموزش سلامت توجه نکرده‌ایم. برنامه را به تناسب محتوای سنی تهیه نمی‌کنیم؛ به منابع انسانی و تامین مالی توجه می‌کنیم، ولی به محتوای برنامه توجه نمی‌کنیم. تهییج مردم به وسیله رسانه ملی رخ می‌دهد، پس رسانه ملی را باید در تهییج مردم درگیر نماییم. همچنین، آموزش در سطح مدرسه نیز مهم است.
- نیازها و سمت و سوی حرکت آشکار شده است. در عمل شاید مشکل داشته باشیم، اما در حرف توافق داریم. متأسفانه، طرح تحول نظام سلامت بیمارمحور است. مردم برای یک سردرد هم به فوق تخصص مراجعه می‌کنند. اگر مردان بزرگ در راس کار باشند، سرعت رسیدن ما را به هدف افزایش می‌دهند. مشکل دیگر این است که ارزشیابی در سیستم‌های ما کم‌رنگ است و هیچ وقت پیامدها را نمی‌سنجد. مردم کشور ما قانون‌گریز هستند و با توجه به این مساله، باید مردم را به چه صورتی آموزش دهیم؟
- برنامه خودمراقبتی نباید صرفاً یک برنامه یک یا دو ساله باشد و مبنای کار صرفاً شعار امسال وزارت بهداشت نباشد. راهنمای جامع سلامت باید منبع و مبنایی برای کارهای بعدی وزارت بهداشت، در بخش بهداشت، درمان و آموزش باشد. خودمراقبتی یک طیف است که دو سر دارد، که یک سر آن عدم آگاهی و سر دیگر آن خود درمانی می‌باشد و مردم ما در یکی از این دو سر قرار دارند.
- ما با بمبارانی از اطلاعات در حوزه سلامت مواجه‌ایم و تمام نشریات بخشی از صفحات خود را به موضوع سلامت اختصاص داده‌اند و اطلاعاتی که به مردم

داده می شود بر استرس آن‌ها، به خصوص در زمینه تغذیه و سبک زندگی، می -
 افزایش. برای تشخیص اطلاعات صحیح از غلط چه مکانیسمی طراحی شده است؟
 • اگر خود مراقبتی به عنوان یک رفتار داوطلبانه مدنظر باشد، کار بسیار سختی
 است. ما همیشه بر روی دانش کار کرده ایم، ولی بر روی ارزیابی این که چه قدر
 این ارتقای دانش منجر به تغییر رفتار شده است کار نکرده ایم. در مورد جامعه، ما
 در بهترین شرایط ۵۰ درصد شانس موفقیت داریم، لذا قبل از هر کاری باید
 سرمایه اجتماعی را بالا ببریم تا مردم به ما اعتماد کنند تا دانش مان را در اختیار
 آن‌ها قرار دهیم و این دانش منجر به تغییر عملکرد آن‌ها شود. این کار، برنامه
 خوب و جامعی است. اما هنوز به صورت قانون در نیامده است. این که این
 سیاست تا چه حد در دولت‌های آینده تداوم خواهد داشت؟ این اهداف تا چه
 حد واقع بینانه است؟ آیا با توجه به تجارب گذشته می توانیم در مرحله اجرا از
 عهده ده برنامه نوشته شده‌ای که باید تا آخر سال ۹۳ انجام شود، بر آیم؟ حتی در
 مواردی که جز مصوبات قانونی و اجباری بوده است، همانند برنامه آموزش
 بیماران قلبی عروقی، هنوز هم نتوانسته ایم طی یک سال گذشته آن را اجرا کنیم.
 آیا بهتر نیست که برنامه‌ها را اولویت بندی کنیم؟ آیا حوزه معاونت درمان و
 بیمارستان‌ها همکاری لازم را با معاونت بهداشت خواهند داشت؟ اگر به موفقیت
 برنامه در کشورهایی مثل انگلیس استناد می کنیم، آیا زیرساخت‌های ما از نظر
 اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مشابه کشور انگلیس است که پیشرفت ما هم
 همانند این کشور تضمین گردد؟

جمع بندی سخنرانان

سخنران اول

اقدامی در راستای اسناد بالادستی و در قالب نظام تحول سلامت در حال شروع شدن می- باشد. یکی از برنامه‌های پیشنهادی به مجلس، برنامه خودمراقبتی بوده و اسناد بالادستی نیز از کار ما حمایت می‌کنند. برنامه خود مراقبتی، یک برنامه ایزوله و منفرد نیست، بلکه بخشی از برنامه‌ای با پنج راهبرد مشخص برای یک دوره ۴ ساله می‌باشد. سیاست‌های حامی سلامت، محیط‌های حامی سلامت، توانمندسازی فرد و خانواده و جامعه، که فرمول توانمندسازی برنامه خودمراقبتی است، به صورت برنامه ارائه شده است.

اتفاقاتی باید رخ دهد تا ما به سمت جامعه سالم برویم و این ۵ راهبرد در قالب یک برنامه عملیاتی ۴ ساله در آورده شده است. بخش توانمندسازی مردم را برنامه ترویج خودمراقبتی نام گذاری کرده‌ایم؛ که در این بخش نقش رسانه‌ها و توانمندسازی نظام سلامت و ظرفیت سازی برای نظام سلامت در زمینه خودمراقبتی و تامین منابع مالی دیده شده است.

این یک برنامه بلندمدت است که به مجلس داده شده و در راستای تحول در بخش بهداشت و برنامه تحول نظام سلامت می‌باشد. یک اتاق در مرکز بهداشت شهری و روستایی و کارشناس مشخص دیده شده است و قرار است اقداماتی در مدارس و مساجد و محل‌های کار صورت گیرد.

سخنران دوم

برنامه خود مراقبتی باید محتوا داشته باشد، شرایط و زمینه فرهنگی خاص کشور باید مد نظر قرار گیرد و تامین مالی برنامه هم باید مورد توجه قرار گیرد. مردم در زمینه‌های سلامت سوالاتی دارند که باید پاسخگوی این سوالات باشیم. به عنوان مثال می‌خواهند بدانند که آیا بالاخره چای سبز مفید است یا خیر؟ و مواردی از این قبیل.

این برنامه محتوا و روش‌های خوبی دارد و به نظر می‌رسد شروع کار نظام‌مند باشد. اگر کاری با همه ویژگی‌های سیستم و به طور سیستمی طراحی شود به خوبی پیش خواهد رفت.

جمع بندی نهایی

اهمیت خودمراقبتی و ویژگی های نظام سلامت محور گفته شد. هم اکنون فرصت سیاستی در اختیار داریم تا برنامه را پیش ببریم. بند یازدهم بسیاری از بحث های ما را در بر می گیرد: افزایش آگاهی و مسئولیت پذیری و توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد و خانواده و جامعه در حفظ و ارتقای سلامت، با استفاده از ظرفیت های نهادها و سازمان های فرهنگی و آموزشی و رسانه ای کشور، تحت نظارت وزارت بهداشت. مطالعات نشان داده است که هجده درصد اطلاعات منتشر شده در رسانه ها قابلیت انتشار را ندارد و نباید منتشر شوند. همان طور که می گوئیم سلامت حق است، مسئولیت را هم در بر می گیرد؛ لذا نظام سلامت باید به مردم برای خود مراقبتی کمک نماید و بر این اساس برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی شکل گرفته است.

شیوه ها مطرح شد و اشاره شد که تعامل باید به چه صورتی باشد و وظیفه داخل و خارج تیم مراقبت های اولیه چیست و در هر مورد شیوه و مزایا گفته شد.

این سیاست در حال شکل گیری است و نکاتی که در بحث ها و نظرات گفته شد کمک خواهد کرد که برنامه به خوبی شکل بگیرد. نکاتی همانند توجه به شرایط بومی کشور، داوطلبانه بودن، اهمیت سرمایه اجتماعی و نیاز به شواهد، توجه بیشتر به پیشگیری به جای درمان، تداوم برنامه، نیاز به وجود زیرساخت ها، فازبندی منطقی برنامه، طراحی برنامه همانند توجه به محتوا، تعاریف "خود"، انگیزه و مشوق برای مردم. تغییری که باید در سازمان های دیگر، بستر آن و مردم اتفاق بیافتد، در درجه اول باید در سازمان ما و آموزش های رسمی اتفاق افتد.

چهاردهمین نشست تخصصی مشترک
مبانی برنامه طرح تحول سلامت در حوزه
بهداشت و درمان

سخنران

دکتر علیرضا دلاوری

رئیس شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ برگزاری جلسه

۱۳۹۳/۰۳/۲۷

شناسنامه جلسه

رئیس جلسه

دکتر حسن امامی رضوی

دکتر سیدرضا مجدزاده

همکاران

طاهره دیده بان، کارشناس موسسه ملی تحقیقات سلامت

مریم نظری، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

شرکت کنندگانی که در بحث مشارکت داشته اند:

دکتر میر جلیلی، دکتر ایدنی، دکتر جمشیدی، دکتر بیدارلو، دکتر عرفانی، دکتر

ابوالحسنی، آقای فضائی، دکتر پایدار، دکتر حمزه، دکتر یوسفی، دکتر کسائی، دکتر

اعرابی

متن سخنرانی

بر اساس دین و شریعت اسلام، بحث سلامت جایگاه خاصی دارد. قرآن، بزرگان دین، پیامبر و ائمه اطهار به مسائل سلامت پرداخته اند و سلامت عملاً در بحث دین به عنوان حق تلقی شده است و به خطر افتادن سلامت به عنوان ظلم شناخته می شود. ابعاد سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می باشند. در خصوص تعیین کننده های سلامت باید به این موضوع توجه شود که سلامت فقط وابسته به یک بیمارستان و کادر درمانی نیست بلکه لایه های مختلف اجتماعی می توانند سلامت را تحت تاثیر خود قرار دهند. تامین سلامت عملاً مسئولیت همگانی است. در صحبت های ابتدایی دور جدید ریاست جمهوری، جناب آقای دکتر روحانی، سلامت را صرفاً وظیفه ی وزارت بهداشت ندانسته اند و آن را به عنوان مسئولیت همگانی برای تمام وزارتخانه ها، ارگان ها و سازمان ها تعریف نمودند. این سند در کشور پخش شده است و رییس جمهور به آن متعهد گردیده است تا نگاه به مساله ی سلامت با محوریت همگانی بودن، باشد. دید همگانی به سلامت می تواند در سیاستگذاری های سلامت بسیار مفید باشد.

مطابق با جدول تعیین کننده های سلامت می دانیم، کدام عوامل بیشترین تاثیر را روی سلامت دارند. لازم به ذکر است که قانون اساسی بهداشت و درمان را یک نیاز اساسی می داند و رفع آن را حق همگانی تبیین نموده و اقتصاد را وسیله ی تامین بهداشت و درمان برای همه می داند، این مهم نشاندهنده ی آن است که بهداشت و درمان، فاکتوری اقتصادی نمی باشد.

الگوی تامین مالی در بخش سلامت کشور ایران یک الگوی ترکیبی است که دولت، مردم و بیمه ها به تامین مالی می پردازند. همچنین الگوی ارائه ی خدمات حق محور است یعنی Right Based Mix Health Care System وجود دارد.

در نگاه چشم اندازی و سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری الگوی تامین مالی چندان تغییر نداشته است و الگوی ترکیبی حداقل تا ایران ۱۴۰۴ همچنان وجود خواهد داشت. معنای این الگو آن است که نظام سلامت در طی دو دهه آینده به سمت صرفاً دولتی و صرفاً بیمه ای شدن نخواهد رفت. در تامین مالی نظام وزارت بهداشت، بیمه و مردم مشارکت خواهند داشت.

آموزش، سلامت، اقتصاد، مسایل سیاسی و فرهنگی مولفه‌ها و سیستم‌های اجتماعی هستند. همه‌ی این نظام‌های اجتماعی باید در دو زمینه‌ی پاسخگویی به مردم و انصاف در مشارکت مالی پاسخگو باشند. در صورت ضرورت، مداخله در نظام‌های اجتماعی دیگر بجز سلامت را به عنوان همکاری بین بخشی می‌شناسیم.

در قانون اساسی اهداف اجتماعی شامل تامین رفاه، رفع فقر، تامین آزادی، مشارکت سیاسی، تغذیه، خوراک، بهداشت و درمان جزو وظایف دولت می‌باشد. برای تحقق این اهداف نیاز به طراحی، استقرار و اصلاح مداوم سیستم و طراحی و اصلاح مداوم سیستم باید مورد توجه قرار گیرد. بحث مولفه‌های اجتماعی سلامت و ابعاد اجتماعی سلامت نیز نیازمند مداخله می‌باشند و این مداخلات باید بطور مداوم در نظام سلامت وجود داشته باشند و بررسی شوند تا مداخلات جدید طراحی و اجرا شود.

بر مبنای چارچوب مفهومی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷، سازه‌هایی ساختاری و اهداف کلی برای نظام سلامت در نظر گرفته شده است، بر این اساس نظام سلامت باید ارائه خدمت تضمین کیفیت، ایمنی، کارایی، پوشش مناسب را در نظر داشته باشد. همچنین در اهداف کلی به تامین پاسخگویی، حفاظت مالی و مقوله سلامت پرداخته شود. در تمام مباحث بیان شده عدالت باید وجود داشته باشد.

در مسائل ساختاری سیستم، تولید و تضمین خدمتگزاری از اهمیت بسزایی برخوردار است و چگونگی حفظ منافع عمومی مساله‌ی اصلی در این مبحث می‌باشد.

چرایی اجرایی شدن طرح تحول سلامت بارها بیان شده است اما نظام بیمه عملاً در این طرح مورد توجه قرار نگرفته است و وزارت بهداشت تنها متولی اجرایی شدن طرح بوده است زیرا تضمین لازم برای این قضیه در نظام‌های بیمه‌ای وجود نداشت. نکته‌ی دیگر این است که تولید در بحث منابع مالی حفظ شود و وزارت بهداشت خود را مسئول و پاسخگو بداند. اگر منابع مالی در اختیار وزارت بهداشت باشد، اصلاح و پاسخگویی نظام سلامت و مداخله در آن نیز توسط وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.

البته می‌توان با توافق با دولت به قیمت گذاری پرداخت اما سالهاست که این مساله مسکوت مانده است و دولت اختیار را به وزارت صنایع داده است. زمانی که اصلاح نظام سلامت در سیستم توسط وزارت بهداشت بیان شد، دولت با فوریت این مسئله را در اختیار

وزارت بهداشت گذاشت. یکی از نتایجی که در بحث تحول مهم است قیمت کالا و تجهیزات پزشکی می باشد.

چرخه نظام سلامت از تعریف مشکل شروع می شود سپس تشخیص و تدوین و تصمیم سیاسی، اجرا و ارزشیابی است. این چرخه در حال گردش است. از آنجا که نظام سلامت نظامی است که خود را با انواع مداخلات و مباحث منطبق می کند و یک نظام استاتیک نیست بلکه دینامیک است به مداخلات مختلف نیاز دارد. بنابراین این چرخه در اعمال مداخلات مختلف بسیار کمک کننده می باشد. نظام سلامت ایده ال در دنیا وجود ندارد و همه نظام های سلامت دچار مشکل هستند به همین دلیل مداخلات متعدد باید وجود داشته باشند. بسیاری از مداخلات می توانند مفید باشند اما باید برای آن تامین منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و شواهد لازم را داشته باشیم تا بتوانیم مداخله مناسب انجام دهیم.

مبنای اصلی که در بحث طرح تحول سلامت وجود دارد Universal Health Coverage است. علاوه بر شعار سازمان بهداشت جهانی، در بند ج ماده ۳۲ سامانه ی جامع همگانی سلامت برنامه پنجم توسعه به عنوان Universal Coverage اشاره شده است. سه جز در آن وجود دارد، بسته های خدمت، جمعیت تحت پوشش، تامین مالی.

گرچه مکعب در سه بعد هرگز کامل نخواهد شد اما باید در راستای تحقق این سه بعد همواره حرکت نمود. در قیاس با سایر کشورها باید دید که چه کمبودهایی وجود دارد و چه مسائلی مناسب است. مثلاً یکی از انتقادات بحث تقدم بهداشت به درمان در بسته های خدمت بوده است و اگر بخواهیم در بسته ی غربالگری در حوزه بهداشت عملیاتی شود، باید بدانیم هزینه اثربخش است و ارزش نسبی نسبت به بقیه بسته ها دارد یا خیر. اما در سیستم موجود نیز برخی از بسته ها عملاً ناکارآمد شده بودند. مثلاً با نگاه Universal Health Coverage بحث مکمل های غذایی بچه ها و مادران باردار در برنامه ریزی ها وارد شدند، اما تقریباً منابعی به آنها اختصاص داده نشد و در بسته خدمت مورد اشاره قرار نگرفتند. البته وزیر گفتند این منابع را تامین می کنیم و امسال در دانشگاه ها این منابع تامین شده اند و به همین دلیل این بحث ها به عنوان بسته ی جداگانه آورده نشدند.

یا به عنوان مثال دیگر در بحث واکسیناسیون پوشش بسیار بالا را همواره مورد توجه قرار می دهیم و از آن یاد می کنیم اما تعداد واکسنهای ایران نسبت به کشورهای دیگر کمتر است.

بنابراین همزمان با طراحی طرح تحول برخی از مطالب آورده شد و چون مشاهده شد این مطالب سهل الوصول است و منابع آنها قابل دسترس می باشد، در عین حال اولویت دار است توسط شخص آقای دکتر هاشمی دستور داده شد و اجرایی گردید. امسال دو بسته از بسته های اضافه ی خدمات عملیاتی شدند، بدون آنکه در بسته های وزارت بهداشت به عنوان طرح تحول سلامت بیایند.

در بحث Universal Health Coverage نکته حائز اهمیت دیگر این است که طبق یک مدل ۴۰ درصد جامعه سالم هستند، ۴۰ درصد جامعه ریسک فاکتور دارند، ده درصد دارای بیماری مزمن و ده درصد دارای بیماری حاد هستند. سیستم نظام سلامت نظامی است که بتواند کل جمعیت را پوشش دهد. پوششی که در برنامه پنجم بیان شده است یک شرط قائل شده و آن عبارت است از اولویت اقشار آسیب پذیر و حاشیه شهر و روستاییان. به همین دلیل این موضوع به عنوان اصل مورد توجه قرار گرفت. زیرا هم از حمایت قانونی برخوردار بود و هم منطبق حکم بر لزوم وجود آن می داد.

مراقبت بیمارستانی در پوشش همگانی نباید کنار گذاشته شود و فقط به مراقبت عمومی و اولیه پرداخته شود. مشکل جدی امروز مردم مراقبت های بیمارستانی نیز هست. سیاستگذار عاقل باید بداند که اگر به مراقبت های بیمارستانی بپردازد، نتایج سریع تری میگیرد و می تواند حمایت سیاستگذاران اصلی را جلب کند و عملاً این اتفاق در کشور افتاد. امروزه وزارت بهداشت حمایت لازم، جهت سایر مداخلات خود را بدلیل مداخله ای که در بیمارستان ها داشته، بدست آورده است.

نحوه ی تحلیل و اولویت گذاری برنامه پنجم بر اساس زنجیره ارزش نظام سلامت و نتایج مطالعات بوده است. مطالعات نشان داد که امید به زندگی بدو تولد ایرانیان چه میزان است و ایرانیان در حدود ده سال با ناتوانی زندگی می نمایند. عوامل از دست رفتن عمر مشخص شده اند و از کل هزینه های سلامت ۵۴٪ پرداخت از جیب است. نظام سلامت کشور نظامی است که هر کس با هر بیمه ای که بخواهد می تواند قرارداد ببندد و مردم در

این میان بلا تکلیف باقی می ماند. بنابراین یکی از بحث ها اصلاح ساماندهی ارجاع بود. بابت این مساله مزایایی در بحث تحول سلامت گذاشته شد و به این صورت تعیین شد که مردمی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان ها می آیند. به جای ده درصد ۵ درصد پرداخت کنند، یعنی یک دوم پرداخت نمایند. اما در بسته های مربوط به بهداشت این موضوع بصورت کامل دیده شد.

در آغاز دولت یازدهم سیمای نظام سلامت توسط آقای دکتر امامی رضوی و آقای دکتر وثوق تعریف شد. همچنین بیان شد که بیماری های غیرواگیر بین ۵۰ تا ۱۵۰٪ افزایش در طی دوره ده ساله داشته اند و پرداخت از جیب نیز سیر افزایشی داشته است. این به معنی آن است که در سیستمی که طراحی شده است مداخلات در جهت قانون پیش نرفته است. میزان پولی که در سلامت، توسط دولت وارد می شود علی الرغم تزریق های مقطعی، این مبلغ رشد زیادی نداشته است. در سایر امور اجتماعی دولت مبالغ بهتری را در قیاس با نظام سلامت پرداخت می نمود. مطالعه DHS نیز نشان داد که ۱۶/۸٪ جمعیت کشور فاقد بیمه هستند که تقریباً معادل ۱۳ میلیون نفر می باشد.

در بحث پوشش همگانی در برخی مکان ها پوشش ناکافی سلامت وجود داشت، در برخی موارد نیز بسته های خدمت تعریف نشده بود، مثلاً به خدمات دندانپزشکی و خود مراقبتی پرداخته نشده بود که در طرح تحول به آنها پرداخته شده است.

در بحث تامین مالی نیز بر خلاف قانون برنامه توسعه حرکت شده بود و بر اساس مطالعات مقطعی پرداخت از جیب به ۷۰٪ رسیده بود. با توجه به آنکه اهداف شامل بهبود سلامت مردم و دسترسی مردم به مراقبت سلامت، افزایش پوشش همگانی بیمه، کاهش پرداخت از جیب، اصلاح ساختار با تاکید بر نظام ارجاع و بهبود کیفیت مراقبت ها، کاهش نابرابری و افزایش رضایتمندی و بهبود مسیرهای ارجاع بود، باید اصلاح ساختاری و اصلاح نظام تامین مالی انجام می گرفت. در راستای جمع بندی این موارد مصوبه ای از دولت گرفته شد که نتیجه آن تشکیل کارگروهی متشکل از چند وزیر زیر نظر معاون اول بود. اصول تشکیل این کارگروه ها ایجاد، تکمیل پوشش بیمه همگانی و احیای بیمه سلامت، استقرار سامانه خدمات جامع سلامت در کلیه روستاها و حاشیه شهرها و عشایر، ارائه رایگان خدمات بستری در بیمارستان های دولتی (که با توجه به شواهد این مورد مثل قبل همان ده

درصد فرانشیز تعیین شد)، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان های دولتی و سایر برنامه های نظام سلامت بوده است و بر اساس این اصول، طرح تحول سلامت شکل گرفت

هدف چند مورد از بسته ها حفاظت مالی از خدمت گیرندگان بود. استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت های اولیه بهداشتی را فراهم می آورد که به سه بسته این راهبرد برمیگردد. ارتقای کیفیت خدمات بستری نیز در چند بسته از جمله Fix Payment ها در نظر گرفته شده است.

در نهایت یک ماتریس پوشش همگانی سلامت تهیه گردید که موارد زیادی در آن در نظر گرفته شد و سعی بر آن شد که اولویت بندی گردد و تعیین گردد کدام کارها را باید انجام دهیم. مثلا در بحث تولیت برخی موارد به عنوان بسته نیامده است و این بحث در وظایف موسسه ملی تحقیقات سلامت با ریاست آقای دکتر مجد زاده آمده است و نقش این موسسه و ایشان شکل دهی به دیده بانی نظام طرح تحول سلامت می باشد.

این بسته ها طراحی و در دو فاز تعیین شدند. یکسری از بسته ها به دانشگاه ها ابلاغ شدند و در حال حاضر در حال اجرا هستند و تعداد دیگری نیز این هفته در قالب بسته های بهداشتی از جمله پوشش خدمات اولیه در حاشیه شهرها، کمک به پوشش خدمات بهداشتی در روستاها و عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر به دانشگاه ها ابلاغ خواهند شد و از این طریق مساله پوشش همگانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. در زمینه ی اصلاح نظام تامین مالی افزایش کمک از طریق بودجه عمومی شکل گرفت، مثلا ۶۶ درصد بودجه بیمه ها افزایش یافت که از منبع بودجه عمومی بود. افزایش مالیات بر ارزش افزوده ۱۰ تا ۱۲ درصد پیشنهاد شد که یک درصد شکل گرفت و معادل دو هزار و نهصد و بیست میلیارد تومان بود.

همچنین مطابق بند ۲ ماده ۳۴ قانون برنامه توسعه مقرر شده بود در فاز دو هدفمندی یارانه ها، ده درصد هدفمندی یارانه ها باید به حوزه سلامت اختصاص پیدا کند که این مساله انجام گرفت. در حال حاضر نگرانی بابت عدم تداوم این مبلغ می باشد اما وزیر محترم تضمین های لازم را از دولت گرفته اند.

بند الف ماده ۳۷ قانون برنامه توسعه اجرای مالیات بر اقدامات مضر بر سلامت می باشد که در مورد سیگار اعمال گردید و با کارگروهی که در حوزه معاونت بهداشت شکل گرفته است امید به آن است که در سال آینده ردیف بودجه جداگانه ای داشته باشد.

متأسفانه اجرای طرح مالیات بر تراکشیهای مالی نظام بانکی و اصلاح و یکسان سازی حق بیمه به سازمان های بیمه فراگیر نیز قرار بود انجام پذیرد که هنوز محقق نشده اند امید است دو مورد اخیر نیز در طی سال های آینده انجام پذیرند.

از الزامات طرح تحول، هماهنگی و همکاری جامع بین معاونین وزارت بهداشت است که تا امروز به این ترتیب شکل نگرفته بود و هر هفته دو یا سه روز معاونان مرتبط مثل معاون توسعه، بهداشتی و درمان و همچنین مدیران آنها در روزهای تعطیل همراه وزیر محترم در وزارت بهداشت حضور پیدا میکردند و تشکیل جلسه می دادند. بنابراین از اسفند ماه پس از اطمینان از تامین بودجه، برنامه ها و صحبت های ضروری تکمیل شده بودند.

نظرات اعضای پانل

رییس جلسه

در این مرحله چون مرحله ابتدایی چیدن محصولات می باشد، نمی توان خیلی تحلیلی از انجام کل کار ارائه داد. یک ماه و نیم گذشته است و این برنامه خصوصیتی داشته که نسبت به سایر برنامه ها دارای نتایج ملموس تری بوده است. براساس آنچه تا به حال اجرا شده است تمرکز یکی از بسته ها حفاظت مالی بوده که در این موضوع نظام سلامت اهدافی دارد و مردم نیز از ارائه کنندگان انتظاراتی دارند که پاسخگویی مهم ترین آنهاست. در این بسته حفاظت مالی از مردم در دستور کار بوده و مردم متوجه شدند که کاری انجام گرفته است و بنابراین برای مردم خیلی ملموس تر شد که این مهم مشخصه ی بارز برنامه تحول می باشد.

خصوصیت دیگر این برنامه آن است که رییس جمهور سلامت را به عنوان اولویت اول یا دوم دولت خود قرار داد که اتفاقی بود که سالها در انتظار آن بودیم و در هیچ دولتی اتفاق نیفتاده بود. ایشان در تمام سخنرانی ها، برنامه ها و جایگاه هایی که باید حمایت می کرد

ورود نمودند و این مساله برای نظام سلامت ما هیچ وقت اتفاق نیفتاده بود و فرصتی برای نظام سلامت بود.

مطلب دیگر در راس اجرا، بودن وزیر محترم جناب آقای دکتر هاشمی می باشد. علاوه بر این مساله خصوصیات فردی ایشان از لحاظ مدیریت بر همگان آشکار می باشد، با این وجود با درخواست رییس جمهور از ایشان آقای وزیر خود را موظف دانست که آن موارد را اجرا کند.

خصوصیات آقای دکتر هاشمی، اتفاقاتی که در مجموعه وزارت سلامت افتاد و بحث تولید تا الان به این شکل تجربه نشده بود. شواهد مربوطه برخی معلوم و برخی نامعلوم می باشد و مهم، بحث تولید است که یکپارچگی در سیاستگذاری را مطرح می نماید و محصول آن بسیار قابل توجه است زیرا منجر به تسریع کار می گردد.

در دولت نهم و دهم چالشهای زیادی وجود داشت که علت اصلی آن نبود یکپارچگی در تصمیم گیری و سیاستگذاری بود و بطور مداوم هماهنگی ها باید انجام می گرفت و گاهی افراد ناگهانی خودشان یا تصمیماتشان عوض می شدند اما اینجا چنین اتفاقی نمی افتد.

تهدیداتی نیز وجود دارند. تا کنون در بحث تامین مالی و سایر بحث ها انتقاد وجود داشت در پاسخ بیان می شد که هرچقدر پول می دهید همانقدر آتش میخورید و انتظار پاسخگویی بیشتر نداشته باشید! اما حساسیت ها بالا رفته است و بهانه ها گرفته شده و منابع حدود ۵۰٪ در یک سال ناگهانی بالا رفته است و دیگر همه ی مسائل زیر ذره بین است. لازم به ذکر است که با تامین مالی همه اتفاقات در کارکردهای نظام سلامت اتفاق نمی افتد و بنابراین بقیه بسته ها در طول زمان نتیجه خواهند داد و در اجرا ممکن است همه اهداف تحول تامین نگردند. دولت به مردم گفت که در مورد هدفمندی یارانه ها چه کارهایی را انجام داده لذا مردم هم انتظار و حساسیتشان بالا است و این یک تهدید است. در خصوص اینکه چه باید کرد افرادی که دارای مسئولیت هستند باید به فکر باشند و نمی توانند بگویند که باید حساسیت مردم را کم نمود بلکه باید تلاش گردد که به سرعت سایر اصلاحات انجام پذیرد. مثلا مدیریت هزینه و مصرف، اصلاح مدیریت و آنچه در همه برنامه ها و برنامه پنجم و سیاست های کلان آمده است.

عضو پانل

سه مطلب باید بیان شود. مطلب اول این است که این جلسه، جلسه مبانی می باشد مشخص شده که در خصوص چه مواردی صحبت شود، تصمیم گرفته شده است که در خصوص جزییات صحبت نشود و برنامه را در حد کلان مورد بحث قرار دهیم. ارتباطی که آقای دکتر بین برنامه اصلاحات در نظام سلامت، بحث پوشش همگانی سلامت و بحث سیاستهای ابلاغی کلان رهبری بیان نمودند جهت بحثها را نشان می دهد.

این جلسات گفتمان سیاستی است و هدف بر آنست که جلسات سازنده باشند. گفتمان سیاستی باید این ویژگی ها را داشته باشد:

۱- در مورد موضوع حائز اهمیت باشد. بیندیشیم که چگونه می توان سازنده با این مطلب برخورد نمود تا بتوان گزینه هایی که امکان پذیر است برای برخورد با موضوعاتی مثل تهدیداتی که دکتر امامی فرمودند را مطرح نمود.

۲- سعی بر آن شده است که ذینفعان مهم به این جلسات دعوت گردند. بنابراین به قید و بندهای سازمانی نیندیشید. بحث ها باید در نهایت سازنده باشد و به این فکر نکنید که ممکن است برخی بحثها ناخوشایند باشد. مهم این است که نتیجه بحثها موفقیت آمیز باشد.

۳- در این جلسات باید یک نفر تسهیل گر باشد، تا جمع بندی نهایی را انجام دهد. موسسه ملی تحقیقات سلامت موظف به طراحی نظام دیده بانی برای طرح تحول می باشد. سه نکته را باید مورد توجه قرار داد. نخست اینکه پیامدهای که طرح تحول هدف گیری کرده است چیست؟ دوم اینکه شاخص های نهایی مورد انتظار در سلامت چیست و چه شاخصهایی می تواند مورد توجه ملی و بین المللی باشد؟ سوم با یکسری اجزای نظام سلامت روبرو هستیم و روی یک جز مداخله می نمایم اما تاثیر مداخله روی آن جزء تمام نمی شود و روی قسمت های دیگر هم تاثیر دارد. این جلسه کمک مینماید که تهدیدات شناسایی گردند. مثلا تقویت پرداخت به ازای عملکرد در بحث تامین مالی روی تولید و تامین منابع انسانی تاثیر می گذارد و ما علاقمند هستیم آنرا بشنویم تا در دیده بانی ذهن ما را باز کند.

عضو پانل

در چشم انداز ۱۴۰۴ آمده است که هزینه درمان باید به میزان ده درصد کاهش یابد. نگرانی که در برنامه تحول وجود دارد بحث کاهش ده درصد هزینه درمان می باشد که تاکنون اتفاق نیفتاده است و شرایط در حال بدتر شدن است چون ضریب اشغال تخت های بیمارستانی در واقع برای درمان بیماران ناموثر در حال افزایش است که باید راه حلی باید برای آن یافت. در بحث دالی و بیماری های شایع در کشور ساز و کار مناسبی وجود ندارد. بسته ی تحول سلامت با این ابعاد وسیع تاثیر بسیار زیادی داشته است، بهتر بود همه ی معاونت های وزارت، بسته هایی را همزمان می نوشتند و بویژه در خصوص آموزش، زیرا در بیمارستان های آموزشی، آموزش افرادی که چند سال بعد قرار است هزینه درمان را کم و دالی را در جامعه اصلاح نمایند با اشکالاتی روبه رو است و بنابراین در بحث آموزش باید به طور جدی ورود شود و بهتر بود بسته های آموزش نیز همزمان و یا با فاصله مطرح می گردید و بعد بسته ی معاونت فناوری تبیین می شد، اگر سیاست هایی در جهت ارزیابی هزینه ها و نتایج اهداف بسته تحول سلامت بیان می گردید بسیار مفید بود. در سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری دو سه مورد در خصوص طب سنتی بود، در وزارتخانه ساز و کار روشن و واضح در زمینه طب سنتی وجود ندارد و چیزی نیز دریافت نکرده ایم. اگر قرار باشد که مشکلات هزینه درمان و مشکلات مردم کمتر شود، توجه به این مساله ضروری است. در خصوص پزشک خانواده، باید بیان شود که یکی از اساسی ترین راه هایی که می توان به وسیله ی آن سیستم ارجاع را اصلاح نمود و خدمات را در سطح یک انجام داد از طریق پزشک خانواده امکان پذیر است که زیاد به آن توجه نشده است.

نظرات شرکت کنندگان

- یکی از موارد اساسی که باید به طرح اضافه گردد این است که برنامه تحول مخصوص دولت یازدهم نباشد و لذا همه جناح‌ها را باید در آن درگیر نمود. در این راستا خبرگان نیز درگیر شوند، در کل فقط به آدم‌های دانا نیاز نیست، نیازمند آدم‌های دلسوز نیز هستیم. ممکن است خیلی‌ها چیزهایی را بدانند اما دلسوز نباشند و کمک نمایند. بنابراین حواستان باشد کسانی که آموزش کیفیت را می‌دهند همیشه خودشان بیشترین ضرر را به کیفیت می‌زنند! چون آنقدر مطالعه کرده‌اند در خصوص مدیریت بحران و کیفیت که دیگر آن کاری را که دلشان بخواهد انجام نمیدهند. بنابراین از افراد همدل و همگون باید استفاده کنید که شاید چند نفر بیشتر نباشند. مثلاً بحث ادغام خیلی خوب بوده است و دو نفر، سه نفری که همدل بودند، این کار را انجام داده‌اند و صد نفر نبودند. بهتر است برای تحول سر و صدا زیادی نشود، چون تبدیل به مساله انصراف از یارانه‌ها می‌شود. خیلی باید حواستان باشد و هوشمند باشید. مردم هوشیار هستند، نگاه میکنند و ممکن است که هیچ اتفاقی ملموسی صورت نگرفته باشد لذا بگذارید تحول خودش صورت بگیرد. دیگران خودشان ثمره را ببینند و نیازی نیست، بگوییم که چه چیزی دارد اتفاق می‌افتد. نباید بلندگو در دست بگیریم. مساله بعدی سرعت می‌باشد. دو راه حل وجود دارد، نخست وقتی ماشینی داریم که خیلی معیوب است، تصمیم می‌گیریم از خیر آن گذشته، ماشین نو تهیه کنیم و همه عیوبش را یکجا برطرف کنیم و دوم زمانی است که می‌گوییم که تکه تکه می‌خواهم تصحیحش کنم. با این سرعتی که داریم پیش می‌رویم ممکن است بحث‌ها آسیب‌شناسی نشده باشد و ضرر بزنند. بهتر است یکدفعه حجم زیادی را وارد نماییم، خیلی هم کند نباشد و روند منطقی داشته باشد. موضوع دیگر ترس از ناپایداری طرح است. پزشکان و بیمارستان‌ها و مردم نگران این مساله هستند که ممکن است بسته‌ها کوتاه مدت باشد، لذا باید آرامش را به مجموعه بدهیم اما هنوز حتی خودمان این آرامش را پیدا نکردیم.

بخشی از اختیارات باید در سطح دانشگاه‌ها برده شود. خیلی ریز چیدن برنامه آسیب‌زا خواهد بود. باید به بسته‌های خود دانشگاه هم توجه نماییم. سیستم ادغام فقط در کشور ما وجود داشته است، به تحول سلامت نگاه شده است ولی تحول دانشگاه دیده نشده است. به همین خاطر در ساختار دانشگاه باید دقت گردد، در حال حاضر معاونت درمان به مسائل خود توجه دارد و معاونت بهداشت نیز به مسائل خود نگاه می‌کند. برای ادغام نیز باید تدبیری اتخاذ گردد.

- در اینجا باید طرح را مورد نقد قرار گیرد تا اصلاح شود. دکتر امامی فرمودند که معرفی طرح باعث افزایش حساسیت‌ها شده و مطالبات حداکثری ایجاد شده است و اگر پاسخگویی امکان‌پذیر نباشد، القای ناکارآمدی می‌نماید. دولت منابع مالی خوبی را برای این طرح تحول تعریف نموده است، بنابراین اگر القای ناکارآمدی شود، در واقع القای ناکارآمدی برای وزارت بهداشت، نظام سلامت و کل دولت خواهد بود. بنابراین در نظر باشد که پشت این طرح اعتبار دولت وجود دارد، اگر طرح دچار مشکل شود و نتواند مطالباتی را که تعریف کرده را پاسخ دهد، این لطمه بزرگی ایجاد میکند، بخصوص که منتقدین جدی هم برای افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت وجود دارد. بسیاری معتقدند که در بسیاری از مراکز سیاست‌گذاری در کشور مشکل نظام سلامت کمبود منابع مالی نیست و مشکل مدیریتی می‌باشد. اگر این طرح به اهداف از پیش تعریف شده‌ای که برای جامعه دارد نرسد، این امکانی که توانسته ایم منابع مالی خوبی برای سلامت تامین کنیم در آینده دچار مشکل خواهد شد. اما در بعد اجرایی باید نتایج طرح به دو صورت مجزا دیده شود، یکی در کلان‌شهرها و مراکز دانشگاهی استانی و دیگری در شهرستانها. مشکلات بهداشتی و سلامت در کشور دو گروه هستند و نباید این‌ها را یکسان ببینیم. نتایج این طرح در کلان‌شهرها بسیار مفید بوده است، مثلاً در اهواز پدیده زیرمیزی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی وجود نداشت. مداخلات در زمینه‌ی تهیه ملزومات و تجهیزات پزشکی، دارو، خرج‌هایی که در بیمارستان‌ها برای بیماران انجام می‌شد، خرج پرداخت از جیب انجام گرفت که کاهش دو مورد اخیر منجر به ارتقای رضایتمندی گردید. پرداخت از جیب در بیمارستان‌های آموزشی مربوط به تجهیزات و ملزومات بوده است ولی در شهرستانها

علاوه بر مشکل پرداخت از جیب بدلیل ملزومات، پدیده زیرمیزی هم داریم، زیرا برای متخصصینی که در شهرستانها هستند توجیهی ندارد که این کار را بکنند. مشوق های fix payment هم از زیرمیزی آنها پیشگیری نمیکرد. مداخلاتی مثل ماندگاری، ۳K و ۲.۵K کردن انگیزه ای برای پزشکان ایجاد نکرده است تا از زیرمیزی دست بردارند و نتایج طرح در شهرستانها نتایج خوبی نیست (برخلاف استانها). با توجه به تقسیم بندی هایی که برای شهرهای الف و ب و ج و د در بسته ها انجام شده است، تنوع جغرافیایی و اقلیمی شرایط خاصی را تحمیل می نماید که ممکن است دو شهرستان باشند که طی این جداولی که تهیه شده است ویژگی های مشابهی در سطح کلان داشته باشند، اما به لحاظ مسائل بومی و امنیتی جاذبه ی متفاوتی برای جذب نیروی انسانی داشته باشند. پرداخت ها و پکیج مشوق ها اگر گلوبال در اختیار دانشگاه ها قرار داده شود، راهکار مناسب تری خواهد بود تا اینکه تفکیک شهرها را وزارت بهداشت انجام دهد و این برخلاف تمرکز زدایی است که در خصوص آن زیاد بحث می شود. طرح مداخلات متفاوت دارد و بحث کاهش پرداخت از جیب در آن یک حق است برای جامعه. اگر بخشی از این برنامه اجرا نشود القای ناکارآمدی خواهد کرد، مثلا برنامه مقیمی تاثیری روی پرداخت از جیب ندارد. چه میزان مطالعه انجام شده است که برنامه مقیمی برای همه رشته ها کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی را می تواند افزایش دهد؟ اما زمانی که برنامه را طراحی و اجباری شد، باید انجام شود اگر انجام نشود مردم می گویند من دو شب رفتم بیمارستان و متخصص باید بیاید مرا ببیند، اما متخصص در بیمارستان نبود. مشکل عمده در مراکز استانها این است که برنامه مقیمی را نمی توان به طور کامل اجرا نمود. در برخی شهرستانها که تعداد متخصصین کم است باز هم برای اجرای برنامه مقیمی نیروی کافی وجود ندارد. وقتی هدف طرح کاهش پرداخت از جیب مردم باشد، لزومی ندارد که برنامه دیگر مثل افزایش کیفیت خدمت را به آن اضافه گردد، ناتوانی سیستم در ایجاد زیرساخت های درمانگاهی و توجیه پزشک در تعطیلی مطب، منجر به این خواهد شد که در برنامه ماندگاری و کار کردن در بیمارستان های دولتی همکاری نمایند. چون مشوق هایی تعریف شده اند و برای ماندگاری این مشوق ها به فرد تعلق نخواهد گرفت. گستره ی ویزیت و خدمات

سرپایی در کشور بسیار زیاد است، امکان ندارد که در بخش دولتی توان پاسخگویی به تمام متقاضیان خدمت را در بخش دولتی وجود داشته باشد، تعرفه هایی که در بخش خصوصی مصوب شده اند، نظارت شوند تا بخش خصوصی خدمات سرپایی را ارائه دهد. هزینه ای که به بیمار تحمیل می شود برای مراجعه به تعداد شش بار به یک متخصص ۱۰۰۰۰۰ تومان خواهد بود و در ماه هشت هزار تومن، ولی یک هزینه ی عمل ارتوپدی در بخش خصوصی ۴-۵ میلیون تومان هزینه تحمیل خواهد کرد و بنابر این به نظر می رسد که بسیاری از این مداخلات که ممکن است پاشنه آشیل طرح باشند، آسیب زا باشند را بهتر است در کوتاه مدت متوقف نمود و به سمت ساخت زیرساختها برد، بسیاری از بیمارستان های دولتی امکانات درمانگاه ندارند یا محلی که مناسب و در شان هیات علمی مقیم در بیمارستان باشد وجود ندارد، ولی وزن همه ی این برنامه ها را یکسان در ذهن افراد که از ما پاسخ می خواهند تعریف می نمایم ولی همه می دانند که تاثیر گذاریشان در ارائه خدمات و برابری عدالت در سلامت متفاوت می باشد. مساله مهم دیگر که پاشنه آشیل و چشم اسفندیار این طرح می باشد، این است که منافع ذینفعان خارجی خوب دیده نشده اند و نوعی نگرش منفی نسبت به طرح دارند. بهتر بود در برنامه های تصویب طرح و توجیه طرح از آنان دعوت می شد تا از برنامه دفاع نمایند. به نظر می رسد که منافع بخش خصوصی توجیه نشده اند و بسیاری از کسانی که فعال بخش خصوصی هستند به دید یک رقیب به طرح نگاه می کنند، حتی می خواهند طرح را در ذهن جامعه پزشکی مورد سوال ببرند.

- دکتر دلآوری فرمودند ۲۵ درصد نظام سلامت در دست وزارت بهداشت است و مشتری می تواند بر مبنای حق خرید خدمت نماید، به این نکته می رسیم که عدم دخالت بیمار در موفقیت طرح شرط است. هیچ شواهدی در این مورد وجود ندارد. در سیاست های ابلاغی تحول توسط مقام معظم رهبری، سه بحث از هم جدا شد: تولید، تامین منابع مالی و فراهم کنندگان خدمت. در بحث تولید وزارت بهداشت بسیار خوب عمل کرده است. تولید هیچ وقت دلیل بر اجرای موفق برنامه نیست و به این دلیل نگران هستیم که به نتیجه برسد. سازمان تامین اجتماعی توانست با تامین بیش از ۶۰ درصد منابع سلامت، خود را سر پا نگه دارد که این هم از هنر مدیران آن سازمان

نیست بلکه جمعیت مولد است. اگر در صندوق ها به درستی سرمایه گذاری نشود مشکلاتی به بار خواهد آمد مثلا امروز تمام منابع جهت کاهش پرداخت از جیب مردم هزینه شده اند. در هشت سال گذشته کمترین پرداخت از جیب از طرف بیمه شدگان تامین اجتماعی پرداخت شده است، به دلیل وجود درمان مستقیمی که این ها داشتند، اما این پول را از ذخیره ای که برای آینده در نظر گرفته شده بود امروز هزینه کردیم.

- نگرانی این است که بسته ها ارتباطات ضعیفی دارند و این مساله می تواند سایر خدمات و بحثهای دیگر را تحت تاثیر قرار دهد. امروزه اکثر پزشکان برای کار کردن به سمت بیمارستان ها می آیند. بسته ی خدمتی وجود دارد که برای روستاییان که معادل بیست میلیون نفر هستند، برای حاشیه نشین ها نیز که معادل ۸-۹ میلیون نفر هستند نیز بسته داریم که در مجموع برابر با ۲۹ میلیون نفر می شود. در مازندران و فارس پزشک خانواده شهری اجرا شده است با هر میزان جمعیت تحت پوشش نیز این ها را به جمعیت قبلی اضافه کنیم، جمعیت زیاد شهری می ماند که خدماتشان را از بیمارستان یا بخش خصوصی میگیرند. مراکز بهداشت شهری دارد تعطیل می شود و اگر آنها را تعطیل کنیم هم تفاوتی نخواهد داشت. بیشترین مشکلی که نظام شبکه داشت، در سطح یک مراکز شهری بود که این خدمات جامع تر و کامل تر باشد و در اورژانسها انجام می شود. یعنی در جایی که پزشک باید سردرد و کمردرد را درمان کند این موارد به اورژانسهایی که ساخته شده برای تروما و بیماری های حاد مراجعه می نمایند. اگر بسته ای را برای حاشیه نشین ها تهیه می شود، مسائلی که بیان شد نیز در نظر داشته باشیم زیرا شدیداً بر روی هم تاثیر می گذارند. مثلا در خصوص بسته ای که در ارتباط با زایمان رایگان است، تا دوهفته قبل مادری که میخواست زایمان کند، هیچ کس تحویلش نمی گرفت. در حال حاضر بین متخصصان و ماماها دعوا پیش می آید که این مریض مال من است! و خیلی از ماماها متقاضی رفتن به بیمارستان هستند. این موضوع نشانگر آن است که که طراحی چه میزان می تواند به راحتی فرآیندها را عوض نماید. آنچه نگران کننده است این است که باید پیش بینی پیامد ها وجود داشته باشد، یعنی اگر بسته حاشیه قرار است، ابلاغ شود، باید پیامد هم دیده شود و در این زمینه فقط

برنامه دیده می شود و عوامل دیگر مخصوصا بخش خصوصی و صاحبان فرایند را که می تواند تاثیرگذار در تغییر برنامه باشد مورد توجه قرار نمیدهند.

- بحث تقدم زمانی اجرای تحول در عرصه درمان هم دیدگاه منطقی خود را دارد. اگر نظام نزد مردم مقبول نبود، نظام تحول در عرصه بهداشت نمی توانست به خوبی اجرایی شود. یکی از موارد مهم برای موفقیت طرح، بحث فرهنگ است و رفتارهای مردم نشأت گرفته از باورها، دیدگاه ها و عقاید مردم می باشد. به ساختار فرهنگی در طرح تحول توجه نشده یا اگر شده است ضعف دارد. اگر ماشین تک تک افراد یک تعمیر کلی بخواهد هر کدام جایی را دارند که به آنجا مراجعه نمایند اما در سلامت بحث فرهنگ پزشکی خانواده در مردم احساس نشده است و این را نمیتوان القا نمود، بلکه نیاز را باید در آنها به وجود آورد. در بحث تحول سلامت دیدگاه جزء یا کل را باید در نظر گرفت. متأسفانه در ارائه خدمات به صورت هیجانی و مقطعی به جزیی از کل نیازهایی که احساس می شود توجه می شود. مثلاً با افزایش سرانه بیمه روستایی به عنوان یک نیاز واقعی بحث پرداخت به پزشکان افزایش یافت. پزشک با حقوق یک میلیون و پانصد در منطقه روستایی با بیتوته ارائه خدمت می نماید و نیاز به افزایش دریافت دارد اما این افزایش دریافت باید در کل مجموعه تعادل ایجاد نماید. اگر از پزشک روستایی توقع باشد که در روستا با بیماران سلی و ... مراد داشته باشد و کار بکند، چگونه می توان برای او ایجاد انگیزه نمود؟ بحث بعدی، بحث تشکیلات است. ایجاد بسته های خدمتی، نیازمند تیم اجرایی می باشد، که باید دارای ساختار باشد و یکی از ساختارها تشکیلات است. در الگوی شبکه جامع سلامت به بحث بهداشت، روان، تغذیه و مددکار اجتماعی توجه شده است. اما در چارت تشکیلاتی هیچکدام از این موارد دیده نشده است که اگر به صورت زیربنایی در تشکیلات دیده شوند بهتر است. در سنوات گذشته تفکر فرسوده ای در تشکیلات وزارت بهداشت وجود داشته است که مساله ی توجه به ستاد و عدم توجه به صف بوده است. در عرصه میدانی توجه زیادی به ساختار نیروی انسانی و منابع فیزیکی اعم از تجهیزات و ساختمان و بقیه مسائل نشده و هر زمان در خصوص آن صحبت شده، در پاسخ بیان شده که این ساختار باید امکاناتش کوچک شده و به بخش خصوصی واگذار شود. امروزه همه به

این باور رسیده اند که اصل جامعیت خدمات در نظام شبکه باید در نظر گرفته شود. در خصوص تعریف بسته های خدماتی، حداقل استانداردها، شرح وظیفه حاکمیتی نظام می باشد و قابل واگذاری به بخش خصوصی نیست، زیرا اگر در آینده این خدمات از بخش خصوصی گرفته شود، در ارائه آنها ممکن است مشکلاتی پیش بیاید. بحث بعدی مداخله سال ۶۵ بود که وزارت بهداشت، وزارت علوم بخش بهداشت، درمان، اجرا و آموزش ادغام شدند. در سیستم بهداشت کشور، معاونت امور بهداشت استان در مراکز استان وجود دارد، که دارای عقبه است، روسای مرکز بهداشت استان ها در واقع از دو جایگاه مدیریتی با هویت حقوقی مستقل برخوردار هستند اما اختیارات مدیریتی را که طبق قانون دارند، از آنها گرفته شده است. در سیاستگذاری به این توجه نشده است که اگر فعالیت اجرایی می خواهد صورت بگیرد، مدیر اجرا باید اختیار داشته باشد. البته این به معنی نفی این موضوع نیست که معاونت های توسعه در دانشگاه ها باید هماهنگ کننده باشند، اما اگر دقت شود قابل فهم است که معاونت های بهداشتی حیطه ی اختیارات کوچکی دارند. در بحث اعتبارات جاری معاون بهداشتی دانشگاه اختیار دارد و باید توجه شود که اختیارات وی از معاونت توسعه تاثیر بگیرد. در بحث ردیف های بهداشتی، درآمدهای اختصاصی، اعتبارات تملک دارایی، این رییس مرکز بهداشت است که باید با استقلال مالی اعتباراتش را هزینه کند. اگر به مواردی که بیان شد توجه نشود در اجرای نظام تحول مشکل ایجاد می گردد.

- پرداختن به موضوع دریافت خدمات درمانی و کاهش پرداخت مردم بحث مهمی است که کاملاً توجیه کننده حرکت تحول نظام سلامت است. خدمات درمانی به لحاظ اجتماعی مهم است حتی اگر نتواند تاثیر ارتقا سلامتی داشته باشد. خدمات درمانی به لحاظ تاثیری که روی آرامش روانی مردم و امنیت اجتماعی دارد، بسیار مهم است و مردم باید آسوده خاطر باشند که حین بیماری به آنها رسیدگی خواهد شد، لذا در اینکه نقطه مناسبی را وزارت بهداشت برای مداخله انتخاب کرده شکی وجود ندارد. کاری که امروز وزارت بهداشت در بحث تحول انجام می دهد، در سطحی بالاتر از کارهای قبلی است، همچنین رویکرد وزارت بهداشت بعد از اصل شبکه که داستان مجزایی دارد، دارای عقبه ی قوی می باشد و سطح این رویکرد از موارد مشابه قبلی

بالتر است. برخلاف بسیاری از مداخلات که وزارت بهداشت در پایان دوره وزیر انجام می‌داد، این مداخله در ابتدای دوران وزارت اتفاق می‌افتد. بنابراین اگر خطایی هم اتفاق بیفتد، فرصت اصلاح وجود دارد و برخلاف موارد قبل که در انتهای دوره به فکر می‌افتادند یا شرایط تازه فراهم می‌شد که دست به اصلاح بزنند و در نهایت فکرهایشان بدون اینکه عقبه مناسبی داشته باشد متوقف می‌شد. این نکته برای سیاستگذار بسیار مهم است، که بدانند هر سیاست پیامدهایی سازگار با ذات و مقتضیاتش به دنبال خواهد آورد نه با آرزوها و اهداف سیاستگذار. لذا اگر سیاستگذار سیاستی را اتخاذ کرد و اجرا کرد و دوست داشت در اثر اجرای سیاست فلان اتفاق بیفتد به این معنی نیست که واقعا آن اتفاق خواهد افتاد. سیاست مقتضیات، الزامات، ماهیت و ذات خود را دارد، علت هم این است که عواملی که بر یک پیامد تاثیر می‌گذارد آنقدر متعدد و پیچیده است که اشراف بر همه آنها غیر ممکن است. لذا ممکن است مداخلاتی انجام بگیرد که حتی مداخلات هم مبتنی بر شواهد باشد البته به لحاظ سبک کاری بعید است که طرح تحول مبتنی بر شواهد باشد، علی‌الرغم همه‌ی اینها ممکن است، اتفاقی بیفتد که حتی پیش بینی اش نشده است. بنابراین آنچه در سیاستگذاری و اجرا مهم است مهم تر از نفس مداخله، رویکرد است، یعنی سیاست متدولوژیک پیش برده شود. متدولوژیک بودن باعث می‌شود حتی اگر اشتباهی رخ داد بتوان آنرا اصلاح کرد اما اگر متدولوژی انتخابی صحیح نباشد، حتی اگر درست شروع کنیم باز هم در مسیر منحرف می‌شویم و متوجه انحراف نمی‌شویم. بطور مثال کسی که تصمیم می‌گیرد، لاغر شود، اولین کاری که انجام می‌دهد، این است که یک ترازو بخرد. وقتی هم رژیم به وی می‌دهند، به جز ترازو باید بدانند که رژیم گرفتن عوارض دارد، دچار کمبود برخی از مواد غذایی اصلی می‌شود و پوستش چروک می‌شود پس باید غیر از ترازو ابزاری داشته باشد که بتواند بفهمد آیا به عوارض مبتلا می‌شود یا خیر. اگر این موارد کنار هم گذاشته شود، یعنی اگر رژیم مناسب نباشد و یا زیاد عوارض ایجاد شود می‌توان در میانه رژیم اصلاحاتی به عمل آورد. این مساله را در جلسه قبل بیان کردم. اینکه پایش و ارزیابی طرح چطور انجام شود مساله مهمی است. آیا بحث دیده بانی موسسه پاسخگوی همه آنچه در پایش و ارزیابی نیاز است،

خواهد بود؟ طرح تحول به دنبال این است که کارایی سیستم را بالا ببرد و بالاخره سلامت و رضایت مردم را جلب کند، منابع به هدر نرود و از طرف دیگر حمایت اجتماعی هم مهم است پس ابزارها باید ناظر بر این باشد که در اثر اجرا کردن این طرح آیا سیستم کارا می شود و عدالت اجتماعی را بیشتر تامین می کند یا نه؟ پس این ها ابزارهای اصلی است که وزارت بهداشت باید هرچه سریعتر آنها را طراحی نماید. همانطور که برای رژیم گرفتن فرد باید اول ترازو بخرد، هر مداخله ای هم که انجام گیرد باید ابزاری برای سنجش آن موجود باشد تا مشخص شود آیا اتفاقاتی که مدنظر است وقوع می یابد یا خیر. مطالعه بهره مندی اطلاعات بسیار مفیدی را فراهم می نماید و بیانگر آن است که رفتار مردم و رفتار سیستم به شیوه ای که مدنظر بوده است وقوع یافته یا خیر؟ پول قابل توجهی وارد سیستم سلامت شده است، از این پول اهداف مقدسی تعقیب شده اند ولی همه ی بازیگران سیستم سلامت اهداف مقدس را تعقیب نمی کنند. دسته ای از افراد زبل و زرننگ به دنبال راهی هستند که این پول را به سمت خود بکشند. بهتر است مثل هکرها باشیم، برای اطمینان از قوی بودن سیستم چهار تا هکر قوی خبر میکنند تا سیستم را هک کنند. اگر سیستم را هک کردند سیستم امنیت ندارد و اگر نتوانستند هک کنند آن سیستم امنیت دارد. پس باید چند نفر آدم زبل خبر شوند و از آنها پرسید چطور می شود این پول را خورد؟ باید از ابتدای کار به شیوه هایی که برای خوردن این پول وجود دارد اندیشیده باشیم تا بتوانیم کنترلش کنیم. قبلا وقتی مریض به مطب می آمد و پروسیجری باید برایش انجام میگرفت، بیست تا سی درصد هزینه را پرداخت می کرد و اگر دو سه تا پروسیجر بود مریض فکر می کرد که آیا می تواند هزینه این بیست تا سی درصد را بپردازد یا خیر. کاری که پزشک انجام می دهد این است که به مریض می گوید یک شب بیمارستان بخواب و من در همان یک شب چند کار را برایت انجام میدهم و ده درصد مبلغ را بده! بیماری که تا دیروز در شهرستان سمنان خدمت می گرفت، امروز که دید اگر در شهر تهران خدمت بگیرد، باز هم همان ده درصد را باید بپردازد و دکترهای تهران هم از دکترهای سمنان بهتر هستند، آیا همچنان در سمنان میماند یا می رود در تهران و اصفهان خدمت می گیرد؟ این سیاستگذاری ها نیست که عیب دارد ولی هیچ سیاست گذاری نیست که

رفتارهای نامناسب را دامن نزند. البته این رفتارها همواره وجود دارد و هر کار درستی عوارض خود را دارد. داروی بی عارضه وجود ندارد و باید فکر کرد که چطور می توان عارضه ها را کنترل نمود. در بحث تحول در مورد اینکه دولت باید پردازد تا مردم در بیمارستان به آرامش برسند بحثی نیست و حتما باید این اتفاق بیفتد اما چون عوارض بسیاری را به دنبال دارد، حتما باید چک لیستی برای تعیین این عوارض، اصلاح سیاست و مکانیزمهایی برای انجام کار از روز اول وجود داشته باشد بنابراین سیستم کنترل در کنار این طرح بحث مهمی است. استقرار نظام کنترل مناسب هزینه گزافی دارد و اگر بخواهیم با چک کردن موارد کمتری همان تاثیر را داشته باشیم باید پیامد پیدا کردن خطا بالا باشد، بنابراین به جای اینکه ده تا پرونده از یک بیمارستان چک گردند می توان دو تا پرونده را چک کرد، در نتیجه احتمال چک کردن پرونده ای که در آن تخلفی صورت گرفته کمتر است ولی اگر چک شود باید جریمه بالایی پرداخته شود و این پیامد ناگوار باید بتواند به عنوان یه عامل بازدارنده معقول عمل نماید. در مجموع این کار بسیار به جا بوده است و خوب است که در آغاز دوره انجام میگردد. البته هیچ سیاستی بی عارضه نیست پس سیاستگذار از ابتدا باید تمام عوارض را پیش بینی، انحرافات را اصلاح نماید و مکانیزم های کنترل کننده را در آن وارد کند. این کار روبنایی است، برای اصلاح و کار زیربنایی نیست. کار زیربنایی درست کردن گایدلاین و اصلاح روش پرداخت و اصلاح مدیریت و اصلاح ساختار اداری بیمارستان ها و ... است که باید به طور جدی به آن پرداخت و در غیر اینصورت با این کار فضا باز شده است تا کسانی که میخواهند سوء استفاده کنند راحت تر باشند.

- در تحول باید ملاحظات زیربنایی وجود داشته باشد. همزمان با سرعت گرفتن طرح باید جلسات هم به سرعت و زیاد برگزار شود و این خلایی است که باید جبران شود. پایداری منابع مهم است. رشد دستمزدها به طور میانگین ۱۶ درصد است. منابع هم باید ۱۶ درصد رشد کند و در اینجا باید به بحث پایداری، صندوق های بیمه توجه شود. از طرف دیگر چالشهایی وجود دارد مثل حفظ انسجام نظام سلامت که نگاهی که این برنامه به بند ۷ سیاستهای ابلاغی نظام سلامت در مورد تفکیک حوزه های تولید، تامین مالی و تدارک خدمت خواهد داشت چگونه خواهد بود. بحث چالشی دیگر

سازو کار نظام بیمه ای است، در حال حاضر پکیج، قیمت گذاری و خرید خدمت در حال تغییر است و وظیفه ی وزارت بهداشت است که به این چالش پردازد. بحث دیگری که به عنوان چالش مطرح است بحث سیاست های بالادستی و یا همان قوانین است، یعنی بستر مشترکی که در خصوص آن توافق شده است که سیاست ها بر اساس آن تدوین شود. یکی از این قوانین، قانون نظام جامع است که تاکید می کند منابع نظام سلامت در حوزه بیمه باید از طریق این قانون سیاستگذاری و هزینه شود. در این راستا قانون یک مقدار معطل و متوقف شده است. این چالشی که در سیاستگذاری خواهد بود و تناقضی که در آینده ایجاد خواهد شد را چگونه باید پاسخ داد؟ بحث خواهد نیز مهم است. این برنامه تحول نظام سلامت نیست، برنامه تحول نظام خدمات است. بحث ها در قسمت عرضه خدمات درمانی انجام می گیرد. شواهدی از تامین اجتماعی می توان ارائه داد که بحث درمان مستقیم سازمان است یعنی می تواند به عنوان یک شاهد در نظام درمان دولتی آن را در نظر گرفت، هر چند در مورد آن ابزار سنجش که آقای دکتر گفتند تردید دارم که این ابزار در دسترس باشد.

- اصل موضوع تحول نظام سلامت جای شک و تردید ندارد و برای مردم منفعت دارد. در حال حاضر در اجرای آن به گونه ای باید مدیریت کنیم که مبادا دلخوری ایجاد شود، در این راستا باید خرج اضافی نمود، یعنی اگر بیمار در بیمارستان داد بزند ولو اینکه خواسته ی نابجایی داشته باشد و مشمول طرح نباشد می گوئیم مشکل وی چیست؟ شخصی که در خارج از کشور بود، تعریف می کرد که در این چند سال کار پیدا نکردم و از وی پرسیدم: چرا؟ ایشان گفتند که من در آزمون های مختلف شرکت کردم و وقتی قبول شدم میگفتند در لیست انتظار هستید و منتظر باشید. او در خصوص امتحانات می گفت که مهم نیست که مدرک شما چیست بلکه گایدلاین موسسات خود را در نظر می گیرند. مشکل عمده ای که در ایران وجود دارد این است که برای پروسه های درمانی بیماری های مختلف گایدلاین موجود نیست، در حالیکه بیمه ها برای عملهای مختلف یک عدد گلوبال می دهند (و این خیلی خوب است) و بیمارستان باید به نحوی مدیریت کند که پروسه های درمانی مطابق با پولی باشد که بیمه ها می دهند. اگر بیمارستان دو روز بیشتر بستری کند ضرر کرده است و اگر یک

روز کمتر بستری کند سود کرده است. گایدلاینها اگر تعریف نشود در این تحول نظام سلامت آسیب جدی خواهیم دید. ممکن است در یک بیمارستان برای یک عمل ارتوپدی N تومان هزینه شود و در بیمارستان دیگری 2N هزینه شود و هیچ سیستم پایشی وجود ندارد که بدانیم هزینه در کدام کمتر و در کدام بیشتر بوده است. این موضوع در گایدلاینها باید تعریف شود تا مشکلات در این خصوص حل شود. تعریف یکپارچگی و عدالت در سلامت دشوار است. با اجرای بسته مقیمی از اول خرداد، هنوز تعرفه پزشکی که در بیمارستان شهدای تجریش کار می کند، پزشکی که در بیمارستان رسول اکرم کار می کند، پزشکی که در بیمارستان فیروز آبادی شهر ری، شهریار و یا رباط کریم کار می کند یکسان است و تفاوت ندارد. در حالیکه همیشه بعد بیمارستان های کوچک و دوردست تابعیتشان بیشتر است اما در این طرح تابعیت آنها یکی در نظر گرفته شده است. همیشه زیاده خواهی در بیمارستان های بزرگ بیشتر از بیمارستان های دوردست است، این مساله باید حل شود و در نظر گرفته شود که پزشکی که در بیمارستان بزرگ در مرکز کار می نماید، تفاوت چشمگیری با کسی که در دوردست کار می کند دارد. البته بسته مناطق محروم وجود دارد و ماندگاری در آن مورد توجه قرار گرفته است اما در شهرهای بزرگ این هنوز تعریف نشده است. به سمت مساله یکپارچگی در درمان باید حرکت کرد مثلاً بین عملی که در بیمارستان تامین اجتماعی یا در بیمارستان دانشگاهی یا در بیمارستان خصوصی صورت می گیرد باید رابطه ای باشد و این رابطه همه جا تعریف شده باشد و مشخص گردد که تا به این سمت حرکت نشود نمیتوان ادعا کرد پرچم یکپارچگی را برافراشته ایم.

- حمایتی که وزارت بهداشت جلب کرده است، در تاریخ بی سابقه است و این نشانگر درایت وزیر محترم بهداشت می باشد. در شروع کردن طرح از درمان نیز هیچ شکی نیست، اما مطلبی که باید دیده شود این است که اولاً بحث ناکافی بودن ارزشیابی و پایش در تمام برنامه ها وجود دارد و بزرگترین لطمه را این مساله ایجاد می کند. نباید بدی ها را نینیم و فقط مزیتها را نشان دهیم. از طرفی جمعیت در حال پیر شدن است و از طرفی شیوه زندگی مردم نامناسب می باشد و هر دو اینها دست به دست هم می دهند و باعث می شوند که بار بیماری ها تصاعد هندسی داشته باشد، بنابراین نکته ی حائز

اهمیت در این خصوص این است که آیا تامین منابع مالی در آینده هم تصاعد هندسی خواهد داشت؟ نمونه ای که شاهد بودیم بیمه روستایی است وقتی سال ۸۵ شروع شد، حقوقی که به پزشک بیمه روستایی می دادند سه برابر حقوقی بود که در حکم وی نوشته شده بود و بنابراین همه تمایل داشتند بروند روستا خدمت کنند. امسال تا قبل از این بسته جدید که البته خوب است و اصلاحیست که باید انجام پذیرد، حقوقی که در روستا داده می شد از حکم حقوقی یک پزشک کمتر بود یعنی این شارژی که در نظام سلامت در حال حاضر می شود به افول کشیده نشود، به نحوی که ده درصد، بیست درصد شود. بیست درصد، سی درصد شود، سی درصد، چهل درصد شود به دلیل اینکه منابع مالی تصاعد هندسی نداشته ولی بار بیماری ها تصاعد هندسی داشته است.

- اشاره شد آمار امید به زندگی سالم زیاد رضایت بخش نیست و امید به زندگی سالم خیلی از افراد جامعه ده سال کاهش می یابد که متأسفانه در جامعه امروز این سن نیز رو به کاهش است و از سنین پایین شروع می شود. همچنین اشاره شد مواردی مثل حوادث و بیماری های قلبی، محیط زیست، تورم و عدم دسترسی مردم به غذای سالم روی امید به زندگی سالم تاثیر گذارند و در جامعه کم کم افزایش می یابد. بعلاوه بیان کردید که ۴۰٪ افراد سالم، ۴۰٪ دارای ریسک فاکتور، ۱۰٪ با بیماری مزمن و ۱۰٪ با بیماری حاد هستند که در این میان ده درصد بیماری های مزمن بیشتر مربوط به بیماری های غیر واگیر است. ده سال از زندگی افراد در فازی قرار دارد که وجود دارند اما در جامعه نیستند. بهتر است در بحث نظام سلامت یکی از اهداف این باشد که مردم بواسطه هزینه های سلامت وارد خط فقر نشوند، یا فردی در نظر باشد که ده سال از زندگی اش را در بیماری مزمن قرار دارد در واقع ذره ذره وارد فاز فقر می شود. در سلامت سه سطح داریم بهداشت، درمان و توانبخشی، اما در بحثهای خدمت کمتر دیده می شود که به افراد از کار افتاده توجه شود. برای کسی که از بیمارستان ترخیص می شود، یک استاندارد طلایی وجود دارد که وی به جامعه بر گردد. اگر این زمان طلایی در بسته های خدمتی، بصورت فرصتی برای جامعه دیده نشود و افراد از جامعه خارج گردند، به خودی خود یک نفر از افراد خانواده را هم برای نگهداری بیمار از جامعه خارج می کنند که بار مالی و اقتصادی در طولانی مدت به جامعه تحمیل می کند. در

بحث سیاستگذاری توانبخشی باید گنجانده شود در غیر اینصورت فاجعه اتفاق خواهد افتاد. در طرح های بیمارستانی فاز بیماری های مزمن بحث Sub Acute Care گنجانده شود. در بیمارستانها و مجتمع های بزرگ می توان آنرا دید و افراد شاغل در حوزه ی توانبخشی در این فاز وارد شوند و از آنها به نحو احسن استفاده کنند. این کار باعث می گردد ده درصد بیماری های مزمن با گذر سال ها افزایش نیابد و بار اقتصادی زیادی بر جامعه تحمیل نکند.

- مشکلی که در کشور وجود دارد این است که در همه حوزه ها بهره وری پایین است، کار درست شناخته شده است اما درست انجام نمیگیرد. زمانی که طرح تحول در حال آغاز بود در جلسه ای عرض کردم، بدلیل عدم اصلاح زیر ساخت های وزارت بهداشت این طرح در آینده به مشکل بر میخورد. مثلاً نظام ارجاع درست نشده و گایدلاینها طراحی نشده اند. همین دو مورد کلی می توانند پرداخت از جیب را بکاهند. در طرح فعلی نیز شتابزدگی حرف اول را میزند. قطع یارانه ها کار درستی بوده است اما به درستی انجام نشد، انتظار داشتند که حداقل ۱۲-۱۵ میلیون نفر ثبت نام نکنند و این انجام نشد. عده ای که ثبت نام نکرده بودند نیز ضرر کردند. این اتفاق بد افتاد، اکنون دولت همان حرکت را دوباره انجام میدهد و اینکه دلیل سیاسی است یا چیست، مشخص نشده است ولی نمی توان تصمیم درست را در زمان مناسب اتخاذ کرد. در نبود زیرساختها، هنوز شاخص انسانی مورد توافق واحدهای وزارتخانه موجود نیست، مثلاً در بحث بیمارستانها شاخص های سازمان مدیریت ۷ پرستار، وزارت خانه ۱ پرستار و معاونت درمان ۱/۵ پرستار را به ازای هر تخت لازم می داند و این باید اصلاح شود. شتابزدگی باعث عدم توزیع مناسب منابع مالی می شود، منجر به عدم اعتقاد به محیط می شود چون هنوز شاخص ها و سیستم های لازم برای پایش و ارزیابی وجود ندارند که استاندارد باشد، اختیار بدهد و پاسخگویی بخواهد. رفتارها و قدرتهای تصمیم گیری که بتواند از خلاف قانون پیشگیری نماید، وجود ندارد. عدم عدالت در توزیع منابع وجود دارد تقریباً ۱/۷ تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در کشور موجود است که در برخی کشورها به ۳ در ۱۰۰۰، در برخی به ۲/۵ می رسد. در داخل کشور نیز بطور مثال کرمانشاه حدود ۲/۵ تا ۳ است و استانی داریم که ۴ تخت به ازای هر ۱۰۰۰

نفر دارد. در طرح سطح بندی، منابع در جاهایی متمرکز می شود که استفاده ندارد یا منابع به هدر می رود. در بخشنامه‌ها ابهام وجود دارد. مثلاً بیمارستان هایی هستند که گفته اند تخت خاص، نیازمند پزشک مقیم نیست، بطور مثال در بیمارستان منطقه محروم اگر متخصص زنان زایمان شب مقیم نباشد ممکن است فاجعه مرگ مادر پیش بیاید. تمام توان وزارت بهداشت روی این قضیه متمرکز شده ولی اگر درست بررسی شود انتظارات ما در محیط برآورده نشده است. اگر می‌خواهیم به جایی برسیم باید زیرساختهایی که لازم است را اصلاح نماییم در غیر اینصورت با شکست مواجه خواهد شد و در آینده باید پاسخگویی مردم باشیم.

- سه نکته را بیان می‌نمایم. در آینده لیست انتظار طولانی مدت در بیمارستان های دولتی خواهیم داشت، بنابراین باید به فکر باشیم و پیش بینی نماییم. نگرانی دوم در عمل این است که به نظر می‌آید هر بخش با نگاه به بخش خودش بسته های تحول را نوشته است مثلاً در بسته تحول ترویج زایمان های ایمن ده تا ۱۲ تا مراقبت دوران بارداری که در بخش بهداشت است جایی دیده نشده است و فقط به خود فرایند زایمان توجه کرده است یا مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی خدمات پیش بیمارستانی وسیعی را ارائه می‌دهند، مثلاً استان مازندران در سال ۹۲، بالغ بر ۴۵۰ هزار ویزیت پزشک در مراکز شبانه روزی داشته که اگر موجود نبودند این ویزیت ها در بیمارستان سرریز می شدند. به این مسائل توجه نشده و فقط به حوزه درمان توجه شده است، باید تک حوزه نگری کنار گذاشته شود. تفاوت چشمگیر بین دریافتی پزشکان در بیمارستانها، ستاد معاونتها، پزشک خانواده روستایی و شهری وجود دارد. این تفاوت باعث شده بود، در سال ۸۴ پزشکان متمایل به خدمت در روستا شدند که بعد با کاهش حقوق‌ها برگشتند و در حال حاضر دوباره می‌خواهند به سمت روستا بروند. برای اجرای درست برنامه‌ها باید یک ستاد چابک وجود داشته باشد که نظارت های لازم را انجام دهد. در تشکیلات دانشگاه ها و تشکیلات شبکه‌ها، بخشهای فنی را ضعیف می‌بینند، حتی تعداد مدیریت های حوزه درمان را کاهش داده اند، حوزه ی بهداشت مرکز استان نیز در حال پاکسازی است. این نگاه به تشکیلات در آینده نمی‌تواند پاسخگویی ارائه خدماتی تا این حد گسترده باشد.

- به نظر می‌رسد بسته‌ها منوط به ۵ شاخص سازمان جهانی بهداشت است یعنی سطح سلامت و توزیع آن، پاسخگویی نظام سلامت و توزیع آن، میزان مشارکت مالی مردم، شاخص‌های سطح پاسخگویی، عادلانه بودن و میزان مشارکت. ارتقای سطح سلامتی با این طرح‌ها سخت‌تر می‌شود مثلاً برای یک میلیون دیابتی، ارتقای سطح سلامت و امید به زندگی با خدمات مدون بهداشتی ممکن است ولی خدمات بیمارستانی و تخصصی شاید نتوانند این هدف را محقق نمایند.

پاسخ سخنران

رو بنایی بودن، زیر بنایی بودن و اینکه زیر ساختها درست شده یا خیر بحث الان نیست. در خصوص تهیه گایدلاینها نیز نزدیک بیست سال است که در وزارت بهداشت گایدلاینها را مینویسیم و سازمان تامین اجتماعی در مورد اقدام به تهیه گایدلاین و ساختار مناسب منابع مالی دارد و تولید لازم را داشته است. اما چرا انجام نشده چون همه افراد با هم پاسخگو نبودند، بحث تولید خیلی مهم است. آقای دکتر امامی رضوی اشاره کردند به اینکه نتایج تولید را در این برنامه میبینیم. درست است که از ابتدا نظام پایش و ارزیابی دیده نشده است، البته تا حدودی دیده شده، شاخص‌ها مشخص بوده ولی ساختار آن درست نشده است و اکنون برای اولین بار است که در ابتدای دولت هستیم و برنامه تحول انجام میگردد، نظام پایش، ارزشیابی و متولی آن تعیین شده است و اینکه چه گروهی باید کار را انجام دهند ولی اینکه چه شاخصی را در نظر بگیرند و چگونه مانیتور نمایند در طی جلساتی که پیش رو است شکل میگیرد و مطالعات جدی در این زمینه انجام می‌شود. در مورد عدم توجه به بحث زیرساختی که مطرح کردید باید بگوییم که چند سال است که میگوییم نسبت پرستار به تخت پایین است و حتی پیشنهاد شده است که به جای اینکه بیمارستان طلب کند، به بیمارستان گفته شود که بعنوان مجموعه ای که میخواهد اقتصادی بچرخد، هتلینگت را درست در نظر می‌گیریم اما بحث زیرساخت را خودتان درست کنید. از طرفی مداخله ای انجام می‌گیرد، کنترل ناب‌های متعددی برای نظام سلامت وجود دارد، پایش و ارزیابی انجام می‌گیرد و مجدداً سیکل میچرخد تا پایداری در نظام سلامت ایجاد گردد نه یک نظام سلامت ایده‌ال.

با تمام دغدغه‌ها یی که مطرح نمودید موافق هستم، حتی اگر عجله کردیم باز فکر میکنم موفقیت نسبت به طرح‌های قبلی بیشتر خواهد بود.

رییس جلسه

مشخص و روشن است که سیاست‌های کلی سلامت چه مسیری رفته است بخصوص برای افرادی که درگیر تدوین آن بوده‌اند، پیام‌ها را بهتر درک می‌کنند. اگر در بند هفت بیان شده تولید و تامین منابع مالی از ارائه خدمت تفکیک شود، ذیل بند آن نیز دیده شود که مشخصا گفته شده تامین مالی از طریق بیمه و با محوریت وزرات بهداشت، یعنی کاملا روشن است که چتر وزارت بهداشت روی هر بخش گسترده شده است و تولید وزارت بهداشت مشخص است. تجربه سالهای گذشته در اختیار است، علت اینکه در طرح منابع آمد، از آغاز به همکاران سازمانهای بیمه گر گفت که این کار موقت است ولی اگر بخواهیم منابع پایدار باشد باید در تعرفه و در پوشش خدمات وارد شود. اما چرا این کار انجام نگرفت؟ چون ظرفیت وجود نداشت و تجربه قبلی نیز موجود بود. مرتب با شورای عالی بیمه نشست انجام گرفت و اضافه کردن یک خدمت شش ماه یکسال طول میکشید ولی اینجا یکدفعه یک پوشش قابل توجه اعمال شد تا کار در کوتاه مدت انجام شود. اکنون هر خدمتی را بیمه بخواهد در پوشش بیمه ببرد بلافاصله وزارت بهداشت مبالغ را به آن سمت منتقل می‌نماید، وزارت بهداشت کاملا آمادگی این مساله را دارد و این شیوه بهتر است چون معنی نظام بیمه‌ای را واقعا درک می‌شود، قبلا ظرفیت وجود نداشت و هماهنگی نبود اما این هماهنگی اکنون موجود می‌باشد.

نگرانی در خصوص بسته‌های بهداشت این است که بسته‌های بهداشت برای برخی معاونین محترم بهداشت توجیه نشده باشد! بحث بیماری‌های غیر واگیر و رفتن در پوشش خدمات PHC یک موضوع اساسی است، یکبارہ اتفاق نمی‌افتد، باید تدریجی باشد و پایلوت شود، تجربه قبلی آن موجود است یا مثلا گسترش برنامه‌ی ارجاع و پزشک خانواده هدف اصلی حوزه‌ی بهداشت است. در مورد اجرای گایدلاینها نکته‌ای بگوییم: ۵ سال مسئول این بخش بودم و کارهای اساسی شروع کردیم که نتایجش هم دیده می‌شود. افرادی که مجری کار هستند مثل روسای دانشگاه‌ها و معاینین درمان می‌توانند شهادت دهند که با متمرکز شدن روی اجرای دقیق این کار بسیاری از بحث‌هایی که عنوان

گایدلاینی دارد، را اجرا می کنیم. نمونه آن بحث تجهیزات پزشکی است. آیا شما تصور می کردید که بتوانیم تا این حد قیمت را پایین بیاوریم؟ هوشمندی در سیستم ایجاد شده و نوعی اجرای گایدلاین موضوعی بیمارستان است و به تدریج با اجرای دقیق کار در بیمارستانها اتفاق می افتد.

جمع بندی

در بحث محیط بیرونی دغدغه ی انطباق با سیاست های کلان وجود داشت و دغدغه ی سیاست زدگی و اینکه چقدر تداوم رفتار وجود دارد. دغدغه خیلی مهم دیگر برای همه بحث ناپایداری منابع است که به دو لحاظ مطرح است یکی منبع مالی و دیگری تغییر هرم سنی در جهتی که در سالهای بعد این پایداری نتواند اتفاق بیفتد. دو نکته مهم تاثیر گذاری بحث عدم افزایش انتظارات مردم و تحلیل درست از انتظارات و واکنش مردم و بحث تحلیل روی بحث خصوصی بود.

در مورد محتوای مداخله در محیط بحث زیر بنایی و روبنایی بیان شد که باید به شواهد متقن در مورد اینکه بسته های انتخابی بهترین گزینه های ممکن است یا خیر توجه کنیم و بدانیم کدام مداخلات واقعا اثربخش است؟ نظام ارجاع، بحث گایدلاینها و یا تقویت نظام مدیریتی؟

وزن مداخلاتی که انجام میدهم بر روی اهداف طرح یکسان است؟ با وجود تنوع اقلیمی و تنوع شهرهای بزرگ و کوچک، آیا متناسب با شرایط محیط اجرا، مساله عدم تمرکز را نباید بالا ببریم؟

تاکید بسیار روی نظام کنترلی، پایش و ارزشیابی صورت گرفت. جامعیت خدمات، توانبخشی و کیفیت خدمات به طور خاص مورد بحث قرار گرفت که این موارد را در محتوای مداخله قرار می دهیم، یعنی محتوای مداخله چه ابعادی را باید در نظر بگیرد و جای کار کردن بیشتر دارد.

در سیستم دینامیک کار میکنیم و نباید این موارد را مجزا و انتزاعی ببینیم، در خصوص اینکه همزمان باید روی نظام آموزشی، پژوهشی و تامین منابع انسانی، توجه شود صحبت

شد و اینکه ماما و پزشک می‌خواهند تغییر جا بدهند. آیا بیماری‌هایی که بیشترین بار بیماری را دارند هدف قرار دهیم یا تمام اهداف نظام عالی سلامت را مورد توجه قرار دهیم؟ در مورد دالی صحبت شد. بالاخره بحث لیست انتظار مطرح شد و اینکه آیا لیست انتظار را افزایش نمی‌دهیم؟ یعنی پیامدهایی که انتظار نداریم و انفاق خواهد افتاد را باید بتوانیم با تفکر سیستمی مورد توجه قرار دهیم.

نکته‌ی آخر در مورد پشتیبانی سیستم بود. سرعت یا شتابزدگی سیستم و اینکه الان سیستم را چگونه پیاده می‌کنیم باید مورد توجه قرار گیرد. بحث ضعف ساختار در محیط و زیر ساخت انسانی برای اجرای برنامه تحول خیلی مورد اشاره قرار گرفت و آخرین نکته‌ای که چون همه قائل به نیاز به برنامه تحول بودند و اینکه چگونگی آن مهم است فرمایشی است که در ابتدا یکی از همکاران بیان نمودند که کار احتیاج به افراد هم‌دل دارد.