

ششمین نشست گفتمان سیاستی
دیدهبانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

موسسه ملی تحقیقات سلامت

۱۳۹۶/۰۸/۲۳

مقدم

مقدمه

عرض ادب و احترام دارم خدمت حضار ارجمند و خیرمقدم عرض می‌کنم خدمت شما بزرگواران و آقای دکتر حریرچی که امروز برای نشست‌های ماهیانه موسسه ملی تحقیقات سلامت حاضر شده‌اند. در ابتدای جلسه از درگذشتگان و آسیب دیدگان زلزله کرمانشاه یاد می‌کنم و خواهش می‌کنم فاتحه‌ای برای آن‌ها بخوانیم.

من باب یادآوری عرض می‌کنم که ما یک سری نشست‌های ماهیانه داریم که به شکل گفت‌وگوهای سیاستی برگزار می‌شود. در گفت‌وگوهای سیاستی ما آزادانه صحبت می‌کنیم و نام کسی در گزارش‌ها منتشر نمی‌شود. هدف ما از این نشست‌ها این است که یک موضوع دارای اهمیت در کشور را از دیدهای مختلف ببینیم. من گزارشی خدمت شما عرض می‌کنم؛ در هفته اخیر من را به جلسه‌ای تحت عنوان «سیاست ارزیابی فناوری سلامت»^۱ دعوت کردند؛ در حقیقت موسسه عضو HTAI است و از ما درخواست شد که رئیس موسسه به عنوان عضوی از این مجموعه در جلسه حضور داشته باشد. موضوع آن‌ها «پوشش همگانی سلامت»^۲ بود که جالب بود، جمع کوچک بود و پس از جلسه کارهای گروهی در آن شروع شد. در این جلسه نماینده شرکت Boston scientific و Johnson and Johnson و شرکت‌های معتبر عرصه دارو و فناوری و «موسسات دولتی»^۳ همچون ما از تایلند و فیلیپین و... سازمان‌های بین‌المللی مثل «سازمان بهداشت جهانی»^۴ حضور داشتند. برای من که همیشه در «بخش عمومی»^۱ کار کرده‌ام

^۱ Health technology assessment policy from

^۲ UHC & HTA

^۳ public agency

^۴ WHO

قابل تصور نیست که ما بتوانیم خیلی با بخش خصوصی کار کنیم و این موضوع را مطرح کردم. این جلسه بسیار سازنده بود و در آخر بیان شد که تمام معیارهای ما یکی است پس باید نوع نگاه خود را یکی کنیم. ما حاصل جلسه این بود که ما باید تمرین «خوب ارزیابی کردن فناوری سلامت»^۲ داشته باشیم تا این بحث را تعریف کنیم که چطور می‌توانیم در این موضوع با بخش صنعت همکاری کنیم. وقتی ما به بحث «خوب اداره کردن حکومت»^۳ نگاه می‌کنیم این سازنده است که از دیدگاه‌های مختلف یک مسئله را ببینیم. ما هم با مبانی علمی قرار است نقاط ضعف و قدرت خود را بشناسیم.

کاری که همکارهای ما در مردادماه آماده کردند گزارشی تحت عنوان دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران بود. مأموریت موسسه پایش رویدادهای مرتبط با سلامت در کشور است. همکاران ما داشبوردها ایجاد کرده‌اند، پیمایش‌ها را بررسی کرده‌اند که بدانند این پیمایش باید چه زمانی انجام بگیرد تا شاخص مرتبط تولید شود و بالاخره بتوانیم به این نتیجه برسیم که به کدام سمت می‌رویم، رصد شود و درنهایت به جامعه، سیاست‌گذار، دولت و حاکمیت بازخورد خوبی ارائه کنیم. گزارشی که امروز راجع به آن بحث می‌شود راجع به جزئیات آن نیست بلکه روال کاری این دیده‌بانی است، نخستین باری است که دیده‌بانی از منظر نظام سلامت انجام می‌شود، به بحث گذاشته می‌شود و عملکرد موسسه بررسی می‌شود. بخشی از نتایج معرفی خواهد شد اما هدف اختصاصاً بحث روی نتایج نیست؛ امروز می‌خواهیم روی نوع این کار، نوع اطلاع‌رسانی و شیوه تقویت آن صحبت کنیم. خانم احمد نژاد برای تهیه این کار زحمت بسیار کشیدند، این

^۱ public sector

^۲ good HTA practice

^۳ good governance

کار واقعاً شبانه‌روزی بوده است. از خانم دکتر خواهش می‌کنم معرفی را انجام دهند تا بحث پیش برود.

بیان مسئله

خانم دکتر احمد نژاد: سلام و عرض ادب دارم و تشکر می‌کنم از تشریف‌فرمایی دکتر حریرچی. همان‌طور که آقای دکتر فرمودند این چکیده‌ای از گزارشی است که به دستور آقای دکتر حریرچی و وزارت بهداشت آماده‌شده است. اسم این گزارش دیدهبانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است. من در چهارپنچ اسلاید اول سعی کرده‌ام که مفهوم دیدهبانی و دیدهبانی نظام سلامت را توضیح بدهم و بیان کنم که چرا این گزارش می‌تواند در قالب دیدهبانی نظام سلامت معرفی شود. کلمه «رصدخانه»^۱ در واقع به یک مکان که در آن رصد صورت می‌گیرد گفته می‌شود و بعدازآن شامل همه اقداماتی شده است که رصد را انجام می‌دهند. از سال ۱۹۷۰ این واژه جایگزین «ارزیابی»^۲ شده و برای دیدهبانی نظام سلامت استفاده می‌شود و معنی آن در واقع رصد نظام‌مند و مستمر وضعیت‌های مرتبط با سلامتی است. برای رصد نظام سلامت چیزی که بسیار ضروری است تحلیل کارکردهای نظام سلامت است که در نهایت منجر به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد بر اساس تحلیل‌های صورت گرفته می‌شود. «دیدهبانی سلامت»^۳ برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. اقدامات دیدهبانی در نهایت منجر به استفاده از نتایج و تحقیق‌ها برای سیاست‌گذاری آگاهانه می‌شود.

^۱ observatory

^۲ evaluation

^۳ observatory on health

اینجا فهرستی از مؤسسات دیده‌بان را ملاحظه می‌کنید. در دنیا برای دیده‌بانی سلامت مؤسسات زیادی وجود دارد؛ اما مؤسساتی که تمام جنبه‌های نظام سلامت را بررسی می‌کنند چند موسسه بیشتر نیستند.

- Global Health Observatory [WHO-HQ];
- European Observatory on Health Systems and Policies;
- Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies;
- The North American Observatory on Health Systems and Policies [NAO];
- African Health Observatory;

اگر ملاحظه بفرمایید تقسیم‌بندی منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی رعایت شده است و در هر منطقه مؤسسه دیده‌بانی برای کل کشورهای زیرمجموعه آن منطقه راه‌اندازی شده است. برای منطقه مدیترانه شرقی تا به حال موسسه‌ای که به طور مستقل، مثل آن مراکز دیده‌بانی نظام سلامت را انجام دهد مستقر نشده است و این وظیفه دیده‌بانی در حال حاضر برای دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت است و از سمت دیگر وزارت بهداشت هر کشور اقدامات دیده‌بانی را انجام می‌دهد. در نهایت می‌توان گفت مرکزی برای تنظیم داده‌ها برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در منطقه مدیترانه شرقی هنوز وجود ندارد. نقش مؤسسه ملی تحقیقات سلامت دیده‌بانی نظام سلامت است، نهادی است که وضعیت سلامت را دیده‌بانی می‌کند و تولید و ترویج به‌کارگیری شواهد موردنیاز برای برنامه ریزان و سیاست‌گذاران سلامت در سطح ملی را انجام می‌دهد که بتواند مدیریت فرآیند تولید شواهد ملی و مشارکت علمی بین مراکز مرتبط داخل و خارج از کشور، شبکه‌سازی و توانمندسازی محققین و سیاست‌گذاران به نیازهای سلامت و نهایتاً اصلی‌ترین مخاطب آن که وزارت بهداشت است پاسخ دهد. مؤسسات

مشابه موسسه ملی تحقیقات سلامت در منطقه مدیترانه شرقی و در کل دنیا وجود دارد که تقریباً ۸۸ کشور این را دارند و به اسم «موسسه ملی سلامت عمومی»^۱ شناخته می‌شوند. این مؤسسات زیرمجموعه انجمنی هستند که در آن روی موضوعات سلامت عمومی تمرکز شده است، بعضی از آن‌ها در پاسخ به اپیدمی‌های بیماری‌های عفونی کار می‌کنند اما در عین حال نقش همه آن‌ها در سطح ملی است. اقدامات مؤسسات دیده‌بان شامل دودسته گزارش‌های جامع می‌شود، این مؤسسات می‌توانند راجع به موضوعات کوچک نظام سلامت هم گزارش تهیه کنند؛ اما این دودسته گزارش همه جنبه‌های نظام سلامت را می‌بینند که با اسامی زیر شناخته می‌شوند:

- Reports on Health System Reviews (Health in Transition Report);
- Reports on Health profile.

در ادامه این دو مورد باهم مقایسه شده است، «ارزیابی‌های نظام سلامت»^۲ که در قالب گزارش‌های health in transition خوانده می‌شوند تواتر زمانی دارند و هر سه تا پنج سال یک‌بار تدوین می‌شوند، معمولاً این گزارش‌ها در ابتدا، وسط و انتهای «اصلاحات/تحولات»^۳ تدوین می‌شوند. مؤلفه‌های آن مؤلفه عملکردهای نظام سلامت financing, governance information system شامل به‌طور مثال physical and human resources و... است. در گزارش‌های اخیر آن‌ها یک health system assessment قرار داده‌اند و گریزی به تحول سلامت دارند.

^۱ national institute of public health

^۲ health system review

^۳ Reforms

گزارش‌های بعدی health system profile ها است. برای مثال در ایران گزارش خلاصه‌نمایه نظام سلامت وجود دارد که بدون مقایسه با باقی کشورها تهیه شده است؛ اما گزارش مجزایی برای نمایه نظام سلامت در منطقه مدیترانه شرقی دیده نشده است. در سال‌های اخیر کشورهایی که اقدامات رسیدن به پوشش همگانی سلامت را شروع کرده‌اند، بیان کرده‌اند که health reports ها گزارش‌هایی است که برای ارزیابی دستیابی اقدامات نظام سلامت به «پوشش همگانی سلامت»^۱ تدوین می‌شود. در بعضی کشورها دوسالانه یا حتی سالانه این گزارش‌ها تدوین می‌شود. موسسه به دنبال اجرای مهم‌ترین بازسازی نظام سلامت شروع به پایش و ارزیابی مداوم طرح کرد، در سال سوم لازم بود که نظام سلامت برای دیده‌بانی به‌طور کامل ارزیابی شود. بهترین الگو برای ارزیابی نظام‌های سلامت که در مرحله گذر از اصلاحات هستند Health system Review (HiTs) می‌باشند. زمان تدوین این گزارش در سال سوم برنامه (طرح تحول) و تغییر و scale up برنامه‌های دولت برای نظام سلامت و بویژه طرح تحول بود که مؤسسه در قالب پاسخگویی سریع در طی تابستان ۱۳۹۶ ارزیابی نظام سلامت را تکمیل نمود.

الگوی گزارش ارزیابی نظام سلامت (HiTs)

- تدوین این دسته گزارش‌ها تقریباً از سال ۲۰۰۰ آغاز شده است و در طی سالیان الگوی نگارش آنها تغییر یافته است. بدنبال انتشار چارچوب ارزیابی نظام سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ (Six Building)

^۱ UHC

(Blokes)، الگوی تدوین این گزارش‌ها تغییر پیدا کرد و از سال ۲۰۱۰ براساس همین الگو تدوین می‌شوند؛

- لذا محتوای اصلی این گزارش‌ها ارزیابی براساس چارچوب WHO بوده و علاوه بر این‌ها وضعیت کلی جغرافیایی، سلامت، وضعیت ریفورم‌های اخیر و سپس بررسی اقدامات نظام سلامت برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت (در گزارش‌های از سال ۲۰۱۲ به بعد) اضافه شده است.

نهایتاً این گزارش‌ها با عنوان Health in Transition با شماره و دوره و سال دسته‌بندی می‌شود.

خلاصه اجرایی گزارش ایران

- گزارش ایران شامل هشت بخش و یک بخش نتیجه‌گیری است. این گزارش به توصیف اجمالی از وضعیت نظام سلامت ایران، سیاست‌های جاری و اصلاحات اساسی آن در دوره گذار از تحولات اساسی به منظور دیده‌بانی می‌پردازد؛
- فصول گزارش شامل ارایه کارکردها و اطلاعات مربوط به ایران بوده و سپس اطلاعات و شاخص‌ها برای گروه‌های خاصی از کشورها ارایه و رتبه ایران در این گروه‌ها آورده شده است؛
- گروه بندی کشورها: کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (در سال ۲۰۱۶)؛ کشورهای منطقه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله؛ مدیترانه شرقی؛ و برای برخی از شاخص‌ها، کشورهای عضو سازمان توسعه همکاری اقتصادی؛

در نهایت، مقدار بعضی از شاخص‌ها برای این سه گروه ذکر نشده بود و ما مجبور شدیم به سراغ کشورهای برویم که مقادیر این شاخص‌ها برای‌شان ذکر شده بود. در این راستا، کشورهای OECD برای مقایسه انتخاب شدند. با وجود این که در کشورهای دیگر ارائه «وضعیت نظام سلامت»^۱ و «شاخص‌های تعیین کننده در حوزه سلامت»^۲ در گزارش‌ها رواج چندانی ندارد، ما به منظور داشتن گزارشی از این شاخص‌ها آن‌ها را به فصل نخست این گزارش یعنی «نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت» پیوست کردیم.

محتوای گزارش

فصل‌بندی گزارش به شرح زیر است:

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

جغرافیا و جمعیت‌شناسی؛ وضعیت اقتصادی؛ سیاست‌های مهم موثر بر سلامت؛ وضعیت کلی سلامت؛ عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

فصل دوم: ساختار و حاکمیت

ساختار؛ حاکمیت؛ سیاست‌گذاری؛ تنظیم قوانین و مقررات؛ تمرکز و تمرکززدایی؛ برنامه‌ریزی؛ همکاری‌های بین‌بخشی؛ توانمندی‌سازی مردم و بیماران.

فصل سوم: تأمین مالی

هزینه‌های بخش سلامت؛ کارکردهای هزینه‌ای نظام سلامت؛ بیمه‌های سلامت؛ بسته پایه خدمات؛ شیوه‌های پرداخت.

^۱ Health status

^۲ Health determinant

فصل چهارم: منابع فیزیکی و سرمایه انسانی

توسعه منابع فیزیکی؛ زیرساختهای حوزه سلامت؛ تجهیزات پزشکی؛ دارو؛ اطلاعات منابع انسانی؛ آموزش و برنامه ریزی منابع انسانی.

فصل پنجم: آرایه خدمات سلامت

مراقبت های اولیه و بهداشت عمومی؛ مسیر درمان بیمار در ایران؛ خدمات سلامتی سطح دو و سه؛ خدمات سلامتی در منزل؛ در مراکز بستری روزانه؛ مراقبت های پیش بیمارستانی؛ موارد نیازمند به مراقبت های طولانی مدت؛ توانبخشی و طب تسکینی؛ خدمات دارویی؛ خدمات دهان و دندان؛ خدمات برای جمعیت های خاص.

فصل ششم: نظام اطلاعات سلامت

منابع برای اطلاعات؛ شاخص های ارزیابی؛ منابع داده های سلامت؛ انتشار و بکارگیری اطلاعات.

فصل هفتم: اصلاحات نظام سلامت

تاریخچه اصلاحات؛ معرفی طرح تحول سلامت؛ اهداف کلان طرح و ارزیابی وضعیت کنونی؛ راه رو به آینده

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

حفاظت مالی در برابر هزینه های سلامت؛ دسترسی و پوشش موثر خدمات سلامتی.

در ادامه یکسری از نتایج مهم موجود در فصل ها را به صورت کلی بیان می شود.

نگاه کلی به جمهوری اسلامی ایران از منظر سلامت

• وضعیت سلامتی

- امید زندگی کل: ۷۴٫۶ سال؛
- بروز کلی مرگ استاندارد شده: ۴٫۱۶
- مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال: ۱۵٫۵
- علت اصلی مرگ: سکته حاد قلبی (۲۰٫۵۱٪)
- شیوع مصرف مواد دخانی (بالای ۱۸ سال): ۱۴٫۱ درصد؛
- تعداد موارد تخمینی اچ آی وی: ۵۰۰۴
- فعالیت فیزیکی ناکافی: ۸۰ درصد

• نتایج آخرین سرشماری

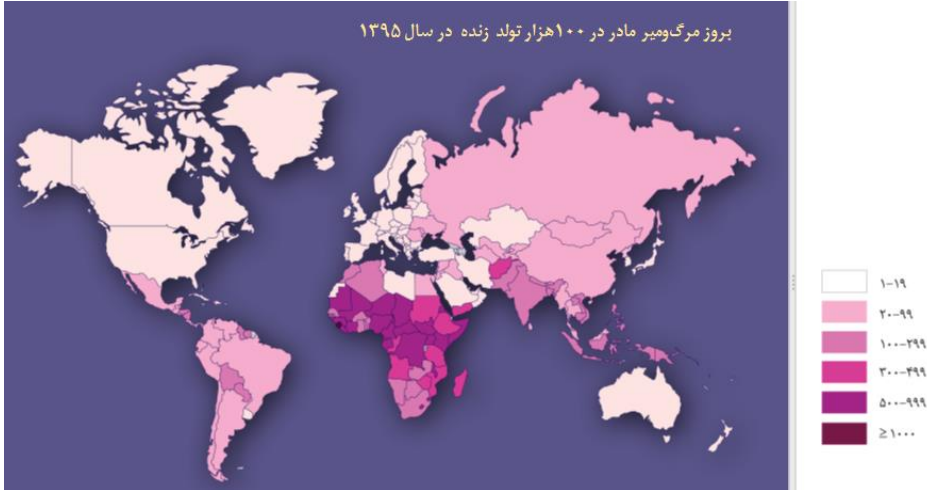
- شهرنشین (۷۴٪)، روستایی (۲۶٪)؛
- نرخ رشد جمعیت (۱٫۲۴٪) - نسبت به سالهای قبل کاهش؛
- بیشترین سهم گروه سنی: ۳۰ الی ۶۴ سال (۴۴٫۸٪)؛

• وضعیت اقتصادی

- آخرین نرخ رشد اقتصادی (۸٫۳٪)؛
- سرانه تولید ناخالص داخلی: ۱۸٫۹۸۹ دلار بین المللی؛
- تولید ناخالص داخلی: ۱۳٫۵۷۳٫۲۳۰

مسلماً این Health Status شاخص‌های بیشتری داشت که در اینجا فقط منتخبی از آنها آورده شده است.

اینجا نقشه مرگ و میر مادر را ملاحظه می‌فرمایید؛



ایران جزء کشورهایی است که در پایین‌ترین محدوده قرار دارد. برای این شاخص، مقایسه‌ای بین کشورهای Upper Middle Income، مدیترانه شرقی و کشورهای سند چشم‌انداز انجام شد. نرخ مرگ و میر مادر برای این کشورها به ترتیب ۸۴، ۱۲۸ و ۶۱،۲ مرگ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بود.

برای امنیت غذایی به عنوان یکی از مولفه‌های اجتماعی سلامت نقشه‌ای تهیه شد. این نقشه نشان می‌دهد که وضعیت امنیت غذایی در مناطق کم‌برخوردار تقریباً بدتر از سایر مناطق است.



دکتر ریاضی: در واقع این نقشه از مطالعه سمپات (سال ۱۳۹۰) گرفته شد که امنیت غذایی در استان‌ها را بر اساس سه دسته شاخص بررسی کرده بود. یک دسته از شاخص‌ها مربوط به فراهمی غذا بود (شاخص‌هایی نظیر تولید محصولات زراعی استان، کل سطح زیر کشت استان و...). دسته دوم، شاخص‌های مربوط به دسترسی به غذا را شامل می‌شد (شاخص‌هایی نظیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، نرخ بیکاری، قیمت محصولات غذایی و...). دسته سوم شامل شاخص‌های اثر بود (نظیر شاخص‌های مربوط به سوء تغذیه: کمبود ویتامین، تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم، BMI پایین). در این سه دسته مجموعاً ۵۵ شاخص وجود داشت که محققان بر اساس این شاخص‌ها به رتبه‌بندی (Ranking) استان‌ها پرداخته بودند. استان‌هایی که در این نقشه پررنگ‌تر نشان داده شده‌اند، استان‌های ناامن غذایی هستند.

دکتر مجدزاده: من قصد داشتم صحبت نکنم؛ اما از این فرصت استفاده می‌کنم. من می‌خواهم مطالب را تا اینجا جمع‌بندی کنم و از شما خواهش کنم به صورتی که می‌گوییم به من کمک کنید. خانم دکتر توضیح دادند که دو نوع گزارش در دنیا رایج

است. یک نوع گزارش، Outcome ها، Risk factor ها و... را بررسی می‌کند— یعنی مقولات مرتبط با سلامت. یک نوع دیگر، نظام سلامت را بررسی می‌کند. این گزارشی که ارائه شده است، بیشتر به حوزه نظام سلامت پرداخته است؛ اما ابتدا لازم بود تا چگونگی وضعیت کشور را بررسی کنیم. به این معنا که کشور را به صورت کلی ترنگاه کنیم. علت این که من جریان بحث را قطع کردم این بود: ما خوشحال می‌شویم که شما بگویید «این شاخص را هم ببینید». درست است که ما هم اکنون نمی‌خواهیم روی جزئیات نتایج بحث کنیم؛ اما توجه کنید که روی چند چیز می‌خواهیم بحث کنیم: (۱) چه شاخصی در نظر گرفته شود؛ (۲) چه چیزهایی دیده شود؛ (۳) از کدام منبع استفاده شود؛ و (۴) چه مکانیزمی برای تولید چنین اطلاعاتی بهتر است. خانم دکتر وضعیت کشور را نشان دادند. حال باید بدانیم کدام شاخص دیگر اهمیت دارد که می‌خواهیم در یک گزارش آن را ببینیم. می‌خواستیم خواهش کنم با این دید به مسئله نگاه کنید که بتوانیم بحث را ادامه دهیم.

خانم دکتر احمد نژاد: از دسته تعیین‌کننده‌های اجتماعی - اقتصادی، نرخ بیکاری ارائه شده است که میانگین آن در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا در حدود ۱۳/۳ درصد بود. ایران با نرخ بیکاری ۱۲/۴ در رتبه بیست و سوم قرار دارد. در مورد وضعیت اعتیاد، دو میلیون و هشتصد و هشت هزار معتاد با میانگین سن ۲۴ سال وجود دارند و پرمصرف‌ترین ماده مخدر تریاک است. شاخص بعدی نرخ باسوادی است. چیزی که در این حوزه مشخص است، تفاوت جنسیتی می‌باشد (۸/۷ درصد). در این زمینه، ایران در مقایسه با کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا وضعیت خوبی ندارد؛ اما در مقایسه با کشورهای سند چشم‌انداز، وضعیت ایران متوسط است.

ساختار و حاکمیت

فصل بعدی «ساختار و حاکمیت نظام سلامت» بود که آقای دکتر مهدوی مسئولیت اصلی آن را بر عهده داشتند. ما ابتدا نقش‌های کلیدی و بازیگران نظام سلامت را بررسی کردیم؛ به این صورت که چه کسانی چه عملکردهایی را در نظام سلامت بر عهده دارند، نقش وزارت بهداشت چیست، کدام نظام‌ها در سیاست‌گذاری سلامت دخالت دارند، حاکمیت نظام سلامت شامل چه موضوعاتی است و در نهایت، چالش‌های نظام سلامت برای نقش حاکمیت چیست. می‌توان گفت که تولید نظام سلامت یکپارچه نیست، مراکز سیاست‌گذاری متعدد هستند، ارائه خدمات سلامت توسط سازمان‌هایی کنترل می‌شوند که در خارج از بخش سلامت قرار دارند، وزارت بهداشت باید نظارت بیشتری اعمال کند و نقش مردم و بخش غیردولتی تقریباً کم‌رنگ‌تر از سایر کشورهایی است که این بررسی‌ها را انجام داده‌اند.

جدول زیر، تحلیل برنامه ششم برای بخش سلامت است. در این جدول، بندهای مرتبط و اقدامات اصلی‌ای که در این برنامه بر عهده وزارت بهداشت یا حوزه سلامت قرار داده شده است، بر اساس کارکردها فهرست شده‌اند.

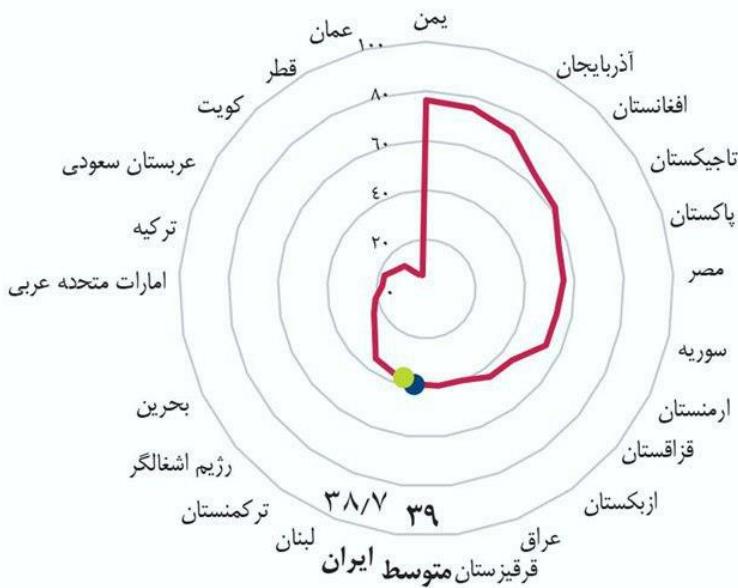
تحلیل برنامه ششم توسعه برای بخش سلامت، اقدامات اصلی و ابزارهای اجرایی		
بند مرتبط	اقدامات اصلی	کارکرد
ماده ۸۶ بند الف	اتکای بیمه اجباری بر درآمد	تأمین مالی پایدار
ماده ۸۶ بند ج	تعیین حق بیمه‌های سلامت	
ماده ۸۸ بند الف، ب و ج	برقراری مالیات بر تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی و الزام سازمان امور مالیاتی به وصول این مالیات‌ها و اختصاص آن به بخش سلامت	
ماده ۸۷ بند الف	تمرکز سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	حاکمیت
ماده ۸۶ بند الف	محوریت وزارت بهداشت در مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای	
ماده ۸۶ بند ی، ماده ۸۶ بند ک	ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای	
ماده ۸۶ بند و	الزام به رعایت تعرفه‌های مصوب دولت و خطامشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط همه ارائه‌دهندگان	
ماده ۸۷ بند الف	خرید راهبردی خدمات	
ماده ۸۷ بند الف	واگذاری امور تصدی‌گری	
ماده ۸۷ بند الف	پیروی کلیه ارائه‌کنندگان خدمات و بیمه‌ها از خطامشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
ماده ۸۹ بند ب	ممانعت از اشتغال همزمان پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی یا رسمی دستگاه‌های اجرایی هستند در بخش خصوصی	
ماده ۸۷ بند ج	مجازت تجویز داروهای خارج از فهرست داروهای رسمی ایران	
ماده ۸۶ بند ط	تشکیل پایگاه اطلاعاتی برخط بیمه‌شدگان درمان	
ماده ۸۹ بند الف	ارائه خدمات الکترونیکی سلامت	
ماده ۸۹ بند الف	ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات	
ماده ۸۹ بند د	ایجاد تناسب در کیفیت و کمیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور	منابع انسانی
ماده ۸۹ بند ط	تأمین نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی سازمان تأمین اجتماعی براساس تفاهم و همکاری متقابل آن سازمان با اولویت مناطق محروم توسط وزارت بهداشت	

فصل بعدی، فصل «تأمین مالی» است. در این فصل، دو موضوع اصلی وجود داشت که به بحث گذاشته شد. یکی از موضوعات، شاخص‌های مهم تأمین مالی بخش سلامت است که از مطالعات NHA استخراج شد. این شاخص‌ها نشان می‌دهد که وضعیت ایران در بعضی از شاخص‌های کلیدی (از جمله سهم پرداختی از جیب خانوار و سهم هزینه‌های سلامت بخش عمومی (که مورد دوم باید افزایش می‌یافت و افزایش یافته است))، بعد از طرح تحول بهبود یافته است. در این فصل، یک سری از مداخله‌های درون‌بخشی برای افزایش بودجه بخش سلامت پیشنهاد شده است:

- شناسایی خدمات و فعالیت‌های با هزینه یا فراوانی بالا و اعمال سیاست‌های کنترل هزینه‌ای از طریق خرید راهبردی؛
- بهینه‌سازی و هدفمندسازی مداخلات حمایتی دولت از اقشار محروم یا ساکن مناطق آسیب‌پذیر؛
- افزایش سهم بخش دولت عمومی با تقویت عملکرد حفاظت مالی بیمه‌ها؛
- تقویت ساز و کارهای کنترل قیمت؛
- کنترل تقاضای القایی با اصلاح نظام‌های پرداخت.

ما در اینجا پرداخت از جیب را با سایر کشورها مقایسه کرده‌ایم. در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا، میانگین این مقدار در حدود ۳۰/۲ درصد است. در ایران این رقم (پرداخت از جیب) در حدود ۳۸/۷ درصد از کل هزینه‌های سلامت است.

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



مباحث مرتبط با بیمه به این صورت بررسی شد که پوشش‌های بیمه از مطالعات خانوار استخراج شده و در این لیست آورده شده‌اند.

درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه براساس پیمایش‌های مبتنی بر خانوار در سال ۱۳۹۴									
شهری	روستایی	پنجک					کل		
		پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول			
۹۱/۷	۹۶/۷	۹۵/۱	۹۳	۹۱/۹	۹۲/۲	۹۲/۹	۹۳/۱	بیمه‌های پایه	
۲۵/۷	۵/۷	۴۰	۲۳	۱۵	۱۲/۳	۵/۵	۲۰/۴	بیمه‌های تکمیلی	
۸/۹	۲۲/۳	۲۲/۴	۱۸/۴	۱۸/۳	۱۷/۶	۱۶/۴	۱۸/۶	سازمان بیمه سلامت (غیر از صندوق بیمه روستاییان) (صندوق بیمه روستاییان)	
۶	۶۱/۱	۲/۹	۱۰	۱۹/۳	۲۹/۵	۴۸	۲۱/۱	بیمه تأمین اجتماعی	
۲۳/۱	۵۲/۷	۵۷	۵۵/۳	۴۶/۷	۳۷/۴	۲۳/۴	۴۴/۷	بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	
۱/۵	۴/۴	۶/۳	۴/۷	۲/۹	۲/۴	۱/۳	۳/۶	کمیتة امداد امام خمینی (ره)	
۰/۲	۰/۸	۰/۰۵	۰/۳	۰/۶	۱/۱	۱/۴	۰/۶		

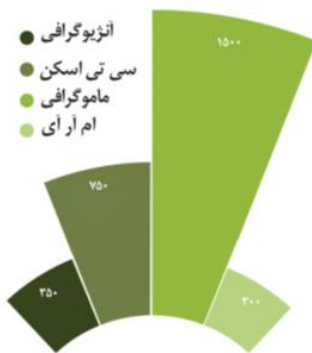
این مقادیر نشان می‌دهند که در سال ۹۴، پوشش بیمه ۹۳/۱ درصد بود که این رقم به تفکیک سایر گروه‌ها می‌باشد.

نهایتاً خرید راهبردی خدمات سلامت می‌تواند از طریق بهبود هزینه، به نقش نظام بیمه‌ای در تأمین منابع مالی پایدار حوزه سلامت جهت دهد و آن را ارتقاء بخشد. به‌منظور استقرار این روش، این راهکارها در فصل تأمین مالی پیشنهاد شده‌اند:

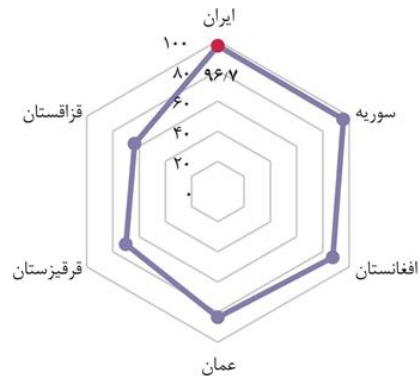
- تهیه بسته خدمات سلامتی مبتنی بر شواهد
- جمع‌بندی صندوق‌های بیمه سلامت
- اجرای زیرساخت‌های نظام پرداخت کارکنان براساس نظام گروه‌های تشخیصی مرتبط در بخش درمان و نظام سرانه در بخش بهداشت.

یکی از شاخص‌هایی که در این فصل بررسی شد، سهم بیمه‌های سلامت از هزینه‌های کل سلامت است که مقدار آن مربوط به بعد از طرح تحول است. مطالعه NHA این

مقدار را برای ایران ۲۴/۱ درصد بیان کرده است. در این مطالعه، میانگین کشورها ۲۸/۲ درصد بوده است و فاصله ایران تا میانگین در حدود چهار درصد است. در بحث منابع فیزیکی، زیرساخت‌های نظام سلامت نظیر تعداد بیمارستان‌ها، تعداد مراکز ارائه خدمت، تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد تجهیزات بیمارستانی و... مورد بررسی قرار گرفتند. شاخص مقایسه فراهمی دارو، به تأمین دارو و تجهیزات در بیمارستان‌ها بعد از طرح تحول اشاره دارد. ایران بعد از اجرای طرح تحول توانسته بود تأمین دارو برای بیماران بستری را به ۹۶/۷ درصد برساند. تعداد تجهیزات به ازای هر صد هزار نفر و ماموگرافی به ازای هر یک میلیون نفر محاسبه شد که برای آنژیوگرافی ۳۵۰، برای سی‌تی‌اسکن ۷۵۰ و... است.



تعداد تجهیزات پزشکی در سال ۱۳۹۵



مقایسه فراهمی دارو در ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز

سه‌م هزینه صرف شده برای توسعه منابع فیزیکی از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ نیز بررسی شده است. بیشترین سهم هزینه‌ای برای توسعه منابع فیزیکی تقریباً در تمام سال‌ها متعلق به بیمارستان‌ها بوده است.

تعداد تخت‌های بیمارستانی شاخص دیگری است که در این گزارش بررسی شد. میانگین تعداد تخت در لیست کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا، ۳۲/۵ تخت به ازای هر ده هزار نفر جمعیت بود. برخلاف اغلب شاخص‌ها، شاخص تعداد تخت‌های بیمارستانی جزء شاخص‌هایی است که مقدار آن در تمام کشورها مشخص است. رتبه ایران در این شاخص پایین بود (هفده تخت به ازای هر ده هزار نفر). وضعیت ایران در زیرساخت‌هایی نظیر بیمارستان و تخت بیمارستانی چندان مطلوب نبود و لازم است اقداماتی در این حوزه انجام شود.

در بحث سرمایه انسانی، وضعیت منابع انسانی از نظر تعداد بررسی شد. خانم دکتر احسانی که هم‌اکنون حضور دارند، زحمت این فصل را متقبل شدند.

خانم دکتر احسانی: نیروی کار سلامت در ایران به لحاظ کیفیت و کمیت در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است؛ اما در برخی از رشته‌ها از جمله پزشکی، پرستاری، داروسازی و دندانپزشکی کمبود وجود دارد. نکته مهم این که نیروی کار سلامت سلامت به طور متوازن در مناطق مختلف جغرافیایی توزیع نشده است و مناطق توسعه یافته تر دسترسی بیشتری به نیروی کار سلامت دارند. اگرچه در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول سلامت و تغییر نسبی در نظام پرداخت حقوق در مناطق جغرافیایی مختلف دسترسی به پزشکان مختلف عادلانه تر شده است، با این حال توزیع ناعادلانه این نیروها یکی از مشکلات نظام سلامت تلقی میشود.

مقایسه شاخص پزشک، دندان‌پزشک و پرستار و ماما نشان می‌دهد که میانگین‌ها عبارت‌اند از: تعداد پزشک به ازای هر هزار نفر (۲/۷۹)، تعداد پرستار و ماما به ازای هر هزار نفر (۵/۱۱) و تعداد دندان‌پزشک به ازای هر هزار نفر (۰/۵).

ایران، در مورد پزشکی، دندان‌پزشک و پرستار در رتبه‌های پایین قرار دارد. یک سری شاخص راجع به وضعیت آموزش پزشکی است. سهم وزارت بهداشت در آموزش پزشکی به‌طور میانگین ۸۷ درصد است. البته سهم وزارت بهداشت در آموزش پزشکی تخصصی تقریباً ۹۹ درصد است. در مورد آموزش پزشکی، ورودی سالانه تقریباً ۴۰۰۰ نفر است. البته اعداد جزئیات زیادی دارند که من فکر می‌کنم بیان آن‌ها از حوصله جمع نیز خارج است.

خانم دکتر احمدنژاد: مبحث بعدی درباره‌ی ارائه خدمت است. در Service Provision سعی شد که تمام موارد مربوط به ارائه خدمت مانند اقدامات مرتبط با Public Health، اقدامات مرتبط با Promotion، اقدامات مرتبط با Curative Service ها (سرپایی و بستری)، اقدامات مرتبط با Palliative Care و اقداماتی که برای جمعیت‌های خاص ارائه می‌شوند در این فصل آورده شوند. این جدول، اکثر شاخص‌های مرتبط با حوزه بهداشت عمومی و پیشگیری را نشان می‌دهد. ما برای جمع‌آوری این شاخص‌ها مطالعاتی در دست داریم که از سال ۱۳۷۶ آغاز شده‌اند. نتایج مطالعه سال ۱۳۷۶ در اینجا ارائه نشده است؛ اما در مورد سال‌های ۱۳۷۹، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴ شاخص‌هایی که دارای عدد بودند آورده شده‌اند. این جدول نشان می‌دهد که وضعیت ایران در شاخص‌های حوزه بهداشت عمومی و پیشگیری بسیار بهتر شده است.

روند شاخص‌های مرتبط با حوزه بهداشت عمومی و پیشگیری			
۱۳۷۹	۱۳۸۹	۱۳۹۴	شاخص (درصد)
۹۳/۱	۹۶/۹۱	۹۸	مراقبت‌های دوران بارداری (۱ بار و بیشتر)
-	-	۹۶/۴	مراقبت‌های دوران بارداری (۴ بار و بیشتر)
-	-	۹۸	پوشش واکسیناسیون پنتاوالان
۶۶/۳	۶۲/۵	۶۱	پوشش دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به پنومونی
-	-	۶۹/۹	موارد سل شناسایی شده و تحت درمان
-	-	۹	پوشش درمان ضد ویروسی اچ‌آی‌وی
-	۹۶/۸	۹۶/۷	دسترسی به آب آشامیدنی سالم
-	۹۸	۹۸/۵	دسترسی به سیستم فاضلاب بهینه شده
-	-	۲۷	شیوع فشارخون بالا (بالای ۱۸ سال)
-	-	۱۰/۸	شیوع دیابت براساس میانگین هموگلوبین A1C در جمعیت (بالای ۱۸ سال)
-	-	۱۰	شیوع دیابت براساس میانگین قند خون ناشتا در جمعیت (بالای ۱۸ سال)
-	-	۱۴/۱	شیوع مصرف مواد دخانی (بالای ۱۸ سال)
-	-	۲/۱	شیوع مصرف الکل (بالای ۱۸ سال)
۹۲/۹	۹۴/۸	۸۴/۹	پوشش درمان‌های خوراکی اسهال برای کودکان زیر ۵ سال
۵۱	۲۷	۲۵	مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده
-	-	۱۶	بروز سل به‌ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱۲,۲۹۴	۱,۸۴۷	۴۷۹	تعداد بیماران مبتلا به مالاریا
۹/۸	۱/۶	۷/۳	مرگ ناشی از خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
-	-	۳۵/۵	مرگ‌های منتسب به آلودگی هوا در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
-	-	۰/۹	مرگ‌های منتسب به دلیل استفاده از آب ناسالم در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
-	-	۹۵<	نسبت جمعیتی که از سوخت پاک استفاده می‌کنند
-	-	۴۰/۲	نسبت غلظت سالانه 2.5 P.M در محیط‌های شهری
-	-	۰/۱	مرگ‌های منتسب به بلایای طبیعی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
-	۴/۸	۴/۱	مرگ‌های مرتبط به قتل در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت

شاخص بار مراجعه خدمات بستری که از Data Registry وزارت بهداشت برای سال‌های ۱۳۹۳، ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ استخراج شده است نشان می‌دهد که کل بار مراجعه بستری در سال ۱۳۹۵ برابر با ۰/۱۱ به ازای هر نفر است. روند تغییر این شاخص تقریباً افزایشی است.

بار مراجعه خدمات بستری از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵			
سال	بیمارستان		
۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	
۰/۰۹	۰/۰۹۸	۰/۱	دولتی وابسته به وزارت بهداشت
۰/۰۱۷	۰/۰۱۸	۰/۰۱۸	سایر عمومی‌ها، خصوصی و خیریه
۰/۱۰۷	۰/۱۱۶	۰/۱۱۸	کل

یکی از مباحثی که مورد بررسی قرار گرفت، مبحث ارائه خدمات برای سرویس‌های روان‌پزشکی و روانشناسی بود. در اینجا بار مراجعه و تعداد تخت‌های روان‌پزشکی را ارائه کرده‌ایم.

تعداد تخت‌های روانپزشکی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در کشورهای منطقه چشم‌انداز و مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۵

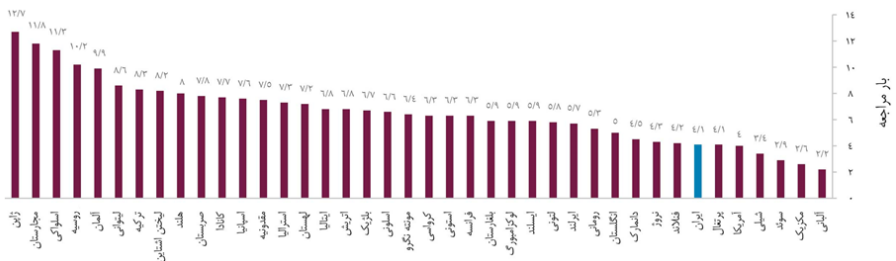
منطقه مدیترانه شرقی		منطقه چشم‌انداز	
۰/۱۲	سومالی	۰/۳۲	ارمنستان
۰/۱۲	بحرین	۰/۲۱	تاجیکستان
۰/۰۸	عربستان سعودی	۰/۱۹	رژیم اشغالگر
۰/۰۷	لبنان	۰/۱۴	گرجستان
۰/۰۷	قطر	۰/۱۲	آذربایجان
۰/۰۵	ایران	۰/۱۲	بحرین
۰/۰۴	مصر	۰/۰۹	قرقیزستان
۰/۰۳	موراکو	۰/۰۸	عربستان سعودی
۰/۰۳	عمان	۰/۰۷	لبنان
۰/۰۳	اردن	۰/۰۷	قطر
۰/۰۳	کویت	۰/۰۵	ایران
۰/۰۲	امارات متحده عربی	۰/۰۴	ازبکستان
۰/۰۲	یمن	۰/۰۴	مصر
۰/۰۲	سوریه	۰/۰۳	عمان
۰/۰۱	تونس	۰/۰۳	اردن
۰/۰۱	عراق	۰/۰۳	کویت
		۰/۰۲	قزاقستان
		۰/۰۲	امارات متحده عربی
		۰/۰۲	یمن
		۰/۰۲	سوریه
		۰/۰۱	عراق
		۰/۰۱	ترکیه

این مقدار برای منطقهٔ مدیترانه شرقی و منطقهٔ چشم‌انداز بود. Reference مورد استفاده برای این شاخص‌ها، Global Health Observatory بود که تعداد تخت‌ها را برای سال ۲۰۱۶ (حدود ۱۳۹۵ هجری خورشیدی) ذکر کرده بود. ایران برای هر صد هزار نفر جمعیت، ۰/۰۵ تخت روان پزشکی دارد.

شاخص بعدی بار مراجعه را برای دریافت خدمات سرپایی است. مقادیر این شاخص از «مطالعات بهره‌مندی» به دست آمده است که از سال ۱۳۸۱ در ایران انجام می‌گیرد. روند تغییر بار مراجعه حالت افزایشی ندارد.

شاخص بعدی بار مراجعهٔ پزشک، پزشک خانواده، پزشک متخصص و کل است بار مراجعه برای دریافت خدمات از پزشک متخصص نیز روند افزایشی ندارد. در اینجا بار مراجعه در کشورهای OECD نشان داده شده است که بار مراجعهٔ ایران در این لیست متوسط رو به پایین است.

بار مراجعه برای خدمات سرپایی در ایران در مقایسه با کشورهای سازمان همکاری توسعه اقتصادی در سال ۱۳۹۳



بیشترین بار مراجعهٔ متعلق به ژاپن است (تقریباً ۱۳ بار مراجعه).

مورد بعدی نظام اطلاعات سلامت است. آن چیزی که به صورت گزینشی (Selective) از فصل مذکور در این جا ارایه می شود تقویم مطالعات دیده بانی است. موسسه بر اساس یک پروژه، این تقویم را تا سال ۱۴۰۴ تدوین کرده است. این مطالعات بر این مبنا که در چه سطحی (استانی یا کشوری) انجام می شوند و دوره زمانی اجرای آن‌ها چندساله است، در اینجا فهرست شده اند.

جدول ۶-۱. تقویم مطالعات آینده‌بانی سلامت از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ (ع)

دوره زمانی اجرا	سطح برآورد	عنوان مطالعه
سالانه	کشوری	گزارش سلامت مرگ
۵ سال	استانی	بار بیماری‌ها
۵ سال	استانی	نوزدین کیفیت زندگی
۵ سال	استانی	سلامت دهان و دندان
۵ سال	استانی	حالات در مشارکت مالی: هزینه‌های فزاینده و پرداخت کم‌ترکن
کشوری		
۳ سال	استانی	رضایت و پاسخگویی نظام سلامت
کشوری		
۵ سال	کشوری	سلامت اجتماعی و معنوی
۳ سال	کشوری	نوزدین تشاها
۳ سال	استانی	نوزدین عوامل خطر بیماری‌های کبرواکبر در بزرگانان
سالانه	استانی	گزارش جدیدانی شاخص‌های حالات در سلامت
۳ سال	استانی	نوزدین سواد سلامت
۳ سال	کشوری	
۳ سال	استانی	عوامل خطر بیماری‌های کبرواکبر در سطح مدارس (کتابچین)
۳ سال	استانی	سلامت روان
۳ سال	اقليم	وضعیت تغذیه و ریزمندی‌ها
۵ سال	استانی	احیاء کفا و نظهرنامه
۳ سال	کشوری	
سالانه	کشوری	حساب‌های ملی سلامت
۳ سال	کشوری	مطالعات نیروی انسانی علوم پزشکی (رضایت‌محس، کیفیت، مهارت و...)
۵ سال	کشوری	نوزدین ملی اثرات تحقیقات علوم پزشکی
۳ سال	کشوری	نوزدین اثر دانش آموختگان نظام سلامت در جامعه
سالانه	کشوری	بهره‌محس نوزدهمات سلامت
۴ سال	استانی	شاخص‌های بهداشتگاه سلامت و وضعیت
سالانه	کشوری	کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده در نظام سلامت
۳ سال	استانی	بررسی عملکردهای اصلی سلامت همگانی
۴ سال	کشوری	گزارش عملکردهای اصلی سلامت همگانی
۳ سال	کشوری	سلامت در پلایا و آمادگی ستارهای
۵ سال	کشوری	نوزدین عملکرد تولید نظام سلامت

این فهرست نسبتاً طولانی است و بیش از بیست مطالعه ملی را در برمی‌گیرد. نظام اطلاعات سلامت، Backbone تمام شاخص‌هایی است که در این گزارش و گزارش‌های مشابه ارائه می‌شوند. در نتیجه، این نظام شایسته توجه ویژه است. نظام اطلاعات سلامت هنوز برای انسجام لازم از لحاظ سیاستگذاری نیاز به اقدامات مناسب دارد. پیشنهادات برای شروع اقدامات:

- تقسیم کار ملی و تبیین وظایف (بیرون و درون وزارت بهداشت)؛
- اجرای به هنگام تقویم پیمایش‌های ملی و تقویت کیفیت آنها؛
- تقویت فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد با تلفیق آن در نظام ارزشیابی و نیز آموزش رده‌های مختلف؛
- تقویت نظام دیده‌بانی سلامت تا گزارش‌دهی در سطح مناطق آمایشی و به تفکیک دانشگاه‌ها؛
- الزام ذخیره‌سازی داده‌های خام مطالعه‌های پیمایشی؛
- گزارش‌آورداری پیشرفت اسناد مهم و برنامه‌های توسعه.

زحمت این فصل را بیشتر خود آقای دکتر مجد زاده و یکی از همکاران متقبل شده‌اند. مورد بعدی، اصلاحات نظام سلامت است. در این بخش، ابتدا مهم‌ترین اصلاحات در این چند دهه به صورت کامل مرور شده‌اند. فرض بر این گذاشته شد که در دهه پنجاه، ایجاد شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه از مهم‌ترین اصلاحات بوده است. در دهه شصت، پیاده‌سازی نظام ارجاع، ادغام آموزش پزشکی و یک سری اقدامات در راستای کنترل جمعیت از جانب وزارت بهداشت به عنوان مهم‌ترین اصلاحات شناخته شد. مهم‌ترین اصلاحات در دهه هفتاد، تصویب قانون بیمه همگانی سلامت و تصویب

خودگردانی بیمارستان‌ها بوده است. درنهایت در دههٔ هشتاد بهره‌گیری از مشارکت بخش خصوصی و تدوین سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و در دههٔ نود، طرح تحول سلامت جزء مهم‌ترین اصلاحات بودند.

اهداف کلان طرح تحول عبارتند از:

- تامین منابع مالی پایدار
- حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت
- افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامتی با کیفیت
- بهبود عملکرد وضعیت ارائه خدمات سلامتی
- تمرکز بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

مهمترین اقدامات برای تداوم طرح تحول سلامت در راستای اهداف کلان

- در راستای تامین مالی ضرورت دارد فضای بودجه‌ای افزایش داده شود، برای ایجاد این فضا این موارد پیشنهاد می‌شود: ۱. رشد تولید ناخالص ملی کشور و افزایش درآمدهای مالیاتی؛ ۲. الویت‌قابل شدن به بخش سلامت و افزایش سهم آن از بودجه کشور؛ ۳. استقراض و دریافت کمک‌های بین‌المللی؛ ۴. انجام اقدامات برای بهبود کارایی در بخش سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری.
- حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت؛ پیشنهادات عبارتند از: ۱. ضرورت دارد حداقل ۲۰ درصد در پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت کاسته شود؛ ۲. تداوم اقدامات برای جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی؛ ۳. بازنگری تعرفه‌گذاری خدمات سلامت؛ ۴. لحاظ کردن مداخلات کاهش پرداخت مستقیم از

- جیب برای تمام افرادی که نیاز به آرایه خدمات سلامت دارند؛ ۵. انجام برخی
تصحیحات در بیمه همگانی جمعیت.
- افزایش دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت؛ پیشنهادات عبارتند از: ۱.
افزایش زیرساختها و تجهیزات؛ ۲. بهبود وضعیت قراردادها با پرسنل؛ ۳.
ارتقای کیفیت خدمات در سطح آرایه خدمت.
 - بهبود عملکرد آرایه خدمات سلامتی؛ پیشنهادات عبارتند از: ۱. تقویت نظام
آرایه خدمات سلامتی در سطح اول مراقبت؛ ۲. برقراری نظام سطح بندی
خدمات سلامت؛ ۳. توجه به تمام جنبه های آرایه مراقبت های سلامت.
 - تمرکز بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت؛ عبارتند از: ۱. شناسایی
گروه های آسیب پذیر و محروم و توسعه خدمات برای این گروه؛ ۲. مشارکت
در پرداختها برای هزینه های سلامت براساس سطح درآمدی؛ ۳. بهره گیری
از مشارکت مردم.

در مبحث ارزیابی نظام سلامت (فصل هشتم)، ارزیابی برای UHC انجام شده است. نظام سلامت ایران باید به منظور پوشش موثر خدمات سلامتی و حفاظت مالی مناسب در برابر خدمات یک سری اقدامات در سطح فردی، جمعیتی و خود نظام سلامت انجام دهد.

برای پوشش موثر توام با حفاظت مالی مناسب، نظام سلامت در ایران همچنان نیازمند مداخلات در سطح فردی، در سطح نظام سلامت و در سطح جمعیت است. پوشش موثر توام با حفاظت مالی مناسب برای تمام خدمات هنوز در ایران اتفاق نیفتاده است و نظام سلامت ایران در حال گذار می باشد و تا رسیدن به پوشش همگانی سلامت مداخلات و اقدامات مناسب باید انجام شود.

در اینجا چکیده‌ای از مواردی که اهداف مترتب طرح تحول را همسو با پوشش همگانی ارائه می کنند فهرست کرده ایم.

۱. سهم پرداخت از جیب ۳۸,۷ درصد؛
۲. شاخص هزینه های کمرشکن از ۲,۸ به ۲,۷ رسیده است؛
۳. هزینه های فقرزا همچنان در ۰,۸ درصد خانوارها رخ می دهد؛
۴. بالاترین سهم رخدادهای هزینه های کمرشکن در بین روستایی های با سطح درآمدی بالا هست که از خدمات سرپایی استفاده می کنند؛
۵. بالاترین سهم رخدادهای هزینه های فقرزا در بین روستایی هایی هست که در پایین ترین سطح درآمدی هستند؛
۶. شاخص های بار مراجعه سرپایی و بستری قبل و بعد طرح تحول تغییر چندانی ندارد؛
۷. شاخص های دسترسی به مراقبت های سلامتی اولیه مطلوب است؛

۸. شاخص‌های پوشش مؤثر بندرت اندازه‌گیری می‌شود و برای موارد ثبت شده، تا وضعیت مطلوب فاصله دارد.

شاخص‌های پوشش مؤثر به‌ندرت در ایران اندازه‌گیری می‌شوند و آن مواردی که اندازه‌گیری شده‌اند نیز با مقدار مطلوب فاصله دارند (نظیر پوشش مؤثر درمان دیابت و فشار خون—فردی که مبتلا به فشارخون است، بیماری‌اش با دارو تحت کنترل است، فشارخونش اندازه‌گیری می‌شود و در زمان اندازه‌گیری فشارخون وضعیت طبیعی دارد، به‌عنوان پوشش مؤثر درمان تلقی می‌شود). پوشش مؤثر درمان برای فشارخون ۴۰/۱ و برای دیابت تقریباً ۶۰ درصد است.

شاخص دیگری که در طرح تحول هدف‌گذاری شده بود، زایمان طبیعی رایگان بود. شاخصی به نام سزارین شکم اول به‌عنوان شاخص پوشش مؤثر تلقی شد. بر اساس مطالعه DHS، اعداد Total برای سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که سزارین شکم اول از ۴۷/۳ درصد به ۲۹/۶ درصد کاهش یافته است. پوشش مؤثر به‌این ترتیب است که زایمان شکم اول به‌عنوان شاخص پوشش مؤثر تلقی می‌شود. فصل نهم شامل نتیجه‌گیری از کل فصل‌ها است. در اینجا خیلی سریع به کلیات مطرح شده در این فصل اشاره می‌کنم:

- مطلوب بودن شاخص‌های وضعیت سلامتی در مقایسه با کشورهای در حال توسعه؛
- اهمیت توجه ویژه به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در چهار سال پیشرو براساس شاخص‌های بررسی شده؛

- بازبینی ساختار و حاکمیت سلامت در حوزه های بیمه ها، تامین مالی و ارایه خدمات سلامتی؛
- اهمیت توجه به تمام جنبه های ارایه خدمات سلامتی از پیشگیری تا طب تسکینی؛
- مطلوب بودن شاخص های بهداشت عمومی و مراقبت های اولیه اما نیاز به توجه در زمینه شاخص های پوشش موثر این خدمات؛
- پایداری منابع مالی سلامت و افزایش فضای بودجه ای؛
- استقرار خرید راهبردی مناسب و راه اندازی نظام موثر پایش و ارزیابی برای این موضوع؛
- بازنگری بسته پایه خدمات سلامت؛
- نیاز به بازنگری و بازتوزیع تعداد تجهیزات، دارو و زیرساختها براساس جمعیت؛
- توجه ویژه به افزایش تعداد، بازتوزیع نیروهای انسانی سلامت؛
- تقویت نظام اطلاعات سلامت به عنوان یکی از مهمترین الویتهای نظام سلامت؛
- تدوام طرح تحول سلامت با بازنگری برخی از ابعاد آن؛
- انجام مداخلات و اقدامات موثر برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت.

این گزارش هنوز تمام نشده و لازم است برای نهایی سازی و انتشار گزارش در سطح بین المللی از یک تیم ادیتوریال دعوت شود و بعد از بررسی توسط تیم ادیتوریال، این گزارش از سمت جمهوری اسلامی ایران به عنوان گزارش رسمی HiTs ارایه خواهد شد.

در اینجا از آقای دکتر حریرچی تشکر ویژه می‌کنم که در این دو ماه، تمام زمانی که خواسته بودیم را در اختیار ما گذاشتند و در تدوین گزارش به ما کمک کردند.

تیم تدوین گزارش

مدیریت تدوین کتاب: دکتر رضا مجدزاده؛ دکتر الهام احمدنژاد؛ دکتر ژاله عبدی

نویسندگان فصول براساس حروف الفبا:

الهام احسانی، علیرضا اولیایی منش، فرشاد پورملک، مجید توکلی، بهزاد دماری، سهند ریاضی، حانیه سادات سجادی، موسی طباطبایی، زهرا غریب ناصری، زهرا گودرزی، محمدرضا مبینی زاده، سعید معنوی، مهدی مهدوی، حسین میرزایی، عباس وثوق مقدم، شیما یونس پور

پرسی و پاسخ

دکتر مجدزاده: اگر سؤال و یا نظر خاصی در مورد گزارش دارید، خوشحال می‌شویم که در خدمتتان باشیم و نظرات و سؤالات احتمالی‌تان را بشنویم.

سوال: شما در مورد شاخص بهره‌مندی صحبت کردید و آمار آن را نیز بیان کردید. من می‌خواستم بدانم نیاز به این خدمات چقدر است؟ یعنی درصدی که بیان شد، چقدر از نیازی که وجود دارد را برطرف می‌کند؟ شما راجع به تقاضای القائی گفتید که این مقدار کم است. می‌خواستم بدانم چه عددی برای این شاخص مناسب است؟

پاسخ: اگر ما بخواهیم بگوییم که شاخص Utilization خدمت چه شاخصی است، می‌گوییم افرادی که نیاز داشته‌اند، مراجعه کرده‌اند و نیازشان در مراجعه رفع شده است.

این یعنی بهره‌مندی از آن خدمت. ما در اینجا فقط Per capita یعنی بارهای مراجعه را آورده‌ایم. شاخصی که شما مدنظر دارید، در این لیست وجود ندارد و در این گزارش به آن اشاره نشده است. ما در این موسسه مطالعه‌ای داریم که «بهره‌مندی از خدمات سلامت» نام دارد که دو دوره انجام شده است و قبل از این دو دوره نیز دو دوره دیگر وجود دارند. اگر شما بخواهید اطلاعات جزئی بهره‌مندی را به دست بیاورید، می‌توانید از این مطالعات کمک بگیرید. این که چند درصد از افراد به خدمات نیاز داشته‌اند و چند درصد آن را دریافت کرده‌اند، در این مطالعات ذکر شده است اما در گزارش فعلی نیامده است. در مورد تقاضای القائی، ما شاخصی را که دقیقاً نشان‌دهنده Induced Demand باشد در این گزارش نداریم؛ اما از طریق شاخص‌هایی که نماینده این شاخص تلقی می‌شوند می‌توان گفت تقاضای القائی اتفاق افتاده است یا خیر. یکی از این شاخص‌ها که در موسسه مورد استفاده قرار گرفته و در این گزارش نیز آمده است، بار مراجعه است. به‌عنوان مثال اگر تعداد بار مراجعه به ازای هر نفر افزایش یابد، این یک «فرض»^۱ برای افزایش تقاضای القائی خواهد بود. مطالعه نشان می‌دهد که این اتفاق رخ نداده است. ما می‌بینیم که تعداد بار مراجعه سرپایی و بستری در حد صدم تغییر کرده است؛ بنابراین فرض را بر این می‌گذاریم که بین تمام شاخص‌ها، این شاخص بهترین شاخص است که نشان می‌دهد که تقاضای القائی در آن حد و در سطح ملی وجود ندارد.

سوال: در مورد تخت بیمارستانی فرمودید که تخت بیمارستانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها در سطحی پایین‌تر از سطح استاندارد قرار دارد. آیا شما کل تخت‌ها را در نظر گرفته‌اید؟ یعنی به‌عنوان مثال آیا تخت ICU... نیز در اینجا

^۱ Assumption

حساب شده‌اند؟ دلیل من برای این سؤال این است که طبق مطالعه شخصی این جانب، میانگین تخت ICU در ایران، در حدود یک یا دو واحد به ازای هر صد هزار نفر از میانگین کل کشورهای اروپایی بالاتر است؛ یعنی نه تنها با کمبود مواجه نیستیم، بلکه از میانگین کل نیز بالاتر هستیم. فقط این که توزیع این تخت‌ها مناسب نیست. به همین دلیل خواستم بدانم در اینجا تفکیک خاصی صورت گرفته است یا خیر.

پاسخ: نکته شما کاملاً درست است. این موضوع به Reference شما برای این اطلاعات بستگی دارد. جایگاه ایران بر اساس نتایج مطالعات دیگر، با گزارش فعلی متفاوت بود. این قسمت از گزارش جای اصلاح و تغییر دارد و می‌توان نتیجه مطالعه شما را نیز در آن وارد کرد.

سوال: به نظر می‌رسد یکی از شاخص‌ها نیاز به بررسی دقیق‌تری دارد. مقداری از آن مربوط به شاخصی است که شما مطرح کردید. شما گفتید بار مراجعه بستری تغییری نداشته است؛ اما در جای دیگر گفتید که پوشش بیشتر شده و دسترسی مردم به خدمات سلامت افزایش یافته است. این موضوع حالتی ضدونقیض دارد. اگر کسی یک ماه قبل و بعد از طرح تحول در بیمارستان کار کرده باشد، متوجه می‌شود که بار مراجعه افزایش زیادی داشته است. حداقل این که ما توانسته‌ایم دسترسی را برای گروهی که قبل از طرح تحول بار مراجعه نداشته است افزایش دهیم. به نظر من این شاخص‌ها باید مورد بازنگری قرار بگیرند.

پاسخ: یکی از اهداف طرح تحول این بود که دسترسی برای ارائه خدمت افزایش یابد. یک سری از این اعداد، اعداد ثبت شده توسط خود وزارت بهداشت است که از تمام بیمارستان‌های سطح کشور به دست آمده است. سایر اعداد نیز از مطالعات خود موسسه

به دست آمده‌اند. نوبت مراجعات تغییر یافته است. اگر شما این را به تفکیک پنجک‌ها ببینید، افزایش مراجعه در پنجک‌های یک و دو دیده می‌شود؛ اما این افزایش در پنجک‌های چهار و پنج دیده نمی‌شود. شاید بعد از طرح تحول، تعداد این نوع افراد که نیاز داشتند و نمی‌توانستند مراجعه کنند افزایش یافته است. این نشان می‌دهد که ما دسترسی را افزایش داده‌ایم؛ اما اگر به داده‌های ثبتي نگاه کنیم، شمارش تعداد مراجعات نشان می‌دهد که مراجعه در حدی که انتظار می‌رفت افزایش نیافته است. ولی می‌توان دید که دسترسی در گروه‌های درآمدی پایین زیادتر شده است؛ اما من این افزایش را Induced Demand نمی‌دانم. صرفاً این که دسترسی افزایش یافته است و این افزایش در گروه‌های کم‌درآمد بیشتر بوده است.

سوال: آیا دسترسی گروه‌های درآمدی بالاتر ثابت مانده است؟

پاسخ: یا ثابت مانده است و یا کمتر شده است؛ اما شما تغییر چندانی را چه در بار مراجعه سرپایی و چه در بار مراجعه بستری مشاهده نخواهید کرد. نظر یک از شرکت کنندگان: به نظر من دسترسی گروه‌های برخوردار ثابت مانده است یا کاهش کمی داشته است؛ اما دسترسی گروه‌های فقیر (کم برخوردار) افزایش یافته است و این موضوع می‌تواند میانگین بار مراجعه را افزایش دهد؛ این که شاید بازنگری در این شاخص ضروری باشد.

سوال: بابت گزارشی که تهیه کرده‌اید تشکر می‌کنم. من این نوع گزارش را قبلاً خوانده بودم و برایم جالب بود که در ایران نیز تهیه شده است. سؤالی که برایم مطرح است این است که گزارش شما در کجا منتشر شده است؟ آیا اصلاً منتشر شده است؟

پاسخ (دکتر مجدزاده): همان طور که قبلاً در مقدمه گفتیم، ما سر شش ماه شروع می‌کنیم، تقویم را می‌بندیم و نشست‌ها را برگزار می‌کنیم. راستش را بخواهید ما فکر می‌کردیم امروز، روز رونمایی از کتاب است. External Review برای این گزارش (External در داخل کشور)، طبق برنامه‌ای که ما متصور بودیم پیش نرفت. بدان معنا که کار ما در ۲۶ مردادماه تمام شد و گزارش را برای External Review فرستادیم؛ مانند سایر کارها، فرایندهای نظارتی ما به طول می‌انجامد و افراد کار را به موقع تحویل نمی‌دهند. من نباید این تقصیر را به گردن بگیرم، زیرا مسبب آن من نیستم. فرایند External Review به‌جایی نرسید که ما امروز بتوانیم گزارش را منتشرشده داشته باشیم. این گزارش فیفا دارد و همکاران زحمت سایر مسائل را متقبل شده‌اند؛ اما آن هزار نسخه‌ای که قرار بود منتشر شود، هنوز منتشر نشده و من بابت این موضوع عذرخواهی می‌کنم. Review در داخل موسسه ما نیست و خارج از موسسه انجام می‌گیرد.

همکاران عزیز، من نمی‌دانم که رشته شما چیست. نمی‌دانم شما چه کاری می‌کنید؛ اما کار ما همین است که مشاهده می‌کنید. وزیر، معاون درمان، معاون بهداشت و... به اینجا مراجعه می‌کنند. آن‌ها عمدتاً دید بالینی دارند و در وهله اول ظاهر کار را می‌بینند. مدتی طول می‌کشد تا آن‌ها دریابند که در پشت این ظاهر، چه ساختاری برای ما موردنیاز است. وقتی که آن‌ها تصمیمشان را اتخاذ می‌کنند، آن تصمیم تصحیح نظام اطلاعات سلامت کشور خواهد بود (به‌عنوان مثال، طرح تکفاب در دوره آقای خاتمی پس از بازدید ایشان از مالزی و آغاز برنامه‌ای وسیع برای ارتقاء سیستم IT اطلاعات کشور). مسئولین در زمان‌هایی مانند زمانی که همکار ما آقای دکتر زارع مسئول قسمت آمار و خدمات

ماشینی وزارتخانه بودند و یا قبل از آن یعنی بحث نظام نوین آماری کشور، ایجاد این تحولات را آغاز می‌کنند. بازه زمانی این تحولات، طولانی‌تر از دوره مدیریت ما است. من امسال خوشحالم که وزارتخانه بجای چهار سال، برنامه خود را هشت‌ساله می‌بندد. با آمدن آقای حق دوست در وزارتخانه و همکاری که هم‌اکنون روبه‌روی من نشسته‌اند، من به سامان گرفتن نظام اطلاعاتی امید زیادی دارم. با فرض بر این که حاضرین در این جمع دغدغه سلامت دارند اما الزاماً کار بالینی نمی‌کنند، ما باید فکر کنیم که چگونه می‌توانیم کیفیت و نوع این گزارش‌ها را غنی‌تر کنیم تا به طرز صحیح هدایت شوند. شما در مورد بار مراجعه بحث کردید. این شاخص داده‌های زیادی دارد. ما نمی‌توانیم در این جلسه به تک‌تک این داده‌ها بپردازیم. من از شما راهنمایی می‌خواهم. بعضی از مسائل بومی‌سازی می‌شوند. ما یک موسسه‌ایم. خواهش می‌کنیم که مشارکت کنید. شما به ما بازخورد بدهید. خانم دکتر می‌گویند که ما می‌خواهیم سه سال دیگر گزارشی همانند گزارش فعلی داشته باشیم. ما فکر می‌کنیم که پایه آن را از هم‌اکنون باید بنا کرد. اگر دقت کرده باشید، نوع گزارش‌هایی که این موسسه ارائه می‌کند مشخص هستند. شما برای تقویت نظام اطلاعاتی چه توصیه‌هایی دارید؟ خانم دکتر به شما گفتند که چرا نظام اطلاعاتی به صورت یک فصل جداگانه درآمده است. هر کاری که این موسسه انجام می‌دهد، بخشی از نظام اطلاعات سلامت کشور است. چگونه باید این نظام را تقویت کنیم؟ خواهش می‌کنم از این منظر نیز به موضوع نگاه کنید. شما با بخش تغذیه موافق هستید؟ ما چه کاری انجام دهیم تا شاخص‌های امنیت غذا درست‌تر باشند؟ آقای دکتر گودرزی، برای بهبود شاخص حفاظت مالی یا Financing چه کاری می‌توانیم انجام دهیم؟ شما ما را هدایت کنید. به ما ایده بدهید که چگونه می‌توانیم

بهترین کار را انجام دهیم؛ و این که چگونه می‌توانیم با همکاری شما این کار را انجام دهیم. این سؤال من است.

دکتر جهان‌مهر: ما در بعضی از فصول می‌بینیم که مقایسه‌ای با سایر کشورها انجام شده و در برخی جاهای دیگر اصلاً مقایسه‌ای وجود ندارد. در بعضی از آن‌ها اصلاً دیتا وجود ندارد. به‌عنوان مثال، ما وضعیت بهداشت را در سه دهه بررسی کرده‌ایم اما نمی‌دانیم وضعیت بهداشت در منطقه چگونه است.

وبسایت‌های معتبری هستند که گزارش‌هایی از منابع معتبر دنیا (نظیر WHO و WorldBank) ارائه می‌کنند. شما همین‌ان می‌توانید به این سایت مراجعه کنید و این سایت پایگاه داده‌ها را در اختیار شما قرار می‌دهد. شما از این طریق می‌توانید ایران را با کشورهای دیگر مقایسه کنید. پیشنهاد من این است که ما هم یک وبسایت رسمی برای این کار داشته باشیم. من فکر می‌کنم گروه دیده‌بانی سلامت باید به‌گونه‌ای باشد که با تعویض دولت ثابت بماند. در اینجا با دعوت از ذینفعان برای مشارکت می‌توان جلسات منظمی برگزار کرد. می‌توان از آن‌ها خواست تا دیتای موردنیاز و مطالعات انجام شده در کشور را در اختیار ما بگذارند. ما باید شبکه خود را گسترده‌تر کنیم. اگر تحقیقاتی درباره شاخص‌ها انجام شده باشد، چرا ما باید دوباره همان تحقیق را انجام دهیم؟ مطالعات مشابه در کشور انجام می‌شود. فقط این که ما از آن‌ها اطلاع نداریم. ما باید شاخص‌هایمان را هر یک سال یا دو سال به‌روز کنیم. در ضمن، در فصول مختلف این گزارش تم و فرایند یکسانی دیده نمی‌شود. تمام فصول باید ساختار مشخصی داشته باشند. همان‌طور که آقای دکتر گفتند، همه ما به این بحث علاقه داریم.

دکتر مجدزاده: من می‌خواستم نکته دیگری را بیان کنم. ما در این کاری که انجام می‌دهیم، با آدم‌ها سروکار داریم. به‌عنوان مثال، در مورد صحبت آقای دکتر جهان‌مهر، من باید فکر کنم که این شبکه‌سازی در راستای تحقق است. سیستم ما باید بداند که فردی مثل دکتر جهان‌مهر به این کار علاقه‌مند است. پیشنهادهای خود را به ما بگویید. به‌عنوان مثال، «من می‌توانم روی این وب‌سایت کار کنم» یا «من می‌توانم روی تقویم ملی شما برای تغذیه کار کنم و در اصلاح آن کمک کنم». دغدغه من، دغدغه سازمان نیست. من می‌خواهم که کشورم درست کار کند. من می‌خواهم که تصمیم‌گیری‌ها خردمندانه باشند. آقای دکتر گفتند که شما می‌توانید سایت‌های بین‌المللی را الگو قرار دهید و من آن را یادداشت کردم. شما می‌توانید به‌صورت ساختارمند به این مسئله نگاه کنید که اگر لازم شد، من ساختار را شرح می‌دهم. من توضیح می‌دهم که ما چگونه Approach می‌کنیم؛ شما نیز ما را تصحیح کنید. تمام این نظرها بسیار مفید هستند. بازهم خواهش می‌کنم توجه کنید. این گزارش با مدل HiT تهیه شده است. همان‌طور که خانم دکتر نشان دادند، HiT یک راهنما دارد. راهنمایی که ما با آن کار کرده‌ایم، مربوط به Health System بوده است؛ و نه به Health Outcome ها. منظور من از Risk factor، Outcome، یا Morbidity یا Mortality نیز هست. به همین دلیل، به‌عنوان مقوله NCD به آن نگاه نشده است. رویکرد ما در گزارش بعدی حتماً باید Disease-Based یا Outcome-Based باشد. در این گزارش، یعنی «سیمای سلامت»، ما به گزارش به‌صورت مقوله محور نگاه می‌کنیم. حتی توضیح دادند که هدف از Chapter اول، SDH یا تغذیه نبوده است. بلکه هدف از این فصل نشان دادن وضعیت کشور به‌صورت کلی بوده است.

نظر یکی از شرکت‌کنندگان: من توکل هستم، کارشناس ارشد مهندسی سیستم‌های سلامت. پیشنهادی که من برای صحبت آقای دکتر دارم از این قرار است: من با ایده وب‌سایت کاملاً موافقم. به دلیل این که ما بر روی داده‌های سلامت کار می‌کنیم، گاهی اوقات با چند رقم مختلف برای یک شاخص روبه‌رو می‌شویم که اختلاف زیادی دارند؛ بنابراین ما برای بحث دیده‌بانی به یکپارچگی اطلاعات نیاز داریم. پیشنهاد من این است که یک سیستم یکپارچه کشوری وجود داشته باشد و بیمارستان‌ها آمارهای خود را از مراجعات، بستری‌ها، عفونت‌های پیداشده و... مستند کنند و این اطلاعات با گذر از یک ممیزی در این سیستم ثبت شود.

دکتر مجدزاده: متشکرم از پیشنهاد شما.

خانم دکتر احمد نژاد: آقای دکتر جهان‌مهر فرمودند که چرا برخی شاخص‌ها مقایسه نشده‌اند (خصوصاً در Primary Health Care). یکی از دلایل این است که تعداد اسلایدها زیاد بود و برخی از آن‌ها حذف شدند. اتفاقاً اغلب شاخص‌های Public Health و Primary Health Care برای چهار گروه کشوری که ذکر شد وجود داشت و ما توانستیم مقایسه را انجام دهیم؛ اما در اینجا به خاطر کمبود وقت و محدودیت اسلایدها ذکر نشدند.

موضوع بعدی این که شما گفتید از دانشگاه‌ها بخواهیم که افرادی را درگیر کنند. این موضوع همیشه دغدغه موسسه بوده و هست. تعداد ما اندک است. ما با عده اندکی توانستیم این گزارش را تهیه کنیم. این موسسه همیشه به کسانی که می‌خواهند همکاری کنند خوشامد می‌گوید.

دکتر جهان‌مهر: من وب‌سایت دیگری را می‌شناسم. این سازمان جهانی در جهت تأمین نیروی انسانی کار می‌کند. متخصصان و پژوهشگران در این سایت ثبت‌نام می‌کنند و

این سازمان بانک اطلاعاتی این متخصصان را دارد. به‌عنوان مثال، هر درخواستی که در این سایت ثبت شود، ۵۰۰ متخصص در آن زمینه وجود دارند. این درخواست برای تمامی آن‌ها فرستاده می‌شود و ۳۰ نفر یا ۴۰ نفر پروپوزال خود را می‌فرستند. موسسه‌ای که برای نیروی انسانی درخواست داده است، از بین این ۳۰ نفر چند نفر را انتخاب می‌کند؛ یعنی ما باید شبکه‌سازی را از همین‌جا شروع کنیم و نباید منتظر افراد بنشینیم.

دکتر مجتهدزاده: آیا شما کتاب‌های ادوارد دویونو را خوانده‌اید؟ آیا کسی هست که دویونو را خوانده باشد؟ او می‌گوید اگر می‌خواهید تفکر خلاق داشته باشید، باید از روش «تفکر دوجانبه»^۱ استفاده کنید؛ یعنی باید به احتمالات گوناگون بیندیشید. ما قانونی داریم که طبق آن محیط R&D (تحقیق و توسعه) باید شاداب و پویا باشد. ما اصولی پیش می‌رویم و نزدیک می‌شویم. ما همیشه از همکاران می‌خواهیم که اولویت‌هایشان را با توجه به رسالت‌های موسسه بیان کنند. ما اکنون نمی‌خواهیم Parasite کار کنیم؛ زیرا Parasite کار کردن «وظیفه»^۲ موسسه نیست. وظیفه این موسسه Health system است. ما باید یک بانک ایده تشکیل دهیم و مکانیسمی برای تبدیل ایده به پروپوزال داشته باشیم. این برداشت من از سخنان دو بزرگواری بود که در انتها صحبت کردند.

من می‌خواهم یک توضیح مختصر به شما بدهم. ما یک Public Agency هستیم. ما با همان ساختارهایی کار می‌کنیم که شما در محیط‌های کاری‌تان با آن مواجه هستید. بدان معنا که ما نیز همان قوانین را داریم. گاهی اوقات، بعضی از انعطاف‌پذیری‌ها در بخش خصوصی خیلی خوب انجام می‌گیرد؛ اما در بخش دولتی، نظام «اداری»^۳ ما تا

^۱ Bilateral Thinking

^۲ Mandate

^۳ Bureaucratic

این حد انعطاف‌پذیر نیست. ما در المپیاد سال قبل مصوب کردیم که به دانشجویانی که بتوانند در حوزه مدیریت رتبه کسب کنند، امتیاز می‌دهیم که یک مطالعه انجام دهند. من برای همین تصمیم مجبور شدم پاسخگو باشم. سیستم‌های ما گاهی اوقات چندان پذیرای «نوآوری اصولی»^۱ نیستند. ما باید دائماً آن‌ها را سبک و سنگین کنیم. اگر ایده‌ای دارید، به همکاران یا به خود من اطلاع دهید. ما بی‌نهایت از ایده شما استقبال خواهیم کرد. ما امیدواریم بتوانیم کاری کنیم که شما حس کنید ذینفع این موسسه هستید؛ یعنی حس کنید که در آن سهمی دارید. من باید با همکاران صحبت کنم تا ببینم آیا می‌شود جلسه‌ای بزرگ برای بیان ایده‌ها ترتیب داده شود یا خیر. از همه همکاران که برای این گزارش زحمت زیادی متقبل شدندو از همه شما که امروز حضور یافتید تشکر می‌کنم.

اطلاعات تماس با موسسه ملی تحقیقات سلامت

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

تلفن: ۰۲۱-۶۲۹۲۱

پست الکترونیک: nihhr@tums.ac.ir

«با تشکر از موسسه هومان همراهان دانش برای مستندسازی و تهیه کتاب نشست گفتمان سیاستی»

تلفن: ۰۲۱-۴۴۹۶۴۶۸۸

^۱ Systematic Innovation